

# Pain

# Agitation

# Delirium

# Withdrawal

Version 2



## **Douleur - évaluation q 4h**

Patient intubé COMFORT-B

6 - 10 = excès de sédation

11 - 17 = confortable, analgésie adéquate

17 - 22 = douleur possible

23 - 30 = inconfortable, douloureux

Moins de 6 ans FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability)

0 = confortable

1 - 3 = légèrement inconfortable

4 - 6 = douleur modérée

7 - 10 = douleur sévère ou inconfort majeur

Plus de 6 ans Échelle numérique

1 - 2 = douleur légère

3 - 5 = douleur modérée

6 - 7 = douleur intense

8 - 10 = douleur très intense

Handicap FLACC révisé (Face Legs Activity Cry Consolability)

0 = confortable

1 - 3 = légèrement inconfortable

4 - 6 = douleur modérée

7 - 10 = douleur sévère ou inconfort majeur

## **Agitation – évaluation q 4h**

Tous RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

-5 - -4 = sédation très profonde.

-3 - +1 = sédation adéquate

+2 - +5 = agitation

## **Delirium – évaluation q 8-12h, à la fin de votre shift**

Tous CAPD (Cornell Assessment of Pediatric Delirium)

≥ 9 = délirium probable

## **Sevrage – évaluation q 8-12h, à la fin de votre shift**

Patients ayant reçu des benzodiazépines ou des opiacés pendant minimum 5 jours.

Dès le début du sevrage et jusque 72h après la dernière dose reçue.

WAT-1 (Withdrawal Assessment Tool-1)

≥ 3 = sevrage probable

**COMFORT-B**

Eveil	1	Sommeil profond
	2	Sommeil léger
	3	Endormi, somnolent
	4	Actif, éveillé
	5	Hyperactivité
Calme ou agitation	1	Calme
	2	Légèrement anxieux
	3	Anxieux, agité
	4	Très anxieux, très agité
	5	État de panique
Ventilation	1	Ni toux, ni respiration spontanée
	2	Respiration spontanée avec peu ou pas de résistance au respirateur
	3	Toux occasionnelle ou résistance au respirateur
	4	Toux régulière ou combat le respirateur
	5	Toux, étouffement, combat le respirateur
Mouvements	1	Aucun mouvement
	2	Mouvements légers, occasionnels
	3	Mouvements légers, fréquents
	4	Mouvements vigoureux, uniquement aux extrémités
	5	Mouvements vigoureux incluant le tronc et la tête
Tonus musculaire soulever, fléchir et étendre un membre pour l'évaluer	1	Muscles totalement détendus, aucun tonus musculaire
	2	Baisse du tonus musculaire
	3	Tonus musculaire normal
	4	Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils
	5	Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils
Tension du visage	1	Muscles du visage totalement relâchés
	2	Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible
	3	Tension évidente de quelques muscles du visage
	4	Tension évidente de tous les muscles du visage
	5	Grimace, muscles du visage contracturés, faciès crispé

## **Annexe COMFORT-B**

Score entre 6 et 30 :

6-10 = excès de sédation

11-17 = confortable, analgésie adéquate

17-22 = douleur possible

23-30 = inconfortable, douloureux

## FLACC

Visage	0	Pas d'expression particulière ou sourire
	1	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, indifférence
	2	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires crispées, tremblement du menton
Jambes	0	Position normale, habituelle ou détendue
	1	Gêné, agité, tendu
	2	Coups de pieds ou jambes recroquevillées
Activité	0	Allongé calmement, en position normale ou habituelle, bouge facilement
	1	Se tortille, est tendu, se tourne et se retourne
	2	Cambré, figé, ou sursaute
Cris	0	Pas de pleurs (éveillé ou endormi)
	1	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle
	2	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes
Consolabilité	0	Content, détendu
	1	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Se laisse distraire
	2	Difficile à consoler ou à reconforter

## **ANNEXE FLACC**

**Patients éveillés** : Observer pendant au moins 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découverts. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité et le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

**Patients endormis** : Observer pendant au moins 5 minutes ou plus. Observer les jambes et le corps découverts. Si possible repositionner le patient. Toucher le corps et évaluer sa rigidité et son tonus.

### **Visage**

Coter 0 si le patient a un visage détendu, un contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.

Coter 1 si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée.

Coter 2 si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et des sillons nasolabiaux accentués.

### **Jambes**

Coter 0 si le patient a une motricité et un tonus habituels au niveau des membres (jambes et bras).

Coter 1 si le patient a un tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres.

Coter 2 si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension des membres exagérés, des trémulations.

### **Activité**

Coter 0 si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.

Coter 1 si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue.

Coter 2 si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps.

### **Cris**

Coter 0 si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.

Coter 1 si le patient gémit, crie, pleure ou soupire de temps en temps.

Coter 2 si le patient gémit, crie ou pleure fréquemment ou continuellement.

### **Consolabilité**

Coter 0 si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.

Coter 1 si le patient est réconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.

Coter 2 si le patient a besoin d'être réconforté en permanence ou ne peut être consolé.

Chaque item est coté de 0 à 2, ce qui donne un score total entre 0 et 10 :

0 = détendu et confortable

1-3 = léger inconfort

4-6 = douleur modérée

7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur

**ECHELLE NUMERIQUE**

**Echelle numérique (EN)**

<b>Pas de Douleur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Douleur maximale imaginable</b>
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------------------------------

## **ANNEXE ECHELLE NUMERIQUE**

"Donne une note à ta douleur entre 0 et 10." Comme pour l'échelle visuelle analogique, il est nécessaire de définir la signification des extrémités basse et haute :

"0 : tu n'as pas mal"

"10 : c'est une douleur très très forte, la plus forte possible"

Seuil de traitement = 3/10

## FLACC révisé

Visage	0	Pas d'expression particulière ou sourire
	1	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, indifférence Semble triste ou inquiet
	2	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires crispées, tremblement du menton Visage affligé ; expression d'effroi ou de panique
Jambes	0	Position normale, habituelle ou détendue
	1	Gêné, agité, tendu Trémulations occasionnelles
	2	Coups de pieds ou jambes recroquevillées Spasticité très augmentée, trémulations ou sursauts permanents
Activité	0	Allongé calmement, en position normale ou habituelle, bouge facilement
	1	Se tortille, est tendu, se tourne et se retourne Moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents
	2	Cambré, figé, ou sursaute Agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire brutalement ; respiration saccadée importante
Cris	0	Pas de cris (éveillé ou endormi)
	1	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle Explosion verbale ou grognement occasionnel
	2	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes Explosion verbale répétée ou grognement constant
Consolabilité	0	Content, détendu
	1	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Se laisse distraire
	2	Difficile à consoler ou à reconforter Repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort

## **ANNEXE FLACC révisé**

**Patients éveillés** : Observer pendant au moins 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découverts. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité et le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

**Patients endormis** : Observer pendant au moins 5 minutes ou plus. Observer les jambes et le corps découverts. Si possible repositionner le patient. Toucher le corps et évaluer sa rigidité et son tonus.

### **Visage**

Cotez 0 si le patient a un visage détendu, un contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.

Cotez 1 si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée.

Cotez 2 si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et des sillons naso-labiaux accentués.

### **Jambes**

Cotez 0 si le patient a une motricité et un tonus habituels au niveau des membres (jambes et bras).

Cotez 1 si le patient a un tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres.

Cotez 2 si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension des membres exagérés, des trémulations.

### **Activité**

Cotez 0 si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.

Cotez 1 si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue.

Cotez 2 si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps.

### **Cris**

Cotez 0 si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.

Cotez 1 si le patient gémit, crie, pleure ou soupire de temps en temps.

Cotez 2 si le patient gémit, crie ou pleure fréquemment ou continuellement.

### **Consolabilité**

Cotez 0 si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.

Cotez 1 si le patient est réconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.

Cotez 2 si le patient a besoin d'être réconforté en permanence ou ne peut être consolé.

Chaque item est coté de 0 à 2, ce qui donne un score total entre 0 et 10 :

0 = détendu et confortable

1-3 = léger inconfort

4-6 = douleur modérée

7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur

## RASS

+4	Combatif	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 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	Pas complètement éveillé mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s)
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s).
-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 non 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 RASS

Observer le patient sans faire de bruit.

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 peu 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 qu'il est agressif envers l'équipe : coter +3 ;
- si le patient présente un danger immédiat pour l'équipe, coter +4.

Si le patient est calme, les yeux ouverts : coter RASS 0. S'il répond aux ordres simples, en plus d'être évalué RASS 0, il peut être estimé comme conscient.

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 que le patient est susceptible d'être sourd (sujet âgé, séjour prolongé en réanimation : bouchon de cérumen, toxicité des antibiotiques et du furosémide) :
- si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière soutenue (supérieur à dix secondes) lorsque vous continuez à lui parler : coter -1 ;
- si le patient ouvre les yeux et vous regarde (contact pupilles à pupilles) de manière non soutenue (inférieur à dix secondes) lorsque vous continuez à lui parler : coter -2 ;
- si le patient fait un mouvement, y compris une ouverture des yeux mais qu'il n'existe pas de contact visuel (contact pupilles à pupilles) : coter -3 ;
- si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l'appelant avec une 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.

## CAPD

Score RASS _____ (si -4 ou -5, ne pas compléter) Répondre aux questions suivantes selon l'interaction que vous avez eue avec le patient durant votre quart de travail :	Jamais 4	Rarement 3	Parfois 2	Souvent 1	Toujours 0
1. L'enfant établit-il un contact visuel avec le personnel soignant?					
2. Les mouvements de l'enfant sont-ils volontaires et organisés?					
3. L'enfant est-il conscient de son environnement?					
4. L'enfant communique-t-il ses besoins et désirs?					
	Jamais 0	Rarement 1	Parfois 2	Souvent 3	Toujours 4
5. L'enfant est-il agité?					
6. L'enfant est-il inconsolable?					
7. L'enfant est-il hypoactif - très peu de mouvements quand il est éveillé?					
8. L'enfant est-il lent à réagir aux interactions?					

	Nouveau-né	4 semaines	6 semaines	8 semaines	28 semaines	1 an	2 ans
<b>1. L'enfant établit-il un contact visuel avec le personnel soignant?</b>	Regarde et fixe les visages	Soutient brièvement le regard Suit du regard jusqu'à 90 degrés	Suit du regard	Suit un objet/visage du regard au-delà de la ligne médiane Regarde la main du soignant tenant un objet Attention soutenue	Soutient le regard Préfère ses parents Regarde celui qui parle	Soutient le regard Préfère ses parents Regarde celui qui parle	Soutient le regard Préfère ses parents Regarde celui qui parle
<b>2. Les mouvements de l'enfant sont-ils volontaires et organisés?</b>	Tourne la tête sur les côtés Démontre surtout des réflexes archaïques	Tente d'atteindre des objets Coordination limitée	Tente d'atteindre des objets	Mouvements symétriques Saisit passivement un objet qu'on lui tend	Tente d'atteindre des objets avec des mouvements fins et coordonnés	Attrape et manipule les objets Tente de changer de position Si mobile, tente de se lever	Attrape et manipule les objets Tente de changer de position Si mobile, tente de se lever et de marcher
<b>3. L'enfant est-il conscient de son environnement?</b>	Périodes d'éveil calme	Périodes d'éveil alerte Se tourne en entendant la voix du soignant Peut se tourner en sentant l'odeur du soignant	Augmentation des périodes d'éveil alerte Se tourne en entendant la voix du soignant Peut se tourner en sentant l'odeur du soignant	Visage s'anime ou sourit au contact avec les autres Fronce les sourcils au son d'une cloche Gazouille	Préfère sa mère aux autres Différencie les objets nouveaux de ceux qui sont familiers	Préfère sa mère aux autres Contrarié à la séparation Réconforté par des objets familiers tels que son doudou ou peluche	Préfère sa mère aux autres Contrarié à la séparation Réconforté par des objets familiers tels que son doudou ou peluche
<b>4. L'enfant communique-t-il ses besoins et désirs?</b>	Pleure quand il a faim ou est inconfortable	Pleure quand il a faim ou est inconfortable	Pleure quand il a faim ou est inconfortable	Pleure quand il a faim ou est inconfortable	Babille, manifeste ses besoins (faim, inconfort,...) Curieux envers les objets et l'environnement	S'exprime avec des mots simples ou des signes	Fait des phrases de 3-4 mots ou des signes Peut manifester son besoin d'aller aux toilettes Dit "je" ou "moi"
<b>5. L'enfant est-il agité?</b>	Pas de période d'éveil calme et alerte	Pas de période d'éveil calme	Pas de période d'éveil calme	Pas de période d'éveil calme	Pas de période d'éveil calme	Pas de période d'éveil calme	Pas de période d'éveil calme
<b>6. L'enfant est-il inconsolable?</b>	Ne se calme pas malgré un parent qui le berce, chante, le nourrit, le reconforte	Ne se calme pas malgré un parent qui le berce, chante, le nourrit, le reconforte	Ne se calme pas malgré un parent qui le berce, chante, le nourrit, le reconforte	Ne se calme pas malgré un parent qui le berce, chante, le reconforte	Ne se calme pas malgré les moyens de réconfort usuels (chanter, parler, le prendre dans les bras)	Ne se calme pas malgré les moyens de réconfort usuels (chanter, parler, lire, le prendre dans les bras)	Ne se calme pas malgré les moyens de réconfort usuels (chanter, parler, lire) Peut faire des crises mais reste organisé
<b>7. L'enfant est-il hypoactif - très peu de mouvements quand il est éveillé?</b>	Pas ou peu de mouvements de flexion suivi de périodes de relâchement avec réflexes archaïques (Devrait dormir confortablement la plupart du temps)	N'essaye pas ou peu d'atteindre des objets Pas ou peu de coups de pied et de préhension (Peut avoir un certain manque de coordination)	N'essaye pas ou peu d'atteindre des objets Pas ou peu de coups de pied et de préhension (Peut montrer plus de coordination)	Pas ou peu de mouvements intentionnels pour saisir un objet Peu de contrôle de la tête et des bras (n'essaie pas de repousser des gestes douloureux)	Pas ou peu de mouvements pour atteindre, saisir ou repousser un objet et bouger dans son lit	Pas ou peu de jeu, d'efforts pour s'asseoir, se lever Si mobile, peu d'efforts pour ramper ou marcher	Pas ou peu de jeux élaborés, d'efforts pour s'asseoir, se déplacer S'il en est capable, pas ou peu d'efforts pour se tenir debout, marcher ou sauter
<b>8. L'enfant est-il lent à réagir aux interactions?</b>	N'émet pas de son Réflexes archaïques moins actifs qu'attendu (Moro, succion, préhension)	N'émet pas de son Réflexes archaïques moins actifs qu'attendu (Moro, succion, préhension)	Ne donne pas de coups de pied et ne pleure pas en présence de stimuli douloureux	Ne babille pas, ne sourit pas et ne soutient pas l'attention en réponse aux interactions	Ne babille pas, ne sourit pas et ne rit pas durant les interactions sociales Rejette intentionnellement une interaction	Ne suit pas les ordres simples Si verbal, n'engage pas de dialogue simple avec des mots ou du babillage	Ne suit pas les commandes de 1-2 étapes Si verbal, n'engage pas de dialogue plus complexe

## **ANNEXE CAPD**

Évaluation à réaliser après minimum 6 heures au chevet du patient.

Score  $\geq 9$  = délirium probable.

**WAT-1**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Informations à partir du dossier, dernières 12 heures</b>			
Selles liquides ou diarrhée	Non	Oui	-
Vomissements, haut-le-coeur	Non	Oui	-
Température > 37,8°	Non	Oui	-
<b>Observation de 2 minutes pré-stimulation</b>			
État	Endormi ou éveillé calme	Éveillé en détresse	-
Tremblements	Aucun, légers	Modérés, sévères	-
En sueurs	Non	Oui	-
Mouvements répétitifs non coordonnés	Aucun, légers	Modérés, sévères	-
Bâillements ou éternuements	Aucun ou 1	≥ 2	-
<b>Observation à la stimulation, 1 minute</b>			
Sursaut au toucher	Aucun, léger	Modéré, sévère	-
Tonus musculaire	Normal	Augmenté	-
<b>Récupération après la stimulation</b>			
Temps pour le retour à l'état calme	< 2 min	2 – 5 min	> 5 min

## ANNEXE WAT-1

Commencez à effectuer l'évaluation au moyen de l'outil WAT-1 dès le premier jour du sevrage chez les patients ayant reçu des opiacés +/- benzodiazépines en perfusion ou par voie régulière pendant une période prolongée (ex. > 5 jours). Continuez l'évaluation deux fois par jour jusqu'à 72 heures après la dernière dose.

Obtenir des renseignements du dossier du patient (ceci peut être fait avant ou après la stimulation) :

- Selles liquides ou molles : Attribuez un score 1 si des selles molles ou liquides ont été observées au cours des 12 dernières heures; attribuez un score 0 si aucune n'a été observée.
- Vomissements, haut-le-cœur, étouffement : Attribuez un score 1 si des vomissements, des haut-le-cœur spontanés ou un étouffement ont été observés au cours des 12 dernières heures; attribuez un score 0 si aucun n'a été observé.
- Température > 37,8°C : Attribuez un score 1 si la température la plus fréquemment observée était supérieure à 37,8°C au cours des 12 dernières heures; attribuez un score 0 si ce n'était pas le cas.

Observation de 2 minutes avant la stimulation :

- État : Attribuez un score 1 si un état éveillé et en détresse a été observé pendant les 2 minutes précédant la stimulation; attribuez un score 0 si un état endormi ou éveillé et calme/coopératif a été observé.
- Tremblements : Attribuez un score 1 si des tremblements modérés à graves ont été observés pendant les 2 minutes précédant la stimulation; attribuez un score 0 si aucun tremblement n'a été observé (ou des tremblements légers, intermittents seulement).
- Sueurs : Attribuez un score 1 si des sueurs ont été observées pendant les 2 minutes précédant la stimulation; attribuez un score 0 si aucune sueur n'a été observée.
- Mouvements non coordonnés/répétitifs : Attribuez un score 1 si des mouvements non coordonnés ou répétitifs modérés à graves, comme se tourner la tête, battre les bras et/ou les jambes ou cambrer le torse ont été observés pendant les 2 minutes précédant la stimulation; attribuez un score 0 si aucun mouvement non coordonné ou répétitif (ou seulement de légers mouvements) n'a été observé.
- Bâillements ou éternuements : Attribuez un score 1 si plus d'un bâillement ou d'un éternuement a été observé pendant les 2 minutes précédant la stimulation; attribuez un score 0 si aucun ou un bâillement ou éternuement a été observé.

Observation de 1 minute à la stimulation :

- Sursaut au toucher : Attribuez un score 1 si un sursaut modéré à grave se produit au toucher, pendant la stimulation; attribuez un score 0 si aucun sursaut se produit (ou un léger sursaut).
- Tonus musculaire : Attribuez un score 1 si le tonus musculaire a augmenté pendant la stimulation; attribuez un score 0 si le tonus était normal.

Récupération après la stimulation :

- Délai avant le retour à l'état calme : Attribuez un score 2 s'il faut plus de 5 minutes pour revenir à l'état calme après la stimulation; attribuez un score 1 s'il faut entre 2 et 5 minutes pour revenir à l'état calme; attribuez un score 0 s'il faut moins de 2 minutes pour revenir à l'état calme.

Additionnez les 11 chiffres de la colonne pour obtenir le score total WAT-1 (0-12).

Score  $\geq 3$  = sevrage probable.