

Confusion Assessment Method (CAM)

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI (1990)

“Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium.”

Instrument de mesure	Confusion Assessment Method
Abreviation	CAM
Auteur	Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI
Thème	Confusion
Objectif	Détection du delirium
Population	Les patients âgés
Utilisateurs	Les médecins non psychiatres entraînés à l'utilisation de l'outil.
Nombre d'items	9 critères
Participation du patient	Oui
Localisation de l'instrument	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. Annals of Internal Medicine 113: 941-8

Objectif

Le CAM a été développé afin de permettre la mise en évidence des principaux symptômes de l'état confusionnel aigu par la vérification de la présence ou de l'absence des quatre critères diagnostiques du delirium décrits dans le DSM III-R.

Public cible

Le CAM s'adresse aux patients délirants et principalement les personnes âgées. Il est utilisé dans différents services (psychiatrie, neurologie, gériatrie, ...) mais aussi dans les salles d'urgences et aux soins intensifs, ce qui a donné lieu, plus tard à une version modifiée du CAM, le CAM-ICU.

Description

Le CAM est basé sur un consensus de jugement d'experts et correspond aux critères établis dans le DSM-III-R (Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, third edition revised).

Le CAM inclut 2 parties, la première est un instrument de mesure qui évalue tous les troubles cognitifs. La seconde partie inclut quatre critères permettant de distinguer le délirium et les confusions réversibles des autres types de confusions : il s'agit du CAM_{algorithm} qui peut être facilement rempli après l'examen clinique du patient.

Les 4 critères du CAM_{algorithm} sont :

- ✓ Changement aigu du statut mental
- ✓ Inattention
- ✓ Pensée désorganisée
- ✓ Altération du niveau de conscience

Le CAM est réalisé sur les facteurs clés du diagnostic de confusion et consiste en 9 critères de mesure du delirium (début soudain et fluctuation des symptômes, difficultés de concentration, pensée désorganisée, altération du niveau de conscience, désorientation, troubles de la mémoire, perception erronée, agitation psychomotrice, altération du cycle veille/sommeil).

Le CAM a été utilisé chez bon nombre de patients et peut être considéré comme l'instrument diagnostique qui combine validité, fiabilité, facilité d'utilisation et temps utilisé pour l'administration (Lemiengre et al.2006).

Fiabilité

Les tests statistiques réalisés par différentes études montrent un coefficient de stabilité (Stability) élevé (r variant de 0.81 à 1.00) (Lemiengre et al.2006;Monette et al.2001;Schuurmans et al.2003;Smith, Breitbart, and Platt1995;Timmers et al.2004). La fiabilité inter-juges (Equivalence) de l'évaluation dépend de l'expérience des examinateurs. Les tests statistiques portant sur les résultats obtenus par deux personnes expérimentées montrent une grande stabilité. En effet, la fiabilité inter-juges par des évaluateurs expérimentés a été démontrée par un $r = 1.00$ ($p < 0.001$) alors que, dans la même étude, la fiabilité inter-juges entre évaluateurs non-expérimentés est variable et moindre ($r = 0.33-0.51$) (Lemiengre et al.2006).

Validité

Le CAM présente une bonne validité diagnostique avec une bonne sensibilité (0.86) et une excellente spécificité (1.00) (Monette et al.2001;Smith, Breitbart, and Platt1995).

Gonzalez et al. ont montré une modification de la sensibilité du test dans les groupes de patients déments et non déments. La sensibilité est respectivement de 0.87 et 0.93 alors que la sensibilité reste inchangée (1.00)(Gonzalez et al.2004).

La validité du CAM est dépendante de facteurs tel que le type de professionnels de soins qui l'utilisent, la méthodologie employée, ...(Lemiengre et al.2006). Lorsqu'il est utilisé par des infirmières, le CAM perd de sa validité diagnostique. Il est préférable que le CAM soit utilisé par un personnel entraîné(Timmers et al.2004).

La validité apparente (*Face validity*) du test est bonne ainsi que la validité du contenu (*Content validity*) qui a été validée par rapport au diagnostic de psychiatres.

Le CAM montre une bonne convergence avec d'autres tests cognitifs (*Concurrent Validity*) tels que le MMSE ($r=0.64$), le Global Accessibility Rating ($r = 0.82$) et le Digit Span ($r=0.66$) (Smith, Breitbart, and Platt1995).

La validité du CAM pour le diagnostic de la confusion est excellente mais il doit être utilisé par un évaluateur bien entraîné(Smith, Breitbart, and Platt1995a). L'un des problèmes du CAM est son taux élevé de faux positifs (10%) (Smith, Breitbart, and Platt1995).

Convivialité

Le temps nécessaire à la réalisation d'un CAM complet est estimé à 20 minutes alors que pour le CAM_{algorithm}, il est d'environ de 5 minutes. L'attribution du score (de 1 à 4 par item) est aisée et rapide. La rapidité est accrue si seul le CAM_{algorithm} est utilisé. Les observations réalisées durant l'examen permettent de remplir les 4 items du CAM_{algorithm}. L'examineur doit être bien entraîné pour la réalisation aisée et correcte de ce test.

Variante

Pour les unités de soins intensifs, un CAM –ICU a été réalisé et validé pour la détection des symptômes de la confusion chez les patients sous respirateur (Ely & al., 1992). La différence consiste par le remplacement des questions par des reconnaissances picturales. Cette version est décrite par ailleurs.

Remarques

Le CAM a été traduit en plusieurs langues et de nombreuses études ont démontré ses capacités psychométriques (Schuurmans et al.2003).

Références

Casarett, D. J. and Inouye, S. K. 3-7-2001. "Diagnosis and Management of Delirium Near the End of Life." *Ann.Intern.Med.* 135(1):32-40.

Gonzalez, M., de, Pablo J., Fuente, E., Valdes, M., Peri, J. M., Nomdedeu, M., and Matrai, S. 2004. "Instrument for Detection of Delirium in General Hospitals: Adaptation of the Confusion Assessment Method." *Psychosomatics* 45(5):426-31.

Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., and Milisen, K. 2006. "Detection of Delirium by Bedside Nurses Using the Confusion Assessment Method." *J.Am.Geriatr.Soc.* 54(4):685-89.

McNicoll, L., Pisani, M. A., Ely, E. W., Gifford, D., and Inouye, S. K. 2005. "Detection of Delirium in the Intensive Care Unit: Comparison of Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit With Confusion Assessment Method Ratings." *J.Am.Geriatr.Soc.* 53(3):495-500.

Monette, J., Galbaud du, Fort G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenault, L., and Afilalo, M. 2001. "Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) As a Screening Tool for Delirium in the Emergency Room." *Gen.Hosp.Psychiatry* 23(1):20-25.

Schuurmans, M. J., Deschamps, P. I., Markham, S. W., Shortridge-Baggett, L. M., and Duursma, S. A. 2003. "The Measurement of Delirium: Review of Scales." *Res.Theory.Nurs.Pract.* 17(3):207-24.

Smith, M. J., Breitbart, W. S., and Platt, M. M. 1995. "A Critique of Instruments and Methods to Detect, Diagnose, and Rate Delirium." *J.Pain Symptom.Manage.* 10(1):35-77.

Timmers, J., Kalisvaart, K., Schuurmans, M., and de, Jonghe J. 2004. "[A Review of Delirium Rating Scales]." *Tijdschr.Gerontol.Geriater.* 35(1):5-14.

Localisation de l'instrument de mesure

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 113: 941-8

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

INOUYE SK & AL., 1990

USA (English)

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Lemiengre J. Nelis T., Joosten E., Braes T., Foreman M., Gastman C., Milisen K. (2006)	A University Hospitals Bedside nurses and 2 Research nurses	Dutch speaking geriatric patients (aged ≥70) admitted to acute geriatric ward (n= 258)	Prospective, descriptive study Non-experimental, one-group design First day, third day and fifth day admission, independent paired delirium rating by their bedside nurse and one research nurse.	S E	CrV
Smith MJ., Breitbart WS, Platt MM (1995)	unspecified	(n= 56)	Review	S	FV CrV

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)

Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

Results reliability	Results validity	Commentary
<p>(S) Reliability coefficient: r= 0.81-1.00</p> <p>(E) Inter rater reliability between two research nurses : r = 1.00 (p<0.0001) (n=56)</p> <p>Inter rater between research nurse and bedside nurse: r: 0.33 – 0.51</p>	<p>(CrV) Concurrent validity: Good from a other cognitive test: MMSE (k=0.64) Global accessibility Rating (k=0.82) Memory recall test (k= 0.59) Digit Span (k=0.66)</p> <p>Firt method (SENS): Sensitivity: 66.7% Specificity: 90.8% NPV: 97.5% VPP: 33.7%</p> <p>Second method (SPEC): Sensitivity: 23.8% Specificity: 97.7% VPN: 94.8% VPP:41.7%</p>	
<p>(S) Reliability coefficient: r = 0.81-1.00</p>	<p>(FV) Face validity Hight face validity as diagnostic instrument.</p> <p>(CrV) Concurrent validity: MMSE: r = 0.64 Global accessibility Rating r = 0.59 Digit span r = 0.66</p> <p>Sensitivity= 0.86 Specificity = 1.00 PPV 1.00 NPV= 0.97 False positive rate: 10%</p>	

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

INOUE SK & AL., 1990

USA (English)

Title – Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Inoue SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI (1990)	in general medicine wards and in an outpatient geriatric assessment center 2 University hospitals	The study included 56 subjects, ranging in age from 65 to 98 years. Site 1, 10 patients with and 20 without delirium Site 2, 16 patients with and 10 without delirium.	Prospective validation study		CrV
Gonzales M., de Pablo J., Fuente E., Valdes M., Peri J.M., Nomdedeu M., Matrai S. (2007)	Hospital clinic of Barcelona	153 patient 30 patients ≥ 66 years (15 with and 15 without delirium) Group 1: 62 patient with dementia Group2: 61 patient with dementia	Two group design	S	CrV CsV

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)

Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

Results reliability	Results validity	Commentary
<p>(S) Reliability coefficient: Interrater Kappa=0.89</p>	<p>(CrV) Content validity: Validated against psychiatrist's diagnoses and expert panel</p> <p>(CsV) Convergent validity: agreement with other cognitive measure reliability of the CAM/Mini-Mental State Examination (kappa = 0.81 - 1.0).</p> <p>(CrV) Concurrent Validity Ability to distinguish delirium and dementia Sensitivity = 0.94-1.00 Spécificité = 0.90-0.95</p> <p>Sensitivity Site 1 : 100% Site 2: 94 %</p> <p>Specificity Site 1 : 95% Site 2: 90%</p> <p>VPP Site 1:91% and Site 2 : 94%; VPN Site 1:100% and Site 2: 90%</p>	
<p>(S) Reliability coefficient: Interrater Kappa=0.89</p>	<p>(CrV) Concurrent validity Values for sensitivity(87%) and specificity (100%) in the dementia group Values for sensitivity(93%) and specificity (100%) in the nondementia group</p> <p>(CrV) Criterion validity: Pearson correlation between CAM (cognitive items) and MMSE : r=0.84 (p<0.01) Spearman's correlation between CAM(second part) and de DRS $r_s = 0.78$ (p>0.01)</p>	<p>Average time for completion 6.99 min (SD=1.45)</p>

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

INOUYE SK & AL., 1990

USA (English)

Title – Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Schuurmans MJ., Deschamps PI., Markham SW., Schortridge-Bagget LM., Duursma SA. (2003)	unspecified	Study 1 (Inhouye et al., 1990): 66 elderly patient (26 delirious) Study 2 (Zou et al., 1998): 87 emergency department (56 delirious)	Double blind study	S	CrV CsV CtV
McNicoll & al (2005)	ICU University teaching hospital	22 patient aged 65 and older	Comparison study		CtV
Monette J., Galbaud du Fort G., Fung SH., Massoud F., Moride Y., Arsenault L., Afilalo M. (2001)	Hospital affiliated with university. Canada Emergency room non-trained physician interviewer Geriatrician	110 elderly patients aged 66 years and older in the emergency room Exclusion criteria: blind, deaf, mute, aphasic, language, resid in a nursing home, too sick to be interviewed	Prospective study	E	CrV

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)

Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

Results reliability	Results validity	Commentary
<p>(S) Reliability coefficient: Kappa= 0.81-1.00 (S) Reliability coefficient:</p>	<p>(CtV) Content validity good (CrV) Concurrent validity: external criteria as a lot of influence (CsV) Construct validity (convergent) with MMSE: $r = 0.64$ with a memory test $r = 0.59$ with the GARS $r = 0.82$ with a memory span $r = 0.66$</p>	
<p>(S) Reliability coefficient: $r = 0.91$</p>	<p>(CtV) Content validity Validated against the expert diagnoses of geriatric psychiatrists with high sensitivity (94%-100%) and specificity (90%-95%) (CrV) Concurrent validity: Sensitivity= 0.86 Specificity = 1.00 PPV 1.00 NPV= 0.97</p>	

Reliability: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validity: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

Confusion Assessment method (CAM)

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 113: 941-8

Confusion Assessment Method Instrument (CAM)

Patient's Name: _____

Date: _____

Instructions: Assess the following factors.

Acute Onset

1. Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Inattention

(The questions listed under this topic are repeated for each topic where applicable.)

- 2A. Did the patient have difficulty focusing attention (for example, being easily distractible or having difficulty keeping track of what was being said)?
 Not present at any time during interview
 Present at some time during interview, but in mild form
 Present at some time during interview, in marked form
 Uncertain
- 2B. *(If present or abnormal)* Did this behavior fluctuate during the interview (that is tend to come and go or increase and decrease in severity)?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

- 2C. *(If present or abnormal)* Please describe this behavior.
- _____
- _____

Disorganized Thinking

3. Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?
 YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Altered Level of Consciousness

4. Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?
- Alert (*normal*)
 - Vigilant (*hyperalert, overly sensitive to environmental stimuli, startled very easily*)
 - Lethargic (*drowsy, easily aroused*)
 - Stupor (*difficult to arouse*)
 - Coma (*unarousable*)
 - Uncertain

Disorientation

5. Was the patient disoriented at any time during the interview, such as thinking that he or she was somewhere other than the hospital, using the wrong bed, or misjudging the time of day?
- YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Memory Impairment

6. Did the patient demonstrate any memory problems during the interview, such as inability to remember events in the hospital or difficulty remembering instructions?
- YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Perceptual Disturbances

7. Did the patient have any evidence of perceptual disturbances, such as hallucinations, illusions, or misinterpretations (for example, thinking something was moving when it was not)?
- YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Psychomotor Agitation

- 8A. At any time during the interview, did the patient have an unusually increased level of motor activity, such as restlessness, picking at bedclothes, tapping fingers, or making frequent sudden changes in position?
- YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE
- 8B. At any time during the interview, did the patient have an unusually increased level of motor activity, such as sluggishness, staring into space, staying in one position for a long time, or moving very slowly?
- YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE

Altered Sleep-Wake Cycle

9. Did the patient have evidence of disturbance of the sleep-wake cycle, such as excessive daytime sleepiness with insomnia at night?
- YES NO UNCERTAIN NOT APPLICABLE
-

The Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm

Feature 1: *Acute Onset and Fluctuating Course*

This feature is usually obtained from a family member or nurse and is shown by positive responses to the following questions: Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline? Did the (abnormal) behavior fluctuate during the day, that is, tend to come and go, or increase and decrease in severity?

Feature 2: *Inattention*

This feature is shown by a positive response to the following question: Did the patient have difficulty focusing attention, for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?

Feature 3: *Disorganized thinking*

This feature is shown by a positive response to the following question: Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?

Feature 4: *Altered Level of consciousness*

This feature is shown by any answer other than "alert" to the following question: Overall, how would you rate this patient's level of consciousness? (alert [normal]), vigilant [hyperalert], lethargic [drowsy, easily aroused], stupor [difficult to arouse], or coma [unarousable])

The diagnosis of delirium by CAM requires the presence of features 1 and 2 and either 3 or 4.

Directions of use

Complete CAM takes 5 minutes. Some training required.

Directions for scoring

To have a positive CAM result, the patient must display:

1. Presence of acute onset and fluctuating discourse

AND

2. Inattention

AND EITHER

3. Disorganized thinking

OR

Altered level of consciousness

Traduction: Confusion Assessment method (CAM)

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of Internal Medicine 113: 941-8

Confusion assessment Method (CAM)

Identification du patient : _____

Date :

Début soudain

1. Y a-t-il des signes évidents d'un changement soudain de l'état mental du patient comparé à son état habituel ?

- Oui Non Incertain Non applicable

Inattention

2A. Est-ce que le patient éprouvait de la difficulté à focaliser son attention (par exemple, être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?)

- Pas présent, à aucun moment lors de l'entrevue
 Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère
 Présent à un moment de l'entrevue, de façon marquée
 Incertain

2B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue (c'est-à-dire qu'il a eu tendance à venir et partir, à augmenter et diminuer en intensité)

- Oui Non Incertain Non applicable

2C. (Si présent ou anormal) Merci de décrire ce comportement

Désorganisation de la pensée

3. La pensée du patient était-elle désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à l'autre de façon imprévisible ?

Oui Non Incertain Non applicable

Altération de l'état de conscience

4. En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient ?

- Alerte (Normal)
- Vigilent (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement)
- Léthargique (somnolent, se réveille facilement)
- Stupeur (difficile à réveiller)
- Coma (impossible à réveiller)
- Incertain

Désorientation

5. Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, se tromper de lit ou se tromper concernant le moment de la journée ?

Oui Non Incertain Non applicable

Troubles Mnésiques

6. Le patient a-t-il démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficultés à se rappeler des consignes ?

Oui Non Incertain Non applicable

Anomalie de perception

7. Y a-t-il évidence de troubles perceptuels chez le patient, tels qu'hallucinations, illusions, erreurs d'interprétation (par exemple penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)

Oui Non Incertain Non applicable

Agitation psychomotrice

8A. A un moment donné lors de l'entrevue, le patient a-t-il eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

Oui Non Incertain Non applicable

8B. A un moment donné lors de l'entrevue, le patient a-t-il eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement ?

- Oui Non Incertain Non applicable

Perturbation du rythme veille-sommeil

9. Y a-t-il eu des signes évidents de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telle que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit ?

- Oui Non Incertain Non applicable

L'algorithme diagnostique du CAM

Critère 1 : Début soudain et fluctuation des symptômes

Les informations utiles à ces critères sont habituellement obtenues par un membre de la famille ou d'une infirmière et sont illustrées par une réponse positive aux questions suivantes : Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient comparé à son état habituel ? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou, à augmenter et diminuer en intensité ?

Critère 2 : Inattention

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante : Est-ce que le patient éprouvait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple, être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?

Critère 3 : Désorganisation de la pensée

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante : La pensée du patient était-elle désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à l'autre de façon imprévisible ?

Critère 4 : Altération de l'état de conscience

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que « alerte » à la question

suivante :

En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient ? Alerte (Normal), Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement), Léthargique (somnolent, se réveille facilement), Stupeur (difficile à réveiller), Coma (impossible à réveiller)

Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1,2 et 3 ou 4 .

Directives d'utilisation:

Compléter le CAM nécessite 5 Minutes. Un entraînement est requis pour le bon déroulement du test.

Directives pour l'attribution du score

Pour obtenir un résultat positif de CAM, la présence des critères 1 et 2 et 3 ou 4 est requise.

Une réponse positive est nécessaire aux critères suivants.

Début soudain et fluctuation des symptômes **ET**

Inattention **ET**

Désorganisation de la pensée **OU** Altération de l'état de conscience

Qu'est-ce que BEST ?

BEST pour Belgian Screening Tools est le nom d'une étude réalisée par l'Université de Gand, service des Sciences Infirmières, à la demande du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité Alimentaire et Environnement.

Objectif de BEST ?

Le but de ce projet est de construire une base de données contenant des instruments de mesures validés scientifiquement. Dans le but d'objectiver les diagnostics et résultats des interventions infirmières, des instruments de mesures fiables et valides doivent être disponibles pour démontrer l'efficacité des soins infirmiers.

Notre attention se porte sur les instruments de mesure utilisables pour scorer les interventions infirmières du nouveau Résumé Infirmier Minimum ou DI-RHM.

Que pouvez-vous trouver dans ce rapport ?

Le rapport décrit les différents instruments de mesure. En plus, si nous en avons reçu l'autorisation des auteurs, l'instrument est mis à votre disposition. Les instruments de mesure présentant une fiabilité et une validité élevées ont également fait l'objet d'une traduction vers le néerlandais et le français.

Les chefs de projet UGent

Prof. dr. T. Defloor
Prof. dr. M. Grypdonck

Les collaborateurs du projet UGent

M. Daem
Dr. K. Vanderwee

Le chef de projet UCL

Dr. M. Gobert

Le collaborateur du projet UCL

C. Piron

Le chef de projet FOD

B. Folens

Le collaborateur du projet FOD

M. Lardennois

Daem, M., Piron, C., Lardennois, M., Gobert, M., Folens, B., Spittaels, H., Vanderwee, K., Grypdonck, M., & Defloor T. (2007). Mettre à disposition une base de données d'instruments de mesure validés: le projet BEST. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.