

*Confusion Assessment Method*  
**Validation d'une version française**

### Résumé

L'évaluation des fonctions mentales supérieures des personnes âgées hospitalisées n'est pas effectuée de façon systématique et standardisée malgré la présence continue du personnel infirmier. Le *Confusion Assessment Method* (CAM) est le seul instrument clinique valide et fiable dont l'utilisation en vue de déceler les symptômes de l'état confusionnel aigu (ÉCA) est simple et rapide, même par des professionnels de la santé sans formation spécialisée en psychiatrie. Le CAM a été traduit en huit langues, mais aucune version française validée n'a été publiée. C'est pourquoi les premières étapes d'une démarche de validation d'une version française du CAM et de l'algorithme diagnostique ont été réalisées ; parallèlement, la description, en français, des symptômes de l'ÉCA et des critères de l'algorithme diagnostique a été enrichie. Les deux premières étapes de la méthode de validation transculturelle de questionnaires psychologiques de Vallerand ont guidé le processus de validation. L'accès à la version française de cet instrument permettra une plus grande autonomie professionnelle, facilitera la reconnaissance des symptômes de l'ÉCA et accélérera le début des interventions appropriées.

*Mots clés: état confusionnel aigu, delirium, Confusion Assessment Method, version française*

*Confusion Assessment Method*  
**Validation of a French-language version**

### Abstract

There is no systematic or standardized approach to assessing higher mental functions in hospitalized elderly patients, despite the constant presence of nursing staff. The Confusion Assessment Method (CAM) is the only valid and reliable clinical tool for detecting symptoms of delirium easily and quickly, even by health professionals with no specialized training in psychiatry. The CAM has been translated into eight languages, but no validated French-language version has been published as yet. It was in response to this need that the researchers took the first steps in validating a French-language version of the CAM and the diagnostic algorithm, and enhanced the description in French of symptoms of delirium and the criteria of the diagnostic algorithm. The validation process was based on the first two steps in the transcultural validation method for psychological questionnaires suggested by Vallerand. The availability of a French-language version of this instrument will lead to greater professional autonomy and help to simplify the recognition of symptoms of delirium and ensure that the appropriate action is taken sooner.

*Keywords: delirium, Confusion Assessment Method, French version, French-language version*

## Confusion Assessment Method

# Validation d'une version française

JOHANNE LAPLANTE, INF., M.S.C.A., MARTIN COLE, M.D., JANE McCUSKER, M.D., SANTOKH SINGH, M.D., MARIE-ANDRÉE OUIMET, M.D.

L'évaluation clinique de l'état confusionnel aigu (ÉCA)<sup>1</sup> chez la personne âgée est une tâche complexe qui présente un défi de taille pour les professionnels de la santé. Malgré l'importance attribuée à la reconnaissance des symptômes dans la documentation scientifique, ils sont fréquemment interprétés de façon erronée (Lipowski, 1990), car leur manifestation clinique et leur fluctuation peuvent aussi indiquer d'autres maladies. Des études ont montré que pour 32 à 67% des patients présentant un ÉCA, le problème n'est pas diagnostiqué par le médecin traitant (Inouye, 1994), et que les infirmières n'en reconnaissent pas les symptômes dans 70% des cas (Inouye *et al.*, 2001). Par conséquent, lorsqu'un traitement médical est entrepris — ce qui n'est pas toujours le cas — le début en est souvent retardé (Inouye, 1994).

Bien que les raisons qui expliquent cette situation soient nombreuses, la nécessité pour les infirmières d'évaluer périodiquement les fonctions mentales supérieures de leurs patients au moyen d'une méthode systématique ne fait aucun doute. D'où l'importance pour elles d'avoir accès à des instruments de mesure validés, qui sont rédigés ou traduits dans leur langue.

Le CAM a été traduit en huit langues (Inouye, 2004). À la connaissance des chercheurs, aucune version française validée n'a été publiée à ce jour. C'est pourquoi les chercheurs ont réalisé les premières étapes de validation d'une traduction française du CAM et de son algorithme diagnostique et proposé une description en français des symptômes de l'ÉCA et des critères de l'algorithme diagnostique.

1. À l'heure actuelle, l'expression « état confusionnel aigu » (ÉCA) est la plus fréquemment utilisée et reconnue comme synonyme de « delirium ». Dans le présent article, les auteurs ont choisi cette expression afin d'éviter l'utilisation inappropriée des termes « délire » ou « delirium tremens » dans le processus de la traduction.

## Recension des écrits

### L'état confusionnel aigu

Le delirium ou état confusionnel aigu (ÉCA) est un syndrome qui se manifeste par un désordre global et transitoire des fonctions mentales supérieures. Il survient soudainement et peut durer de quelques jours à quelques semaines. Son évolution se distingue par une fluctuation des symptômes. Il se caractérise généralement par un état de conscience altéré, de l'inattention, un désordre de la pensée, des troubles mnésiques, de la désorientation (temps, espace, personne), des troubles perceptuels, des troubles psychomoteurs (agitation, ralentissement) et une perturbation du rythme veille-sommeil (Cole, 2004).

La présentation clinique des symptômes peut être très variée. Ils peuvent être légers et transitoires et s'exprimer par de la fatigue, une diminution de la concentration, de l'irritabilité, de l'agitation, de l'anxiété ou un affect déprimé. On peut aussi noter des troubles perceptuels, des déficits cognitifs légers ou une hypersensibilité à la lumière et au bruit. Des périodes d'éveil la nuit et de somnolence le jour sont fréquemment observées. L'évolution clinique de l'ÉCA peut se limiter à ce qui précède ou évoluer vers une présentation plus fulgurante des symptômes (Cole, 2004). Il peut se manifester sous différentes formes. La forme hypoactive est très souvent sous-diagnostiquée. En général, la personne âgée est ralentie, isolée dans sa chambre. Son comportement n'est ni dérangent ni dangereux pour elle ou pour autrui. Elle participe encore à ses soins et peut répondre clairement à des questions fermées. Règle générale, le personnel soignant ne reconnaît pas qu'une telle personne puisse être atteinte de l'ÉCA. Par opposition, la forme hyperactive est facilement reconnue par les soignants. Le

changement brutal ainsi que la tendance fluctuante des symptômes sont évidents; la personne n'agit plus comme avant. Finalement, il existe aussi la forme mixte (hypoactive et hyperactive) où les symptômes varient entre une forme et l'autre (Cole, 2004).

Les facteurs étiologiques de l'ÉCA peuvent être regroupés en trois classes: 1) les facteurs prédisposants incluent l'âge avancé, la préexistence de lésions cérébrales, les syndromes organiques tels que la maladie d'Alzheimer, les déficits visuels et auditifs, un changement dans le rythme circadien, la malnutrition, les maladies multiples; 2) les facteurs facilitateurs comprennent le stress psychosocial, une carence en sommeil, une diminution ou une augmentation des stimuli sensoriels et de l'immobilité; 3) les facteurs précipitants

ou les facteurs organiques, répartis en quatre sous-classes, comprennent les maladies cérébrales primaires, les maladies systémiques affectant le cerveau, l'intoxication avec des substances exogènes (médicaments, drogues illicites, poisons d'origine industrielle, végétale ou animale) et le retrait soudain d'une substance telle que l'alcool ou d'un médicament sédatif hypnotique ou des deux (Lipowski, 1990).

Les personnes âgées fragiles sont plus vulnérables physiquement et, donc, plus susceptibles de présenter les symptômes d'un ÉCA. En effet, jusqu'à 50% d'entre elles souffrent des symptômes d'un ÉCA sous une forme quelconque (hyperactive, hypoactive ou mixte) en période d'hospitalisation (Cole, 2004). Ces personnes sont plus enclines à être hospitalisées longtemps et à être dirigées vers un établissement de soins de longue durée ou un centre d'accueil à leur sortie de l'hôpital. Leur taux de mortalité est plus élevé (McCusker *et al.*, 2001, 2003b). En outre, les symptômes d'un ÉCA peuvent persister jusqu'à un an suivant le congé de l'hôpital de la personne âgée, avec ou sans atteintes cognitives (McCusker *et al.*, 2003a).

Or, l'évaluation des fonctions mentales supérieures des personnes âgées hospitalisées n'est ni standardisée ni systématique et ce, malgré la présence du personnel infirmier 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (Laplante et Cole, 2001). Une documentation continue et pertinente mettant en relief des

observations cliniques démontrant des changements cognitifs ou comportementaux de la clientèle hospitalisée peut faciliter la reconnaissance des symptômes et devenir l'élément clé permettant de confirmer le début de l'ÉCA (Morency *et al.*, 1994).

Parmi les raisons pouvant expliquer la difficulté à reconnaître les symptômes, Eden et Foreman (1996) en notent deux: 1) une connaissance insuffisante des symptômes de l'ÉCA et 2) une communication et un partage insuffisants des observations cliniques. Quant à Laplante et Cole (2001), ils avancent que l'absence de normes sur le plan de l'évaluation des fonctions mentales supérieures peut expliquer que les infirmières évaluent les fonctions mentales supérieures sporadiquement ou encore qu'elles ne reconnaissent pas les symptômes de l'ÉCA.

### Les instruments de mesure

Jusqu'à présent, trois méthodes de mesure de l'ÉCA sont reconnues comme des instruments diagnostiques: 1) le «Delirium Symptom Interview», 2) le «Delirium Rating Scale-revised-98 (DRS-R-98)» et 3) le «Confusion Assessment Method». Le «Delirium Symptom Interview» est un questionnaire de 33 questions qui peut être rempli en l'espace de 20 à 30 minutes

(Albert *et al.*, 1992). Il ne peut être utilisé quotidiennement, compte tenu de la charge importante de travail des infirmières et l'état de santé parfois très précaire de la clientèle âgée hospitalisée (Laplante et Cole, 2001).

Le «Delirium Rating Scale-revised-98» a été révisé par Trzepacz *et al.* (2001) à partir de la version originale de 1988. Parmi les trois instruments diagnostiques énumérés ci-dessus, le DRS-R-98 est la seule échelle comportant seize items dont treize mesurent la sévérité des symptômes de l'ÉCA et trois facilitent le diagnostic selon les critères diagnostiques du DSM-IV. Cependant, elle n'évalue pas l'état de conscience et, malgré son accessibilité, une information abondante provenant de différentes sources est nécessaire pour effectuer l'évaluation. De plus, les résultats obtenus ne peuvent être interprétés que par un psychiatre ou un clinicien expert dans le domaine (Trzepacz *et al.*, 2001).

Le «Confusion Assessment Method» (CAM) a été mis au point par Inouye et ses collaborateurs (1990). Beaucoup plus facile à utiliser que les deux autres, le questionnaire peut être rempli dans un délai de 5 à 10 minutes par des professionnels sans formation spécialisée en psychiatrie (Inouye *et al.*, 1990). Le CAM a été conçu pour mettre en évidence les principaux symptômes de l'ÉCA à partir de la 3<sup>e</sup> édition révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R)*. Lorsqu'on l'a comparé au

diagnostic d'un psychiatre, cet instrument a démontré une sensibilité (de 94 à 100 %), une spécificité (de 90 à 95 %) et une fidélité inter-juges ( $K = .81$  à  $1.0$ ) élevées (Inouye *et al.*, 1990). Cole et ses collaborateurs (2003) ont notamment comparé la sensibilité et la spécificité des critères diagnostiques de l'ÉCA du *DSM-IV* à ceux du *DSM-III-R*, puis du CAM au *DSM-III-R*. Les résultats obtenus ont démontré une sensibilité de 100 % et une spécificité de 71 % lorsque le *DSM-IV* est comparé au *DSM-III-R* et finalement, une sensibilité de 100 % et une spécificité de 97 %, lorsque le CAM est comparé au *DSM-III-R*. De plus, les résultats non publiés de l'étude de Cole montrent que le CAM et le *DSM-IV* sont comparables avec une sensibilité de 88 % et une spécificité de 100 %. Le CAM demeure donc un instrument de mesure approprié pour déceler les symptômes de l'ÉCA comparativement à la nouvelle édition du *DSM-IV*.

Le CAM peut servir tant en clinique qu'en recherche. C'est un instrument de mesure fréquemment utilisé pour déceler les symptômes de l'ÉCA auprès des personnes âgées qui vivent dans la communauté, en centre d'accueil (Mentes, 1995) ou qui sont hospitalisées dans une unité de médecine (Inouye *et al.*, 1990), de chirurgie (Milisen *et al.*, 2002) ou d'oncologie (Gagnon *et al.*, 2000). De plus, une version adaptée à la clientèle des soins intensifs «CAM-ICU» a été conçue et validée (Ely *et al.*, 2001).

En 1998, les travaux de Zou et de ses collègues ont démontré qu'une infirmière habile à travailler avec le CAM pouvait reconnaître les symptômes d'un ÉCA avec beaucoup de rigueur. Selon eux, et selon Rudolph et Marcantonio (2003), le CAM peut maintenant être considéré comme l'instrument de choix pour le diagnostic de l'ÉCA chez la personne âgée hospitalisée.

## Méthode

La traduction du CAM en français a été réalisée selon la méthode de validation transculturelle de questionnaires psychologiques de Vallerand (1989). Cet auteur propose

une série de sept étapes systématiques menant à la validation, en langue française, de questionnaires validés en langue anglaise. Les chercheurs ont effectué les deux premières étapes de cette méthode de validation: 1) la préparation d'une version préliminaire et 2) l'évaluation et la modification de la version préliminaire.

### Préparation d'une version préliminaire

La traduction inversée est une approche qui comporte plusieurs avantages. Elle permet notamment de réduire les risques de biais en confiant la traduction à un minimum de deux personnes et de vérifier la justesse de l'instrument traduit par rapport à la version originale (Vallerand, 1989). Le trajet langue source (anglais) à langue cible (français) à langue source (anglais) permet de conserver les nuances sémantiques (Streiner et Norman, 2003) et de découvrir les erreurs commises au cours de la traduction, ainsi que de mettre en évidence les inadéquations culturelles et linguistiques entre les versions en langue source et rétrotraduite (Guillemin *et al.*, 1993).

La chercheuse principale, qui possède une connaissance approfondie de l'instrument, a donc traduit le CAM et son algorithme de l'anglais (sa langue de travail) au français (sa langue maternelle). Par la suite, cette version française a été transmise à un psychiatre qui avait très peu utilisé l'instrument et dont la langue maternelle est l'anglais. Ce médecin a retraduit l'instrument du français à l'anglais.

### Évaluation et modification de la version préliminaire

L'évaluation de la version préliminaire a été effectuée au moyen d'une approche de type comité, ainsi que le préconise Vallerand, car elle permet une évaluation plus objective et précise de la version proposée. Les trois premiers chercheurs, ainsi qu'un expert linguistique, ont donc participé à la révision de la version préliminaire. À la suite de l'évaluation du comité d'experts, un expert-conseil indépendant a été consulté afin de vérifier les équivalences entre la langue source (l'anglais) et la langue cible (le français) et de s'assurer à son tour de la qualité de la traduction et de la justesse de la terminologie médicale.

Cette version préliminaire a donc été comparée à la version originale de Inouye *et al.* (1990) par les trois premiers chercheurs. Deux de ces experts sont des professeurs émérites de l'Université McGill, reconnus pour leurs nombreuses recherches dans le domaine. Des biais de construits

(construits exprimés de manière différente dans différentes cultures) et d'items (erreurs de traduction, contenu inapproprié dans un groupe culturel) ont été observés (Massoubre *et al.*, 2002). Une fois les corrections nécessaires effectuées par la chercheuse principale, cette nouvelle version a été de nouveau transmise au psychiatre. La rétro-traduction de la deuxième version française s'est révélée exacte par rapport à la version de Inouye *et al.* (1990), à l'exception de quelques expressions idiomatiques et familières. Cette dernière version a ensuite été vérifiée par un linguiste, avec le souci de respecter le niveau de langue de la version originale de Inouye. Pour s'assurer de la fidélité de la traduction dans la langue cible, cette dernière a été confiée à un autre psychiatre, de langue maternelle française mais travaillant en anglais, qui a évalué la clarté des questions. Quelques modifications ont été apportées afin d'assurer l'équivalence de la terminologie médicale dans les deux langues.

Étant donné que le CAM n'est pas à proprement parler un questionnaire, aucun prétest n'a été effectué auprès de professionnels de la santé francophones. Comme il est constitué de neuf symptômes qui guident les professionnels dans le dépistage de l'ÉCA, les deux premières étapes du processus de validation de questionnaires psychologiques de Vallerand (1989) ont semblé suffisantes.

## Résultats

Outre la traduction française du CAM et de son algorithme diagnostique (voir les encadrés), l'étude a porté sur la description des symptômes de l'ÉCA et des critères de l'algorithme diagnostique du CAM en français. Le tableau I présente la description des quatre critères principaux de l'algorithme diagnostique du CAM, soit: 1) le début soudain et la fluctuation des symptômes, 2) l'inattention, 3) la désorganisation de la pensée et 4) l'altération de l'état de conscience.

La description des cinq autres symptômes du CAM est présentée dans le tableau II. Ces symptômes sont: 1) la désorientation, 2) les troubles mnésiques, 3) les anomalies de perception, 4) l'agitation psychomotrice ou le retard psychomoteur et 5) la perturbation du rythme veille-sommeil. Il est à noter que le diagnostic de l'ÉCA au moyen du CAM requiert la présence des critères 1 et 2 associés au critère 3 ou 4, ou aux deux. Les cinq autres symptômes de l'ÉCA (tableau II) ne font pas partie de l'algorithme diagnostique du CAM puisqu'ils n'ajoutent rien à la sensibilité et à la spécificité de l'instrument (Inouye *et al.*, 1990). Il est toutefois important de mentionner que le début soudain et la fluctuation des symptômes concernent les neuf symptômes qui composent le CAM. ▶

Le CAM (*Confusion Assessment Method*)**Début soudain**

- 1) Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel?

**Inattention\***

- 2) A. Est-ce que le patient avait 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 donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
  - Incertain.
- B. (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 être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Oui.
  - Non.
  - Incertain.
  - Ne s'applique pas.
- C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement :

**Désorganisation de la pensée**

- 3) Est-ce que la pensée du patient était 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 un autre de façon imprévisible?

**Altération de l'état de conscience**

- 4) 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 (sommolent, 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, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

**Troubles mnésiques**

- 6) Est-ce que le patient a démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes?

**Anomalies de perception**

- 7) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)?

**Agitation psychomotrice**

- 8) Partie 1.  
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a 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?

**Retard psychomoteur**

- 8) Partie 2.  
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a 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?

**Perturbation du rythme veille-sommeil**

- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

\* Les questions sous ce symptôme ont été répétées pour chaque symptôme où ce fut applicable.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

## L'algorithme diagnostique du CAM\*

**Critère 1** *Début soudain et fluctuation des symptômes*

Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes : Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, 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 avait 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 : Est-ce que la pensée du patient était 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 un 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], léthargique [sommolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou 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.

Traduit de INOUE, S.K. et al. « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

Tableau I

## Description des quatre critères principaux du CAM

**Critère I : début soudain et fluctuation des symptômes**

Ce critère se caractérise par un changement soudain des fonctions mentales supérieures du patient au cours du dernier mois (Inouye *et al.*, 1990) comprenant une fluctuation des symptômes au cours de la journée (ex. : confus en matinée et non en après-midi). Cette information est très souvent obtenue auprès des personnes qui connaissent bien le patient. Ces personnes vivent avec le patient, p. ex. le conjoint ; travaillent auprès de celui-ci, p. ex. les professionnels de la santé (CLSC, famille d'accueil, résidence, hôpital, CHSLD, médecin de famille) ; ou voient le patient régulièrement, p. ex. les amis et les enfants. Il est en général facile pour ces personnes de reconnaître un changement au niveau des fonctions mentales supérieures. Le début de l'état confusionnel aigu est en général soudain et entraîne très souvent une situation de crise pour le patient et sa famille. Le patient réagit aux stimuli différemment. Il n'est plus le même (Laplante et Cole, 2001).

**Critère II : inattention**

L'inattention est observée lorsque le patient est facilement distrait ou a de la difficulté à retenir ce qui a été dit (Inouye *et al.*, 1990). Lors d'une conversation, le patient a de la difficulté à garder son attention sur le sujet de la discussion. Son niveau de concentration est diminué. L'information doit être répétée plusieurs fois avant d'être enregistrée et comprise. Le patient oublie rapidement ce qui vient de lui être dit. Il perd aussi facilement le fil de ses idées. L'inattention s'observe cliniquement à l'aide de questions telles que des soustractions simples (ex. : soustraire 7 de 100 et continuer de soustraire le nombre 7 du résultat obtenu), des commandes simples (ex. : épeler le mot monde à l'envers) (Inouye *et al.*, 1990), ou encore par une incapacité à suivre ou à diriger une conversation (ex. : le patient continue de répondre à une question posée antérieurement) ou à accomplir une tâche.

**Critère III : désorganisation de la pensée**

Ce critère est observé lorsque le contenu de la conversation du patient ne correspond pas à la question posée. Le contenu est souvent inapproprié, incohérent, décousu ou sans rapport avec la question. Le patient radote, divague. Il exprime une suite illogique d'idées et passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible (Inouye *et al.*, 1990). La désorganisation de la pensée s'observe facilement à l'aide d'une entrevue semi-structurée.

**Critère IV : altération de l'état de conscience**

Ce critère se rapporte à l'état de conscience du patient pendant l'entrevue. Le patient peut être alerte, vigilant (excessivement sensible aux stimuli de l'environnement), léthargique (sommolent, se réveille facilement), en stupeur (difficile à réveiller) ou dans un coma (impossible à réveiller) (Inouye *et al.*, 1990). En cas de doute, il est très important de vérifier tout changement récent de l'état de conscience avec le personnel soignant, la famille ou les personnes qui connaissent bien le patient.

Tableau II

## Description des cinq autres symptômes du CAM

**Désorientation**

Ce symptôme est observé lorsque le patient est incapable de s'orienter dans le temps (heure de la journée, jour, date, mois, saison, année), ne reconnaît plus l'endroit où il se trouve (se pense ailleurs qu'à l'endroit où il est) ou se trompe sur l'identité des personnes (incapable de reconnaître ses proches) (Inouye *et al.*, 1990).

**Troubles mnésiques**

Ce symptôme est observé lorsque le patient a de la difficulté à se souvenir des événements récents tels que les raisons de son admission, le déroulement de son hospitalisation et/ou lorsque le patient a de la difficulté à se souvenir d'une consigne simple (Inouye *et al.*, 1990).

**Anomalies de perception**

Ce symptôme se rapporte à des hallucinations tant auditives que visuelles et à des illusions ou des erreurs d'interprétation (p. ex. croire que quelque chose a bougé alors que ce n'est pas le cas) (Inouye *et al.*, 1990).

**Agitation psychomotrice ou retard psychomoteur**

Ce symptôme est observé lorsqu'il y a une augmentation inhabituelle de l'activité psychomotrice du patient, p. ex. il ne tient pas en place, il se tortille ou gratte les draps, il tapote avec ses doigts, ou change fréquemment et soudainement de position, ou encore lorsqu'il y a une diminution de l'activité psychomotrice, p. ex. une lenteur, un regard fixe, le patient reste dans la même position longtemps, ou se déplace très lentement (Inouye *et al.*, 1990).

**Perturbation du rythme veille-sommeil**

Ce symptôme est observé lorsque le patient dort une partie de la journée et est éveillé une partie de la nuit (Inouye *et al.*, 1990).

Les avantages du CAM sont nombreux. En plus d'être reconnu dans les écrits scientifiques pour ses différentes qualités, la disponibilité de cet instrument favorisera une plus grande autonomie professionnelle des infirmières. En effet, son utilisation quotidienne pour évaluer les fonctions mentales supérieures des personnes âgées hospitalisées facilitera la reconnaissance des symptômes de l'ÉCA, et permettra aussi de normaliser la consignation des observations cliniques au dossier. Ces observations, à leur tour, permettront aux infirmières de déceler plus tôt les symptômes de l'ÉCA et d'entreprendre sans tarder les interventions appropriées, réduisant ainsi les risques associés à cet état.

En effet, la consignation de tout changement de comportement de la personne âgée hospitalisée constitue une excellente source d'information pour signaler le début de l'ÉCA ou mettre en évidence les périodes de fluctuation. Par leurs nombreux contacts avec les patients, les infirmières sont bien placées pour remarquer toute période de changement (Milisen *et al.*, 1998). La reconnaissance rapide des symptômes de l'ÉCA par les infirmières aura des conséquences certaines sur différents aspects de la vie de ces personnes (Fick et Foreman, 2000). De plus, les interventions rapidement entreprises par les infirmières pour éliminer les facteurs prédisposant à l'ÉCA réduiront le taux de morbi-

## Discussion

La démarche des chercheurs est particulièrement importante pour les professionnels de la santé francophones qui souhaitent pouvoir déceler les symptômes de l'ÉCA à l'aide d'un instrument diagnostique accessible, sensible et spécifique en vue de donner des soins appropriés à la clientèle âgée vulnérable.

dité et la perte de capacités fonctionnelles de la clientèle visée (Mentes, 1995).

Les infirmières pourront aussi utiliser le CAM comme un instrument de mesure des résultats, car il permet la surveillance des symptômes de l'état confusionnel aigu. Par conséquent, cela contribuera à améliorer de façon continue la qualité des soins donnés à la clientèle âgée hospitalisée (Inouye *et al.*, 1999) et ainsi réduire les risques associés à l'ÉCA.

### Limites de l'étude

L'étude comporte certaines limites. Premièrement, seulement les deux premières étapes des sept proposées par la méthode ont été effectuées. Selon Vallerand, ces deux étapes ne sont pas suffisantes pour démontrer que la version française proposée de l'instrument est fidèle et valide. Deuxièmement, les principaux auteurs de la version originale du CAM n'ont pas été consultés lors de la deuxième étape de validation des versions préliminaires. D'autres analyses seront nécessaires afin de réaliser les autres étapes de validation élaborées par Vallerand et, ce faisant, de s'assurer de la fidélité et de la validité de cette version française du CAM. Il importe toutefois de mentionner que cet instrument n'est pas un questionnaire que les professionnels administrent aux patients.

Bien que l'ensemble des infirmières aient accès au CAM, la reconnaissance des symptômes de l'ÉCA peut être une tâche complexe pour certaines d'entre elles. L'infirmière doit bien connaître le processus du vieillissement et faire appel continuellement à son jugement clinique, ainsi qu'à son expertise auprès de cette clientèle. On sait, par exemple, qu'il est beaucoup plus difficile de reconnaître les symptômes de l'ÉCA chez une personne âgée atteinte de déficit cognitif que chez une personne qui ne souffre d'aucun déficit cognitif. L'infirmière doit alors évaluer en profondeur les fonctions mentales supérieures de cette personne (connaître son degré d'attention, par exemple). Pour ce faire, elle doit consulter plusieurs sources d'information telles que le dossier, les proches du patient, les professionnels de la communauté ou de l'hôpital qui sont en relation avec cette personne, etc. Elle doit aussi l'évaluer à plusieurs reprises afin d'établir les périodes de fluctuation et d'être en mesure de constater les changements sur la base de la comparaison des données obtenues. De plus, il convient d'établir des méthodes d'entrevue avec cette personne afin d'observer certains comportements. Ces évaluations nécessitent du temps. Comme plusieurs étapes peuvent être nécessaires pour déceler les symptômes de l'ÉCA à l'aide du CAM, l'infirmière qui ne peut déterminer si un changement a eu lieu pourra se servir de cet instrument comme d'un canevas de travail pour colliger ses observations de façon claire et concise (Laplante et Cole, 2001). La reconnaissance de l'ÉCA pourra ainsi s'effectuer de façon continue par

l'infirmière grâce à plusieurs observations cliniques, notamment celles d'infirmières spécialisées ou de médecins. ●

### Références

- ALBERT, M.S. *et al.* « The delirium symptom interview: an interview for the detection of delirium symptoms in hospitalized patients », *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 5, n° 1, janv.-mars 1992, p. 14-21.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM-III-R – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3<sup>e</sup> éd.), Paris, Masson, 1989.
- COLE, M.G. « Delirium in elderly patients », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, n° 1, janv./févr. 2004, p. 7-21.
- COLE, M.G. *et al.* « Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167, n° 7, 1<sup>er</sup> oct. 2002, p. 753-759.
- COLE, M.G. *et al.* « An empirical study of different diagnostic criteria for delirium among elderly medical inpatients », *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 15, n° 2, printemps 2003, p. 200-207.
- EDEN, B.M. et M.D. FOREMAN. « Problems associated with underrecognition of delirium in critical care: a case study », *Heart & Lung*, vol. 25, n° 5, sept./oct. 1996, p. 388-400.
- ELY, E.W. *et al.* « Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 286, n° 21, 5 déc. 2001, p. 2703-2710.
- FICK, D. et M. FOREMAN. « Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 26, n° 1, janv. 2000, p. 30-40.
- GAGNON, P. *et al.* « Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 19, n° 6, juin 2000, p. 412-426.
- GUILLEMIN, F. *et al.* « Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 46, n° 12, déc. 1993, p. 1417-1432.
- INOUYE, S.K. « The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients », *The American Journal of Medicine*, vol. 97, n° 3, sept. 1994, p. 278-288.
- INOUYE, S.K. « A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients », *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, vol. 71, n° 11, nov. 2004, p. 890-896.
- INOUYE, S.K. *et al.* « Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.
- INOUYE, S.K. *et al.* « Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care », *The American Journal of Medicine*, vol. 106, n° 5, mai 1999, p. 565-573.
- INOUYE, S.K. *et al.* « Nurses' recognition of delirium and its symptoms », *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, n° 20, 12 nov. 2001, p. 2467-2473.
- LAPLANTE, J. et M.G. COLE. « Detection of delirium using the confusion assessment method », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 27, n° 9, sept. 2001, p. 16-23.
- LIPOWSKI, Z.J. *Delirium: Acute Confusional States*, New York, Oxford University Press, 1990.



MASSOUBRE, C. *et al.* «La traduction des questionnaires et des tests : techniques et problèmes», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 1, févr. 2002, p. 61-67.

McCUSKER, J. *et al.* «Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 5, 4 sept. 2001, p. 575-583.

McCUSKER, J. *et al.* «The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study», *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, n° 9, sept. 2003a, p. 770-771.

McCUSKER, J. *et al.* «Does delirium increase hospital stay?», *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 51, n° 11, nov. 2003b, p. 1539-1546.

MENTES, J.C. «A nursing protocol to assess causes of delirium. Identifying delirium in nursing home residents», *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 21, n° 2, févr. 1995, p. 26-30.

MILISEN, K. *et al.* «Delirium in the hospitalized elderly: nursing management and assessment», *Nursing Clinics of North America*, vol. 33, n° 3, sept. 1998, p. 417-439.

MILISEN, K. *et al.* «Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture», *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 28, n° 11, nov. 2002, p. 23-29.

MORENCY, C.R. *et al.* «Research considerations. Delirium in hospitalized elders», *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 20, n° 8, août 1994, p. 24-30.

RUDOLPH, J.L. *et* E.R. MARCANTONIO. «Diagnosis and prevention of delirium», *Geriatrics & Aging*, vol. 6, n° 10, nov./déc. 2003, p. 14-19.

STREINER, D.L. *et* G.R. NORMAN. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use* (3<sup>e</sup> éd.), Oxford, Oxford University Press, 2003.

TRZEPACZ, P.T. *et al.* «Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium», *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 13, n° 2, printemps 2001, p. 229-242.

VALLERAND, R.J. «Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française», *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 30, n° 4, nov./déc. 1989, p. 662-680.

ZOU, Y. *et al.* «Detection and diagnosis of delirium in the elderly: psychiatrist diagnosis, confusion assessment method, or consensus diagnosis?», *International Psychogeriatrics*, vol. 10, n° 3, sept. 1998, p. 303-308.

JOHANNE LAPLANTE est infirmière clinicienne spécialisée en psychiatrie gériatrique.

MARTIN COLE, FRCP(C), est psychiatre et professeur titulaire à l'Université McGill.

JANE McCUSKER, DSP, est chef du Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires, et professeure titulaire à l'Université McGill.

SANTOKH SINGH, FRCP(C), est psychiatre, directeur du Service de consultation-liaison et professeur adjoint clinique à l'Université McGill.

MARIE-ANDRÉE OUIMET, FRCP(C), est psychiatre.

Les auteurs travaillent au Centre hospitalier de St. Mary.

L'équipe remercie Gilles Teasdale, bibliothécaire en chef, ainsi que Marjolaine Martel, technicienne en documentation, de la bibliothèque des sciences de la santé du Centre hospitalier de St. Mary, pour leur soutien et leur précieuse collaboration dans la recherche de documents.