

SOIGNER ET ACCOMPAGNER  
DANS LA PHASE ULTIME

- LA CONFUSION -

*Dr Gomes MJ - CH Béthune*

*CONFUSION MENTALE*

=

*DELIRIUM*

=

*ETAT CONFUSIONNEL  
AIGU*

# EPIDEMIOLOGIE

- *Fréquente* en SP, en gériatrie
- *sous évaluée*, car pfs difficile
  - à diagnostiquer
  - à traiter
- Altère la qualité de vie du patient ++
- Inquiète la famille et les soignants ++
- Peut survenir :
  - Quelle que soit la maladie
  - Quel que soit l'âge

## Prévalence symptômes en fin de vie

- *Asthénie* 90 %
- *Anorexie* 85 %
- *Douleur* 76 %
- *Nausées* 68 %
- *Constipation* 65 %
- *Sédation- confusion* 60 %
- *Dyspnée* 12 %

## Prévalence en soins palliatifs:

- Cancer terminal : 26 à 44 % des admissions
- jusqu'à 85 % dans les jours précédents le décès.
- 50 % seraient réversibles : déshydratation, hyperCa ou TTT...
- 10-30% pourraient requérir une sédation profonde continue palliative

# Troubles psychiatriques et cancer

- 47 % des patients cancéreux ont des troubles psychiatriques, dont :
  - 68 % de troubles dits réactionnels (anxiété, trouble de l'humeur)
  - 13 % dépression sévère
  - 8 % confusion mentale
- au stade palliatif : la confusion est un des troubles mentaux les plus fréquents

# *Incidence des syndromes confusionnels*

- Incidence augmente avec :
  - *l'évolution de la maladie*
  - *l'âge*
  - *l'importance de l'atteinte physique*
  - *les douleurs*
- confusion + fréquente à l'approche de la mort et est alors souvent irréversible;

DIAGNOSTIC POSITIF

- Classification internationale  
DSM-IV et CIM-10
- Diagnostic est clinique

# Définition

- État aigu,  
transitoire,  
réversible,  
résultant de modification de la conscience  
fluctuant dans la journée
- S'installe en qq h à qq j,
  - pfs début progressif et insidieux
- Guérison habituelle < 4 semaines

## Prodromes variables :

- Tr du sommeil : insomnie, cauchemars, agitation
- Diminution de l'attention, de vigilance :  
obnubilation, distraction
- Troubles de l'humeur : agressivité, irritabilité
- Perplexité anxieuse
- Retrait, repli sur soi
- Refus de parler à la famille, à l'équipe
- Tr du langage, du discours : erreurs,  
incohérence
- Mauvaise compliance au traitement

## Phase d'état :

- **Fluctuation des troubles +++**
- **Troubles de la conscience avec**
  - Diminution de l'attention
  - Diminution de la concentration
  - Trouble du jugement
  - Interprétations erronées
  - Hallucinations
  - Troubles mnésiques : amnésie antérograde et rétrogrades
- **Désorientation dans le temps et dans l'espace**
- **Tr du langage et de l'écriture**

- Instants de lucidité, avec perplexité anxieuse
- Tr du rythme veille / sommeil, avec accentuation des troubles la nuit
- Tr de l'humeur, de l'affectivité et du comportement
- Tr de l'activité motrice
- Présentation négligée, inadaptée
- Qq signes généraux associés

Tableaux moins typiques peuvent rester méconnus

## Formes cliniques : 3

- *Hyperactive ou agitée* : 15 %  
souvent diagnostiquée
- *Hypoactive* : 19 %
- *Mixte* : 52 % la + fréquente

Formes hypo ou mixtes souvent non identifiées,

■ Forme hyperactive ou agitée:

- *hyperactivité,*
- *exaltation de l'humeur,*
- *insomnie*
- *logorrhée, jurons, chante*
- *idées délirantes, hallucinations,*  
*cauchemars*
- *fuite des idées,*
- *hostilité ou violence*
- *anomalies de perceptions.*

■ Forme hypoactive :

- ralentissement moteur,
- *perplexité,*
- *réduction du flux des idées,*
- *réduction de la fluence verbale,*
- *difficultés d'émission de la parole,*
- *Léthargie, somnolence*
- *Regard fixe*
- *mimique peu expressive.*

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIAL

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- *Syndrome démentiel*
- *Syndrome dépressif*
- *Bouffées délirantes aiguës*
  
- *Epilepsie temporale*
- *Tumeurs frontales*

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENCE</b>	<b>DEPRESSION</b>	<b>PSYCHOS</b>
début	<b>aigu</b>	insidieux	variable	variable
évolution	<b>rapide et fluctuant</b>	lent et progression cte	variation dans la journée	variable
réversibilité	<b>parfois</b>	irréversible	réversible	variable
niveau conscience et orientation	<b>obnubilation désorientation</b>	lucide désorientation	souvent normales	intact pfs perplexité
attention et mémoire	<b>pauvre inattention cte</b>	pauvre pas d'inattention	attention pauvre mémoire intacte	attention pauvre mémoire intacte
cognition	<b>défaillance focalisée</b>	défaillance globale	intacte	variable
symptômes psychotique	<b>fréquents: idéation psychot brève, peu élaborée</b>	moins fréquents	rare: idéation complexe, en relation / humeur	fréquents: psychotiques complexes et paranoïdes
EEG	<b>80-90 % ralentissements diffus</b>	80-90 % ralentissement fréqt	normal	normal
évaluation traitement	<b>urgent</b>	TTT chronique	psychoth et TTT	TTT et évaluation psychiat

DIAGNOSTIC  
ETIOLOGIQUE

## Facteurs prédisposants :

- âge > 65 ans
- AEG
- maladies physiques (chroniques ou aiguës)
- Tr métaboliques
- démence
- déficits sensoriels
- ATCD d'alcoolisme
- malnutrition
- polymédication (recherche automédication)
- ATCD d'états confusionnels
- Mauvais contrôle des symptômes physiques

## Delirium et cancer avancé:

- Le + souvent multifactoriel, et réversible.
- Agir vite pour en atténuer le retentissement sur le patient, et sur son entourage.
- Dans 25 à 33 % : 1 seule cause
- Dans 66 à 75 % : plusieurs causes.
- En fin de vie, 1 étiologie n'est découverte que dans moins de 50 %.

## *Étiologies réversibles les + courantes :*

- *médicamenteuses (3 à 20 % des personnes âgées)*
- *troubles métaboliques*
- *syndromes infectieux.*

# Delirium et cancer avancé:

C Centeno, A Sanz, E Bruera Palliat Med 2004;18;184

Causes	%
opioïdes	64
désordre métabolique	53
infection	46
chirurgie récente	32
lésions structurelles	15

# Delirium en cancer avancé:

C Centeno, A Sanz, E Bruera Palliat Med 2004;18;184

type de délirium	Plus fréquents avec:
hyperactif	corticostéroïdes, opioïdes Ins hépatique
hypoactif	déshydratation

# Étiologies à rechercher en fin de vie

## ■ Causes physiques :

- Douleur non contrôlée
- Globe vésical, fécalome
- Signes neuro : tumeur cérébrale I ou IIaire, AVC ischémique ou Hgique, post comitiale ou post trauma (HSD, HED, contusion cérébrale)
- Tr métaboliques : déshydratation, HyperCa, hypoNa, hyper/hypoglyc, hypoxie, tr acido-basique
- Insuff d'organe : rein, foie cœur poumon
- Infection, sepsis
- Tr sensoriels auditifs visuels

■ Affections iatrogènes:

- Psychotropes (réaction paradoxale)
- Corticoïdes - AINS
- Opioïdes
- Agoniste dopaminergique - anticholinergique
- Sevrage ou surdosage: alcool, BZD, opiacés ...
- Autres: cardio-vasculaires, gastro-intestinaux (antiH2), ATB, anti-diabétiques oraux, certaines chimioth

Révision attentive des médicaments ++

- causes psychogènes ou psychiatriques :

- cause psychiatrique : anxiété, dépression, ...accès maniaque, schizophrénie, bouffée délirante aiguë, démence

- Psychogène : méca de défense / angoisse de mort, perte d'autonomie

diagnostic d'élimination ++,

fait suite à un choc émotionnel intense, une émotion vive (prise de conscience méta, fin de vie ...)

Permet d'échapper à une situation qu'il ne tolère pas.

# CONDUITE A TENIR

- Diagnostic *clinique*  
(classifications CIM-10 et DSM-IV.).
- Bilan étiologique à effectuer. ++
- Interrogatoire : difficile ++,
- Examen clinique : étiologie organique
- Outils d'évaluation : nombreux
- Examens complémentaires : ...

- Diagnostic difficile pfs :
  - confusion liée aux troubles somatiques
  - patients fatigués, poly médicamenteux, pathologie évoluée et disséminée, démence pré-existante
  - Forme hypoactive
  
- Diagnostic sous évalué et méconnu :
  - ambulatoire 20 %
  - dans 56 à 65 % des cas des patients hospitalisés
  - 20 % des cas en soins palliatifs

## Conséquences non négligeables du delirium

- *Facteur indépendant de mauvais pronostic à court terme*

(médiane de survie à 21 jours contre 39 pour les autres)

- Evaluation difficiles des autres symptômes :
  - physique : dont la douleur
  - psychique : anxiété et dépression
- mauvaise compliance au traitement
- retentissement sur le confort et la qualité de vie (du patient, mais aussi voisins de chambre)
- augmente la détresse chez le patient, sa famille et les soignants

- difficulté de communication et d'entrer en relation
- augmentation durée d'hospitalisation : coût économique
- complications secondaires :
  - iatrogène : chute, fracture, infection, escarres ...
  - médico-légale : passage à l'acte suicidaire, conduite auto ou hétéro agressive, fugue, chute et fracture ...
- risque de chute

## 1) Interrogatoire : difficile ++

patient, entourage (désarroi et inquiétude), médecin

- antécédents : confusion, psychiatriques, de troubles cognitifs antérieurs,
- Recherche:
  - Notion de chute, de traumatisme crânien...
  - prise de toxique ou d'alcool,
  - surdosage médicamenteux.

## 2) L'examen clinique : étiologie organique

- état général,
- hydratation et nutrition,
- signes d'éthylisme.
- examen neurologique ++
- fécalome ou globe vésical ? hyperthermie ?
- tenir compte de *l'état affectif et des traits psychopathologiques* :
  - richesse ou pauvreté de l'expression émotionnelle,
  - troubles de l'humeur (euphorie ou dépression, indifférence ou hostilité),
  - délire et /ou hallucination.

### 3) Outils d'évaluation : nombreux

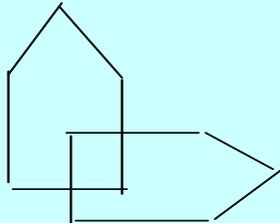
Les plus utiles :

- « Mini-Mental State » (MMS)
- Confusion Assessment Method (CAM)
- «delirium Rating Scale».
- méthode dite de « l'évaluation de la confusion »,

Evaluation psychiatrique si nécessaire

## MMS: Mini-Mental State

- confirme ou non la présence d'un trouble intellectuel,
- ne distingue pas la confusion / démence.
- Étudie les fonctions cognitives : orientation, langage, attention, mémoire, calcul arithmétique, raisonnement et fonction exécutoire
- Score maximum : 30.
- MMS < 24/30 point de rupture
- Noter l'état de conscience du patient : (a) comas, (b) stupeur, (c) somnolence, (d) éveil.

<b>ORIENTATION ( 1 point par réponse juste)</b>	
En quelle année sommes nous ?	1, , , , , , , , , ,
Quelle saison ?	2, , , , , , , , , ,
Quel mois ?	3, , , , , , , , , ,
Quelle est la date ?	4, , , , , , , , , ,
Quelle est le jour ?	5, , , , , , , , , ,
Dans quel pays sommes nous ?	6, , , , , , , , , ,
Quelle ville ?	7, , , , , , , , , ,
Quel département ?	8, , , , , , , , , ,
Quel est le nom de l'hôpital ?	9, , , , , , , , , ,
Quel étage ?	10, , , , , , , , , ,
<b>APPRENTISSAGE</b>	
Donnez 3 noms d'objets 1 par seconde ex: cigare, fleur, porte	11, , , , , , , , , ,
A la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes	12, , , , , , , , , ,
Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris.	13, , , , , , , , , ,
<b>ATTENTION ET CALCUL</b>	
Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois.	14, , , , , , , , , ,
Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes	15, , , , , , , , , ,
	16, , , , , , , , , ,
	17, , , , , , , , , ,
	18, , , , , , , , , ,
<b>RAPPEL (1 point par mot correct)</b>	
Demander les 3 mots d'objets présentés auparavant	19, , , , , , , , , ,
	20, , , , , , , , , ,
	21, , , , , , , , , ,
<b>LANGAGE</b>	
Dénommer un stylo,	22, , , , , , , , , ,
une montre	23, , , , , , , , , ,
Répéter: "il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et"	24, , , , , , , , , ,
Exécuter un ordre triple: "prenez un papier dans la main droite,	25, , , , , , , , , ,
pliez le en 2	26, , , , , , , , , ,
et jetez le à terre"	27, , , , , , , , , ,
copier le dessin suivant (1 point)	28, , , , , , , , , ,
	
lecture: écrire sur un papier "fermez les yeux"	29, , , , , , , , , ,
Ecrire 1 phrase spontanée (avec verbe et sujet, sémantique correcte, mais grammaire et orthographe indifférents)	30, , , , , , , , , ,
<b>TOTAL (30)</b>	

# Confusion Assessment Method (CAM)

- CAM et DSM-IV : 88 % sensibilité  
100 % spécificité
- Diagnostic: critères 1,2 et 3  
ou 1,2 et 4

# C.A.M.

L'algorithme diagnostique : besoin de Critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4

<b>Critère 1</b>	<b>Début soudain et fluctuation des symptômes :</b> Y a-t-il un changement soudain de l'état mental du patient / à son état habituel ? Est-ce que ce comportement inhabituel a fluctué durant la journée en intensité et / à une présence ? A demander à équipe et famille.
<b>Critère 2</b>	<b>Inattention :</b> Le patient avait-il des difficultés à focaliser son attention : facile à distraire ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit.
<b>Critère 3</b>	<b>Désorganisation de la pensée :</b> La pensée était organisée ou incohérente, illustrée par une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague et illogique des idées, ou passer du coq à l'âne de façon imprévisible ?
<b>Critère 4</b>	<b>Altération de l'état de conscience :</b> Si vous êtes incapable de répondre par le mot « Alerte ». Vigilent-hyper alerte Léthargique-somnolent-se réveille facilement Stuporeux-difficile à réveiller Comateux-impossible à réveiller.

# C.A.M. Les 5 autres symptômes

<b>Désorientation</b>	Temps, espace, personnes
<b>Troubles mnésiques</b>	Difficulté à se souvenir des événements récents tels que les raisons de son admission, le déroulement de son hospitalisation et/ou le patient a de la difficulté à se souvenir de consignes simples.
<b>Anomalies de la perception</b>	Hallucination tant auditives que visuelles et des illusions ou des erreurs d'interprétation.
<b>Agitation psycho-motrice Ou Retard psycho-moteur</b>	Ne tient pas en place, se tortille ou gratte les draps, tapote avec les doigts ou change soudainement et fréquemment de position. Lenteur, regard fixe, maintient la même position longtemps.
<b>Perturbation du rythme veille-sommeil</b>	Dort une partie de la journée et veille la nuit.

## Méthode : « évaluation de la confusion »

Séduisante par son extrême simplicité.

Diagnostic de delirium si 3 ou 4 réponses +

- 1) l'accès est-il aigu et d'évolution fluctuante,*
- 2) le patient a-t-il de la peine à être attentif,*
- 3) la pensée du patient est-elle organisée,*
- 4) le niveau de conscience du patient est-il anormal (normalement le patient doit être éveillé).*

# Échelle d'évaluation du délire (The Delirium Rating Scale)

<b>Item 1 :</b>	Délai d'apparition des symptômes
<b>Item 2 :</b>	Troubles des perceptions (en particulier la discrimination entre le rêve et la réalité devient impossible).
<b>Item 3 :</b>	Hallucinations (auditives, visuelles ou tactiles)
<b>Item 4 :</b>	Interprétations erronées, correspondant au terme anglais de « delusions" (touchant en particulier les soignants et les proches).
<b>Item 5 :</b>	Perturbation du comportement moteur (agitation)
<b>Item 6 :</b>	Fonctions cognitives perturbées (évaluées à partir de tests spécifiques)
<b>Item 7 :</b>	Présence d'une pathologie somatique
<b>Item 8 :</b>	Perturbation du cycle veille sommeil
<b>Item 9 :</b>	Labilité de l'humeur
<b>Item 10 :</b>	Fluctuation des symptômes (durant la période de vingt-quatre heures)

- Items coté de 0 à 3, (3 correspondant à la situation clinique la plus perturbée),
- Les items 6, 8 et 10 peuvent être cotés de 0 à 4
- et l'item 7 peut être coté jusqu'à 2.

- Total sur 32

- Patients délirants : score moyen de 23 +/- 4,8.
- Patients déments : score de 4,6 +/- 2,1 (p<0.001).

## 4) Examens complémentaires :

- Aide au diagnostic étiologique,
- Nombre et l'ordre ?
  - jugement du médecin,
  - possibilité et facilité de les réaliser
  - bénéfice attendu / contraintes ?
  - confort patient / diagnostic sur un symptôme ?

## ■ Examens généralement recommandés :

- biologiques : NFS, VS, CRP, urée, glycémie, gaz du sang, calcium, phosphore, albumine, bilirubine, vitamine B12, acide folique, fonction thyroïdienne, recherche de toxique, alcoolémie
- urines : albumine cétone, glucose.
- Hémocultures, ECBU
- ECG
- Fond d'œil, EEG, ponction lombaire, scanner ou IRM cérébrale.

# EVOLUTION

- Par définition : état aigu,
- Évolution dépendra de :
  - l'étiologie,
  - l'importance de la poly morbidité
  - l'atteinte cérébrale.
- Trois types d'évolution possibles:
  - disparition complète, rechutes possibles
  - Aggravation, évolution vers démence 10 % et 25%
  - décès : 14.2 % à 1 mois  
22.2 % à 6 mois,

- Évolution en général stéréotypée :

- installation rapidement progressive en qq jours, avec insomnie, somnolence diurne, asthénie, anorexie et troubles du comportement.
- début pfs + progressif.
- évolution favorable : retour à la normale (40 à 50 %), laissant souvent une asthénie prolongée, des troubles du sommeil, et une amnésie lacunaire de l'épisode (quasi-constante).

- Typiquement, la confusion se développe quand la maladie s'aggrave et / ou quand le patient est proche de la mort.
- En SP, dans les 24 à 48 dernières h de vie,
  - elle est le + souvent irréversible.
  - C'est un signe de gravité
  - Parfois, la seule solution thérapeutique peut être la sédation.

PRISE EN CHARGE  
THERAPEUTIQUE

## TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :

- Expliquer : élément clé ++
- Retranscrire +++ chaque observation,
  - confusion est fluctuante,
  - au travers du discours chaotique peut transparaitre ses sujets de préoccupation, (idées suicidaires ou dépression...).

# TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX

## ■ Au patient :

- Écouter ses préoccupations, ses peurs,...
- Lui montrer que l'on entend ce qu'il essaye de nous dire sans pour autant adhérer à son discours.
- Établir une relation « cadrante » et structurante
- Expliquer ++ : cause de la confusion, traitement ...
- Le resituer dans le temps et dans l'espace.
- Enlever tout objet potentiellement dangereux
  
- Assurer un environnement :
  - calme, bien éclairé et sécurisant (maintenir un éclairage modéré la nuit).
  - Laisser des objets familiers et des photographies
- Limiter le nombre d'intervenants soignants (identique) et éviter surtout les transferts vers un autre service.

## ■ A l'entourage :

- Expliquer la situation, la cause supposée des changements de comportement.
- Laisser la possibilité de partager sa détresse, de verbaliser des peurs et des idées erronées.
- Encourager la présence prolongée d'un proche et les visites fréquentes de la famille
- Essayer d'associer l'entourage à la prise en charge.
- Soutien psychologique au patient et/ou à son entourage pour prévenir un deuil pathologique.

## ■ Aux soignants :

- Expliquer la symptomatologie et les étiologies éventuelles.
- Resituer le geste thérapeutique dans une prise en charge palliative.
- Leur donner la possibilité d'exprimer
  - ce que le patient confus leur fait vivre (peurs, violence)
  - ou une culpabilité par rapport à un geste vécu comme agressif (injection, contention, etc...).
- Discuter des réponses à apporter à la souffrance des familles.

# TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- *Analyse bénéfiques / risques*
- *Traitement:*
  - *étiologique ( le + précocement possible)*
  - *symptomatique*

Apaisement de l'état aigu pendant que l'on corrige la cause si possible

- Principes de PEC des 48 dernières heures:

- Contrôle des symptômes
- Éviter les interventions et les examens inutiles
- Révision de tous les TTT régulièrement
- Maintien d'une communication effective
- Soutien des familles et du personnel soignant

## ■ Etiologique.

- Médicaments confusiogènes ?,
  - intoxication ou sevrage (opioïdes, corticoïdes, neuroleptiques, alcool ...)
  - si opioïdes suspectés :
    - rotation des opioïdes,
    - changement de voie d'administration.
  - *Supprimer* tous les TTT non indispensables
- Tr physiques : douleur, rétention d'urine, fécalome, lésion cérébrale, infection, insuf d'organe
- Tr métabolique: urémie, hyperCa, hypoNa, hypoxie, hyper ou hypoglyc
- Tr psychologiques: anxiété et détresse

- Symptomatique :

- hydratation

- « Calmants » :

- que si d'échec du ttt étiologique
- ou d'emblée en cas de trouble sévère

Traitement vise à réduire l'agitation, les hallucinations ou les idées délirantes, et à rétablir un cycle du sommeil correct.

## ■ Neuroleptiques:

- 1° intention : halopéridol
  - Indication : confusion avec hallucination ou délire
  - peu d'effet anticholinergique, cardiovasculaire
  - Si échec répéter ou augmenter > à changer de ttt
  - Pour certains patients haldol inefficace qq soit la dose
- Autres : largactil, tercian, nozinan :+ sédatif  
tiapridal, risperdal

## ■ Anxiolytiques

- BZD à  $\frac{1}{2}$  vie courte :
  - témesta, séresta voire hypnovel
  - Indication : confusion sur sevrage alcoolique  
Sédation  
Confusion avec anxiété  
ou agitation de fin de vie  
2° intention en association neuroleptique

# ANXIETE:

## Benzodiazépines

\* *TEMESTA*® (lorazepam) cp à 1mg - 2,5 mg

Posologie : 2 à 7,5 mg/j

\* *HYPNOVEL*® (midazolam) amp. Inj. à 5 - 50 mg

Posologie initiale: 2,5 à 5 mg / prise ou 0,4 à 0,8 mg/h SC ou IV.

0,1 mg/kg en voie intra-rectale

Une sédation pfs nécessaire (cf. recommandations de la SFAP).

## Méprobamate retiré

## Hydroxyzine

\* *ATARAX*® cp 25 et 100 mg, sirop, amp. Inj. à 100 mg

Posologie : 50 à 300 mg/j

**AGITATION: neuroleptiques, +/- benzodiazépine**  
(NRL seuls peuvent majorer l'état confusionnel)

- \* **HALDOL**® (halopéridol) cp à 1 et 5 mg - gtes 0,05 % et 2 %  
amp. Inj. A 5 mg  
Posologie : 3 à 30 mg/24h PO, SC ou IV continue ou en 3 prises
  
- \* **LARGATIL**® (chlorpromazine) cp à 25 mg et 100 mg -  
solution buvable à 4 % - amp. Inj. À 25 mg  
Posologie : 25 à 100 mg/24h PO, SC ou IV continue ou 3 fois
  
- \* **TERCIAN**® (cyamémazine) cp à 25 mg - 100 mg -  
solution buvable à 4 % - amp. Inj. à 50 mg  
Posologie : 50 à 300 mg/24h PO, SC ou IV continue ou 3 fois
  
- \* **NOZINAN**® (lévomépromazine) amp. Inj. à 25 mg  
Posologie : 25 à 100 mg /24h SC ou IV continue ou 3 fois

## AGRESSIVITE :

### Neuroleptiques:

- \* *TIAPRIDAL*® (tiapride) (si oenolisme en particulier),  
50 à 100 mg/jour en gtes, cp ou injection  
(voie IV si possible moins « agressive » que la voie IM).
- \* *LOXAPAC*® (loxapine) cp 25 -50 et 100 ml - gtes 25 mg/ml -  
amp. Inj. 50 mg/2ml  
Posologie : 25 -50 mg/8 per os ou IM

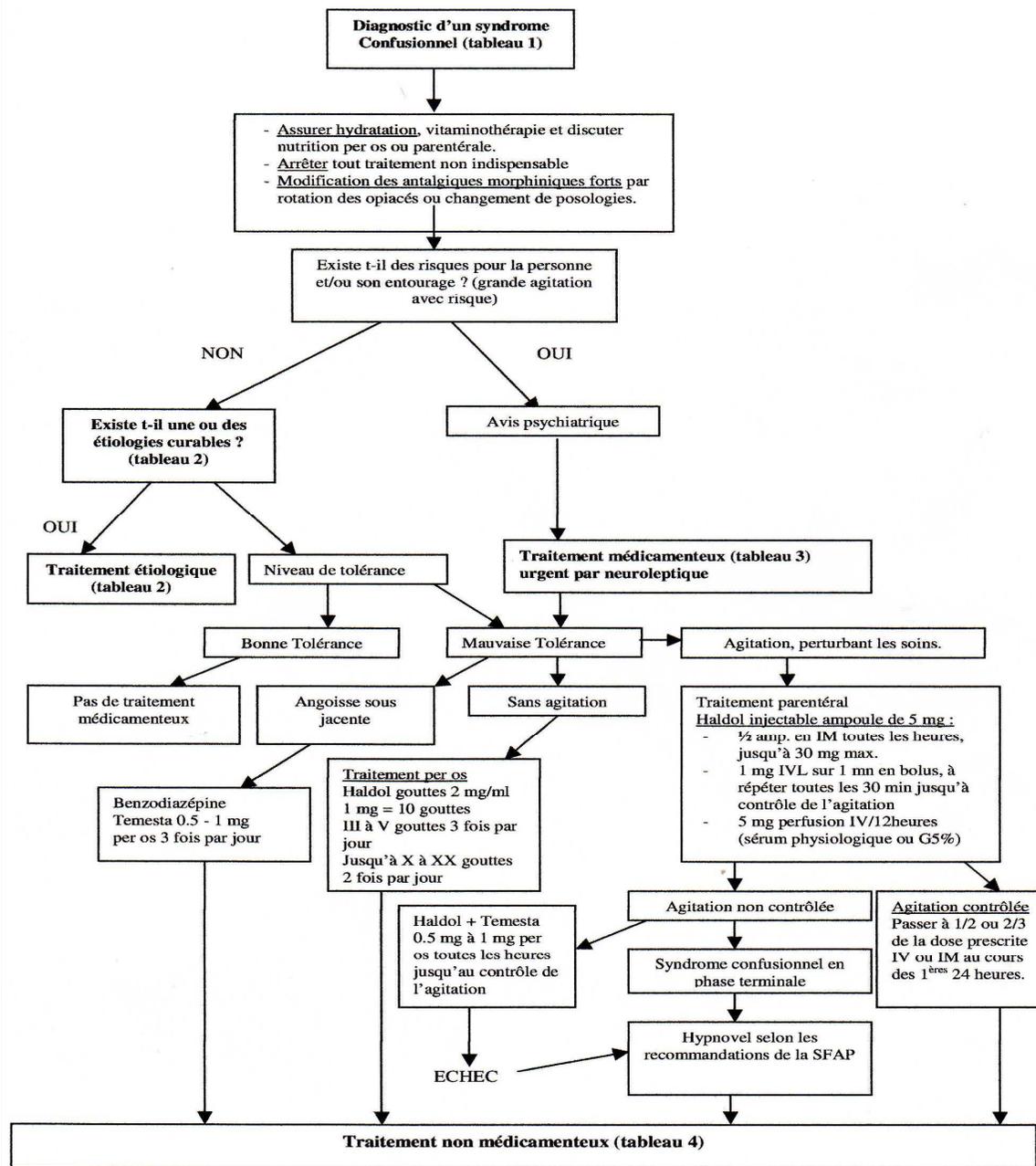
## HALLUCINATION;

Traitement par neuroleptiques à petites doses

*HALDOL*® posologie < 5 mg/j

*TERCIAN*® posologie < 25mg.j.

Réseau de Cancérologie de l'Arc Alpin



- Certains sont contre l'utilisation des NRL et des BZD chez les mourants.
- Le delirium est pour eux, comme qq chose de naturel dans le processus de mort, et ne doit pas être modifié.
- Au total:
  - Ne pas traiter les patients qui présentent une fin de vie relativement communicative et calme.
  - Traiter les patients anxieux, agités ou avec des les hallucinations mal tolérées.

# CONFUSION, LA PLACE DU PSYCHOLOGIQUE

*« On est frappé par la fréquence avec laquelle la personne confuse n'est pas écoutée par son entourage ; les soignants eux-mêmes la censurent lorsqu'il dit «des bêtises» ... »*

# Le contenu émotionnel et subjectif du delirium

- ne fait presque jamais l'objet de discussion.
- Pourtant, est souvent riche et dense, même s'il nous paraît parfois bien obscur
- la vie intra psychique, au crépuscule de la vie, est en pleine effervescence.

# la confusion mentale

- est déroutante, au sens propre du discours parce
  - elle nous fait sortir du cours normal de l'existence pour traduire dans la parole une souffrance,
  - le soignant n'a pas toujours envie d'écouter, ni de faire parler ;

- Mais parce la confusion est:
  - fréquente en SP,
  - nous pose question
  - voire pfs nous met mal à l'aise,
  
- Il est important d'essayer de :
  - peut être comprendre et mieux gérer cette confusion,
  - en tout cas, de mieux accompagner le mourant dans ce cheminement bien déroutant.

## Quels obstacles à la relation ?

- Perte de dignité
- Identification
- Mise à mal de notre rationalité et de notre émotivité.
- Sentiment de culpabilité, d'inutilité, d'impuissance, d'échec.

## Perte de la dignité

*« je veux laisser de moi à mes enfants une image digne, l'image d'une personne humaine »*

- **Idéal du mourir** : rester digne jusqu'au bout, garder sa pleine maîtrise.
- Ce sont des mots de patient, mais c'est aussi ce que nous ressentons au plus profond de notre être.
- Comment, alors, pouvoir malgré tout maintenir ou instaurer une relation ?

## L'identification :

- angoisse de notre propre déchéance
- Fréquente ++, c'est l'un des principaux modes de relation intersubjective.
- Les altérations du corps ou de l'esprit provoquent en chacun de nous (soignants et familles) des réactions de répulsion, de dégoût ou de pitié.

- Comment pouvoir s'identifier à une personne agitée, sans en ressentir un profond malaise ?
- Comment ne pas prêter à une personne qui s'agite des sentiments de révolte, de souffrance, penser qu'elle est douloureuse ?
- Mais ces sentiments ne sont-ils pas que les sentiments directs de ce que ressent le soignant ?

## Mise à mal de notre rationalité et de notre émotivité

- Pour communiquer nous utilisons des codes et des symboles.
- Dans le délirium, cet ensemble rationnel est déstructuré :
  - ses propos et ses actes ne sont plus adaptés à la situation,
  - Perte de repères dans le temps et dans l'espace, il ne reconnaît plus les personnes.
  - Son univers de référence ne correspond plus au notre.
- Ainsi, notre façon rationnelle d'aborder la réalité est ici mise à mal.

- Quand, nous sommes tristes, nous pleurons, quand une situation est comique, nous rions.
  - Chacun peut comprendre ce que signifie ces gestes et attitudes.
  
- Dans le delirium , le sujet est imprévisible et difficile à cerner.
  - Sans raison apparente, il peut éclater de rire ou entrer dans une fureur noire ou encore à l'annonce d'une bonne nouvelle, il se met à pleurer.
  
- Ce n'est pas le sujet confus qui est perdu, mais bien son interlocuteur qui ne retrouve pas ses repères habituels

## *Sentiment de culpabilité, d'inutilité, d'impuissance, d'échec.*

- Le confus ne répond pas à nos questions, il est « dans son monde ».
- Comment savoir si l'on fait bien les choses, comment savoir ce qu'il ressent, ce qu'il pense ?
- Comment ne pas penser que l'on a mal fait les choses, que l'on est passé à côté de quelque chose d'important ?
- Regret de ne pas avoir été là avant, de ne pas avoir pu faire quelque chose.
- sentiment d'échec face au désir de toute puissance.

- Il faut savoir accepter :
  - qu'un décès ne se passe pas dans les meilleures conditions que nous, soignants, nous avions imaginées,
  - les reproches et la souffrance que nous renvoient certaines familles.
  - accepter l'inacceptable, c'est à dire la déchéance tant psychique que physique, comme un phénomène inéluctable.
  - accepter ces sentiments qui nous traversent et nous bouleversent, comme des affects normaux.

Comment entrer en relation  
avec un sujet confus ?

Toute relation est difficile, face à :

- L'absence de cohérence apparente,
- l'absence de continuité dans le fil de la pensée,
- des réactions ou des propos déroutants,

- Mais un patient confus, même en fin de vie, reste *une personne vivante* à part entière.
- C'est seulement une *vie différente*, qui bien souvent nous échappe,
- Mais une vie avec ses valeurs, ses richesses soumises aux possibilités vitales restantes,
- Chaque patient vivant une expérience différente

- Le patient *reste sensible* à ce qui l'entourne,
  - à son confort, à la luminosité, aux bruits,
  - aussi à l'humeur des personnes qui l'entourent.
- La reconnaissance de cette vie psychique, chez la personne confuse peut permettre de mieux comprendre le patient, de l'aider, même si sa détérioration est majeure

## Reconnaître dans le confus un interlocuteur

- se manifeste par la façon de s'adresser à lui.
  - s'approcher, lui tendre la main et le saluer de son nom passe par ce principe.
- le respect de ce rite n'a rien d'anodin,
  - C'est un signe tout à fait minimal de la reconnaissance d'autrui dans un contexte ordinaire,
  - peut prendre pour des personnes ayant perdu leur rang social et dont on a tendance à ignorer la présence, voire l'existence, une importance particulière.
- Transparaît aussi dans le contenu de ce qu'on lui communique,
  - les questions abordées peuvent révéler le statut qu'on lui accorde
- peut apparaître aussi dans la reconnaissance et le respect de leur autonomie.

La personne malade, pour que la fin de sa vie ait un sens humain, a besoin de se sentir considérée dans ses *besoins* de personne à part entière, avec les *valeurs* qui comptent pour elle dans sa vie.

- L'entourage peut témoigner de :
  - l'histoire du patient, de ses valeurs,
  - permet de mieux connaître et comprendre la personne,
  - et ainsi peut permettre de préserver la dignité du malade dans
    - les soins (respect de la pudeur ... ),
    - les gestes (serrer la main pour dire bonjour ... ),
    - les attitudes (frapper avant d'entrer, comportements infantilisants où l'on parle, où l'on agit à la place de la personne ... ),
    - et les paroles (tutoyer une personne âgée ou l'appeler pépé ...).

- Il faut aussi admettre que le sujet confus *est capable de communiquer avec nous*, pour qu'il y ait un échange, et donc une relation.
- Soigner autrui, c'est créer des liens

- Parfois, le sentiment réciproque d'une relation s'établit entre deux personnes sans que soit échangé le moindre mot.
- Dans une relation d'écoute, il s'agit bien sûr d'être attentif aux mots, et au-delà des mots, aux mimiques, aux gestes, aux manières, au regard, à l'atmosphère générale qui se dégage, au ton de la conversation ...
- Autrement dit, une personne peut communiquer par son corps et pas seulement par la parole

- Face à un délirant, dans une société qui communique essentiellement par le verbe, nous avons à chercher, à découvrir *d'autres moyens d'entrer en communication.*
  
- Le toucher en est un,
  - dans les soins médicaux ou infirmiers, des soins d'hygiène, de coiffure, de pédicure ou des massages.
  
- Le regard en est un autre,
  - même si bien souvent, le regard du soignant confronté à l'affaiblissement du corps et à l'incohérence des propos ou du comportement reste sidéré par ce qu'il perçoit.

Pourquoi avancer la question  
du contenu verbal ou non  
verbal du syndrome  
confusionnel ?

- Rien ne permet cependant de dire ni pourquoi la confusion mentale, ni pourquoi à ce moment là ?

- Sinon l'hypothèse d'une configuration particulière et momentanée, d'éléments nouveaux.

- Affirmer qu'il s'agit de manifestations liées à l'anoxie d'un cerveau dont le métabolisme dysfonctionne, n'aide pas la prise en charge.
- Une étiologie n'est retrouvée que dans moins de 50 % des cas, et même si la cause est traitée, le délirium n'est pas forcément réversible.

- La confusion mentale est comme la réponse psychosomatique extrême à des facteurs événementiels liant à la fois :
  - la vie psychique,
  - les bouleversements somatiques
  - et les changements sociaux.

- L'état confusionnel :
  - signifie la perte des limites du Moi et un morcellement du Moi, permettant l'infiltration de l'inconscient sous formes d'expériences hallucinatoires ou délirantes.
  - ce processus ne se manifeste le + souvent qu'en extrême et dernière instance, lorsque toutes les tentatives défensives ou adaptatives ont échoué.
- Il apparaît surtout chez le sujet ayant une pathologie évoluée sans doute à cause de mécanismes adaptatifs + labiles et moins aptes à contenir l'agression, qui trouvent ainsi un terrain organique et psychologique fragilisé.

C'est à l'occasion d'épisodes confusionnels que l'on peut découvrir, si on y est attentif, l'extraordinaire activité psychique en fin de vie, et au travers de propos décousus, une histoire, un fil rouge, qui nous dit ce qu'est en train de vivre, de traverser un patient.

# *Quelles hypothèses avancées sur le sens de ces syndromes confusionnels ?*

- Confusion qui redonne sens à la vie ?
- Confusion: un moyen d'échapper au temps ?
- Confusion à valeur de message ?

# Confusion qui redonne un sens à la vie

- La confusion mentale avec:
  - un désinvestissement d'objets extérieurs (patient peu présent au monde qui l'entoure)
  - associé à un investissement narcissique de soi-même (il est dans son monde)
  - mène le sujet à investir une image de soi, à s'identifier lui-même tel qu'il était à une époque d'indépendance et de bonheur.
  - C'est à ce prix qu'il essaye de se défendre, qu'il effectue une régression temporelle en annulant la période la plus récente de sa vie, où est apparu l'évènement traumatogène.
- La confusion peut ainsi restituer un sens à l'existence

- La confusion mentale peut être le résultat de la lutte que mène le sujet contre le côté déprimant et angoissant de déclin.
  - Il est moins angoissant de penser «on me vole mes clés » que de se dire «je perds mes facultés ».
- C'est reconnaître une valeur défensive à la projection en estimant qu'elle est un moyen de lutter contre une menace perçue comme venant de l'extérieur que contre une attaque venue de l'intérieur.

## Confusion : un moyen d'échapper au temps ?

- pourrait être un moyen pour le sujet de se défendre du temps qui passe et du terme de la vie,
- = mise en place des mécanismes de défense basés sur l'idée d'une continuité.
- La confusion permet à la mort de ne plus être une échéance, mais un fait extérieur auquel on peut, peut-être, échapper.
- Même si le delirium, comme défense, met à distance,
  - son efficacité n'en est que partielle.
  - au travers de la confusion, la mort reste une menace toujours angoissante.

## *Confusion à valeur de message ?*

- Nous savons, depuis Freud, la fonction auto thérapie du délire comme solution de compromis pour continuer à vivre face à l'insupportable.
- Ne pourrait-t-on pas envisager la confusion comme une modalité particulière de demande à l'autre , où la réclamation, la plainte, les idées persécutrices présentes dans le syndrome confusionnel, ouvrent une voie d'expression à valeur relationnelle.

- Jusqu'au bout, le patient cherche à communiquer, à entrer dans une ultime expérience relationnelle, même si son sens nous échappe.
- Il vit pleinement ses derniers jours, ses dernières heures.
- La richesse de l'activité psychique, à la période terminale de l'existence, est le reflet d'un dernier travail psychique que tout être doit réaliser et que M. De M'uzan appelle :  
« *le travail du trépas* ».

- Ce travail de trépas est un peu comme un travail de deuil,
- il permet au sujet de se désinvestir du monde, de liquider les choses de sa vie antérieure, et ainsi d'accepter sa mort prochaine.
- Ce transfert permet non seulement un dernier travail, une préparation à quitter ce monde, mais aussi la réalisation fantasmatique de quelque chose qui ne s'est jamais réalisée, et dont l'expression apparaît à ciel ouvert dans le syndrome confusionnel.

- Mme V., 46 ans, en fin de vie, a revécu la période douloureuse qu'a été la longue maladie puis le décès de son jeune frère, sachant que la patiente, était loin en pension à cette époque, et a très mal vécu ce deuil.
- Dans son delirium, apparaît son vécu douloureux : elle parle de cercueil, de fleurs, de son chien. Elle dit que « c'est fini » ; elle fait un signe de croix ; parle au seigneur ; parle en anglais ; parle avec la voix de petite fille ; le tout dans une grande agitation motrice. Tout se passe comme si elle faisait ainsi un amalgame entre sa propre situation et celle revécue fantasmatiquement.

Lors d'épisodes confusionnel, on peut découvrir, si on y est attentif, l'extraordinaire activité psychique en fin de vie, ainsi que ce « dernier travail » qu'est le travail du trépas, peut être à valeur de message, en tout cas de dernier partage.

Certains auteurs ont émis l'hypothèse qu'il s'agit d'un dernier combat, un dernier message, d'une ultime manifestation de cette « soif d'être de l'être », juste avant que ne s'opère le « transfert de la conscience ».

- La confusion en phase terminale devient ainsi le dernier acte de relation, où le transfert à l'objet d'amour permet au patient de réaliser une dernière passion : d'intégrer ses désirs instinctuels dirigés vers l'objet qui jusqu'à présent n'avaient pu être réalisés.
- C'est aussi le dernier moment où la famille et les soignants s'interrogent, s'éveillent peut-être, en se penchant encore une fois sur celui ou celle qu'ils accompagnent.

- Ce « dialogue » doit se dérouler paisiblement, dans un climat d'écoute, en essayant de répondre aux attentes, aux demandes voilées du mourant, et ainsi continuer à veiller le patient.
- Dans une telle perspective, la sédation devient seconde,
- Mais, il faut se garder de tout vouloir interpréter ni comprendre à tout prix, ce que la personne nous dit ou vit.

- La famille

- ne nous dit du patient que ce qu'elle est prête à nous dire,
- avec sa propre interprétation
- et au travers de la souffrance qu'elle est en train de vivre.

- Ce que nous, soignants, comprenons de la personne confuse, est filtré par notre propre subjectivité,  
et il peut être dangereux à partir de là de faire nos propres interprétations.

Selon Rogers,  
une relation d'écoute est basée sur une  
écoute empathique qui se garde de  
juger, de culpabiliser, d'enquêter, de  
conseiller, d'interpréter et de banaliser.

- Il ne faut pas se leurrer : il n'y a pas de vérité enfin révélée sur le sujet, une espèce de vérité totale, le soignant doit accepter de ne pas tout comprendre, il n'a pas la toute puissance.
- Qu'un être se dévoile, et qu'il progresse, est déjà formidable, mais il gardera toujours en lui une grande part de mystère. Que le patient se comprenne mieux, ne veut pas dire que les autres le comprennent.

- Ce que nous confit la personne confuse est important, même si nous n'avons aucun moyen de l'interpréter,
- mais cela nous dit quelque chose de la personne, nous rapproche d'elle,
- et peut être permet à la personne, de se dire à elle-même, de continuer à cheminer ou de lui ouvrir une nouvelle voie. C'est une relation de confiance qui s'établit.

L'écoute «malgré tout » (c'est à dire malgré l'absence de logique qui nous est coutumière) nous permet de franchir un pas de plus dans son accompagnement.

- Supposer à ce delirium un sens, une logique qui nous échappe, nous permet de poursuivre avec ce malade un trajet typiquement humain.
- Il dit des mots qui nous sont communs, même s'ils ne sont pas agencés selon notre habitude.
- Accepter ces propos, non pas incohérents, mais incompréhensibles est une acceptation de la «personne globale » telle que le courant des soins palliatifs le prône.

- Il n'est pas facile cependant de conjuguer cette nécessité avec la rigueur qui protège des dérives.
- Il nous semble que poser ces questions et supporter qu'elles soient sans réponse est une position souhaitable même si elle est inconfortable.
- La modestie n'est-elle pas de mise devant l'irreprésentable, l'incompréhensible de la mort ?