

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)

Méthode d'évaluation de la confusion mentale pour la réanimation

Le Manuel de Formation Complet

Edition révisée : Mars 2014

Traduction française : Juin 2015 - Avril 2016

Ceci est un manuel d'entraînement pour les médecins, infirmiers/ères et autres professionnels de santé qui souhaitent utiliser la méthode d'évaluation de la confusion mentale pour la réanimation, appelé en anglais Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). Le CAM-ICU est un instrument de monitoring de la confusion mentale chez les patients de réanimation. Une notice complète et détaillée de l'utilisation du CAM-ICU, ainsi que les réponses aux questions fréquemment posées et des études de cas sont fournies dans ce manuel. Plus d'informations incluant des vidéos et des matériels à télécharger sont disponibles sur le site internet suivant

www.icudelirium.org



Traduction française :

Responsable du projet : *Pr. Gerald Chanques*

Traduction : *Océane Garnier* ; Relecture et corrections : *Dr Audrey de Jong, Dr Matthieu Conseil*

Rétrotraduction : *Dr Julie Carr*

Coordination française et financement : *Pr Samir Jaber* (Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Faculté de Médecine et Université de Montpellier, INSERM U1046, Montpellier, France)

Analyse rétrotraduction et coordination américaine : *Christine Rowan, Dr. E. Wesley Ely* (Vanderbilt University)



Support de subvention : Le CAM-ICU a été développé à partir des fonds du *Paul Besson FacultyScholarAward* du Dr. Ely, issu de l'*Alliance for Aging Research*, une K23 du *National Institute of Health* (AGO1023-01A1), et le soutien du *VA Tennessee Valley Healthcare System Geriatric Research, Education, and Clinical Center* (GRECC).

Copyright©2002, E. Wesley Ely, MD, MPH et Vanderbilt University, tous droits réservés.

Cher(e) collègue,

Avec l'avancée de la technologie et le vieillissement de notre société, les soins critiques ont rapidement pris un essor considérable, consommant des ressources humaines et matérielles importantes dans les pays industrialisés du monde entier. Alors qu'il existe un besoin permanent d'améliorer la qualité des soins, les hôpitaux sont remplis de patients souffrant de maladies de plus en plus complexes. La compréhension des processus pathologiques et hospitaliers qui conduisent à une mortalité, à un coût de prise en charge important, et à des conséquences à long terme, telles que les séquelles cognitives, l'altération de la santé mentale et ses conséquences fonctionnelles, serviront de point de départ pour améliorer notre efficacité et l'utilisation de nos ressources, mais plus important encore, pour améliorer au final la qualité de vie de millions de personnes. C'est dans ce contexte que j'ai écrit cette introduction au manuel de formation à la méthode d'évaluation de la confusion mentale pour la réanimation (CAM-ICU) révisée.

Quand le CAM-ICU a été construit et validé (de concert avec des experts de longue date de la confusion mentale en gériatrie et neuropsychologie comme les Docteurs Sharon Inouye, Joseph Francis, et Robert Hart), nous n'avions pas imaginé que le besoin et le désir d'évaluer la confusion mentale autour du monde stimuleraient sa traduction dans plus de 20 langues et son implantation dans des douzaines de pays. En réalité, il est difficile d'appréhender les changements qui ont eu lieu ces dernières années au regard de notre compréhension de la confusion mentale chez les patients critiques de réanimation. Chacun des professionnels de santé que nous sommes est déterminé dans notre désir et dans notre vocation à servir le patient et sa famille au meilleur de nos capacités. Il y a seulement quelques années, nous ne pouvions pas diagnostiquer objectivement et de manière fiable une dysfonction cérébrale aiguë (confusion mentale) chez les patients intubés de réanimation, ce qui signifie que la confusion mentale ne pouvait pas être diagnostiquée systématiquement par les infirmiers/ères en charge du patient, par les médecins et par tout autre clinicien non entraîné à la psychiatrie. Suite à la publication en 2001 d'outils valides et fiables pour détecter l'apparition ou la résolution de la confusion mentale chez les patients non verbaux, comme ceux sous ventilation mécanique (c.-à-d., ICDSC [Intensive Care Delirium Screening Checklist] et CAM-ICU), nous avons vu une explosion de publications médicales, d'équipes de recherche, et d'initiatives à large échelle pour améliorer la qualité des soins autour du monde, ce qui reflète la place primordiale du cerveau humain lors des maladies graves. Tandis qu'aucun des outils existants n'est parfait, chacun d'entre eux incite à relever le défi de changer la culture des soins en réanimation. Ces outils nous ont également déjà permis d'acquérir une quantité impressionnante de données épidémiologiques précieuses et des leçons de management.

Nous avons appris, par exemple, que la durée de la confusion mentale chez les patients en réanimation était l'un des facteurs prédictifs indépendants (facteurs de risque) les plus forts de mortalité, de durée de séjour à l'hôpital, de coût des soins, et de troubles cognitifs à long terme. Effectivement, il y a peu d'évènements dans le déroulement d'une maladie critique présageant « de plus mauvaises nouvelles » pour un patient ou son proche que le développement d'une confusion mentale qui de plus ne soit pas facilement corrigé par un ajustement rapide des médicaments ou par le traitement des causes évidentes. Bien que les causes de la confusion mentale soient extrêmement nombreuses, et que toutes les confusions ne soient pas « égales » entre elles, il est certain que nous devons faire de notre mieux pour détecter leur apparition aussi tôt que possible dans le but de corriger toutes les causes modifiables. Puisque la confusion mentale hypoactive (sans agitation associée [NdT]) présage généralement un plus mauvais pronostic que la confusion mentale hyperactive (avec agitation [NdT]), et que celle-ci passe inaperçue dans 75% des cas en l'absence d'un monitoring actif, il est crucial d'intégrer l'évaluation systématique et régulière de la confusion mentale au sein des pratiques standards chez tous les patients critiques de réanimation. Cette recommandation est soulignée dans les recommandations de la société de médecine de réanimation (*Society of Critical Care Medicine-SCCM-*) concernant la Douleur, l'Agitation et la Confusion mentale en 2013. Ces recommandations déterminent que le CAM-ICU et l'ICDSC sont, d'un point de vue psychométrique, les deux outils les plus valides et les plus fiables de monitoring de la confusion mentale chez les patients adultes de réanimation.

De nombreuses recherches déjà initiées continueront, espérons-le, d'améliorer notre manière d'appréhender la confusion mentale quand elle survient, de définir les sous-populations qui peuvent ou ne peuvent pas bénéficier d'interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques, et de mieux communiquer aux patients ainsi qu'aux soignants l'information pronostique et la planification des solutions à long terme. En attendant, le verre est bien plus qu'à moitié plein. Nous avons obtenu plus d'information qu'il ne faut pour optimiser nos soins à partir de l'utilisation des outils de monitoring de la confusion mentale à la fois individuellement et collectivement monitoring,... et c'est là le but ultime. Le package de soins pour la douleur, l'agitation et la confusion en réanimation (*ICU PAD Care Bundle*¹, www.iculiberation.org) et le package ABCDE (*ABCDEBundle*², www.icudelirium.org) (*[AB]-Awakening and Breathing trials*- épreuves d'arrêt de la sédation et de ventilation spontanée, *[C] -Coordination-* (coordination de ces épreuves), et *-Choosing the right sedative when indicated-* (choisir le sédatif approprié lorsqu'une sédation est indiquée), *[D] -Delirium monitoring and management-* (le monitoring et la gestion de la confusion mentale), *[E] -Early mobility-* (mobilisation précoce)), sont deux schémas de soin construits sur des preuves, montrant une amélioration des résultats, qui devraient être incorporés dans les pratiques avant que de nouvelles données nous amènent encore plus loin. Bonne chance, et permettez à notre équipe, s'il vous plaît, d'être à votre service et à celui de votre équipe de quelque manière que ce soit.

Sincèrement,

E. Wesley Ely, MD, MPH, FCCM, FACP

Au nom du groupe d'étude sur la confusion mentale et la dysfonction cognitive en réanimation (*ICU Delirium and Cognitive Impairment Study Group*)

Docteur en médecine, spécialisé en santé publique, membre honoraire de la société de médecine de réanimation (Society of Critical Care Medicine), et du collège américain de médecine (American College of Physicians)

Professeur de médecine à l'Université Vanderbilt

Directeur Associé d'Ageing Research, VA Tennessee Valley GRECC

www.icudelirium.org

Qu'est-ce qui est nouveau dans ce manuel d'entraînement ?

Avec la publication en 2013 des recommandations de la société de médecine de réanimation (*Society of Critical Care Medicine– [SCCM]*) concernant la Douleur, l'Agitation et la Confusion mentale, de nombreuses institutions ont adopté le CAM-ICU pour mesurer la confusion mentale. Nous voulons saisir l'opportunité à travers cette mise à jour, d'incorporer dans notre manuel d'entraînement, des instructions et recommandations issues de ces recommandations de la SCCM ainsi que d'autres résultats d'études récentes. Ce manuel est conçu pour contenir tous les outils nécessaires à l'entraînement et l'exécution du CAM-ICU. Nous envisageons que ce manuel soit utilisé par ceux qui sont chargés de la formation et que l'algorithme de poche puisse être utilisé seul au lit du patient.

Qu'est-ce qui n'a pas changé ? Les essentiels du CAM-ICU (les 4 critères de la confusion mentale) n'ont pas changé. En effet, les critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) 5 pour la confusion mentale publiés en 2013, basés sur des données psychométriques objectives, maintiennent qu'une détermination objective de la présence ou de l'absence d'une inattention (comme indiqué dans le critère 2 du CAM-ICU) est un critère crucial et pivot de la confusion mentale.

Qu'est-ce qui est nouveau dans cette mise à jour ?

- **Sédation versus Niveau de Conscience** : l'évaluation de la conscience induit l'évaluation de l'éveil (*c.-à-d.*, le niveau de conscience proprement dit) et de son contenu (*c.-à-d.*, la confusion mentale). Nous avons constaté que certains médecins utilisent les phrases « niveau de sédation » et « niveau de conscience » de manière interchangeable. Tandis que d'autres réservent l'utilisation de la phrase « niveau de sédation » uniquement aux patients recevant un traitement sédatif, conduisant donc certains à se demander si une échelle d'agitation-sédation (*p. ex.*, le RASS) peut être utilisée en l'absence d'une sédation continue. Puisque le RASS évalue à la fois les niveaux d'agitation et de sédation, il peut servir d'évaluation du niveau de conscience chez tous les patients, sans tenir compte du fait qu'ils reçoivent un traitement sédatif ou non. Le RASS a démontré une excellente reproductibilité inter-observateur et une grande validité parmi une importante variété de patients adultes médicaux et chirurgicaux de réanimation, à la fois sous sédation continue et en l'absence de sédation continue.^{3,4} Ainsi, pour améliorer la clarté de nos écrits, nous avons ajouté les termes « niveau de conscience » tout au long du manuel pour renforcer l'utilisation de l'échelle RASS comme méthode pour évaluer le niveau de conscience, à la fois chez les patients recevant des médicaments sédatifs et chez ceux n'en recevant pas.
- **Foire Aux Questions (FAQ)** : nous avons mis à jour les FAQ pour y inclure les instructions et recommandations les plus récentes concernant la pratique clinique et les nouveaux résultats d'études publiées depuis la dernière mise à jour du manuel d'entraînement de 2010. Voir spécifiquement FAQ 1, 2, 7, 9, 10 et 13.
- **Etudes de cas** : nous avons modifié les précédentes études de cas et ajouté une étude de cas additionnelle.
- **Liens de sites internet** : Le site internet ICUDelirium.org a complètement été remodelé à l'automne 2013, pour correspondre à notre publication dans le *New England Journal of Medicine* (Pandharipande, et al. NEJM 2013 ; 369(14) :1306-16), induisant le déplacement de plusieurs items à des pages internet différentes. Nous avons mis à jour tous nos liens intégrés tout au long du manuel d'entraînement.

Comment utiliser ces outils ? Toutes les institutions ont des besoins éducationnels et des contraintes de mises en œuvre différentes. Veuillez relire, s'il vous plaît, les matériels et déterminer ce qui fonctionne pour vous et votre unité. Mélangez et appariez-les pour les faire convenir à votre équipe. N'hésitez à nous contacter si nous pouvons vous aider de quelque manière que ce soit sur delirium@vanderbilt.edu.

Sincèrement,

L'équipe de révision du manuel d'entraînement au CAM-ICU 2014

Leanne Boehm, infirmière diplômée, spécialisée en soin de réanimation, master en sciences infirmières
Brenda T Pun, infirmière diplômée, master en sciences infirmières, praticien infirmier en soin de réanimation
Joanna Stollings, docteur en pharmacie, spécialiste certifié en pharmacothérapie

Tables des matières

La confusion mentale en détail	6
Evaluer la conscience.....	7
Fiche de travail pour l'utilisation du CAM-ICU.....	8
L'organigramme d'utilisation du CAM-ICU.....	9
Instructions et questions spécifiques au critère 1	10
Instructions et questions spécifiques au critère 2.....	11-13
Instructions et questions spécifiques au critère 3.....	14
Instructions et questions spécifiques au critère 4.....	15-16
Foire aux questions pour mettre en place le CAM-ICU dans la pratique courante.....	17-22
Etudes de cas et réponses	23-30
Feuille de route pour la communication interdisciplinaire	31
Références.....	32-33

La confusion mentale en détail

Qu'est-ce que la confusion mentale ?

La confusion mentale est un trouble de la conscience caractérisé par son caractère aigu et par une inattention fluctuante, accompagnée soit par un changement dans la cognition, soit par une perturbation de la perception, de manière à ce que les capacités du patient à recevoir, exécuter, stocker et restituer une information soient réduites.⁵ La confusion mentale se développe sur une courte période (heures ou journées), est habituellement réversible et est une conséquence directe d'un état médical, d'une intoxication ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, de l'exposition à une toxine, ou d'une combinaison de ces facteurs. De nombreux patients confus de réanimation ont été préalablement comateux, indiquant une fluctuation de leur état neurologique. Les patients comateux progressent souvent, mais pas toujours, vers une période de confusion avant de retrouver leur état mental habituel. **Retenez : apparition rapide, inattention, trouble de la conscience (patient perplexé), fluctuant.**

La confusion mentale en réanimation est un prédicteur d'augmentation : de la mortalité, de la durée d'hospitalisation, de la durée d'intubation, des coûts, du taux de ré-intubation, des troubles cognitifs à long terme et de transfert vers des établissements de soins de long terme.

Il y a trois **sous-types** de confusion mentale : hyperactive, hypoactive et mixte. La confusion mentale **hyperactive** est caractérisée par une agitation, une nervosité et des tentatives de retrait des tubes et cathéters. La confusion mentale **hypoactive** est caractérisée par un repli sur soi, un émoussement affectif, une apathie, une léthargie et une diminution de la réactivité. La confusion mentale **mixte** est présente lorsque les patients fluctuent entre ces deux états. Chez les patients de réanimation, les types mixtes et hypoactifs sont les plus communs, et sont souvent non diagnostiqués (invisibles) si un monitoring de routine n'est pas mis en place. Peu de patients de réanimation (<5%) font l'expérience de la confusion mentale exclusivement hyperactive.

Qu'est-ce qui n'est pas de la confusion mentale ?

La démence, qui est caractérisée par un état de déficit cognitif généralisé, dans lequel il y a une détérioration des capacités intellectuelles auparavant acquises. La démence se développe habituellement sur des semaines, des mois, ou des années avec des stades de troubles cognitifs variant de moyen à sévère. **Retenez : apparition graduelle, trouble intellectuel, perturbation de la mémoire, changement de personnalité/d'humeur, pas de trouble de la conscience.**

Qu'est-ce que le CAM-ICU ?

La méthode d'évaluation de la confusion mentale, en anglais *Confusion Assessment Method (CAM)*, a été créée en 1990, par le Dr. Sharon Inouye et destinée à être un outil d'évaluation clinique, utilisable par des personnes non formées à la psychiatrie dans le but d'évaluer la confusion mentale.⁶ Le CAM-ICU est une adaptation de cet outil pour une utilisation chez des patients de réanimation (p. ex., les patients critiques avec ou sans ventilation). La confusion mentale a été définie en fonction de 4 critères diagnostiques. Elle est considérée positive quand le critère 1, le critère 2 et soit le critère 3, soit le critère 4, sont présents (voir le CAM-ICU schématique à la page 7). Le CAM-ICU est l'un des outils recommandés pour le dépistage de la confusion mentale en réanimation.

Quelle est la première étape de l'évaluation de la confusion mentale ?

En réalité, l'évaluation de la confusion mentale fait partie de l'évaluation de la conscience globale. La conscience est définie en deux parties : **le niveau d'éveil**, et **le contenu** (cf. Page suivante). La première étape pour évaluer la conscience, est d'évaluer **le niveau de conscience**. Le meilleur moyen de le faire, est d'utiliser une échelle de sédation/ évaluation de la conscience validée. L'échelle d'agitation-sédation de Richmond, en anglais *Richmond Agitation-Sedation-Scale (RASS)*, est utilisée dans ce manuel, bien que d'autres outils soient appropriés pour utiliser avec le CAM-ICU. Pour obtenir plus d'informations concernant d'autres échelles de sédation-agitation/ évaluation de la conscience regardez la question n°15 à la page 20 dans la section « mettre en place le CAM-ICU dans la pratique courante ». L'étape suivante est l'évaluation **du contenu de la conscience**. Aux plus profonds niveaux de sédation ou d'inconscience (p.ex., RASS -4 et -5), il est difficile d'en vérifier le contenu, car les patients sont non-répondants. Ces niveaux correspondent au coma ou à la stupeur. Dans ces situations, nous ne pouvons pas réaliser le CAM-ICU, le patient est considéré comme étant dans l'« incapacité d'être évalué » (Unable To Assess [UTA]). Cependant, à des niveaux plus élevés de conscience (p. ex., RAS -3 à +4), les patients peuvent présenter au moins un début significatif de réactivité (p. ex., réponse à la voix). A ces niveaux, vous devez être capables d'évaluer la clarté de la pensée, en particulier la confusion mentale. Les pages suivantes comprennent le CAM-ICU dans un format de feuille de travail (page 8) et dans le format d'un organigramme (page 9). Puis, dès la page 10, sont détaillées les instructions pour évaluer les 4 critères du CAM-ICU.

Evaluer la conscience : intégrer le niveau de conscience au monitoring de la confusion mentale

Etape 1 niveau de conscience : RASS*

Echelle	Etiquette	Description
+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Eveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s)
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s)
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex: ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.

V
O
I
X

Si RASS \geq -3 procéder au CAM-ICU (Le patient est-il CAM-ICU positif ou négatif ?)

-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

T
O
U
C
H
E
R

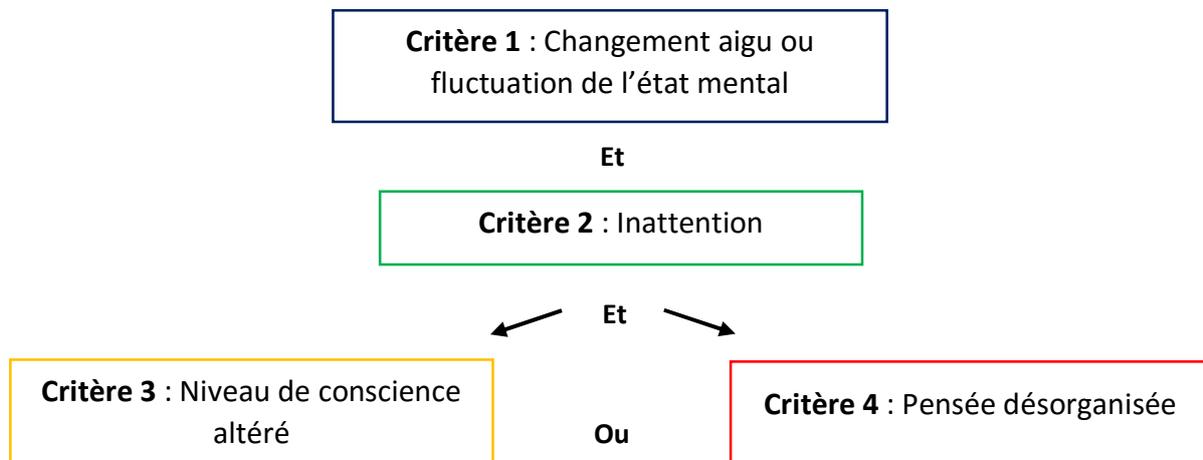
Si RASS est -4 ou -5 → STOP (patient inconscient) Réévaluer plus tard

³ Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1344. ⁴Ely, et al. JAMA 2003; 289:2983-2991.

²¹ Traduction française validée : Chanques, et al. An Fr Anesth Réanim 2006; 25:696-701.

*Pour les équivalents RASS des autres échelles de sédation/ niveau de conscience regarder FAQ page 20-21.

Etape 2 contenu de la conscience : CAM-ICU



⁶Inouye, et al. Ann Intern Med 1990; 113:941-948.

⁷Ely, et al. CCM 2001; 29:1370-1379.

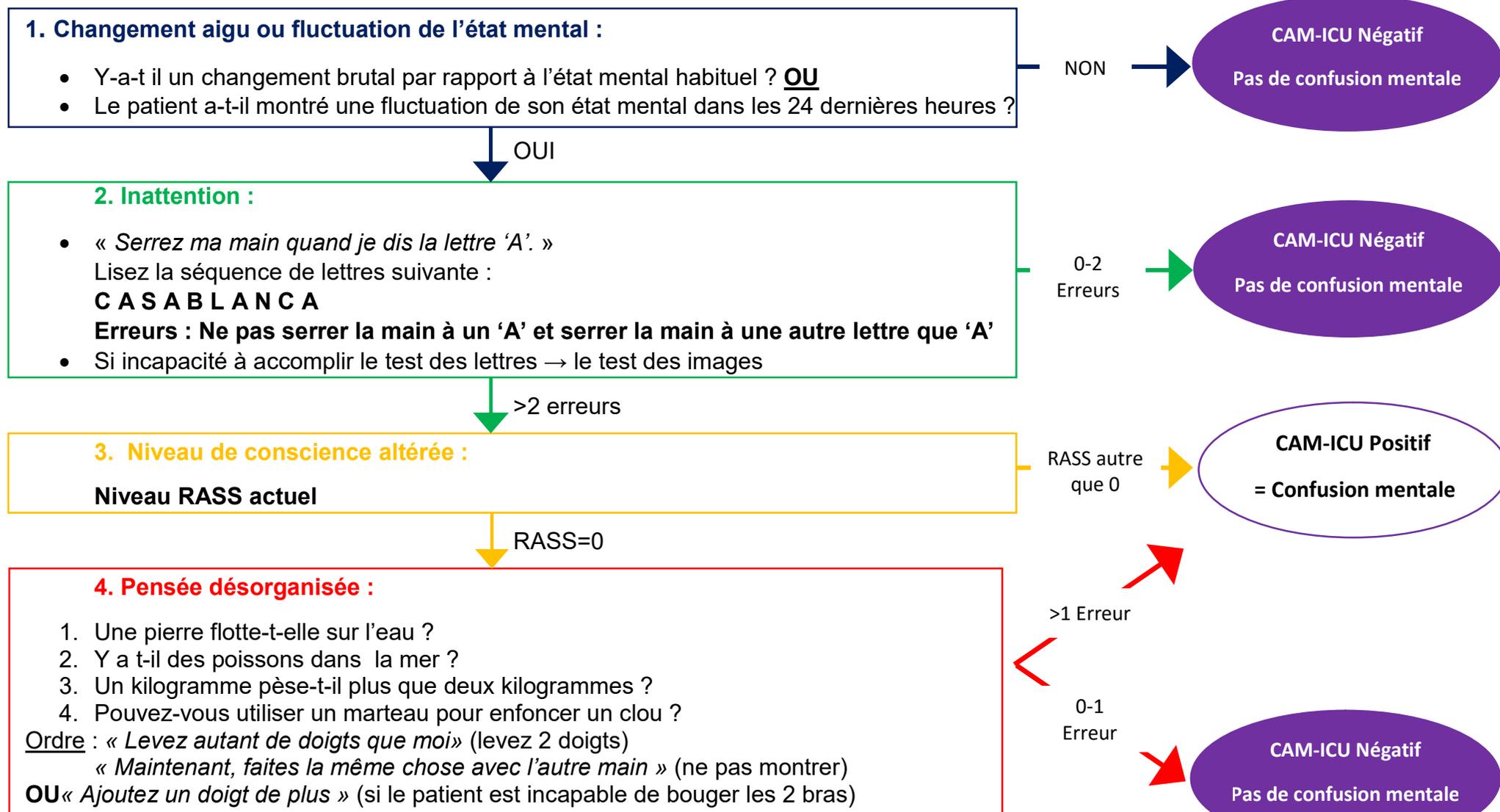
⁸Ely, et al. JAMA 2001; 286:2703-2710.

Fiche de travail pour l'utilisation du CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	Score	Cocher ici si présent
Est-ce que le patient est différent de son état mental habituel ? OU Le patient a-t-il montré une fluctuation de son état mental dans les 24 dernières heures, mis en évidence par la fluctuation d'une échelle de sédation/ niveau de conscience (p. ex., RASS/SAS), GCS, ou par une précédente évaluation de la confusion mentale ?	Oui à l'une des questions →	<input type="checkbox"/>
Critère 2 : Inattention		
Test d'attention des lettres (voir le manuel d'entraînement pour l'alternative par le test des images) <u>Directives</u> : dites au patient, « Je vais vous lire une série de 10 lettres. Chaque fois que vous entendez la lettre 'A,' indiquez-le en me serrant la main. » Lisez les lettres de la liste suivante à un ton normal, séparées de 3 secondes. <p style="text-align: center;">C A S A B L A N C A</p> Compter une erreur à chaque fois que le patient oublie de serrer la main à une lettre « A » et quand le patient serre la main à une autre lettre que « A ».	Nombre d'erreurs >2 →	<input type="checkbox"/>
Critère 3 : Niveau de conscience altéré		
Présent si le score RASS actuel est autre qu'éveillé et calme (zéro)	RASS autre que zéro →	<input type="checkbox"/>
Critère 4 : Pensée désorganisée		
Questions Oui/Non (voir le manuel d'entraînement pour le jeu de questions alternatives) <ol style="list-style-type: none"> 1. Une pierre flotte-t-elle sur l'eau ? 2. Y a-t-il des poissons dans la mer ? 3. Un kilogramme pèse-t-il plus que deux kilogrammes ? 4. Pouvez-vous utiliser un marteau pour enfoncer un clou ? Les erreurs sont comptées lorsque le patient donne une réponse incorrecte. Ordre Dites au patient : « <i>levez autant de doigts que moi</i> » (levez 2 doigts devant le patient) « <i>Maintenant, faites la même chose avec l'autre main</i> » (ne répétez pas le nombre de doigts) * si le patient est incapable de bouger les deux bras, pour la seconde partie de l'ordre demander au patient : « <i>ajoutez un doigt de plus</i> ».	Nombre d'erreurs combinées >1 →	<input type="checkbox"/>
Une erreur est comptée si le patient est incapable de compléter l'ordre en entier.		

Ensemble CAM-ICU Critères 1 plus 2 et soit 3 soit 4 présents = CAM-ICU Positif	Critères rassemblés →	<input type="checkbox"/> CAM-ICU Positif (Présence de confusion mentale)
	Critères non rassemblés →	<input type="checkbox"/> CAM-ICU Négatif (Absence de confusion mentale)

Organigramme de la méthode d'évaluation de la confusion mentale pour la réanimation (CAM-ICU)



Instructions & Questions spécifiques au critère 1 du CAM-ICU

1. Changement aigu ou fluctuation de l'état mental :

- Y-a-t il un changement brutal par rapport à l'état mental habituel ? **OU**
- Le patient a-t-il montré une fluctuation de son état mental dans les 24 dernières heures ?

Les bases :

Les patients présentant une confusion mentale montrent des changements par rapport à leur état habituel et/ou une fluctuation de leur état mental. Le critère 1 évalue ces changements.

Le critère 1 est présent si la réponse à l'une ou l'autre des questions plus haut est 'oui'.

Foire Aux Questions pour le Critère 1 :

1. Comment déterminez-vous l'état mental habituel ?

Il s'agit de l'état mental pré-hospitalier du patient. Obtenez cette information de la famille, des amis, ou du dossier médical, et documentez-la dans le dossier du patient pour en faciliter la communication au sein de l'équipe. Nous vous encourageons à utiliser votre esprit critique avec ce critère. Par exemple :

- Si le patient est jeune (p. ex., <65 ans) et qu'il est admis depuis son domicile, avec aucun désordre neurocognitif ou antécédent d'AVC, alors vous pouvez supposer que le patient a un état mental de base « normal » (c.-à-d., éveillé et calme).
- Si le patient est âgé, et qu'il y a des antécédents d'AVC ou de démence, ou qu'il vient d'une maison de retraite, alors vous devez interroger la famille ou l'établissement pour obtenir plus d'informations sur l'état mental pré-hospitalier du patient.

2. Utilisez-vous le même état de « base » (c.-à-d., l'état mental habituel) avec les évaluations du CAM-ICU successives ?

Toujours, à moins qu'un changement permanent du statut mental apparaisse (voir n°3). Vous devez systématiquement utiliser la base établie du patient en pré-hospitalier.

3. Comment prenez-vous en compte un changement de l'état mental pendant l'hospitalisation, par exemple un AVC ou une lésion cérébrale ? Est-ce que cela constitue-t-il une nouvelle base de l'état mental, modifiée, et utilisable de manière permanente pour les objectifs du CAM-ICU ?

Oui. S'il y a un changement permanent de l'état mental, ce nouvel état mental est utilisé comme état mental habituel pour toutes les évaluations suivantes du CAM-ICU. Celle-ci peut être difficile à déterminer en raison de la difficulté à séparer la confusion mentale du nouvel état mental habituel. En pratique, lors de cette situation il est plus facile de statuer le critère 1 en documentant les 'fluctuations' de l'état mental. (cf plus de détails dans la section « mettre en place le CAM-ICU dans la pratique courante », question n°2, page 16).

4. Quand le patient est sous sédatifs, peut-on toujours considérer qu'il s'agit d'une fluctuation de l'état mental ou un changement de l'état mental habituel ?

Oui. Le critère altération de l'état mental inclut les modifications qui sont chimiquement induites par l'équipe soignante, incluant la fluctuation due au titrage des sédatifs. Ceci n'est pas l'état mental habituel du patient. Il est souvent difficile de complètement distinguer un changement de l'état mental induit par la maladie, d'un changement induit par une drogue.

Instruction & Questions Spécifiques au Critère 2 du CAM-ICU

2. Inattention :

- « Serrez ma main quand je dis la lettre 'A'. »
Lisez la séquence de lettres suivante : **C A S A B L A N C A**
Erreurs : Ne pas serrer la main à un 'A' et serrer la main à une autre lettre que 'A'
- Si incapacité à accomplir le test des **lettres** → **le test des images**

Les bases :

L'éveil est un processus général de base pendant lequel le patient éveillé peut répondre à des stimuli de l'environnement. Le patient éveillé mais inattentif peut répondre à des sons, mouvements, ou événements apparaissant dans les alentours, tandis que le patient attentif peut écarter les stimuli hors de propos. **Tous les patients attentifs sont éveillés mais tous les patients éveillés ne sont pas attentifs.**

Le critère 2 est présent si le patient a >2 erreurs.

Si les deux tests sont réalisés, utilisez le test des images pour évaluer le résultat du critère 2.

Instructions détaillées :

Le test des lettres

Directives : Dites au patient, « *Je vais vous lire une série de 10 lettres. Chaque fois que vous entendez la lettre 'A,' indiquez-le en me serrant la main.* » Lisez les lettres de la liste de lettres suivante à un ton normal (suffisamment fort pour être entendu au-dessus des bruits de la réanimation) à une cadence d'une lettre toute les 3 secondes.

*Note : les patients avec une myopathie de réanimation ou une autre maladie neuromusculaire peuvent avoir besoin de plus de temps pour répondre ou ont besoin d'indiquer leurs réponses par une autre méthode (p. ex., cligne de l'œil, tapote du doigt).

C A S A B L A N C A

Notation : Les erreurs sont comptées quand le patient manque de serrer la main à une lettre « A » et quand le patient serre la main à une autre lettre que « A ».

*Tentez le test des lettres en premier. Si incapacité à accomplir le test des lettres → faire le test des images

Alternative : le test des images

Etape 1 : 5 images (commencez avec la carte verte)

Directives : Dites au patient, « *Mr. Ou Mme. _____, je vais vous montrer des images de quelques objets communs. Regardez-les attentivement et essayez de vous souvenir de chaque image car je vais vous demander quelles images vous avez vues.* » Puis réalisez la première étape, soit du paquet A, soit du paquet B, en nommant chaque objet et en alternant quotidiennement les paquets en cas de mesures répétées. Montrez les 5 premières images, chacune pendant 3 secondes.

Suite du critère 2

Etape 2 : 10 images (commencez avec la carte rouge)

Directives : Dites au patient, « *maintenant je vais vous montrer quelques images supplémentaires. Vous avez déjà vu certaines d'entre elles et d'autres sont nouvelles. Faites-moi savoir si oui ou non vous avez vu l'image avant en secouant votre tête pour dire oui (montrer) ou non (montrer).* » Puis, montrez les 10 images (5 nouvelles et 5 déjà vues) pendant 3 secondes chacune (Etape 2 du paquet A ou B, en fonction de celui qui a été utilisée dans l'étape 1 ci-dessus).

Notation : Une erreur est comptée à chaque fois que le patient indique incorrectement à une image « oui » ou « non » lors de la seconde étape. Dans le but d'augmenter la visibilité pour les patients âgés, les images sont imprimées sur un papier coloré protégé de 15x25 cm laminé avec une finition mate.

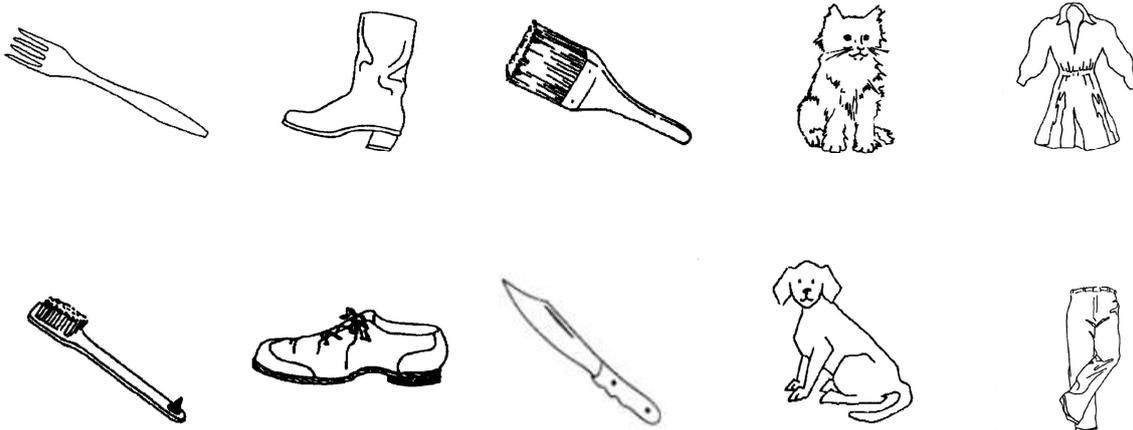
Note : si le patient porte des lunettes ou une aide auditive assurez-vous qu'il/elle les a sur lui.

Images

Etape 1 :



Etape 2 :



*Un jeu additionnel d'images est disponible sur le site internet :

<http://www.icudelirium.org/delirium/monitorage.html>

Suite critère 2

Foire Aux Questions pour le Critère 2 :

1. Si le patient est RASS -3 ou très léthargique, est-ce une « incapacité d'être évalué » par le CAM-ICU (-Unable To Assess- [UTA]) ? Le patient est-il confus ?

La capacité à être testé par le CAM-ICU est largement basée sur le fait que le patient est tout à fait répondant aux stimulations verbales quelle que soit la sédation utilisée. L'approche en 2 temps pour évaluer la conscience, à l'aide du RASS et du CAM-ICU constitue un filtre pour la majorité des patients qui ne peuvent pas participer à l'évaluation. Les patients comateux (c.-à-d., RASS -4/-5) ne sont pas testés avec le CAM-ICU car ils sont inconscients. Par contre, il existe comme une zone grise où la plupart des patients qui sont RASS -3 peuvent fournir des données suffisantes pour être classé comme confus par le CAM-ICU. Certains sites ont utilisé le RASS-2 comme borne inférieure pour statuer le CAM-ICU, mais la plupart utilisent le RASS-3 comme limite.

- Si un patient montre quelques mouvements ou ouvertures des yeux à votre voix mais ne serre pas du tout la main ou ne reste pas éveillé assez longtemps pour serrer la main à plus d'une lettre, alors ce patient est de toute évidence inattentif. A ce stade, l'évaluation des autres critères du CAM-ICU est nécessaire pour déterminer si le patient est confus. Exemple :
 - Si le patient a déjà serré la main, alors comptez le nombre d'erreurs (cf les instructions du test des lettres)
 - Si le patient n'a jamais serré la main alors le patient est inattentif. Suspecter également une inattention si vous devez répéter les instructions plus de deux fois.
- Une manière de l'envisager est de penser que s'il y a une ouverture des yeux ou un mouvement à la voix, alors les « lumières sont allumées ». Utilisez alors le CAM-ICU pour voir si « quelqu'un est à la maison ».

Ces concepts sont également applicables chez un patient agité (c.-à-d., RASS +1 jusqu'à +4) qui de ce fait ne participerait pas à l'évaluation ou ne serait pas réceptif à vos instructions.

2. Doit-on à la fois compléter le test des lettres et le test des images chez chaque patient ?

Non. Vous ne devez pas utiliser les deux tests à chaque évaluation. Tentez les lettres en premier. Si le patient est capable d'accomplir ce test et que le résultat est clair, enregistrez le et passez au critère 3. Si le patient est inapte à accomplir le test des lettres ou si vous êtes incapable d'interpréter le résultat, accomplissez le test des images. Si vous accomplissez les deux tests, utilisez les résultats du test des images pour déterminer si le patient est inattentif. Voir la question 1 ci-dessus pour l'interprétation du résultat. Les images sont rarement requises pour évaluer l'inattention (seulement dans <5% des cas).

3. Y-a-t-il d'autres séquences de lettres que je peux utiliser pour évaluer le critère 2 ?

Oui. Quelques autres séquences ont été utilisées pour évaluer l'inattention incluant :

- A B A D B A D A A Y (issue du CAM-ICU pédiatrique)
 - 8 1 7 5 1 4 1 1 3 6 (traduction traditionnelle chinoise utilisant des nombres à la place des lettres)
 - C A S A B L A N C A
 - S A V E A B R A A N (issue de la version anglaise du CAM-ICU)
 - S A V E A H A A R T (issue de la version anglaise du CAM-ICU)
- Nous recommandons habituellement aux pays européens d'utiliser C A S A B L A N C A car il s'agit d'une ville universellement connue et non d'une phrase anglaise.

4. Comment puis-je obtenir les paquets d'images ?

Nous serions ravis de vous assister dans votre commande de matériel. Veuillez nous contacter au delirium@vanderbilt.edu. Faites de l'objet de votre e-mail « CAM-ICU order ». Ceci garantit que votre commande sera traitée en temps opportun.

Instruction & Questions Spécifiques au Critère 3 du CAM-ICU

3. Niveau de conscience altérée :

Le RASS actuel

Les bases :

Les patients présentant une confusion mentale font l'expérience d'une perturbation de la conscience et des changements dans la cognition. Avec le CAM-ICU, ceci est mesuré en utilisant l'échelle RASS pour évaluer le niveau de la conscience au moment présent (niveau actuel). Si les critères 1 et 2 sont absents, vous n'avez pas besoin de procéder à ce critère.

Le critère 3 est présent si le niveau actuel de conscience du patient est tout autre qu'éveillé et calme (RASS 0).

Foire Aux Questions pour le critère 3 :

1. Ceci n'était-il pas habituellement le critère 4 ?

Oui. Après que d'autres institutions aient commencé à inverser les critères 3 et 4, nous avons décidé d'en changer l'ordre, pour en faciliter l'utilisation, ce qui relevait du bon sens. Certains utilisateurs étaient parvenus à une confusion en considérant que les critères devaient être évalués dans l'ordre numérique (c.-à-d., 1, 2, 3, 4). Cependant, il n'y a pas de règle stricte concernant l'ordre d'évaluation des critères du CAM-ICU. Le contenu de ces 4 critères n'a absolument pas changé.

2. Le critère 3 est-il positif dans le coma ?

Non. Le coma n'est pas considéré comme une confusion mentale. Rappelez-vous, nous ne pratiquons pas le CAM-ICU si le patient est comateux (c.-à-d., RASS -4 ou -5). Beaucoup de patients confus ont été préalablement comateux, indiquant donc une fluctuation de leur état mental. Les patients comateux progressent souvent, mais pas toujours, vers une période de confusion mentale avant de retrouver leur état mental habituel.

3. Quelle est la différence entre le critère 3 et le critère 1 ?

- **Le critère 3 (niveau de conscience altérée)**, évalue le niveau de conscience actuel du patient (état présent). Le niveau actuel de conscience est détecté avec le RASS actuel sans prendre en compte l'état mental de base du patient.
- **Le critère 1 (changement aigu ou fluctuation de l'état mental)**, évalue l'état mental habituel, pré-hospitalier, du patient et s'il y a eu une fluctuation de l'état mental durant les 24 dernières heures.
- **L'idée principale** : un patient peut avoir un statut habituel éveillé/calme, des fluctuations du RASS (-1 à -2) au cours des 24 dernières heures, et un RASS actuel de 0. Le critère 1 est alors présent en raison des fluctuations, mais le critère 3 est absent puisque le patient est en ce moment éveillé (RASS 0).

4. Mon établissement utilise une échelle d'évaluation de la sédation-agitation/niveau de conscience différente, puis-je utiliser tout de même le CAM-ICU ?

Oui. Toutes les échelles validées d'agitation-sédation/niveau de conscience peuvent être utilisées pour compléter le CAM-ICU. La valeur du RASS n'est pas la même que les autres types d'évaluation d'agitation sédation/niveau de conscience, et par conséquent ils ne sont pas exactement équivalents. Pour cette raison, il est important de déterminer quelle valeur dans votre échelle actuelle est en corrélation avec les termes et descriptions de l'échelle RASS. (Voir plus de détails dans la section « mettre en place le CAM-ICU dans la pratique courante », question n°15, page 21,22)

Instruction & Questions Spécifiques au Critère 4 du CAM-ICU

4. Pensée désorganisée :

1. Une pierre flotte-t-elle sur l'eau ?
2. Y a-t-il des poissons dans la mer ?
3. Un kilogramme pèse-t-il plus que deux kilogrammes ?
4. Pouvez-vous utiliser un marteau pour enfoncer un clou ?

Ordre : « *Levez autant de doigts que moi* » (levez 2 doigts)

« Maintenant faites la même chose avec l'autre main » (ne pas montrer)

OU « Ajoutez un doigt de plus » (si le patient est incapable de bouger les 2 bras)

Les bases :

Ceci est le domaine le plus difficile à évaluer chez les patients non verbaux, car c'est le plus subjectif des 4 critères. La pensée est exprimée par des mots verbaux ou écrits. La ventilation mécanique et la perte de la motricité fine limitent cette capacité d'expression chez la plupart des patients de réanimation. Pour cette raison, le CAM-ICU utilise des questions simples et un ordre simple en 2 temps pour évaluer l'organisation de la pensée. Si les critères 1 et 2 sont absents vous n'avez pas besoin de procéder à ce critère.

Le critère 4 est présent s'il y a >1 erreur pour les questions + les ordres combinés.

Foire Aux Questions du Critère 4 :

1. Ceci n'était-il pas habituellement le critère 3 ?

Oui. Après que d'autres institutions aient commencé à inverser les critères 3 et 4, nous avons décidé d'en changer l'ordre, pour en faciliter l'utilisation, ce qui relevait du bon sens. Certains utilisateurs étaient parvenus à une confusion en considérant que les critères devaient être évalués dans l'ordre numérique (c.-à-d., 1, 2, 3, 4). Cependant, il n'y a pas de règle stricte concernant l'ordre d'évaluation des critères du CAM-ICU. Le contenu de ces 4 critères n'a absolument pas changé.

2. A quelle fréquence devez-vous utiliser ce critère ?

D'après le CAM-ICU, un patient est confus si les critères 1, 2 et soit 3, soit 4, sont présents. Souvent vous n'aurez pas besoin d'utiliser ce critère car vous obtiendrez l'information dont vous avez besoin avec les critères 1, 2 et 3. C'est seulement quand les critères 1 et 2 sont présents et que le critère 3 est absent (le patient est éveillé) que vous devez compléter ce critère.

3. Si le patient répond aux quatre questions correctement, évaluez-vous toujours l'ordre ?

Oui. Nous vous encourageons à réaliser l'ordre en 2 temps même si le score du patient est de 100% aux questions car il y a une chance que le patient ait eu 4 coups de chance. La combinaison des questions et de l'ordre en 2 temps, donne au clinicien plus de données pour se faire juger de la désorganisation de la pensée. Si le patient répond correctement à toutes les questions, la performance à l'ordre en 2 étapes peut aider à identifier une confusion mentale sub-syndromale.

Suite critère 4

4. Y'a-t-il un jeu de questions supplémentaires ?

Oui. Ces questions peuvent être utilisées comme alternatives au jeu listé ci-dessus. Essayez d'alterner les questions à réponses « oui » puis « non ».

- Une feuille flotte-t-elle sur l'eau ?
- Y-a-t-il des éléphants dans la mer ?
- Deux kilogrammes pèsent-ils plus qu'un kilogramme ?
- Pouvez-vous utiliser un marteau pour couper du bois ?

5. Est-il nécessaire de poser les 8 questions pendant l'évaluation du CAM-ICU ?

Non. Il est nécessaire de réaliser seulement un jeu de 4 questions pour ce critère. Le second jeu est fourni comme alternative lors d'usages répétés.

6. Évaluez-vous l'ordre en 2 temps si le patient est paralysé, tétraplégique ou présente un déficit visuel ?

Non. Si le patient ne peut pas bouger ses bras ou est aveugle, considérez seulement les résultats aux questions du critère 4. Le critère 4 est présent par conséquent dans tous les cas, si le patient a plus de une réponse fausse (> 1 erreur).

7. L'évaluation de ce critère n'était-il pas différent dans vos publications ?

Oui. L'évaluation pour ce critère a été incorrectement renseignée dans nos publications (Ely, et al. JAMA 2001 ; 286 :2703-2710 et Truman, et al CCN 2003 ; 23 :25-36).^{8,9} Une pensée organisée est mise en évidence par au moins 3 réponses correctes aux 4 questions. Ainsi, le critère 4 est présent quand un patient répond incorrectement à 2 questions ou plus sur les 4.

Foire aux questions pour mettre en place le CAM-ICU dans la pratique courante

1. Puis-je utiliser le CAM-ICU en dehors de la réanimation ?

Evaluer la confusion mentale au sein d'un service hospitalier est importante pour la prise en charge des patients. Le choix de l'outil d'évaluation de la confusion mentale utilisée dépend de vos besoins, de votre objectif et de vos populations de patients. Wong et al. ont publié une excellente analyse systématique d'un certain nombre d'outils évaluant la confusion mentale.¹⁰ Il existe plusieurs échelles de confusion mentale qui ont été validés en dehors de la réanimation incluant : le CAM original, le CAM-ICU (Han, et al. Acad Emerg Med 2014 ; 21(2) : 180-187), l'échelle d'évaluation de la confusion mentale (-*Delirium Rating Scale- (DRS-R-98)*), l'échelle d'évaluation de la mémoire et de la confusion mentale (-*Memorial Delirium Assessment Scale- (MDAS)*), et l'échelle infirmière de dépistage de la confusion mentale(-*Nursing Delirium Screening Scale- (NuDESC)*).

De plus, il existe les versions spécifiques du CAM-ICU suivantes:

- Le CAM-ICU pédiatrique (-*Pediatric-CAM-ICU- (pCAM-ICU)*¹¹) : Le pCAM-ICU a été validé chez des enfants âgés de 5 à 17 ans, pour une utilisation par les soignants. Le pCAM-ICU fournit un outil d'évaluation de la confusion mentale simple et rapide pour des patients de réanimation pédiatriques. L'évaluation fournit des techniques de reconnaissance précoce des fluctuations ou des changements de la fonction cognitive, celle-ci peut permettre alors un suivi et des évaluations plus approfondis, qui peuvent ensuite confirmer la présence d'une confusion mentale et donc déterminer la prise en charge ou le traitement approprié. Pour plus d'informations voir : <http://www.icudelirium.org/pediatric.html>
- Le dépistage sélectif de la confusion mentale (-*Delirium Triage Screen- (DTS)*¹²) : Le DTS a été conçu pour constituer la première étape, optionnelle, d'un processus de monitoring de la confusion mentale en 2 étapes pour les environnements cliniques surchargés. Le DTS est une évaluation de 20 secondes conçue pour exclure rapidement la confusion mentale et pour en réduire le nombre d'évaluations formelles nécessaires. Il consiste en une mesure du niveau de conscience et une brève mesure de l'inattention. S'il est négatif, aucun test additionnel n'est nécessaire. S'il est positif, un test de confirmation (étape 2) est nécessaire. Il faut donc inclure des évaluations de la confusion mentale plus spécifiques telles que la brève méthode d'évaluation de la confusion mentale (-*Brief Confusion Assessment Method- (bCAM)* (décrit ci-dessous)) ou la méthode d'évaluation de la confusion mentale (-*Confusion Assessment Method-(CAM)*).
Pour plus d'informations consulter : <http://www.icudelirium.org/non-icu.html>
- La brève méthode d'évaluation de la confusion mentale (-*The Brief CAM- (bCAM)*¹²) : Le bCAM a été développé en modifiant le CAM-ICU pour une utilisation dans le cadre d'un service d'urgence. Le bCAM et le CAM-ICU sont très similaires. Cependant, l'une des différences clés est le premier test, concernant l'inattention, qui a été remplacé par l'action de réciter les mois à l'envers de décembre à juillet. Bien que le bCAM ait été validé chez des patients âgés admis dans un service d'urgences, les performances diagnostiques semblent être similaires chez les patients admis à l'hôpital, et cet outil peut être prometteur quant à un usage dans d'autres cadres que la réanimation. Pour plus d'informations voir : <http://www.icudelirium.org/non-icu.html>

2. Puis-je utiliser le CAM-ICU dans mon service de réanimation neurologique ou chez des patients avec une lésion cérébrale traumatique.

Le CAM-ICU a été validé chez 129 patients en post-AVC en montrant une sensibilité de 76%, une spécificité de 98%, et une précision générale de 94% avec un rapport de vraisemblance de 47 (ce qui est important).¹³ De plus, Naidech et ses collègues ont étudié 114 patients neurochirurgicaux avec une lésion cérébrale localisée (et ont rapporté que malgré un faible taux d'infection et d'exposition à la sédation, les symptômes de la confusion mentale étaient fréquents et prédictifs de séquelles fonctionnelles ultérieures plus graves, ainsi que d'une qualité de vie d'une plus faible.¹⁴

Une manière d'aborder plus confortablement la confusion mentale et d'étendre de manière appropriée le diagnostic différentiel des patients de réanimation neurologique qui font l'expérience de

changements ou de troubles cognitifs, est d'envisager un CAM-ICU anormal comme étant la représentation « de symptômes de confusion mentale » plutôt que de penser qu'il s'agit « définitivement d'une confusion mentale ». Le fait de considérer que les résultats d'un patient CAM-ICU positif signifient « symptômes de confusion mentale », permet de reconnaître que ces symptômes peuvent être causés par une liste de facteurs qui, nous le savons, conduisent à la confusion mentale (p. ex., les maladies comme le sepsis, les médicaments telles que les benzodiazépines, ou un problème environnemental comme la privation de sommeil, de prothèses auditives ou de lunettes de vue) mais également par les exacerbations sous-jacentes de l'état neurologique initial comme le vasospasme ou l'hémorragie.

En mettant en place l'évaluation de la confusion mentale dans la pratique clinique de réanimation neurochirurgicale, vous devez prendre conscience que chez les patients qui ont une maladie cérébrale structurelle, il n'est pas toujours possible de déterminer l'étiologie de la perte cognitive. Ceci est par conséquent aussi le cas pour les patients CAM-ICU positifs. Les « symptômes de la confusion mentale », ou des résultats anormaux aux tests, peuvent être déterminés par les médicaments, les pathologies, les traumatismes, les hémorragies intracrâniennes, les hémorragies sous-durales, les accidents vasculaires cérébraux, etc. Le dépistage des symptômes de confusion mentale vous permet d'élargir immédiatement votre réflexion quant à inclusion d'autres items dans le diagnostic différentiel (derrière l'hémorragie intracrânienne ou l'hémorragie sous arachnoïdienne), qui ne seront donc pas oubliés. Cela vous permet également de suivre peu à peu le cheminement clinique du patient, d'une manière plus objective et plus complète. Il faut être prudent, dans la détermination du statut mental habituel du patient et dans la présence éventuelle d'une maladie neurologique structurelle. Dans ce cas, le CAM-ICU peut être positif en raison de la maladie structurelle plutôt qu'en raison de causes plus réversibles de la confusion mentale. Nous recommandons que le CAM-ICU soit utilisé dans cette population en se basant sur le dernier état mental habituel connu, puisque ce dernier soit ajusté en fonction de l'obtention de plus amples informations.

Quand un patient de réanimation neurologique est évalué pour la présence de symptômes de la confusion mentale, alors nous devons en considérer la cause et faire tout ce que nous pouvons pour réduire la durée de la confusion mentale. Chez tous les patients, il est bon de savoir s'ils sont confus ou non et d'en gérer le changement dans le temps quelle qu'en soit l'étiologie. Si un patient est positif un jour et négatif le suivant, alors, quelque chose a changé.

3. Pouvez-vous réaliser une évaluation du CAM-ICU sur un patient dément ?

Oui. Les critères de la confusion mentale sont identifiables même en présence d'une démence. En réalité, nous avons réalisé des sous-groupes d'évaluation du CAM-ICU chez des patients déments dans nos études de validation (comme l'a fait le Dr. Inouye dans son étude de validation du CAM original). Le CAM-ICU s'était trouvé être fiable et valide chez des patients avec et sans démence. Cependant, ces patients peuvent être plus difficiles à évaluer. Différents stades de démence peuvent être présents, ayant souvent pu passer inaperçus. Il est important d'identifier correctement le statut fonctionnel cognitif habituel du patient, et de différencier les déficits cognitifs chroniques dus à la démence, des changements aigus d'attention que l'on pense être dû à la confusion mentale. Pour vous aider à obtenir cette information, la bonne question à poser à la famille est : « Pensez-vous qu'il/elle, puisse faire ce test habituellement ? » En estimer les modifications au cours du temps est également important.

4. Puis-je utiliser le CAM-ICU sur des patients en sevrage alcoolique ?

Oui. Le sevrage de l'alcool peut induire un état confusionnel qui se manifeste habituellement par une confusion mentale hyperactive. Le CAM-ICU peut être utilisé pour détecter la confusion mentale chez ces patients. Cependant, il ne doit pas être utilisé en tant que tel comme un outil pour gérer/guider le traitement du syndrome de sevrage à l'alcool. Les réanimations de Vanderbilt utilisent l'échelle révisée d'évaluation de l'institut clinique du sevrage pour l'alcool CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revised), un outil communément utilisé aux Etats-Unis pour guider le traitement du syndrome de sevrage alcoolique. Il est important de noter que le CIWA-Ar n'a pas été validé chez les patients de réanimation.

Le CAM-ICU recherche la présence d'une confusion mentale. Ensuite, nous devons en déterminer la cause et faire tout ce que nous pouvons pour réduire la durée la confusion mentale. Chez tous les patients, il est bon de savoir s'ils sont confus ou non et d'en gérer les changements dans le temps, quelle qu'en soit l'étiologie.

5. Comment puis-je réaliser le CAM ICU si mon patient ne parle pas Français ?

Le CAM-ICU est disponible dans plus de 20 langues. Ils peuvent tous être trouvés sur ce lien : <http://www.icudelirium.org/delirium/languages.html>.

6. Comment identifiez-vous la confusion mentale chez des patients qui ont un émoussement affectif secondaire à une dépression majeure ?

Les patients dépressifs présenteront tout de même des critères de confusion mentale, si elle se développe, qui sont évaluables en utilisant le CAM-ICU. Dans de rares cas, la dépression elle-même peut se manifester d'une manière qui peut entraîner un faux positif du CAM-ICU. Dans la majorité des cas, un patient dépressif qui se trouve être CAM-ICU positif doit être considéré comme confus. En général, ce type de distinction doit susciter l'expertise d'un psychiatre. En évaluer l'évolution dans le temps est la clé dans ces cas.

7. Quand le traitement pharmacologique pour la confusion mentale doit-il être interrompu ?

La mise à jour récente des recommandations pour la douleur, l'agitation et la confusion mentale (*Pain Agitation and Delirium (PAD) guidelines*) n'inclut pas de recommandation concernant l'utilisation de médicaments pour le traitement de la confusion mentale. ¹Il existe une recommandation contre l'utilisation de rivastigmine pour le traitement de la confusion mentale mais il n'y a pas de recommandations pour ou contre l'utilisation d'haloperidol, un antipsychotique conventionnel, ou pour tout autre antipsychotique atypique. De plus amples recherches sont nécessaires dans ce domaine pour guider les décisions concernant, s'il y en a, les médicaments à choisir pour traiter la confusion mentale.

Si un traitement pharmacologique est commencé, il est important de le noter. Puisque par définition, la confusion mentale est un désordre ou une fluctuation de l'état mental, un patient est considéré comme étant sans confusion mentale lorsque le CAM-ICU est négatif pendant 24 heures. Si un patient était positif une fois et négatif ensuite, continuez d'évaluer la confusion mentale et considérez une poursuite du traitement pharmacologique initié pour la confusion mentale jusqu'à ce que le patient soit CAM-ICU négatif pendant 24 heures. Vous pouvez certainement pendant ce temps réduire les doses de médicaments prescrits.

8. Est-il nécessaire d'évaluer chacun des 4 critères du CAM-ICU pour chaque patient ?

Non. Réalisez uniquement les critères qui sont nécessaires à l'obtention de votre résultat. Souvenez-vous, un patient est considéré confus (c.-à-d. CAM-ICU positif) quand les critères 1, 2 et, soit le critère 3, soit le critère 4, sont présents. Par exemple :

- Si les critères 1,2 et3 sont présents, alors il n'y a pas besoin d'évaluer le critère 4.
- Si soit le critère 1, soit le 2 sont absents, alors vous n'avez pas besoin de continuer, car le patient ne peut pas être CAM-ICU positif sans ces deux critères.

9. A quelle fréquence les patients doivent-ils être évalués pour la confusion mentale en utilisant le CAM-ICU ?

Les recommandations de pratiques cliniques pour la douleur, l'agitation et la confusion mentale (*The Pain, Agitation, and Delirium (PAD) Clinical Practice Guidelines*) recommandent un monitoring de routine de la confusion mentale chez tous les patients adultes de réanimation à chaque changement d'équipe paramédicale (toutes les 8 à 12 heures) puis selon le besoin. ¹ Quelques réanimations le font plus souvent, notamment en cas de changement du statut clinique du patient.

10. Dois-je faire une évaluation du CAM-ICU avant, pendant ou après un test d'interruption de la sédation, ou test d'éveil spontané ?

Pendant nombreuses années, on ne savait pas si une information pronostique additionnelle pouvait être obtenue en réalisant une évaluation de la confusion mentale avant et après l'interruption de la sédation (c'est à dire, avant et après un Test d'Eveil Spontané). La plupart des études publiées sur la confusion mentale en réanimation incluaient à la fois des patients sédatisés et non sédatisés, et la confusion mentale avant et après le test d'éveil spontané n'avait pas été systématiquement évaluée. Toutefois, un article récent dans l'AJRCCM fournissait une nouvelle preuve de l'importance de la mesure de la confusion mentale avant et après l'arrêt des sédatifs.

Shruti Patel et ses collègues (Université de Chicago) ont étudié les résultats de patients avec « une confusion mentale rapidement réversible liée à la sédation », qui était définie comme une confusion mentale (CAM-ICU positif), alors que le patient était sédaté, mais qui se résolvait dans les deux heures suivant l'interruption des sédatifs. Bien que ce type de confusion mentale était rare – seulement 12% des 102 patients étudiés avaient la forme rapidement réversible- ces patients avaient un pronostic similaire aux patients qui n'avaient jamais eu de confusion mentale au cours de l'étude. Ce qui est une bonne nouvelle pour ce petit groupe de patients. Malheureusement, la grande majorité des patients (75%) qui était confus dans cette étude avait « une confusion mentale persistante » (p. ex., ils avaient gardé un CAM-ICU positif plus de deux heures après l'interruption des sédatifs), et un plus grand risque de décès et une durée de séjour plus longue (un message concordant avec la littérature concernant la confusion mentale en général). De nombreux sédatifs utilisés en réanimation (en particulier les benzodiazépines) peuvent rester dans le corps pendant des heures voir des jours après un test d'éveil spontané. Les mécanismes par lesquels les sédatifs peuvent contribuer à la confusion mentale ou potentialiser les effets d'un état critique sur le cerveau ne sont pas bien compris. Il est presque certain que de nombreux patients dans le groupe ayant une confusion mentale persistante avaient des médicaments psychoactives présentes dans la circulation sanguine, bien que cette étude n'a pas tenté pas de le quantifier.

La meilleure représentation de l'état mental d'un patient serait issue d'une série d'évaluations de la confusion mentale tout au long de la journée. Donc, nous recommandons que vous évaluiez les patients pour la confusion mentale, à la fois avant et après l'interruption d'une sédation continue. Cette approche fournirait une information diagnostique pratique pour vous et votre équipe qui considérez, combien il peut être agressif de gérer la confusion mentale que ce soit avec des méthodes non pharmacologiques ou des méthodes pharmacologiques. Finalement, les conclusions de cette publication montrent que toutes les études précédentes qui ont inclus les patients « rapidement réversibles » groupés aux patients confus persistants pourraient avoir, au contraire, SOUS-ESTIMÉ les risques de la confusion mentale en matière de mortalité, durée de séjour, et risques de déficits cognitifs à long terme. Cette étude nous montre plus clairement que jamais que cette forme de dysfonction d'organe chez les patients critiques n'a probablement pas été monitorée et traitée de façon optimale jusqu'à présent. Nous ne pouvons pas continuer de l'ignorer !

11. Mon patient ne correspond pas aux critères pour être CAM-ICU positif, mais se comporte toujours comme si il/elle était confus. Qu'est-ce que cela veut dire ?

Il est possible pour certains patients de ne jamais développer tous les symptômes de la confusion mentale requis pour un diagnostic clinique selon les critères du DSM-IV. Quand un patient montre seulement quelques-uns des symptômes, il est considéré comme dans un état de confusion mentale sub-syndromale. Cette forme intermédiaire de confusion mentale est associée à une durée de séjour prolongée en réanimation et à l'hôpital, comparée à ceux qui n'ont jamais fait l'expérience d'une confusion mentale.

12. Devez-vous rechercher tous les critères à la suite au lit du patient?

Non. Cependant, quand vous réfléchirez à l'intégration du CAM-ICU pour une pratique au lit du patient ou pour des objectifs de recherche, il est important de considérer que certains des composants sont souvent déjà utilisés en pratique (p. ex., l'équipe évalue habituellement le critère 1 avec une échelle de sédation/niveau de conscience ou d'autres évaluations neurologiques).

Une revue rigoureuse de vos pratiques auprès des patients, devrait aider à identifier quels sont les critères du CAM-ICU qui sont déjà évalués.

Un examen de vos pratiques actuelles en réanimation devrait aussi aider à modifier quelques éléments de votre évaluation habituelle afin d'identifier précisément la confusion mentale. Nous recommandons d'intégrer les critères du CAM-ICU dans votre examen clinique habituel. Les données brutes sont collectées à travers l'évaluation du patient et ensuite reliées à l'algorithme du CAM-ICU pour déterminer la présence ou l'absence d'une confusion mentale.

13. Comment dois-je documenter le CAM-ICU ?

La première étape dans l'adaptation est de décider où les résultats seront documentés. Nous recommandons de documenter le CAM-ICU dans la partie horaire du tableau de suivi des infirmiers/ères. La plupart des institutions documentent l'ensemble du score CAM-ICU et non les critères individuels. Cependant, si vous avez la place, la documentation des critères individuels peut aider à la compliance et à la justesse de l'évaluation d'ensemble mais aussi fournir d'excellentes données pour un tableau d'analyse quand vous essayez d'identifier les faiblesses de l'évaluation.

Une fois que vous avez choisi où documenter les résultats du CAM-ICU, l'étape suivante est d'identifier quel est le langage que vous voulez utiliser pour la documentation. Nous avons remarqué que différentes institutions choisissent d'enregistrer l'ensemble du CAM-ICU comme soit positif soit négatif ou OUI, NON et NON EVALUABLE. Il est important de noter que NON EVALUABLE signifie réellement que vous êtes incapable d'évaluer la confusion mentale car le niveau de conscience du patient est trop profond pour évaluer le contenu de la conscience. En d'autres termes, NON EVALUABLE= coma/stupeur à la place de « confusion mentale » ou « normal ». Le tableau en dessous montre les différentes terminologies qui ont été utilisées. Nous recommandons de choisir les termes que votre équipe comprendra le mieux.

Ensemble du score CAM-ICU			
Oui	Positif	Présent	Confus
Non	Négatif	Absent	Non confus
Non évaluable	Non évaluable	Non évaluable	Non évaluable

Il est essentiel de reconnaître que « NON EVALUABLE » doit seulement être utilisé pour les patients comateux. En lien avec bien d'autres institutions, nous avons remarqué que l'équipe de soin a tendance à trop utiliser « NON EVALUABLE » lorsqu' elle a mal compris la confusion mentale et/ou comment réaliser le CAM-ICU. Swan et al. ont récemment publié un rapport très utile sur le processus d'un projet d'amélioration pour diminuer les évaluations « NON EVALUABLE » inappropriées.¹⁹

14. Comment puis-je déterminer si mon équipe réalise le CAM-ICU correctement ?

Nous suggérons de mettre en place une formation CAM-ICU. C'est une bonne manière d'identifier les incompréhensions concernant le CAM-ICU ainsi que de fournir l'opportunité de sensibiliser à la problématique de la confusion mentale. Cette formation périodique, peut comprendre des études de cas, des faits liés à la confusion mentale, et des contrôles ponctuels avec des experts du CAM-ICU. Les détails du contrôle ponctuel et un formulaire sont disponibles sur notre site internet au : <http://www.icudelirium.org/delirium/monitorage.html>. Le contrôle ponctuel fournit une excellente opportunité éducative vis-à-vis des erreurs et des idées reçues.

15. Le CAM-ICU a été originellement validé avec le RASS, mais mon hôpital utilise une échelle d'agitation/niveau de conscience différente. Puis-je utiliser une échelle d'agitation/niveau de conscience différente avec le CAM-ICU ? (p.ex. SAS [Echelle d'agitation-sédation de Riker - Riker Sedation-Agitation Scale], Ramsay, MAAS [Echelle d'évaluation de l'activité motrice - Motor Activity Assessment Scale])

Oui. Le CAM-ICU a été validé originellement en utilisant le RASS, mais toute échelle d'agitation/niveau de conscience peut convenir pour évaluer le niveau de conscience dans le cadre du CAM-ICU. Le RASS n'est pas la même échelle que les autres échelles d'évaluations de sédation-agitation/niveau de conscience et par conséquent, le chiffre représentatif sera différent.

Pour cette raison, il est important de déterminer quelles valeurs de votre échelle habituelle est en corrélation avec les termes et descriptions de l'échelle RASS. Le problème avec certaines échelles d'agitation/niveau de conscience est le mélange des stimulations verbales et physiques à un même niveau. Ceci rend la distinction difficile du critère clé permettant à quelqu'un d'être évaluable pour la confusion mentale, c'est-à-dire, une réponse à la stimulation verbale. Par exemple :

SAS	RASS		Ramsay	RASS		MAAS	RASS
7	+4		1	+1, +2, +3, +4		6	+4
6	+2,+3		2	-1, 0		5	+3
5	+1	OU	3	-3, -2, -1	OU	4	+2, +1
4	0		4	-4, -3, -2, -1		3	0
3	-4, -3, -2, -1		5	-4, -3, -2, -1		2	-3, -2, -1
2	-4		6	-5		1	-4
1	-5					0	-5

16. Comment puis-je obtenir une autorisation de copyright ?

Nous avons obtenu le Copyright pour le CAM-ICU et ses matériels éducationnels et l'avons délibérément donné en accès non-restreint. Nous vous demandons d'insérer la ligne de copyright en bas de page de vos cartes de poches et autres matériels éducationnels, mais l'obtention d'une lettre d'autorisation n'est pas requise pour la mise en place et l'utilisation clinique.

Ligne de copyright : Copyright©2002, E. Wesley, MD, MPH et Vanderbilt University, tous droits réservés.

Pour obtenir plus d'informations sur le copyright du CAM original, veuillez-vous référer au site internet suivant : www.hospitalderlifeprogram.org

17. Comment puis-je obtenir les paquets d'images et/ou les cartes de poche ?

Nous serions heureux de vous assister dans la commande de matériels. Veuillez nous contacter au delirium@vanderbilt.edu. Veuillez-vous assurer que l'objet de votre e-mail soit : « CAM-ICU order ». Ceci garantit que votre commande sera traitée en temps opportun.

18. Où puis-je en apprendre davantage à propos de la confusion mentale en réanimation et du CAM-ICU ?

Regardez notre site internet : www.icudelirium.org. Le site comprend de nombreux liens utiles pour des références, vidéos d'entraînement, protocoles, des informations pour le patient et sa famille, etc. Aussi, n'hésitez pas à contacter notre équipe au delirium@vanderbilt.edu.

19. Comment puis-je me former ?

Nous accueillons périodiquement un atelier d'entraînement au CAM-ICU à Vanderbilt. Si vous êtes intéressé par quelques-uns de ses enseignements, veuillez nous contacter au delirium@vanderbilt.edu. En France, certains services comme le département d'anesthésie réanimation de l'hôpital Saint Eloi organisent des diplômes universitaires de techniques de soins en réanimation où le CAM-ICU est enseigné, de même que le RASS, l'évaluation de la douleur et la gestion de la sédation-analgésie. De plus, les professionnels intéressés peuvent prendre contact pour une formation pratique dans ces services comme par exemple au centre hospitalier universitaire de Montpellier: Contact : g-chanques@chu-montpellier.fr; s-jaber@chu-montpellier.fr ou j-carr@chu-montpellier.fr.

20. Y a-t-il une technologie disponible pour assister la mise en place du CAM-ICU ?

Le CAM-ICU et le RASS sont disponibles au sein d'une application pour smart phone et tablettes appelée Medcalc (gratuit) ou Medcalc Pro (\$1.99). C'est un moyen facile d'apprendre les nuances du fonctionnement du CAM-ICU et du RASS dans la pratique de prise en charge courante. Le groupe d'étude sur la confusion mentale et la dysfonction cognitive en réanimation (*ICU Delirium and Cognitive Impairment Study Group*) n'a aucun intérêt financier dans cette entreprise ou dans le chiffre d'affaires d'une application.

Etude de Cas #1 :

Mme. G est âgée de 65 ans, elle est admise pour une défaillance respiratoire aiguë. Elle vit de manière autonome dans sa propre maison, est active auprès de son association de quartier, et continue de conduire elle-même sa voiture. Vous entrez dans la chambre et elle vous regarde immédiatement. Elle semble anxieuse, elle est sous ventilation non invasive (VNI). Ses bras sont attachés, et elle tire sur ses liens pour retirer son masque de VNI. Son RASS le plus faible au cours des 24 dernières heures était de -2 et le plus haut était de +2. Elle a fait 5 erreurs au test des lettres pour le critère 2. Elle a répondu à 2 questions correctement et a accompli l'ordre entier du critère 4.

Etape 1 - RASS

Quelle est son Score RASS actuel ? _____

Procéder à l'étape 2- Evaluation CAM-ICU ?

- Oui (c'est possible d'évaluer la confusion mentale à ce niveau)
 Non (le patient est comateux et ne peut pas être évalué pour la confusion mentale)

Etape 2 – CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental

Y a-t-il un changement aigu de son état mental de base ? Oui Non

Est-ce que l'état mental a fluctué durant les 24 dernières heures ? Oui Non

Critère 1 : Présent Absent

Procéder au critère 2 ? Oui Non

Critère 2 : Inattention

Lettres > 2 erreurs : Oui Non

Images > 2 erreurs : Oui Non Non nécessaire

Critère 2 : Présent Absent

Procéder au critère 3 ? Oui Non

Critère 3 : Niveau altéré de conscience

RASS actuel (repensez à l'évaluation du niveau de conscience dans l'étape 1)

Critère 3 : Présent Absent

Procéder au critère 4 ? Oui Non

Critère 4 : Pensée désorganisée

Nombre d'erreurs combiné > 1 Oui Non

Critère 4 : Présent Absent

Ensemble CAM-ICU :

- Positif (Critères 1 plus 2 et soit 3 ou 4 présents)
 Négatif

Réponses fournies à la page 28

Etude de Cas #2 :

Votre patient âgé de 80 ans a été sevré avec succès du respirateur et a été extubé à 8h00 à la suite d'une chirurgie abdominale. Il est éveillé et calme depuis que tous les médicaments sédatifs et analgésiques ont été stoppés tôt ce matin. Hier soir et la nuit dernière il a eu des périodes d'agitation avec un RASS documenté de -1 à +3. Il vit avec sa famille en raison de limitations physiques et de sa mobilité, mais il n'a pas de troubles cognitifs décrits. Il a répondu correctement à toutes les questions et a accompli la totalité de l'ordre. Il a serré la main correctement à toutes les lettres.

Etape 1 - RASS

Quelle est son Score RASS actuel ? _____

Procéder à l'étape 2- Evaluation CAM-ICU ?

- Oui (c'est possible d'évaluer la confusion mentale à ce niveau)
 Non (le patient est comateux et ne peut pas être évalué pour la confusion mentale)

Etape 2 – CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation du cours de l'mental

Y a-t-il un changement aigu de son état mental de base ? Oui Non

Est-ce que l'état mental a fluctué durant les 24 dernières heures ? Oui Non

Critère 1 : Présent Absent

Procéder au critère 2 ? Oui Non

Critère 2 : Inattention

Lettres > 2 erreurs : Oui Non

Images > 2 erreurs : Oui Non Non nécessaire

Critère 2 : Présent Absent

Procéder au critère 3 ? Oui Non

Critère 3 : Niveau altéré de conscience

RASS actuel (repensez à l'évaluation du niveau de conscience dans l'étape 1)

Critère 3 : Présent Absent

Procéder au critère 4 ? Oui Non

Critère 4 : Pensée désorganisée

Nombre d'erreurs combiné > 1 Oui Non

Critère 4 : Présent Absent

Ensemble CAM-ICU :

- Positif (Critères 1 plus 2 et soit 3 ou 4 présents)
 Négatif

Réponses fournies à la page 28

Etude de Cas #3 :

Vous entrez dans la chambre d'une patiente âgée de 65 ans admise il y a 2 jours après une chirurgie abdominale en urgence. Elle est toujours sous respirateur, ses yeux sont fermés. Elle n'ouvre pas les yeux à la stimulation verbale mais elle répond aux stimuli physiques. Elle était sous curares dont elle a été sevrée depuis 24 heures. Elle reçoit toujours des sédatifs. Elle était RASS -5 à -2 au cours des 24 dernières heures. Elle est incapable de suivre l'ordre. Avant la chirurgie, elle était une enseignante jeune retraitée.

Etape 1 - RASS

Quelle est son Score RASS actuel ? _____

Procéder à l'étape 2- Evaluation CAM-ICU ?

- Oui (c'est possible d'évaluer la confusion mentale à ce niveau)
 Non (le patient est comateux et ne peut pas être évalué pour la confusion mentale)

Etape 2 – CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation du cours de l'état mental

Y a-t-il un changement aigu de son état mental de base ? Oui Non

Est-ce que l'état mental a fluctué durant les 24 dernières heures ? Oui Non

Critère 1 : Présent Absent

Procéder au critère 2 ? Oui Non

Critère 2 : Inattention

Lettres > 2 erreurs : Oui Non

Images > 2 erreurs : Oui Non Non nécessaire

Critère 2 : Présent Absent

Procéder au critère 3 ? Oui Non

Critère 3 : Niveau altéré de conscience

RASS actuel (repensez à l'évaluation du niveau de conscience dans l'étape 1)

Critère 3 : Présent Absent

Procéder au critère 4 ? Oui Non

Critère 4 : Pensée désorganisée

Nombre d'erreurs combiné > 1 Oui Non

Critère 4 : Présent Absent

Ensemble CAM-ICU :

- Positif (Critères 1 plus 2 et soit 3 ou 4 présents)
 Négatif

Réponses fournies à la page 29

Etude de Cas #4 :

Vous entrez dans la chambre d'une patiente insuffisante cardiaque âgée de 78 ans que vous aviez vue il y a plusieurs jours. Elle vit à la maison et prend soin de son mari. Elle était RASS -1 à 0 et CAM-ICU négative dans les 24 dernières heures. Elle est RASS 0 ce matin et vous accueille en disant « A quoi pensez-vous que je ressemble ? » Vous échangez des plaisanteries à propos de comment elle est aujourd'hui. Elle répond correctement à 2 questions, accomplit la totalité de l'ordre, mais fait 4 erreurs au test des lettres et 5 erreurs au test des images.

Etape 1 - RASS

Quelle est son Score RASS actuel ? _____

Procéder à l'étape 2- Evaluation CAM-ICU ?

Oui (c'est possible d'évaluer la confusion mentale à ce niveau)

Non (le patient est comateux et ne peut pas être évalué pour la confusion mentale)

Etape 2 – CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation du cours de l'état mental

Y a-t-il un changement aigu de son état mental de base ? Oui Non

Est-ce que l'état mental a fluctué durant les 24 dernières heures ? Oui Non

Critère 1 : Présent Absent

Procéder au critère 2 ? Oui Non

Critère 2 : Inattention

Lettres > 2 erreurs : Oui Non

Images > 2 erreurs : Oui Non Non nécessaire

Critère 2 : Présent Absent

Procéder au critère 3 ? Oui Non

Critère 3 : Niveau altéré de conscience

RASS actuel (repensez à l'évaluation du niveau de conscience dans l'étape 1)

Critère 3 : Présent Absent

Procéder au critère 4 ? Oui Non

Critère 4 : Pensée désorganisée

Nombre d'erreurs combiné > 1 Oui Non

Critère 4 : Présent Absent

Ensemble CAM-ICU :

Positif (Critères 1 plus 2 et soit 3 ou 4 présents)

Négatif

Réponses fournies à la page 29

Etude de Cas #5 :

Vous avez pris en charge un homme âgé de 22 ans en post-opératoire. Il a eu un accident de la voie publique et est allé au bloc opératoire pour fixation d'une fracture ouverte acétabulaire antérieure gauche. Cela fait maintenant 30 minutes qu'il est dans sa période de réveil, et commence doucement à bouger et gémir. Ces mouvements ne sont pas agressifs. Quand vous lui parlez il ouvre les yeux brièvement, avec un contact visuel de 2 à 3 secondes avant de les fermer à nouveau. Il était réveillé, alerte et adapté avant d'aller au bloc opératoire. Il a fait 3 erreurs au test des lettres A.

Etape 1 - RASS

Quelle est son Score RASS actuel ? _____

Procéder à l'étape 2- Evaluation CAM-ICU ?

- Oui (c'est possible d'évaluer la confusion mentale à ce niveau)
 Non (le patient est comateux et ne peut pas être évalué pour la confusion mentale)

Etape 2 – CAM-ICU

Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation du cours de l'état mental

Y a-t-il un changement aigu de son état mental de base ? Oui Non

Est-ce que l'état mental a fluctué durant les 24 dernières heures ? Oui Non

Critère 1 : Présent Absent

Procéder au critère 2 ? Oui Non

Critère 2 : Inattention

Lettres > 2 erreurs : Oui Non

Images > 2 erreurs : Oui Non Non nécessaire

Critère 2 : Présent Absent

Procéder au critère 3 ? Oui Non

Critère 3 : Niveau altéré de conscience

RASS actuel (repensez à l'évaluation du niveau de conscience dans l'étape 1)

Critère 3 : Présent Absent

Procéder au critère 4 ? Oui Non

Critère 4 : Pensée désorganisée

Nombre d'erreurs combiné > 1 Oui Non

Critère 4 : Présent Absent

Ensemble CAM-ICU :

- Positif (Critères 1 plus 2 et soit 3 ou 4 présents)
 Négatif

Réponses fournies à la page 30

Réponses aux Etudes de Cas

Cas #1	
Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	
Le RASS a fluctué de -2 à +2 pendant les 24 dernières heures. Elle vivait de façon autonome à la maison avant l'hospitalisation, l'altération est aigu.	Présent
Critère 2 : Inattention	
Elle était agitée et avait > 2 erreurs aux lettres, l'épreuve des images n'était pas nécessaire	Présent
Critère 3 : Niveau altéré de conscience	
Elle était attachée et anxieuse et essayait de retirer le masque BIPAP avec un RASS de +3	Présent
Critère 4 : Pensée désorganisée	
Elle a répondu correctement à deux questions et a rempli l'ordre en deux temps, le nombre d'erreurs combiné est >1	Présent
Ensemble du CAM-ICU	Positif

Cas #2	
Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	
Bien que son état mental actuel soit habituel, le RASS a fluctué de -1 à +3 durant les 24 dernières heures.	Présent
Critère 2 : Inattention	
Il a fait 0 erreur avec les lettres, les images n'étaient pas nécessaires.	Absent
Critère 3 : Niveau altéré de conscience	
Le RASS actuel est 0, il est calme et éveillé.	Absent
Critère 4 : Pensée désorganisée	
Il a répondu à toutes les questions correctement et a accompli les ordres en 2 étapes avec 0 erreur combinée.	Absent
Ensemble du CAM-ICU	Négatif

Cas #3	
Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	
Le RASS a fluctué de -5 à -2 pendant les 24 dernières heures, elle n'est plus du tout curarisée mais reste sous sédation. Elle est actuellement non répondante à la stimulation verbale	n/a
Critère 2 : Inattention	
Elle répond seulement aux stimuli physiques =NON EVALUABLE	n/a
Critère 3 : Niveau altéré de conscience	
Le RASS actuel est de -4, elle répond seulement aux stimuli physiques	n/a
Critère 4 : Pensée désorganisée	
Elle répond seulement aux stimuli physiques =NON EVALUABLE	n/a
Ensemble du CAM-ICU	NON EVALUABLE- Souvenez-vous, nous ne pouvons pas évaluer le CAM-ICU quand un patient est RASS -4 ou -5

Cas #4	
Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	
Aujourd'hui, elle est RASS 0 et le RASS était entre -1 et 0 pendant les 24 dernières heures, son statut mental habituel semble inchangé. Elle vit à la maison et prend soin de son mari	Présent
Critère 2 : Inattention	
Elle a > 2 erreurs avec les lettres et > 2 erreurs avec les images	Présent
Critère 3 : Niveau altéré de conscience	
Le RASS actuel est de 0, elle est éveillée et calme	Absent
Critère 4 : Pensée désorganisée	
Elle répond à 2 questions correctement et accomplit l'ordre en 2 étapes avec un nombre combiné d'erreurs >1	Présent
Ensemble du CAM-ICU	Positif

Cas #5	
Critère 1 : Changement aigu ou fluctuation de l'état mental	
Il y a eu un changement d' état mental dû à l'anesthésie générale : c'est pourquoi le critère 1 est présent.	Présent
Critère 2 : Inattention	
Il est agité et a > 2 erreurs aux lettres, les images n'étaient pas nécessaires.	Présent
Critère 3 : Niveau de conscience altéré	
La RASS du patient est -2 car il se réveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact < 10 secondes)	Présent
Critère 4 : Pensée désorganisée	
N'a pas été évalué puisque le patient a déjà rassemblé les critères pour être CAM-ICU positif	N'a pas été évalué
Ensemble du CAM-ICU	Positif

FEUILLE DE ROUTE POUR LA COMMUNICATION INTERDISCIPLINAIRE

Manquer l'une de ces étapes peut laisser l'équipe soignante en manque d'informations !

Dépistage – Rechercher ce qui suit :

1. Où le patient va-il ? (p.ex., objectifs de sédation/ niveau de conscience ciblés)
2. Où se situe le patient maintenant ? (p.ex., scores actuels de CPOT/BPS, RASS/SAS, CAM-ICU/ICDSC)
3. Comment en est-il arrivé ici ? (p.ex., expositions aux drogues)

Présentation – Déterminer ce qui suit (prend seulement 10 secondes !) :

1. Score de douleur (CPOT/BPS)
2. Cible/objectif de RASS/SAS
3. Niveau actuel de RASS/SAS
4. CAM-ICU/ICDSC
5. Exposition aux drogues

T.R.A.I.T.E la confusion mentale

La reconnaissance de la confusion mentale est comme une alarme anti-intrusion. Elle nous force à considérer les causes identifiables et traitables au plus tôt, en évitant les mauvais réflexes (traitement d'une agitation par neuroleptique sans traitement de la cause = mauvais réflexe).

Toxiques : médicaments et toxiques (exposition ou sevrage), défaillance viscérale (foie, rein)

Respiration : Hypoxémie, Hypoxie tissulaire (insuffisance cardiaque congestive, choc), Hypercapnie

Alternatives thérapeutiques non médicamenteuses : mobilisation et exercice précoces, prothèses auditives, aides visuelles (lunettes), réorientation, hygiène du sommeil, musicothérapie, contrôle du bruit

Infection/sepsis, Inflammation, ou existe-il une nouvelle Infection nosocomiale ?, Immobilisation

Trouble hydro-électrolytique, métabolique ou hormonal

Epilepsie infra-clinique et autre pathologie de l'encéphale (accident vasculaire)

Exemple d'un patient de réanimation avec un SDRA

Jour 1 : RASS cible -4, FiO2 70%/PEP 14, RASS actuel de +1 à -1 (lutte contre le respirateur et désature), CAM-ICU +, Bolus intermittent de benzodiazépines et de fentanyl)

Ce patient en SDRA est sous-sédaté à J1, la meilleure approche devrait être d'augmenter la posologie des médicaments conformément à la cible de RASS prescrite, et après s'être assuré du réglage optimal du respirateur.

Jour 2 : RASS cible -1, FiO2 40%/PEP 6, RASS actuel -3, CAM-ICU +, sous perfusion continue de propofol

Le patient est sur-sédaté et confus, alléger ou réduire les sédatifs est approprié en utilisant l'approche « réveille-toi et respire » (- Wake Up and Breathe-) aussi connu comme l'approche ABC²⁰

Jour 3 : RASS cible 0, RASS actuel 0, CAM-ICU +, sans sédatifs ni analgésiques depuis la nuit dernière.

Le patient est confus et sans sédation Pourquoi ??? Consultez la méthode T.R.A.I.T.E ci-dessus

Listes des références

1. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. Jan 2013;41(1):263-306.
2. Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness--crossing the quality chasm. *Chest*. Nov 2010;138(5):1224-1233.
3. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166(10):1338-1344.
4. Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. Jun 11 2003;289(22):2983-2991.
5. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Books4US; 2013.
6. 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. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-948.
7. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29(7):1370-1379.
8. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. Dec 5 2001;286(21):2703-2710.
9. Truman B, Ely EW. Monitoring delirium in critically ill patients. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. Apr 2003;23(2):25-36; quiz 37-28.
10. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA*. Aug 18 2010;304(7):779-786.
11. Smith HA, Boyd J, Fuchs DC, et al. Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. Jan 2011;39(1):150-157.
12. Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Ann Emerg Med*. Nov 2013;62(5):457-465.
13. Mitasova A, Kostalova M, Bednarik J, et al. Poststroke delirium incidence and outcomes: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. Feb 2012;40(2):484-490.
14. Naidech AM, Beaumont JL, Rosenberg NF, et al. Intracerebral Hemorrhage and Delirium Symptoms. Length of Stay, Function, and Quality of Life in a 114-Patient Cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(11):1331-1337.
15. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. Nov 1989;84(11):1353-1357.
16. Sarff M, Gold JA. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. *Crit Care Med*. Sep 2010;38(9 Suppl):S494-501.

17. Patel SB, Poston JT, Pohlman A, Hall JB, Kress JP. Rapidly Reversible, Sedation-related Delirium versus Persistent Delirium in the ICU. *Am J RespirCrit Care Med*. 2014.
18. Ouimet S, Riker R, Bergeron N, Cossette M, Kavanagh B, Skrobik Y. Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Intensive Care Med*. Jun 2007;33(6):1007-1013.
19. Swan JT. Decreasing Inappropriate Unable-to-Assess Ratings for the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2014;23(1):60-69.
20. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. Jan 12 2008;371(9607):126-134.
21. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, et al. Validation de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond traduite en langue française. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25:696-701.