

## DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

**SUJET : Surveillance clinique des patients recevant des opiacés**

**RÈGLE DE SOINS  
INFIRMIERS**

### OBJET :

- Assurer la surveillance clinique du patient qui reçoit un opiacé afin d'assurer le soulagement optimal de sa douleur et de prévenir la détérioration de son état de santé.

### INDICATION:

- La règle de soins infirmiers s'applique à toutes les infirmières de l'Institut de Cardiologie de Montréal lors du processus d'évaluation et d'intervention auprès des patients recevant un opiacé.

### ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE:

#### L'infirmière :

1. **Avant l'administration de l'opiacé**, vérifie à partir de l'aide-mémoire (annexe1) :
  - La dose initiale recommandée
  - Le pic d'action
  - La durée d'action
2. **Avant l'administration de l'opiacé**, considère, les principaux facteurs de risques de dépression respiratoire :
  - Patient naïf aux opiacés (patient ayant débuté la prise d'opiacés depuis moins d'une semaine)
  - Âge > 70 ans
  - Maladie pulmonaire obstructive chronique
  - Apnée du sommeil
  - Insuffisance rénale et hépatique (accumulation d'opiacés reliée à une mauvaise élimination)
  - Douleur intense qui cesse subitement
  - Traumatisme crânien
  - Obésité (IMC > 35)
  - Prises d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux central (SNC) :
    - Benzodiazépines
    - Barbituriques
    - Antidépresseurs
    - Antiémétiques
    - Antihistaminiques
    - Relaxants musculaires
    - Antiépileptiques
    - Antiparkinsoniens

#### APPROUVÉ PAR :

Direction des soins infirmiers : Mars 2009, mai 2013  
CECII : Avril 2009, Mai 2013

#### EN VIGUEUR LE :

Novembre 2007

Page : 1  
De 3

**DATE DE RÉVISION :** Avril 2013

## DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

**SUJET : Surveillance clinique des patients recevant des opiacés**

**RÈGLE DE SOINS  
INFIRMIERS**

3. **Avant et après l'administration de chaque dose de l'opiacé**, évalue les paramètres suivants :

- **Intensité de la douleur** (Échelle numérique, voir annexe 2)
- **Niveau de sédation** (Échelle de RASS; voir annexe 2)
- **Fréquence respiratoire** (N.B.: Toute anomalie dans l'état respiratoire telle que le rythme, l'amplitude ou la présence de ronflements doit être précisée dans le dossier)

### Surveillance clinique des patients recevant des opiacés

**NB : Cette surveillance est minimale et doit être ajustée selon la condition du patient**

Pendant le premier 24 h, selon la voie d'administration			
	Orale	Sous-cutanées ou intramusculaire	Intraveineuse
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intensité de la douleur (échelles numérique, annexe 2)</li> <li>➤ Niveau de sédation (échelle RASS, annexe 2)</li> <li>➤ Fréquence respiratoire (toute anomalie du rythme, de l'amplitude ou la présence de ronflement doit être notée au dossier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ À l'administration de chaque dose</li> <li>➤ Au pic d'action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ À l'administration de chaque dose</li> <li>➤ Au pic d'action</li> <li>➤ À intervalle de 1 à 2 heures pour la durée d'action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ À l'administration de chaque dose</li> <li>➤ Chaque 15 minutes x 3</li> <li>➤ Chaque heure x 2</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pression artérielle et pouls</li> </ul>	1 fois par quart de travail		Avant l'administration de chaque dose
Après le premier 24 h, pour toutes les voies d'administration			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'évaluation se fait au pic d'action</li> <li>➤ Il faut reprendre la fréquence initiale de la surveillance chaque fois que la dose est augmentée de plus de 50 % ou qu'il y a un changement de molécule.</li> </ul>			

4. Prend la **pression artérielle** et le **pouls** :

- Pour les opiacés par voie veineuse : avant chaque administration
- Pour les opiacés par voie orale, sous-cutanée ou intramusculaire : 1 fois par quart de travail

5. Note au dossier les paramètres évalués et ajuste le PTI au besoin.

6. La fréquence de l'évaluation des paramètres dépend du pic d'action de l'opiacé administré. Le pic d'action constitue le moment où le patient est le plus à risque de subir une dépression du système nerveux central. Cette fréquence dépend aussi de :

- La voie d'administration de l'opiacé,
- La présence de facteurs de risque,
- La prise d'autres médicaments dépresseurs du SNC (se référer au document « Surveillance clinique des patients prenant des opiacés », voir annexe 3).

7. Dans des contextes cliniques particuliers (ex. : fin de vie), la fréquence de la surveillance doit être adaptée aux besoins spécifiques du patient.

**APPROUVÉ PAR :**

Direction des soins infirmiers : Mars 2009, mai 2013  
CECII : Avril 2009, Mai 2013

**EN VIGUEUR LE :**

Novembre 2007

Page : 2

De 3

**DATE DE RÉVISION :** Avril 2013

# DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

**SUJET : Surveillance clinique des patients recevant des opiacés**

**RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS**

## Alertes nursing :

- ▲ La présence de ronflements doit alerter le personnel soignant et demande une intervention immédiate. Elle peut signifier une narcose ou une dépression respiratoire.
- ▲ Si le patient a une fréquence respiratoire < 8/min. et est endormi profondément ou s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation (score de 5 ou 6 sur l'échelle d'agitation-sédation RASS) :
  - Cesser immédiatement l'administration de l'opiacé
  - Dégager les voies aériennes et débiter l'administration d'oxygène à 100%
  - Appeler le médecin en stat
  - À l'ICM, il existe un protocole d'administration du Naloxone (84-791-332) à administrer selon l'ordonnance médicale. Il est recommandé d'administrer le Naloxone à de petites doses pour éviter le retour brusque de la douleur.
  - Guider et stimuler le patient, par des ordres verbaux, à inspirer jusqu'à ce qu'il soit éveillé et alerte.
- ▲ Lorsque le Naloxone est utilisé, un rapport d'incident-accident (AH-223) doit être complété.

## ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS:

1. Une formation sur la gestion de la douleur et la surveillance des patients recevant des opiacés est offerte à l'embauche et en cours d'emploi.
2. Le matériel de soins est accessible en quantité suffisante pour les besoins de chaque unité de soins.
3. Un aide-mémoire pour l'utilisation des analgésiques chez les adultes est affiché sur toutes les unités de soins (annexe 1).
4. Les échelles pour évaluer la douleur et la sédation sont reproduites sur une réglette plastifiée en format de poche et mises à la disposition de toutes les infirmières des unités de soins.

## INDICATEURS DE RÉSULTATS:

### Le patient :

- Est soulagé efficacement (0 à 2 sur l'échelle numérique).
- Est exempt de préjudice causé par une erreur ou un délai de la surveillance de sa condition.

### APPROUVÉ PAR :

Direction des soins infirmiers : Mars 2009, mai 2013  
CECII : Avril 2009, Mai 2013

### EN VIGUEUR LE :

Novembre 2007

Page : 3

De 3

**DATE DE RÉVISION : Avril 2013**

## Les étapes de l'analgésie

### 1<sup>er</sup> PALIER

**Douleur légère [0-3]**

**Non-opiacé :**

- AAS
- Acétaminophène
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

### 2<sup>e</sup> PALIER

**Douleur modérée [4-7]**

**Ajouter opiacé per os :**

- Codéine
- Oxycodone
- Morphine

### 3<sup>e</sup> PALIER

**Douleur sévère [8-10]**

**Opiacé puissant, surtout parentéral :**

- Morphine
- Hydromorphone
- Fentanyl

## Les analgésiques

### 1 L'acétaminophène

Dose : 650 à 975 mg PO/IR Q4-6h (15 mg/kg)

Dose maximale en aigu : - 4000 mg par jour (12 comprimés de 325 mg)  
- 3750 mg si poids < 50 kg

### 2 Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens [AINS]

Médicament	Équivalence (PO)	Dose recommandée	Pic d'action	Dose max. quotidienne
Naproxène [Naprosyn <sup>MD</sup> ]	500 mg	250-500 mg PO/IR BID à TID	2-4 h	1500 mg
AAS [Aspirin <sup>MD</sup> ]	650 mg	650 mg PO/IR Q4-6 h	1 h (douleur) 1 sem (anti-inflam)	4000 mg
Ibuprofène [Motrin <sup>MD</sup> , Advil <sup>MD</sup> ]	1200 mg	300-800 mg PO TID-QID	1-2 h	3200 mg
Célécoxib [Celebrex <sup>MD</sup> ]	ND	100-200 mg PO die à BID	3 h	400 mg

**Contre-indications/précautions à l'utilisation des AINS :** insuffisance rénale, thrombocytopénie, saignement actif ou risque augmenté de saignement, risque augmenté d'événement thrombotique cardiaque (MI, AVC), déshydratation ou patients de plus de 70 ans, histoire de saignement GI, hypertension, insuffisance cardiaque. **Naproxène et AAS** plus sécuritaires si MCAS.

### Formulations commerciales d'opiacés per os à longue action

Nom générique	Nom commercial
Morphine	Kadian • M-Eslon • MS-Contin • PMS ou ratio-morphine SR
Hydromorphone	Hydromorph-Contin • Palladone XL
Codéine	Codéine-Contin
Oxycodone	Oxycontin, Oxycodone CR

Ces formulations sont administrées aux 12 h ou 24 h : elles relâchent la médication lentement. Les formulations régulières, ou à libération immédiate, libèrent la médication plus rapidement, en environ une heure. Les formulations à libération prolongée et les formulations à libération immédiate ne sont **jamais interchangeables**.

## 3 Les opiacés [pour douleur aiguë]

### COMPARAISON DES DOSES D'OPIACÉS PER OS

Médicament	Équivalence	Dose initiale	Début d'action	Pic d'action	Durée d'action	Remarques
Morphine [Statex]	5 mg	2,5-5 mg	15 min	30-60 min	3-6 h	Substance de référence, s'accumule en insuffisance rénale
Hydromorphone [Dilaudid]	1 mg	0,5-1 mg	15-30 min	30-60 min	4-6 h	5 fois plus puissant que morphine, s'accumule moins en insuffisance rénale
Codéine [Empracet]	30 mg	30-60 mg	30-60 min	1-2 h	4-6 h	Effet analgésique plafonne à ≥ 90-120 mg Q4h; 10% des patients ne répondent pas
Oxycodone [Supeudol, Percocet]	2,5 mg	2,5-5 mg	15 min	30-60 min	3-6 h	Puissant, recommandé pour douleurs modérées à sévères

### COMPARAISON DES DOSES PARENTÉRALES D'OPIACÉS

Médicament IV	Équivalence	Dose initiale	Début d'action	Pic d'action	Durée d'action	Remarques
Morphine	10 mg	2,5 à 5 mg [0,05 à 0,1 mg/kg]	5 min	15-30 min	2-4 h	Substance de référence; dépression respiratoire et hypotension possible
Fentanyl	100 µg	25-100 µg [0,5 à 1 µg/kg]	1-2 min	5-15 min	0,5-2 h	Dépression respiratoire, rigidité musculaire si injection rapide et dose élevée.
Hydromorphone [Dilaudid]	2 mg	0,5 mg IV; 1-2 mg SC [0,015 mg/kg]	6 min	15-30 min	2-4 h	5 fois plus puissante que la morphine; dépression respiratoire

Lors d'une utilisation chronique, les patients peuvent avoir besoin de doses plus élevées en raison de la tolérance.

### FENTANYL TRANSDERMIQUE [DURAGESIC]

Dose initiale	Délai d'action	Durée d'action	Remarques
12 à 25 mcg/h; 1 timbre Q3 jours	12 h après application	3 jours, ad 8 h post retrait	Pour douleur stable; ne pas couper le timbre; teneur exprimée en mcg/h de fentanyl

### Intolérance vs Allergies aux opiacés

Réaction du patient	Réaction	Conduite à tenir
Nausée, vomissement, constipation, crampes, étourdissements, confusion, etc	Intolérance	> Considérer analgésique autre qu'opiacé (AINS, acétaminophène) > Changer d'opiacé
Flushing, prurit, urticaire, sudation, hypotension légère, réaction cutanée légère au site d'application ou d'injection	Pseudoallergie (libération d'histamine)	> Considérer analgésique autre qu'opiacé (AINS, acétaminophène) > Changer d'opiacé mais éviter mépéridine, codéine et morphine > Administration concomitante d'anti-histaminique PRN > Réduction de dose PRN
Hypotension sévère, réaction cutanée autre que prurit, urticaire ou flushing, difficulté respiratoire, à parler ou à avaler, enflure au niveau du visage, des lèvres, de la bouche, de la langue, du pharynx ou du larynx.	Allergie (rare)	> Considérer analgésique autre qu'opiacé (AINS, acétaminophène) > Un opiacé d'un groupe autre que l'agent causal peut être essayé, avec monitoring étroit

### Effets secondaires dus à une accumulation d'opiacés :

- nausées
- somnolence
- confusion
- sédation
- hyperalgésie
- agitation
- hallucinations
- myoclonies
- convulsions
- dépression respiratoire
- coma

### Facteurs de risque de dépression respiratoire :

- accumulation d'opiacés
- âge >70 ans
- maladie pulmonaire obstructive chronique
- apnée du sommeil
- insuffisance rénale
- douleur intense qui cesse subitement
- traumatisme crânien
- obésité
- prise d'autres médicaments déprimeurs du SNC
- naïf aux opiacés

### Médicaments déprimeurs du SNC

- > Analgésiques opiacés
- > Benzodiazépines
- > Barbituriques
- > Antidépresseurs
- > Antiémétiques [ex. : dimenhydrinate]
- > Antihistaminiques
- > Relaxants musculaires
- > Antiépileptiques
- > Antiparkinsoniens

### Antidote : la naloxone [Narcan]

Se référer au protocole d'administration (3.13)

### Classification des opiacés selon la structure chimique

Groupe	Médicaments
Dérivés morphine	Codéine Hydromorphone Morphine Oxycodone
Dérivés mépéridine	Fentanyl Mépéridine
Dérivés méthadone	Butorphanol Méthadone

## ANNEXE 2

### Échelle d'intensité de la douleur

ÉCHELLE NUMÉRIQUE  
Intensité de la douleur

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0

ICM

Detailed description: The image shows a vertical numerical scale for pain intensity. The scale is contained within a light blue rectangular box with a thin black border. On the left side of the box, the text 'ÉCHELLE NUMÉRIQUE' is written in bold, uppercase letters, with 'Intensité de la douleur' written below it in a smaller font. To the right of this text is a vertical line with horizontal tick marks extending to the right, forming a scale from 0 to 10. The numbers 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10 are printed to the right of the tick marks, increasing from bottom to top. At the bottom of the scale, next to the number 1, there is a small red square icon containing a white heart shape, with the letters 'ICM' printed in white below the heart.

## ANNEXE 2 (suite)

Échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS)			
Niveau	Description	Comportement observable	
A G I T A T I O N	+ 4	Combatif	Combatif, violent: présente un danger immédiat pour le personnel.
	+ 3	Très agité	Tire ou enlève le(s) tubes ou cathéters. Agressif
	+ 2	Agité	Mouvements non adaptés fréquents, combat le respirateur
	+ 1	Nerveux	Anxieux, craintif, mais ses mouvements ne sont pas agressifs ni énergiques
	0	Réveillé et calme	
S É D A T I O N	- 1	Somnolent	<i>Pas complètement éveillé, mais maintient son éveil à la voix (ouvre les yeux et contact visuel &gt; 10 secondes)</i>
	- 2	<i>Diminution légère de la vigilance</i>	<i>S'éveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact visuel &lt; 10 secondes)</i>
	- 3	<i>Diminution modérée de la vigilance</i>	<i>Mouvements ou ouverture des yeux à la voix, mais sans contact visuel</i>
	- 4	<b>Diminution profonde de la vigilance</b>	<b>Pas de réponse à la voix, mais mouvements ou ouverture des yeux à la stimulation physique</b>
	- 5	<b>Non réveillable</b>	<b>Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique</b>

P  
A  
R  
O  
L  
E

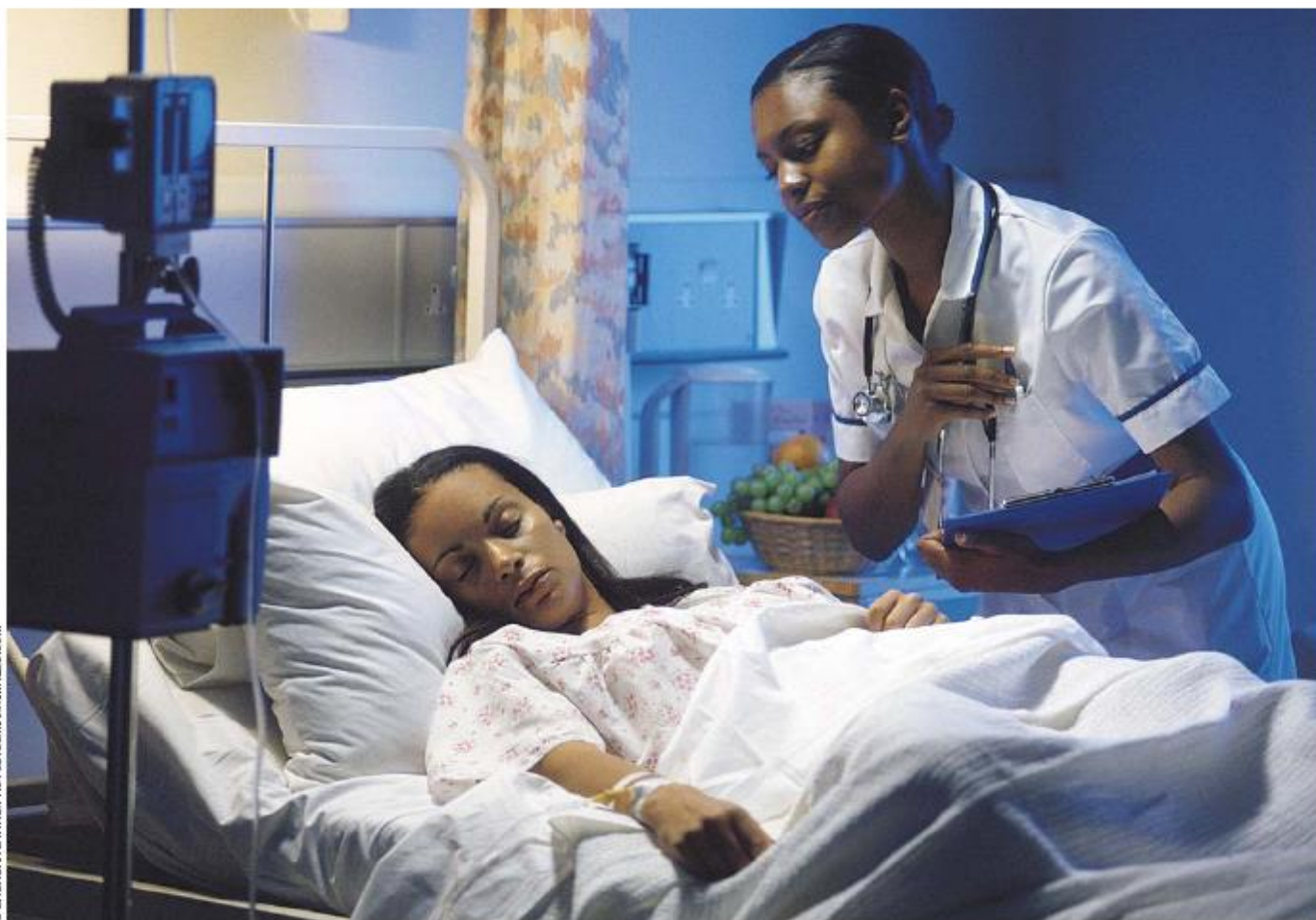
T  
O  
U  
C  
H  
E  
R

## PRATIQUE CLINIQUE

# Surveillance clinique des patients prenant des opiacés

L'OIIQ a récemment diffusé une deuxième édition de l'*Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*. On y explique les principes de base, les paramètres et la fréquence de cette surveillance qui tient compte de divers aspects cliniques. En voici les grandes lignes.

PAR Suzanne Durand, INF., M.Sc., INF., DESS (Bioéthique),  
Joël Brodeur, INF., M.Sc., et Céline Thibault, inf., M.A.



**D**epuis quelques années, la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) retient l'attention tant des professionnels de la santé que du grand public. D'ailleurs, plusieurs rapports de coroners ont établi la relation entre le décès de patients, la prise d'opiacés et la surveillance clinique.

En 2006, le Groupe de travail sur l'analyse de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés du ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé un rapport recommandant l'adoption de protocoles de surveillance pour la clientèle sous opiacés parentéraux dans chaque établissement du réseau de la santé. Compte tenu de l'évolution des connaissances, l'OIIQ a

jugé opportun de procéder à la mise à jour de l'avis publié en 2004 et de préciser les paramètres de la surveillance clinique des clients sous opiacés.

L'avis, soutenu par des consensus d'experts et des résultats probants, porte uniquement sur la surveillance minimale requise en cas d'administration d'opiacés à des fins analgésiques par les voies d'administration orale, sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse, et souligne l'importance de hausser cette surveillance pour les clientèles à risque. Pour diverses raisons, il exclut la surveillance clinique des clients qui reçoivent des opiacés par les autres voies d'administration, telles que l'intrathécale et l'épidurale, ainsi que la surveillance des clients qui contrôlent eux-mêmes la prise de leurs médicaments à l'aide de la pompe ACP (analgésie contrôlée par le patient). Il ne s'applique pas non plus aux clients en fin de vie qui reçoivent des opiacés puisque d'autres aspects cliniques doivent être pris en considération dans leur cas.

L'avis rappelle les principes sur lesquels s'appuie la surveillance clinique des clients sous opiacés et précise les paramètres de la surveillance et la fréquence à laquelle elle doit être exercée, tout en spécifiant certains aspects cliniques.

## PRINCIPES DE BASE

Réservée à l'infirmière, la surveillance clinique est une activité complexe, indissociable de l'évaluation de la condition physique du client. Elle permet de constater ses réactions aux soins et traitements infirmiers et médicaux reçus. Elle vise également à déceler rapidement les complications et la détérioration de l'état de santé du client et à ajuster les interventions en fonction des résultats attendus et obtenus.

Outre les caractéristiques du client, par exemple son âge, son état de santé, la présence de facteurs de risque et sa naïveté aux opiacés, d'autres facteurs influencent les paramètres à évaluer et la fréquence de la surveillance à exercer. Il s'agit notamment des étapes qu'un médicament franchit dans l'organisme, soit des principes de pharmacocinétique (étude de ces étapes en fonction du temps). La connaissance de ces principes contribue à maximiser les effets thérapeutiques et de réduire les effets nocifs ou nuisibles des médicaments. Il est donc crucial pour l'infirmière de connaître le pic et la durée d'action de l'opiacé administré. Et ces données varient selon la voie d'administration choisie. Les résultats probants actuellement disponibles établissent d'ailleurs clairement un lien de cause à effet entre la concentration sérique de l'opiacé et la dépression du système nerveux central (ANZCA, 2005, 2007). Il faut aussi tenir compte de l'effet de l'opiacé lorsqu'il est combiné avec d'autres médicaments ou substances (potentialisation ou inhibition).

D'autres facteurs tels que les insuffisances hépatiques ou rénales, qu'elles soient aiguës ou chroniques, interfèrent dans la biotransformation des médicaments. Cette modification aura

**La surveillance clinique est l'un des meilleurs moyens pour assurer la sécurité du client. Elle doit être exercée avec compétence.**

TABLEAU 1

CLIENTÈLES À RISQUE QUI REQUIÈRENT UNE SURVEILLANCE CLINIQUE ACCRUE
■ Bébé de moins de 6 mois ;
■ Personne âgée de plus de 70 ans ;
■ Client naïf aux opiacés (prise d'un nouvel opiacé débutée depuis moins d'une semaine) ;
■ Personne souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique ;
■ Personne souffrant d'apnée du sommeil ;
■ Personne souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique ;
■ Personne éprouvant une douleur intense qui cesse subitement ;
■ Personne ayant subi un traumatisme crânien ;
■ Personne souffrant d'obésité (IMC>35) ;
■ Personne qui prend d'autres médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC.

TABLEAU 2

PARAMÈTRES À ÉVALUER	
<b>Intensité de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important d'utiliser une échelle reconnue et validée (ex. : échelle verbale numérique entre 0 et 10, échelle de Gélinas, 2004).</li> <li>• Il est également crucial d'utiliser la même échelle pour le même client durant tout le continuum de soins afin d'assurer la fiabilité de l'évaluation.</li> </ul>
<b>Degré de sédation :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important d'utiliser une échelle reconnue (ex. : échelle de Pasero [Pasero <i>et al.</i>, 2007]).</li> <li>• Il est également crucial de reconnaître les divers degrés de sédation et de pouvoir les différencier afin d'être en mesure de percevoir rapidement le moindre changement.</li> <li>• La détérioration du degré de sédation est un meilleur indicateur de la dépression du SNC que la diminution de la fréquence respiratoire (ANZCA, 2005).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S : Sommeil normal, éveil facile.</li> <li>• 1 : Éveillé et alerte.</li> <li>• 2 : Parfois somnolent, éveil facile.</li> <li>• 3 : Somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation.</li> <li>• 4 : Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation.</li> </ul>	
<b>État respiratoire :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut craindre la dépression respiratoire consécutive à la dépression du SNC, car elle peut être mortelle.</li> <li>• Bien qu'il soit utile, la fiabilité du saturomètre chute lorsqu'il y a un apport en O<sub>2</sub> (Weinger, 2006). C'est pourquoi son utilisation est fiable seulement pour les clients qui ne sont pas sous O<sub>2</sub>. De plus, cet appareil ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire (ex. : changement de la fréquence respiratoire, pauses respiratoires), mais seulement ses conséquences tardives. Il ne détecte pas non plus l'accumulation de CO<sub>2</sub> dans le sang (Hutchison et Rodriguez, 2008 ; Weinger, 2006).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquence</li> <li>• Rythme</li> <li>• Amplitude</li> <li>• Ronflements</li> <li>• Saturation pulsatile en oxygène</li> </ul>	

# PRATIQUE CLINIQUE

pour effet d'augmenter, soit la concentration sérique, soit la durée d'action du médicament, ou les deux à la fois (Clayton et Stock, 2003).

## RECOMMANDATIONS

La surveillance clinique des clientèles le plus à risque de présenter une dépression respiratoire par suite de l'administration d'un opiacé (voir tableau 1) doit nécessairement être accrue afin de prévenir ou de déceler précocement toute complication, tel un degré de sédation inacceptable (Gélinas, 2004 ; Pasero *et al.*, 2007).

Fondées sur des consensus d'experts et des résultats probants, les recommandations suivantes constituent la surveillance clinique minimale requise pendant et après l'administration d'opiacés en fonction de chacune des voies d'administration.

**La surveillance clinique est indissociable de l'évaluation de l'état de santé du client.**

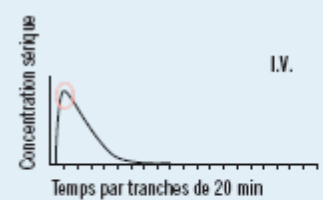
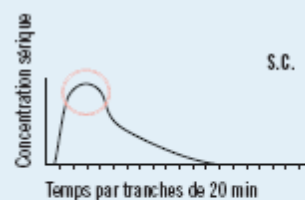
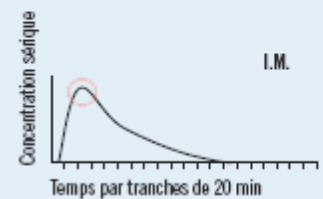
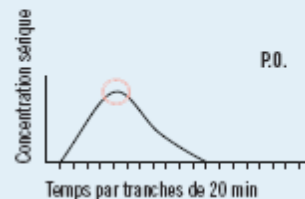
## PARAMÈTRES À ÉVALUER

Le tableau 2 résume les différents paramètres à évaluer soit l'intensité de la douleur, le degré de sédation et l'état respiratoire. De plus, il spécifie certaines considérations cliniques. Les efforts de surveillance doivent effectivement être concentrés sur les signes précoces de dépression du système nerveux central (Hutchison et Rodriguez,

ENCADRÉ 1

### EXEMPLE DE PIC D'ACTION, DURÉE ET COURBES PHARMACOCINÉTIQUES DE L'HYDROMORPHONE (DILAUDID<sup>MD</sup>) SELON LES DIFFÉRENTES VOIES D'ADMINISTRATION (Hodgson et Kizior, 2008)

VOIE D'ADMINISTRATION	PIC D'ACTION (MINUTES)	PIC D'ACTION (MINUTES)
P.O.	90 – 120	240
I.M.	30 – 60	240 à 300
S.C.	30 – 90	240
I.V.	10 – 30	120 à 180



2008). Pour cette raison, la tension artérielle et le pouls n'ont pas à être pris à chaque évaluation qui suit la prise d'opiacés, car l'altération de ces paramètres est un signe tardif de dépression du système nerveux central.

La tension artérielle et le pouls doivent toutefois être mesurés au moins une fois par jour ou par quart de travail pour obtenir des données de référence afin de les comparer au moment d'évaluations subséquentes. Ces paramètres doivent également être évalués lorsque le client présente des signes précoces de dépression du système nerveux central, telle une détérioration du degré de sédation.

## FRÉQUENCE SELON LA VOIE D'ADMINISTRATION

La fréquence de l'évaluation des paramètres mentionnés précédemment dépend du pic d'action de l'opiacé administré. Le pic d'action constitue le moment où le client est le plus susceptible de subir une dépression du système nerveux central. De plus, pour un même médicament, la voie d'administration a une influence directe sur le pic d'action.

À titre indicatif, l'encadré 1 présente le pic et la durée d'action ainsi que les courbes pharmacocinétiques pour chacune des voies d'administration de l'hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>). Cet exemple permet de constater qu'une évaluation après 30 minutes est trop précoce pour déceler une détresse respiratoire lorsque ce médicament est administré par voie orale, mais trop tardive lorsqu'il est administré par voie intraveineuse.

Les tableaux 3, 4 et 5 présentent la fréquence de la surveillance clinique requise pour les clients sous opiacés selon la voie d'administration. Il est important de rappeler que cette surveillance doit être reprise depuis le début chaque fois que la dose du médicament ayant un effet dépressif sur le SNC augmente de façon importante, soit plus de 50 %, quelle que soit la voie d'administration ou qu'il y ait changement de molécule.

## ADMINISTRATION PAR VOIE INTRAVEINEUSE

En raison de l'atteinte très rapide du pic d'action, l'administration par voie intraveineuse d'un bolus d'opiacé nécessite un monitoring soutenu. Le matériel de réanimation et un antagoniste doivent également être à portée de main (ANZCA, 2005). La perfusion continue d'un opiacé par voie intraveineuse exige aussi une surveillance clinique constante de l'infirmière et un monitoring soutenu, notamment parce que l'incidence de dépression respiratoire qui lui est associée est plus grande que celle liée à tout autre mode d'administration, y compris l'ACP. C'est pourquoi l'administration par voie intraveineuse d'un opiacé, de façon continue, ne devrait être réservée qu'aux soins critiques, c'est-à-dire là où le monitoring continu des signes vitaux est assuré.

**Les efforts de surveillance doivent se concentrer sur les signes précoces de dépression du SNC.**

TABLEAU 3

### FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE ORALE

- Évaluer les paramètres pendant les 24 premières heures (intensité de la douleur, degré de sédation et état respiratoire):
  - au moment d'administrer chaque dose d'opiacé;
  - au pic d'action de l'opiacé administré.
- Ajuster ensuite la fréquence des évaluations selon l'état de santé du client.
- ! Reprendre la fréquence initiale de surveillance chaque fois que la dose est augmentée de façon importante (>50 %) ou qu'il y a un changement de molécule.

TABLEAU 4

### FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE OU SOUS-CUTANÉE

- Évaluer les paramètres pendant les 24 premières heures (intensité de la douleur, degré de sédation et état respiratoire):
  - au moment d'administrer chaque dose d'opiacé;
  - au pic d'action de l'opiacé administré;
  - ensuite, à intervalles de 1 à 2 heures pour toute la durée d'action de l'opiacé administré (cette durée d'action peut doubler en présence d'insuffisance rénale ou hépatique).
- Ajuster ensuite la fréquence des évaluations selon l'état de santé du client.
- ! Reprendre la fréquence initiale de surveillance chaque fois que la dose est augmentée de façon importante (>50 %) ou qu'il y a un changement de molécule.

TABLEAU 5

### FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE INTRAVEINEUSE (EXCLUANT L'ACP)

- Évaluer les paramètres (intensité de la douleur, degré de sédation et état respiratoire):
  - au moment d'administrer chaque dose d'opiacé;
  - toutes les 5 minutes jusqu'au pic d'action de l'opiacé administré;
  - ensuite, toutes les 15 minutes pendant la durée d'action de l'opiacé administré.
- Ajuster ensuite la fréquence des évaluations selon l'état de santé du client.

# PRATIQUE CLINIQUE

## MISE EN SITUATION

### Surveillance clinique d'un client qui reçoit un opiacé par voie sous-cutanée

#### Hydromorpnone (Dilaudid<sup>MD</sup>)

Pic d'action : environ 60 minutes

Durée d'action : environ 240 minutes

Source : Hodgson et Kizior, 2008.

- **À 16 h**, M. Dicapri, âgé de 31 ans, est admis à l'urgence pour une colite néphrétique. À 16 h 20, l'infirmière lui administre une première dose de 2 mg d'hydromorpnone sous-cutanée. Elle procède à l'évaluation de la douleur ainsi qu'à celle de la tension, du pouls, de la saturation, de l'état respiratoire et du degré de sédation avant d'administrer l'opiacé.
- **À 17 h 5**, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.
- **À 19 h**, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.
- **À 23 h 30**, M. Dicapri présente une douleur aiguë qui nécessite de nouveau une dose d'hydromorpnone. L'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation avant de lui administrer la dose de 4 mg qui est prescrite toutes les 4 heures PRN.
- **À minuit et à 2 h**, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.
- **À 3 h 30**, M. Dicapri présente une douleur aiguë qui nécessite de nouveau une dose d'hydromorpnone. L'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation avant de lui administrer la dose de 4 mg qui est prescrite toutes les 4 heures PRN.
- **À 4 h 30**, l'infirmière procède à l'évaluation et constate que le degré de sédation est à 2 selon l'échelle de Pasero, elle procède donc à la prise de la tension et du pouls qui sont tous deux normaux.
- **À 5 h 30**, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.
- **À 6 h 30**, M. Dicapri présente une douleur aiguë qui nécessite de nouveau une dose d'hydromorpnone. L'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation avant de lui administrer la dose de 4 mg.
- **À 7 h 30 et 9 h 30**, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.
- **À 9 h 45**, M. Dicapri expulse finalement un petit calcul de 3 mm de diamètre en urinant. Peu de temps après, le médecin signe son congé. M. Dicapri doit cependant rester en observation jusqu'à la fin de l'action de l'opiacé qu'il a reçu. À 10 h 30, il quitte l'hôpital avec sa conjointe. Au congé, M. Dicapri reçoit les conseils d'usage, notamment ne pas conduire son véhicule, ne pas rester seul pendant au moins 24 heures, et appeler Info-Santé au besoin. On lui remet aussi la documentation énumérant les éléments de surveillance relativement à la prise d'opiacés.

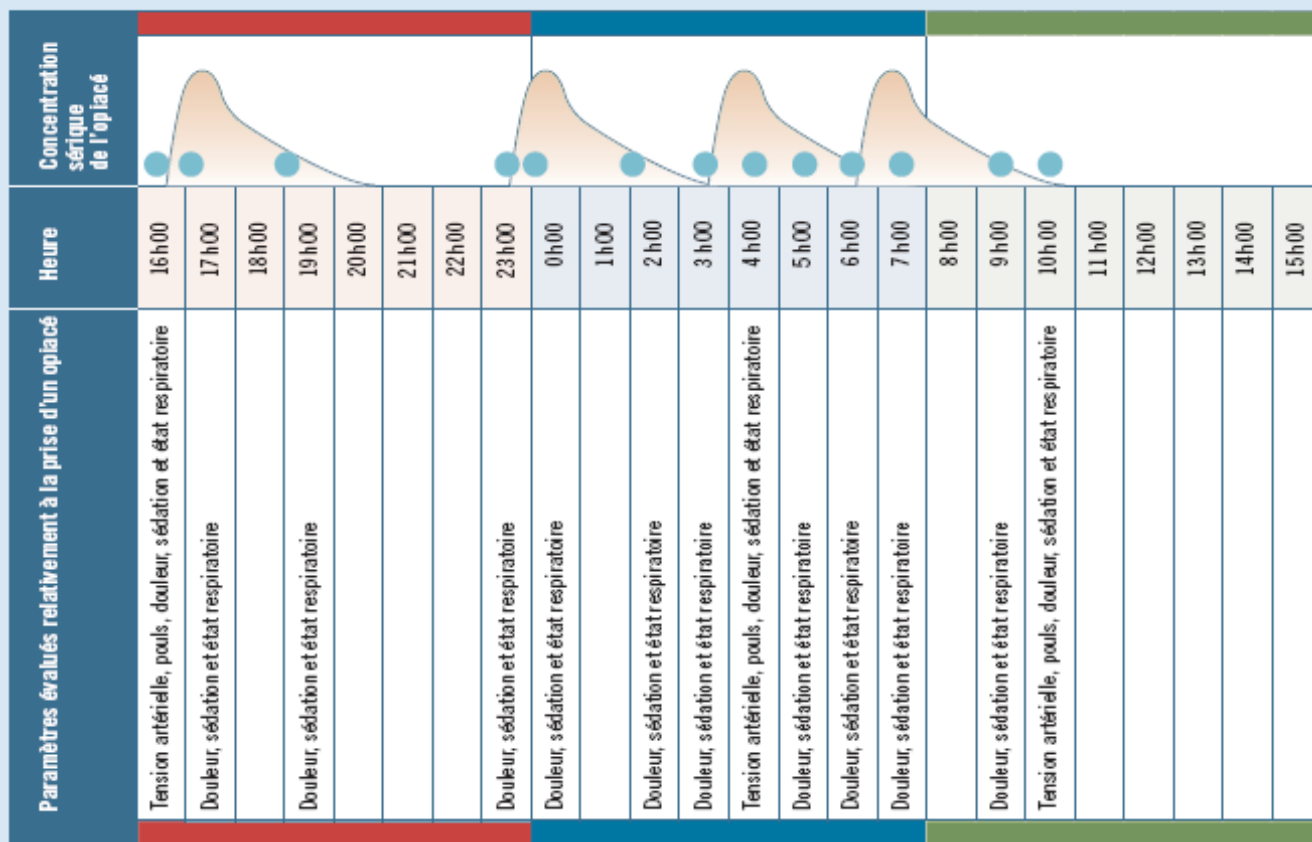


TABLEAU 6

INTERVENTIONS CLINIQUES RECOMMANDÉES SELON LE DEGRÉ DE SÉDATION DU CLIENT			
DEGRÉ DE SÉDATION		DESCRIPTION	INTERVENTIONS
0	ACCEPTABLE	Sommeil normal, éveil facile.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer l'opiacé, au besoin.</li> </ul>
1		Éveillé et alerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer l'opiacé, au besoin.</li> </ul>
2		Parfois somnolent, éveil facile.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer l'opiacé, au besoin.</li> </ul>
3	INACCEPTABLE	Somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas administrer l'opiacé ;</li> <li>• Aviser le médecin qui décidera de la conduite à tenir ;</li> <li>• Administrer de l'O<sub>2</sub> PRN ;</li> <li>• Demander toutes les 15 minutes au client de prendre de grandes respirations ;</li> <li>• Élever la tête du lit à 30° ;</li> <li>• S'il vomit, l'installer en position latérale ;</li> <li>• Assurer la surveillance de l'état respiratoire et du degré de sédation aussi longtemps que ce dernier est évalué à 3 et jusqu'à ce que l'état respiratoire soit satisfaisant ;</li> <li>• Recommander l'administration au besoin d'un analgésique autre qu'un opiacé, tel que les salicylates ou un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ;</li> <li>• Selon les directives du médecin : poursuivre l'administration de l'opiacé en diminuant de 50 % la dose initiale.</li> </ul>
4		Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser l'administration de l'opiacé ;</li> <li>• Envisager l'administration de Naloxone<sup>1</sup> ;</li> <li>• Aviser le médecin et l'équipe de réanimation qui décideront de la conduite à tenir ;</li> <li>• Administrer de l'O<sub>2</sub> PRN ;</li> <li>• Demander toutes les 15 minutes au client de prendre de grandes respirations ;</li> <li>• Élever la tête du lit à 30° ;</li> <li>• S'il vomit, l'installer en position latérale ;</li> <li>• Assurer la surveillance de l'état respiratoire et du degré de sédation aussi longtemps que ce dernier est évalué à 3 et jusqu'à ce que l'état respiratoire soit satisfaisant ;</li> <li>• Recommander l'administration au besoin d'un analgésique autre qu'un opiacé, tel que les salicylates ou un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ;</li> <li>• Selon les directives du médecin : poursuivre l'administration de l'opiacé en diminuant de 50 % la dose initiale.</li> </ul>

<sup>1</sup> Le Naloxone fait effet entre 20 et 60 minutes. La dépression du SNC peut réapparaître par la suite.

Inspiré de Pasero *et al.*, 2007.

## INTERVENTIONS SELON LE DEGRÉ DE SÉDATION

Il est important de reconnaître le degré de sédation du client qui reçoit un opiacé, seul ou combiné à d'autres médicaments qui ont un effet dépressif sur le système nerveux central, de façon à pouvoir ajuster judicieusement l'administration de ses médicaments et à prévenir une détérioration de son état qui pourrait lui être fatale. Le tableau 6 indique la conduite à tenir selon le degré de sédation du client sous opiacés.

## CONCLUSION

La surveillance clinique effectuée dans les règles de l'art par l'infirmière est l'un des moyens les plus efficaces pour assurer la sécurité des clients sous opiacés. Conséquemment, chaque infirmière doit tenir à jour ses compétences dans ce domaine. L'avis se veut un guide pour les infirmières et pour les organisations qui désirent élaborer ou mettre à jour des protocoles de surveillance efficace qui tirent parti du jugement et des compétences professionnelles de l'infirmière pour assurer la sécurité du public. ■

*Ndlr : La version intégrale de l'Avis est disponible sur le site Web de l'OIIQ. Ont collaboré à sa deuxième édition :*

*Recherche et rédaction : Suzanne Durand, directrice, Direction du développement et du soutien professionnel (DDSP), OIIQ ; Joël Brodeur, infirmier-conseil, DDSP, OIIQ ; Céline Thibault, adjointe à la directrice, DDSP, OIIQ.*

*Consultation : Gisèle Besner, conseillère en soins spécialisés, CHUM ; Céline Gélinas, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université McGill ; Charlotte Paquet, adjointe clinique, Hôtel-Dieu de Lévis, représentante du Réseau des infirmières et infirmiers en pratique avancée ; Marie-Noëlle Vallée, conseillère clinicienne en soins infirmiers, Hôpital Laval, représentante du Réseau des infirmières et infirmiers en pratique avancée.*

**Bibliographie en page 34**

## SUITE – Surveillance clinique des patients prenant des opiacés.

### BIBLIOGRAPHIE

- American Society of Anesthesiologists (ASA). *Practice Guidelines for the Prevention, Detection and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration*, 2007. [En ligne : [www.asahq.org/clinical/NeuraxialTF.htm](http://www.asahq.org/clinical/NeuraxialTF.htm)]
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (2<sup>e</sup> éd.), Melbourne, ANZCA, 2005. [En ligne : [www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acute-pain.pdf](http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acute-pain.pdf)]
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). *Acute Pain Management: Scientific Evidence: Updates*, Melbourne, ANZCA, 2007. [En ligne : [www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acute-pain\\_update.pdf](http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acute-pain_update.pdf)]
- Clayton, B.D. et Y.N. Stock. *Soins infirmiers : pharmacologie de base*, Laval, Beauchemin, 2003.
- Gallagher, R. « An approach to dyspnea in advanced disease », *Canadian Family Physician*, vol. 49, n° 12, 2003, p. 1611-1616.
- Galvagno, S.M., D.J. Correll et S. Narang. « Safe oral equianalgesic opioid dosing for patients with moderate-to-severe pain », *Resident & Staff Physician*, vol. 53, n° 4, 2007.
- Gélinas, C. « Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments », *Perspective infirmière*, vol. 2, n° 2, 2004, p. 23-27.
- Groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés. *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé : utilisation des opiacés en milieu hospitalier*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.
- Hodgson, B.B. et R.J. Kizior. *Saunders Nursing Drug Handbook*, St. Louis (MO), Saunders Elsevier, 2008.
- Horlocker, T.T. « Practice guidelines for the prevention, detection and management of respiratory depression associated with neuraxial opioid administration: Preliminary report by ASA Task Force on Neuraxial Anesthesia », *ASA Newsletter*, vol. 71, n° 6, 2007, p. 24-26.
- Hutchison, R. et L. Rodriguez. « Capnography and respiratory depression », *American Journal of Nursing*, vol. 108, n° 2, 2008, p. 35-39.
- Momeni, M., M. Crucitti et M. De Kock. « Patient-controlled analgesia in the management of postoperative pain », *Drugs*, vol. 66, n° 18, 2006, p. 2321-2337.
- Overdyk, F.J., R. Carter, R.R. Maddox, J. Callura, A.E. Herrin et C. Henriquez. « Continuous oximetry/capnometry monitoring reveals frequent desaturation and bradypnea during patient-controlled analgesia », *Anesthesia and Analgesia*, vol. 105, n° 2, 2007, p. 412-418.
- Paice, J.A. « Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and Pharmacogenomics of Opioids », *Pain Management Nursing*, vol. 8, n° 3 (suppl. 1), 2007, p. S2-S5.
- Pasero, C., R.C. Manworren et M. McCaffery. « IV opioid range orders for acute pain management », *American Journal of Nursing*, vol. 107, n° 2, 2007, p. 52-59.
- Pasero, C. et M. McCaffery. « Monitoring sedation: It's the key to preventing opioid-induced respiratory depression », *American Journal of Nursing*, vol. 102, n° 2, 2002, p. 67, 69.
- Pasero, C. et M. McCaffery. « Safe use of a continuous infusion with IV PCA », *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. 19, n° 1, 2004, p. 42-45.
- Pasero, C., R.K. Portenoy et M. McCaffery. « Opioid analgesics », in M. McCaffery et C. Pasero (sous la dir. de), *Pain: Clinical Manual* (2<sup>e</sup> éd.), St. Louis (MO), Mosby, 1999, p. 161-299.
- Royal College of Anaesthetists, Royal College of Nursing, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, British Pain Society et European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy. *Good Practice in the Management of Continuous Epidural Analgesia in the Hospital Setting*, 2004. [En ligne : [www.rcoa.ac.uk/docs/Epid-Analg.pdf](http://www.rcoa.ac.uk/docs/Epid-Analg.pdf)]
- Smith, L.H. « Opioid safety: Is your patient at risk for respiratory depression? », *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol. 11, n° 2, 2007, p. 293-296.
- Stone, J.G., K.A. Cozine et A. Wald. « Nocturnal oxygenation during patient-controlled analgesia », *Anesthesia and Analgesia*, vol. 89, n° 1, 1999, p. 104-110.
- Weinger, M.B. « Dangers of postoperative opioids », *APSF Newsletter*, vol. 21, n° 4, 2006, p. 61, 63-67.
- White, P.F. et M. Eng. « Fast-track anesthetic techniques for ambulatory surgery », *Current Opinion in Anaesthesiology*, vol. 20, n° 6, 2007, p. 545-557.