



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE
& GÉRONTOLOGIE

Confusion en fin de vie

Définition, clinique et thérapeutique

Projet Intergroupe SFAP/SFGG

Ce document traite spécifiquement de la confusion mentale dans les situations palliatives et en fin de vie.

09 Juin 2026

Table des matières

Résumé	2
Groupe de travail	3
1-Définition	4
1.1-Etat confusionnel aigu (ECA)	
1.2-Agitation	
1.3-Troubles neurocognitifs	
2-Etiologies	7
3-Diagnostic	8
3.1-Echelle de dépistage	
3.2-Diagnostic positif	
3 2.1-Entretien et examen clinique	
3 2.2-Diagnostic paraclinique	
3.3-Diagnostic différentiel	
4-Démarche thérapeutique	11
4.1-Principes de la démarche thérapeutique	
4.2-Les mesures non pharmacologiques : rétablir le rythme veille/sommeil	
4.3-Les mesures pharmacologiques	
4 3.1-Benzodiazépines	
4 3.2-Neuroleptiques	
4.4-Soutien des proches et des aidants	
5-Messages clés	16
6-Bibliographie	17
7-Annexes	20
7-1 - Détection de la confusion par le 4AT	
7-2 - Caractéristiques du Syndrome confusionnel et des Troubles neurocognitifs	

Résumé

En situation palliative la confusion mentale est fréquente, concernant jusqu'à 90 % des malades atteints d'un cancer en phase terminale. Son polymorphisme rend cependant le diagnostic parfois difficile, la forme hypo active pouvant être considérée à tort comme une dépression. Il est également important de distinguer la confusion de l'agitation ainsi que des troubles s'intégrant dans des pathologies neuro dégénératives.

En situation palliative les états confusionnels sont souvent précédés d'autres signes tels l'anxiété, l'insomnie, les cauchemars, les hallucinations. ..

Devant tout syndrome confusionnel, en situation palliative il faudra s'interroger sur l'étiologie. Les plus courantes étant la déshydratation, l'infection, les troubles ioniques, l'hypoxémie, la rétention urinaire. Le diagnostic repose sur un entretien avec patient et aidant, un examen clinique, un examen biologique éventuellement. L'échelle CAM (Confusion Assessment Method) permet d'identifier rapidement un patient confus, La NDSS (Nursing Delirium Screening Scale) est une échelle de diagnostic et de suivi.

Enfin, une fois le diagnostic établi, il est primordial de suivre une démarche thérapeutique, privilégiant le traitement étiologique, les mesures symptomatiques non pharmacologiques et de réserver l'usage des neuroleptiques et des benzodiazépines en cas d'échec de ces deux premières recommandations.

Ce guide se veut une aide diagnostique et thérapeutique, à destination des soignants de soins palliatifs mais aussi des soignants non spécialisés en soins palliatifs. Il permet de reconnaître les symptômes de confusion en fin de vie, de les différencier d'un syndrome confusionnel en dehors de ce cadre, et il apporte des propositions thérapeutiques.

Groupe de travail

Comité de rédaction

- **Dr Olivier Drunat**, Médecin Gériatre, Service Neuro-Psycho-Gériatrie, Hôpital Bretonneau, GHU Nord, APHP, Paris
- **Dr Virginie Fossey Diaz**, Médecin, service de gériatrie et soins palliatifs, Hôpital Bretonneau et Bichat, GHU Nord, APHP, Paris
- **Dr Geneviève Gridel**, Médecin, service de médecine palliative et accompagnement, Hôpital de la Croix Rouge – Les Massues, LYON
- **Mme Dorothée Moncel**, IPA, EMASP ; Hôpital Bichat, GHU Nord, APHP, Paris
- **Dr Bernard Paternostre**, Médecin, service de médecine palliative et accompagnement, CHU de Bordeaux
- **Dr Camille Ravaut**, Médecin, EMASP, Hôpital Bichat, GHU Nord, APHP, Paris
- **Dr Fabien Visade**, Médecin, service de médecine aigue gériatrique, CH Saint Philibert, Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille
- **Pr Marc Verny**, Médecin, service de gériatrie, Hôpital La Pitié Salpêtrière, APHP, Paris

Comité de relecture

- **Dr Cécile Bernard**, Médecin, Cellule d'animation régionale en soins palliatifs Cel-APSP, PACA. Marseille. EMSP, Hôpital Nord. APHM-Marseille. Conseil Scientifique de la SFAP.
- **Dr Véronique Morize**, Médecin, Equipe Mobile Douleur Soins Palliatifs, Hôpital Corentin Celton, AP-HP, Paris. Collège des médecins de la SFAP.
- **Pr Sylvie Bonin-Guillaume**, Médecin, Aix Marseille Université, AP-HM, Paris. Présidente de la SFGG.

1. Définition

1.1 Etat confusionnel aigu (ECA)

L'état confusionnel aigu (ECA) est un syndrome neurologique transitoire qui touche fréquemment la population âgée et qui est lié à un dysfonctionnement global et non spécifique du système nerveux central.

Dans les situations palliatives¹, la confusion mentale est fréquente. Sa prévalence augmente à l'approche du décès. Par exemple, elle concerne jusqu'à 85-90 % des malades atteints d'un cancer en phase terminale et grève leur pronostic vital [1].

Elle est non diagnostiquée dans plus de 20 % des cas, en raison notamment de son polymorphisme clinique. La forme hypo active, par exemple, est souvent considérée à tort comme une dépression.

La confusion occasionne un état inconfortable tant pour le patient que son entourage et les soignants. Elle nécessite d'être repérée le plus précocement possible et prise en charge de manière adaptée.

La confusion mentale (ou delirium selon la littérature anglaise) est un syndrome neuropsychiatrique complexe défini dans la classification DSM-5 par cinq critères diagnostiques [2,3] :

A. Une perturbation de l'attention (diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement).

B. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables, et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée.

C. Une autre perturbation cognitive (p.ex. un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuo-spatiales 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 (une drogue ou un médicament) **ou d'une exposition à un produit toxique, ou qu'elle est due à de multiples causes.**

Notes

¹ Les « situations palliatives » sont des situations où la maladie « n'est pas guérissable ». Elles ne sont pas forcément « terminales » (c'est-à-dire les deux à quatre dernières semaines de vie). Elles peuvent être « précoces » quand il n'y a pas de menace vitale immédiate ou plus ou moins « avancées » selon l'évolution de la maladie. On parle aussi de phase palliative « spécifique » quand il y a encore un traitement contre la maladie (par exemple, chimiothérapie palliative), « symptomatique » en l'absence de traitement spécifique et « terminale ».

D'un point de vue physiopathologique, la confusion mentale peut s'expliquer par un déséquilibre de la balance des neurotransmetteurs, soit un déficit relatif en acétylcholine et un excès relatif en dopamine [3].

Elle est classée en trois sous-types, selon le comportement psychomoteur et le degré de vigilance du malade [3, 4] :

Sous-types d'état confusionnel aigu (ECA) et leurs symptômes	
ECA hyperactif	Motricité augmentée Agitation Déambulation Agitation, impatience, agressivité Fluctuation de l'humeur Symptômes psychotiques Dérégulation végétative
ECA hypo actif	Motricité réduite Ralentissement Passivité Apathie Éventuellement symptomatologie psychotique
ECA mixte	Symptômes hyperactifs qui alternent avec une symptomatologie hypoactive

En situations palliatives, les états confusionnels sont souvent précédés d'autres signes. On parle alors d'un cortège prodromal [5] :

- Anxiété (inquiétude morbide)
- Insomnie
- Cauchemar
- Hypersensibilité à la lumière et aux sons
- Illusions
- Hallucinations visuelles, auditives, troubles de la perception, apparitions
- Difficulté de concentration
- Hyperactivité et/ou hypoactivité

Le risque de développer un syndrome confusionnel dans un contexte oncologique ou en situations palliatives serait de presque 50% [6].

L'ECA se caractérise par une atteinte neurocognitive définie par un déclin aigu de l'attention et de la cognition. Il ne doit pas être confondu avec les troubles neurocognitifs (mineurs ou majeurs) préexistants survenant au cours des maladies neuro-dégénératives chroniques. En revanche, l'existence de ces troubles n'excluent pas la survenue d'un ECA. C'est même l'un des principaux facteurs de risque (cf. ci-dessous).

1.2 Agitation

L'agitation est définie, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5), comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, le fait de gigoter, d'agiter ses mains, de triturer ses vêtements, et l'incapacité à rester assis » [7].

L'état d'agitation est un trouble du comportement psychomoteur caractérisé par une hyperactivité motrice associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto- ou hétéro-agressivité [7].

Les manifestations cliniques de l'agitation sont :

- Motrice : déambulations, mouvements intenses et brusques, auto-et ou hétéro agressivité, crises clastiques (par exemple : mouvements permanents dans le lit, tentatives de se lever malgré l'incapacité, retrait par la personne des dispositifs médicaux (O2, voie d'abord)
- Verbale : élévation de la voix, tendance logorrhéique, cris, gémissements, appels incessants
- La fureur : forme d'agitation extrême, incoercible, caractérisée par la violence des manifestations motrices à tendance destructrice.

L'agitation illustre parfois une anxiété massive du fait de la prise de conscience des troubles dans un contexte de maladie d'Alzheimer ou apparentées.

L'agitation peut également émailler l'évolution des troubles neurocognitifs anciens.

En situations palliatives, l'agitation peut également être le symptôme d'un inconfort en rapport avec une problématique médicale (par exemple, embolie pulmonaire notamment chez les patients atteints de cancer, épilepsie partielle en cas d'atteinte neurologique...) mais également la manifestation physique de la confusion, d'une fin de vie imminente. Une fois de plus, la compréhension de la manifestation clinique est essentielle afin d'adapter la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.

1.3-Troubles neurocognitifs

Les troubles neurocognitifs affectent souvent la mémoire, mais ils peuvent intéresser toutes les fonctions cognitives (exécutives, phasiques...). Ils sont habituellement provoqués par des lésions neuro-pathologiques, qui s'installent de manière progressive et sont irréversibles. On les classe en mineurs ou majeurs selon l'impact qu'ils ont sur l'autonomie des patients. Pour rappel, la dénomination de troubles neurocognitifs majeurs a remplacé celle de « démence » dans la nomenclature internationale.

La symptomatologie est polymorphe, associée à des modifications dites psycho-comportementales comportant des modifications de la « personnalité » avec souvent une note apathique, du caractère tel qu'une irritabilité, des troubles du sommeil, des troubles de la vigilance avec notamment une hypersomnie diurne. Il peut aussi y avoir des comportements d'agressivité.

En cas de troubles neurocognitifs, les patients peuvent présenter un syndrome confusionnel qui va être régressif, mais certains patients ne retrouvent jamais leur état antérieur au syndrome confusionnel.

Jusqu'à 2 ans après l'état confusionnel, le risque de troubles cognitifs, d'institutionnalisation et de décès est augmenté [8].

Dans une méta-analyse, le syndrome confusionnel chez les patients chirurgicaux et non chirurgicaux était significativement associé à des troubles cognitifs durant ≥ 3 mois après l'épisode de syndrome confusionnel [9].

En situations palliatives, il est important de distinguer les hallucinations de la fin de vie sans troubles neurocognitifs, des hallucinations qui peuvent s'intégrer dans la pathologie responsable des troubles neurocognitifs préexistants comme la maladie à corps de Lewy par exemple. Il faut aussi se souvenir que les troubles perceptifs (dont les hallucinations) sont présents dans environ 30% des cas d'ECA (état qualifié de confuso-onirique).

(Annexe 7-2).

2. Etiologies

Le syndrome confusionnel est souvent multifactoriel. Une liste des causes possibles (facteurs prédisposants ou de vulnérabilité et des facteurs précipitants) de confusion en soins palliatifs est disponible dans le tableau ci-dessous [3].

Etiologies courantes d'une confusion en soins palliatifs	
Facteurs de vulnérabilité	Facteurs précipitants
• Âge > 70 ans • Démence • Maladie de Parkinson • Défaillance de la vue et de l'ouïe • Comorbidité multiple ou sévère • Dénutrition • Alcool, opioïdes, poly-médication	• Déshydratation • Infection • Troubles ioniques : hypercalcémie, hyper -ou hyponatrémie • Hypo ou hyperglycémie • Insuffisance rénale ou hépatique • Hypoxémie • Troubles hématologiques (CIVD, anémie) • Médicaments : anticholinergiques, opioïdes, benzodiazépines, etc. • Sevrage : alcool, sédatifs, tabac, etc. • Chirurgie récente • Pathologies cérébro-méningées : tumeur, ischémie, méningite carcinomateuse, épilepsie, etc. • Rétention urinaire • Constipation • Changement de lieu de vie • Douleur non contrôlée

« Confusion ». palliaguide.be. Fédération Bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus asbl. 28 juin 2020.

Web. 1 juil 2024.

3. Diagnostic

3.1 Echelle de dépistage

L'évaluation et le suivi du patient peuvent être facilités par l'emploi d'outils comme :

- La CAM (Confusion Assessment Method) est un outil qui permet d'identifier rapidement un patient confus, mais ne permet pas d'évaluer l'intensité de l'état confusionnel, soit son importance et son retentissement sur la vie quotidienne du malade [16]. Elle nécessite toutefois une formation.

Diagnostiquer un état confusionnel** Se poser quatre questions (Confusion Assessment Method, CAM) :

1. Début brusque, fluctuation pendant la journée ?
2. Inattention ?
3. Pensée désorganisée ?
4. Altération de la conscience (alerte, hyper-vigilant, léthargique, stuporeux, comateux) ?

1+2+3 ou 4 = diagnostic posé avec certitude

- La NDSS (Nursing Delirium Screening Scale) est une échelle diagnostique et de suivi. Plus détaillée que la précédente, elle s'adresse aux soignants et doit être effectuée trois fois par jour pour permettre un suivi de l'évolution du patient [17].

3.2 Diagnostic positif

3.2.1 Entretien et examen clinique

En premier lieu, quelques principes de base sont importants à prendre en compte. Il s'agit souvent d'une population fragile, présentant de multiples facteurs de vulnérabilité face à l'ECA (trouble neurocognitif, dépression, dénutrition, déshydratation, douleurs, polypathologie, etc... [10]).

Certains points nécessitent d'être vérifiés [18-20] :

- Le rythme veille-sommeil
- L'orientation et la communication (expliquer où le patient se trouve, qui il/elle est, qui vous êtes et quel est votre rôle, utiliser ses lunettes, ses appareils auditifs et ses prothèses dentaires).
- L'hydratation suffisante et la nutrition
- L'élimination : mictions (risque de rétention) et transit (risque de constipation et de fécalome).
- La présence de dispositifs inutiles (cathéters, sondes...)

- L'adaptation des prescriptions et de la voie d'administration (révision de l'ordonnance sachant que de nombreux traitements ont un potentiel confusio-gène). Arrêt des traitements inutiles au regard de l'évolution, anticiper les prescriptions permettant d'améliorer le confort. A noter que la cause médicamenteuse sera toujours recherchée, car potentiellement réversible [25, 26]. Tous les patients doivent faire l'objet d'une évaluation minutieuse de leur profil médicamenteux actuel et récent afin de détecter les médicaments potentiellement pourvoyeurs d'ECA [27], en envisageant une réduction de la dose et/ou un arrêt du traitement, ainsi que les interactions médicamenteuses.

Ces éléments de première intention sont des mesures qui peuvent s'avérer efficaces et permettre de ne pas avoir recours, du moins dans un premier temps, à un bilan paraclinique.

3.2.2 Diagnostic paraclinique

Une fois les éléments de première intention vérifiés, un bilan paraclinique pourra être discuté en équipe au cas par cas, orienté par les éléments de l'examen clinique, la situation pathologique et le projet de soins personnalisé du patient. Un objectif est d'être le moins invasif possible et de proposer des examens complémentaires en tenant compte du stade de l'affection et des objectifs établis avec le patient, sa personne de confiance et ses proches.

Il peut être utile de discuter notamment un bilan biologique (NFS, CRP, Ionogramme, calcémie, glycémie, créatinine voire bilan hépatique et TSH) pouvant permettre d'orienter la prise en soins.

En fonction de la symptomatologie, de l'état général et du projet thérapeutique du patient, une imagerie cérébrale (scanner) peut être discutée.

Seules les causes potentiellement curables seront recherchées. En situations palliatives, les données de la littérature scientifique suggèrent qu'environ 50 % des épisodes d'ECA peuvent être inversés [21], en particulier ceux qui sont causés par [22-24] :

- Les médicaments.
- Les infections (l'ECA lié une infection n'étant pas toujours réversible cependant).
- Les anomalies électrolytiques, comme l'hypercalcémie et l'hyponatrémie.

3.3 Diagnostic différentiel

Au vu des antécédents psychosociaux personnels et familiaux, la décompensation d'un trouble bipolaire devra être recherchée en l'absence de pathologie somatique primaire. La présentation clinique du trouble bipolaire ne diffère pas systématiquement en fonction de l'âge et inclut une importante activité physique et/ou mentale (tachypsychie, logorrhée ...). Selon la sévérité des symptômes, l'irritabilité, l'impulsivité voire l'agressivité peuvent apparaître accompagnés de troubles de la cognition. Dans les formes les plus sévères, un tableau productif avec délire, paranoïa et hallucinations. Le diagnostic est rendu plus complexe en contexte gériatrique et requiert une approche transdisciplinaire intégrant l'analyse des facteurs bio-psycho-sociaux impliqués. [10]

Les hallucinations, visions, apparitions en fin de vie sont fréquentes (de 43,9 à 93% selon les études) et font partie des signes cliniques de la phase pré-agonique [10, 11]. Si toute confusion, hallucination, vision doit faire l'objet d'une évaluation médicale et pluridisciplinaire, la manière de nommer le phénomène renvoie au besoin des soignants de donner du sens.

« Hallucinations », renvoie à un symptôme qui appelle une prise en charge médicale probablement médicamenteuse.

« Visions », renvoie à ce qui échappe aux personnes qui ne sont pas en phase pré agonique

« Perceptions », renvoie à l'expérience que fait la personne

« Apparitions », renvoie aux significations pour la personne [12].

« Hallucinoses », il s'agit de phénomènes hallucinatoires dont le sujet reconnaît l'irréalité.

Les hallucinations, perceptions, visions, apparitions ne sont pas nécessairement inquiétantes ou menaçantes et peuvent être source d'apaisement pour les personnes [12]. Elles sont fluctuantes et se manifestent en dehors de toutes idées délirantes ou de dissociation [12, 13]. Les personnes accompagnées, lorsqu'elles arrivent à en parler, rapportent un sentiment de réalité avec la perception d'une présence accompagnée de sensations qui peuvent être, visuelles, auditives, tactiles et olfactives [12].

4. Démarche thérapeutique

4.1 Principes de la démarche thérapeutique

- Privilégier le traitement étiologique.
- Mettre l'accent sur les mesures symptomatiques non pharmacologiques. [5, 28].
- Réserver l'usage des neuroleptiques et des benzodiazépines en cas d'échec des mesures précédentes. [29].
- Prévenir l'apparition d'une confusion chez les patients présentant des facteurs de vulnérabilité, en évitant autant que possible de les exposer à des facteurs précipitants. [30]
- Individualiser l'approche thérapeutique en fonction du pronostic, des souhaits du patient (ou de sa personne de confiance), du lieu de soins, de l'étiologie et de la réversibilité.
- Donner au patient et à son entourage des explications claires et suffisantes sur les symptômes présents, leur origine, les traitements envisagés et l'évolution attendue (y compris le risque d'irréversibilité).
- Conseiller et soutenir les proches afin qu'ils puissent au mieux maintenir le lien avec le patient et être partenaires des soins. Renforcer le dialogue au sein de l'équipe soignante, car ce syndrome est source de difficultés (caractère fluctuant et mobilisant, questionnement éthique, etc.).
- Être particulièrement attentif à l'hydratation, à la nutrition, aux risques de fausses routes, aux mobilisations, à l'élimination, au traitement de la douleur et des autres symptômes.
- Dans les cas réfractaires chez un patient en phase agonique, envisager une sédation proportionnée à l'intensité de la symptomatologie après s'être entretenu avec le patient (ou sa personne de confiance), ses proches et les soignants.

4.2 Les mesures non pharmacologiques : rétablir le rythme veille/sommeil

- En journée, assurer un environnement calme, maintenir une luminosité proche de la lumière du jour et une activité minimale (marche, mobilisations au lit).
- Éviter la prise de stimulants en fin de journée et en soirée (corticoïdes, caféine, etc.).
- Durant la nuit, limiter le bruit et la lumière au strict minimum, prévoir des vêtements de nuit familiers.
- Sécuriser l'environnement.
- Supprimer les sources de danger (lit surélevé, briquet, fil électrique, etc.) et éviter de laisser à disposition des patients des objets inutiles.
- Favoriser la présence d'une personne connue auprès du patient.
- Proscrire les contentions car elles aggravent l'agitation et favorisent, par l'immobilité, les escarres et le déclin fonctionnel.
- Aider le patient à se situer dans le temps (calendrier, horloge, etc.).
- Éviter les changements (chambre, lieu de vie, personnel soignant, horaire, etc.).

Mais également :

- Veiller à communiquer avec le patient le plus clairement possible, établir un contact visuel et par le touché, sans le contredire ou essayer de le raisonner.
- Utiliser des phrases simples et courtes.
- Faire preuve de patience, de calme et d'empathie.
- S'adapter à l'état et au rythme du patient.
- Le cas échéant, s'assurer que le malade porte son appareil auditif, recourir à un interprète, etc.

4.3 Les mesures pharmacologiques

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de la confusion, notamment des psychotropes. Aucune étude médicamenteuse n'a montré un effet significatif favorable sur l'évolution clinique, par contre les effets indésirables sont potentiellement nombreux.

Ainsi les psychotropes sont utilisés seulement si la prise en soins non médicamenteuse est insuffisante et/ou si les symptômes tels l'agitation, l'anxiété, le délire et/ou les hallucinations sont des éléments très perturbateurs de la sécurité du patient et/ou de son confort. Le traitement médicamenteux sera adapté à la tolérance de la confusion par le patient et au degré de dangerosité présenté à la fois pour lui-même et pour autrui.

4.3.1 Benzodiazépines

a. Traitements oraux

Si l'anxiété prédomine, les benzodiazépines sont utilisées en première intention. On se rappellera que l'ECA s'accompagne de façon quasi obligatoire d'éléments anxieux.

Elles peuvent parfois être utilisées en association avec les neuroleptiques en particulier dans la confusion hyperactive avec hallucinations et délire.

Les molécules à demi-vie courte (lorazépam, oxazépam, alprazolam) sont préférées à celles à demi-vie longue, susceptibles de s'accumuler et de majorer la sédation. Pour rappel, au-delà de la demi-vie, la diminution d'effets (pharmacodynamie) la plus rapide, dans la population gériatrique, est obtenue avec l'oxazépam.

DCI	Spécialité	Demi-vie
Clotiazépam	VERATRAN®	4h
Oxazépam	SERESTA®	8h
Alprazolam	XANAX®	10-20h
Lorazépam	TEMESTA®	10-20h

A noter le cas particulier du Midazolam par voie sous cutanée en cas de prise orale impossible, permettant une anxiolyse avec un médicament à demi-vie très courte.

Il est important de penser à une réaction paradoxale en cas d'aggravation de la symptomatologie, par exemple en cas d'agitation. Cela est parfois d'autant plus marqué que la demi-vie est courte.

Penser aussi à la problématique du sevrage lors des décisions de changement, diminution ou arrêt de traitement antérieur.

Oxazépam :

Les paramètres pharmacologiques ne sont pas modifiés chez la personne âgée.

Comprimés 10 à 25 mg, per os, demi-vie 8 heures.

Alprazolam :

Chez la personne âgée, le métabolisme hépatique diminue, ainsi que la clairance totale, avec augmentation des concentrations à l'équilibre et des demi-vies. Il est important de diminuer les doses.

0,25 (parfois 0,125 mg) à 0,5 mg per os toutes les 12 à 24 heures.

Lorazépam :

- 0,25 à 1 mg toutes les 12 à 24 h per os, SC ou IV.
- En cas d'agitation ou anxiété importante : répéter la dose après 1 à 2h.

b. Traitements injectables

Midazolam (Hypnovel) utilisé pour sa rapidité d'action mais sans études précises sur le sujet.

Pour la réduction de l'agitation en attendant de connaître la cause du syndrome confusionnel aigu, chez un sujet âgé, il est préconisé une posologie initiale par voie sous-cutanée de 1 mg au maximum avec une dose cumulée sur 24 heures de 3 mg (cf. annexe 7-2)

- Dans le cas d'une anxiété majeure et envahissante, le Midazolam est utilisé avec précaution toujours, à des doses pouvant atteindre

- voie sous-cutanée : 2 à 3 mg, à renouveler au bout de 30 minutes si besoin, puis une dose de fond est souvent nécessaire
- voie veineuse : 1 mg à renouveler au bout de 10 minutes si besoin, puis une dose de fond est souvent nécessaire.

En pratique, il est constaté des doses de Midazolam différentes [38].

- pour la gestion ponctuelle d'une agitation dans le cadre d'un épisode Confusionnel Aigu,
- pour une sédation proportionnelle et transitoire à visée anxiolytique
- et enfin pour une sédation profonde et continue.

Diazépam (Valium) si pas de recours possible au midazolam : IV ou SC : 2,5 à 5 mg, toutes les 6 à 8 heures.

4.3.2 Neuroleptiques

Dans les situations de délire et d'hallucinations, l'usage des neuroleptiques est privilégié. [31]. Ces médicaments doivent être cependant utilisés avec précaution et il est important de tenir compte des antécédents des patients [22].

La littérature anglo-saxonne privilégie l'usage de l'halopéridol (Haldol) mais celui-ci est souvent remplacé chez le sujet âgé en pratique française par les neuroleptiques atypiques type Risperidone (risperdal) . [32]

L'halopéridol est utilisé en cas d'agressivité, d'hallucinations ou lorsqu'une voie parentérale est requise.

L'olanzapine est un choix intéressant lorsque l'on recherche un effet sédatif.

Les neuroleptiques ont des effets indésirables extrapyramidaux et cardiovasculaires (Zyprexa) potentiels qui apparaissent avec un délai parfois long de plusieurs semaines [22].

A noter aussi que l'effet sédatif et les effets anticholinergiques sont plus marqués avec l'olanzapine.

Il est recommandé d'une manière générale d'/de :

- Ajuster la posologie à un rythme respectant les demi-vies parfois longues et prévoir des entre doses.
- Ne pas modifier ou arrêter trop rapidement le traitement.
- Ne pas associer deux neuroleptiques.
- Penser à une réaction paradoxale en cas d'aggravation de la symptomatologie, par exemple en cas d'agitation.
- Interrompre le neuroleptique si un traitement étiologique est possible et efficace.

a. Traitements oraux

Halopéridol :

- 0,25 à 1 mg toutes les 12 à 24 h per os, SC ou IV.
- En cas d'agitation importante : répéter la dose après 1 heure (IV, SC) ou 2 heures (per os) jusqu'à l'effet souhaité.

Risperidone :

- 0,25 à 1 mg toutes les 12 à 24 h per os.

Olanzapine :

- 2,5 à 5 mg toutes les 12 à 24 h per os.

b. Traitements injectables

En phase pré-agonique, on pourra se tourner vers des neuroleptiques pour leur effet anxiolytique (Cyamémazine ; Tercian) ou sédatif (Chlorpromazine, Largactil) parfois nécessaire, par voie parentérale, même si leurs effets anticholinergiques sont plus importants. [33]

- Avec action sédatif : chlorpromazine (Largactil®) 12,5 mg IV ou sous-cutanée, jusqu'à 3 fois par jour.

Un débit continu est possible : 12,5 à 25 mg/24h par voie IV ou sous-cutanée, avec possibilité de majorer la dose si besoin.

- Avec action anxiolytique et sédatif : Cyamémazine (Tercian®) : débiter à 5 mg IVL, à renouveler 2 à 3 fois par jour, avec possibilité de majorer la dose si besoin.

En situation palliative terminale, dans les cas de confusion importante associée à de l'agitation et non contrôlée par la prise en charge globale, une sédation proportionnée à l'intensité des symptômes peut être discutée en équipe. L'objectif de la pratique sédatif doit être précisé auprès des proches et de l'équipe soignante.

4.4 Soutien des proches et des aidants

La fin de vie est faite de bouleversements. La place des aidants et des proches est parfois difficile à trouver entre surinvestissement (stimuler, vouloir retenir, refuser le réel...) et détachement prématuré (fuite en avant, deuil anticipé...). Face à la présence d'hallucinations, de visions ou d'apparition chez leur proche, les aidants peuvent ressentir de la culpabilité, de l'impuissance, voire de la honte.

Informier, accueillir l'émergence des émotions et éviter une anticipation trop précoce de la mort sont essentiels [14]. Pour soutenir le rôle d'aidant et leur permettre de trouver du sens dans cette phase d'incertitudes, il peut s'avérer utile de leur proposer de participer aux soins et à l'évaluation du confort.

Le juste positionnement des soignants est celui d'une présence réconfortante pour la personne et pour son entourage. Afin de tenir cette place, les soignants ont à s'interroger sur leur disponibilité d'accueil et d'écoute. Ils doivent être en mesure de passer le relai et de solliciter l'intervention de professionnels extérieurs si nécessaire afin de recevoir le soutien approprié [15].

5. Messages clés

1. L'état confusionnel aigu (ECA) est un syndrome neurologique aigu transitoire.
2. Dans les situations palliatives, la confusion mentale est fréquente.
3. Le patient peut présenter des formes variées de confusion : formes hyperactives et hypoactives.
4. En situations palliatives, il est important de distinguer les hallucinations de la fin de vie de celles accompagnant des troubles neurocognitifs qui s'intègrent dans une maladie neuro-évolutive caractérisée.
5. La CAM et la NDSS sont deux échelles utiles pour le diagnostic et le suivi du syndrome confusionnel.
6. En situations palliatives, environ 50 % des épisodes d'ECA peuvent être réversibles, en particulier ceux qui sont causés par les médicaments, les infections et les anomalies électrolytiques.
7. Il est important d'avoir une approche symptomatique avec deux cibles possibles : soulager l'anxiété et maîtriser le délire.
8. La prise en soins du syndrome confusionnel concerne à la fois le patient, ses aidants et les soignants.
9. Il est fondamental de privilégier le traitement étiologique dans la mesure du possible, de mettre l'accent sur les mesures symptomatiques non pharmacologiques, de réserver l'usage des neuroleptiques et des benzodiazépines en cas d'échec des mesures précédentes.

6. Bibliographie

- [1] De la Cruz M, Fan J, Yennu S et al. The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*. 2015 ; 23(8) : 2427-2433.
- [2] American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5) 2013. Washington, DC, APA.
- [3] « Confusion ». palliaguide.be. Fédération Bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus asbl. 28 juin 2020. Web. 1 juil 2024.
- [4] Savaskan et al. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis*. 2016;105:941-52.
- [5] CAPP-info n° 66 – décembre 2016 : état confusionnel aigu chez le patient âgé ou en situation de vulnérabilité.
- [6] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet* 2013.
- [7] HAS 2009 : Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation.
- [8] Fong TG, Inouye SK: The inter-relationship between delirium and dementia: The importance of delirium prevention. *Nat Rev Neurol* 18 (10):579-596, 2022.
- [9] Goldberg TE, Chen C, Wang Y, et al: Association of delirium with long-term cognitive decline : A meta-analysis. *JAMA Neurol* 77 (11):1373-1381, 2020.
- [10] Laurila JV, Laakkonen ML, Laurila JV, Timo SE, Reijo TS. Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. *J Psychosom Res*. 2008;65(3):249-254.
- [11] Fang CK, Chen HW, Liu SI, Lin CJ, Tsai LY, Lai YL. Prevalence, detection, and treatment of delirium in terminal cancer inpatients: a prospective survey. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38:56-63.
- [12] Beck Paul, FERNANDEZ Maria, DOLDER Béatrice et al., « A propos des visions, hallucinations et apparitions au cours de l'agonie », *InfoKara*, 2004/4 (Vol. 19), p. 155-163.
- [13] Bénézech JP. Delirium palliatif : une souffrance pré-agonique. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. Publié le 29 Septembre 2020 34(1046):621-2.
- [14] Schwald. La phase ultime. *Accompagnement et Soins Palliatifs en Réseau*. Formation 2007.
- [15] Recommandations de la conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, SFAP, ANAES, 2004.
- [16] Laplante et al., Confusion Assessment Method : Validation d'une version française, *Perspective infirmière*, Septembre/Octobre 2005.
- [17] Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F et al.: Fast, systematic and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005, 29:368-75.

- [18] Canadian Coalition for Seniors' Mental Health . Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life. Toronto: CCSMH; 2010.
- [19] Inouye SK, Bogardus ST, Jr, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D, Holford T, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340(9):669–676.
- [20] Indelicato RA, Portenoy RK. Opioid rotation in the management of refractory cancer pain. *J Clin Oncol*. 2002;20(1):348–352.
- [21] Lawlor PG, Gagnon B, Mancini I, Pereira J, Hanson J, Suarez-Almazor M, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2000;160(6):786–794.
- [22] Matsuda Y, Maeda I, Morita T, Yamauchi T, Sakashita A, Watanabe H, Kaneishi K, Amano K, Iwase S, Ogawa A, Yoshiuchi K; Phase-R Delirium Study Group. Reversibility of delirium in ill-hospitalized cancer patients: Does underlying etiology matter? *Cancer Med*. 2020 Jan;9(1):19–26.
- [23] Bush SH, Tierney S, Lawlor PG. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*. 2017 Oct;77(15):1623–1643.
- [24] Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med*. 2005;352(4):373–379.
- [25] Lin RY, Heacock LC, Fogel JF. Drug-induced, dementia-associated and non-dementia, non-drug delirium hospitalizations in the United States, 1998–2005. *Drugs Aging*. 2010;27(1):51–61.
- [26] Ormseth CH, LaHue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E, Douglas VC. Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2023 Jan 3;6(1): e2249950.
- [27] Bohmdorfer B, Rohleder S, Wawruch M, van der Cammen TJM, Fruhwald T, Jagsch C, et al. DEL-FINE: a new tool for assessing the delirogenic properties of drugs of relevance for European pharmacotherapy. *Z Gerontol Geriatr*. 2016;49(5):416–422.
- [28] Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, Sanderson C, Hardy J, Le B, Eckermann S, McCaffrey N, Devilee L, Fazekas B, Hill M, Currow DC. *JAMA Intern Med*. 2017 Jan 1;177(1):34–42.
- [29] Pharmacologic treatment of delirium symptoms: A systematic review. Sadlonova M, Duque L, Smith D, Madva EN, Amonoo HL, Vogelsang J, Staton SC, von Arnim CAF, Huffman JC, Celano CM. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022 Nov-Dec;79:60–75. Epub 2022 Oct 21.
- [30] Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care? -a critical appraisal of recent randomized controlled trials. Gaertner J, Eychmueller S, Leyhe T, Bueche D, Savaskan E, Schlögl M. *Ann Palliat Med*. 2019 Sep;8(4):504–515. Epub 2019 Mar 26.
- [31] Using antipsychotic agents in older patients. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 2:5–99; discussion 100–102; quiz 103–4.

[32] Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders. Ozbolt LB, Paniagua MA, Kaiser RM. *J Am Med Dir Assoc*. 2008 Jan;9(1):18-28.

[33] Visualizing How to Use Antipsychotics for Agitated Delirium in the Last Days of Life. Imai K, Morita T, Mori M, Kiuchi D, Yokomichi N, Miwa S, Okamoto S, Yamauchi T, Naito AS, Matsuda Y, Maeda I, Sugano K, Ikenaga M, Inoue S, Satomi E. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Jun;65(6):479-489. Epub 2023 Jan 20.

[34] MacLulich AMJ et al. (2014). The 4AT: a rapid clinical instrument for delirium detection. *Age and Ageing*, 43(4): 496–502.

[35] Protocol for validation of the 4AT, a rapid screening tool for delirium. *BMJ Open* 2018.

[36] Boutitie L, Buard G, Verny M; Traité de Gériatrie et Gériatologie (2025), Société Française de Gériatrie & Gériatologie - SFGG, Collège National des Enseignants de Gériatrie - CNEG; Confusion, chap 413.

[37] Soto M, Roche J, et al. (2024); Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives, Société Française de Gériatrie & Gériatologie - SFGG, Fédération des Centres Mémoire - FCM, Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Agée - SF3PA.

[38] Prod'homme C, Deschasse G, Visade F, Hennion C, Charpentier A, Gaxatte C, Bloch F, Delecluse C, Puisieux F, Beuscart JB. Utilisation palliative du midazolam dans les unités gériatriques aiguës : une étude ambispective multicentrique. *BMC Geriatr*. 10 avril 2025 ; 25(1):241).

7-Annexes

7-1 : Détection de la confusion par le 4AT



Test d'évaluation du
délirium et des troubles
cognitifs

(étiquette)

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Numéro de dossier : _____

Date : _____ Heure : _____

Évaluateur : _____

ENCERCLER

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormi lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observer le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0
Clairement anormal	4

[2] AMT4

Age, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGUÛ OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de : état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs
1-3 : troubles cognitifs possibles
0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT

INSTRUCTIONS

Version 1.2. Informations et téléchargement : www.the4at.com
Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus suggère un délirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un délirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation. L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex. les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.
État de conscience : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un délirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item. Changement aiguÛ ou évolution fluctuante : la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de délirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un délirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? », « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? », « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »

Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I., Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada.
© 2011-2016 MacLulich, Ryan, Cash

<https://www.the4at.com/>
[34], [35]

7-2 : Caractéristiques du Syndrome confusionnel et des Troubles neurocognitifs

Caractéristiques du Syndrome confusionnel vs Troubles neurocognitifs	
Syndrome confusionnel	Trouble neurocognitif
• Installation rapide • Réversible • Perturbation de l'attention • Associé à une autre atteinte cognitive • Facteur déclenchant	• Installation progressive • Irréversible • Troubles mnésiques • Altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives



Société Française
d'**Accompagnement**
et de **soins Palliatifs**

106 Avenue Emile Zola

75015 Paris

01 45 75 43 86

www.sfap.org

