

Quand bien évaluer rime avec mieux soigner!



Conseillères en soins infirmiers, secteur soins intensifs
et coronariens

CIUSSS-de-l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Révision août 2023

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Évaluation de la douleur



PQRSTUV

EVA

Échelle numérique descriptive

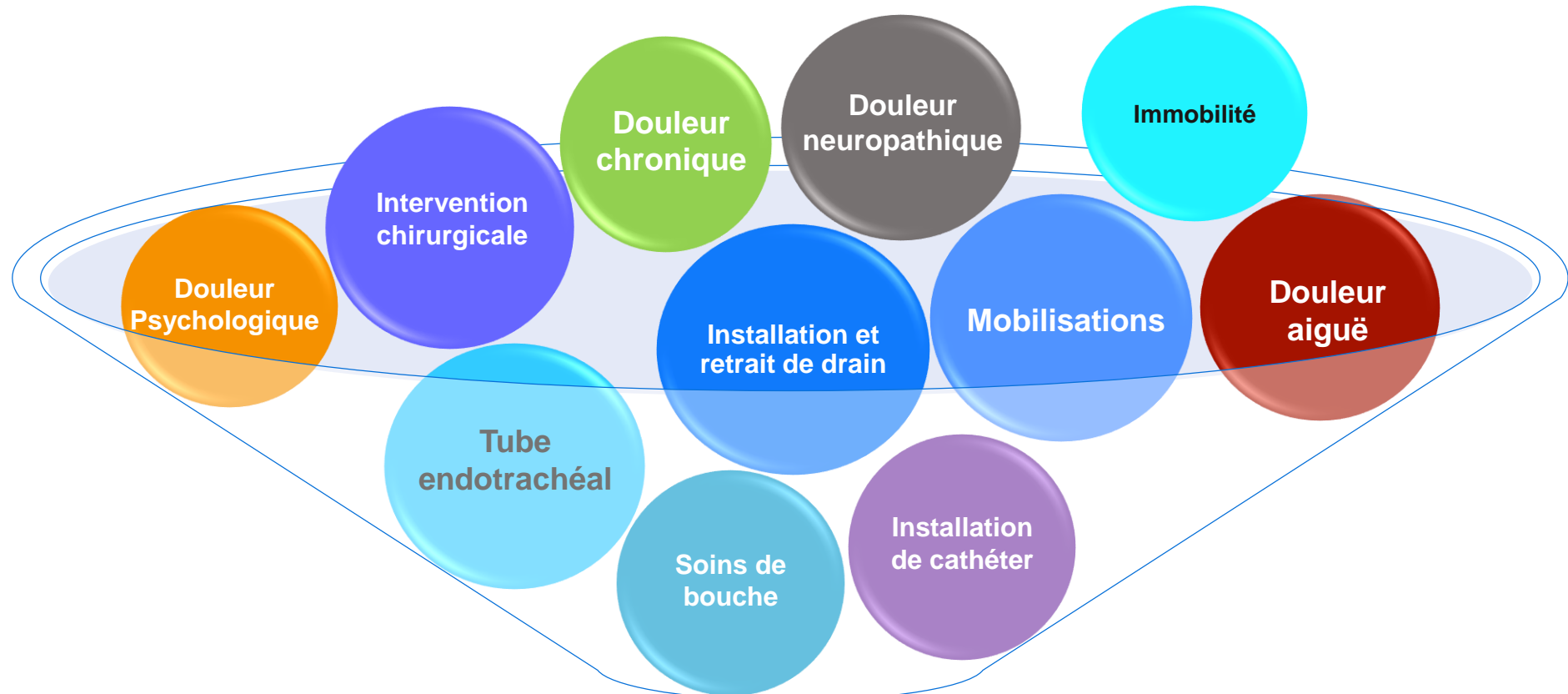
CPOT



Objectifs d'apprentissage

- Différencier les différentes échelles d'**évaluation de la douleur** utilisées aux Soins intensifs: **EVA, Échelle numérique et descriptive, CPOT.**
- Choisir l'échelle de douleur appropriée **selon le niveau de communication du patient.**
- Différencier les différentes échelles d'**évaluation de l'état de conscience** utilisées aux Soins intensifs: **RASS** et **Glasgow.**
- Choisir l'échelle d'évaluation de l'état de conscience appropriée **selon les situations cliniques spécifiques.**
- Comprendre l'échelle d'**évaluation du délirium** qui sera utilisée aux Soins intensifs: **ICDSC.**

Causes et types

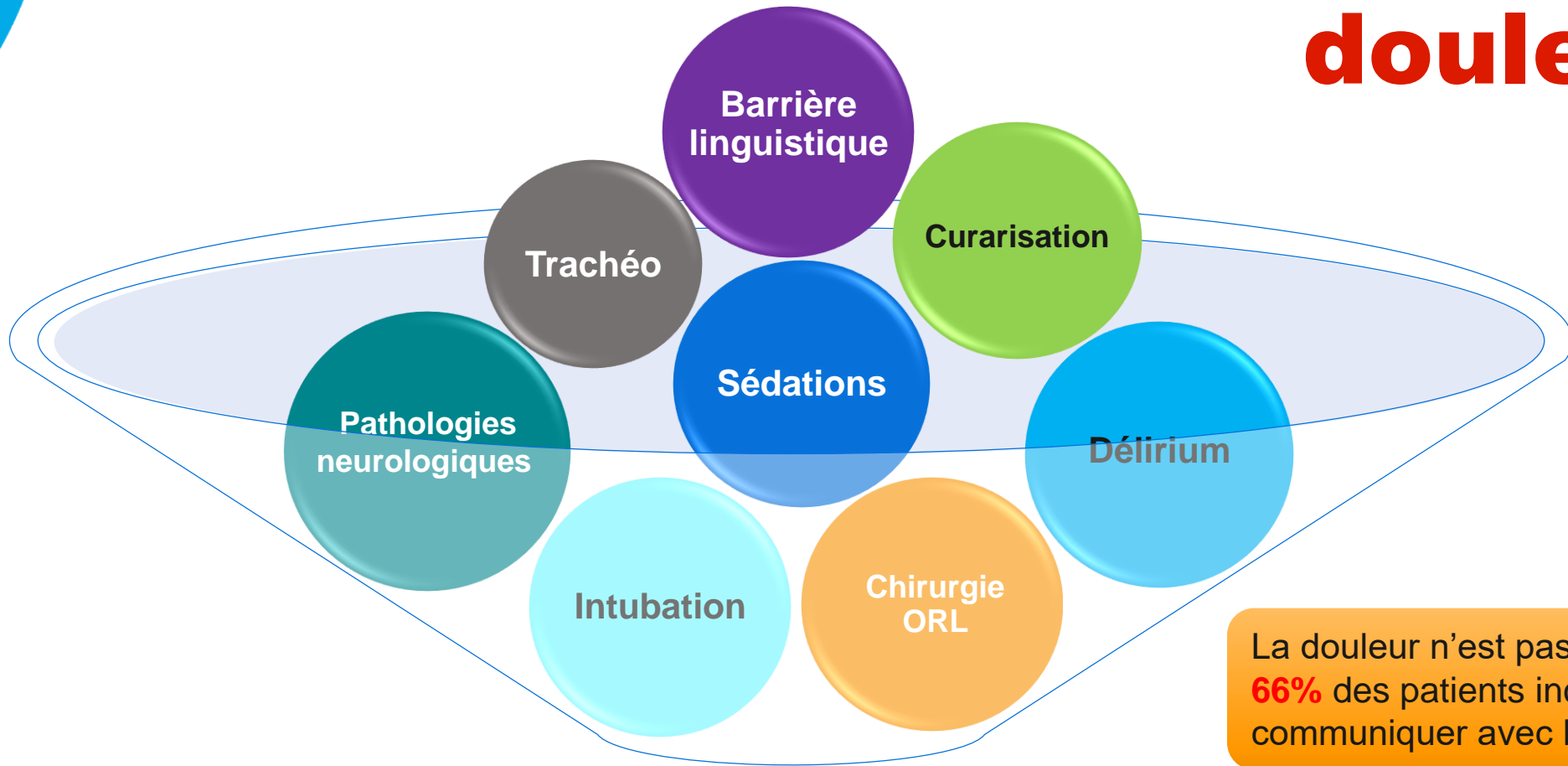


Son évaluation est aussi importante que celle les signes vitaux!

DOULEUR

(Modérée à **sévère** chez environ **50%** des patients aux soins intensifs)

Obstacles à l'évaluation de la douleur



La douleur n'est pas évaluée chez **66%** des patients incapables de communiquer avec l'infirmière!

Altération de la communication =  Évaluation

Étapes de la gestion de la douleur

Hiérarchie d'évaluation

1 Évaluer la douleur

- $\geq 4x$ / quart de travail + PRN

2 Soulager la douleur

- Opiacés
- Co-analgésie
- Moyens non-pharmacologiques

L'utilisation d'un **protocole** d'analgésie est recommandée

Barr et al (2013), Rose et al (2012)

3 Réévaluer la douleur post intervention

- Optimiser soulagement au besoin

4 Lorsque la douleur est contrôlée:

- Évaluer la sédation
- Évaluer la présence d'un délirium

1. Auto-Évaluation

2. **Prédiction** des éléments qui causent de la douleur

3. **Échelles comportementales de la douleur**

4. Évaluation par la famille

5. Utilisation d'un analgésique de manière empirique

American Society for Pain Management Nursing (2011)

Un peu moins de **25%** des patients reçoivent un analgésique **avant une procédure** pouvant causer de la douleur.
(Barr et al (2013))

Une douleur bien contrôlée:

→ Diminue la **durée de la ventilation** mécanique

→ Diminue la **durée du séjour** aux soins intensifs

→ Diminue la **mortalité**

Rose et al (2012)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal



Douleur

Aiguë

Chronique

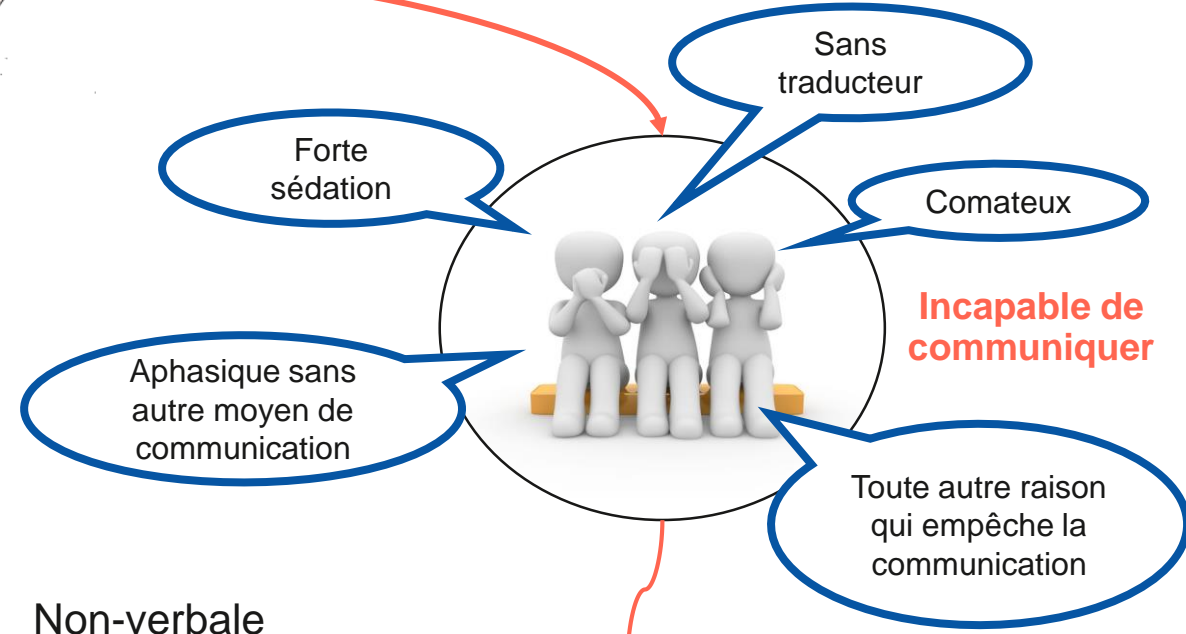
« Courte » durée (< 6mois)
En lien avec le **processus de guérison**

≥ 6mois après le processus initial de guérison
N'est pas toujours associée à une maladie

- Est-ce que nos patients sont bien soulagés?
- Est-ce que la douleur est bien évaluée?
- **Utilise-t-on les échelles adéquates?**
- Sédation VS analgésie ?
- Co-analgésie?
- Réévaluation?

Si processus de guérison incomplet
ET/OU
● **Traitement de la douleur inadéquat**

Évaluation de la douleur



Capable de communication



Verbale



Écrite



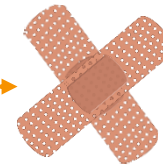
Non-verbale



Auto-évaluation par le patient



Observation comportementale

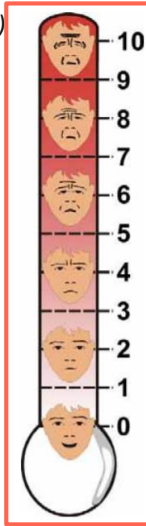


Soulagement de la douleur

Outils

d'auto-évaluation

Gélinas, C. (2007)



Thermomètre de la douleur

Gestes

- Serrer la main
- Cligner des yeux
- Pointer la douleur
- ...

PQRSTUV

AUTO-ÉVALUATION

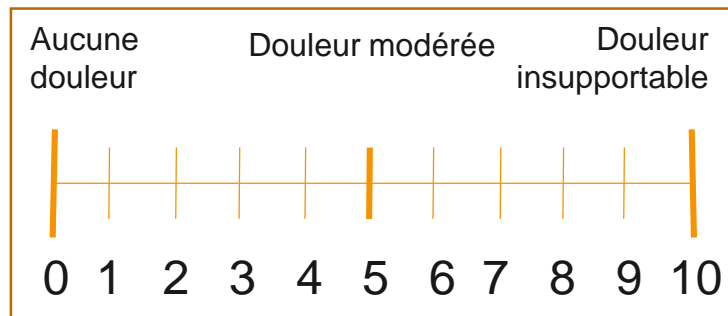
Échelle numérique et descriptive

Échelle numérique et descriptive

0	Aucune
1-3	Légère *
4-6	Modérée *
7-9	Sévère *
10	Insupportable *

Pour usagers de 7 ans et plus

Oui / Non



Échelle visuelle analogique / Échelle numérique

Auto-évaluation de la douleur

- P **Provoquée par...**
- Q **Quantité / Qualité:** échelle
- R **Région / Irradiation**
- S **Signes et symptômes associés**
- T **Temps:** depuis quand
- U **Understanding:** Selon l'utilisateur, qu'est-ce qui cause cette douleur?
- V **Valeur:** Quel niveau de soulagement serait acceptable pour l'utilisateur?
Désire-t-il que l'on tente de soulager la douleur?





Évaluation comportementale de la douleur: CPOT

- Développée par des chercheurs québécois de l'université McGill (Gélinas et al, 2006)
- Évaluation de la douleur pour les patients qui **sont incapables de communiquer leur douleur** (**intubés ou non**)
- Grille d'observation comportementale qui se base sur 4 indicateurs:
 1. **Expression faciale**
 2. **Mouvements corporels**
 3. **Interaction avec le ventilateur (patient intubé) ou Vocalisation**
 4. **Tension musculaire**

Résultats

- **Total sur 8 points**
 - Si ≤ 2 , le patient ne présente **pas** de signes de douleur
 - **Si > 2** , le patient présente des **signes de douleur** → assurer un **soulagement adéquat**

CPOT (1) - Expression faciale

Patient **intubé**
incapable de communiquer



Détendue, neutre
0 point

Aucune tension musculaire observable au niveau du visage



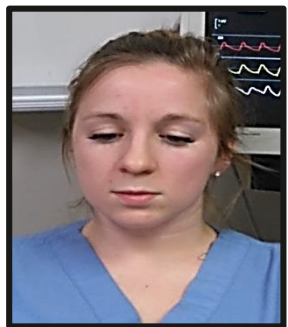
Tendue
1 point

Front plissé – Sourcils abaissés – Légers plis nasolabiaux – Yeux serrés – Tout autre changement de l'expression faciale



Grimace
2 points

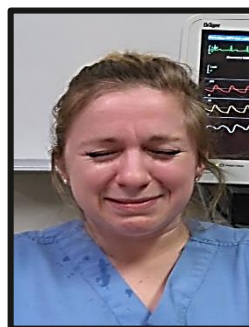
Front plissé, sourcils abaissés, plis nasolabiaux
Yeux fermés et serrés
Bouche peut être ouverte
Pt peut mordre le TET



Détendue, neutre
0 point



Tendue
1 point



Grimace
2 points

Patient **non-intubé**
incapable de communiquer

CPOT (2) - Mouvements corporels

0 point

Aucun mouvement ou position normale

- Mouvements **non** dirigés vers le site de douleur
- Immobile

1 point

Mouvements de protection

- Mouvements **dirigés** vers le site de douleur
- Touche à l'équipement
- Brasse les ridelles pour attirer l'attention
- Touche le site de la douleur
- Décortication et décérébration

2 points

Agitation

- S'assoit dans le lit fréquemment
- Aucune collaboration
- Essaie de sortir du lit

CPOT (3) - Interaction avec le ventilateur OU vocalisation

Patient intubé



Tolère la ventilation
ou les mobilisations

→ Aucune alarme

0 point

Tousse,
mais tolère

→ Les alarmes se font
entendre de temps en
temps, mais s'arrêtent

1 point

Combat
le respirateur

→ Asynchronie avec le
ventilateur
→ Les alarmes se font
constamment entendre

2 points



Patient non
intubé



Patient
silencieux

Gémissements,
Soupirs

Cris,
Pleurs

CPOT (4) - Tension musculaire

0 point

Détendu

→ Ne résiste pas aux mobilisations

1 point

Tendu, rigide ou crispé

→ Résistance à la mobilisation

2 points

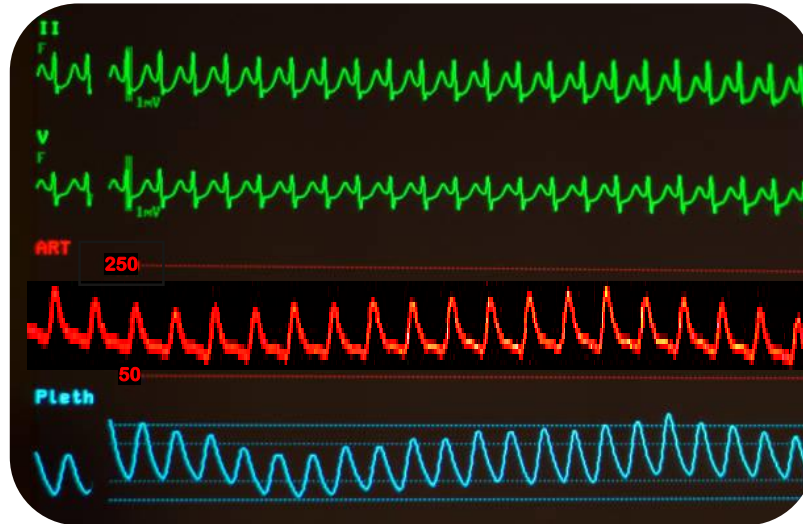
Très tendu, rigide ou crispé

→ Poings serrés
→ Incapacité d'effectuer des mouvements

Critical-Care Pain Observation Tool

Un changement dans les signes vitaux **ne veut pas nécessairement dire qu'il y a présence de douleur.** Les SV peuvent être affectés par divers autres facteurs (médicaments, fièvre, délirium...)

→ Par contre, cela devrait nous diriger vers une **évaluation de la douleur.**



CPOT

Observations
des
comportements



Particularités de certaines spécialités:

- **Les cérébrolésés inconscients (AVC, neurochir.) démontrent peu les comportements suivants:**
 - Froncement des sourcils
 - Fermeture des yeux
 - Contractions musculaires
- Impossible d'utiliser ces échelles chez les usagers **très sédatisés** et chez les usagers **recevant des curares**

Soulagement de la douleur



Interventions non-pharmacologiques

- Retirer les **stimuli** douloureux si possible
- **Positionnement** / mobilisation
- Application de glace ou de chaleur



Co-analgésie Acétaminophène

- **PO** (Pic d'action 45 min) vs **IR** (Pic d'action 2-3h)
- Administration **régulière** en combinaison avec les opiacés → diminution de la consommation d'opioïdes de **30%**
- **1^{ère} intention** en douleur légère Prévenir la douleur (administration des **médicaments non-opioïdes** et/ou opioïdes **pré-intervention** en fonction de leur pic d'action)



Opiacés

- **Efficacité moindre** lorsqu'administré seuls
- Favoriser administration de médicaments **NON-opioïde régulier** avec ajout de médicament **opioïde PRN** si douleur modérée à sévère
- Perfusion continue → **dose minimale pour soulagement visé** et co-analgésie essentielle

Surveillance post administration d'opiacés

Effectuer la surveillance «1^{er} 24heures»

- Lors de l'administration d'une **première dose** d'un opiacé
- **Changement** de l'opiacé (nouvelle molécule)
- Augmentation de la dose (**50% ou plus**)
- **Changement** dans la **condition clinique de l'usager**, nécessitant une surveillance plus rigoureuse

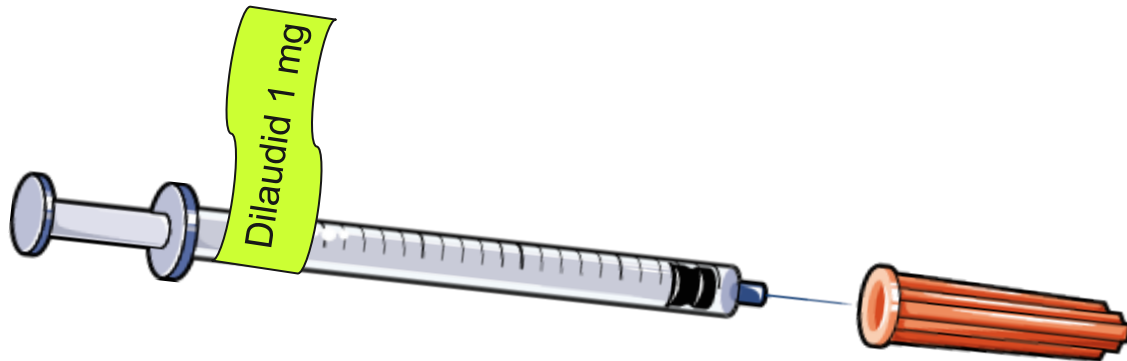
Attention! Usagers naïfs à un opiacé:

- **Absence** de prise d'opiacés
- **Nouvel opiacé** depuis moins d'une semaine



Surveillance post administration d'opiacés

Fréquence de la prise de la TA et du pouls	Fréquence d'évaluation de la DOULEUR, de la SÉDATION et de l'ÉTAT RESPIRATOIRE		
	Pré administration	Voie d'administration	1 ^{er} 24 heures
<ul style="list-style-type: none"> • Pré administration (une données de référence dans les dernières 24h) • TID + PRN 	En tout temps	IV	Q5 min ad pic d'action Q15 min ad fin de la durée d'action
		SC ou IM	Au pic d'action Q2h ad fin de la durée d'action
		PO	Au pic d'action



Surveillance post administration d'opiacés



Opiacés	Début d'action (minutes)	Pic d'action (minutes)	Durée d'action (heures)	T _{1/2} (heures)	Commentaires
Codéine	PO: 30-60 min IM/IV/SC: 10-30min	PO: 75 min IM/SC: 45 min	3-6 h	2,5-3 h	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité plafonne si dose > 90-120 mg q4h • 10 % de la population ne métabolise pas la codéine
Morphine	PO: 30 min IM/SC: 10-30 min IV: 5-10 min	PO: 60 min IM/SC: 30-60 min IV: 20 min	3-6 h	1,5-3 h	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement en IR (insuffisance rénale) et en IH (insuffisance hépatique) sévère
Hydromorphone (Dilaudid ^{MD})	PO: 30 min IM/IV/SC: 15 min	PO: 60 min IM/SC: 30-60 min IV: 10 min	2-6 h	1-3 h	
Oxycodone	PO: 10-15 min	PO: 75 min	2-6 h	2-3 h	
Fentanyl	IM: 7-15 min IV: 1-2 min TD: voir commentaires	IM/SC: 25 min IV: 4 min	IM/SC 1-2 h IV: 30 min-1h	2,5-6,5 h	<ul style="list-style-type: none"> • TD: taux plasmatiques stables après 16 à 20h • Début d'action lent (efficacité après 24h)
Mépidine (Démérol ^{MD})	PO/IM/SC: 10-15min IV: ~1-2 min	PO: 75 min IM/SC: 45 min IV: 5 min	1-4 h	3 h	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement en IR et IH. • Non recommandé pour douleur chronique ou usage prolongé.
Méthadone*	PO: 30-60 min	1,5-2 h	6-8 h	7 h	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport posologique variable: prudence lors du passage d'un agent à l'autre (dosage personnalisé). • Risque d'accumulation important



Évaluation de l'agitation et de la sédation



Échelle de sédation-agitation
de Richmond (RASS)

Échelle de coma de GLASGOW

Définition de l'état de conscience

Composé de 2 éléments

- ❖ De base: Éveil
 - Réponse à un stimulus (verbal ou physique)
- ❖ Supérieur: Conscience
 - Cognition: fonctions mentales et intellectuelles
 - Affect: Humeur ou émotions

L'altération de l'état de conscience est définie par une déficience d'un des 2 éléments ou des 2.

Stratification des états de conscience

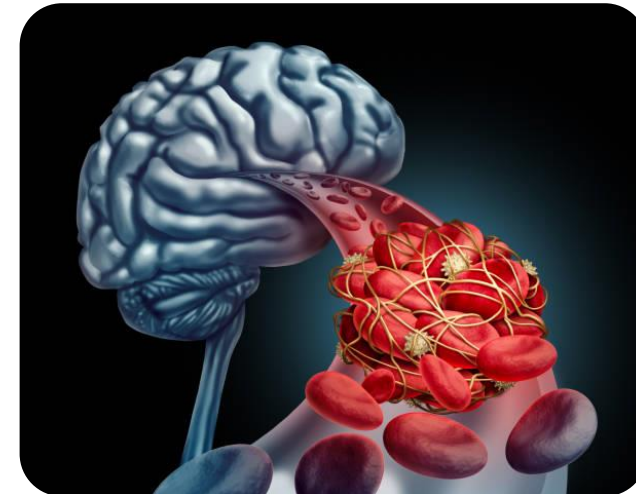
1. Alerté
2. Désorienté
3. Délirant → Apparition d'hallucinations
4. Léthargique → Somnolent → stimuli pour maintenir éveil
5. Obnubilé → Ne réagit pas aux stimuli externes
6. Stuporeux → Réponse motrice vers le stimulus extrême
7. Comateux → Aucune réponse volontaire

Définition du coma

« État d'inconscience le plus profond où il n'y a aucun éveil ou vigilance »

- ❖ **Aucun** mouvement **volontaire**
- ❖ Symptôme **toujours secondaire** à un **processus pathologique** sous-jacent

Urden, Stacy & Lough (2018)



Définition de la sédation

« Diminution de l'état de conscience induite par **l'administration ou la prise volontaire de substances** »

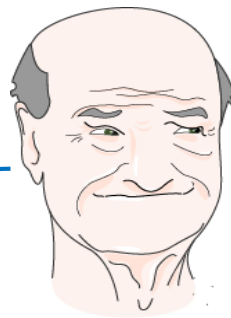
- ❖ Est accompagnée ou non d'une perte partielle ou totale de réflexes importants tels que le maintien de la perméabilité des voies respiratoires et/ou le maintien de la fonction cardiovasculaire.
- ❖ 4 stades:
 - Minimale
 - Modérée
 - Profonde
 - Anesthésie générale



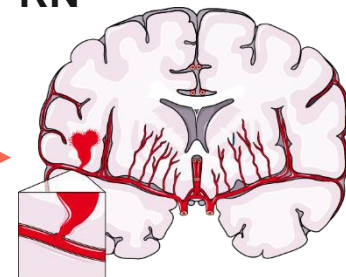
Définition de l'agitation

- ❖ Client **hyperactif** dont les mouvements varient d'intensité: de la présence de légers mouvements des mains et du corps à la résistance aux traitements et à l'agressivité.





Altération de l'état de conscience/ agitation
Évaluation $\geq 4X$ /quart de travail + PRN



C'est de la « **faute** » du **patient** ou la **vôtre**

C'est de la « **faute** » de la **maladie** / du **trauma** ou vous ignorez l'origine

Volontaire

Involontaire

Richmond Agitation and sedation scale
RASS

Échelle de coma
Glasgow

Avec ou sans
médication

Avec
médication

RASS

Échelle de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

Pointage	Niveau	Comportement observable
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger imminent pour le personnel
+3	Très agité	Tire sur ses tubes et cathéters, manifeste un comportement agressif
+2	Agité	Mouvements désorganisés ou asynchronie patient-respirateur
+1	Nerveux	Anxieux ou appréhensif, sans mouvements agressifs ou vigoureux
0	Réveillé et calme	État d'éveil normal
-1	Somnolent	Pas tout à fait alerte. <u>Maintient contact visuel > 10 secondes</u>
-2	Sédation légère	S'éveille brièvement à la voix avec <u>contact visuel < 10 secondes</u>
-3	Sédation modérée	Mouvements à la voix <u>sans contact visuel</u>
-4	Sédation profonde	Aucune réponse à la voix, mouvements à la stimulation physique
-5	Non stimuable	Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique

Comment évaluer la sédation?

1. Regarder le patient: est-il éveillé ou pas?
2. Dire le nom du patient à voix haute et claire: regarder s'il y a une réaction
3. Aller stimuler physiquement le patient (doucement, puis plus vigoureusement si aucune réponse)

Sessler et al. (2002)



Étapes:

- 1- Vérification
- 2- Observation
- 3- Stimulation
- 4- Évaluation

Sans sédation

- Noter la meilleure réponse obtenue
- 3 = coma profond
- ≤ 8 = coma
- 15 = éveillé et Alerté

N'implique nécessairement pas le mouvement des membres

Échelle de coma de Glasgow	
Ouverture des yeux (Y)	
4	S'ouvrent spontanément
3	Ordre verbal
2	À la douleur
1	Pas de réponse
NE	Non évaluable* Ex: Œdème important des yeux
Réponse verbale (V)	
5	Orienté et parle
4	Désorienté et parle
3	Paroles inappropriées
2	Sons incompréhensibles
1	Pas de réponse
NE	Non évaluable* Ex: (Intubation (T) / Dysphasie (D))
Réponse motrice (M)	
6	Obéit ordre verbal
5	Localise la douleur
4	Flexion retrait
3	Flexion décortication
2	Extension décérébration
1	Pas de réponse
NE	Non évaluable*

Glasgow

* Doit absolument être détaillé dans les notes infirmières

Réponse motrice ≠ Force motrice

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Teasdale, G. , Jennett, B. (1974)
Arbour, C. & al. (2019)

RASS VS Glasgow



Important, avant d'évaluer la sédation/agitation: → évaluer et soulager la douleur

RASS

Échelle de **sédation-agitation**, donc recommandée pour évaluer:

L'agitation (RASS +1 à +4)

et

La sédation (RASS -1 à -5)

chez les adultes en situation critique

Glasgow

Échelle de **coma** de Glasgow, initialement élaborée pour évaluer les injures neurologiques, est recommandée pour évaluer:

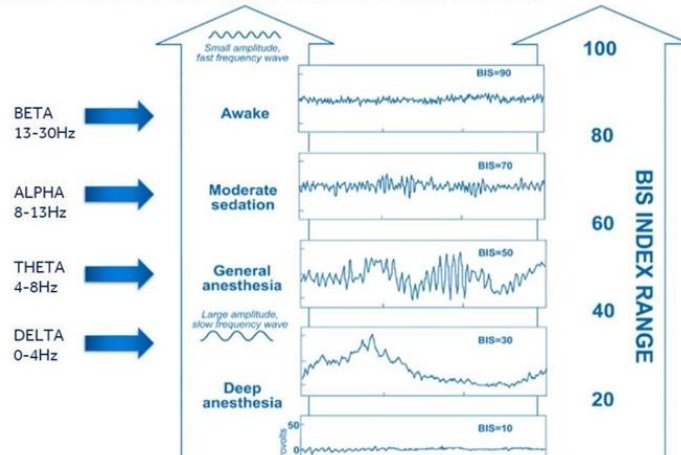
- l'état de conscience **sans sédation**
- n'équivaut pas à un examen neurologique complet
- Score ≤ 8 → état comateux*

* Attention à l'interprétation du score en soins critiques → est ce que les critères « non évaluable » ont été inscrits comme 1 ou NE

Indice bispectral (BIS)

- Système de monitoring de l'activité cérébrale
 - Permet un **monitoring précis** du niveau de sédation
 - Surveillance de la **progression de l'éveil** du patient
- Sera vu en détail dans une formation spécifique ultérieure...

INCIDENCE DE L'ANESTHÉSIE SUR L'EEG



OIP-CEMTL-00236

Sédation et analgésie en contexte de soins intensifs



Ordonnance individuelle préformatée

Hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et
Santa Cabrini

ANALGÉSIE

IMPORTANT : Si suivi assuré par Service d'Analgésie Post Opératoire (SAPO) : obtenir leur accord avant toute modification

- Fentanyl:
- ✓ Bolus : 50 mcg IV q 1 h PRN
 - Perfusion IV [10 mg/mL] 70 mcg/h (doses usuelles 25 à 200 mcg/h)
 - Titration selon échelle de douleur (viser EVN ≤ 3/10 ou CPOT ≤ 2)
 - Titrer par pallier de 25 mcg/h q 15 min de 0 mcg/h à 120 mcg/h

Dilaudid IV ou SC : _____ mg q _____ selon échelle de douleur (viser EVN ≤ 3/10 ou CPOT ≤ 2)

Acétaminophène 975 mg VL/IR q 6 h PRN régulier

Si le patient a de la **douleur**, l'infirmière ajuste **l'analgésie** (selon l'échelle de douleur appropriée). Elle administre par le fait même une **coanalgésie**.

Si le patient est **agité** ou **trop sédaté** (selon le **RASS**), l'infirmière ajuste son **sédatif** (ici, le Propofol)

SÉDATION

IMPORTANT : Si suivi assuré par Service d'Analgésie Post Opératoire (SAPO) : obtenir leur accord avant toute modification.

- Réévaluer la sédation DIE (AM) : Arrêt de sédation et redébuter PRN à 50 % du débit initial pour atteindre RASS¹ visé
- Ne pas arrêter la sédation dans un contexte de convulsions, sevrage ROH actif, hypertension intracrânienne et bloqueurs neuromusculaires ou autres : _____

- Propofol [10 mg/mL]
- ✓ Bolus : 10 à 50 mg q 1 h IV PRN si agitation aigue
 - Perfusion à 50 mg/h IV (doses usuelles 10-200 mg/h)
 - ✓ Titrer selon niveau de sédation visé : **RASS** -1 (généralement 0 à -1)
 - Titrer par pallier de 20 mg/h q 10 min de 0 mg/h à 100 mg/h

- Midazolam [1 mg/mL] _____ mg/h IV (doses usuelles : 1 à 10 mg/h)
- ✓ Titrer selon niveau de sédation visé : RASS _____ (généralement 0 à -1)
 - Titrer par pallier de 0.5 mg/h q 30 min de 0 mg/h à _____ mg/h
 - ✓ Bolus : 1 à 3 mg q 1 h IV PRN si agitation aigue

Attention, la douleur devrait toujours être évaluée avant d'ajuster la sédation!

Avantages d'un protocole

- Aucune ambivalence sur les doses à administrer → selon des échelles connues de toutes les infirmières
- Autonomie infirmière sur l'ajustement des doses et administration de bolus au besoin
- L'arrêt quotidien des sédations et une analgésie complète...
 - Aident à diminuer les doses de sédation administrées
 - Diminuent la durée de ventilation mécanique du patient
 - Diminuent la durée de séjour aux soins intensifs



Sessler et al (2002), Robinson et al (2013), Society of critical care medicine (2018)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

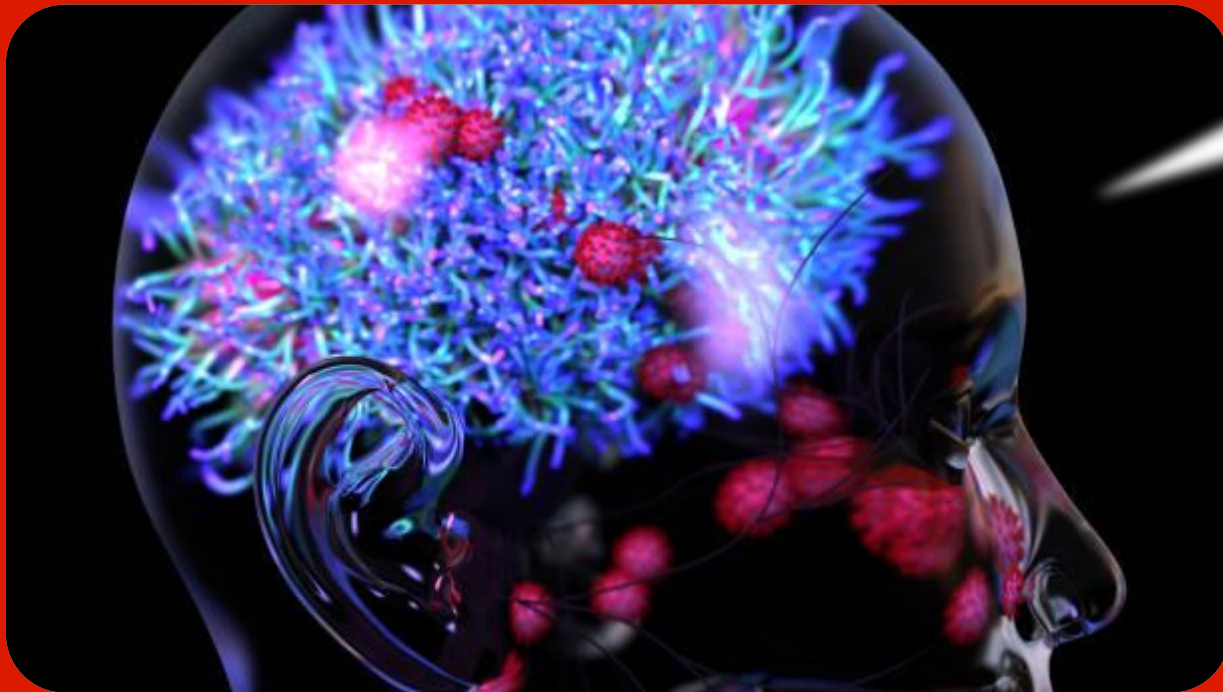
Évaluation du délirium

14-24% des patients admis a l'hôpital

15-53% des patients en post-opératoire

70 - 87 % des patients présenteront un
délirium au cours de leur
hospitalisation aux Soins intensifs

Durand (2009)





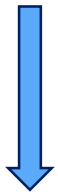
Définition du délirium

Trouble de la conscience et troubles cognitifs fluctuants, observables par:

- Modification de l'état de conscience
- Altération de l'attention
- Désorganisation de la pensée
- Changement dans l'état mental
- Présence ou pas d'hallucinations visuelles et auditives

3 formes de délirium

Forme **hypoactive**



43.5%

Forme **mixte**

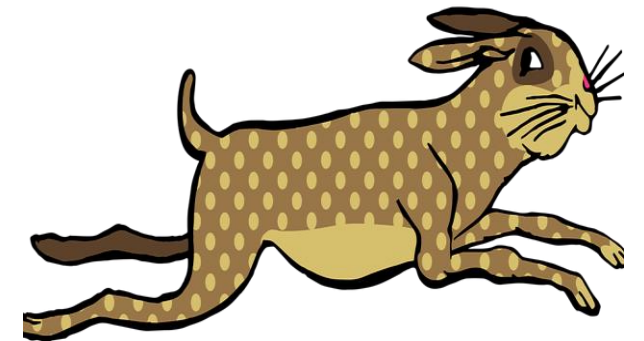


54.1%

Forme **hyperactive**



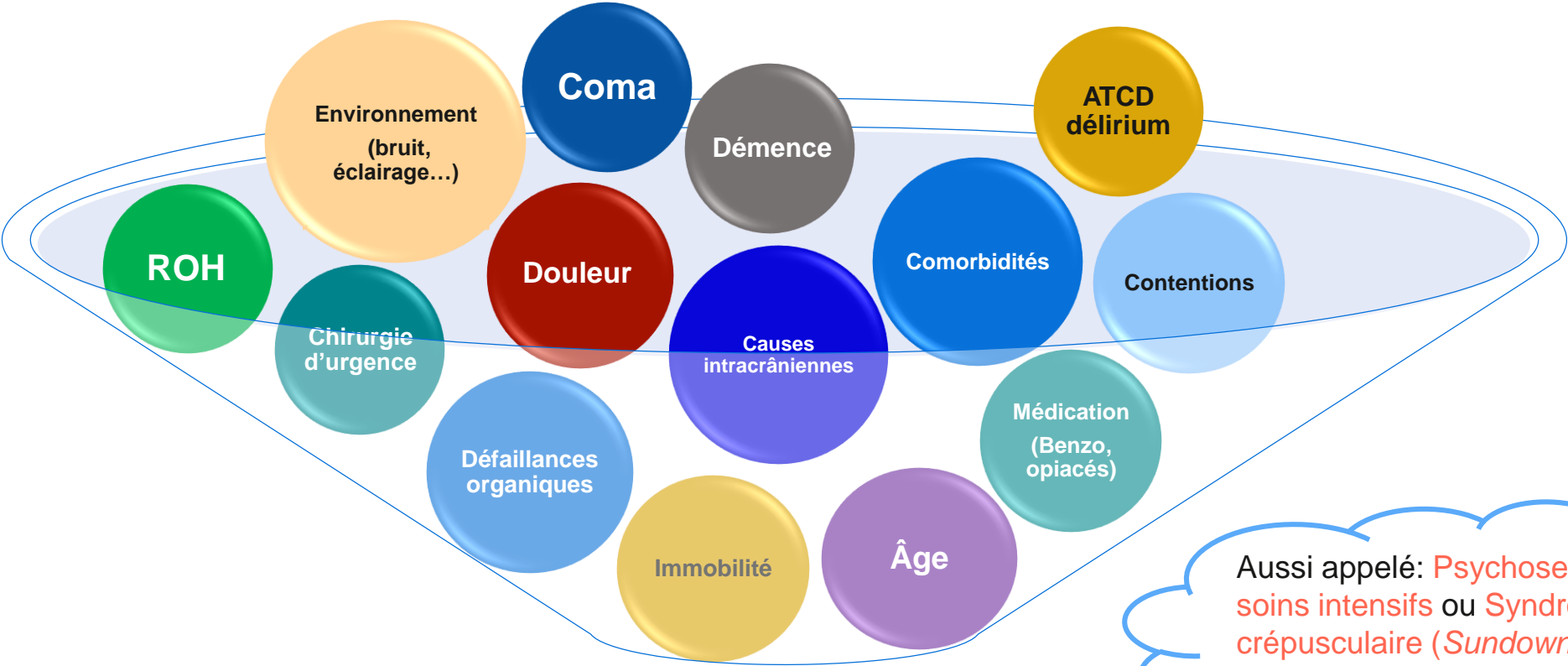
1.6%



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Délirium



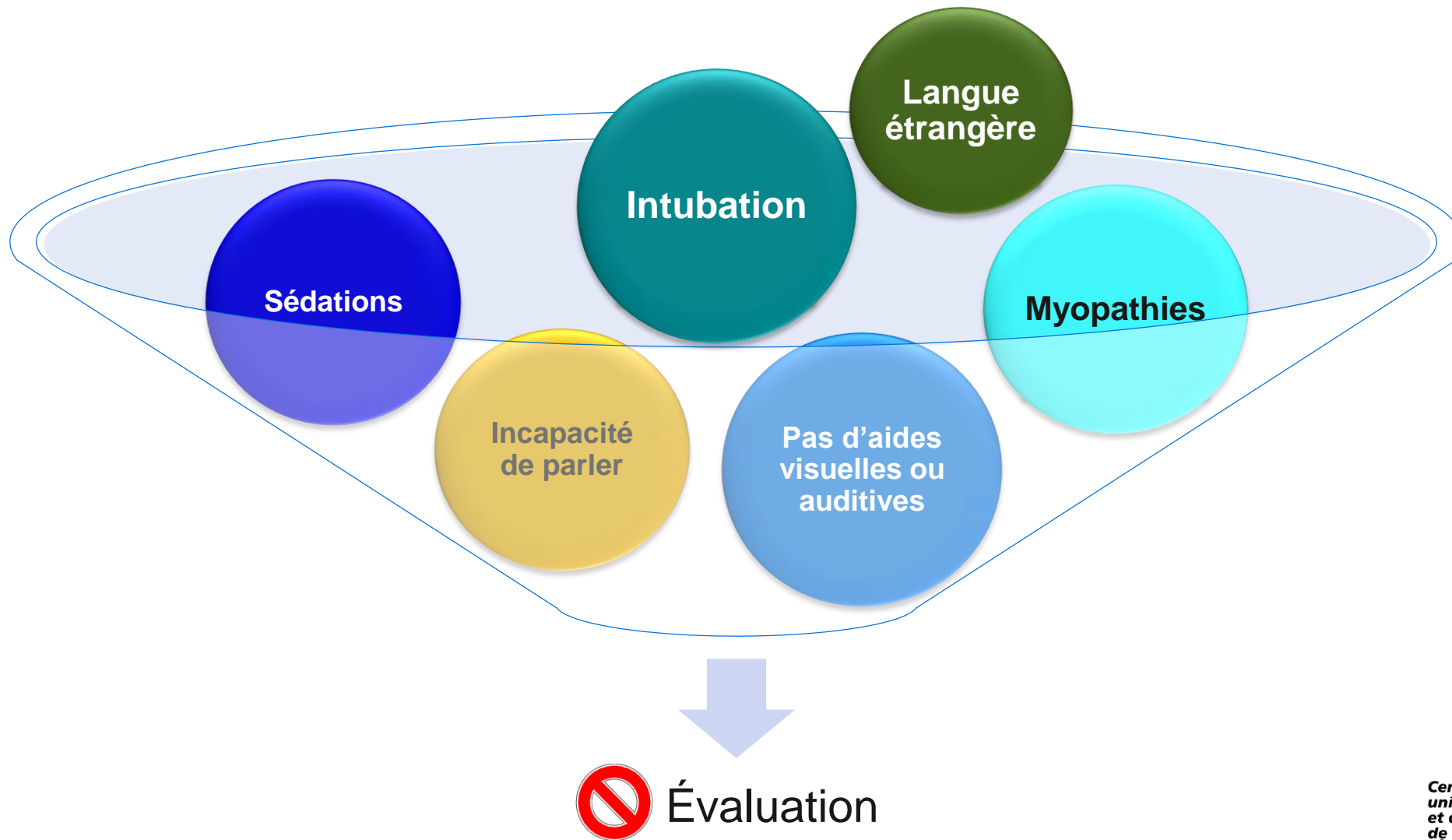
Aussi appelé: *Psychose des soins intensifs* ou *Syndrome crépusculaire (Sundowner syndrome)*

DÉLIRIUM

Durée d'hospitalisation prolongée

Risque de mortalité plus élevé

Obstacles à l'évaluation



Le patient obtient **1 point** si le critère est rencontré. Si le critère n'est pas observé, le score est de **0**.

Un score de 4 et + /8 indique la présence d'un délirium.

ICDSC

1. Altération du niveau de conscience	Si RASS \leq -3 ou Glasgow \leq 7, le délirium ne peut être évalué , on inscrit un (-) et on évalue à un autre moment. Si éveillé ou endormi mais facilement éveillable → 0 point Si besoin d'une stimulation légère ou modéré pour réveil ou hypervigilance → 1 point
2. Attention altérée	Présente une difficulté ou est facilement distrait
3. Désorientation et/ou désorganisation de la pensée	Incapacité de répondre au question ou erreur évidente sur l'une des 3 sphères
4. Hallucinations, psychose	Patient voit ou entend des choses inexistantes (décrite par le patient ou observée par infirmière)
5. Agitation ou ralentissement	Présence d'agitation ou présence de ralentissement
6. Discours ou humeur inapproprié	Discours inapproprié ou humeur labile ou inappropriée
7. Perturbation cycle éveil-sommeil	Dort moins de 4h/nuite, Éveils fréquents et indépendants de ceux provoqués par le personnel; Agité la nuit, dort le jour
8. Fluctuation des symptômes	Alternance des manifestations observables au cours de la journée ou d'un quart de travail ex.: désorientation on/off

Intensive **C**are **D**elirium **S**creening **C**hecklist

Bergeron et al. (2001)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Évaluation 1X/quart de travail +
PRN
Si **absence de douleur**
ET si **RASS \geq -3**

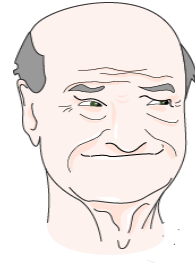


Pour détecter la présence de



Trouver et traiter la / les cause(s)

En résumé...



Évaluation par l'infirmière



1 Évaluation de la douleur

2 Évaluation de l'état de conscience

3 Évaluation du délirium

Peut communiquer
↓
Auto-évaluation
↓
✓ Thermomètre de la douleur
✓ Oui/non
✓ EVA
✓ ...

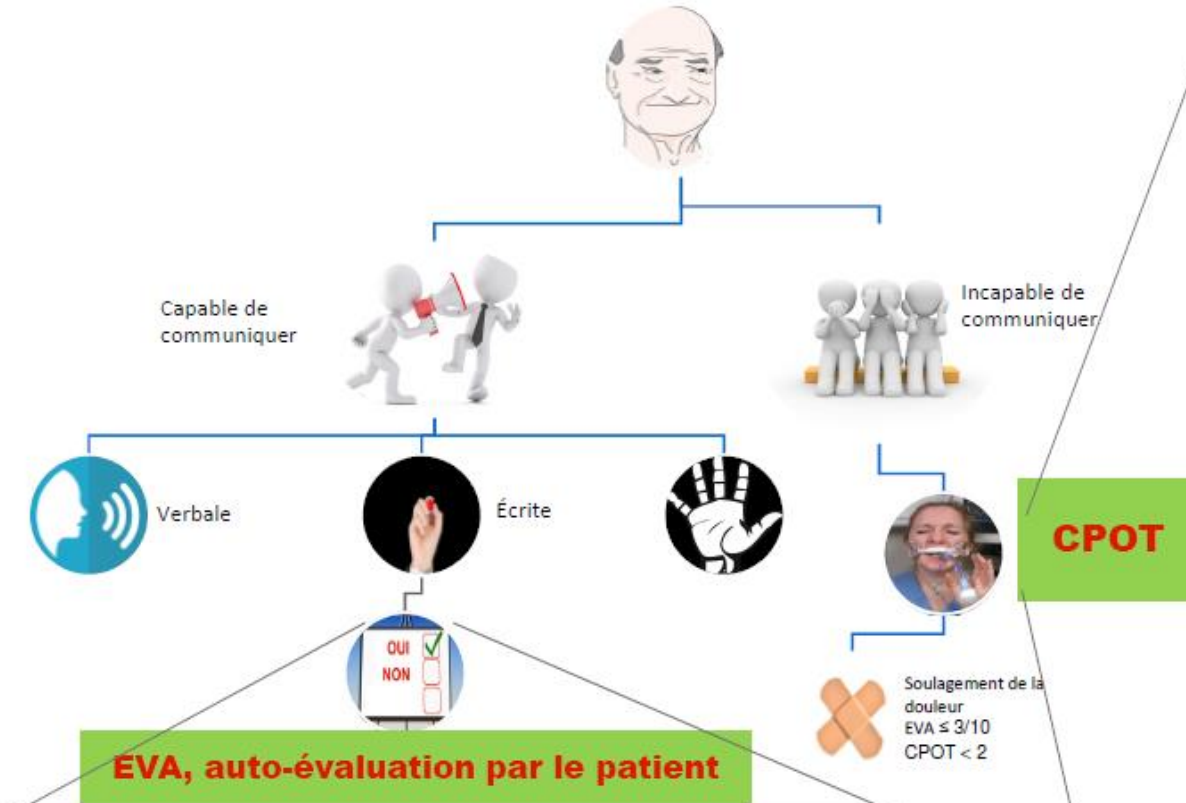
Ne peut pas communiquer
↓
Observations comportementales
↓
✓ CPOT

Reçoit des sédatifs (médicaments)
↓
✓ RASS

Ne reçoit pas de sédatifs
↓
✓ GCS (Glasgow)

Présente un RASS ≥ -3
↓
✓ ICDSC

Annexe aide-mémoire



EVA, auto-évaluation par le patient

Échelle numérique et descriptive	
0	Aucune
1-3	Légère *
4-6	Modérée *
7-9	Sévère *
10	Insupportable *
Pour usagers de 7 ans et plus	

Expression faciale

Détendue, neutre 0 Aucune tension musculaire observable au niveau du visage	Tendue 1 Front plissé – Sourcils abaissés – Légers plis nasolabiaux – Yeux serrés – Tout autre changement de l'expression faciale	Grimace 2 Front plissé, sourcils abaissés, plis nasolabiaux Yeux formés et serrés Bouche peut être ouverte PT peut mordre le TET
Détendue, neutre 0	Tendue 1	Grimace 2

Mouvements corporels

0	Absence de mouvements ou position normale	Immobile, ne pousse pas (ne signifie pas nécessairement une absence de douleur) Position normale (mouvements non dirigés vers la douleur ou non réalisés dans le but de se protéger de la douleur)
1	Mouvements de protection	Mouvements lents, prudents Touche ou frotte le site de douleur Se dirige vers le site de douleur, les tubes Touche à ses tubes Attire l'attention en tapant du pied ou des mains Décortication, décérébration
2	Agitation	Tire sur ses tubes Essaie de s'asseoir dans son lit Bouge constamment Ne collabore pas Repousse le personnel Tente de passer par-dessus les ridelles

Interraction avec le ventilateur (patient intubé) ou vocalisation

0	Tolère la ventilation ou les mouvements	Alarmes non actives, se laisse ventiler
1	Tousse mais tolère	Tousse, mais se laisse ventiler, alarmes peuvent s'activer mais cessent spontanément
2	Combat	Asynchronie: bloque sa respiration, déclenche constamment les alarmes
0	S'exprime normalement, silencieux	S'exprime normalement ou demeure silencieux
1	Gémit, soupire	Gémit, soupire
2	Crie, pleure	Crie, pleure

Tension musculaire

0	Détendu	Absence de résistance aux mouvements, tonus normal
1	tendu, rigide ou crispé	Résistance aux mouvements
2	Très tendu, rigide ou crispé	Difficulté ou incapacité à exercer les mouvements Serre les poings

Échelle de coma de Glasgow

Ouverture des yeux (Y)

4	S'ouvrent spontanément
3	Ordre verbal
2	À la douleur
1	Pas de réponse
NE	Non évaluable* Ex: Œdème important des yeux

Réponse verbale (V)

5	Orienté et parle
4	Désorienté et parle
3	Paroles inappropriées
2	Sons incompréhensibles
1	Pas de réponse
NE	Non évaluable* Ex:(Intubation (T) / Dysphasie (D))

Réponse motrice (M)

6	Obéit ordre verbal
5	Localise la douleur
4	Flexion retrait
3	Flexion décortication
2	Extension décérébration
1	Pas de réponse
NE	Non évaluable*

Annexe aide-mémoire

Échelle de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

Pointage	Niveau	Comportement observable
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger imminent pour le personnel
+3	Très agité	Tire sur ses tubes et cathéters, manifeste un comportement agressif
+2	Agité	Mouvements désorganisés ou asynchronie patient-respirateur
+1	Nerveux	Anxieux ou appréhensif, sans mouvements agressifs ou vigoureux
0	Réveillé et calme	État d'éveil normal
-1	Somnolent	Pas tout à fait alerte. Maintient contact visuel > 10 secondes
-2	Sédation légère	S'éveille brièvement à la voix avec contact visuel < 10 secondes
-3	Sédation modérée	Mouvements à la voix sans contact visuel
-4	Sédation profonde	Aucune réponse à la voix, mouvements à la stimulation physique
-5	Non stimuable	Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique

Annexe aide-mémoire

Échelle de Délirium → score ≥ 4 / 8 = présence d'un delirium (Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (Bergeron et al, 2001, Adaptation de Skrobik, Y)

<p>1- Altération du niveau de conscience</p> <p>A) RASS -4/-5 ou Glasgow ≤ 7/15 → Aucune</p> <p>B) RASS -3 ou Glasgow 8 à 12/15 (si non intubé) → Réaction à une stimulation intense et répétée (voix forte et/ou douleur)</p> <p>C) RASS -1/-2 ou Glasgow 14 à 15/15 (si non intubé) → Réaction à une stimulation légère ou modérée, somnolence</p> <p>D) RASS 0 ou Glasgow 15/15 (si non intubé) → État d'éveil normal</p> <p>E) RASS +1/+4 → Réponse exagérée à une stimulation normale (sursaute à la voix)</p>	<p>A) Aucune réponse → ne pas évaluer le délirium</p> <p>B) Réaction à une stimulation intense et répétée (voix forte et/ou douleur) → ne pas évaluer le délirium</p> <p>C) Réaction à une stimulation légère ou modérée, somnolence → 1 point</p> <p>D) État d'éveil normal → 0 point</p> <p>E) Réponse exagérée à une stimulation normale, sursaute à la voix → 1 point</p>	
<p>Si critère non observable ou non évaluable → 0 point , Si critère observable → 1 point</p>	<p>→ 0 point/1</p>	<p>→ 1 point /1</p>
<p>2- Orientation et/ou désorganisation de la pensée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si intubé: question fermé (oui /non) • Êtes vous à l'église ?/Où êtes vous ici ? • Sommes nous en hiver ?/Quelle est la saison ? • Reconnaît la relation avec ses proches • Y-a-t-il des poissons dans la mer ?, Une roche flotte-t-elle dans l'eau ? 	<p>Orienté: connaît le mois, la saison, l'année, Est dans un hôpital Reconnaît sa famille mais pas le personnel</p>	<p>Désorienté: incapacité de répondre au question Erreur évidente sur l'une des 3 sphères</p>
<p>3- Attention altéré (inattention)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à exécuter une suite de 2 ordres simples: fermer les yeux et lever la main droite • Difficulté à suivre une conversation simple en gardant un contact visuel • Distrait par les stimuli extérieurs/difficulté à ramener son attention 	<p>Attention normal</p>	<p>Présente une difficulté ou est facilement distrait</p>
<p>4-Inversion cycle sommeil/ éveil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dort moins de 4h/nuit • Éveils fréquents et indépendants de ceux provoqués par le personnel • Agité la nuit, dort le jour 	<p>Cycle sommeil/éveil normal</p>	<p>Perturbation du cycle sommeil/ éveil</p>
<p>5- Agitation ou ralentissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation psychomotrice nécessitant ↑ des doses de sédatifs • Besoin de contention • Ralentissement psychomoteur en état d'éveil 	<p>Aucune agitation Aucun ralentissement</p>	<p>Présence d'agitation Présence de ralentissement</p>
<p>6- Discours ou humeur inapproprié</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propos incohérents ou inapproprié (désinhibition, demandes inappropriées, excessives, manie verbale) • Humeur ou émotion non reliée à la situation actuelle (humeur labile, éclat de rire sans raison, apathie) 	<p>Discours normal Humeur normale</p>	<p>Discours inapproprié Humeur labile ou inappropriée</p>
<p>7- Hallucination: Percevoir quelque chose qui n'existe pas. Illusion: Interprétation ou croyance erronée en lien avec l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestation cliniques évidentes d'hallucination (visuelle, auditive ou sensorielle) ex: voit des chats • Interprétation erronée de la réalité ex: alarme de pompe interprétée comme un micro-onde qui sonne 	<p>Aucune hallucination décrite par le patient ou observée</p>	<p>Patient voit ou entend des choses inexistante (décrite par le patient ou observée par infirmière)</p>
<p>8- Fluctuation des symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternance des manifestations observables au cours de la journée ou d'un quart de travail ex.: désorientation on/off 	<p>Aucune fluctuation</p>	<p>Fluctuation des symptômes</p>

- Ahlers, S. J., Veen, A. M., Dijk, M. V., Tibboel, D., & Knibbe, C. A. (2010). The Use of the Behavioral Pain Scale to Assess Pain in Conscious Sedated Patients. *Anesthesia & Analgesia*, 110(1), 127-133.
- Arbour, C., Bouferguene, S., Boyer, L., Brien, L-A. (2019). Échelle de Glasgow: évaluer le niveau de conscience d'un patient avec atteinte neurologique. *Perspective infirmière*. 16 (2). 26-35.
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M., . . . Ely, E. W. (2012). Critical Care Nurses Role in Implementing the "ABCDE Bundle" Into Practice. *Critical Care Nurse*, 32(2), 35-47.
- Bardwell, J., Brimmer, S., & Davis, W. (2020). Implementing the ABCDE Bundle, Critical-Care Pain Observation Tool, and Richmond Agitation-Sedation Scale to Reduce Ventilation Time. *AACN Advanced Critical Care*, 31(1), 16-21. doi:10.4037/aacnacc2020451
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., . . . Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306
- Bergeron, N., Dubois, M., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859-864.
- Brunner & Suddarth. (2011). Soins infirmier. Médecine et chirurgie. Adaptation en français de Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing par S. Longpré et B. Pilote. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Burns, S.M. (2014). AACN. Essentials of Critical Care Nursing. (3^e éd.). New-York: McGraw-Hill Education.
- Carrasco, G., Baeza, N., Cabré, L., Portillo, E., Gimeno, G., Manzanedo, D. & Calizaya, M. (2016). Dexmedetomidine for the Treatment of Hyperactive Delirium Refractory to Haloperidol in Nonintubated ICU Patients: A Nonrandomized Controlled Trial. *Critical care Medecine*, 44(7), 1295-1306.

Références

- Durand, S. (2009). Délirium à l'Unité des soins intensifs. Un facteur de risque sous-estimé. *Perspective infirmière*, 6(6), 36-39.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K.A., Viens, C. et Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 420-427.
- Gélinas, C. (2007). Le thermomètre d'intensité de douleur : un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique. *Perspective infirmière*. 4(4). 12-20.
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I., Chalhub, R., & Quarantini, L. C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: A systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, 16(4).
- Herr, K., Coyne, P. J., Mccaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250.
- McLaughlin, M. & Marik, P.E. (2016). Dexmedetomidine and Delirium in the ICU. *Annals of Translational Medicine*, 4(11), 224-225.
- Nelson, S., Muzyk, A.J., Bucklin, M.H., Brudney, S. & Gagliardi, J.P. (2015). Defining the Role of Dexmedetomidine in the Prevention of Delirium in the Intensive Care Unit. *BioMed Research International*, 2015, 1-7.
- Pasero, C., & Mccaffery, M. (2002). Monitoring Sedation. *American Journal of Nursing*, 102(2), 67-69.

Références

- Poirier, D. (2008). Psychose des soins intensifs ou délirium? Comment y voir clair? *Le Médecin du Québec*, 43(9), 29-36
- Reade, M. C., & Finfer, S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 444-454
- Robinson, B. R., Berube, M., Barr, J., Riker, R., & Gélinas, C. (2013). Psychometric Analysis of Subjective Sedation Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Medicine*, 41
- Rose, L., Smith, O., Gelinas, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E., . . . Watt-Watson, J. (2012). Critical Care Nurses Pain Assessment and Management Practices: A Survey in Canada. *American Journal of Critical Care*, 21(4), 251-259.
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., Oneal, P. V., Keane, K. A., . . . Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338-1344.

Références

- Society of Critical Care Medicine. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46 (9), e825-e873.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment Of Coma And Impaired Consciousness. *The Lancet*, 304(7872), 81-84.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2018). *Critical care nursing: Diagnosis and management*. Maryland Heights, MO: Elsevier.
- Wesley Ely, E., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., . . . Bernard, G. R. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients. *Jama*, 289(22), 2983-2991.
- Wesley Ely, E., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., . . . Dittus, R. (2001). Delirium in Mechanically Ventilated Patients. *Jama*, 286(21), 2703-2710.



CIUSSS
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 