

# CONFUSION MENTALE

C'est une pathologie aux frontières de la neurologie et de la psychiatrie. Elle peut être soit prise en charge par des neurologues, soit par des psychiatres.

## I/- Définition :

Il s'agit d'une pathologie aiguë au cours de laquelle on retrouve une obnubilation de la conscience, une désorientation temporo spatiale et un onirisme (illusion ou hallucination à type de rêve).

## II/- Clinique :

- Début : Les choses débutent souvent soit par une infection, une intoxication, un traumatisme, une surcharge émotionnelle. Mais cela n'est pas constant. A partir de ce point de départ soit on retrouve une entrée dans la pathologie progressive soit brutale. Pour le début progressif, apparaissent dans les premiers jours des insomnies, des céphalées, une perte d'appétit, une modification de l'humeur, une asthénie. Les céphalées sont importantes.  
Pour le début brusque, il y a tout d'un coup un obscurcissement de la conscience, avec un délire onirique et une désorientation temporo spatiale.
- Etat :
  - Le patient paraît hébété, ahuris, égaré, avec le regard flou, lointain, agare, il est absent de la situation, a une mimique inadapte au contexte, il est vêtu de manière débraillée. Au niveau du comportement on remarque une agitation stérile (hyperactif mais activité désordonnée), des tendances à la violence, des imitations des gestes du travail. On remarque parfois un mutisme. Les patients n'ont plus d'initiative, il y a donc perte d'autonomie. Malgré soit l'agitation ou la torpeur, ces patients font effort pour se rendre compte de ce qui se passe autour d'eux.
  - La confusion :
    - Sur le plan de la pensée : la tension spontanée est faible et la tension volontaire est impossible. Le champ de la conscience est réduit, et il va de l'obnubilation jusqu'à la stupeur. En ce qui concerne la mémoire, les patients sont incapables de fixer les souvenirs, leur évocation est laborieuse, ils peuvent faire des fausses reconnaissances. Parfois ils ont des fabulations qui viennent compenser leur amnésie. Il y a une amnésie lacunaire, c'est-à-dire qui porte sur l'épisode confusionnel, à l'inverse de la bouffée délirante aiguë. On retrouve également une désorientation temporo-spatiale avec une incapacité de citer les

souvenirs dans une chronologie, ce sont des patients qui se perdent, ils ne savent pas d'où ils viennent ni où ils vont. Les perceptions quand à elles sont troublées. Les patients ne reconnaissent plus les gens. Ils peuvent avoir des troubles cénesthésiques. Tout ceci s'accompagne d'une perplexité anxieuse. Le patient va faire des efforts pour sortir de sa torpeur, il va essayer de mettre de l'ordre dans ses pensées. Il cherche à retrouver une cohérence mais sans y parvenir.

- Le délire onirique : c'est l'expérience délirante et hallucinatoire qui accompagne la confusion. On décrira tout d'abord des hallucinations visuelles le plus souvent pénibles avec des scènes à thème mystique ou professionnel, ou zoopathiques. Elles sont le plus souvent discontinues. On retrouve aussi des hallucinations auditives avec des voix menaçantes, des hallucinations kinesthésiques, cénesthésiques. On retrouve également des illusions à type de confusion dans les formes, des interprétations erronées. Il y a une très forte adhésion au délire avec une charge émotionnelle très importante. Il est impossible de les faire douter de ce délire. Parfois des impulsions peuvent terroriser et avoir des réactions hétéro ou auto agressives. Il agit son rêve. Il joue les scènes. Cela à un caractère terrifiant. Ces hallucinations visuelles consistent en des visions d'animaux, de monstres, de flammes, de visages ensanglantés, etc... Ainsi la fuite de cela pourra provoquer des accidents. Cela évolue avec l'alternance de vagues successives. Le patient peut être fasciné ou terrifié.
- Signes somatiques : il y a d'abord une perturbation du rythme nyctéméral, avec des insomnies, une hyperthermie variable, une hypotension artérielle, une tachycardie, déshydratation. On retrouvera les symptômes de la pathologie accompagnante ou à l'origine du tableau confusionnel.
- Evolution : elle dépend en grande partie de la pathologie causale. Il y a des évolutions :
  - Favorables : c'est le plus fréquent. Il y a une guérison sans séquelles mais subsistera toujours une amnésie de l'épisode (amnésie lacunaire).
  - Avec séquelles : elles seront transitoires, c'est-à-dire avec persistance d'idées fixes post oniriques. Ils restent convaincus de la réalité des scènes vécues, mais cela disparaîtra dans un second temps.
  - Avec rechute : il existe plusieurs formes cliniques. Ainsi on décrit une forme stuporeuse, agitée, délirium tremens (confusion mentale chez les patients alcooliques à l'occasion d'un sevrage). Le patient est d'abord égaré, puis un tremblement, des hallucinations visuelles, auditives, avec un renforcement le soir ou en première partie de la nuit. Il y a une adhésion très forte, le patient va agir. Par exemple on peut décrire le syndrome de Korsakov. Ce sont des patients qui se présentent avec une baisse de l'attention, ils restent discrets. Il y a une désorientation temporo spatiale, une amnésie de fixation. Il va fabuler en prenant des éléments de la réalité et en y rajoutant des scènes de lectures et des souvenirs. Il y a altération de l'état général avec une asthénie et un amaigrissement, une insuffisance hépatique. On retrouve une note thymique à type euphorique s'accompagnant d'une polynévrite des membres inférieurs (douleurs, amyotrophie, steppage). L'évolution va soit dans le sens de la guérison si le traitement a été précoce et si les lésions ne sont pas trop

graves, ou alors il y a persistance avec fixations des symptômes (polynévrite).

On retrouve aussi des formes étiologiques :

- Liées à la prise de toxiques : l'alcool, l'ivresse aigue, prise d'hallucinogènes, LSD, cocaïne et cannabis, champignons hallucinogènes, le CO<sup>2</sup>, le plomb, le mercure, médicaments, antiparkinsonien, corticoïdes, antipaludéens.
- Pathologiques : neurologiques, trauma crâniens, tumeurs, hypertensions intra crâniennes, AVC, maladies endocriniennes, hyperthyroïdie, diabète, insuffisance rénale, pancréatite, contexte émotionnel.
- Emotionnel : syndrome post traumatique.

### **III/- Traitement :**

Le plus souvent il se fait à l'hôpital. Il faudra tout d'abord faire un traitement étiologique que l'on complète par un traitement symptomatique. Il faut d'abord maintenir l'équilibre hydro électrolytique avec une préférence une hydratation orale entre 3 et 6L, un traitement poly vitaminique, apport calorique suffisant, soins de nursing (cutanés, bouche, prise en charge de l'incontinence), atmosphère calme et sans obscurité, favoriser l'orientation, recaler le sommeil et sedater si agitation (benzo, hypno, etc...).