

The Ultra-Brief Confusion Assessment
Method
(UB-CAM)

Une nouvelle approche du diagnostic rapide de l'état confusionnel
aigu, à partir des critères CAM

L'UB-CAM peut être utilisée pour une évaluation rapide de l'état confusionnel aigu (ECA) au chevet du patient. Il utilise des éléments de la 3D-CAM et des tests adaptatifs pour une évaluation diagnostique encore plus rapide, basée sur les critères de la CAM. L'UB-CAM est un protocole en 2 étapes qui commence par l'UB-2, un outil d'orientation diagnostique ultra-bref en 2 éléments. Pour ceux dont le dépistage est négatif, l'évaluation se termine (il n'y a pas d'ECA). Ceux dont le dépistage est positif reçoivent ensuite des éléments d'évaluation issus de la 3D-CAM en utilisant un modèle de « sauts » de questions pour raccourcir le temps d'administration. L'UB-CAM peut être complété en 1 minute en moyenne (35-40 secondes pour l'UB-2 uniquement, et 1 minute 30 secondes pour l'UB-2 + 3D-CAM avec sauts). Semblable à la 3D-CAM, l'UB-CAM est très performante pour repérer l'ECA, en comparaison à une évaluation clinique de praticien expérimenté.

Donna M. Fick, RN PhD

Richard N. Jones ScD

Sharon K Inouye MD MPH

Edward R. Marcantonio MD SM

CONTEXTE

La 3D-CAM. La Confusion Assessment Method (CAM) (1) forte d'une pratique clinique de 30 ans, est devenue la norme pour l'identification de l'ECA dans les soins cliniques et la recherche. De plus, l'algorithme de diagnostic CAM définit un phénotype clair pour l'ECA. En appliquant la CAM au cours des 3 dernières décennies, un certain nombre de questions se sont posées : 1) quelles sont les meilleures questions pour évaluer chacune des caractéristiques diagnostiques de la CAM ? 2) combien d'éléments « positifs » (par exemple de mauvaises réponses) sont nécessaires pour approuver la présence de chaque caractéristiques de la CAM ? et 3) pouvons-nous rendre l'évaluation aussi courte que possible ? Pour répondre à toutes ces questions, nous avons développé le 3-Minute Diagnostic Assessment for CAM-defined delirium (3D-CAM). En utilisant une base de données de près de 5 000 évaluations CAM avec plus de 120 éléments d'évaluation chacune, nous avons utilisé des méthodes de mesure modernes pour identifier les meilleurs éléments pour évaluer chaque caractéristique de diagnostic CAM (2). Nous avons déterminé le nombre de « positifs » requis pour la présence de chaque fonctionnalité (un seul positif était requis). Nous avons réuni les tests cognitifs et l'algorithme CAM dans une courte évaluation structurée qui est facile à appliquer dans les services. Nous avons ensuite validé prospectivement la 3D-CAM chez 201 patients en médecine générale - un échantillon de « défi » ciblé avec un âge moyen de plus de 80 ans et près d'un tiers souffrant de démence. Par rapport à l'évaluation clinique « gold standard » pour l'ECA, la 3D-CAM (réalisée en aveugle par rapport au Gold standard) présentait des caractéristiques de test exceptionnelles, avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 94 % (3). De plus, elle a bien fonctionné dans les groupes difficiles, tels que ceux comprenant les patients atteints de confusion hypoactive et d'ECA superposé à la démence, et n'a nécessité que 3 minutes de passation.

La 3D-CAM est désormais disponible gratuitement avec un manuel d'utilisation à l'URL ci-dessous :

(https://help.agscocare.org/chapter-abstract/chapter/H00101/H00101_PART001_006)

Le 3D-CAM a également été traduit en 10 langues et a été largement adopté dans les milieux cliniques et de recherche. Deux méthodes de mesure de la sévérité de l'ECA à l'aide de la 3D-CAM qui ne nécessitent aucune question/évaluation supplémentaire sont également disponibles (4, 5).

L'UB-2. Peu de temps après la publication de la 3D-CAM, plusieurs de nos collègues nous ont mis au défi de la raccourcir encore. Nous avons supposé que l'utilisation d'un test de dépistage ultra-bref très sensible au début de l'évaluation pourrait rapidement éliminer l'ECA et réduire la proportion de patients nécessitant une 3D-CAM complète. En utilisant le pool d'éléments 3D-CAM, nous avons identifié deux éléments - les mois de l'année à l'envers et quel est le jour de la semaine ? - comme la paire d'éléments la plus sensible pour la présence de l'ECA. La capacité à répondre correctement aux deux questions est considérée comme un signe négatif ; toute autre configuration (soit une soit deux questions répondues incorrectement ou pas du tout) est considérée comme positive. Cette nouvelle interface ultra-brève à 2 éléments, l'UB-2, prend 35 à 40 secondes à administrer et a une sensibilité de 93 % pour l'ECA, mais une spécificité de seulement 64 % (6). Les dépistages négatifs peuvent rapidement éliminer l'ECA, tandis que les dépistages positifs nécessitent une évaluation plus approfondie pour déterminer si la confusion mentale est présente. L'UB-2 est très facile à réaliser et ne nécessite que quelques minutes pour former le personnel. Il a été administré par des aide-soignantes au chevet du patient avec une sensibilité élevée. Une courte vidéo de formation gratuite sur l'UB-2 est disponible sur www.nursing.psu.edu/readi.

L'UB-CAM. Étant donné que les éléments UB-2 proviennent de la 3D-CAM, il est logique de les utiliser ensemble comme un protocole en deux étapes pour identifier l'ECA défini par la CAM (7). De plus, étant donné que la présence d'un seul élément positif permet de définir la présence d'un critère CAM dans la 3D-CAM, nous avons développé un « modèle de saut » - dès qu'un « signe » (une réponse incorrecte ou un rapport positif sur les symptômes du patient ou une observation d'entretien) est positif, le reste des éléments de cette fonction peut être ignoré afin de raccourcir davantage l'instrument. Nous appelons la combinaison de l'UB-2 suivie en « positifs » par la 3D-CAM avec saut : l'Ultra-Brief CAM (UB-CAM). Dans les études préliminaires, il est très précis, avec une sensibilité de 93 % et une spécificité de 95 %, et peut être complété en environ 1 minute (médiane de 40 secondes, moyenne de 74 secondes) (8). Nous joignons un simple formulaire papier qui conduit l'évaluateur à travers l'UB-CAM. Alors que l'UB-CAM compte 20 items, seule une minorité est posée dans la plupart des entretiens —le nombre médian d'items administrés est de 2 et la moyenne est de 6. De plus, l'ECA est rapidement diagnostiqué chez les patients gravement atteints, et rapidement écarté chez les patients sans ECA. Ainsi, la plupart des items sont administrés aux personnes ayant

des niveaux intermédiaires de déficit, comme il convient. Compte tenu de l'approche de test adaptatif (les questions posées dépendent des réponses aux questions précédentes), nous avons développé une application UB-CAM, qui rend l'administration encore plus facile, et nous travaillons à l'affiner pour une sortie dans un proche avenir. La vitesse, la précision et la capacité de l'UB-CAM à identifier l'ECA défini par la CAM offrent des avantages par rapport à tous les autres outils d'identification brève de l'ECA disponibles actuellement. Pour toute question sur l'UB-CAM, veuillez nous contacter à 3DCAM@bidmc.harvard.edu.

RÉFÉRENCES

1. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113: 941-948.
2. Yang FM, Jones RN, Inouye SK, Tommet D, Crane PK, Rudolph JL, Ngo LH, Marcantonio ER. Selecting optimal screening items for delirium: an application of item response theory. *BMC Medical Research Methodology.* 2013 Jan 22;13:8. doi: 10.1186/1471-2288-13-8.
3. Marcantonio ER, Ngo L, O'Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Int Med.* 2014;161(8):554-61.
4. Vasunilashorn SM*, Guess J* (*co-first), Ngo L, Fick D, Jones RN, Schmitt E, Kosar CM, Saczynski JS, Trivison TG, Inouye SK**, Marcantonio ER** (**co-last). Derivation and Validation of a Severity Scoring Method (3D-CAM-S) for the 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *J Am Geriatr Soc.* 2016; 64(8):1684-9.
5. Vasunilashorn SM, Devinney MJ, Acker L, Jung Y, Ngo L, Cooter M, Huang R, **Marcantonio ER***, Berger M* (*co-last). A New Severity Scoring Scale for the 3-Minute Confusion Assessment Method (3D-CAM). *J Am Geriatr Soc.* 2020. *J Am Geriatr Soc.* 2020 Aug;68(8):1874-1876.
6. Fick DM, Inouye SK, Guess J, Long LH, Jones RN, Saczynski JS, Marcantonio ER. Preliminary development of an ultra-brief 2-item bedside test for delirium. *J Hosp Med.* 2015;10(10):645-50.
7. Fick, DM, Inouye, SK, McDermott, C, Zhou, W, Ngo, L, Gallagher, J, McDowell, J, Penrod J, Siuta, J, Covaleski, T, Marcantonio, ER. Pilot Study of a Two-Step Delirium Detection Protocol Administered By Certified Nursing Assistants, Physicians and Registered Nurses. *J Gerontol Nurs.* 2018; 44(5):18-24.

8. Motyl CM, Ngo L, Zhou W, Jung Y, Leslie D, Boltz M, Husser E, Inouye SK, Fick D, Marcantonio ER. Comparative Accuracy and Efficiency of Four Delirium Screening Protocols. J Am Geriatr Soc. 2020;68(11):2572-2578.

ÉVALUATION DÉTAILLÉE DE L'ECA

Il y a 4 caractéristiques clés de L'ECA qui sont identifiées de 2 manières :

- 1) En posant des questions au patient
- 2) En observant le discours et le comportement du patient.

Présentation : Chaque élément de l'instrument UB-CAM informe directement sur l'une des 4 caractéristiques CAM de l'algorithme qui permettent de déterminer la présence ou l'absence d'ECA. Pour tous les items, si la réponse du patient est « incorrecte », « oui », « je ne sais pas », « pas de réponse » ou « réponse absurde », alors la caractéristique est présente. L'algorithme CAM est considéré comme positif si les caractéristiques suivantes sont présentes : **1) Caractère brutal et fluctuations** et **2) Déficit attentionnel** et **3) Désorganisation de la pensée** ou **4) Modification de la vigilance**. Voici quelques directives générales et conseils :

1. L'entretien « commence » à la porte lorsque vous observez le patient et son comportement à l'approche. Il se termine lorsque vous quittez le patient de vue.
2. Lorsque vous approchez un patient, observez d'abord sa réaction lorsqu'il vous voit approcher. Si aucun engagement n'est fait, recherchez l'attention du patient avec des stimuli de plus en plus forts : parlez au patient, touchez légèrement, secouez ou tapotez doucement, et enfin secouez modérément pour l'éveiller.
3. Parlez lentement et clairement. Ne vous précipitez pas. Chaque question peut être posée deux fois. Assurez-vous que le patient porte des LUNETTES et des APPAREILS AUDITIFS le cas échéant.
4. Lors de l'évaluation de la perturbation du comportement, rappelez-vous que la comparaison est faite par rapport au comportement usuel dans la vie quotidienne. Il n'y a « pas d'excuses » ni de suppositions car il/elle est à l'hôpital, est malade, est plus âgé(e), vient de recevoir des médicaments, etc... Codez ce que vous voyez et entendez.
5. Si le patient montre une impatience croissante avec l'entretien et semble se lasser des questions, offrez un renforcement positif et assurez-vous qu'il ne reste plus que

quelques questions à poser. La réponse « refus » est uniquement lorsqu'un patient refuse activement de répondre à la question.

6. Remplissez les sections de notation d'observation de l'entretien dès la fin de l'entretien.
7. « Je ne sais pas », pas de réponse du tout ou une réponse absurde comptent tous comme « incorrects ».
8. Passez en revue chaque élément de l'entretien avant de terminer l'algorithme de diagnostic.
9. L'évaluation de l'attention est essentielle dans la détection de l'ECA. Observez attentivement la capacité du patient à maintenir et à déplacer son attention de manière appropriée pendant les tests formels et informels.
10. En cas d'interrogation incomplète du patient, les éléments d'observation doivent tout de même être compilés.
11. Prenez des notes décrivant le comportement et les performances du patient pour étayer les observations.

GUIDE UB-CAM ITEM PAR ITEM

Ces instructions de formation fourniront des conseils élément par élément pour l'instrument UB-CAM lorsque l'instrument complet est administré sans schéma de saut :

1. Léthargie sévère ou altération sévère du niveau de vigilance (réponse nulle ou minimale à la voix/au toucher).

- Approchez-vous d'abord du chevet pour voir si le/la patient(e) remarque votre présence
- Évaluer le niveau de vigilance : utilisez les 3 stimuli successifs suivants pour l'éveil :
 - ⇒ Voix douce puis voix plus forte
 - ⇒ Toucher doux (main, puis bras)
 - ⇒ Voix forte et léger stimulation d'une épaule
- Pendant la COVID-19 - utilisez simplement une voix progressivement plus forte, sans toucher ni secouer
- La réponse minimale peut être une brève ouverture des yeux ou un mouvement

2.

Veillez me donner le jour de la semaine.

- Une bonne réponse doit être exacte

S'il vous plaît dites-moi les mois de l'année à l'envers, dites "décembre" comme premier mois

- Si le patient regarde d'un air absent après que vous lui ayez posé la question, dites : « S'il vous plaît, dites-moi quel est le mois qui précède décembre ». Si le patient commence à remonter les mois de l'année et s'arrête en cours de réponse, encouragez-le à continuer. Dites « S'il vous plaît, continuez. Qu'est-ce qui précède (dites le dernier mois que le patient a donné) ? » Par exemple, si le patient répond, décembre, novembre, puis s'arrête, l'enquêteur demande « S'il vous plaît, dites-moi quel mois vient avant novembre. Si le patient répond octobre, septembre, puis s'arrête, l'enquêteur peut sonder avec « S'il vous plaît, dites-moi quel mois arrive avant septembre ». Si le patient ne peut pas continuer après avoir été indicé deux fois, arrêtez le test et passez à la question suivante.

- Cochez la case à droite s'il y a une erreur (commande incorrecte, mois omis)

3.

S'il vous plaît dites-moi l'année actuelle.

- Une bonne réponse doit être exacte

S'il vous plaît dites-moi dans quel type d'endroit nous sommes

- Une bonne réponse doit être exacte, par exemple : un hôpital, un centre de rééducation et/ou une maison de retraite, ou un domicile selon le cas. Le patient n'a pas besoin de connaître le nom réel de l'établissement, mais simplement qu'il s'agit d'un établissement fournissant des soins à ceux qui sont gravement malades (s'ils se trouvent dans un hôpital). Cependant, si le patient donne volontairement le mauvais nom pour l'établissement, alors coter incorrect.

4. Jours de la semaine à l'envers

- Si le patient regarde d'un air absent après que vous lui ayez posé la question, dites : « S'il vous plaît, dites-moi le jour qui précède samedi. Si le patient commence à donner les jours de la semaine à l'envers et s'arrête au milieu de sa réponse, encouragez-le à continuer. Dites « S'il vous plaît, continuez. Qu'est-ce qui précède (dites le dernier jour que le patient a donné) ? » Par exemple, si le patient répond, samedi, vendredi, puis s'arrête, l'enquêteur demande « Dites-moi quel jour vient avant vendredi. Si le patient répond jeudi, mercredi, puis s'arrête, l'enquêteur peut sonder avec « S'il vous plaît, dites-moi ce qui vient avant mercredi ». Si le patient ne peut pas continuer après avoir été indicé deux fois, arrêtez le test et passez à la question suivante.

- Cochez la case à droite s'il y a une erreur (commande incorrecte, jour(s) omis)

Chiffres à l'envers

- Établissez un contact visuel et essayez d'attirer l'attention du patient. Dites des chiffres à raison d'un par seconde. Les nombres ne peuvent pas être répétés. Si on vous demande de répéter, dites : « Je suis désolé, je ne peux les dire qu'une seule fois. Essayons le suivant. » Les instructions peuvent être répétées une fois.
- Le score « correct » n'est attribué que s'il est complètement correct et « erreur » dans le cas contraire. Faites passer les deux éléments, que l'élément précédent soit correct ou non.

5. Vous êtes-vous senti(e) confus(e) ou désorienté(e) entre hier et aujourd'hui?

- Vous pouvez préciser « À tout moment au cours des dernières 24 heures » s'il répond « Eh bien, pas aujourd'hui, mais je l'étais la nuit dernière ». Vous pouvez aussi reformuler pour dire « Avez-vous été troublé par quelque chose qui ne l'aurait pas été en temps normal ? »

- Ne codez que si la confusion porte sur des informations de base telles que l'endroit où ils se trouvent, la date ou la raison de l'hospitalisation, et non pas les détails de l'état de santé et/ou du traitement ni l'interrogatoire en cours.

Avez-vous eu l'impression d'être ailleurs qu'à l'hôpital (ou du lieu actuel) entre hier et aujourd'hui ?

- Pouvez-vous donner un exemple : « Par exemple, vous êtes-vous réveillé au milieu de la nuit ou ce matin en pensant que vous étiez à la maison ? »

- La désorientation transitoire au réveil ne doit pas être comptabilisée (c'est-à-dire <15 secondes après le réveil).

Avez-vous eu l'impression de voir des choses qui n'étaient pas vraiment là, ou qui semblaient bizarres, entre hier et aujourd'hui

- Si le patient ne comprend pas la question ou si vous sentez que vous devez reformuler la question, dites « Parfois à l'hôpital, les gens se sentent confus et pensent que des choses étranges leur sont arrivées. Je souhaiterais savoir si l'une de ces expériences vous est arrivée. Par exemple, avez-vous pensé avoir vu une tasse sur la table et lorsque vous l'avez attrapée, elle n'était pas là » ?

- Si le patient ne signale aucune hallucination récente mais déclare plus tard pendant l'entretien avoir expérimenté un état confusionnel ces derniers jours, reformulez les questions appropriées et demandez si le patient a réellement vécu l'expérience. Par exemple, dites : « Maintenant, permettez-moi de m'assurer que je vous comprends. Avez-vous dit que vous pensiez avoir vu... ? » Enquêtez ensuite sur la cinétique exacte des événements, si cela a eu lieu au cours des dernières 24 heures. Si la réponse est oui, dans les 24 heures, modifiez la catégorie de réponse appropriée pour refléter le caractère aigu. Cela pourrait également suggérer des preuves d'une pensée désorganisée, dans la mesure où le patient a fait une déclaration contradictoire.

Algorithme CAM : Partie 2 - Évaluations des intervieweurs

6. Le patient était-il somnolent pendant l'entretien ? (= s'endormir complètement)

- *Remarque* : le terme « somnolent » est utilisé dans un sens clinique ou neurologique à savoir la difficulté à rester éveillé et non pas comme dans l'usage courant de "J'ai sommeil".
- Lorsque vous entrez dans la chambre et que vous réveillez un patient pour la première fois, ce « réveil » initial est autorisé et ne doit être codé que lorsqu'il y a des preuves de somnolence avérée pendant que vous êtes encore dans la pièce.
- Après le réveil initial, le patient n'a besoin de présenter qu'un seul épisode pendant votre entretien pour être considéré comme somnolent. On s'attend à ce que quelqu'un puisse rester éveillé pendant l'entretien et sinon, même si ce n'est qu'une seule fois et brièvement, cet élément doit être codé comme oui (niveau de vigilance altéré)
- Si le patient garde les yeux fermés pendant toute l'entretien mais répond correctement aux questions, il n'est pas considéré comme somnolent. La preuve de l'endormissement réel doit être codée comme somnolent (voir ci-dessous).
 - ⇒ Pour déterminer si quelqu'un dort réellement, vous devrez vous armer de patience. Si vous n'obtenez pas de réponse à une question et que le patient a les yeux fermés, veuillez attendre au moins 15 à 20 secondes pour voir s'il répond spontanément. S'ils ne répondent pas, recherchez attentivement des signes supplémentaires de sommeil (yeux révulsés, hochements de tête, ronflements, contractions musculaires, etc.).
 - ⇒ Si les yeux sont fermés sans aucun signe de sommeil, dites leur nom et demandez-leur si vous devez répéter la question ou s'ils étaient juste en train de « rêvasser »

Le patient semblait-il hypervigilant ou en état d'alerte pendant l'entretien ?

- **Définition** : présence de réponses excessivement fortes aux objets/stimuli ordinaires dans l'environnement, être surpris de manière inappropriée.
- *Également défini comme* : le patient semble extrêmement vigilant, balayant constamment l'environnement et se concentrant sur les objets, excessivement absorbé par les objets, le patient semble hypervigilant parce qu'il effectue une tâche spécifique, par exemple, lorsqu'un bruit aigu mais pas particulièrement fort est entendu dans l'environnement, et le patient saute presque hors du lit et dit : « Qu'est-ce que c'était ?! d'une manière très inquiète. Le patient apparaissant souvent craintif et sur le qui-vive. Par exemple, lorsqu'un patient semble obsédé par un moniteur cardiaque et recule devant lui, ou a l'air effrayé.

7. Le patient avait-il des idées troubles ou illogiques ?

- Discours absurdes, réponses inappropriées aux questions, déclarations contradictoires ou passer de manière imprévisible d'un sujet à l'autre

- Réponse absurde : vous demandez au patient s'il a besoin d'aide pour manger, et la réponse est : "Tous les sacs sont ici."
- Déclaration contradictoire : le patient a dit avoir dormi toute la nuit, puis a indiqué plus tard que l'infirmière n'arrêtait pas d'entrer et de les réveiller toute la nuit.
- Flux d'idées illogiques : si une ou plusieurs pensées persistantes empêchent le patient de répondre aux questions de l'intervieweur.
- *Remarque* : Le patient doit être capable de parler (par exemple, pas dans le coma, intubé) pour évaluer cet élément.

- **Le patient parlait-t-il beaucoup avec un discours décousu, des réponses hors sujet ?**

- Répondre à côté ou raconter une histoire sans rapport avec l'entretien
- Le patient a-t-il répondu par une conversation décousue, par exemple en racontant une histoire sans répondre à la question posée. Certains patients sont simplement loquaces et mettent plus de temps à répondre à la question de l'enquêteur. Le discours doit être excessif et inapproprié (quelque chose de peu lié à la question) pour être codé comme décousu.
- Bien que la réponse du patient puisse d'abord sembler tangentielle, si les histoires sont liées aux questions et que le patient répond finalement à la question, cela n'est pas codé comme tangentiel. La discussion doit porter sur quelque chose sans rapport avec la question, ou un changement de sujet, pour être cotée. Par exemple, l'enquêteur pose des questions sur les problèmes de sommeil et le patient répond en vous parlant de sa famille ou vous demande si vous êtes marié.
- *Remarque* : Le patient doit être capable de parler (par exemple, pas dans le coma, intubé) pour évaluer cet élément.

- **Le patient parlait-t-il peu avec un discours pauvre, ou des réponses très brèves ?**

- Réponses trop brèves ou stéréotypées
- Pour un discours limité ou clairsemé, le patient n'engage aucune conversation, mais répond adéquatement aux questions, avec seulement des réponses par oui/non. L'enquêteur devra peut-être répéter les questions plusieurs fois avant que le patient ne réponde par autre chose que oui/non. Dans les cas graves, il n'y a presque pas de discours produit par le patient.

8. Le patient avait-il de la peine à suivre l'entretien, à se rappeler ce qui était discuté ?

- Si l'enquêteur doit poser des questions à plusieurs reprises avant que le patient ne réponde.
- Les comportements d'inattention supplémentaires sont les suivants :

- ⇒ Le patient ne suit pas ce qui est dit pendant l'entretien, c'est-à-dire qu'il peut répondre à une question et au milieu détourner le regard de l'enquêteur ou simplement arrêter de parler et ne pas finir sa réponse.
- ⇒ Le patient oublie qu'il est en entretien. Par exemple, le patient commence à parler à quelqu'un d'autre et ne revient pas à l'entretien.
- ⇒ Le patient peut aussi perdre le fil de ce qu'il dit avec souvent peu de contact visuel avec l'enquêteur. Cet item peut également être présent lorsque le patient répond à chaque question avec exactement la même réponse, même si elle n'est plus appropriée à la question.

Le patient semblait-t-il anormalement distrait par des stimuli externes ?

- Tels que la télévision, les personnes à l'extérieur de la pièce, les conversations des autres patients.
- Si le patient semble distrait de façon inappropriée par des stimuli normaux, codez-le comme distractible.

Ces patients sont généralement incapables de reconnaître et identifier des sons ou des personnes facilement reconnaissables. Par exemple, le patient arrête de répondre aux questions parce qu'il entend des gens dans le couloir parler, de l'eau couler ou des bruits de machines. Il est facilement distrait par ces sons et détourne la tête de l'intervieweur. Si le patient est distrait de manière appropriée par un bruit momentané, comme quelque chose qui tombe devant sa porte ou une conversation bruyante, ne le codez pas comme positif. Le patient n'est pas considéré distrait de manière inappropriée lorsque l'enquêteur est également distrait par le bruit. Il/elle peut également être distrait sur des objets médicaux tels que l'oxygène intranasal, les cathéters IV ou urinaires, ou les scopes.

9. Le niveau de vigilance (s'endort fréquemment mais est très alerte le reste du temps) ou d'attention (inattentif par moments mais attentif le reste du temps) du patient a-t-il varié durant l'entretien ?

- La fluctuation fait référence à la constance d'un ou de plusieurs symptômes tout au long de l'entretien. Si le(s) symptôme(s) sont constants tout au long, alors aucune fluctuation n'est présente. Si les symptômes ont tendance à aller et venir, la fluctuation est plus probable.
- Exemple de fluctuation du niveau de vigilance :
 - ⇒ Pendant une partie de l'entretien, le patient est alerte et réceptif à toutes les questions, tandis qu'il est plus somnolent et difficile à réveiller à d'autres moments.

- Exemple d'attention fluctuante :

- ⇒ Pendant une partie de l'entretien, le patient est capable de se concentrer sur les questions et de garder une trace de ce qui est dit ; à d'autres moments, l'enquêteur ne peut pas impliquer le patient, qui répond de manière inappropriée ou « à côté ».

- ⇒ Peut être évalué en utilisant des tâches d'attention informelles ou formelles

- Tâches formelles (empans numériques à l'envers, DOW et MOY à l'envers) : l'attention était-elle variable au sein de ces tâches ou entre ces tâches ? Le patient était-il capable d'accomplir les tâches les plus difficiles mais luttait-il avec les plus faciles ?

- Exemple de discours/pensée fluctuant :

- ⇒ Pendant une partie de l'entretien, le patient donne des réponses claires et cohérentes, et à d'autres moments, insensées et incohérentes.

S'il n'y a pas d'évaluation antérieure : existe-t-il des arguments en faveur d'un changement aigu de mémoire ou de raisonnement (consulter le dossier médical, ou contacter un proche ou l'équipe paramédicale) ?

- Consultez le dossier médical ou contactez un membre de la famille, un ami ou un fournisseur de soins de santé qui connaît bien le patient pour connaître son état de base.

« Le patient présente des signes de troubles aigus (soudains) de mémoire ou du flux de sa pensée ? »

- ⇒ Cette question concerne un changement récent de comportement. Son parent est-il confus ? A-t-il/elle l'air désorienté(e) ? Un exemple serait si le patient présente des propos incohérents soudainement. Codez l'élément comme « oui » si ces changements sont NOUVEAUX et se sont produits principalement au cours des dernières heures ou des derniers jours. S'il y a des problèmes depuis plusieurs mois, répondez NON. Si la réponse est « oui », alors la caractéristique CAM 1 doit être codée comme positive

- Si l'informateur n'a pas pu voir le patient récemment, vous pouvez expliquer les changements possibles et donner des exemples (hallucinations, désorientation temporo-spatiale récente, discours incohérent etc.)

- ⇒ Dans le dossier médical, recherchez une explication d'un changement de comportement par rapport à l'état de base ou la présence de mots relevant du lexique orientant vers un état confusionnel aigu tels que « état mental altéré », « changements d'état mental », « confusion aiguë », « désorientation », « hallucinations » ou "réorientation". Veuillez-vous référer aux articles suivants pour plus d'informations :

Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, Bogardus ST, Leslie DL, Agostini JV. A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the Confusion Assessment Method. J Am Geriatr Soc. 2005;53:312-318

Saczynski JS, Kosar CM, Xu G, Puelle MR, Schmitt E, Jones RN, Marcantonio ER, Wong B, Isaza I, Inouye SK. A Tale of Two Methods: Chart and Interview Methods for Identifying Delirium. J Am Geriatr Soc. 2014; 62:518-524.

S'il y a eu une évaluation antérieure (avec l'UB-CAM ou la 3D-CAM), existe-t-il de nouveaux signes d'état confusionnel (nouvelles erreurs, observations différentes) ?

• Par exemple, si le patient a obtenu un score plus mauvais pour l'un des éléments d'attention le jour 2 de l'entretien, le changement aigu peut être codé ce jour-là. Il en va de même pour n'importe laquelle des 4 fonctions CAM. Si la réponse est « oui », alors la fonction CAM 1 doit être codée comme positive

Conclusion : évaluation des caractéristique de la CAM et résumé de la notation

- Au moins un signe de **caractère brutal ou fluctuant** a été noté (caractéristique 1)

Présent si des questions des éléments 5 ou 9 sont positives

- Au moins un signe de **déficit attentionnel** a été noté (caractéristique 2)

Présent si certaines questions dans les items 4 ou 8 sont positives ou si le patient fait une erreur au cours des mois de l'année précédente (item 2)

- Au moins un signe de **désorganisation de la pensée** a été noté (caractéristique 3)

Présent si des questions dans les items 3 ou 7 sont positives ou si le patient se trompe sur le jour de la semaine (item 2)

- Au moins un signe de **modification de la vigilance** a été noté (caractéristique 4)

Présent si l'une des questions de l'item 6 est positive

Diagnostic de l'état confusionnel aigu : Nécessite la présence des caractéristiques 1, 2 et 3 ou 4 dans la liste de contrôle ci-dessus, ou si stupeur/coma sont présents (au point 1).

*Translated by Mr Boris Andorra, Dr Thomas Gilbert, Ms Mary Aillan,
Pr Pierre Krolak-Salmon & Dr Antoine Garnier-Crussard.
Institut du Vieillissement, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France*

