

la confusion mentale *ou* delirium*

La confusion peut se manifester sous 3 formes : 🍷

1. delirium hyperactif (prédominance d'agitation et d'hyperactivité)
2. delirium hypoactif (prédominance de somnolence, apathie, léthargie)
3. delirium mixte (activité psychomotrice normale ou alternance rapide de périodes d'hypo- et d'hyperactivité)



* Syndrome neuropsychiatrique complexe, d'installation rapide, fluctuant, et potentiellement réversible, associant des troubles de la vigilance et de l'attention, des troubles cognitifs, des troubles du comportement et des troubles du sommeil.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une confusion mentale ?

1. S'agit-il bien d'une confusion mentale ? 🍷

- Pour répondre à cette question, appuyez-vous sur les critères DSM-5 (atteinte de l'attention et du niveau de conscience, troubles cognitifs, caractère aigu et fluctuant des symptômes).
- Recourez, en cas de doute, à un outil de dépistage : MMSE, CAM, etc.
- Interrogez les proches et les soignants sur le fonctionnement habituel du patient et sur l'historique des symptômes. N'oubliez pas que leurs observations peuvent se contredire en raison du caractère fluctuant du delirium.
- Posez un diagnostic différentiel avec la démence, la dépression, les états anxieux,

les psychoses, les troubles de l'ouïe ou de la vue, l'aphasie, l'agitation secondaire à un inconfort.

2. Quelles sont les causes de cette confusion mentale ? 🍷

- L'origine d'une confusion mentale est somatique et souvent multifactorielle. Repérez les facteurs étiologiques à l'origine du syndrome (un récapitulatif des étiologies courantes est disponible en dernière page).

Pensez en priorité à :

→ une origine médicamenteuse (anticholinergiques, corticoïdes, opioïdes, benzodiazépines...) ou un sevrage potentiel en alcool, nicotine, médicaments (opioïdes, benzodiazépines...)

→ une déshydratation, des signes infectieux, un globe vésical ou un fécalome

- Programmez des examens complémentaires en fonction de la situation médicale et du projet de soins : biologie sanguine, bactériologie, imagerie éventuelle, etc.

- Il faut noter que, à l'approche du décès, la confusion est de moins en moins réversible car elle est l'aboutissement de défaillances multiples et de facteurs irréversibles.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

Chez les patients présentant des facteurs de vulnérabilité :

- prévenez l'apparition d'une confusion en limitant autant que possible leur exposition à des facteurs précipitants
- recherchez les signes avant-coureurs d'une confusion

- Un traitement étiologique permet de lever la confusion dans 30 à 50% des situations : privilégiez donc ce type d'approche.
- Donnez priorité à des mesures symptomatiques non pharmacologiques.
- Réservez l'usage des neuroleptiques et des benzodiazépines aux cas d'échec des mesures précédentes.
- Donnez au patient et à son entourage des explications claires et suffisantes sur les symptômes présents, leur origine, les traitements envisagés et l'évolution attendue (y compris le risque d'irréversibilité). Conseillez et soutenez les proches afin qu'ils puissent au mieux maintenir le lien avec le patient et être partenaires des soins. Renforcez le dialogue au sein de l'équipe soignante, car le symptôme est source de difficultés (caractère fluctuant et mobilisant, questionnement éthique, etc.)
- Soyez particulièrement attentif(ve) à l'hydratation, à la nutrition, aux risques de fausses déglutitions, aux mobilisations, à l'élimination, au traitement de la douleur et autres symptômes.
- Dans les cas réfractaires chez un patient en fin de vie, envisagez une sédation palliative. Référez-vous à la fiche «**Sédation palliative**».

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

Rétablissez le rythme veille/sommeil

si celui-ci est perturbé :

- En journée, assurez un environnement calme, maintenez une luminosité proche de la lumière du jour et une activité minimale (marche, mobilisations au lit).
- Évitez la prise de stimulants en fin de journée et en soirée (corticoïdes, caféine, etc.)
- Durant la nuit, limitez le bruit et la lumière au strict minimum.

Sécurisez l'environnement du patient :

- Supprimez les sources de danger (lit surélevé, briquet, fil électrique, etc.) et évitez de laisser à disposition du patient des objets inutiles.
- Favorisez la présence d'une personne connue auprès du patient.
- Évitez les contentions car elles aggravent l'agitation et favorisent, par l'immobilité, les escarres et le déclin fonctionnel.

Réorientez le malade dans le temps et dans l'espace :

- Aidez le patient à se situer dans le temps (calendrier, horloge, etc.)
- Évitez les changements (chambre, lieu de vie, personnel soignant, horaire, etc.)

Veillez à communiquer avec le patient le plus clairement possible :

- Utilisez des phrases simples et courtes.
- Faites preuve de patience, de calme et d'empathie.
- Adaptez-vous à l'état et au rythme du patient.
- Le cas échéant, assurez-vous que le malade porte son appareil auditif, recourez à un interprète, etc.

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

Attention : ces médicaments ne visent pas à supprimer la confusion mais à réduire les symptômes qu'elle provoque (anxiété, hallucination, agitation) et qui rendent le patient inconfortable. Ils peuvent eux-mêmes entraîner ou aggraver un delirium.

1. Neuroleptiques

(halopéridol et antipsychotiques atypiques)

Pour tout nouveau traitement neuroleptique :

- Réalisez une titration initiale afin de déterminer la dose efficace.
- Ajustez la posologie une fois par jour et prévoyez des entredoses.
- Évitez des modifications trop rapides ou un arrêt trop brutal du traitement.
- N'associez pas plusieurs neuroleptiques.
- Pensez à une réaction paradoxale en cas d'aggravation de la symptomatologie.
- Interrompez le neuroleptique si un traitement étiologique est possible et efficace.

Halopéridol :

Utile en cas d'agitation psychomotrice, d'hallucinations ou lorsqu'une voie parentérale est requise. Réactions extrapyramidales plus fréquentes qu'avec les neuroleptiques atypiques.

- 0,5 à 2 mg toutes les 12 à 24h po, sc ou iv
- en cas d'agitation importante : répéter la dose après 30 min (iv sc) à 60 min (po) jusqu'à l'effet souhaité

Pour le patient âgé et fragile :

- réduire la posologie

Dose d'entretien :

- habituellement 50% de la dose qui a été utilisée pour calmer la confusion

En cas de traitement prolongé :

- administrez l'Halopéridol une fois par jour à la dose la plus faible possible

Risperidone :

- 0,25 à 1 mg toutes les 12 à 24h po

Quétiapine :

Utile lorsqu'on recherche une sédation.

- 12,5 à 100mg toutes les 12 à 24h po

Olanzapine :

Utile lorsqu'on recherche une sédation.

- 2,5 à 5 mg toutes les 12 à 24h po

Clozapine :

Utile en cas de maladie de Parkinson, avec une extrême prudence en raison de sa toxicité hématologique et cardiaque.

- 12,5 à 50 mg toutes les 12 à 24h po

2. Benzodiazépines à demi-vie courte

Elles sont utilisées en association avec les neuroleptiques dans le delirium hyperactif avec anxiété majeure et agitation ; en cas d'échec d'un neuroleptique seul ; en première intention dans les sevrages et la maladie de Parkinson ; en fin de vie lorsque le delirium est irréversible.

Lorazepam :

- 0,5 à 1 mg toutes les 12 à 24h po, sc ou iv
- en cas d'agitation ou anxiété importante : répétez la dose après 1 à 2h

Midazolam :

- 2,5 à 5 mg sc ou iv

Pourquoi est-il important de traiter la confusion mentale ?


La confusion mentale est fréquente en soins palliatifs. Sa prévalence augmente à l'approche du décès. Elle concerne jusqu'à 85-90% des malades atteints d'un cancer en phase terminale et grève leur pronostic vital. Elle est non diagnostiquée dans plus de 20% des cas, en raison notamment de son polymorphisme clinique.

La forme hypoactive, par exemple, est souvent considérée à tort comme une dépression.

Outil : étiologies courantes d'une confusion en soins palliatifs

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs précipitants
<ul style="list-style-type: none">→ âge > 70 ans→ démence→ maladie de Parkinson→ défaillance de la vue ou de l'ouïe→ comorbidité multiple ou sévère→ dénutrition→ alcool, opioïdes, poly-médication	<ul style="list-style-type: none">→ déshydratation→ infection→ troubles ioniques : hypercalcémie, hyper- ou hyponatrémie→ hypo- ou hyperglycémie→ insuffisance rénale ou hépatique→ hypoxémie→ troubles hématologiques (CIVD, anémie)→ médicaments : anticholinergiques, opioïdes, benzodiazépines, etc.→ sevrage : alcool, sédatifs, tabac, etc.→ chirurgie récente→ pathologies cérébro-méningées : tumeur, ischémie, méningite carcinomateuse, épilepsie, etc.→ rétention urinaire→ constipation→ changement de lieu de vie→ douleur non contrôlée

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).

