Protocole d'accord :
L'intubation en séquence rapide et l'analgésie et la sédation après l'intubation chez les patients qui ont subi un traumatisme majeur
ADULTES

Janvier 2025

Auteure	
Julie Ringuette, I.I. Coordonnatrice en traumatologie, Trauma NB	
Dr Tushar Pishe Directeur médical, Trauma NB, Hôpital régional de Saint John	Dr Jay Mekwan Chef clinique du programme de simulation mobile, Trauma NB, Hôpital régional de Saint John
Leisa Ouellet I.I., coordonnatrice en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional de Saint John	Gisia Pisegna Pharmacienne, Soins Intensifs Chirurgicaux, L'Hôpital de Moncton
Véronique Jean I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional Chaleur	Stacey McEachern I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, L'Hôpital de Moncton
Julie Savoie I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional de Campbellton	Sue Benjamin I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional de Saint John
Yves Mazerolle I.I., ancien infirmier ressource en traumatologie, Trauma NB, Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Julie DuPlessis I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional Dr Everett Chalmers
Jessica Raymond I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional d'Edmundston	Chantal Doiron I.I., infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Centre hospitalier universitaire Dr Georges L Dumont
Michelle Foran I.I., ancienne infirmière ressource en traumatologie, Trauma NB, Hôpital régional de Miramichi	Dr James French Urgentologue, Hôpital régional de Saint John
Troy Denton B. Sc., thérapeute respiratoire autorisé, FSCTR, L'Hôpital de Moncton	

Documents consultés pour la rédaction du protocole d'accord

1. Acquisto, N.M., et coll. « Society of Critical Care Medicine clinical practice guidelines for rapid sequence intubation in the critically ill adult patient », *Crit Care Med*., 51(10) (oct. 2023), p. 1411-1430. DOI : 10.1097/CCM.0000000000006000 (consulté le 15 février 2024).
2. Adam Law, J., L.V. Duggan et M. Asselin. « Planification et mise en œuvre d'une prise en charge sécuritaire du patient présentant des voies respiratoires difficiles anticipées », *Journal canadien d'anesthésie* (juin 2021), p. 1-32.
3. Airway Intervention and Management in Emergencies (AIME) : <https://caep.ca/cpd-courses/aime/ (consulté le 15 avril 2025).
4. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual 10th Edition* p. 28-36, Chicago, 2018.
5. American College of Surgeons. *Best Practices Guidelines: The Management of Traumatic Brain Injury* (2024), p. 1-99.
6. Atkinson, P., J. French et J.A. Nice. « Procedural sedation and analgesia for adults in the emergency department », *BMJ* (2014), p. 1-5.
7. Blair, A.E., R. Walls et J. Grayzel. « Rapid sequence intubation for adults outside the operation room », section sur la préoxygénation, *UpToDate* (28 juin 2016).
8. Chapman, G. *Mastering Prehospital Trauma Airway Management: A Lifesaving Art for EMTs and Paramedics*, 7 novembre 2023.
9. Farcas, A., et P. Trinquero. *Post Intubation Checklist*, blogue de NUEM, commentaire de l'expert A. Pirotte, 11 février 2019.
10. Kovacs, G. et N. Sowers. *Airway Management in Trauma*, Emergency Medicine Clinics of North America, vol. 36 (2018), p. 61-84. DOI : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862717300755?via%3Dihub (consulté le 15 février 2024).

11. PARKS, Adam, Richard HOANG et Shankar SETHURAMAN. « Assessing and Finessing: An Airway Update », *Ottawa Handbook of Emergency Medicine*, 23 mai 2019.
12. PUDELEK, B. « Geriatric Trauma: Special needs for a special population », *AACN Adv Crit Care*, vol.13, n° 1 (février 2022), p. 61-72.
13. « Rapid sequence intubation in adults for emergency medicine and critical care », *UpToDate*, 16 novembre 2023.
14. RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON. *Normes en matière de soins intensifs,* 12 juin 2023. Internet : <https://skyline/standards/Clinical/Critical%20Care%20Network%20Standards%20approved%20January%202019.pdf>(consulté le 13 février 2024).
15. RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON. *Horizon Parenteral Drug Manual.* Internet : https://skyline/DepartmentsPrograms/pharmacy/procedures/parenteral/Pages/Regional-Parenteral-Drug-Manual.aspx (consulté en janvier 2024).
16. SMITH, T.L., et J.V. METER. « Maximizing success with Rapid Sequence Intubations », *Advanced Emergency Nursing Journal*, vol. 40, n° 3 (2018), p. 183-193.
17. WEINGART, S.D., et R.M. LEVITAN. *Preoxygenation and Prevention of Desaturation During Emergency Airway Management*, 2011.
18. WIKSTROM, L., et T. KANDER. *The Utility of the Shock Index for Predicting Survival, Function and Health Status Outcomes in Major Trauma Patients: A Registered-Based Cohort Study*, 2009.
19. Wolters Kluwer Health. *The Anesthesia Technician and Technologist's Manual*, Renaud-Bray, juillet 2012, p.157.
20. Gélinas, C., L. Fillion, K.A. Puntillo, C. Viens et M. Fortier (2006). *Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients.* American Journal of Critical Care, 15 (4), 420-427.

PRÉAMBULE

Cette mise à jour se fonde sur le travail des équipes d'auteurs précédentes et intègre les recherches et les avis d'experts les plus récents. Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant participé à la production des versions précédentes et actuelles de ces documents pour leur travail d'arrache-pied, leur diligence et leur rigueur en matière de recherche, de rédaction et de production de ces ressources très utiles.

Le présent protocole d'accord offre un résumé des recommandations relatives à l'intubation en séquence rapide. Ces recommandations s'appuient sur les pratiques optimales actuelles et sont adaptées de documents médicaux. On reconnaît que la géographie, la population et la disponibilité des services spécialisés au Nouveau-Brunswick fournissent un contexte unique dont il faut tenir compte dans les recommandations générales sur l'intubation en séquence rapide.

APPLICATION

Le protocole fournit des orientations privilégiées pour les patients âgés de ≥ 16 ans qui nécessitent une stabilisation urgente des voies aériennes :

- Lignes directrices sur les voies aériennes en cas d'urgence
- Prise en charge après l'intubation

La déclaration de consensus ne s'applique pas aux patients pédiatriques âgés de moins de 16 ans. Ces cas seront évalués au cas par cas en consultation avec le médecin responsable de la traumatologie (TCP) et les consultants.

CONTEXTE

1. L'intubation en séquence rapide (ISR) ou l'intubation facilitée par médicament (IFM) est une méthode de contrôle des voies respiratoires qui consiste à administrer un agent sédatif et hypnotique, puis un agent paralysant lorsque le réflexe nauséeux du patient est intact pour minimiser le risque d'aspiration du contenu gastrique lors de l'intubation endotrachéale. Il s'agit de l'approche la plus souvent adoptée pour la prise en charge des voies aériennes en cas de traumatisme.
2. L'ISR a pour but d'induire un état d'inconscience et de blocage neuromusculaire, ce qui peut favoriser le taux de réussite de l'intubation endotrachéale dès la première tentative.
3. Il est essentiel de planifier l'intubation éventuelle du patient qui a subi un traumatisme, qui consiste à définir les rôles de chacun et à s'assurer que le matériel pour les voies aériennes fonctionne bien et qu'il est organisé, testé et

disposé de façon stratégique pour être facilement accessible. Il est recommandé d'établir une disposition normalisée du matériel à l'échelle provinciale pour optimiser la préparation d'une ISR (annexe A).

4. Pour le contrôle des voies aériennes, les principes de soins avancés de réanimation traumatologique (ATLS) guideront l'évaluation initiale et la réanimation du patient victime d'un traumatisme majeur nécessitant une ISR. La mnémonique ABCDE sera donc utilisée dans une approche systémique.
5. Un patient victime d'un traumatisme peut avoir besoin d'une prise en charge des voies aériennes dans diverses circonstances. Il faut considérer l'ISR chez tous les patients traumatisés qui répondent à n'importe lequel des critères suivants :
   - ✓ Score de Glasgow < 8, détérioration rapide du score sur l'échelle de Glasgow ou perte de la protection des voies aériennes
   - ✓ Traumatisme facial avec un pauvre contrôle des voies aériennes
   - ✓ Brûlures ou lésions par inhalation soupçonnées
   - ✓ Insuffisance respiratoire
   - ✓ Hypoxie persistante ou choc non compensé (réduction des efforts respiratoires)
   - ✓ Agitation avec risque de blessures à soi-même ou aux autres
   - ✓ Insuffisance respiratoire possible
   - ✓ Possibilité de détérioration respiratoire ou de détérioration neurologique, ou les deux, pendant le transport
6. L'instabilité hémodynamique et l'hypoxémie doivent être prises en charge avant de procéder à l'ISR, car il est vital d'optimiser l'état physiologique du patient pour atténuer ou prévenir l'hypotension après l'intubation.
7. L'indice de choc peut être utilisé pour aider à identifier les patients présentant un risque d'hypotension dans la phase précédant l'intubation.
   - L'indice de choc (IS) est une mesure rapide et non invasive utilisée pour prédire l'instabilité hémodynamique en cas de traumatisme. L'IS est calculé en divisant la fréquence cardiaque (FC) du patient par la pression artérielle systolique de ce dernier. L'intervalle normal se situe entre 0,5 et 0,7. Un IS supérieur à 0,8 suggère une grande instabilité.
8. Les directives relatives à l'ISR devraient inclure des évaluations pour aider à reconnaître la possibilité d'une intubation difficile. L'acronyme LEON modifié est un outil d'évaluation reconnu pour aider à prédire une intubation difficile.

LEON
Look Externally Regarder l'extérieur
Evaluate (3-3-2 Rule) Évaluer (règle des 3-3-2)
Obstruction
Neck mobility Mobilité du cou

9. Il est crucial de réussir l'intubation dès la première tentative. Elle réduit de beaucoup le risque de complications comme l'hypoxie, l'instabilité cardiovasculaire et les traumatismes des voies aériennes, car ces dernières peuvent découler de tentatives répétées de mise en place d'une sonde endotrachéale. Une intubation réussie dès la première tentative permet donc d'améliorer les résultats pour le patient et elle est considérée comme une mesure clé de la qualité de la prise en charge des voies aériennes. Les recherches ont démontré que ≥3 tentatives d'intubation sont associées à une multitude de complications.
10. Les agents de blocage neuromusculaire n'ont pas de propriétés amnésiques, sédatives ou analgésiques. Les patients intubés ont donc besoin d'analgésie et de sédations après l'intubation. Des perfusions correctement

titrées assurent un contrôle adéquat de la douleur, minimisent l'agitation et les troubles cardiovasculaires, et permettent une amnésie médicamenteuse.

11. L'utilisation systématique d'échelles subjectives pour la douleur, l'agitation et la sédation favorise une prise en charge efficace des perfusions d'analgésie et de sédation, dont un titrage des médicaments axé sur le patient en fonction de critères particuliers. Des niveaux de sédation plus profonds seront souvent nécessaires aux urgences et pendant le transport en raison de l'environnement stimulant. Il est recommandé d'utiliser les échelles suivantes :
    - L'échelle de sédation et d'agitation de Richmond (RASS) établit des critères d'évaluation de la vigilance et de l'agitation. Le score RASS permet d'orienter le traitement sédatif pour mieux répondre aux besoins de titrage des patients et améliorer la communication sur la sédation et l'agitation entre les fournisseurs de soins de santé. Un score RASS de - 4 est recommandé lorsque le traumatisé est à l'urgence et pendant les transferts d'un établissement à l'autre ou à l'intérieur d'un même établissement (annexe F).
    - L'échelle comportementale de la douleur (CPOT) a été reconnu comme une échelle valide et fiable dans l'évaluation de la douleur chez les patients non verbaux des unités de soins intensifs. L'échelle CPOT va de 0 à 8. Un score de 0 est recommandé (annexe F).
12. En appui aux pratiques les plus optimales et les plus récentes fondées sur des données probantes en matière d'ISR, les documents normalisés à l'échelle provinciale suivants sont inclus sous forme d'annexes :
    - ✓ Annexe A. Schéma de disposition du matériel
    - ✓ Annexe B. Algorithme d'ISR
    - ✓ Annexe C. Liste de vérification avant l'intubation chez l'adulte
    - ✓ Annexe D. Liste de vérification après l'intubation chez l'adulte
    - ✓ Annexe E. Directives relatives à la sédation et à l'analgésie après l'intubation
    - ✓ Annexe F. Échelles RASS et CPOT

Contre-indications

- L'ISR ne doit pas être envisagée ou effectuée dans le cas de patients victimes d'un traumatisme qui sont en arrêt cardiaque ou en apnée.

Soins préhospitaliers

- Les patients qui ont subi un traumatisme nécessitant une assistance respiratoire, y compris ceux qui présente une détresse respiratoire modérée à grave ou une perte imminente de la protection des voies aériennes, doivent être transportés vers le service d'urgence le plus proche, conformément aux lignes directrices pour le triage sur place des cas de traumatisme.
- La prise en charge préhospitalière des voies aériennes d'urgence est un facteur clé de modération des taux de survie et de mortalité des patients.
- Le champ d'exercice du fournisseur de soins permettra de déterminer le dispositif à utiliser pour la prise en charge des voies aériennes.
- Ambulance Nouveau-Brunswick doit veiller à la mise en œuvre uniforme des lignes directrices normalisées à l'échelle provinciale concernant l'ISR, ainsi que la sédation et l'analgésie après l'intubation dans les procédures exécutées par l'équipe médicale aérienne d'Ambulance Nouveau-Brunswick et les ambulanciers paramédicaux en soins avancés.

Populations particulières

- **Pédiatrie (moins de 16 ans) :** Ces lignes directrices sont destinées à la population de patients adultes. Il est essentiel de savoir évaluer et prendre en charge les voies aériennes des enfants. La corrélation entre les considérations anatomiques et la nécessité d'une prise en charge croissante des voies aériennes est

essentielle pour optimiser les résultats de chaque enfant. Il est recommandé de se reporter à des directives propres à la pédiatrie.

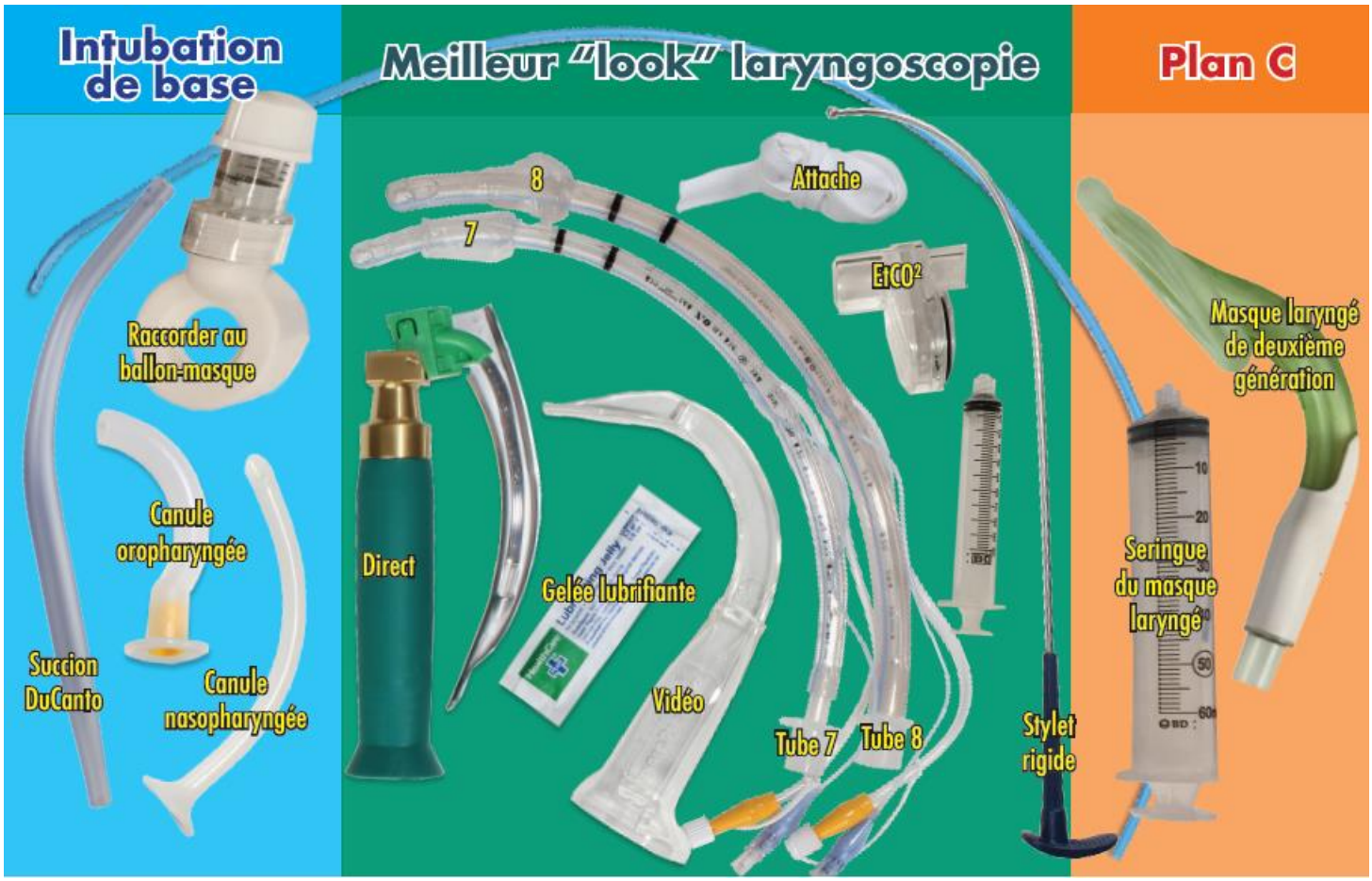
- **Gériatrie :** Il faut aborder les changements liés à l'âge durant l'évaluation, le traitement et la prise en charge des soins. Une attention particulière doit être portée à l'étape de réanimation, car les aînés n'ont pas la réserve physiologique nécessaire pour répondre à l'hypoxie et au choc.
- **Patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) élevé :** La ventilation assistée à l'aide d'un ballon-masque est plus difficile, car le tissu mou du pharynx s'effondre sous anesthésie ou sédation. Lorsqu'on ne soupçonne pas de lésions de la colonne vertébrale, le positionnement approprié (position demi-assise) améliore l'efficacité de la ventilation assistée à l'aide d'un ballon-masque et facilite l'intubation. Les tissus mous de la voie aérienne supérieure rendent plus difficile la visualisation de la glotte par laryngoscopie directe.
- **Patientes enceintes :** Pour obtenir des résultats optimaux chez la mère et le fœtus, les cliniciens doivent évaluer et réanimer la mère en premier. La prise en charge de la patiente enceinte doit être conforme aux lignes directrices en matière de soins avancés de réanimation traumatologique (ATLS) (p. ex. positionnement de la patiente et possibilité d'intubation difficile). Il est recommandé de consulter rapidement un obstétricien.

GRADE et niveau de preuve

- Niveau B : recommandation
- En général, les cliniciens doivent suivre les recommandations, mais ils doivent s'assurer de rester à l'affût d'information nouvelle et d'être conscients des contre-indications.

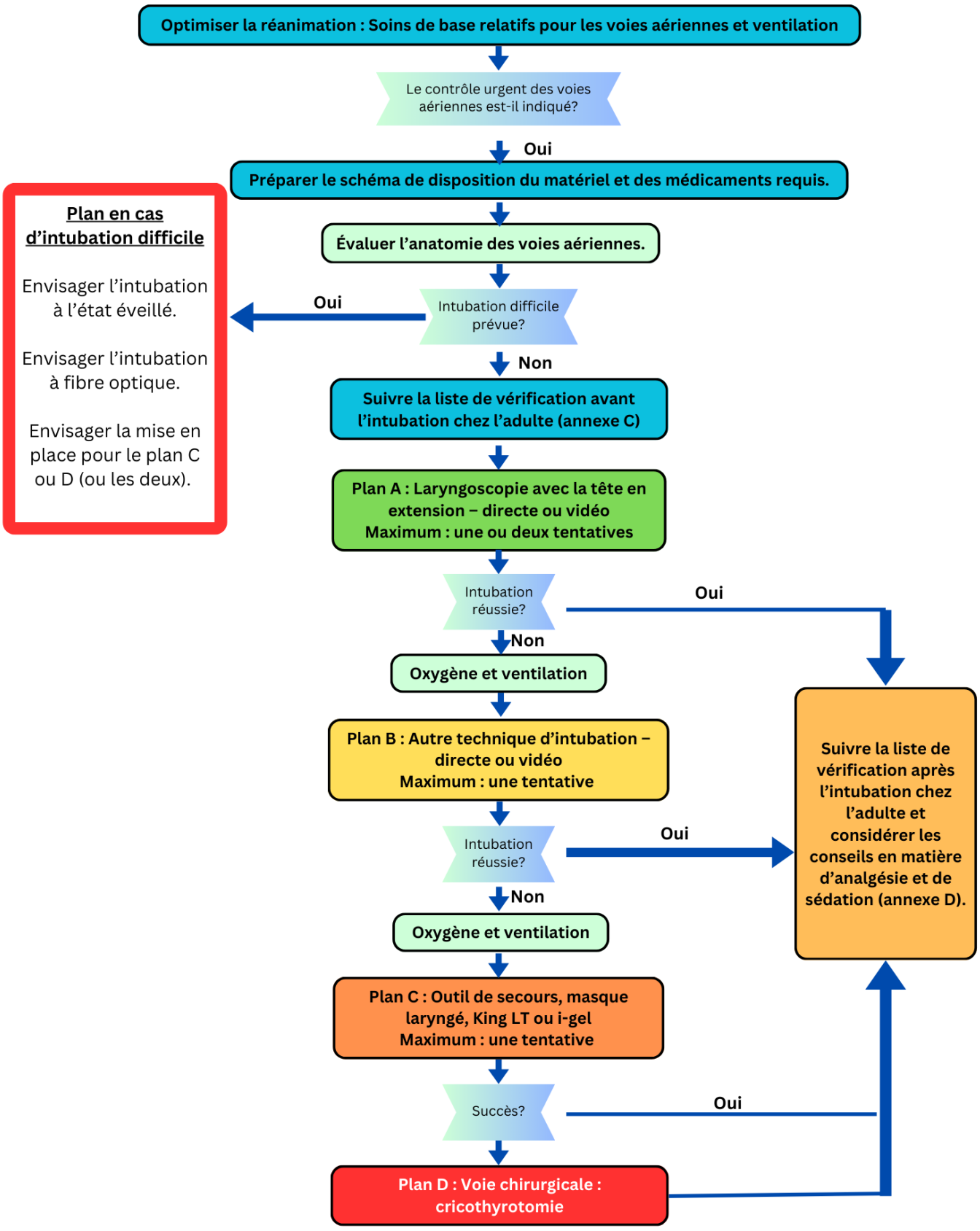
Annexe A. Schéma de disposition du matériel

Pour obtenir la version la plus récente, qu'il est possible de laminer et d'utiliser dans votre établissement, contacter Trauma NB :
NBTrauma@HorizonNB.ca
506- 648-8040



Annexe B. Algorithme d'intubation en séquence rapide

Ce document n'est pas une feuille d'ordonnance.



L'approche recommandée pour la stabilisation des voies aériennes doit être adaptée au tableau clinique.

Annexe C. Liste de vérification avant l'intubation chez l'adulte

Liste de vérification ISR <u>APRÈS l'évaluation primaire</u> et la réanimation initiales	
1. **Saturomètre et électrodes** attachés? **Pression artérielle** toutes les 3 minutes?	
2. **Pouls? Pression artérielle? Fréquence respiratoire? Saturation? Glasgow?**	
3. **Canule nasale (15 L), ballon-masque (30 L)** et **valve PEEP (5 cm H_2O)**?	
4. Bon **accès IV ou IO**?	
5. **Hypotension**? **- Choc hémorragique? Lancer le protocole de transfusion massive.** **- Choc septique? Commencer la perfusion de noradrénaline.**	
6. **Lésion ou distorsion du larynx? OUI?** ***La double préparation*** *est-elle préférable?*	
7. <u>Absence de traumatisme</u> : Garder l'**alignement oreille-encoche sternale**.	
8. **ISR :** Expliquer à l'équipe.	
9. Placer le **lit à la hauteur de** l'ombilic pour l'intubation.	
10. Pièces d'équipement sur les lieux pour l'intubation? **Capteur de CO_2** connecté?	
11. **Succion** positionnée et fonctionnelle?	
12. **Plan A** pour l'intubation la plus facile?	
13. **Plan B** pour intubation en cas d'échec?	
14. Quelle est la taille du **masque laryngé ou King TL ou i-gel® (dispositif supraglottique)** pour le **plan C**?	
15. La trousse de **cricothyrotomie chirurgicale** est-elle sur le chariot?	
16. **Le collet cervical est-il ouvert** et le cou est-il manuellement immobilisé par le dessous?	
17. Qui administre les **médicaments?**	
18. Signes de **choc?** ***OUI? Réduire le dosage d'induction de l'anesthésie de moitié!***	
19. **Poids estimé ou réel** du patient en kilogrammes?	

20. **N° 1 – SÉDATION : DOSE DE KÉTAMINE <u>ou</u> D'ÉTOMIDATE?**			
	DOSE (ÉTAT STABLE)	DOSE (ÉTAT DE CHOC)	Dose?
KÉTAMINE	**2,0 mg/kg**	**1,0 mg/kg**	
ÉTOMIDATE	**0,3 mg/kg**	**0,15 mg/kg**	

21. **N° 2 – SÉDATION : DOSE DE ROCURONIUM ou DE SUCCINYLCHOLINE?**			
	ADULTES	DOSE (ÉTAT DE CHOC)	Dose?
ROCURONIUM	**1,5 mg /kg**	**1,5 mg /kg**	
SUCCINYLCHOLINE	**1,5 mg/kg**	**2,0 mg/kg**	

22. **Administrer la sédation MAINTENANT par injection rapide d'une solution IV suivie du PARALYTIQUE** et chronométrer!	
23. **Attendre 45 s pour que la succinylcholine agisse et 60 s, pour le rocuronium.**	
24. **SaO_2 inférieure à 95 % : ventiler!**	

Annexe D. Liste de vérification après l'intubation chez l'adulte

Suivre cette liste de vérification après avoir sécurisé les voies aériennes à l'aide d'un dispositif définitif.

1.	**Placement du tube endotrachéal confirmé?**	
2.	**Tube endotrachéal est-il bien fixé? Taille et profondeur de la sonde consignées?**	
3.	**Mise en place d'une surveillance continue du PCO_2 de fin d'expiration?**	
4.	**Insertion d'une sonde gastrique?**	
5.	**Radiographie pulmonaire avec appareil portable complétée et l'image examinée par le médecin?**	
6.	**Tête de lit à 30°** *(en l'absence de contre-indications)?*	
7.	**Envisager sang artériel et sang veineux. Titrer les réglages du ventilateur en conséquence et consigner.**	
8.	**Pour une ventilation manuelle continue avec le ballon-masque, envisager d'ajouter une valve PEEP réglée à 5 cm H_2O.**	
9.	**Observer les tendances et consigner les signes vitaux, y compris l'évaluation neurologique, SpO_2, CPOT et RASS**	
10.	**Objectifs de pression artérielle déterminés?** *En cas de suspicion de traumatisme crânien : PAM > 80 mmHg ou tension artérielle systolique ≥110 mmHg*	
11.	**Hypotension?** *Si l'hémorragie est exclue, envisager l'administration de presseurs de phényléphrine 50-200 mcg toutes les 1-2 min au besoin.*	
12.	**Commencer les perfusions d'analgésie et de sédation? Consulter l'annexe E.** *Titrer pour atteindre le score RASS -4 ou CPOT 0.*	
13.	**Poignets restreints?**	

Ordonnances écrites d'admission ou de transfert?

Envisager un compte-rendu avec l'équipe?
Qu'est-ce qui s'est bien passé?
Quelles ont été les possibilités d'amélioration?

Annexe E. Lignes directrices sur l'analgésie et la sédation après l'intubation

Il ne s'agit pas d'une feuille d'ordonnance. Obtenir des ordonnances écrites.

Objectif à l'étape d'urgence des soins et pendant le transfert interhospitalier :
RASS -4 et CPOT 0
Voir les échelles correspondantes à l'annexe F.

Perfusion d'analgésie et de sédation après l'intubation **Il ne s'agit pas d'une feuille d'ordonnance. Obtenir des ordonnances écrites.**		
Analgésie 1	**DOSE de perfusion**	**DOSE bolus (si nécessaire)**
Fentanyl	**25-200 mcg/h (1-2 mcg/kg/h)**	**25 à 100 mcg toutes les 15 minutes au besoin**
titrage	**Par 25-50 mcg/h toutes les 30 minutes**	**-----**
Sédation 2 **Choisissez une option**	**DOSE de perfusion**	**DOSE de bolus (si nécessaire)**
Kétamine (+ propriétés analgésiques)	0,05 à 1,2 mg/kg/h	0,5 mg/kg toutes les 5-15 minutes au besoin
titrage	Par 0,1 mg/kg/h toutes les 15 minutes	-----
Midazolam	1 à 7 mg/h	1 à 2 mg toutes les 2 minutes au besoin
titrage	Par 1 mg/h toutes les 15 minutes	-----
Propofol	5 à 50 mcg/kg/min	10-20 mg au besoin, selon les instructions du médecin
titrage	Par 5-10 mcg/kg/min toutes les 5-10 minutes	------

Si trois doses de bolus sont nécessaires au cours d'une période de 30 minutes pour maintenir l'objectif de RASS ou de CPOT, envisager de titrer la perfusion.
Envisager d'administrer une dose de bolus avant de déplacer le patient.

Directives critiques	Directives cliniques
Se reporter à la politique locale pour obtenir des directives sur les restrictions d'âge pour la perfusion de propofol. Appeler le médecin traitant dans les cas suivant : • Le patient devient très agité ou présente un problème de sécurité. • Le patient devient hypotendu – interrompre la sédation (poursuivre l'analgésie).	Se reporter à la politique locale pour les limites minimales et maximales des doses de perfusion. • La répétition d'évaluations ABCDE régulières est recommandée. • La prise des signes vitaux est recommandée avant l'administration de tous les médicaments.

Annexe F. Échelle RASS et échelle comportementale de la douleur (CPOT)

Échelle RASS

	Valeur cible	Description
+4	Combatif	Combatif, violent, danger immédiat envers le personnel.
+3	Très agité	Tire ou arrache les tuyaux ou cathéters; agressif.
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis, désadaptation au ventilateur.
+1	Nerveux	Anxieux, craintif, mais mouvements non agressifs et non vigoureux.
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé à l'appel (yeux ouverts et contact visuel pendant **plus** de 10 secondes).
-2	Sédation légère	Reste éveillé brièvement à l'appel (yeux ouverts et contact visuel pendant **moins** de 10 secondes).
-3	Sédation modérée	Mouvements ou ouverture des yeux à l'appel (mais **SANS** contact visuel).
-4	Sédation profonde	Aucune réponse à l'appel, mais mouvement ou ouverture des yeux à la stimulation physique.
-5	Réveil impossible	Aucune réponse à l'appel ou à la stimulation physique.

Échelle comportementale de la douleur (CPOT)

Indicateur	Score (0 à 8)		Description
Expression faciale	Détendue, neutre	0	- Aucune tension musculaire observable au niveau du visage
	Tendue	1	- Sourcils abaissés - Légers plis nasolabiaux - Yeux serrés - Ou tout autre changement de l'expression faciale (p. ex. ouvre soudainement les yeux, présente des larmes lors de la mobilisation)
	Grimace	2	- Sourcils abaissés, plis nasolabiaux - Yeux fermés et serrés - Bouche peut être ouverte - Patient peut mordre le tube endotrachéal
Mouvements corporels	Absence de mouvements ou position normale	0	- Immobile, ne bouge 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)
	Mouvements de protection	1	- 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
	Agitation	2	- Tire sur ses tubes - Essaie de s'asseoir dans son lit - Bouge constamment - Ne collabore pas - Repousse le personnel - Tente de passer les barreaux du lit
Interaction avec le ventilateur (patient intubé)	Tolère la ventilation ou les mouvements	0	- Alarmes non actives, se laisse ventiler
	Tousse mais tolère	1	- Tousse, mais se laisse ventiler, alarmes peuvent s'activer, mais cessent spontanément
	Combat	2	- Asynchronie : bloque sa respiration, déclenche constamment les alarmes
Vocalisation	Parle normalement, silencieux	0	- Parle normalement ou demeure silencieux
	Gémit, soupire	1	- Gémit, soupire
	Crie, pleure	2	- Crie, pleure
Tension musculaire Évaluation par flexion et extension passives des membres supérieurs au repos ou évaluation lors de la mobilisation	Détendu	0	- Absence de résistance aux mouvements, tonus normal
	Tendu, rigide ou crispé	1	- Résistance aux mouvements
	Très tendu, rigide ou crispé	2	- Difficulté ou incapacité à exercer les mouvements - Serre les poings