

Etat confusionnel

Comment le détecter, le gérer et accompagner les proches

Anne Vacanti-Robert, médecin
Isabelle Millioud, infirmière

Pôle de compétence de soins palliatifs
Hôpital de Martigny

22 mars 2012



Plan du cours

- Vignette clinique
- Facteurs de risque de l' ECA
- Manifestations cliniques
- Conséquences
- Traitements
- Approche relationnelle du patient confus
- Accompagnement de l'entourage
- Synthèse

Objectifs

- Savoir dépister un état confusionnel
- Comprendre les causes de l'état confusionnel
- Connaître les traitements possibles (médicamenteux et non médicamenteux)
- Prendre conscience du stress majeur que constitue l'ECA pour le patient, les proches et l'équipe.
- Cibler un accompagnement pour les proches

Situation clinique (1)

- Monsieur V, 1946
- Adénocarcinome de la prostate depuis 2004
- Progression importante de la tumeur au niveau Locorégional
 - Lymphoedeme du MID sur adénopathies métastatiques
 - Fistule prostato-rectale
 - IRC sévère
- Sténose aortique sévère symptomatique et inopérable
- Douleurs /pertes anales constantes/ difficultés à la mobilisation/dyspnée d'effort

Situation clinique (2)

- Ingénieur à la retraite
- Séparé de son épouse
- Vit seul à domicile, pas de retour envisageable
- Se décrit comme solitaire, très indépendant
- Souffrance lié à la perte d'autonomie
- Observations de l'équipe: patient exigeant, critique

Situation clinique (3)

- Evolution vers une baisse de l'état général et augmentation des douleurs
- Augmentation de l'angoisse
- Somnolence la journée
- Augmentation de l'agressivité: refus de soins, irritable, dénigrant, persécuté
- Difficulté à garder l'attention
- Incohérent par moments
- Troubles du sommeil



Avez-vous vécu des situations similaires?

Qu'est-ce qui a été difficile pour vous ?

Qu'est-ce qui vous a aidé ?

De quoi s'agit-il?

En anglais: Delirium

En français: Etat confusionnel (ECA)

Critères diagnostics: DSM-IV

- Troubles de la conscience et de l'attention
- Troubles cognitifs ou de la perception, ne s'expliquant pas par une démence
- Les troubles se développent sur une **brève période** et tendent à **fluctuer** au cours de la journée
- Il y a évidence que les troubles sont la conséquence d'un état médical

Les formes de l'ECA

- Hyperalerte/ hyperactif

- Hypoalerte/hypoactif

- Mixte

Prévalence de l'ECA

Une des complications les plus fréquentes en soins palliatifs

- 28 à 48% lors de cancer avancé
- 85% des patients en fin de vie

Quels sont les facteurs de risque
et les causes de l'ECA?

Facteurs prédisposants

Age >70 ans
Troubles cognitifs
Sévérité de la maladie
Troubles du sommeil
Abus OH
Déficits sensoriels

Facteurs aggravants

Environnement
Contention physique
Immobilité
Déprivation sensorielle



med0077 www.fotosearch.fr

Facteurs précipitants

Troubles métaboliques
Infection
Hypoxie
Fécalome, rétention urinaire

SNC, douleurs
Ins. rénale/hépatique
Déshydratation

Médicaments
Poly médication
Sevrage

A quel moment penser à l'ECA ?

Manifestations cliniques

- Altération de l'état de conscience
- Déficit d'attention
- Désorientation
- Troubles mnésiques
- Désorganisation de la pensée
- Augmentation ou diminution des activités verbales
- Hallucinations
- Illusions ou paranoïa
- Inversion du rythme nyctéméral
- Labilité émotionnelle, anxiété, agressivité,...
- Activité psychomotrice augmentée (agitation) ou diminuée

Diagnostic difficile

- Variation des manifestations cliniques
- Evolution fluctuante
- DD avec dépression et démence

Nécessité d'utiliser un outil de dépistage

Outil diagnostic

Méthode « évaluation de la confusion »

4 questions

- L'accès est-il aigu et d'évolution fluctuante ?
- Le patient a-t-il de la peine à être attentif ?
- La pensée du patient est-elle désorganisée ?
- Le niveau de vigilance du patient est-il anormal ?

Diagnostic de confusion si 3 ou 4 réponses positives

Quand l'utiliser?

- Brusque changement de comportement
- Comportement « bizarre »
- Propos incohérents « bizarre » par moment
- Hallucinations
- Le patient a de la peine à exprimer ses besoins
- Nous n'arrivons pas à identifier « ce qui ne va pas »

Nom du patient :

CAM - Confusion Assessment Method - Algorithme

Hétéro-évaluation

Avez-vous observé pendant les dernières 24h :										
	Dates									
Critère 1 : Début aigu et cours fluctuant <i>Ce critère est généralement obtenu d'un membre de la famille ou de l'équipe. Il est positif si au moins une des réponses aux question est "oui" :</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Y a-t-il un changement aigu (brutal) de l'état cognitif du patient par rapport à son état habituel ? Les anomalies fluctuent-elles au cours de la journée ? (variation en intensité)										
Critère 2 : Trouble de l'attention <i>Ce critère est positif si la réponse à la question suivante est "oui" :</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Est-ce que le patient a de la peine à se concentrer durant une conversation ? Par exemple, perte du fil de la conversation, facilement distrait.										
Critère 3 : Désorganisation de la pensée <i>Ce critère est positif si la réponse suivante est "oui" :</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Est-ce que la pensée du patient est déorganisée ou incohérente ? Par exemple, une conversation non pertinente ou décousue, un flux d'idée obscur ou illogique ou des changements imprévisibles de sujet.										
Critère 4 : Etat de conscience altéré <i>Ce critère est positif si la réponse à la question suivante est autre qu'"alerte", 1 réponse possible :</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Globalement, quel est l'état de conscience du patient ? - Alertes (normal) - Hyperalerte (hypervigilant, agité) - Léthargique (sommolent, facilement réveillable) - Stuporeux (difficile à réveiller) - Comateux (non réveillable)										

La probabilité d'un état confusionnel aigu est élevée si les critères 1 et 2 et les critères 3 ou 4 sont remplis. Dans ce cas une évaluation médicale doit être réalisée.

Éléments complémentaires	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Présence d'une agitation psychomotrice										
Présence d'un ralentissement psycho-moteur										

CAM (Confusion assessment method)

(1)

1. Début soudain et fluctuation du symptôme

- Y a-t-il un changement soudain de l'état mental du patient par rapport à son état habituel ?
- Est-ce que ce comportement inhabituel a fluctué dans la journée ?
 - ❖ A demander à l'entourage et aux soignants

2. Inattention

- Le patient a-t-il des difficultés à focaliser son attention ? (difficulté à se concentrer, à maintenir l'attention dans une conversation)

CAM (Confusion assessment method)

(2)

3. Désorganisation de la pensée

La pensée est elle organisée ou incohérente ? (conversation décousue, coq à l'âne, réponse inadaptée, pas de fil rouge...)

4. Altération de l'état de vigilance

Hypervigilance, léthargie, somnolence, stupeur, coma...

Conséquences de l'ECA

- Evaluation de la douleur et des autres symptômes gravement perturbés
- Remise en cause du maintien à domicile
- Source grave de détresse pour le patient, les proches et les soignants
- Morbidité et mortalité accrues

! Urgence à traiter aussi précocement que possible

Approche thérapeutique de l'ECA en soins palliatifs (1)

1. Traitement des causes sous-jacentes par exemple:

- Réhydrater par perfusion
- Changer la médication potentiellement en cause
- Traiter une infection
- Donner de l'oxygène
- Corriger les troubles métaboliques
-

Approche thérapeutique de l'ECA en soins palliatifs (2)

2. Traitement médicamenteux:

- **Halopéridol** 1-5 mg/jour (PO/SC/IV)
 - Le plus souvent utilisé
 - Agent antidopaminergique (risque d'effets extrapyramidaux)
 - Très peu sédatif
- **Neuroleptiques atypiques:**
Risperidone, quétiapine, clozapine
- **Chlomethiazole**

Approche thérapeutique de l'ECA en soins palliatifs (3)

3. Mesures non pharmacologiques

- Favoriser une bonne hygiène du sommeil
- Eviter la contention physique
- Réorienter fréquemment le patient
- Mobiliser
- Prendre en compte les déficits sensoriels
- Favoriser l'hydratation
- Impliquer les proches
- ...

Et pratiquement ?

- Anamnèse, analyse **en équipe**, lecture du dossier médical et infirmier :
- Examen clinique soigneux
Rechercher signe de déshydratation, globe urinaire, fécalome, myoclonies
- Examens complémentaires ?
insuffisance rénale, hypercalcémie
- Epurer le traitement

Approche relationnelle du patient confus

Quelques pistes...ou comment réagir?

- Accepter d'être perturbé
- Avoir en arrière fond l'histoire du patient.
- Entrer en relation en ayant conscience du désordre que vit l'autre.
- Observer, écouter
- Communiquer avec un langage simple et clair
- Reformuler ce que le patient dit ou ce que vous comprenez de son vécu en nommant les émotions
- Considérer que le patient est un interlocuteur à part entière même si ses désirs apparaissent irréalistes

Et pratiquement ?

- Expliquer les gestes de soins
- Accompagner le patient dans sa déambulation
- Problème de la contention
- Travail en équipe

Lorsque le patient est moins confus

- La confusion est un syndrome **fluctuant**. Des phases transitoires où l'entretien est cohérent sont possibles
 - **Décrypter**, si possible
 - **Repérer** les émotions, questions, préoccupations et peurs du malade : « *je deviens fou* »
 - **Expliquer** le syndrome, le bilan, les traitements, l'évolution possible

Lorsque le patient n'est plus confus

- Une fois l'épisode résolutif, debriefing de l'épisode de confusion :
 - Aborder le vécu de l'épisode,
 - Évoquer les émotions associées
 - Clarifier et expliquer si possible
 - Chercher à déculpabiliser
 - Évoquer l'entourage...

L'accompagnement de l'entourage

« De tous les symptômes que ma mère a eus durant son traitement contre le cancer, sa confusion a été de loin le pire. Peut-être parce que personne ne semblait savoir quoi faire avec cela. Elle avait des médicaments pour la douleur et les nausées et pour maintenir sa formule sanguine adéquate mais tous semblaient impuissants pour gérer sa confusion. Cela m'a frappé quand ma fille est venue la voir. Maman était toute mêlée et pensait que ma fille était ma sœur aînée. Ma fille a été bouleversée et effrayée. Elle n'avait jamais vu sa grand-mère comme cela. Nous étions inquiètes: pourrions-nous retrouver ma mère affectueuse à l'esprit vif et bien articulé? ».

(D'après Boyle, 2006, cité par M de Serres)

- L'entourage vit une expérience traumatique à double titre.
- L'écoute est première.
- Distinguer la confusion de la folie.
- Déculpabiliser l'entourage

Et l'équipe ?

La confusion est un syndrome fluctuant. Des phases transitoires où l'entretien est cohérent sont possibles.

- Repérer les émotions, questions, préoccupations et peurs du malade : « *je deviens fou* »
- Expliquer le syndrome, le bilan, les traitements, l'évolution possible
- **Approche épuisante, déstabilisante et parfois traumatisante, pour les équipes soignantes**

Synthèse ECA

- Syndrome clinique fréquent
- Impact significatif sur patient, famille et soignants
- Détection précoce pour préserver confort et qualité de vie en SP
- Préoccupations d'ordre psychologique souvent négligées ou méconnues
- Nécessité de former le personnel soignant

Conclusions

- Difficile de marcher à côté (accompagner) lorsque le patient est en dehors du sentier
- La confusion est une énigme. Le cadre posé ne peut pas être standardisé
- Faire appel à la créativité pour trouver le geste et la parole qui peut permettre de « rejoindre l'autre »

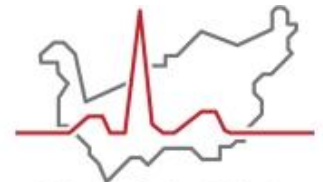
MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pôle de compétence en soins palliatifs
Hôpital de Martigny
Avenue de la Fusion 27
1920 Martigny

Tél.: 027 603 95 95

Fax: 027 603 95 96

emsp@hopitalvs.ch



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Références

- Michaud L. Prise en charge de l'ECA à l'hôpital général: recommandations pour la pratique clinique, Université de Lausanne. 2004.
- Reich M, Lassaunière JM. Prise en charge de la confusion mentale (délirium) en soins palliatifs: l'exemple du cancer. Med Pal 2003;2:55-71.
- Inouye SK, et al. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine 1990; 113:941-948.
- Mallet D. Confusion et soins palliatifs: théorie, pratique et énigme. Présentation Espace éthique, Paris, janvier 2010
- Guide des soins palliatifs du médecin vaudois no 9 In Courrier du médecin vaudois no 3-2009.

Repères généraux sur la pertinence des investigations si ECA

- Réflexion au cas par cas
- Réflexion couplée aux possibilités thérapeutiques
- Distinguer les confusions en phase palliative et les confusions au stade terminal
- Analyser les conséquences des investigations pour le patient
- Définir le recours aux traitements symptomatiques

Critères diagnostiques selon le DSM IV:

1. Perturbation du niveau de conscience avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention

Critères diagnostiques selon le DSM IV

2. Atteinte cognitive (déficit de la mémoire, perturbation du langage, pensée désorganisée, désorientation

ou **Qu'est-ce qui me fait penser à ECA ?**

Perturbation des perceptions (hallucination, interprétation erronée) non causée par une démence pré-existante

Critères diagnostiques selon le DSM IV:

3. Perturbation qui s'installe en un temps court (quelques heures ou quelques jours)

Qu'est-ce qui me fait penser à ECA ?

Fluctuante au cours de la journée

Critères diagnostiques selon le DSM IV:

4. Perturbation due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale

Notre réaction est rarement adaptée :

- Nous passons souvent à côté du diagnostic
- Nous excluons la personne malade ou continuons de fonctionner comme si elle n'était pas confuse.
- Nous cherchons à tout prix à la faire « sortir de sa confusion » ou à « contrôler le syndrome ».