

Élaboré avec la collaboration d'un comité consultatif formé de cliniciens et d'experts québécois

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 18 ans et plus en fin de vie, qui reçoit des soins palliatifs qui visent exclusivement à assurer son confort¹

ET

Qui présente au moins un symptôme intolérable et réfractaire, c'est-à-dire qui cause une souffrance intolérable à la personne et si aucune autre option thérapeutique n'est disponible ou jugée acceptable dans la situation, après discussion avec la personne ou son représentant légal (voir les principaux symptômes dans la [section 1.3](#))

ET

Dont le pronostic vital est limité ou compromis (conformément aux éléments éthiques, cliniques et au processus décisionnel décrits dans le [guide d'exercice québécois sur la sédation palliative](#) du CMQ-SQMDSP).

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

Aucune contre-indication.

DIRECTIVES

Dans tout le document, l'utilisation du terme « sédation palliative continue » (SPC) fait référence à l'usage d'un traitement pharmacologique avec l'objectif de soulager un symptôme réfractaire en induisant un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'au décès de la personne.

Lorsqu'une SPC est envisagée :

- ▶ La consultation d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs devrait être considérée, et ce, tout au long du processus.
- ▶ S'assurer de respecter les éléments éthiques, cliniques et le processus décisionnel décrits dans le [guide d'exercice québécois sur la sédation palliative](#) du CMQ-SQMDSP, dont, notamment :
 - La documentation écrite du consentement libre et éclairé de la personne (ou de son représentant légal) selon les exigences particulières prescrites dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* (chapitre IV, section I). Un formulaire de consentement spécifique est disponible ([site du MSSS](#)).
 - L'évaluation du pronostic vital de la personne, selon le jugement clinique et avec les membres de l'équipe interprofessionnelle, en tenant compte, entre autres, de l'étendue de la maladie, de sa vitesse de progression, de la rapidité du déclin fonctionnel, de la capacité de la personne à s'hydrater et à s'alimenter.
- ▶ Discuter avec la personne de la décision d'amorcer une SPC et du choix du milieu de soins où elle se déroulera. Le cas échéant, impliquer le proche aidant dès que possible dans ces discussions.
- ▶ Si la personne souhaite recevoir la sédation palliative en milieu de vie² :
 - S'assurer de la disponibilité des ressources (professionnelles, matérielles et techniques) ainsi que d'un soutien téléphonique médical/infirmier disponible en tout temps et capable d'intervenir en temps opportun si la situation se détériore.
 - Tenir compte des limites relatives à l'accessibilité de certaines molécules (approvisionnement, préparation, délais de livraison).
 - S'assurer que le proche aidant a été bien informé des responsabilités associées à son rôle (voir l'information à transmettre à la [section 3](#)).
 - Vérifier la disponibilité d'autres personnes pour soutenir le proche aidant ou pour le relayer auprès de la personne qui reçoit la SPC, en particulier à domicile.

¹ Correspond habituellement à un niveau de soins D si documenté.

² Dans tout le document, l'utilisation de la mention « milieu de vie » inclut tous les milieux qui n'ont pas un accès direct à un plateau technique - p. ex. à domicile, en CHSLD, en maison de soins palliatifs.

1. APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

1.1 Histoire de santé

Se renseigner sur la présence de conditions médicales concomitantes parmi les suivantes (pour orienter le choix du traitement pharmacologique ou le mode d'administration) :

- ▶ insuffisance hépatique (voir la section sur les précautions du [tableau 2.4](#));
- ▶ risque de convulsions (antécédent de convulsions ou métastases cérébrales) (voir la section sur les principaux effets indésirables du [tableau 2.4](#));
- ▶ anasarque (voir les principes de traitement à la [section 2.2](#));
- ▶ thrombocytopénie sévère (voir les principes de traitement à la [section 2.2](#));
- ▶ parkinsonisme clinique (voir la section sur les précautions du [tableau 2.4](#)).

Rechercher la présence d'un défibrillateur cardiaque implantable (DCI).

1.2 Habitudes de vie

Se renseigner sur :

- ▶ la présence d'un antécédent de trouble lié à l'usage d'alcool³;
- ▶ la prise régulière et concomitante d'autres substances psychoactives (p. ex. cannabis, opioïdes).

1.3 Symptômes et signes

Rechercher la présence d'au moins un des symptômes suivants :

- ▶ Douleur
- ▶ Dyspnée
- ▶ Sécrétions bronchiques abondantes
- ▶ Détresse respiratoire ou hémorragique
- ▶ Délirium
- ▶ Agitation
- ▶ Nausées
- ▶ Vomissements
- ▶ Convulsions
- ▶ Détresse psychologique ou existentielle⁴
- ▶ Autre état réfractaire

Décrire ce ou ces symptômes, ainsi que l'intensité et la tolérabilité de la souffrance engendrée.

1.4 Histoire thérapeutique

Évaluer le caractère réfractaire du ou des symptômes repérés à la [section 1.3](#) (impliquer les membres de l'équipe interprofessionnelle au besoin) :

- ▶ Vérifier que les essais thérapeutiques antérieurs ont été assurés dans des conditions appropriées;
- ▶ Vérifier qu'aucune autre option thérapeutique n'est disponible ou jugée acceptable dans la situation, après discussion avec la personne ou son représentant légal (c'est-à-dire qu'aucune autre option thérapeutique ne pourra procurer un soulagement adéquat, dans un délai convenable, sans effets secondaires ou complications inacceptables pour la personne traitée).

³ Le développement d'une tolérance aux benzodiazépines peut être une conséquence de la prise régulière de benzodiazépines ou d'un trouble lié à l'usage d'alcool.

⁴ Faire preuve de prudence dans l'évaluation du caractère réfractaire de la détresse psychologique ou existentielle. Pour être qualifiée de réfractaire, cette détresse doit résister à une attention particulière et à une approche thérapeutique multidimensionnelle bien conduite (écoute, soutien spirituel et religieux, psychothérapie, pharmacothérapie, etc.) impliquant la contribution de plusieurs intervenants.

Pour orienter le choix du traitement pharmacologique, se renseigner sur :

- ▶ La prise régulière et concomitante de benzodiazépines⁵;
- ▶ La prise régulière et concomitante d'autres substances psychoactives (p. ex. opioïdes, antipsychotiques, antidépresseurs, cannabis médical);
- ▶ La présence d'un antécédent de réaction allergique sévère ou d'intolérance importante à l'administration de l'un des médicaments (ou aux autres ingrédients de la formulation injectable) proposés à la [section 2](#).

2. CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

2.1 Objectif de traitement

- ▶ Soulager, de manière **rapide et complète**, le ou les symptômes réfractaires repérés en induisant une sédation **profonde et continue**, donc qui va être maintenue jusqu'au décès de la personne :
 - Contrairement à l'aide médicale à mourir, la sédation palliative n'a pas pour objectif ni pour effet d'entraîner le décès de la personne.

2.2 Principes de traitement

- ▶ **L'ajustement des doses doit être fait dans les meilleurs délais**, en tenant compte des propriétés des médicaments administrés (voir [tableau 2.4](#)) afin de soulager la souffrance de manière rapide et complète. Des doses supplémentaires d'agents sédatifs devraient généralement être prévues pour permettre à l'équipe de soins de gérer rapidement une sédation inadéquate en attendant de contacter le prescripteur pour ajuster la médication régulière.
- ▶ L'administration des médicaments par voie sous-cutanée devrait être favorisée, en réservant l'administration par voie intraveineuse aux situations où l'efficacité de la voie sous-cutanée peut être mise en doute (p. ex. réponse partielle ou absente, anasarque ou thrombocytopenie sévère).
- ▶ Deux agents de la même classe thérapeutique ne devraient pas être combinés.
- ▶ Lors de l'administration d'une combinaison de plusieurs agents, l'administration de chaque agent dans une perfusion distincte devrait être privilégiée afin de les titrer de façon indépendante et ainsi de maximiser la sédation et de diminuer la présence d'effets indésirables. Si plusieurs agents sont combinés dans une même perfusion, vérifier avec le pharmacien la compatibilité et la stabilité des associations médicamenteuses.
- ▶ La scopolamine en monothérapie n'est pas indiquée pour induire une sédation profonde. Elle peut toutefois être administrée conjointement avec d'autres agents sédatifs en présence de râles bronchiques, d'embarras respiratoires, de sécrétions importantes ou si la sédation est inadéquate.
- ▶ Les opioïdes ne sont pas des agents sédatifs à proprement parler et ils ne sont donc pas indiqués pour induire une sédation profonde. Ils devraient toutefois être considérés conjointement avec un agent sédatif lorsque la douleur et la dyspnée font partie des symptômes repérés.

2.3 Préalables, selon les situations cliniques

- ▶ En présence d'un DCI, désactiver la fonction « défibrillateur ». En milieu de vie, envisager les différentes options de désactivation selon le modèle du DCI : s'informer auprès du fabricant⁶ ou du département de cardiologie de l'établissement.
- ▶ Cesser toutes les interventions qui n'ont pas pour objectif de maintenir ou d'améliorer la sensation de confort de la personne et poursuivre les traitements qui contribuent au soulagement des symptômes. Pour plus de détails concernant la poursuite de l'hydratation et de l'alimentation, consulter le [guide d'exercice québécois sur la sédation palliative](#).

⁵ Le développement d'une tolérance aux benzodiazépines peut être une conséquence de la prise régulière de benzodiazépines ou d'un trouble lié à l'usage d'alcool.

⁶ Dans certains cas, le dispositif pourrait être désactivé à distance.

2.4 Information générale visant le traitement pharmacologique

L'information générale sur les traitements pharmacologiques présentée ci-dessous n'est pas exhaustive.

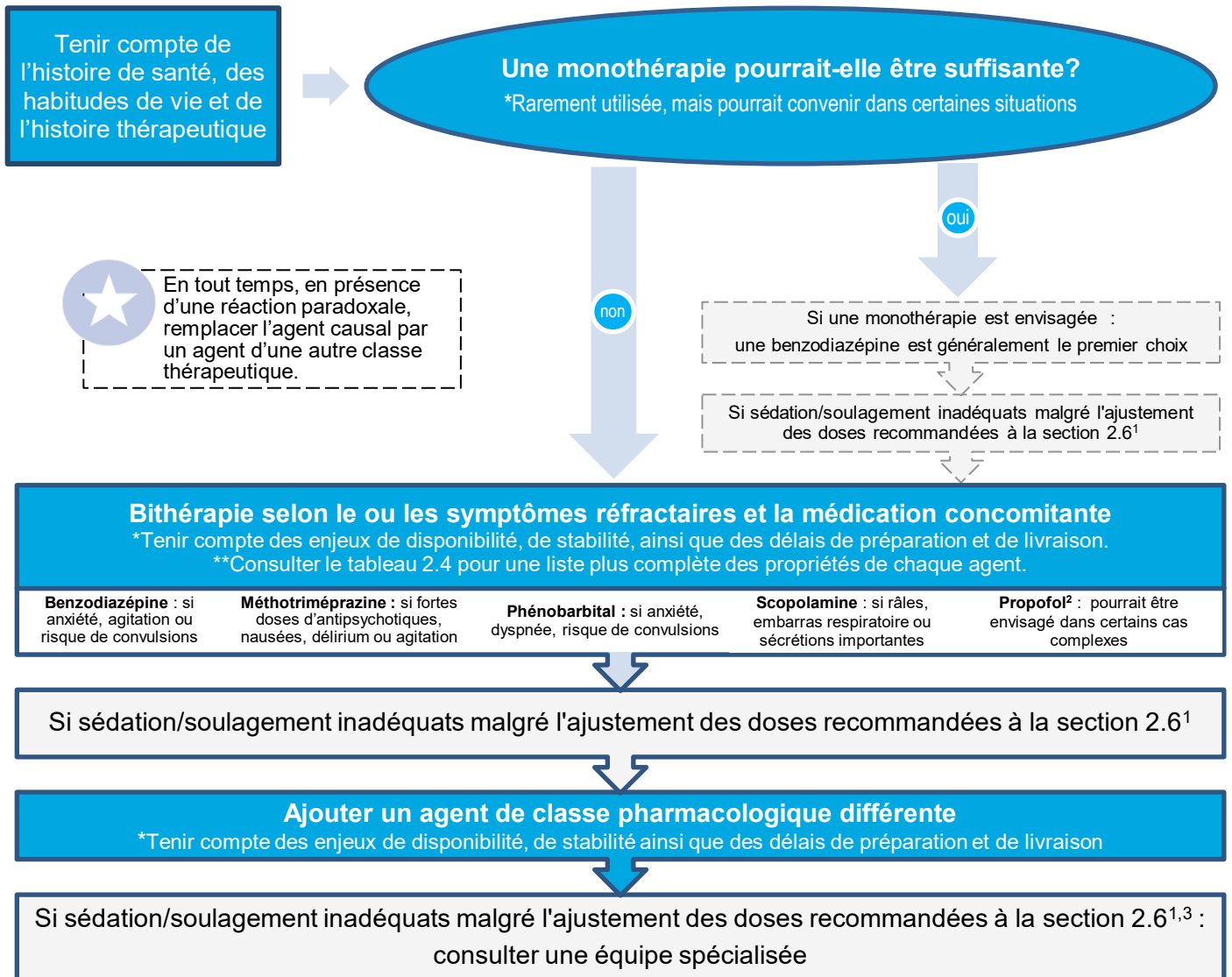
Classe	Benzodiazépines		Antipsychotique	Barbiturique	Anesthésique	Anticholinergique
Molécule et mode d'administration possible	Midazolam (IV ou SC)	Lorazépam (IV ou SC)	Méthotriméprazine (IV ou SC)	Phénobarbital (IV ou SC)	Propofol (IV)	Scopolamine (IV ou SC)
Propriétés	Sédatif Hypnotique Anxiolytique Amnésiant Anticonvulsivant		Sédatif Antipsychotique Anxiolytique Antinauséux	Sédatif Hypnotique Anticonvulsivant	Sédatif Hypnotique Anticonvulsivant Antinauséux	Sédatif Anticholinergique Antinauséux
Principaux symptômes réfractaires à considérer pour le choix de la molécule	Agitation Anxiété Convulsions Délirium Dyspnée		Délirium accompagné de confusion ou d'agitation préterminale Hallucinations Nausées et/ou vomissements	Agitation Convulsions	Agitation Convulsions Délirium Nausées et/ou vomissements	Embarras respiratoires Râles bronchiques Sécrétions importantes
Début d'action	1-5 min. (IV)	6-10 min. (IV)	–	5 min. (IV)	30-60 secondes	–
	5-15 min. (SC*)	15-30 min. (SC*)	20-40 min. (SC*)	20-60 min. (SC*)	–	45 min. (SC*)
Durée d'action	30-80 min.	6-8 heures	4 heures (SC*)	10-12 heures	3-10 min.	3-6 heures (SC*)
Demi-vie	3-4 heures	10-20 heures	15-30 heures	53-118 heures	0,5-7 heures	9,5 heures
Contre-indication	Antécédent de réaction allergique ou d'intolérance au produit ou aux autres ingrédients de la formulation injectable					
Précautions liées à l'administration	–		<ul style="list-style-type: none"> Médicament potentiellement irritant si administré SC. Insuffisance hépatique très sévère : une réduction des doses pourrait être envisagée Parkinsonisme clinique 	Insuffisance hépatique très sévère : une réduction des doses pourrait être envisagée	Administration possible seulement en établissement ou dans un cadre spécialisé	–
Principaux effets indésirables	Tolérance (augmentation des doses possiblement nécessaire avec le temps) Réaction paradoxale (agitation, trouble du comportement, agressivité) Dépression respiratoire		Effet extrapyramidal Effets anticholinergiques† Réduction du seuil de convulsion en surdosage	Réaction paradoxale Dépression respiratoire	Dépression respiratoire Effet inotrope négatif Douleur au site d'injection	Effets anticholinergiques avec agitation secondaire†

* La pharmacocinétique de la voie sous-cutanée est extrapolée de la voie intramusculaire.

† Les effets indésirables liés aux anticholinergiques les plus fréquents sont les suivants : sécheresse buccale, rétention urinaire, confusion, exacerbation d'un délirium.

2.5 Choix du traitement pharmacologique

! L'algorithme suivant a été élaboré pour soutenir la prise de décision concernant le choix du traitement. Il ne remplace toutefois pas le jugement clinique.





¹ L'ajustement des doses doit être fait dans les meilleurs délais en tenant compte des propriétés des médicaments utilisés ([tableau 2.4](#)).

² Le propofol ne devrait être administré qu'en établissement ou dans un cadre spécialisé.

³ Si aucune autre option n'est disponible, un transfert en milieu hospitalier pourrait ultimement être nécessaire pour les personnes qui reçoivent une sédation palliative continue en milieu de vie.

2.6 Posologies

Rappel : L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale. Par exemple, un patient naïf pour ces agents pourrait recevoir des doses près de la valeur inférieure de l'intervalle alors qu'un patient qui en recevait déjà de façon régulière pourrait recevoir des doses plus près de la valeur supérieure.

Administration intermittente	Administration continue	Envisager l'ajout d'un agent sédatif à partir d'une dose de ¹	Dose maximale ²
Midazolam (IV ou SC)			
5 mg aux 2 heures régulier ³	<u>Dose de charge</u> : 5 à 10 mg <u>Débit initial</u> : 2 à 5 mg/h Titre de 1 à 2 mg/h selon le besoin	10 mg aux 2 heures ou 5 mg/h	480 mg/24 heures
Lorazépam (IV ou SC)			
1 à 2 mg aux 4 heures régulier À l'amorce, la dose peut être répétée après 30 à 60 minutes selon le besoin.	 ⁴	2 mg aux 4 heures	48 mg/24 heures
Méthotriméprazine (IV ou SC)			
12,5 à 25 mg aux 4 heures régulier Réévaluer après 45 à 90 minutes et répéter la dose selon le besoin. Utiliser la somme des deux doses pour établir la nouvelle dose régulière.	<u>Dose de charge</u> : 12,5 à 25 mg <u>Débit initial</u> : 3 à 6 mg/h Titre par palier de 1 mg/h selon le besoin	25 mg aux 4 heures ou 6 mg/h	300 mg/24 heures (max. 50 mg/dose)
Phénobarbital (IV ou SC)			
30 à 60 mg aux 6 à 8 heures régulier À l'amorce, compléter la dose une heure plus tard selon le besoin.		120 mg aux 6 heures	720 mg/24 heures
Propofol (IV) <i>**La consultation d'une équipe spécialisée est recommandée pour les professionnels moins expérimentés**</i>			
-	<u>Débit initial</u> : 1 à 3 mg/kg/h (17 à 50 mcg/kg/min.) Titre de 1 mg/kg/h aux 10 à 15 minutes (17 mcg/kg/min.)	Consulter une équipe spécialisée	
Scopolamine (IV ou SC)			
0,4 mg aux 4 heures	0,1 mg/h ⁵	0,8 mg SC aux 4 heures ou 0,2 mg/h	9,6 mg/24 heures

 Privilégier l'administration intermittente. Toutefois, l'administration continue peut être considérée mais avec prudence.

- ¹ Si la dose initiale choisie correspond à la dose à partir de laquelle l'ajout d'un agent devrait être envisagé, alors considérer une combinaison d'agents.
- ² Les doses maximales sont indiquées à titre informatif. L'utilisation de doses plus élevées pourrait être nécessaire et acceptable dans certaines situations, selon le jugement clinique.
- ³ Compte-tenu de la courte demi-vie du midazolam, l'administration continue est à privilégier. Toutefois, l'administration intermittente de midazolam pourrait être pertinente, notamment dans les cas de fin de vie imminente ou de situation urgente en attendant d'avoir accès à une perfusion.
- ⁴ La perfusion IV de lorazépam est déconseillée en raison de sa longue demi-vie et du risque de complications associées à l'accumulation de son solvant (p.ex. nécrose tubulaire, acidose lactique).
- ⁵ Bien qu'aucune contre-indication n'ait été répertoriée pour l'administration continue de la scopolamine par voie IV, les données à ce sujet sont limitées.

3. INFORMATION À TRANSMETTRE

Discuter des aspects suivants avec la personne, ses proches et l'équipe de soins.

AVANT D'AMORCER LA SPC

- ▶ L'information sur l'état de santé de la personne et sur ce à quoi les proches doivent s'attendre, notamment :
 - l'évolution naturelle de la maladie et le processus de fin de vie;
 - l'objectif du traitement (atteinte **rapide** d'une sédation **profonde** maintenue jusqu'au décès);
 - les résultats attendus et la durée du traitement;
 - la surveillance instaurée.
- ▶ L'information sur les responsabilités associées au rôle de proche aidant, notamment la présence minimale requise auprès de la personne en SPC, particulièrement en milieu de vie, ainsi que la charge physique et émotionnelle associée aux soins.
- ▶ Avec l'évolution de la maladie et l'approche du décès, il est normal de ressentir de nombreuses émotions changeantes (autant pour les proches que pour la personne traitée). Il est donc possible :
 - de ressentir une crainte grandissante, de l'impatience, de l'anxiété, de l'irritabilité et de la tristesse, voire de la culpabilité et des regrets;
 - de se sentir impuissant, confus et en perte de maîtrise de la situation;
 - d'avoir des sautes d'humeur entre des périodes de déni, d'acceptation, d'espérance et de désespoir;
 - d'avoir des inquiétudes et, parfois, de ne plus savoir quoi faire.
- ▶ Au besoin, consulter les ressources informationnelles suivantes :
 - le [Guide pour les proches aidants](#);
 - les [outils destinés aux proches](#);
 - les [vidéos pour proches aidants](#).

DÈS L'AMORCE DE LA SPC ET TOUT AU LONG DU PROCESSUS

- ▶ L'information nécessaire pour joindre en tout temps l'équipe de soins, ainsi que les situations pour lesquelles l'équipe de soins devrait être contactée.
- ▶ Les ressources disponibles (p. ex. intervenant-pivot, infirmière, travailleur social, gestionnaire de cas, intervenant en soins spirituels) pour soutenir le proche aidant dans son rôle, le cas échéant, et faciliter l'organisation des services.
- ▶ L'information sur l'administration des médicaments.
- ▶ L'information sur les éléments à surveiller :
 - les signes d'inconfort (p. ex. agitation, réveil); il est important de rappeler que la présence de mouvements est possible et acceptable en SPC si aucun signe d'inconfort n'est observé, de même que la présence de râles qui ne sont pas un signe d'inconfort;
 - les principaux effets médicamenteux indésirables (voir la [section 2.4](#)).
- ▶ L'information sur la poursuite ou non de certains soins de confort (p. ex. l'hydratation et l'alimentation, les soins de bouche, les soins d'hygiène et les soins plus particuliers comme les soins de sonde urinaire, de drains, de plaies et la mobilisation de la personne alitée), et l'information détaillée sur la façon et le moment opportun pour les donner.
- ▶ L'information concernant le constat de décès à domicile.

4. SUIVI

* Il est primordial de souligner l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans ce processus.

- ▶ Optimiser avec l'équipe interprofessionnelle la prise en charge des aspects psychologiques et spirituels de la personne placée en SPC (et de son proche aidant, le cas échéant).
- ▶ Assurer une surveillance régulière de la personne en SPC, par l'équipe interprofessionnelle ou les proches aidants, selon le milieu, afin de repérer rapidement tout changement dans son état (p. ex. apparition d'effets médicamenteux indésirables, de signes d'inconfort ou d'éveil, ou de complications).
*À domicile, s'assurer qu'un soutien médical/infirmier expérimenté est joignable par téléphone en tout temps (24 heures par jour, 7 jours par semaine) et capable d'intervenir sur place au besoin.
- ▶ Procéder à l'évaluation de la personne en SPC par l'équipe interprofessionnelle, quel que soit le milieu de soins, comme décrit ci-dessous.

Fréquence minimale à ajuster selon l'évolution de la condition de la personne en SPC	
Jusqu'à ce qu'un soulagement et une sédation adéquats soient atteints	Toutes les 30 minutes
Par la suite	Au moins 2 fois par jour * Lors d'une sédation palliative continue en milieu de vie, la deuxième évaluation quotidienne pourrait être remplacée par un suivi téléphonique pour les personnes dont l'état est stable. La fréquence du suivi devrait également tenir compte des besoins du proche aidant, le cas échéant.
Évaluations requises	
<ul style="list-style-type: none">▶ Niveau de sédation de la personne, idéalement à l'aide de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) (voir à l'annexe I) : un pointage de - 4 ou - 5 est recherché pour obtenir la sédation profonde.▶ Apparition d'effets médicamenteux indésirables (voir la section 2.4).▶ Fréquence respiratoire (si bradypnée ou ronflements importants, un ajustement de la médication pourrait être requis).▶ Niveau de soulagement de la douleur et des autres symptômes repérés à la section 1.3, en observant notamment le faciès de la personne et la présence de signes d'inconfort tels que de l'agitation ou des gémissements. Des grilles d'évaluation peuvent être utilisées, au besoin, pour aider à évaluer le soulagement de la douleur. Par exemple :<ul style="list-style-type: none">• l'échelle CPOT (voir à l'annexe II) : un pointage de 2 ou moins est recherché (un pointage supérieur ou égal à 3 est le signe d'un inconfort significatif);• la <i>Nociception Coma Scale</i> (voir à l'annexe III) : un pointage de 10 ou moins est recherché (un pointage supérieur à 10 est le signe d'un inconfort significatif).▶ Au besoin, un exemple de formulaire de surveillance pour documenter ces évaluations est disponible en annexe du guide d'exercice québécois sur la sédation palliative.	

! L'administration de la SPC doit être déclarée aux responsables suivants, conformément aux dispositions de la **Loi concernant les soins de fin de vie**, en utilisant le [formulaire de déclaration](#) :

- ▶ Si le prescripteur exerce en établissement : au CMDP de l'établissement;
- ▶ Si le prescripteur exerce hors établissement : au CMQ.

5. SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE

- ▶ Sédation ou soulagement inadéquats malgré l'administration des doses recommandées à la [section 2.6](#).
- ▶ Apparition d'effets indésirables ou hypersensibilité (voir [section 2.4](#)).
- ▶ Décès de la personne dans une situation familiale complexe ou toute situation qui nécessiterait un suivi psychologique :
 - Soutenir la famille, les proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire pendant la période de deuil;
 - Au besoin, les diriger vers une autre ressource telle que leur CLSC ou un groupe communautaire qui offre le suivi de deuil.

RÉFÉRENCES

Ce protocole s'appuie sur les données scientifiques et les recommandations de bonne pratique les plus récentes, bonifiées à l'aide d'information contextuelle et du savoir expérientiel de cliniciens et d'experts québécois. Pour les détails sur le processus d'élaboration de ce protocole médical national et pour consulter les références, se reporter au [rapport en soutien](#) aux travaux.

ANNEXE I ÉCHELLE DE VIGILANCE-AGITATION DE RICHMOND (RASS)

Adaptation en français de la *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS)

Source : La sédation palliative en fin de vie, GUIDE D'EXERCICE. Société québécoise des médecins en soins palliatifs (SQMDSP) et Collège des médecins du Québec (CMQ) 2016.

Niveau	Description	Définition
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
- 1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)
- 2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (p. ex. ouverture des yeux) mais sans contact visuel
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucune réponse ou mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
- 5	Non réveillable	Aucune réponse ou mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

ANNEXE II ÉCHELLE COMPORTEMENTALE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (CPOT)

Indicateur	Score (0 à 8)	Description	
Expression faciale	Détendue, neutre	0	Aucune tension musculaire observable au visage
	Tendue	1	Sourcils abaissés Légers plis nasolabiaux Yeux plissés Ou tout autre changement de l'expression faciale (p. ex. ouvre soudainement les yeux, des larmes coulent lors de la mobilisation)
	Grimace	2	Sourcils abaissés, plis nasolabiaux Yeux fermés et plissés La bouche peut être ouverte Le 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 effectués dans le but de se protéger de la douleur)
	Mouvements de protection	1	Mouvements lents, prudents Touche ou frotte le site de la douleur Étend la main vers le site de la douleur, les tubes Touche aux tubes Essaie d'attirer 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 franchir les barreaux du lit
Interaction avec le ventilateur (patient intubé)⁷ ou Vocalisation	Tolère la ventilation ou les mouvements	0	Alarmes non actives, patient calme
	Tousse mais tolère la ventilation mécanique	1	Tousse mais reste calme; les alarmes peuvent se déclencher mais cessent spontanément
	Lutte contre la ventilation mécanique	2	Asynchronie : bloque sa respiration, déclenche constamment les alarmes
	S'exprime normalement ou reste silencieux	0	S'exprime 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 à 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 effectuer les mouvements Serre les poings

Source : GÉLINAS *et al.*, 2015, *LE CPOT Évaluer la douleur de patients adultes inconscients*.

⁷ Cet indicateur n'est pas pertinent dans le cas de la SPC.

ANNEXE III ÉCHELLE DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Adaptation en français de la *Nociception Coma Scale* (NCS)

Source : VINAY *et al.* Médecine Palliative : Soins de support - Accompagnement - Éthique, 2012. 11: p. 102-109.

Éléments observés	État	Points
Visage	Détendu	1
	Tendu	2
	Crispé	3
	Grimaçant	4
Larmes	Absentes	1
	Présentes	2
Geignements	Absents	1
	Présents	2
Membres	Souples	1
	Raides	2
	Rigides	3
Mouvements	Calme	1
	Remuant	2
	Agité	3
	Très agité	4
	Combatif	5
Respiration	< 19	1
	≥ 19	2
Pouls	< 110	1
	≥ 110	2