



La confusion mentale (CM) en soins palliatifs (SP)

Dr Reich Georges Michel
Equipe de psycho-oncologie
Centre Oscar Lambret
2 décembre 2022



Absence de liens d'intérêts déclarés par l'intervenant



Définition

- État aigu, transitoire, réversible, résultant d'une modification psychique et physique due à une diminution de la vigilance, intermédiaire entre l'éveil normal et le coma, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des causes organiques ou autres

Hardy E, Renault M. In : Manuel de Soins Palliatifs, Centre d'Ethique Médicale. Jacquemin D, ed Dunod, Paris 2001

- La confusion mentale c'est « le flou des sens »

Twycross R Rev Prat 1986

- Terminologie anglo-saxonne : « delirium »



CM en SP

- Syndrome neuro-psychiatrique
- Représente une urgence médico-psychiatrique
- Complication fréquente et parfois gravissime de l'évolution de toute pathologie grave
- Banalisée / mal diagnostiquée / sous traitée
- Pourtant, si les causes curables sont traitées efficacement, la récupération se fait en général sans séquelles



Impact en SP (I)

- Facteur **pronostique** de gravité :
 - facteur prédicteur de mortalité indépendant du cancer
 - signe prémortem dans les phases avancées et terminales
 - décès dans la semaine si non contrôlée

Wiltox J et al JAMA 2010; Maltoni M et al Hematol Oncol Clin North Am 2002

- **Mortalité accrue**

- dans les unités de soins intensifs et palliatifs

Seller A et al Palliat Support Care 2021; De la Cruz et al Oncologist 2015; Ely EW et al JAMA 2004

- des sujets âgés hospitalisés

Nguyen TH et al Am J Hosp Palliat Care 2020; Trzepacz PT Dement Geriatr Cogn Disord 1999

- en phase terminale

Knoepfel S et al Palliat Support Care 2020; Caraceni A et al Cancer 2000; Morita T et al Support Care cancer 1999

- **Coût économique** : ↗ durée d'hospitalisation en USP

Weber C et al J Pain Symptom Manage 2020; Thomason JW et al Crit Care 2005; McCusker J et al J Am Geriatr Soc 2003



Impact en SP (II)

- Interfère avec le diagnostic et donc le contrôle des autres symptômes:
 - physique : douleur
 - psychiques : anxiété, dépression

Breitbart W & Cohen K. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, ed Oxford University Press, 2000;

Farrell KR et al Arch Intern Med 1995

- Retentissement sur le confort et la qualité de vie

Reich M et al Med Palliat 2003; Caraceni A et al Cancer 2000

- Parfois confondue avec la dépression et la démence

Del Fabbro E & Bruera E . J Palliat Med 2006; Farrell KR et al Arch Intern Med 1995



Impact en SP (III)

- Communication et aspect relationnel et éthique
 - compréhension de la maladie, capacité à prendre une décision
Adamis D et al J Med Ethics 2005; Auerswald KB et al Am J Med 1997
- Séquelles fonctionnelles et neuro-cognitives
- Complications secondaires :
 - iatrogéniques : chutes, fractures, infections, escarres...
 - médico-légales : passages à l'acte suicidaire, fugues, défaut de compliance aux tt

Akechi T et al Psychiatry Clin Neurosci 1999



Risques médico-légaux en SP

- Passage à l'acte suicidaire
- Fugues
- Hétéro-agressivité dirigée contre soignants et/ou famille
- Auto-agressivité dirigée contre soi-même :
défenestration, chutes, fractures, hématome cérébral
- Mauvaise ou non adhérence aux traitements :
perfusions, sonde ou cathéter arrachés, refus hydratation et nutrition

Boyle DA Oncology Nurs Forum 2006; Akechi T et al Psychiatry Clin Neurosci 1999



Prévalence en SP

- Non détectée dans plus de 20 % des cas et non diagnostiquée chez 32 à 67 % des patients adressés par équipe médicale
De la Cruz et al Support Care Cancer 2015; Leonard M et al J Psychosom Res 2008; Faisinger R et al J Palliat Care 1991
- 25 à 40 % des patients avec un cancer
Breitbart W et al JAMA 2008; Olofsson SM et al Support Care Cancer 1996
- Une des causes les plus fréquentes d'admission en USP
Lawlor PG Cancer 2002; Gagnon P J Pain Symptom Manage 2000; Caraceni A Cancer 2000
- Equipe médicale qui adresse un patient à l'USP (souvent pour PEC douleur) ne fait pas le dg dans 61% des cas (dg posé par le médecin des SP)
De la Cruz M et al Support Care Cancer 2015
- 9 à 57% en consultation ambulatoire de soins palliatifs
Watt CL et al Palliat Med 2019
- 28 à 42 % à l'admission dans une USP
Lawlor PG et al Arch Intern Med 2000; Minagawa H et al Cancer 1996; Bruera E et al J Pain Symptom Manage 1992
- 6 à 74% en hospitalisation dans une USP
Watt CL et al Palliat Med 2019
- Jusqu'à 80-88 % des patients en fin de vie
Watt CL et al Palliat Med 2019; Centeno C et al Palliat Med 2004; Casarett DJ et al Ann Intern Med 2001



Etiologies (I)

- Origine **plurifactorielle** essentiellement **organique** :
 - métabolique
 - toxique
 - infectieux
 - traumatique
- En phase très avancée du cancer, les causes sont multiples et la CM peut être irréversible et conduire rapidement au décès et cela indépendamment de l'âge

*Seiler A et al Palliat Support Care 2020; Del Fabbro E et al. J Palliat Med 2006; Caraceni A et Grassi L.
In : Delirium. Acute confusional states in palliative medicine, 2003*



Etiologies (II)

Reich M & Lassaunière JM Med Palliat 2003

Causes physiques

- D+ non contrôlées +++
- nausées et vomissements
- rétention urinaire / fécalome
- troubles métaboliques : Ca^{2+} , Na^{+}
- hémorragie digestive
- métastases cérébrales
- foyer infectieux, COVID
- déshydratation
- hypoxie/dyspnée persistante
- insuffisance d'organe (rein, foie)
- collapsus cardio-vasculaire
- atteinte sensorielle auditive/visuelle
- Covid19 (sujet âgé)

Causes iatrogéniques

- psychotropes (réaction paradoxale)
- corticostéroïdes / opioïdes
- agonistes dopaminergiques, anticholinergiques
- sevrage alcool, benzodiazépines, opiacés

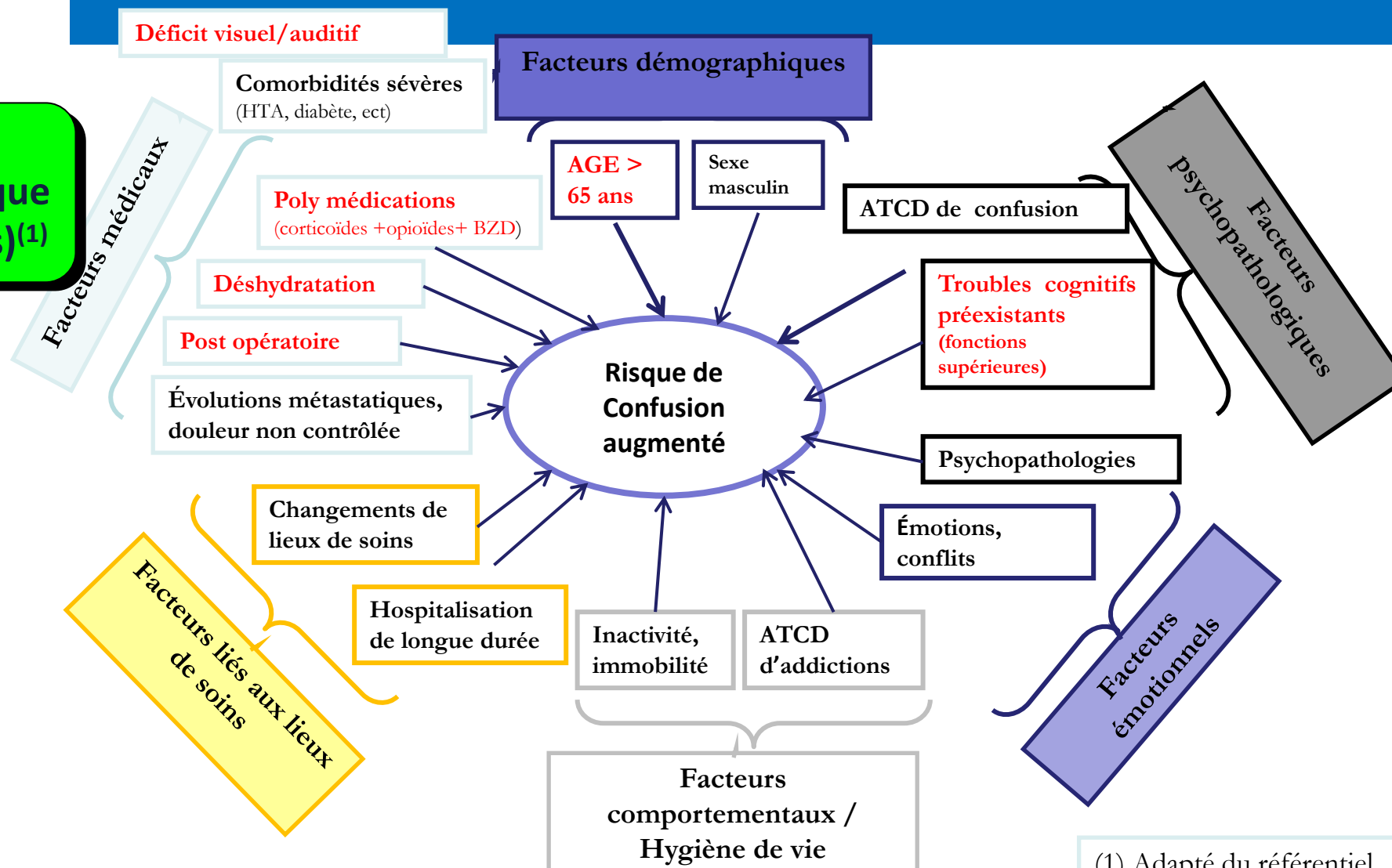
Causes psychiatriques / psychologiques

- états anxieux /dépressifs (forme agitée)
- états maniaques / hypomanie
- peur de la mort et de la perte d'autonomie
- mécanisme de défense (psychogène)
- modification de l'environnement habituel : lieu, structure, chambre, équipe soignante



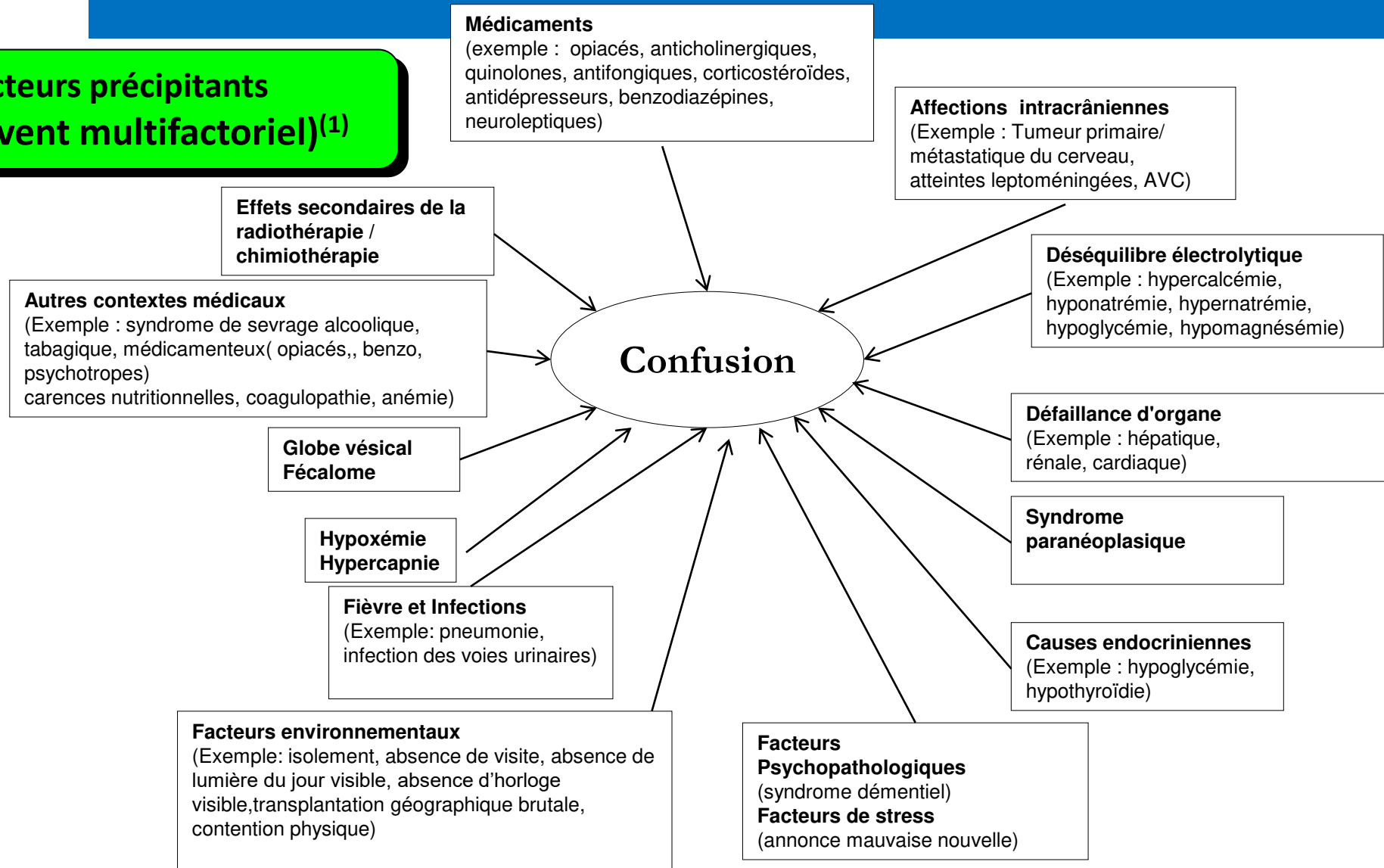
23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

CM :
Facteurs de risque
(pré disposants)⁽¹⁾



(1) Adapté du référentiel
CM Soins de support
Oncologie Juillet 2011

CM: Facteurs précipitants (le plus souvent multifactoriel)⁽¹⁾



(1) Inspiré de la fig. 1 de l'article de Bush S.H., Bruera E.; The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients; The Oncologist 2009;14:1039–1049



Autres facteurs précipitants à ne pas oublier

- Iatrogénie médicamenteuse
- Traumatisme crânien (HSD, HED)
- Utilisation contention physique (sujet âgé ++)
- Privation de sommeil
- Présence de douleurs physiques non contrôlées générant de l'agitation
- Existence d'une comorbidité dépressive



Facteurs précipitants d'origine « psychologique »

- **Origine psychogène**

- * mécanisme de défense par rapport à une angoisse de mort
- * permet au sujet d'échapper à une situation qu'il ne tolère pas
- * prise de conscience de récurrence, de métastases

Reich M Med Palliat 2003

- **Le syndrome d'Alexandrine**

- * déclenché par la confrontation à l'angoisse de mort en phase palliative : « fracas psychique »
- * confusion anxieuse avec agitation suraiguë plus délire
- * aspect psychotique et retour ultérieur à l'état antérieur et à une communication normale
- * pas de substratum organique, concerne 3% des malades en USP

Gomas JM et al SFAP, Paris 2009, ASP Liaisons 2005, Rambaud L et al J Palliat Care Med 2016



Messages

- La confusion est une pathologie fréquente
 - 10-35% des patients hospitalisés
 - 25 à 40 % des patients atteints de cancer
 - Jusqu'à 85 % des patients en fin de vie
- Le diagnostic ne serait pas fait dans plus de la moitié des cas.
- La confusion est associée à des hospitalisations plus longues, des coûts plus élevés et une plus grande perte d'autonomie
- Le dépistage précoce permet un recours moindre aux neuroleptiques
- Dans un **contexte de soins palliatifs** : le syndrome confusionnel est un **facteur prédictif de décès**
- **Hors contexte de soins palliatifs** : le syndrome confusionnel est un **facteur pronostique de gravité**



Facteurs associés à un sous diagnostic

- Manque de fiabilité dans la terminologie utilisée pour décrire la confusion mentale
- Incapacité à pratiquer correctement un test de dépistage objectif des fonctions cognitives
- Présence d'une forme ralentie (« hypoactive delirium ») souvent confondue avec une dépression
- Fluctuation dans l'intensité des symptômes avec des périodes d'apparente lucidité
- Tableau de confusion masqué par un état démentiel sous jacent



Diagnostic

- Le syndrome confusionnel est un trouble associant :
 - une perturbation de la conscience (perception altérée de l'environnement) avec trouble de l'attention et de l'éveil
 - des modifications du fonctionnement cognitif (mémoire, orientation, langage)
 - des perturbation des perceptions (hallucinations, illusions, délire) non expliquées par un trouble neuro-cognitif préexistant (« démence »)
 - une apparition rapide et une évolution fluctuante

DSMIV-TR 2003; CIM-10



Évaluation clinique selon le DSM-5[®] (APA 2013)

- **Critères diagnostiques d'un état confusionnel « delirium » selon le DSM- 5[®]**

- A. **Perturbation de l'attention** (c'est-à-dire diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) **et de la conscience** (diminution de l'orientation dans l'environnement).
 - B. Installation de la perturbation en **un temps court** (habituellement quelques heures ou quelques jours) ce qui représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables et tendance à une **évolution fluctuante** en sévérité tout au long de la journée.
 - C. **Perturbation cognitive** (telle qu'un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuospatiales ou des perceptions).
 - D. Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit, comme dans un coma.
 - E. Mise en évidence, d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est la **conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale**, d'une **intoxication** ou d'un sevrage d'une substance (drogue ou médicament) ou d'une exposition à un produit toxique ou est due à de multiples causes.
- NB : L'altération de la conscience n'est plus retenue comme critère indispensable (≠ DSM-IV-TR)



La confusion mentale avant l'agitation

- Un syndrome confusionnel doit être recherché systématiquement devant **tout changement de comportement inexpliqué**, apparition d'inversion du rythme nycthéméral, de troubles cognitifs, d'hallucinations même intermittentes
- **Rupture** avec l'état antérieur du patient
- La **fluctuation** des symptômes ne doit pas rassurer : au contraire c'est un élément du diagnostic



Signes prodromiques

- **Modifications du contact** : patient perplexe, perdu, hésitant, anxieux,
- **Modification de la vigilance et de l'attention**: distractible, obnubilé (réagir avec retard)
- **Modification d'attitude** : sondes, perfusions arrachées, refus de soins, d'alimentation, mauvaise adhésion au traitement, retrait et repli sur soi
- **Modification du caractère, du comportement et de l'humeur** : irritabilité, agressivité, colère, labilité thymique (rires / larmes)
- **Modifications de la communication et du langage** : propos décousus, bizarres, réponses à coté, inadaptées, incohérences, erreurs, élocution précipitée ou hésitante, digressions, refus de parler aux soignants et à la famille
- **Modifications du sommeil** : inversion du cycle nycthéméral, sommeil agité, cauchemars intenses, insomnie, cris nocturnes, somnolence diurne
- **Modifications sensorielles** : hypersensibilité visuelle ou auditive, avec interprétations, parfois à tonalité persécutive, puis illusions visuelles (déformations des perceptions, initialement critiquées)

Reich M et al Bull Cancer 1996



Phase d'état (I)

- **Troubles de l'attention, de la concentration et de la conscience :**
« perplexité anxieuse », activité intellectuelle ralentie ou obnubilation, obscurcissement de la conscience, hébétude
- **Troubles cognitifs :** pensée, discours, mémoire, orientation (DTS) : mélange événements du passé/ événements du présent, capacité de raisonnement diminuée, manque de clarté de la pensée, incohérence du discours
- **Troubles du langage :**
incapacité à nommer les objets : dysnomie
- **Troubles de l'écriture :**
dysgraphie, micrographie, persévérations (répéter les lettres)
- **Troubles des perceptions visuelles et auditives :**
fausses reconnaissances, illusions et hallucinations, voire trouble onirique (animaux, personnes), idées délirantes (« delusion »), hypersensibilité aux stimulations visuelles /auditives



Phase d'état (II)

- **Délire et troubles interprétatifs :**
« delusion », onirisme vécu et agi, adhésion totale du patient
- **Troubles du cycle nyctéméral :**
inversion veille / sommeil (sommolence diurne, agitation nocturne)
- **Troubles de l'activité motrice :**
hypo ou hyperactivité, agitation ou hébétude, état stuporeux, torpeur
- **Troubles affectifs :**
labilité thymique
- **Fluctuation des troubles et accentuation nocturne**
- **Augmente ou diminue suivant les personnes présentes**
- **Changement de comportement de survenue brutale**



Présentations cliniques atypiques

- Non-compliance et déni
- Anxiété et attaque de panique
- Douleur crescendo
- Troubles de l'adaptation
- Syndrome dépressif
- Idéations suicidaires et passage à l'acte
- Conflit avec la famille et/ou l'équipe soignante

Akechi T et al, Psychiatry Clin Neurosci. 1999; Kissane DW et al Aust N Z J Psychiatry. 1996



Formes cliniques

- La confusion est un trouble de l'éveil et des cognitions
- Les sous types de confusion mentale sont déterminées par le type de troubles de l'éveil :
 - Hypoactive (ralentie) : 49 % (20-86 %)
 - Hyperactive (agitée) : 10 % (6-31 %)
 - Mixte : 41% (16-67%)
 - 6 % : pas de modification de l'activité psychomotrice



Formes cliniques

Forme hyperactive (« hyperdelirium »)

- Agitation, hyperactivité
- Hypervigilance
- Tachypsychie
- Labilité thymique importante
- Troubles des perceptions (hallucinations, délire)
- Syndrome de sevrage

Forme hypoactive (« hypodelirium »)

- Diminution de la vigilance
- Ralentissement majeur
- Léthargie, somnolence
- Stupeur, bradypsychie, apathie
- Absence, perplexité, repli
- Lenteur de réponse aux sollicitations, apragmatisme, Troubles des perceptions rares
- Souvent confondue avec dépression
- Encéphalopathies



HYPODELIRIUM/HYPERDELIRIUM

Stagno D et al Palliat Support Care 2004

HYPERDELIRIUM (47 %)

- HALLUCINATIONS : 70,2 %
- DELIRE : 78,7 %

Boettger S et al Palliat Support Care 2011

HYPERDELIRIUM (68 %)

- HALLUCINATIONS : 67 %
- DELIRE : 50 %

Ross CA et al Int Psychogeriatr 1991

HYPODELIRIUM (53%)

- HALLUCINATIONS : 50,9 %
- DELIRE : 43,4%

Boettger S et al Palliat Support Care 2011

HYPODELIRIUM (32 %)

- HALLUCINATIONS : 3 %
- DELIRE : 3 %

Ross CA et al Int Psychogeriatr 1991



Messages

- Il y a des agitations sans confusion
- Il y a des confusions avec somnolence et hypoactivité
- Se préoccuper des **formes ralenties** de confusion mentale car elles sont **plus fréquentes, moins bien repérées** et ont un **plus mauvais pronostic** que les formes agitées donc :
 - évaluation cognitive **systematique** en pratique clinique routinière
 - utilisation d'un **outil de dépistage**



Évaluation

- La reconnaissance **précoce** et précise des signes prodromiques de confusion est fondamentale :
 - ➔ pour réduire la sévérité des symptômes
Boyle DA Oncol Nurs Forum 2006
 - ➔ pour minimiser les séquelles associées (cognitives)
Baumgartner K Sem Oncol Nursing 2004
 - ➔ est prédictive d'une meilleure prise en charge : **anticiper** sa survenue
Caraceni A IPOS 2006
- Tenir compte de la **variabilité** des symptômes et de leur nature transitoire
Boyle DA Oncol Nurs Forum 2006
- La douleur, la privation de sommeil, les médicaments, l'anxiété sont autant de paramètres influençant l'évaluation par les tests
Boyle DA Oncol Nurs Forum 2006



Échelles de mesure

- Les outils évaluant les **fonctions cognitives** :
 - Le Mini Mental State Examination (MMSE) (score < 24)
Folstein ME et al J Psychiatr Res 1975
 - Le Blessed Orientation-Memory-Concentration Test (BOMCT)
Katzman R et al Am J Psychiatry 1983
 - Le Test élémentaire de concentration, orientation et mémoire (TELECOM) version française du BOMCT
Arsène O et Lassaunière JM La Presse Médicale 2000
 - Le test de l'horloge
Huntzinger JA et al Gen Hosp Psychiatry 1992
- Ces différentes échelles sont validées en français



23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

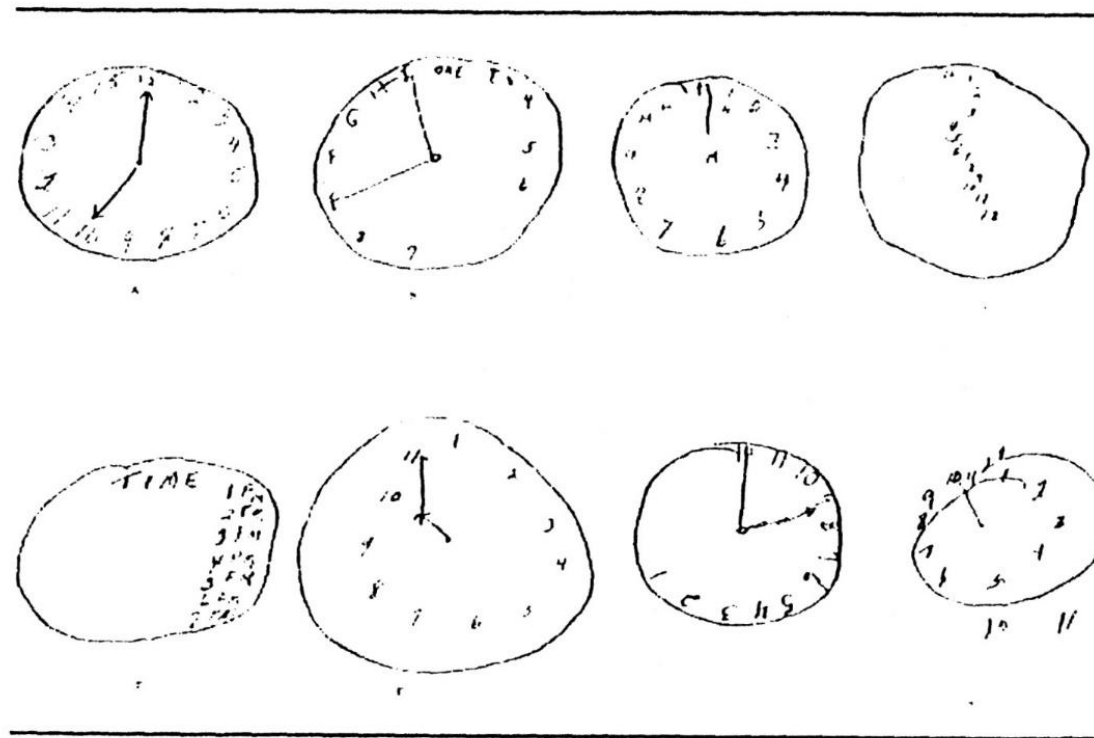
Test TELECOM

Davous P & Lamour Y Presse Med 1988 ;17 :513-15

Questions	Juste	Faux
1. En quelle année sommes-nous ?	0	4
2. Quel mois sommes-nous ?	0	3
3. Répétez cette phrase après moi : Mr Jean Dubois, 42 rue du Marché à Bordeaux		
4. Quelle heure est-il ? (à 1h près)	0	3
5. Comptez à l'envers de 20 à 0		2 ou 4
6. Récitez les mois de l'année à l'envers		2 ou 4
7. Répétez l'adresse que je vous ai dite	0	de 2 à 10
Score normal	0	
Score avec le maximum d'erreurs		28

Test de l'horloge

Huntzinger JA et al Gen Hosp Psychiatry 1992;14:142-44



**Figure 4. Examples of Clock Drawing Test Performance
Identify Cognitive Impairment**



Échelles de mesure

- Les outils permettant un **diagnostic** de confusion **au lit du malade**

- * Échelle validée en français

- L'échelle de dépistage du delirium (EDD) (adapté du Nu-DESC)(Nursing Delirium Screening Scale) (sensibilité 85,7%, spécificité 86,8%)

Gaudreau JD et al Gen Hosp Psychiatry 2005; Gaudreau JD et al J Pain Symptom Manage 2005

L'EDD est recommandée en 1^{ère} intention par le groupe d'expert ayant élaboré le référentiel soins de support sur la confusion mentale

Piollet I Psycho-oncologie 2013

- Le Confusion Assessment Method (CAM) (sensibilité 94%, spécificité 90%)

Wei LA et al J Am Geriatr Soc 2008; Inouye SK et al Ann Intern Med 1990



EDD (échelle de dépistage du delirium)

*Gaudreau JD et al J Pain
Symptom Manage 2005*

Caractéristiques et description	Intensité des symptômes (0-2)			Score du jour
Jour				
Symptômes	19h-8 h	7 h- 12 h	12h-19h	
Désorientation : Manifestations verbales ou comportementales indicatives d'une mauvaise orientation dans le temps et/ou l'espace ou d'un mauvais discernement des personnes dans l'environnement.				
Comportement inapproprié : Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, arracher ses sondes ou ses pansements, essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, être constamment agité, réagir de façon exacerbé aux stimuli.				
Communication inappropriée : Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible ou insensé.				
Hallucinations/Illusions : Voit ou entend des choses qui n'existent pas, distorsion dans la perception des objets...				
Ralentissement psychomoteur , en tenant compte des conditions médicales : Temps de réaction allongé, peu ou pas d'action/de parole spontanées; par exemple lors de l'interaction avec le patient, celui-ci réagit toujours après un laps de temps et/ou il est difficile à stimuler et /ou réveiller.				
Score Total				
Coter chacune des 5 manifestations comportementales comme suit : 0 = comportement absent durant la période 1 = comportement présent durant la période, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité 2 = comportement présent durant la période et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 et 1). N.E. = non évaluable*				
Inscrire N.E seulement s'il a été impossible d'évaluer le comportement du patient durant toute la durée de la période de travail; en préciser la raison : a = sommeil naturel b = sédation induite par la médication c = stupeur ou coma d =autre raison				
Probabilité d'un état confusionnel : 86% pour un score supérieur ou égal à 2				



Confusion Assessment Method

1 – DEBUT BRUTAL

Inouye SK et al Ann Int Med 1990

- Changement soudain de l'état cognitif / état antérieur ?

2 – TROUBLE DE L'ATTENTION

- Difficultés à maintenir l'attention ? (facilement distrait ? Difficultés à se rappeler les informations qui viennent d'être dites ?)
- Si oui, comportement fluctuant ?

3 – DESORGANISATION DE LA PENSEE

- Pensée désorganisée ou incohérente ? (parle sans arrêt, propos inappropriés ou décousus, passe d'un sujet à l'autre ...)

4 – ALTERATION DE L'ETAT DE CONSCIENCE

- Hypervigilant (hypersensible à l'environnement)
- Léthargique (sommolence, se réveille facilement)
- Stuporeux (difficile à réveiller)
- Comateux

Pour obtenir un diagnostic de CM : les critères 1 et 2, ainsi que 3 ou 4 sont requis



CM : Questions pratiques à poser pour la recherche

- Exploration du cours de la pensée, conversation et perceptions
 - *Comment allez-vous aujourd'hui ?*
 - *Depuis quand êtes-vous ici ?*
 - *Où étiez-vous auparavant ?*
 - *Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé entre le temps où vous vous sentiez bien et maintenant ?*
 - *Qu'est-ce qui vous a amené ici ?*
 - *Ça se déroule comment ici ?*
 - *Êtes-vous confortable, avez-vous de la douleur ?*
 - *Avez-vous de la difficulté avec votre mémoire, avec votre concentration ?*
 - *Avez-vous l'impression que vos yeux ou vos oreilles vous " jouent des tours ", vous font voir, entendre des choses inhabituelles, que les autres ne perçoivent pas ?*
 - *Sentez-vous des odeurs inusitées ou nouvelles ?*
 - *Avez-vous l'impression d 'avoir des sensations étranges sur votre peau ou de toucher différemment les choses ?*



Les évolutions possibles

- Syndrome de stress post delirium

DiMartini A et al Psychosomatics 2007; Griffiths RD et al Curr Opin Anaesthesiol 2007; McKenzie TB & Popkin MK Am J Psychiatry 1980

- Dépression et autres troubles psychologiques et/ou psychiatriques

Blank K & Perry S Am J Psychiatry 1984

- Retour ad integrum : 30-50% des cancers en phase avancée entre 2 à 4 jours

Lawlor PG et al Arch Intern Med 2000; Bruera E & Neumann CM 1998; Pereira J et al Cancer 1997

- Troubles cognitifs persistants

McCusker J et al Can Med Assoc J 2001

- Le décès

Reich M & Lassaunière JM Med Palliat 2003



Syndrome confusionnel vs syndrome démentiel

Confusion

- Début brusque
- Évolution fluctuante
- Durée courte < 1 mois
- Niveau de vigilance
- EEG anormal
- Attention non maintenue

Démence

- Début insidieux
- Évolution non réversible
- Durée longue
(plusieurs années)
- Vigilance conservée
- EEG normal
- Attention conservée

**Tous les confus ne sont pas déments et tous les déments ne sont pas confus
La confusion est une urgence, la démence non**



Confusion organique vs confusion psychiatrique

Confusion organique

- Onirisme
- Hallucinations ou illusions le plus souvent visuelles
- Délire non systématisé
- Thème non spécifique
- Absence de syndrome d'influence ou d'automatisme mental
- Absence d'affection psychiatrique sous jacente
- Pas de tt psychotrope au long cours connu

Confusion psychiatrique

- Diagnostic d'élimination (+++)
- Polymorphisme des mécanismes du délire
- Multiplicité des thèmes
- Hallucinations le plus souvent auditives
- Jugement perturbé
- Existence d'une affection psychiatrique sous jacente (psychose)
- TT psychotrope chronique



CM : quel sens pour le patient en fin de vie

- Mécanisme de défense face à l'angoisse de mort
- Mise à distance de cette angoisse de mort
- Mécanisme d'adaptation : réorganisation psychique
- Fuite devant la réalité somatique : illusion de la maîtrise ou mode relationnel à cette réalité
- Instauration d'une « confortable solitude » / isolement face à la mort
- Logique interne des paroles du confus / interrogations du patient

Reich M et al Med Pal 2003



Comment rentrer en contact avec le patient confus

- S'adresser au patient conscient et plus particulièrement à la partie qui a conscience que quelque chose est brouillé, mélangé
- Ne pas rentrer dans les thèmes hallucinatoires ou interprétatifs du patient, du moins pas de manière directe
- Lui montrer que l'on entend ce qu'il essaye de nous dire sans pour autant adhérer à son discours (ce qui ne ferait qu'augmenter l'angoisse du patient)
- En cas d'intervention pharmacologique (neuroleptique sédatif) : resituer le geste dans un cadre thérapeutique



• Retentissement émotionnel : **Vécu psychologique** *O 'Malley G et al J Psychosom Res 2008*

- sentiment de peur, de menace
- anxiété, détresse psychologique
- désespoir, dépression, solitude
- perplexité et indifférence
- plaisir de l'expérience délirante (plus rare)

Andersson EM et al Int J Geriatr Psychiatry 2002; Breitbart W et al Psychosomatics 2002; Schofield I J Adv Nurs 1997

• Troubles des perceptions et des pensées

- hallucinations visuelles : personnages familiers ou non, proches vivants ou décédés, zoopsies (animaux)
- expériences sensorielles réelles déformées ou mal appréhendées
- idées délirantes effrayantes ou agréables, paranoïdes
- collusion entre passé et présent, expérience oniroïde

McCurren C et al Medsurg Nurs 2003; Pagerberg I et al J Psychiatr Ment Health Nurs 2002



Le rappel de l'expérience de la CM

- Breitbart W et al Psychosomatics 2002
 - N=101 confus, 53,5 % se rappellent avoir été confus
 - Facteurs de rappel de l'expérience de confusion (« delirium recall ») sont avant tout :
 - altération de la mémoire à court terme,
 - sévérité de la confusion,
 - présence de troubles de la perception
- Expérience traumatisante surtout si présence de délire («delusions»)
- Bruera E et al Cancer 2009
 - N=99 confus, 73 % se rappellent avoir été confus
 - 81 %(59/73) l'ont vécu de manière traumatisante



Prise en charge en SP et en fin de vie

- Particulier car :
 - étiologies multiples, le plus souvent irréversibles
 - inutilité de la mise en route d'un bilan complexe
 - privilégier le confort du patient : traitement symptomatique plutôt qu'étiologique
 - attitude pharmacologique tributaire de la symptomatologie :
 - forme agitée (« hyperdelirium ») ou léthargique (« hypodelirium »)
 - augmentation ou changement d'opioïde si douleur non contrôlée
 - attitude pharmacologique (sédatifs) ne doit pas conduire systématiquement à une rupture de la communication avec le patient (souvent définitive)
 - prise en charge conjointe : famille et soignants



Buts du traitement

- Diminuer la détresse psychologique
- Assurer la sécurité
- Traitement symptomatique (traitement pharmacologique approprié)
- Traiter les causes identifiables et/ou les facteurs contributifs (traitements étiologiques) curables
- Interventions environnementales
- Traitement supportif
- Maximaliser le fonctionnement de l'entourage : engagement, aide à la décision
- Traitement préventif



Traitements en SP

- Bonnes pratiques :
 - Traiter le ou les **facteurs déclenchant** et **dépistage précoce** pour limiter l'emploi des neuroleptiques
 - Penser aux **origines médicamenteuses** :
 - Suspecter tout médicament introduit récemment et arrêt de toutes les médications psychoactives non indispensables
 - Mais en l'absence d'anomalie métabolique, conserver le traitement de base ancien (antalgique, BZD)
 - Maintien **apports hydriques** et **nutritionnels**
 - **Modification** des **antalgiques** morphiniques ou changement de posologie
 - Utilisation de **molécules antipsychotiques** en cas d'**agitation** (danger, anxiété) et **si nécessaire**
 - **Eviter** les **associations multiples** : un ou deux produits sédatifs à doses élevées sont plus efficaces et d'une toxicité plus prévisible que plusieurs produits à dose insuffisante.
 - Contrôle des **facteurs environnementaux**

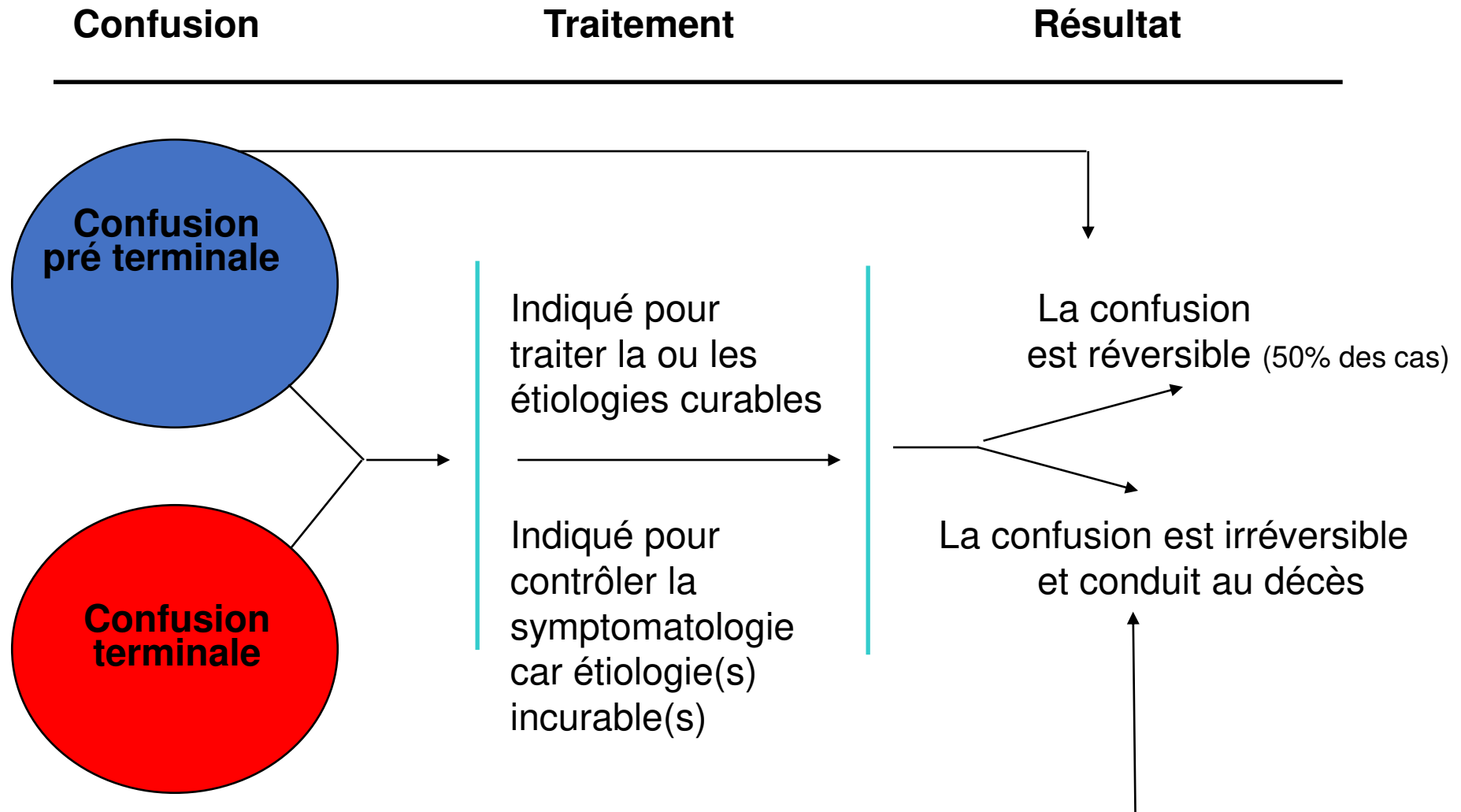
Inouye SK et al Lancet 2013; Hun-Kang J et al Cancer Treat Rev 2013; Centeno C et al Palliat Med 2004



23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

Traitement en fin de vie

adapté de Breitbart W, JAMA 2008





Les grandes lignes du traitement en SP

- Traitement symptomatique
- Traitement étiologique
- Traitement environnemental
- Traitement supportif
- Traitement préventif



Traitement symptomatique (I)

- Traitements médicamenteux

- PO, SC, IM, IV
- neuroleptiques
- benzodiazépines
- Arrêter tout traitement non indispensable : nettoyage de la pancarte +++

- Autres mesures symptomatiques

- Éviter toute intervention inutile :
 - ~ réveil nocturne pour vérifier les constantes médicales
 - ~ donner une médication per os si patient est calme
 - ~ contention physique à limiter si possible
 - ~ limiter autant que faire ce peut la « tuyauterie » : perfusion, sonde



Traitement symptomatique (II)

- **Autres mesures symptomatiques**
 - Assurer hydratation, vitaminothérapie et nutrition PO ou parentérale
 - Assurer le maintien du confort du patient :
 - ~ analgésiques pour contrôler les douleurs
 - ~ laxatifs et lavement pour soulager la constipation
 - ~ sondage urinaire si rétention urinaire
 - Renforcer les moyens d'orientation du patient et repères habituels :
 - ~ calendrier, montre ou horloge, objets familiers
 - ~ port de lunettes et prothèses auditives (vérifier état de fonctionnement)
 - ~ présence de la famille
 - ~ même équipe soignante

Reich M et al Med Pal 2011; Del Fabbro et al J Palliat Med 2006; Inouye SK et al Arch Intern Med 2003



Traitement pharmacologique (I)

- Traitement pharmacologique
 - posologie variable adaptée à la réponse clinique
 - Indications spécifiques
 - agression et agitation
 - assurer sécurité car mise en danger (soi même, autrui)
 - hallucinations, délire
 - détresse psychologique
 - anxiété majeure
 - non adhésion aux soins indispensables (troubles du jugement)
 - douleurs
 - forme hypoactive/ mixte / hyperactive



Traitements pharmacologiques (II)

- **Agents antipsychotiques (antagonistes dopaminergiques)**

- **but** : traiter les symptômes, calmer et tranquilliser sans sédation
- **NL classique (1^{ère} génération)** : halopéridol :
titrer la dose et monitoring

Breitbart W et al Am J Psychiatry 1996

- **Antipsychotiques atypiques (2^{ème} génération)** : rispéridone (0,5-2mg/j), olanzapine (5-10mg/j)

Alici-Evcimen Y et al Palliat Support Care 2008; Han CS et al Psychosomatics 2004; Skrobik YK et al Intensive Care Med 2004; Breitbart W et al Psychosomatics 2002; Passik SD & Cooper M, J Pain Symptom Manage 1999

- **Sédatifs/ hypnotiques (ex: benzodiazépines)**

- **but** : générer une sédation, en dernier recours
- **risque d'exacerber la confusion**

Mussi C et al J Geriatr Psychiatry Neurol 1999

Bruera E & Neumann CM Psychooncology 1998

- **indications spécifiques (délirium tremens)**

Daeppen J et al Arch Intern Med 2002



Traitements pharmacologiques (III)

- En pratique :
 - neuroleptiques ou antipsychotiques sous utilisés malgré leur efficacité
 - habituellement instaurés en cas de confusion mentale agitée (“hyperactive delirium”)

Meagher D Br J Psychiatry 1996

- à utiliser aussi dans les formes léthargiques de confusion (“hypoactive delirium”)

Breitbart W et al Am J Psychiatry 1996

- attention aux effets potentiellement cardiotoxiques de ces molécules (ECG ++): QT allongé, ACFA, torsades de pointe

Ried LD et al J AM Pharm Assoc 2006; Jackson T et al Arch Intern Med 1997



Traitements pharmacologiques (IV)

- En pratique concernant les nouvelles molécules antipsychotiques atypiques :
 - seraient aussi efficaces que l'halopéridol
 - seraient mieux tolérées sur le plan des effets secondaires extrapyramidaux

Peritogiannis V et al Psychiat Clin Neurosci 2009; Rea RS et al Pharmacotherapy 2007;

Boettger S & Breitbart W. Palliat Support Care 2005

- quelques biais :
 - études peu nombreuses, faible échantillonnage
 - nécessité d'autres études comparatives
- pas d'efficacité si prescrit en prophylaxie en prévention de la confusion post opératoire :
 - halopéridol 1,5 mg/j chez sujets âgés opérés de la hanche

Kalisvaart KJ et al J Am Geriatr Soc 2005



Traitements pharmacologiques (V)

- Jusqu'à ce jour, il n'y a eu aucune publication d'étude en double aveugle, randomisée, dans des essais contrôlés versus placebo pour établir l'efficacité ou la sûreté de l'utilisation de n'importe quel médicament antipsychotique dans la gestion de la confusion mentale. Il y a néanmoins certaines pistes apparues lors d'études non contrôlées qui préconisent l'utilisation d'antipsychotiques lors d'un traitement à court terme en utilisant les plus faibles posologies

Seitz DP et al J Clin Psychiatry 2007; Peritogiannis V et al Psychiatr Clin Neurosci 2009

- Dans une revue de la littérature de 2006 à 2007 (études randomisées, essais cliniques, revues, métaanalyses) :
 - Risperidone : efficace dans 80-85 % : 0,5-4 mg/j
 - Olanzapine : efficace dans 70-76 % : 2,5 -11,6 mg/j
 - Halopéridol donnerait plus d'effets extrapyramidaux (10 à 13 %)

Ozbolt LB et al J Am Med Dir Assoc 2008



Traitements pharmacologiques : Halopéridol

adapté de Bruno JJ et al Crit Care Nurs Clin N Am 2010

Posologie	Durée d'action	Effets secondaires
Agitation modérée 0,5-2 mg/jour Agitation moyenne 5-10mg/jour Agitation sévère :	PO :30-60 mn	Allongement espace QT torsades de pointes hypotension syndrome extra-pyramidal syndrome malin
Par voie IV : 2,5-5mg puis répéter toutes les 30 mn jusqu'à contrôle agitation (hors AMM)	IV/IM : 5-20 mn	
SAP : 3-30 mg/jour AFSSAPS 16/02/11 Suppression Haldol® 5mg/ml IV, IM autorisée		



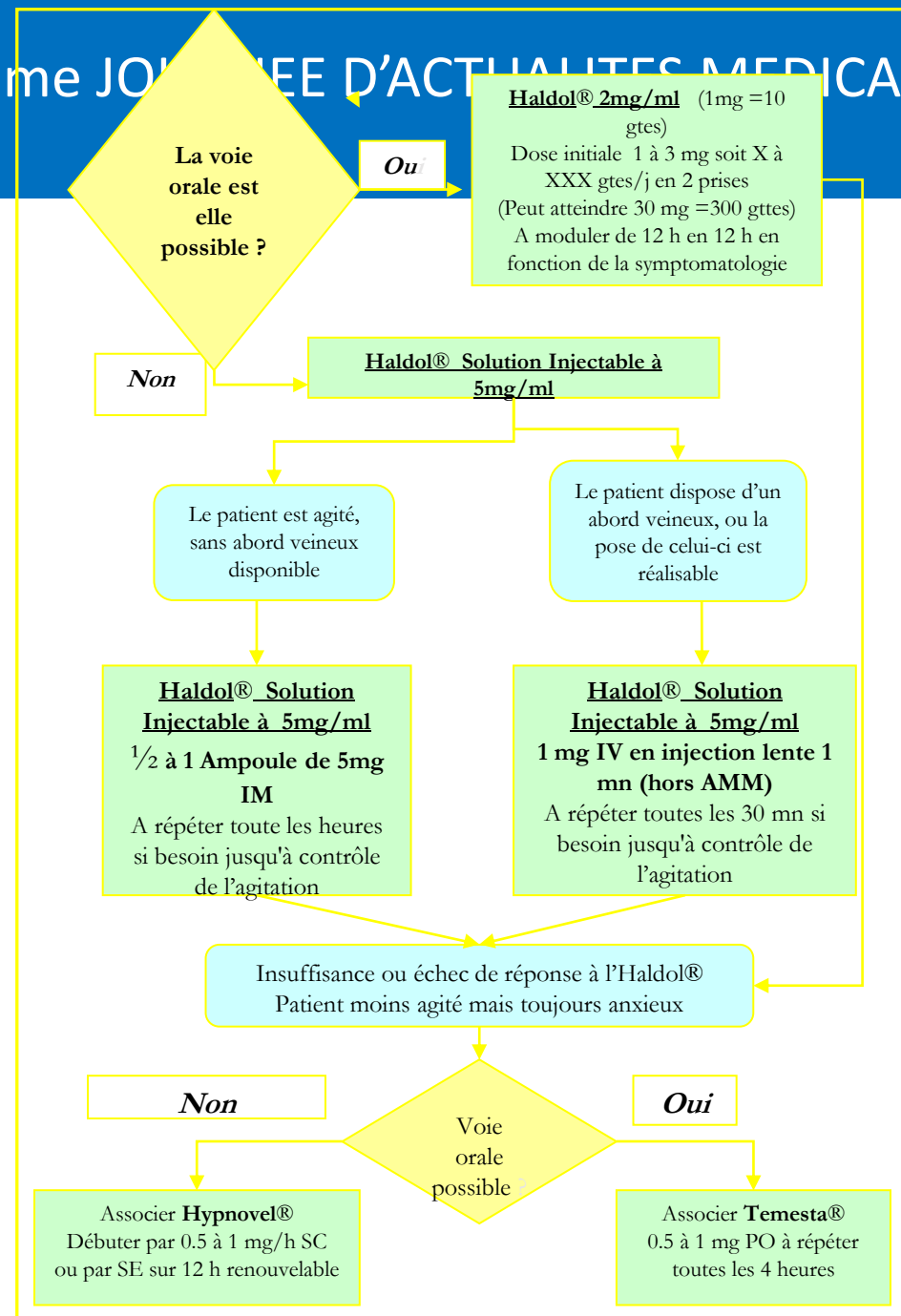
Thérapeutique

adapté de Dauchy S, cours EFEC 2010

- Confusion ne perturbant pas les soins, voie orale possible
 - Halopéridol sol. buvable 2 mg/ml
 - 1 à 3 mg en 2 à 3 prises/jour, à adapter de 12h en 12h *jusqu'à efficacité*
 - Ex : 10 gttes matin et soir, +10 si besoin
- Confusion ne perturbant les soins, voie orale impossible
 - Même traitement et mêmes doses par voie parentérale
 - Ex : Halopéridol solution injectable 2,5 mg (une demie ampoule) deux fois par jour, + une demi-ampoule si besoin (**en IV hors AMM**, IM autorisée)
- Confusion perturbant les soins, voie orale impossible
 - Augmentation rapide de doses avec titration
 - Halopéridol 1 mg IV à répéter toutes les 30' jusqu'au contrôle de l'agitation (**hors AMM**) ou 2,5 mg IM à répéter toutes les 45 à 60' (théoriquement bien tolérés jusqu'à 20-30 mg)
- Après obtention du contrôle : relais par voie orale (1/2 ou 2/3 dose IV ou IM des premières 24 H)
- **Attention : Halopéridol IV n'est plus recommandée depuis février 2011 par l'AFSSAPS, prescription IM /SC encore autorisée à ce jour**



23ème JOURNÉE D'ACTUALITÉS MÉDICALES EN SOINS PALLIATIFS



Adapté du référentiel soins de support syndrome confusionnel 2013



Surveillance du traitement

- Efficacité sur les troubles comportementaux : agitation, agressivité
- Efficacité sur les manifestations délirantes et hallucinatoires
- Qualité du sommeil +++ et retour à un cycle nycthéméral normal
- Effets secondaires des psychotropes utilisés : hémodynamique, signes extrapyramidaux, sédation
- Paramètres physiologiques : TA, FC, hydratation, fièvre, constipation, diurèse



Hypoactive delirium (confusion ralentie)

- Si somnolence et confusion calme :

- neuroleptiques : halopéridol

Breitbart W et al Am J Psychiatry 1996; Platt MM et al J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1994

- psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®)

Elie D et al Can J Psychiatry 2010; Gagnon B et al J Psychiatry Neurosci 2005; Morita T et al Support Care Cancer 2000

- psychostimulants : modafinil (Modiodal®)

Holder G et al J Psychiatry Res 2002; Cox JM et al Am J Hosp Pall Care 2001



Traitements pharmacologiques : controverses

- Des études récentes (revue et métaanalyses) tendraient à montrer l'inefficacité de l'emploi des antipsychotiques(AP) (rispéridone) et neuroleptiques (NL) (halopéridol) en terme:
 - de prévention de la survenue d'un épisode confusionnel en hospitalisation,
 - de durée de l'épisode confusionnel,
 - de diminution de la sévérité de l'épisode confusionnel
 - de durée d'hospitalisation,
 - d'incidence sur la mortalité

Nikooie R et al Ann Intern Med 2019; Oh ES et al Ann Intern Med 2019; Burry L et al Cochrane Database Syst Rev 2018;

- Certains auteurs stipuleraient qu'en soins palliatifs, les NL et AP ne seraient pas supérieurs à un placebo et pourraient même aggraver le syndrome confusionnel

Agar MR et al JAMA Intern Med 2017; Lee J et al Ann Intern Med 2017; Boetgger S et al Evid Based Med 2017



Traitement étiologique (I)

- La recherche étiologique doit être en accord avec les objectifs de traitement en SP :
 - **plus approfondie** si **une seule étiologie** est à l'origine du trouble et si les traitements sont supposés être efficaces et /ou **peu invasifs**, agressifs et stressants pour le patient
 - **à minima** en **phase terminale** (non invasive) ou si présence de **multiples étiologies** en phase avancée du cancer



Traitement étiologique (II)

- Indissociable du traitement symptomatique
- Souvent installé après la mise en route du traitement symptomatique
- Dépend de l'étiologie retrouvée dont l'identification peut être longue et délicate
- En soins palliatifs : focalisation sur les causes curables ne nécessitant pas de recherche ou de thérapeutique invasives :
 - iatrogénie et sevrage : arrêt ou réintroduction du produit responsable
 - métabolique : rééquilibration hydro-électrolytique
 - infectieux : antibiothérapie



Cas particulier : Confusion induite par la morphine

- Diminuer les doses de morphiniques si la douleur du patient est contrôlée
- Changement de molécule opioïde si persistance de douleurs : ex morphine par fentanyl (utilisation du logiciel OPIOConvert)
- Adjonction de neuroleptiques antiproductifs (halopéridol) : efficace sur les hallucinations



Traitement environnemental (I)

- Fait appel au nursing, éducation et information
- Mise en place d'un environnement calme et sécurisant
 - mise du patient dans une chambre simple
 - encourager présence prolongée d'un proche et visites fréquentes de la famille
 - limiter le nombre des intervenants soignants (identique)
 - assurer des soins infirmiers attentifs et cohérents
 - établissement d'une relation « cadrante » et structurante
 - maintien d'un éclairage modéré à la tombée de la nuit
 - éviter les sources d'hyperstimulation sonores et lumineuses



Traitement environnemental (II)

- Mise en place d'un environnement calme et sécurisant
 - éviter l'hypostimulation
 - favoriser le contact rassurant avec la réalité
 - laisser ou faire venir les effets personnels (objets familiers) et photographies des proches
 - préservation ou mise en place des repères temporels (horloge, calendrier)
 - assurer la présence de lunettes et/ou appareil auditif si déficit connu
 - éloigner tout objet potentiellement dangereux

Hun-Kang J et al Cancer Treat Rev 2013; Breitbart W et al JCO 2012



Traitement supportif (I)

- Soutien psychologique au lit du malade
 - maintien des canaux de communication
 - atténuer l'anxiété lors des phases de lucidité, réassurance
 - écoute des préoccupations et des peurs du patient
 - expliquer au patient toutes les interventions et procédures effectuées par l'équipe soignante
- Assurer la sécurité du patient
 - limiter les visites aux seuls proches
 - éviter toute source d'hyperstimulation intempestive
 - mise en place d'un cadre calme, éclairé (éviter la pénombre)
 - contention physique à éviter si possible, mais parfois incontournable
 - écarter tout objet contendant



Traitement supportif (II)

- « Debriefing » de l'épisode confusionnel
 - aborder le vécu de l'épisode : sentiment de honte, culpabilité, effroi, crainte
 - ventilation des émotions : peur de la folie, expérience traumatique
 - clarification et explication des symptômes : rationalisation, médicalisation

Reich M et al Med Palliat 2011; Duppils GS et al J Clin Nurs 2007



Messages

- Dans le traitement de la CM en soins palliatifs, il faut privilégier avant tout :
 - Les approches pharmacologiques en fin de vie et en cas de CM réfractaire
 - les approches pluridisciplinaires non pharmacologiques chez les sujets âgés et non en fin de vie



Traitement préventif (I)

- **Prévention primaire**

(avant l'instauration de la confusion mentale, éviter son apparition)

- Identifier les groupes à risques (vulnérabilité) :

- sujets âgés, opérés récents, démence sous jacente

- phase terminale, sujets polymédiqués, sous opiacés, dénutrition

- sujets avec une altération des fonctions sensorielles

- Améliorer l'environnement :

- sécurité

- diminution des stimuli inutiles

- Modifier les facteurs causals :

- pratiques de prescription médicamenteuse

- risques d'infection nosocomiale ou autre



Traitement préventif (II)

- En pré-opératoire
 - Repérer les patients à risque et limiter les facteurs aggravants :
 - l'examen pré-opératoire gériatrique peut formuler des recommandations qui permettent d'éviter un delirium sur cinq
Mercantonio J Am Geriatr Soc 2001
- Être attentif aux prodromes
 - 50% delirium apparaissent au deuxième jour, 20% au premier et au troisième, 10% au quatrième. Lorsque l'apparition est non immédiate, existence de prodromes dans les heures précédant l'apparition de l'agitation (troubles, mnésiques, désorientation, propos incohérents)
De Jonghe JF J Am Geriatr Psychiatry 2007



Traitement préventif (III)

- **Prévention secondaire**

(en cas de syndrome confusionnel installé, éviter l'aggravation)

- Identification précoce à travers une surveillance des fonctions cognitives
- Intervention précoce en identifiant les signes prodromiques:
 - troubles du sommeil, agitation, irritabilité, somnolence
- Identifier et traiter précocement les facteurs précipitants :
 - hospitalisation longue
 - iatrogénie médicamenteuse
 - déshydratation, troubles métaboliques
 - douleurs, état infectieux
 - chutes et traumatismes



Traitement préventif (IV)

– **Prévention tertiaire** (limitation des séquelles)

- Formation du personnel soignant
- Maintenir et maximaliser les fonctions du patient :
 - soulagement de la détresse
 - réduire les demandes
 - identifier les facteurs prédisposants (démence)
 - facteurs environnementaux
 - intervention avec famille et staff : objectifs de soins
 - éducation et formation des équipes soignantes de nuit
 - proposer au patient des tâches clés :
 - engagement relationnel avec la famille et les soignants
 - participation aux soins de manière réaliste
 - verbalisation des ressentis dans l'après coup (éviter PTSD)



Traitement préventif (V)

adapté du protocole HELP : Hospital Elder Life Program (Inouye SK NEJM 2006)

- Mise en place d'un **protocole d'orientation** de la part des soignants :
 - informer le patient régulièrement de son environnement et des membres de l'équipe soignante à son chevet + fournir calendrier et horloge
 - favoriser l'accès aux aides visuelles (lunettes, loupe) et auditives (prothèse)
 - communication adaptée (éviter jargon médical) et stimulation cognitive
- Mise en place d'un **protocole de sommeil** pour éviter les réveils nocturnes intempestifs et favoriser un temps nocturne ininterrompu de sommeil
 - privilégier boisson chaude, musique douce, massages
 - éviter bruit et lumière trop intenses
- Mise en place d'un **protocole de mobilisation** précoce pour favoriser la déambulation et la mobilité
 - éviter si possible contention



Impact sur les soignants (I)

- Éviter le **clivage** au sein des soignants
- Donner la possibilité aux soignants d'exprimer :
 - charge émotionnelle intense
 - peurs et ressentis / au patient confus
 - culpabilité / geste « agressif » : injection et/ou contention
 - comment contenir la violence engendrée en nous par le patient confus et agité ?
- Assurer les soignants que l'on continue à s'inscrire dans une **démarche de soins** y compris palliative :
 - donner la possibilité au patient agité et déstructuré de prendre du repos physiquement et psychologiquement



Impact sur les soignants (II)

- Dépistage insuffisant par les soignants :
 - 15-31 % des infirmières chez les sujets âgés

Panitchote A et al Aging Clin Exp Res 2015; Inouye SK et al Arch Intern Med 2001

- Éducation du personnel soignant
 - caractéristiques cliniques
 - facteurs de risque de déclenchement
 - évaluation régulière du statut cognitif
 - application de protocoles standardisés

Lee SY et al Eur Geriatr Med 2020; Teodorczuk A et al Int Psychogeriatr 2013



Impact sur la famille (I)

- Expérience perturbante, angoissante et inquiétante
- Remaniements des rôles et fonctions de chacun des membres
 - prise de décisions, autonomie, adaptation
- Besoins, fonctionnement, pertes et demandes de la famille
- Expérience traumatique à double titre :
 - la perte du proche
 - le sentiment qu'il termine sa vie dans la folie
- Expérience parfois plus traumatisante pour l'aidant principal que pour le patient



Impact sur la famille (II)

- Épuisement physique et psychique :
 - fatigue, démoralisation, impuissance
 - stress, détresse psychologique, souffrance
- Conflit et dysfonctionnement dans la communication:
 - familles/ enfants/ soignants
 - sentiment de frustration, colère et désappointement
- Modalités du deuil à venir :
 - deuil pathologique
 - syndrome de stress post traumatique (PTSD)



Impact sur la famille (III)

- Ambivalence :
 - face à la sédation : soulager le proche mais impuissance face à l'impossibilité de communiquer
 - culpabilité face au traitement vécu comme accélérant le processus morbide
- Information:
 - accessibilité à l'information
 - qualité du dialogue avec les soignants



Prise en charge de la famille

- Mise en place de cellules type « Debriefing » pour éviter le syndrome de stress post-traumatique
- Participation des familles à la prise en charge : partenaire thérapeutique
- Interventions psycho éducationnelles :
 - importance de l'écoute et de la clarification (caractère organique, physiopathologie, variabilité) de la symptomatologie confusionnelle
 - donner la possibilité de partager la détresse et déculpabiliser
 - aide à la verbalisation des peurs, des idées erronées
 - rassurer la famille sur la cause médicale de la confusion (absence de folie ou de dépression)
 - importance de l'accompagnement pour prévenir le deuil pathologique



La sédation terminale (I)

- C'est avant tout le **caractère réfractaire** de la confusion mentale qui sera à l'origine de la mise en place d'une sédation
- La confusion constitue un symptôme réfractaire dans 41 à 83% des cas en USP
Arantzamendi M et al J Pain Symptom Manage 2021
- Plus de 50 % des médecins soulignent l'importance d'une sédation terminale pour contrôler des symptômes psychologiques, une agitation, une angoisse, une confusion
Fainsinger RL et al J Palliat Care 2000; Chater S et al Palliat Med 1998
- Midazolam : bolus de 0,05mg/kg à 0,2 mg/kg en SC ou IV
Recommandations de l'AFSSAPS Med Pal 2003 ; Cowan JD & Walsh D Support Care Cancer 2001



La sédation terminale (II)

- 10 à 20 % des patients confus en phase terminale ne répondent pas au traitement par neuroleptiques classiques

Fainsinger RL et al J Palliat Care 2000; Ventafrida V et al J Palliat Care 1990

- Sédation terminale : « terminal sedation » pour des symptômes réfractaires (« delirium »)

Garetto F et al CNS Drugs 2018; Prado BL et al BMC Palliat Care 2018; Kress JP et al Crit Care Clin 2004

- 57,1 % des patients palliatifs ont besoin d'une sédation pour contrôler la confusion mentale et agitation surtout avant le décès

Maltoni M et al JCO 2012; Schildmann E et al Palliat Med 2018



La sédation terminale (III)

- Destinée à soulager la souffrance sans forcément abrégé la vie

Cowan JD & Palmer TW Curr Oncol Rep 2002

- La sédation profonde et continue n'abrègerait pas forcément la survie des patients

Park SJ et al Support Care Cancer 2021

- Stratégie pharmacologique : halopéridol ou rotation neuroleptiques (chlorpromazine)

Hui D et al Lancet Oncol 2020



Aspects éthiques (I)

- Problème de l'autonomie du patient

Tonelli MR et al Chest 2010

- Problème de la contention

Lu JH et al Arch Gerontol Geriatr 2011

- Problème de la sédation terminale

Cowan JD & Palmer TW Curr Oncol Rep 2002

- Problème d'un traitement systématique (abstention ?)

- Problème d'inclusion de patients « vulnérables » dans le cadre des recherches sur la confusion

Sweet L et al J Pain Symptom Manage 2014; Adamis D et al SCi Eng Ethics 2010

- Problème de l'obtention d'un consentement informé lors d'études sur la confusion

Auerswald KB et al Am J Med 1997; Adamis D et al J Med Ethics 2005 ; Holt R et al J Psychosom Res 2008



Aspects éthiques (II)

- La présence de troubles cognitifs ne dispense pas d'apporter au patient une information sur son état (pas seulement confusionnel), mais doit conduire à adapter l'information et à la répéter (aspect fluctuant des troubles).
- Un refus de soins chez un patient confus doit être autant que possible respecté en tenant compte de la nécessaire assistance à personne en danger.
- Attention aux traitements antalgiques à la demande chez un patient confus qui n'est parfois pas en état de formuler cette demande : c'est un **douloureux non communicant** potentiel.



Aspects éthiques (III)

- La confusion n'est pas a priori une indication de sédation en fin de vie (SFAP 2002) en raison de son caractère en général fluctuant et de sa perception partielle par le patient. Elle ne peut être considérée comme telle que dans le cadre de directives anticipées / ou présence d'une personne de confiance, et s'il s'agit d'un symptôme réfractaire insupportable pour le patient.
- Indépendamment d'une sédation, une anxiolyse majeure peut être transitoirement nécessaire, notamment quand le vécu oniroïde entraîne une angoisse insupportable pour le patient.



Prise en charge en fin de vie : controverses

- Respecter la confusion mentale car :
 - processus naturel du mourir
 - forme de transition importante entre la vie et la mort : « moyen de communiquer avec les défunts »
- Ne pas traiter pharmacologiquement la confusion car :
 - inutilité d'un traitement agressif car le patient est proche de la mort
 - en raison des étiologies souvent irréversibles, il ne faut pas s'attendre à une amélioration de l'état mental du patient
 - rôle inapproprié des interventions psychopharmacologiques en phase terminale
 - effets iatrogéniques délétères des psychotropes : aggravation de la confusion et précipitation du décès par hypotension et dépression respiratoire



Conclusion (I)

- Syndrome confusionnel
 - syndrome clinique fréquent
 - impact significatif sur patient, famille et soignants
 - peut compromettre un pronostic déjà bien sombre
 - l'évolution dépend de sa détection précoce et de son traitement rapide
 - la prise en charge précoce doit permettre de préserver le confort et la qualité de vie des patients en phase palliative



Conclusion (II)

- Syndrome confusionnel
 - intrication de problématiques complexes tant au niveau clinique qu'éthique
 - préoccupations d'ordre psychologique souvent négligées et méconnues
 - bénéfices certains pour les patients si un traitement complet leur est proposé
 - nécessité de développer des outils standardisés de détection
 - nécessité à ce jour de développer une approche pharmacologique rationnelle basée sur l'Evidence Based Medicine
 - nécessité de former le personnel soignant



Références (I)

- Alici-Evcimen Y, Breitbart W. An update on the use of antipsychotics in the treatment of delirium. Palliat Support Care 2008;6:177-82.
- Breitbart WS, Alici Y. Delirium. In : Psycho-Oncology. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. Oxford University Press, 2nd Ed, NY, 2010; pp 332-39
- Bush SH, Bruera E. The assessment and management of delirium in cancer patients. Oncologist 2009;14:1039-49.
- Bush SH, Tierney S, Lawlor PG. Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. Drugs 2017;77:1623-1643
- Caraceni A, Grassi L, eds. Delirium. Acute confusional states in palliative medicine. New York, Oxford University Press; 2003;259p
- Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ et al Management of delirium in palliative care: a review. Curr Psychiatry Rep 2015;17(3):550
- Kang JH, Shin SH, Bruera E. Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. Cancer Treatment Reviews 2013;39:105-12.
- Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients. Ann Pharmacother 2006;40:1966-73.



Références (II)

- Legrand SB. Delirium in palliative medicine : a review. Journal of Pain and Symptom Management 2012;44(4):583-94
- Leonard M, Agar M, Mason C, Lawlor P. Delirium issues in palliative care settings. J Psychosom Res 2008;65:289-98.
- Reich M, Lassaunière JM. Prise en charge de la confusion mentale (“ delirium ”) en soins palliatifs : l'exemple du cancer. Medecine Palliative 2003; 2:55-71
- Reich M, Soulié O, Revnic J. Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine Palliative 2011; 10 :4-13
- Reich M. Les troubles psychiatriques en soins palliatifs. In : Le Berre R. Manuel de soins palliatifs, Chapitre 21 Les symptômes, 5^{ème} ed, Paris, Dunod, 2020, pp 480-542
- Référentiel Interrégionaux en soins de support (référentiel AFSOS) : Confusion Mentale en cancérologie . 3 décembre 2010
- Sweet L, Adamis D, Meagher DJ et al. Ethical challenges and solutions regarding delirium studies in palliative care. J Pain Symptom Manage 2014; 48(2):259-71.
- Watt CL, Momoli F, Ansari MT et al. The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review. Palliat Med 2019; 33(8):865-77