



A series of horizontal lines for writing, consisting of solid top and bottom lines with a dashed midline, typical of a notepad or form.

► PROTOCOLE SÉDATION - ANALGÉSIE

Recommandations, Modalités et Surveillance de la Sédation – Analgésie des Patients en Réanimation

Docteur Thomas LESCOT – Médecin Anesthésiste Réanimateur
Élaboré en collaboration avec Sonia TOURÉ, Laëtitia REPAIRE et Patricia AFONSO –
IDE Réanimation Chirurgicale

RECOMMANDATIONS, MODALITÉS ET SURVEILLANCE DE LA SÉDATION - ANALGÉSIE EN RÉANIMATION

La réanimation représente un ensemble de soins invasifs qui peuvent être la source d'agressions physiques et/ou psychologiques. Le recours à des méthodes de sédation s'y impose pour permettre l'adaptation du patient à la ventilation artificielle et la pratique de gestes invasifs et/ou douloureux.

La sédation est le soin de support de la ventilation contrôlée, mais pas seulement. Les patients placés dans un environnement perturbant ou le bruit, l'agitation permanente et l'absence d'alternance des périodes de veilles et de sommeil sont profondément affectés dans leur fonction neuro sensorielle.

Par ailleurs, il a été mis en évidence que ces patients sont exposés à des douleurs significatives. L'autre objectif de la sédation est alors d'améliorer leur confort et donc d'assurer une analgésie de qualité adaptée aux soins qui leur sont prodigués.

Cela explique l'association fréquente lors de protocole de sédation d'un hypnotique et d'un opiacé.

L'administration de la sédation en réanimation de façon protocolisée nécessite une adaptation stricte du niveau de sédation – analgésie aux besoins du patient. Le but de ce protocole est de décrire les modalités d'application, de surveillance de la sédation - analgésie afin d'atteindre le meilleur niveau d'adaptation des patients qui doit être une préoccupation constante.

Pour cela, il est nécessaire de faire quelques rappels afin de saisir toute l'importance de cette surveillance.

I - DEFINITION ET BUTS DE LA SÉDATION – ANALGÉSIE

1. DEFINITION

La sédation analgésie en réanimation regroupe l'ensemble des moyens pharmacologiques ou non, mis en œuvre pour assurer le confort et la sécurité de la prise en charge du patient dans un milieu source d'agressions physiques et/ou psychologiques. On différencie la sédation-analgésie de confort et la sédation-analgésie thérapeutique.

Les objectifs de la sédation analgésie de confort sont de soulager en priorité la douleur et d'améliorer la tolérance à l'environnement.

2. BUTS

La sédation analgésie thérapeutique plus profonde est un élément à part entière du traitement dans certaines circonstances pathologiques. Les plus importants étant les défaillances :

- hémodynamiques ou états de choc (choc septique, choc cardiogénique)
- respiratoires (pneumonie, SDRA, etc.)
- neurologiques (état de mal épileptique, traumatisme crânien etc.)

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

Les buts d'une sédation analgésie varient en fonction du contexte de mise en œuvre et sont multiples. Ils sont centrés sur le confort du patient et son adaptation au ventilateur :

- **Diminuer la dépense** énergétique et rétablir la balance entre l'apport en oxygène diminué et l'augmentation des besoins (chez le patient en état de choc septique par exemple)
- **Assister un patient sur le plan ventilatoire** tout en assurant une bonne tolérance, en sachant que la priorité est d'adapter la ventilation au patient
- **Pourvoir une analgésie efficiente**
- **Éviter les lésions** secondaires cérébrales, facteurs d'agressions secondaires d'origines systémiques.

Buts communs en réanimation	Buts spécifiques
Assurer le confort	SDRA : amélioration des échanges gazeux
Assurer la sécurité et faciliter les soins	Patients cérébrolésés : évaluation neuro ou contrôle PIC (Pression IntraCrânienne)
Faciliter l'adaptation au ventilateur	Fin de vie : soins palliatifs

II - LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

L'organisation du service doit prendre en compte l'environnement thermique lumineux et sonore, il faut limiter la douleur induite par les soins.

1 Les hypnotiques

Propofol (Diprivan®)

Le propofol est utilisable depuis 1977. La molécule est reconditionnée en émulsion lipidique à 10%. Agent d'anesthésie générale appartenant à la classe des phénols (2,6 di-isopropylphenol), d'action rapide et brève, le propofol possède une activité antagoniste des récepteurs glutamatergiques et anti-oxydante (neuroprotecteur). Il ne possède aucune activité analgésique. La posologie d'administration en sédation est de 1 à 4 mg.kg⁻¹.h⁻¹.

Le propofol suit un modèle pharmacocinétique tricompartmental. Sa distribution se fait par fixation aux protéines plasmatiques, aux muscles et au tissu graisseux. La demi-vie d'élimination est de 45 minutes. Le métabolisme se fait par conjugaison hépatique avec formation de métabolites inactifs et l'élimination se fait par voie rénale. Pour des administrations prolongées (doses supérieures à 2,5 mg/kg/h sur une durée supérieure à trois jours) la concentration plasmatique peut rester élevée, un retard de réveil peut être observé du fait d'une prolongation de la phase d'élimination terminale dont la demi-vie peut être de l'ordre d'une trentaine d'heure tandis que le volume de distribution est également augmenté ce qui s'explique facilement chez les patients de réanimation.

L'hypotension et la dépression respiratoire constituent les effets indésirables les plus fréquents liés à l'administration du propofol. Ces effets dépendent de la dose administrée. La sédation par le propofol provoque une augmentation de la triglycéridémie dont les conséquences pathologiques ne sont pas appréciées. Les apports lipidiques doivent être pris en compte si une nutrition parentérale est envisagée même si la quantité de lipides apportée par la sédation est inférieure à celle qui serait, nécessaire pour assurer les apports nutritionnels. D'autres effets secondaires ont été décrits rarement: œdème de Quincke, bronchospasme, érythème. Des myoclonies peuvent être observées, ainsi que des mouvements épileptiformes. Des cas rares d'insuffisance cardiaque, avec troubles du rythme, rhabdomyolyse avec acidose métabolique, hyperkaliémie, d'évolution parfois fatale ont été décrits en réanimation, ils constituent le PRIS (« Propofol Infusion Syndrome »)

Le conditionnement du propofol dans une émulsion lipidique favorise la prolifération des agents bactériens et cas de contamination bactérienne ont été rapportés au bloc opératoire lorsque le propofol était préparé à l'avance. En réanimation, il n'existe pas de cas équivalents sous réserve de respecter quelques règles d'asepsie telles que l'utilisation de seringues pré-remplies, l'usage unique réservé à un seul patient pour une durée inférieure à 12 heures après ouverture du consommable. En France, le propofol est moins utilisé que le midazolam. Il procure une sédation de qualité comparable mais permet de raccourcir la durée de ventilation notamment lorsque la durée de sédation est supérieure à 48 heures.

Midazolam (Hypnovel®)

Commercialisé en France en 1986, le midazolam synthétisé en 1976, possède une activité sédative puissante et anxiolytique. Lors de l'administration initiale la titration est recommandée pour obtenir le niveau de sédation recherché en fonction du besoin clinique, de l'état physique, de l'âge et des médicaments associés. Chez les sujets âgés et en réanimation, la posologie doit être déterminée avec prudence. Le métabolisme du midazolam est hépatique, et son élimination est rénale. Sa biodisponibilité est de 100 % par voie intraveineuse. Sa demi-vie d'élimination varie de 1,8 à 6,4 heures. Les posologies standard parentérales du midazolam en réanimation sont pour l'adulte

- dose de charge : 0,03-0,3 mg/kg par fractions de 1-2,5 mg,
- dose d'entretien : 0,03-0,2 mg/kg/h.
- il convient de diminuer ces doses chez les sujets âgés

La qualité de la sédation procurée par le midazolam est comparable à celle du propofol. Cependant, la durée de ventilation mécanique est largement plus longue sous midazolam bien que l'adaptation de la perfusion au niveau de sédation permette de réduire cet inconvénient. En cas d'insuffisance rénale, le métabolite actif du midazolam le 1-hydroxymidazolam peut contribuer au retard de réveil et au maintien de la ventilation contrôlée.

L'amnésie antérograde est une conséquence de l'administration de midazolam qui peut être mise à profit pour éviter les phénomènes de mémorisation en réanimation. Le risque de tolérance ou d'échappement thérapeutique a été rapporté lorsque le midazolam était utilisé en sédation prolongée en unité de soins intensifs.

1 Les opiacés

Le sufentanil (35-40%) et le fentanyl (30-35%) sont les deux agents les plus utilisés dans les réanimations françaises [8]. Les conditions de la réanimation sont responsables de modifications physiologiques telles que la diminution du débit cardiaque, la réduction de la capacité de liaison protéique et la réduction de la fonction rénale qui affectent la pharmacologie des opiacés. La baisse du débit cardiaque réduit le débit hépatique et sachant que le foie est lieu du métabolisme de tous les opiacés exceptés le rémifentanyl, diminue leur clairance et prolonge leur demi-vie d'élimination. L'altération de la fonction rénale a en effet pour conséquence un retard à l'élimination des métabolites hépatiques glycuco-conjugués de la morphine qui augmente les concentrations plasmatiques de morphine 3 et 6-glucuronide, sachant que la morphine 6 glucuronide est un métabolite actif. Les autres opiacés comme le sufentanil le fentanyl ne s'accumulent pas en cas d'insuffisance rénale, en revanche, leur coefficient de liposolubilité est élevé et leur volume de distribution est important. De plus leur demi-vie contextuelle (le temps mis par la concentration plasmatique pour diminuer de moitié) augmente avec la durée de perfusion) Pour réduire l'inconvénient d'une accumulation des opiacés la meilleure solution serait l'auto-administration qui n'est pas possible la plupart du temps en réanimation. L'administration intermittente contrôlée par les soignants est une possibilité qui aboutit souvent à un sous dosage si elle n'est pas associée à une évaluation régulière de la douleur sur des échelles appropriées à des sujets non communiquant. La perfusion continue d'opiacé a plusieurs inconvénients. Les opiacés dépriment la ventilation ce qui

n'est pas un problème en ventilation contrôlée mais peut le devenir au moment du sevrage en cas d'effet rémanent. Ils ralentissent le transit digestif ce qui peut également être un problème lorsque l'on souhaite utiliser rapidement la voie entérale pour assurer l'alimentation du patient. Les conséquences de cet inconvénient ont d'ailleurs été très peu évaluées dans le contexte de la réanimation.

III - CONSÉQUENCES DE LA SÉDATION – ANALGÉSIE

Si la sédation - analgésie est nécessaire dans les situations évoquées précédemment, les agents sédatifs et analgésiques ont aussi des effets secondaires : **hypotension artérielle, bradycardie, retard de réveil** (d'autant plus s'il existe une défaillance rénale et/ou hépatique, atteinte nerveuse périphérique [probable participation à la neuropathie de réanimation]).

Dans tous les cas la sédation analgésie ne s'envisage que dans le cadre d'une balance bénéfices/risques, évaluant les besoins et s'adaptant au plus près des situations cliniques.

Il faut éviter une sédation analgésie insuffisante ou excessive.

Si le niveau est insuffisant, la sédation analgésie n'atteint pas son objectif, laissant se développer des **situations d'inconfort**, de **mauvaises compliances** aux soins, d'agitation qui peuvent être délétères, des **mauvaises adaptations à la ventilation artificielle** et conduisant au développement d'un **syndrome de stress post-traumatique**, qui fait que le séjour en réanimation peut ainsi laisser de lourdes séquelles psychologiques voire somatiques.

À l'inverse, un niveau de sédation analgésie excessif présente également ses inconvénients, comme ceux d'induire une instabilité hémodynamique, de prolonger les effets sur la conscience au-delà de ce qui est souhaité et ainsi de prolonger la durée de ventilation, voir le séjour en réanimation ou de provoquer des complications comme les neuro myopathie acquise en réanimation.

Même en situation de fin de vie, la notion d'adaptation de la sédation est importante pour assurer au patient l'apaisement nécessaire.

IV - RÔLE DE L'INFIRMIÈRE DANS LA SURVEILLANCE DES PATIENTS SOUS SÉDATION - ANALGÉSIE

Une conférence de consensus des Sociétés Savantes (SFAR [*Société Française d'Anesthésie Réanimation*] – SRLF [*Société de Réanimation de la Langue Française*]) en novembre 2008 a déterminé un objectif essentiel pour les services de réanimation : **l'élaboration d'un protocole sédation analgésie avec un algorithme, et des outils d'évaluation** que nous allons présenter par la suite. Sans l'élaboration de cet algorithme et sans outils d'évaluation, que se passe-t-il ?

Une fois la sédation analgésie démarrée, aucune évaluation objective de la sédation n'est faite, on dit que le patient dort « bien ou pas », « qu'il ne semble pas douloureux ». Tous les patients reçoivent les mêmes posologies, sans tenir compte des effets:

Les infirmières doivent s'assurer de l'adéquation entre la réponse au traitement instantané et les besoins prédéfinis, et réévaluer régulièrement ces derniers.

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

L'évaluation couvre l'analgésie, la conscience, le confort, l'anxiété, l'agitation et l'adaptation du patient au respirateur.

Il faut au moins évaluer l'analgésie et la conscience. Les outils doivent être simples et il faut assurer la traçabilité de l'évaluation.

La gestion de la sédation par les infirmières suivant un protocole permet de diminuer :

1. les doses délivrées au patient
2. la durée de ventilation artificielle
3. la durée de séjour en réanimation
4. l'incidence des pneumonies nosocomiales, donc de la morbidité à court et moyen termes
5. Au final, diminuer la durée et le coût de séjour en hospitalisation.

V - QUELS OUTILS D'ÉVALUATION ?

Il existe différentes échelles d'évaluation (cf. annexes)

1. LES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA CONSCIENCE (SÉDATION)

- échelle de RAMSAY
- échelle RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*)
- échelle ATICE (*Adaptation To the Intensive Care Environment*)
- échelle d'EPWORTH (évaluation de la somnolence)

2. LES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

- échelle BPS (*Behaviour Pain Scale*)
- chez le patient vigilant et coopérant :
 1. EVA (*Échelle Visuelle Analogique* cotée de 0 à 3)
 2. EVS (*Échelle Verbale Simple* cotée de 0 à 10)
 3. Évaluation Numérique (cotée de 0 à 100)

Dans le cadre de notre protocole, nous avons décidé d'associer deux échelles :

RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) + **BPS** (*Behaviour Pain Scale*)

En outre, **ce protocole** qui permettra à l'infirmière d'apporter une modification ne concerne que si **le patient intubé, ventilé est sous midazolam ou propofol + sufentanil.**

Cette évaluation devra être réalisée à intervalles réguliers après toute modification du traitement et lors des stimulations douloureuses.

VI - QUAND ET COMMENT L'IDE ÉVALUE LA SÉDATION ET L'ANALGÉSIE ?

1. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Les droits des patients sont régis par des décrets

- + « *Le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade et de l'assister moralement* » décret 95-100 septembre 95.
- + « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur et que celle-ci doit être en toute circonstance prévenue* » (évaluée, prise en compte et traitée) article L 110-5 du code de Santé Publique.

2. L'OBLIGATION DE PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR :

« Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement ».

Chaque établissement de santé doit donc définir dans son projet d'établissement un programme d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur qui s'intègre dans le volet qualité et sécurité des soins.

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

MISE EN PLACE D'UN ALGORITHME IDE D'ÉVALUATION ET D'ADAPTATION DE L'ANALGÉSIE – SÉDATION EN RÉANIMATION

À partir du 21 juillet 2012, l'adaptation des traitements hypnotiques (HYPNOVEL®, DIPRIVAN®) et analgésiques (SUFENTANIL®) sera assurée par l'IDE, pour les **patients intubés** et **sur prescription médicale**. Un algorithme prédéfini permettra à l'IDE de moduler les posologies des médicaments de l'analgésie – sédation en fonction d'une échelle d'analgésie et d'une échelle de sédation.

POURQUOI ?

De nombreuses études cliniques ont mis en évidence les conséquences délétères pour le patient aussi bien d'un excès que d'un défaut de sédation. Des travaux scientifiques ont montré que l'application d'un protocole infirmier d'évaluation et d'adaptation de l'analgésie-sédation s'accompagnait d'une amélioration d'analgésie et du confort pour le patient, d'une réduction de la durée de ventilation artificielle ainsi que d'une réduction de la durée de séjour en réanimation. Ceci a conduit les Sociétés Savantes (SFAR/SRLF) à recommander leur utilisation dans les services de réanimation (*conférence du consensus sur la sédation en réanimation – novembre 2008*).

POUR QUI ?

Chez les patients intubés et sur prescription médicale.

L'IDE adaptera les posologies de sédation selon un algorithme défini à partir de :

- Une échelle comportementale de la douleur (BPS : *Behaviour Pain Scale*)
- Une échelle de sédation-analgésie (RASS : *Richmond Agitation-Sedation Scale*)

MISE EN PLACE

✚ Du 2 au 22 Juillet 2012 : Familiarisation avec les échelles BPS et RASS

1. L'IDE reporte sur la feuille de surveillance l'évaluation de l'analgésie par l'échelle BPS et l'évaluation de la sédation par l'échelle de RASS
2. Pour tous les **patients intubés**
3. **Toutes les 4 heures**

✚ À partir du 23 Juillet 2012 : application d'un algorithme aux patients

1. Sur prescription médicale
2. Pour les patients intubés
3. Avec objectifs de BPS & RASS

QUESTIONS

- ✚ Sonia TOURÉ – IDE Grande équipe
- ✚ Patricia AFONSO – IDE Après-Midi
- ✚ Laëtitia REPAIRE – IDE Nuit
- ✚ Dr Thomas LESCOT – MAR – DECT 80243

Mode d'emploi de l'échelle RASS

Observer le patient sans faire de bruit

1- S'il manifeste une activité motrice spontanée : Quantifier le niveau d'agitation

- Si les mouvements sont plutôt orientés, non vigoureux, non agressifs, peu fréquents : **coter + 1**
- Si les mouvements sont plutôt orientés, assez vigoureux, fréquents ou que le patient est désadapté du respirateur : **coter + 2**
- Si le patient tire sur un cathéter ou la sonde d'intubation, tente de quitter le lit et/ou est agressif envers l'équipe : **coter + 3**
- Si le patient présente un danger immédiat pour l'équipe : **coter + 4**

2- Si le patient est calme, les yeux ouverts : coter RASS 0, s'il répond aux ordres simples en plus, il peut être évalué RASS 0 conscient

3- Si le patient est calme, les yeux fermés : quantifier le niveau d'hypovigilance (ou d'endormissement)

S'adresser au patient par son nom sans le toucher, en utilisant une voix de plus en plus forte et d'autant plus forte si le patient est susceptible d'être sourd :

- Si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière soutenue (supérieure à 10 secondes) : **coter – 1**
- Si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière non soutenue (inférieure à 10 secondes) : **coter – 2**
- Si le patient fait un mouvement, y compris une ouverture des yeux mais qu'il n'y a pas de contact visuel (contact pupilles à pupilles) : **coter - 3**

4- Si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l'appelant à voix forte : Frictionner d'abord l'épaule puis le sternum sans être nociceptif :

- Si le patient fait un mouvement y compris une ouverture des yeux, qu'il vous regarde ou non : **coter – 4**
- Si le patient ne fait aucun mouvement : **coter – 5**

ADAPTATION PAR L'IDE DE L'ANALGÉSIE – SÉDATION EN RÉANIMATION

PROCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

BPS / 4 heures et RASS / 4 heures

MIDAZOLAM (HYPNOVEL®) dilué à 1 mg/ml [HYPNO]

PROPOFOL (DIPRIVAN®) dilué à 10 mg/ml [PROPO]

SUFENTANIL (SUFENTA®) dilué à 5 µg/ml [SUF]

Sur prescription médicale précisant le RASS CIBLE et l'hypnotique (HYPNO ou PROPO)

Débuter SUF à 1 ml/h + Hypnotique (HYPNO ou PROPO) à 5 ml/h

ÉTAPE 1 : OBJECTIF BPS < 5

SI BPS \geq 5

☞ Titration SUF : Bolus de 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à BPS < 5 (titration max 5 ml)

☞ **PUIS** ↑ SUF de 1 ml/h

ÉTAPE 2 : OBJECTIF RASS PRESCRIT (RASS CIBLE) = RASS PATIENT

SI RASS PATIENT > RASS CIBLE

☞ Titration HYPNO ou PROPO 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à RASS CIBLE (max 10 ml)

☞ **PUIS** ↑ HYPNO ou PROPO de 1 ml/h

SI RASS PATIENT = RASS CIBLE

☞ Pas de modification de la vitesse d'administration de l'Analgésie – Sédation

SI RASS PATIENT < RASS CIBLE

☞ ↓ La vitesse d'administration de HYPNO ou PROPO de 1 ml/h et SUF de 1 ml/h

Réévaluation au MINIMUM TOUTES LES 4 HEURES

Si BPS > 7 → APPEL MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR (☎ 80016)

Si RASS \geq 3 → HYPNO ou PROPO 5 ml/h → APPEL MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR (☎ 80016)

Si HYPNO > 10 ml/h ou PROPO > 20 ml/h → APPEL MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR (☎ 80016)

Si soins douloureux : SUF 1 à 2 ml IVD 5 minutes AVANT les soins



ANNEXES

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

NIVEAU	DESCRIPTION	DÉFINITION
+ 4	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 buts précis et/ou désadaptation au respirateur .
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou crainitif mais mouvements orientés , peu fréquents, non vigoureux, non agressif .
0	Éveillé et Calme	
- 1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 secondes) .
- 2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 secondes).
- 3	Diminution Modérée de la Vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel .
- 4	Diminution Profonde de la Vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction 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).

ANNEXE I : ÉCHELLE RASS

Mode d'emploi de l'échelle RASS

Observer le patient sans faire de bruit

1- S'il manifeste une activité motrice spontanée : Quantifier le niveau d'agitation

- Si les mouvements sont plutôt orientés, non vigoureux, non agressifs, peu fréquents : **coter + 1**
- Si les mouvements sont plutôt orientés, assez vigoureux, fréquents ou que le patient est désadapté du respirateur : **coter + 2**
- Si le patient tire sur un cathéter ou la sonde d'intubation, tente de quitter le lit et/ou est agressif envers l'équipe : **coter + 3**
- Si le patient présente un danger immédiat pour l'équipe : **coter + 4**

2- Si le patient est calme, les yeux ouverts : coter RASS 0, s'il répond aux ordres simples en plus, il peut être évalué RASS 0 conscient

3- Si le patient est calme, les yeux fermés : quantifier le niveau d'hypovigilance (ou d'endormissement)



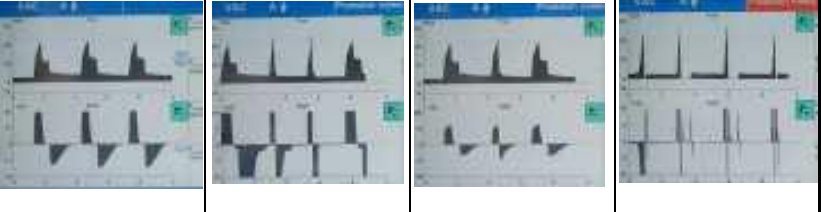
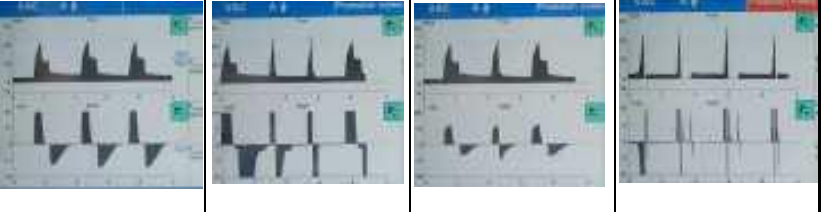
S'adresser au patient par son nom sans le toucher, en utilisant une voix de plus en plus forte et d'autant plus forte si le patient est susceptible d'être sourd :

- Si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière soutenue (supérieure à 10 secondes) : **coter - 1**
- Si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière non soutenue (inférieure à 10 secondes) : **coter - 2**
- Si le patient fait un mouvement, y compris une ouverture des yeux mais qu'il n'y a pas de contact visuel (contact pupilles à pupilles) : **coter - 3**

4- Si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l'appelant à voix forte : Frictionner d'abord l'épaule puis le sternum sans être nociceptif :

- Si le patient fait un mouvement y compris une ouverture des yeux, qu'il vous regarde ou non : **coter - 4**
- Si le patient ne fait aucun mouvement : **coter - 5**

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

Critères à évaluer	Aspects	Score	ILLUSTRATIONS DES SCORES			
Expression du Visage	Détendu	1	①	②	③	④
	Plissement du Front	2				
	Fermeture des Yeux	3				
	Grimace	4				
Tonus des Membres Supérieurs	Aucun	1				
	Flexion Partielle	2				
	Flexion Complète	3				
	Rétraction	4				
Adaptation au Respirateur	Adapté	1	①	②	③	④
	Déclenchement Ponctuel	2				
	Lutte contre Ventilateur	3				
	Non Ventilable	4				
TOTAL DES 3 SCORES			(Expression du visage + Tonus Membres Supérieurs + Adaptation au respirateur)			

ANNEXE II : ÉCHELLE BPS

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

SCORE DE RAMSEY

C'est l'échelle de sédation la plus utilisée. Ce score décrit la façon dont un patient est réveillable.

Il comporte 6 stades côtés de 1 (*patient agité*) à 6 (*patient non réveillable*).

Ce n'est pas un score d'évaluation de l'intensité douloureuse. Il ne prend pas en compte le confort du patient, et repose sur la capacité de celui-ci à répondre à un stimulus auditif ou tactile.

Niveau	Réponse	
1	Le malade est anxieux, agité	<input type="checkbox"/>
2	Le malade est coopérant, orienté et calme	<input type="checkbox"/>
3	Le malade est capable de répondre aux ordres	<input type="checkbox"/>
4	Le malade est endormi, mais peut répondre nettement à la stimulation de la glabelle* ou à un bruit intense	<input type="checkbox"/>
5	Le malade est endormi, et répond faiblement aux stimulations verbales	<input type="checkbox"/>
6	Le malade ne répond pas aux stimulations nociceptives	<input type="checkbox"/>

*partie lisse de l'os frontal située entre les 2 arcades sourcilières

ANNEXE III : ÉCHELLE DE RAMSAY

PROTOCOLE SÉDATION – ANALGÉSIE

CONSCIENCE		TOLÉRANCE							
ÉVEIL		CONSCIENCE	MOUVEMENTS (Membres et tête)	VENTILATION	RELAXATION DE LA FACE				
Yeux fermés, aucune mimique	0	« Ouvrez (ou fermez) les yeux »	1	Agitation majeure, dangereuse pour le patient	0	Pas de blocage de la phase inspiratoire du respirateur par le patient	1	Grimace permanente	0
Yeux fermés, mimique lors de la stimulation douloureuse forte	1	« Ouvrez la bouche »	1	Agitation non calmée par les commandes verbales	1	FR < 30	1	Grimace provoquée sévère	1
Ouverture des yeux après stimulation douloureuse forte	2	« Regardez par ici »	1	Agitation calmée par les commandes verbales	2	Pas de toux	1	Grimace provoquée modérée	2
Ouverture des yeux après stimulation douloureuse légère	3	« Faites oui avec la tête »	1	Calme	3	Pas de tirage	1	Visage relaxé	3
Ouverture des yeux après stimulation verbale	4	« Fermez les yeux et ouvrez la bouche »	1						
Ouverture des yeux spontanée	5								

ANNEXE IV : ÉCHELLE ATICE

EPWORTH

Echelle d'évaluation de la somnolence (S.A.S)

L'échelle d'EPWORTH quantifie une éventuelle somnolence dans la journée.

AVERTISSEMENT

L'échelle d'Epworth est très largement utilisée dans le monde, mais elle a été conçue pour évaluer l'efficacité du traitement du syndrome des apnées du sommeil, pas pour dépister la somnolence. Si un score élevé, supérieur à 10, témoigne très certainement d'une somnolence accrue, un score bas peut aussi bien signifier "je ne suis pas somnolent" que "j'évalue mal ma somnolence". Il existe d'autres échelles (Stanford, Thayer). La seule évaluation objective de la somnolence est la réalisation, au laboratoire de sommeil, de tests itératifs d'endormissement, permettant de déterminer une latence moyenne d'endormissement.

RÉFÉRENCE :

Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep 1991 Dec;14(6):540-5.

Pour répondre mettez une croix dans la case la plus appropriée pour chaque situation :

0 = jamais d'assoupissement

1 = peu de chance d'assoupissement

2 = bonne chance d'assoupissement

3 = très forte chance d'assoupissement

Echelle d'Epworth pour l'évaluation de la somnolence

Dans les 8 circonstances suivantes, avez-vous un risque de vous endormir dans la journée ?

- si ce risque est inexistant, cochez 0
- si ce risque est minime, cochez 1
- si ce risque est modéré, cochez 2
- si ce risque est important, cochez 3

exemple : si le risque de vous endormir "assis en lisant un livre ou le journal" est modéré cochez : 2

- | | |
|--|---|
| 1. Assis en lisant un livre ou le journal | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. En regardant la télévision | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente) | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Si vous êtes passager d'une voiture pour un trajet d'une heure | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. En étant allongé après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. En étant assis, en parlant avec quelqu'un | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. En étant assis, après un repas sans boisson alcoolisée | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. En étant au volant de la voiture, au cours d'un arrêt de la circulation de quelques minutes | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

Total :

ANNEXE V : ÉCHELLE SAS