



Delirium ou syndrome confusionnel aigu

Le delirium est une perturbation aiguë et fluctuante de l'attention et du fonctionnement mental, généralement liée à une affection somatique, un médicament ou plusieurs facteurs associés.

[M21–M22]

Ce qui se passe

Une infection, une hypoglycémie, une atteinte neurologique ou des médicaments peuvent perturber le fonctionnement cérébral. Le changement par rapport à l'état habituel est essentiel. Une démence préexistante augmente la vulnérabilité mais n'explique pas automatiquement une dégradation soudaine. Les observations des proches aident à reconstruire ce changement. [M21–M22]

Les signes qui doivent alerter

- Difficulté nouvelle à suivre une conversation, réponses incohérentes, désorientation ou hallucinations.
- Variations en quelques heures ; agitation possible, mais aussi retrait, lenteur et somnolence inhabituelle.
- Changement aigu avec atteinte de la vigilance ou signes physiques associés : rechercher une cause urgente.

Repères médicaux : [M21–M22].

Évaluation et prise en charge

La prise en charge recherche et traite les causes, favorise réorientation, hydratation adaptée, sommeil et repères sensoriels. NICE propose le 4AT pour l'évaluation initiale appropriée ; en réanimation, CAM-ICU ou ICDSC. Un outil positif ne remplace pas le diagnostic clinique. Le traitement sédatif systématique ne résout pas la cause. [M21]

Les pièges à éviter

Le delirium hypoactif peut passer inaperçu parce que la personne paraît calme. Il se distingue d'un trouble neurocognitif chronique, mais peut s'y superposer. Si l'halopéridol est envisagé pour une détresse ou un danger persistant malgré les mesures adaptées, ses risques cardiaques et neurologiques doivent être évalués ; Parkinson et démence à corps de Lewy sont des contre-indications importantes. [M21, M23]



Lire le dossier

Grille de lecture JurisMedX pour le contexte suisse. Les questions ci-dessous orientent l'analyse ; elles ne constatent ni faute ni responsabilité individuelle.

Discernement et consentement

Le diagnostic ne tranche pas automatiquement la capacité de discernement. Celle-ci s'apprécie pour une décision précise et à un moment donné. En présence de doutes, rechercher l'évaluation documentée, les aides à la compréhension et les possibilités de réévaluation. Un score cognitif isolé ne remplace pas ce raisonnement. [J05]

Refus et protection

Un refus de soin demande à être compris : douleur, peur, incompréhension, volonté ou altération du discernement ? Identifier la personne habilitée à représenter le patient si nécessaire et la situation d'urgence. Une contention ou une sédation exige sa propre justification ; le mot « confusion » n'est pas une autorisation générale. [J04]

Détection et continuité

Examiner l'état habituel, le changement rapporté et les recherches de cause. Pour une chute ou une aggravation, étudier les mesures adaptées, leur réévaluation et les effets des médicaments. La parole des proches et les observations infirmières sont des éléments du raisonnement, sans être seules décisives.

Les pièces à rapprocher

- État cognitif habituel, témoignages des proches et variations avec heures.
- Recherche de causes, évaluation clinique, traitements et surveillance de leurs effets.
- Décision en cause, évaluation du discernement, refus, représentant, mesures de protection et réévaluations.

Cadre général : [J02–J04]. Distinguer le régime applicable, les faits établis, les hypothèses d'expertise et leur portée probatoire. Références juridiques communes dans le registre des sources.



LEXIQUE ET CAS PÉDAGOGIQUE

Comprendre les mots et se tester

Mot du dossier	Traduction utile
Attention	Capacité à sélectionner et maintenir une activité mentale.
Fluctuation	Variation notable des manifestations au cours du temps.
Hypoactif	Présentation avec diminution de l'activité, retrait ou lenteur.
4AT	Outil clinique bref d'évaluation d'un possible delirium.

Cas flash fictif

Cas pédagogique fictif : une personne habituellement autonome devient silencieuse et inattentive après une intervention. Le lendemain elle refuse une perfusion. Le dossier porte uniquement « confuse, ne coopère pas ».

Corrigé

La forme hypoactive doit être envisagée et ses causes recherchées. Le refus exige une analyse située : de quelle perfusion s'agit-il, avec quelle urgence et quelle compréhension ? Ni l'étiquette de confusion ni le refus ne suffisent à établir la capacité ou l'incapacité de discernement.

Rappel actif

- 1) Le calme exclut-il un delirium ?
Réponse : Non. Une forme hypoactive peut être discrète.
- 2) Le 4AT établit-il à lui seul l'incapacité de discernement ?
Réponse : Non. Le dépistage du delirium et l'évaluation juridique du discernement ont des objets différents.
- 3) Quelle information des proches est particulièrement utile ?
Réponse : La différence entre le fonctionnement habituel et le changement récent, avec sa temporalité.

Calme ne signifie pas forcément stable. Confus ne signifie pas automatiquement incapable de décider.



RÉFÉRENCES

Sources et repères de lecture

Vérification documentaire au 5 septembre 2026. Les identifiants dans le texte renvoient aux sources ci-dessous. Les recommandations étrangères sont des repères médicaux ; leur transposition à une situation suisse doit être discutée.

[M21] NICE. Delirium prevention diagnosis and management. CG103, mise à jour du 18 janvier 2023 ; 1.3 à 1.7.

[Consulter la source M21](#)

[M22] NHS. Sudden confusion delirium. Information patient en ligne.

[Consulter la source M22](#)

[M23] MHRA. Haloperidol reminder of risks in elderly patients with delirium. Drug Safety Update, 10 décembre 2021 ; référencé par NICE CG103.

[Consulter la source M23](#)

[J05] ASSM. La capacité de discernement dans la pratique médicale. Directives médico-éthiques, 2019 ; principes 2 et domaines 3.

[Consulter la source J05](#)

[J04] ASSM et FMH. Consentement libre et éclairé. Guide en ligne, chapitre 3.3.

[Consulter la source J04](#)

Cadre juridique commun

[J02] ASSM et FMH. Bases juridiques pour le quotidien médical. Guide en ligne, chapitre 8.2 Responsabilité du médecin en droit civil et en droit pénal.

[Consulter la source J02](#)

[J03] ASSM et FMH. Information. Guide en ligne, chapitre 3.2.

[Consulter la source J03](#)

Jurisprudence : aucune décision spécifique n'est intégrée à ce décodeur. Cela ne signifie pas qu'aucune jurisprudence n'existe.

Ces ressources pédagogiques expliquent le raisonnement ; elles ne remplacent ni une évaluation médicale ni une expertise du cas concret. Les cas flash sont fictifs. Version 1.0.