



Confusion en fin de vie : définition, clinique et thérapeutique

Projet Intergroupe SFAP/SFGG



Dr Geneviève GRIDEL
Centre de Soins Palliatifs
Hôpital des Massues - Lyon



Atelier A5 – Travaux de la SFAP
Mercredi 10 juin 11h30



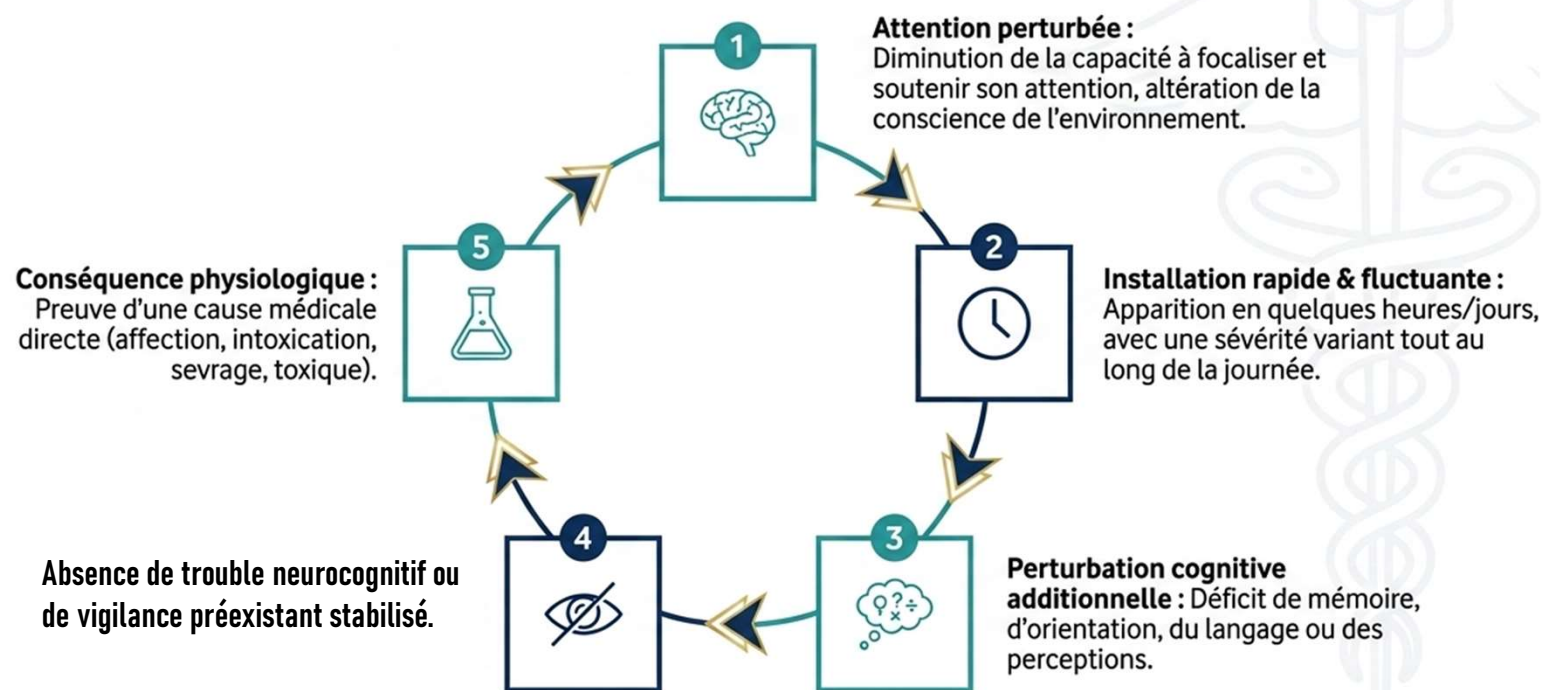


*Absence de lien d'intérêts déclarés par
l'intervenant*



ECA : Définition et Prévalence

Les 5 piliers diagnostiques de l'État Confusionnel Aigu (DSM-5)



ECA : Définition et Prévalence

85 - 90 %

Prévalence de la confusion mentale chez les patients atteints de cancer en phase terminale. Un symptôme quasi universel.

> 20 %

Taux de cas non diagnostiqués. La nature polymorphe de l'état confusionnel aigu (ECA) masque souvent le diagnostic.

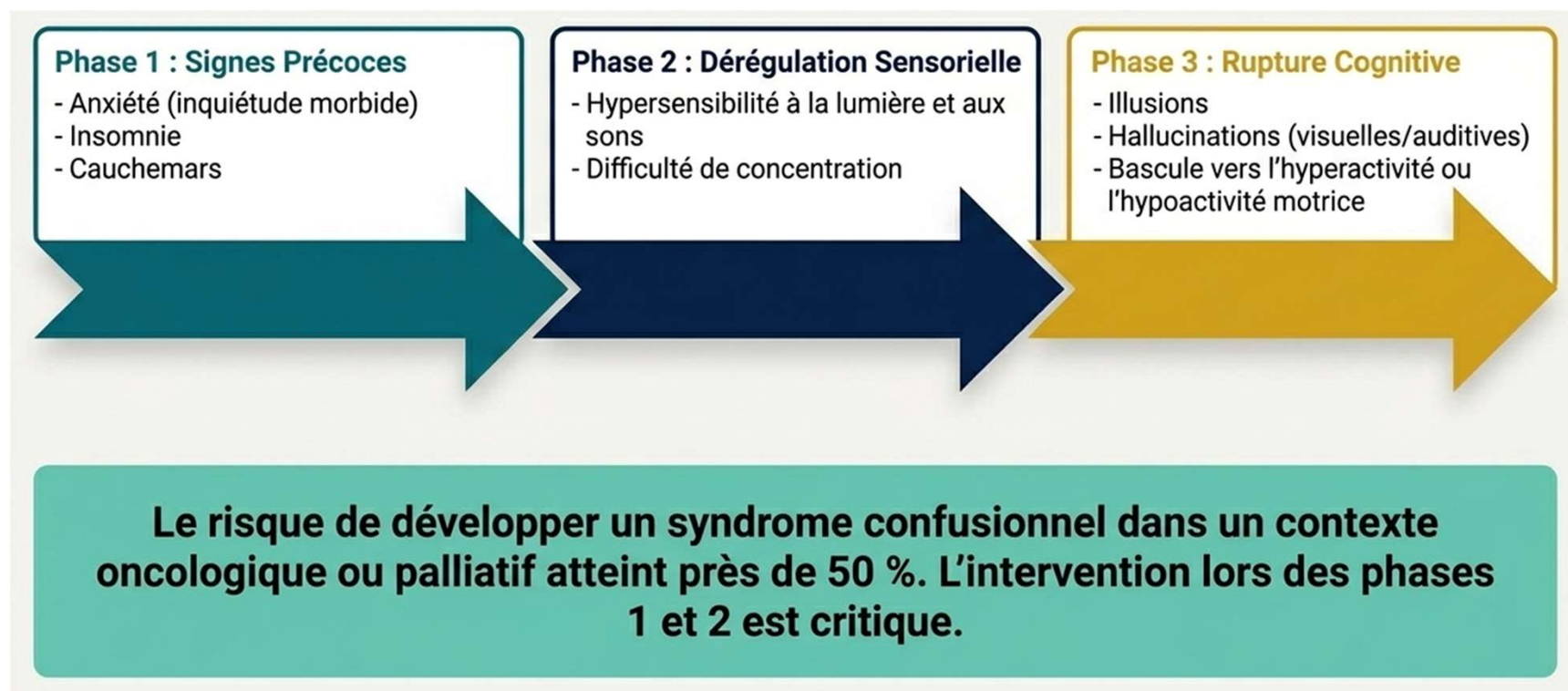


Le Piège de l'Hypoactivité

La forme hypoactive est massivement sous-diagnostiquée, souvent considérée à tort comme une simple dépression ou une apathie de fin de vie.

Formes Cliniques et Diagnostics Différentiels

Le cortège prodromal



Formes Cliniques et Diagnostics Différentiels

Les trois phénotypes cliniques de la confusion

Hyperactif	Hypoactif (Le Piège Diagnostique)	Mixte
• Signes : Agitation, impatience, agressivité, déambulation, hypervigilance. • Symptômes associés : Fluctuation de l'humeur, symptômes psychotiques, dérégulation végétative.	• Signes : Apathie, ralentissement, passivité, motricité réduite. • Symptômes associés : Retrait, éventuelle symptomatologie psychotique intériorisée. Souvent confondu avec la dépression.	• Signes : Alternance rapide entre les symptômes hyperactifs et la symptomatologie hypoactive au cours d'une même journée.

Formes Cliniques et Diagnostics Différentiels

Troubles Neurocognitifs Majeurs

Lésions irréversibles et
progressives (ex: Alzheimer,
Corps de Lewy).

Attention : Un ECA régressif
peut s'y surajouter.

Décompensation Bipolaire

Tachypsychie, logorrhée,
irritabilité.

Nécessite l'analyse des
antécédents psychiatriques.

Visions et Apparitions de fin de vie

Fréquentes (jusqu'à 93% en
phase pré-agonique).
Phénomènes souvent
apaisants et non menaçants
(présences, sensations
tactiles/visuelles).
Ne nécessitent pas
obligatoirement une
suppression pharmacologique
si la personne est sereine.

Echelles diagnostiques et d'évaluation



CAM (Confusion Assessment Method)

- **Objectif** : Diagnostic de certitude rapide.
- **Mécanisme** : 4 questions clés (Début brusque/fluctuant, Inattention, Pensée désorganisée, Altération conscience).



NDSS (Nursing Delirium Screening Scale)

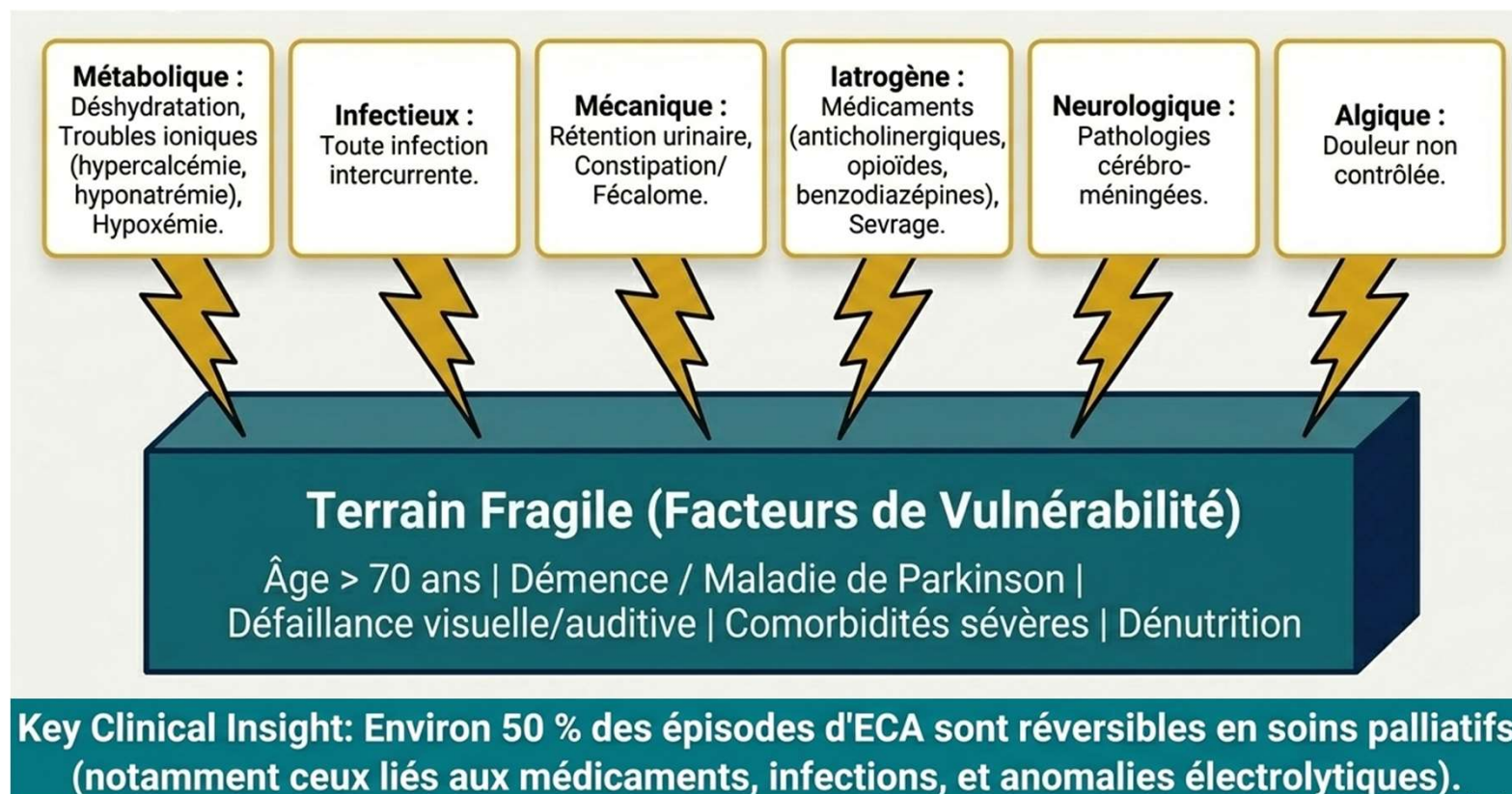
- **Objectif** : Suivi infirmier et évaluation de l'évolution.
- **Rythme** : 3 fois par jour. Plus détaillée, permet un monitoring continu.



4AT

- **Objectif** : Dépistage initial ultra-rapide des troubles cognitifs et du delirium.

Modèle étiologique : Terrain Fragile et Facteurs Précipitants



Démarche thérapeutique

La pyramide thérapeutique : Une hiérarchie stricte des interventions



Règle d'or :
Les psychotropes
s'utilisent uniquement
en cas d'échec de la base
et/ou de dangerosité.

Démarche thérapeutique

L'approche non-médicamenteuse

Environnement & Sécurité



Rétablir le rythme veille/sommeil (lumière du jour vs obscurité/silence la nuit).



Favoriser la présence de visages familiers.



Supprimer les objets dangereux.



Proscrire les contentions physiques (aggravent l'agitation et favorisent le déclin).

Communication & Repères



Aider le patient à se situer (calendrier, horloge, lunettes, prothèses auditives).



Ne pas le contredire ou essayer de le raisonner frontalement.

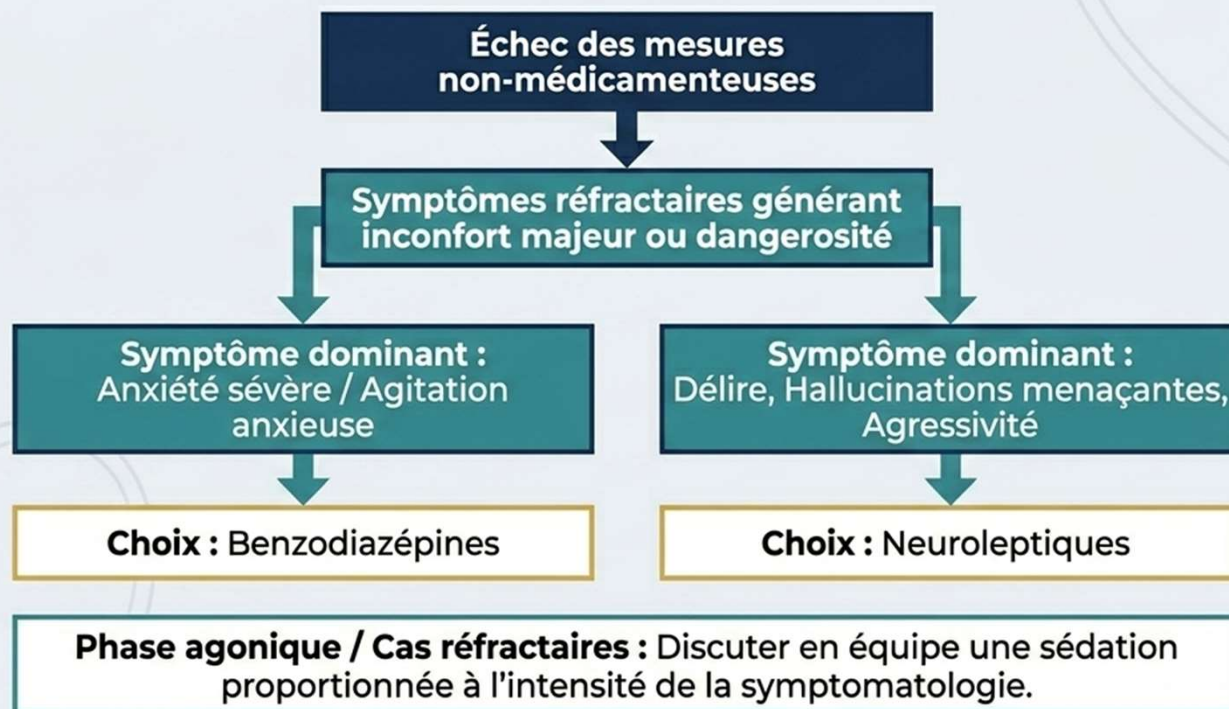


Utiliser des phrases simples, courtes, avec un contact visuel et tactile apaisant.



Démarche thérapeutique

Stratégie pharmacologique : Arbre décisionnel ciblé





Démarche thérapeutique

L'Écosystème du Patient : Soutien et Accompagnement



Take Home Messages

1 Nature : L'ECA est un syndrome neurologique aigu et transitoire.

2 Fréquence : Quasi-systématique en situation palliative terminale.

3 Formes : 3 profils distincts (Hyperactif, Hypoactif, Mixte).

4 Origine : Distinguer la démence chronique des hallucinations de fin de vie.

5 Outils : Évaluer systématiquement avec la CAM, la NDSS ou le 4AT.

6 Réversibilité : ~50% des cas sont liés à des causes réversibles (iatrogénie, infection, ionique).

7 Cibles Pharmaco : Traiter l'anxiété (Benzos) ou le délire (Neuroleptiques) uniquement si nécessaire.

8 Approche Globale : Soutenir simultanément le patient, les aidants et l'équipe.

9 La Règle d'Or : Toujours privilégier le traitement étiologique et les mesures non-pharmacologiques en premier.



Merci de votre attention !

(Même si... on ne sait plus trop où on en est 😊)



C'ÉTAIT QUOI
LA QUESTION
DÉJÀ ?

JE DEVRAIS
NOTER,
MAIS OÙ ?

TRÈS INTÉRESSANT
EN TOUT CAS !

AH OUI...
MERCI
BEAUCOUP !