

Outils proposés par l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

- Protocole N° P-9.07 Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé p. 37
- Protocole N° P-8.07 Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique p. 43
- Ordonnance collective N° OC-8.06 Administration d'O₂ en situation d'urgence p. 54
- Protocole infirmier 01-2006 p. 58
- Règle de soins infirmiers N° SI-02-05 Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur p. 68



PROTOCOLE N° P-9.07

Rédigé/révisé par le Département de pharmacie,
Direction des services professionnels et hospitaliers
En collaboration avec la Direction des soins infirmiers
Date d'entrée en vigueur : Le 12 décembre 2006
Date de révision : Le 6 février 2007
Approuvé par résolution n° 2007 02.43 du CMDP

Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé

Infirmières et infirmiers
Médecins
Pharmaciennes

CLIENTÈLE VISÉE

Bénéficiaires de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal qui, **suite à l'administration d'un analgésique opiacé**, présente une diminution significative de la fréquence respiratoire, est difficilement éveillable ou inconscient, ou encore présente une diminution de la saturation en oxygène, cyanosé ou non.

INTRODUCTION

Considérer réduire ou omettre la prochaine dose régulière de l'analgésique opiacé, retirer le timbre pour quelques heures ou diminuer le débit de la perfusion continue d'analgésique opiacé.

- Le naloxone (Narcan^{mc}) nécessite une ordonnance individuelle faite par le médecin.
- En fonction de la valeur de la fréquence respiratoire, suivre la procédure et vous référer à l'algorithme d'intervention (page 5) pour la surveillance et/ou l'administration de naloxone (Narcan^{mc}) décrits dans ce protocole.
- Vous référer au tableau sommaire du protocole P-8.07 *Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique*, afin de compléter au besoin les interventions concernant l'utilisation de l'oxygène selon l'ordonnance collective OC-8.07 *Administration d'O₂ en situation d'urgence*.

PROFESSIONNELS VISÉS

Infirmières et infirmiers
Médecins
Pharmaciennes

INDICATIONS CLINIQUES

Pour un bénéficiaire qui subit un surdosage à un opiacé :

- De courte durée d'action (aux 4 heures, q 4h); exemples : morphine sirop, morphine comprimé (Statex), hydromophone (Dilaudid), codéine, oxycodone (Supeudol).
- De longue durée d'action (aux 12 heures, q 12h); exemples : morphine capsule (M Eslon, MS Contin), codéine comprimés longue action (Codéine Contin), hydromophone comprimé longue action (Hydromorph Contin), oxycodone longue action (OxyContin).
- De longue durée d'action en timbres; exemple : fentanyl (Duragésic).
- En perfusion continue; exemples : morphine, hydromophone (Dilaudid).

PHARMACOLOGIE

Le naloxone est un antagoniste des opiacés. Administré par injection, il renverse rapidement les effets d'un surdosage d'opiacé. En quelques instants, il améliore la fréquence et l'amplitude respiratoire ainsi que l'état de conscience. Son action est extrêmement rapide (quelques minutes) lorsqu'il est administré par voie IV (début d'action en 1 à 2 minutes, pic d'action en 5 minutes). Le début d'action par la voie SC est de 2 à 5 minutes et le pic de 15 minutes. Il est à noter que la durée de l'antagonisme est habituellement plus courte que la durée de la dépression respiratoire induite par les opiacés de sorte qu'il faut être vigilant sur le plan clinique. Des doses répétées de naloxone ou une perfusion continue peuvent être nécessaires.

Alerte

Le naloxone est un antagoniste pur des opiacés. Il ne doit pas être utilisé pour la somnolence et/ou le délirium qui n'est pas menaçant pour la vie en raison du danger de renverser complètement l'effet analgésique de l'opiacé et de précipiter une douleur sévère et un syndrome physique de retrait important.

Début d'action

- Par voie IV : 1 à 2 minutes
- Par voies SC/IM : 2 à 5 minutes

Pic d'action

- Par voie IV : 5 minutes
- Par voie SC : 15 minutes

Durée d'action

30 minutes à 4 heures selon la situation.

Effets indésirables

Nausée et vomissement. Occasionnellement une hypertension sévère, œdème pulmonaire, tachycardie, arythmies, arrêt cardiaque, même à petites doses (100 à 400 mcg). Le mécanisme de ces événements sporadiques peut être relié aux réponses des catécholamines médiés centralement au renversement à l'opiacé.

Tous droits réservés

© Institut universitaire de gériatrie de Montréal

PROCÉDURE

1. Si la fréquence respiratoire ≥ 8 et/ou échelle de somnolence ≤ 2

- Prendre la F.R. aux 5 à 10 minutes pour 2 heures, puis aux 15 minutes pour 2 heures.
- Si le bénéficiaire a reçu un opiacé à durée d'action de 12 heures (ex : M Eslon), continuer à prendre la F.R. aux 15 à 30 minutes pendant 12 heures
- Si le bénéficiaire a reçu un opiacé à durée d'action de 24 heures (ex : méthadone), continuer à prendre la F.R. aux 15 à 30 minutes pendant 24 heures. Cependant, l'effet maximal du médicament est atteint bien avant. Par exemple, si un bénéficiaire qui a reçu de la méthadone n'a pas désaturé sans traitement (sans oxygène) en dedans de 9 heures, il est peu probable qu'il désature par la suite.
- Si le bénéficiaire a reçu un timbre de fentanyl, continuer à prendre la F.R. aux 15 à 30 minutes pendant 24 heures. La même procédure s'applique après avoir enlevé le timbre.

2. Si la fréquence respiratoire se situe entre 4 et 7

Guide posologique du naloxone

Présentation du naloxone : ampoule de 1 mL contenant 0,4 mg/mL.

- Administrez du naloxone 0,1 mg (0,25 mL) à 0,2 mg (0,5 mL) IV immédiatement. La voie IV est préférable. Si impossible après 2 tentatives infructueuses, donnez SC.
Une dose IV se donne directement en bolus sur 30 secondes sans dilution.
- Si la F.R. < 8 après 2 minutes, administrez 0,2 mg (0,5 mL) IV.
- Si la F.R. < 8 après 2 autres minutes, administrez 0,3 mg (0,75 mL) IV.
- Si la F.R. < 8 après 2 autres minutes, administrez 0,4 mg (1 mL) IV.

DOSE CUMULATIVE MAXIMALE = 10 MG (25 ML)

3. Si la fréquence respiratoire < 4

Guide posologique du naloxone

Présentation du naloxone : ampoule de 1 mL contenant 0,4 mg/mL.

- Administrez naloxone 0,4 mg (1mL) à 2 mg (5 mL) IV de préférence. Si impossible après 2 tentatives infructueuses, donnez SC.
Une dose IV se donne directement en bolus sur 30 secondes sans dilution.
- Répétez 0,4 mg (1mL) à 2 mg(5 mL) IV aux 2 minutes jusqu'à F.R. ≥ 8 ou si la dose cumulative = 10 mg (25 mL).

Si aucun effet n'est observé avec une dose cumulative de 10 mg (25 mL), il est peu probable qu'il s'agisse d'un surdosage d'opiacé.

Il est à noter qu'il est possible que la meilleure solution soit d'intuber le bénéficiaire.

Perfusion IV : Goldfrank suggère de multiplier la dose efficace par 6,6, de la diluer dans 1 litre de NaCl 0,9 % et de l'administrer IV à 100 mL/h. Le bénéficiaire recevra alors 2/3 de la dose efficace/heure.

NOTATION AU DOSSIER MÉDICAL

Toute administration de naloxone doit être suivie de la rédaction d'un rapport incident-accident (AH-223).

FIN DU TRAITEMENT

Absence de signes cliniques d'intoxication aux opiacés 2 heures après la dernière dose ou après la fin de la perfusion. Une perfusion IV continue de naloxone devra être considérée lorsque le bénéficiaire présente une détérioration de l'état de conscience après une réponse initiale au naloxone ou encore lorsque l'opiacé utilisé possède une durée d'action prolongée.

DOSE ET ADMINISTRATION

En raison de la courte durée d'action du naloxone (20 à 60 minutes), le renversement de la dépression respiratoire induite par un opiacé peut cesser alors que l'action de l'opiacé persiste. Par conséquent, la dépression respiratoire peut réapparaître, et on doit poursuivre très étroitement la surveillance du bénéficiaire.

Effectuer le suivi de la douleur afin de s'assurer que le naloxone ne renversera pas l'analgésie.

Alerte

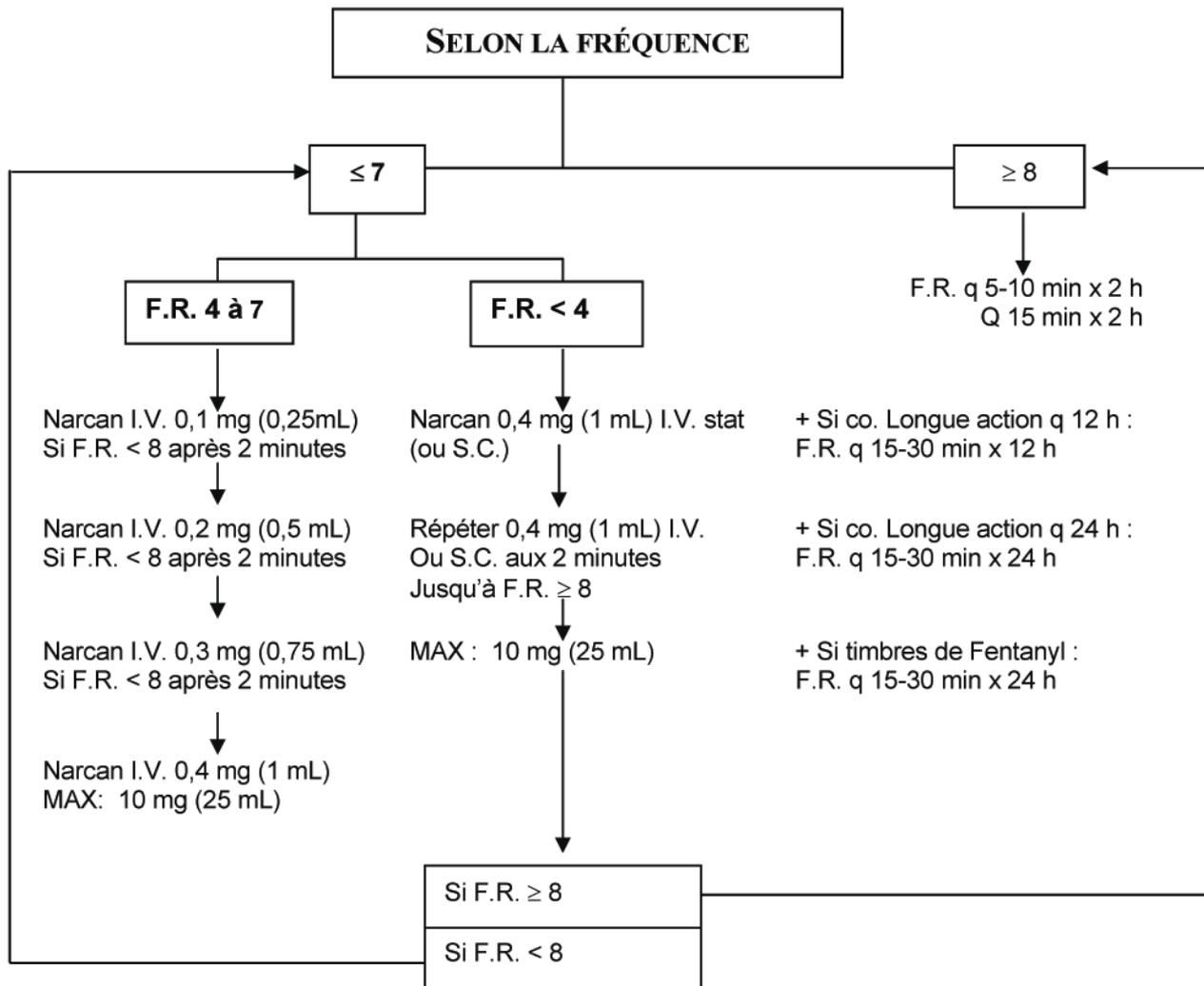
Il est important de titrer la dose selon la fonction respiratoire et non pas en fonction de l'état de conscience, car un antagonisme total provoquera un retour à une douleur sévère avec hyperalgésie et, si présence de dépendance physique, des symptômes physiques sévères de retrait et une agitation marquée.

SUIVI CLINIQUE

Rythme respiratoire, fréquence cardiaque, pression sanguine, saturométrie.

ALGORITHME D'INTERVENTION

1. Prise de la fréquence respiratoire (F.R.) et de la saturation
2. Arrêt de la perfusion continue de l'analgésique opiacé ou retirer le timbre s'il y a lieu ou omettre prochaine dose orale de l'analgésique opiacé
3. Appel au médecin traitant ou au médecin de garde



RÉFÉRENCES

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska, *Guide d'utilisation du Narcan (Naloxone) lors d'un surdosage d'opiacés*, entériné par CMDP le 12 octobre 2006.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Francoeur, L. (2006). Protocole infirmier n° 01-2006, *Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC)*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Ordonnance collective OC-8.07 *Administration d'O₂ en situation d'urgence*

Protocole P-8.07, *Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

APPROBATION

Directrice des soins infirmiers

Directrice des services professionnels et hospitaliers

Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Rédigé/révisé par le Département de pharmacie,
Direction des services professionnels et hospitaliers
En collaboration avec la Direction des soins infirmiers
Date d'entrée en vigueur : Le 12 décembre 2006
Date de révision : Le 6 février 2007
Approuvé par résolution n° 2007 02.42 du CMDP

**Utilisation des
analgésiques opiacés par
voie parentérale et
transdermique**

**Infirmières et infirmiers
Médecins
Pharmaciennes**

CLIENTÈLE VISÉE

Bénéficiaires¹ de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

PROFESSIONNELS VISÉS

Médecins
Infirmières et infirmiers
Pharmaciennes

INTRODUCTION

Ce protocole présente des lignes directrices et vise à assurer une utilisation sécuritaire des opiacés à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Il répond aux recommandations d'un groupe de travail mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour procéder à une analyse suite à des décès survenus dans les établissements de santé au cours des dix dernières années et recommander les interventions susceptibles de prévenir la répétition de futurs accidents évitables dans ce domaine particulier de la prestation des soins que représente l'utilisation d'analgésiques opiacés par voie parentérale.

Le protocole se divise en cinq étapes :

1. Évaluation initiale de la douleur
2. Rédaction de l'ordonnance d'un opiacé
3. Administration du médicament
4. Initiation d'un protocole de surveillance si nécessaire
5. Intervention en cas de problème

¹ Le terme bénéficiaire réfère à tous les usagers de l'Institut qu'ils soient résidents ou bénéficiaires.

1. ÉVALUATION INITIALE DE LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur est une démarche active auprès du bénéficiaire. Elle permet de quantifier et de qualifier sa douleur en lui demandant s'il éprouve de la douleur ou en observant de manière structurée certains paramètres validés sur différents aspects. La douleur est considérée comme le cinquième signe vital.

Notre clientèle gériatrique comprend deux types de patients au regard de la collaboration qu'ils peuvent apporter à l'évaluation de leur douleur. Le premier type de patient est lucide et en mesure de situer l'intensité de sa douleur sur une échelle numérique ou une échelle verbale descriptive. Le second type de patient présente des problèmes cognitifs sévères ou des difficultés importantes de communication et ne peut exprimer clairement sa douleur et encore moins utiliser des échelles d'évaluation. Par conséquent, le personnel soignant doit utiliser une échelle d'évaluation différente qui fait appel à leur observation des signes émis par le patient lors de la prestation des soins (facies, gémissements, position du corps, changement de comportement, etc.).

Le dépistage et l'évaluation de la douleur impliquent un travail multidisciplinaire faisant appel aux divers professionnels de la santé : personnel infirmier, médecin, pharmacienne, physiothérapeute et ergothérapeute.

1.1 Évaluation et quantification de la douleur

Les instruments de mesure à utiliser pour évaluer la douleur sont disponibles sur les unités de soins. Il faut procéder à l'évaluation et à la quantification de la douleur avant l'instauration d'un analgésique opiacé. L'évaluation de base est indispensable pour vérifier l'efficacité de la thérapie et procéder aux ajustements subséquents.

Sur les unités, les instruments suivants sont disponibles pour évaluer la douleur :

- Échelles d'évaluation de la douleur
 - Échelle numérique
 - Échelle verbale descriptive et analogique
- Échelle comportementale de la douleur de la personne âgée (ECPA) ou toute autre échelle pertinente adaptée aux besoins du bénéficiaire.

La règle de soins infirmiers intitulée *Activité clinique : Dépistage et évaluation de la douleur* est la référence précisant les directives à suivre par les infirmières, les infirmières auxiliaires ainsi que les préposés aux bénéficiaires afin de procéder au dépistage et à l'évaluation de la douleur. Il est suggéré que cette activité soit faite à la fréquence suivante :

- Lors de l'admission
- Lors de la prise des signes vitaux (de routine ou ponctuelle)
- Lors de l'initiation et du suivi de l'administration de médicaments analgésiques
- Lors de toute modification de l'état de santé du bénéficiaire
- Lors d'une plainte du bénéficiaire.

1.2 Mesure des signes vitaux

Lorsque le patient présente des douleurs et qu'on décide de débiter un analgésique opiacé, il est nécessaire de mesurer, avant l'administration de la médication, les signes vitaux (fréquence cardiaque, pression artérielle), incluant la fréquence respiratoire, et la saturométrie de base. Ces données doivent être inscrites au dossier et serviront de point de comparaison lors des mesures subséquentes.

Se référer au protocole infirmier *Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*.

2. RÉDACTION DE L'ORDONNANCE D'UN OPIACÉ

Vérifier si le patient présente des facteurs de risque ou s'il reçoit des médicaments susceptibles de causer une dépression respiratoire, car en ces situations, il faudra être prudent et vigilant. Les facteurs de risque qui se retrouvent dans une clientèle gériatrique sont :

- Personne âgée
- Personne naïve aux opiacés (ayant débuté depuis moins d'une semaine un opiacé)
- MPOC
- Apnée du sommeil
- Insuffisance rénale
- Traumatisme crânien
- Douleur intense qui cesse subitement (exemple : réduction de fracture)

Les classes de médicaments pouvant entraîner une dépression du système nerveux central (SNC) sont :

Opiacés	morphine, codéine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, méthadone, mépéridine, tramadol, pentazocine
Benzodiazépines	alprazolam, oxazépam, lorazépam, diazépam, clonazépam, clobazam, témazépam, midazolam, nitrazépam
Neuroleptiques	olanzapine, risperdone, quétiapine, halopéridol, chlorpromazine, clozapine
Antidépresseurs	venlafaxine, amitriptyline, nortriptyline, paroxétine, sertraline, bupropion, citalopram, doxépine, clomipramine, mirtazapine, trazodone, imipramine, moclobémide, désipramine, fluoxétine, fluvoxamine, maprotiline, phénelzine, tranlycypromine
Antiémétiques	dimenhydrinate, prochlorpérazine, métoclopramide, ondansétron
Antihistaminiques	hydroxyzine, cétirizine, loratadine, diphenhydramine
Barbituriques	phénobarbital, primidone
Anticonvulsivants	phénytoïne, ethosuximide, carbamazépine, acide valproïque, divalproex sodique, gabapentine, lamotrigine, lévétiracétam, topiramate, vigabatrin, prégabaline

Pour faciliter la reconnaissance des médicaments pouvant produire une dépression du système nerveux central, trois astérisques suivront le nom générique sur la feuille d'administration des médicaments (FADM).

2.1 Choix de l'analgésique opiacé

La morphine constitue l'opiacé de premier choix par voie parentérale dans la plupart des situations. L'hydromorphone est considérée comme étant de cinq à sept fois plus puissante que la morphine : sa prescription requiert une bonne connaissance des doses équianalgésiques. La puissance est une notion qui réfère au fait qu'il faut moins de médicament pour une efficacité comparable. La puissance ne signifie pas que la molécule est plus efficace.

2.2 Dose initiale

Les doses initiales recommandées pour administration parentérale sont de 0,1 mg/kg pour la morphine et de 0,015 mg/kg pour l'hydromorphone. La dose initiale devrait être diminuée de 50 % chez le patient présentant des facteurs de risque, dont l'administration d'autres analgésiques ou médicaments susceptibles de causer une dépression respiratoire et le fait d'être une personne âgée. En raison des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques reliés à l'âge, la dose quotidienne initiale chez une personne âgée naïve aux opiacés doit être plus faible que chez l'adulte. Une modification des doses recommandées peut être nécessaire chez un patient en insuffisance rénale ou hépatique ou lors d'interaction médicamenteuse.

Le tableau 1 présente les doses équianalgésiques ainsi que les doses de départ des opiacés chez la personne âgée. Les doses initiales **parentérales** ont été réduites de 50 % dans le tableau.

Principes d'utilisation du timbre de fentanyl (Duragésic^{mc})

- Le timbre de fentanyl ne doit pas être utilisé pour une douleur aiguë ou chez un patient naïf aux opiacés. L'utilisation chez un patient sans tolérance acquise aux opioïdes ou ayant une tolérance insuffisante pourrait entraîner une dépression respiratoire fatale.
- Il est indiqué dans le traitement des douleurs chroniques persistantes d'intensité modérée à sévère.
- Le timbre est un réservoir de fentanyl qui permet une libération contrôlée de l'analgésique sur une période de 72 heures.
- Le début d'action est de 12 à 24 heures.
- Lors du passage de la voie orale à la voie transdermique : lors de l'installation du premier timbre de fentanyl, il faut prévoir la poursuite de l'utilisation d'un analgésique opiacé à courte durée d'action aux 4 heures pendant le premier douze heures *i.e.* aux temps 0 h, 4 h et 8 h ou d'administrer une dose d'un analgésique opiacé à durée d'action de 12 heures.
- 50 mg de morphine per os par jour est équivalent à 25 mcg/h de fentanyl.

2.3 Posologie

Les ordonnances d'opiacés doivent être précises en terme de posologie, c'est-à-dire qu'elles doivent comporter **une dose et une fréquence d'administration**. Une ordonnance comportant un écart important de dose ou d'intervalle laisse place à interprétation pour le personnel soignant et augmente le risque de surdosage. Il est souvent admis que l'écart de variation de la dose prescrite pour un même médicament ne devrait pas permettre au personnel soignant d'augmenter la dose administrée de plus de 50 % sans consulter le médecin. Par exemple, il **faut éviter** de prescrire dilaudid 1 à 2 mg aux 4 à 6 heures. Prescrire plutôt dilaudid 1 mg aux 4 heures et entredoses de 0,5 mg aux 4 heures PRN si douleur.

2.4 Surveillance clinique

Une ordonnance d'analgésique opiacé par voie parentérale à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal doit systématiquement entraîner la surveillance d'un ensemble de paramètres cliniques adaptés à la condition du patient (voir étape 4 ci-dessous, *Initiation d'un protocole de surveillance*).

2.5 Changements apportés à l'ordonnance

Il est préférable d'augmenter d'abord la dose d'un même médicament plutôt que de changer fréquemment de molécules. Si l'on doit changer de médicament, le prescripteur doit absolument prendre en compte dans son calcul les doses équianalgésiques. (Voir le tableau 1 ci-dessous.)

L'augmentation de la dose pour réussir à mieux soulager le patient devrait être basée sur une évaluation de la douleur à l'aide d'un instrument de mesure dont la validité et la fiabilité sont reconnues, et ce, en fonction du pic et de la durée d'action de l'analgésique opiacé utilisé. (Voir l'annexe 1.)

3. ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT

Tableau 1
Doses équianalgésiques et doses de départ des opiacés

Médicament	DOSE ÉQUIANALGÉSIQUE DES OPIACÉS		DOSE INITIALE	
	Dose orale (mg)	Dose IM/SC (mg)	ORALE (mg)	PARENTÉRALE (mg)
CODÉINE	200	120	7,5 à 15 mg aux 4 - 6 h	peu utilisé
HYDROMORPHONE (DILAUDID)	6 à 7,5	1,5	1 à 2 mg aux 4 - 6 h	0,0075 mg/kg aux 4h
MORPHINE	20 à 30	10	2,5 mg aux 3 - 4 h	0,05 mg/kg aux 4 h
Oxycodone (Supeudol)	15 à 20	non disponible au Canada	2,5 à 5 mg aux 4 h	non disponible
TRAMADOL + ACÉTAMINOPHÈNE (Tramacet)	150-300 (tramadol)	non disponible	2 co aux 6 h Maximum 8 co/jour *	non disponible

* Ajuster en présence d'insuffisance rénale (Cl créat < 30 ml/min.)

MAJ 20060811
gilbert/dpt/doses equianalgésiques opiacés

Ces doses sont équianalgésiques lorsqu'elles sont administrées sur une base régulière.

Lors d'un changement d'opiacé, déterminer la dose équianalgésique; si le patient était bien soulagé avec l'opioïde antérieur, utiliser 50 à 75 % de la dose calculée du nouvel agent choisi pour les premières doses (la tolérance entre les opiacés n'est pas parfaitement croisée).

Références

Regroupement des pharmaciens en établissement de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs.
Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 3e édition, 2002, p.22-23.
Pharmacist's Letter

3.1 Vérification et administration du médicament analgésique opiacé

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire doivent suivre la politique n° 6000-04 *Administration des médicaments* afin de s'assurer que le bon médicament, incluant la bonne forme pharmaceutique et le bon dosage, est choisi dans l'armoire à narcotiques. Pour ce faire, elle doit utiliser la feuille d'administration des médicaments (FADM).

4. INITIATION D'UN PROTOCOLE DE SURVEILLANCE

Le protocole infirmier *Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central* s'applique à tous les bénéficiaires :

- Lors de l'introduction d'un analgésique narcotique par voie parentérale (SC, IM ou IV), ou lors de modification de cette médication, y compris un changement de médicament à dose

équianalgésique, dans des situations de douleur aiguë ou chronique **en dehors des soins palliatifs ou terminaux**. A moins d'avis contraire explicite, le protocole est obligatoire dans ces situations.

- Lors du suivi de la médication ayant un effet dépressur sur le SNC.
 - Il peut s'appliquer pour un bénéficiaire à qui on initie ou augmente la dose d'un opiacé par voie transdermique dans une situation de douleur chronique et qui pourrait être sensible à la dépression respiratoire.
 - Il s'applique également pour un bénéficiaire qui a été victime d'une erreur de médication d'un narcotique ou d'un autre médicament pouvant avoir un effet dépressur sur le SNC, quelle que soit la voie d'administration de celui-ci.
 - Il peut s'appliquer aussi exceptionnellement chez un bénéficiaire présentant un risque plus élevé de développer une dépression respiratoire et nécessitant une surveillance clinique particulière lors de la prise de tout médicament ayant un effet dépressur sur le système nerveux central, y compris les opiacés par voie orale, compte tenu de la condition extrême du bénéficiaire (insuffisance rénale, traumatisme crânien, maladie pulmonaire, apnée du sommeil, atteinte de l'état général, etc.) ou à la demande du médecin. Les médicaments visés en plus des opiacés sont : les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antiémétiques et les antihistaminiques. Dans ces situations, la surveillance doit être adaptée à la cinétique du médicament (pic d'action, durée d'action, etc.), aux effets secondaires et la potentialisation de plusieurs médicaments concomitants ayant un effet sur le SNC.

4.1 Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur à l'aide d'un instrument de mesure validé aux fins d'ajustement de la thérapie analgésique est faite et notée au dossier :

- Avant l'administration de l'analgésique opiacé.
- Pour l'administration de l'analgésique opiacé par voie **parentérale**, minimalement toutes les heures pour 2 fois et à chaque dose reçue pendant les 24 premières heures d'administration.
- Pour l'administration de l'analgésique opiacé par voie **transdermique**, minimalement toutes les 4 heures pendant les 48 premières heures d'administration et selon les indications spécifiques de chacune des entredoses, s'il y a lieu.

4.2 Évaluation de la somnolence et présence de ronflements

Le niveau de sédation est évalué à l'aide d'une échelle de somnolence et noté au dossier :

- Avant l'administration de l'analgésique opiacé.
- Pour les voies SC et IM 30 à 60 minutes après l'administration de l'analgésique opiacé et minimalement à toutes les heures pour 2 fois. Pour la voie IV 10 à 15 minutes après l'administration de l'analgésique opiacé et à toutes les heures pendant les 24 premières heures d'administration de l'analgésique opiacé s'il est administré sur une base régulière. Par voie IV pour l'administration d'une dose unique, à toutes les heures pour 2 fois.

La présence de ronflement doit alerter le personnel soignant et demande une attention particulière. Elle peut signifier une narcose ou la dépression respiratoire.

4.3 Paramètres de surveillance selon les voies d'administration

Les signes vitaux, dont la fréquence et l'amplitude respiratoire, de même que la saturométrie sont mesurés :

- Avant l'administration de l'analgésique opiacé pour toutes les voies.
- Pour les voies SC et IM, 30 à 60 minutes après l'administration de l'analgésique opiacé et minimalement à toutes les heures pour 2 fois. Pour la voie IV, 10 à 15 minutes après l'administration de l'analgésique opiacé et à toutes les heures pendant les 24 premières heures d'administration de l'analgésique opiacé s'il est administré sur une base régulière. Par voie IV pour l'administration d'une dose unique, à toutes les heures pour 2 fois.

Se référer au protocole infirmier *Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central.*

Il est à noter que lors de l'ajustement de la posologie d'un opiacé intraveineux par titrage ou à la suite d'une augmentation de 50 % ou plus de la dose administrée, **la période d'une heure suivant l'administration** de la dose par voie parentérale est considérée comme critique et **requiert une surveillance accrue.**

5. INTERVENTION EN CAS DE PROBLÈME

Si le patient est endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation (échelle de somnolence > 2), il est alors opportun :

- d'assurer le dégagement des voies aériennes et de débiter l'administration d'oxygène à 100%. Se référer à l'ordonnance collective C-8.07 *Administration d'O₂ en situation d'urgence*.
- d'administrer un antidote, le naloxone, selon l'ordonnance individuelle faite par le médecin. Se référer au protocole n° P-9-07 *Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé*.

Sommaire des interventions selon la fréquence respiratoire, l'échelle de somnolence et la saturométrie

Situation	Fréquence respiratoire	Échelle Somnolence	Saturométrie	O.C.-8.07	Protocole P-9.07 naloxone	
	F.R.		SpO ₂	Administration d'O ₂ en urgence*	Surveillance sans naloxone Procédure 1.	Administrer naloxone Procédure 2. ou 3. + surveillance
1	≥ 8	≤ 2	---		X	
2	≥ 8	> 2	---	X	X	
3	< 8	> 2	---	X		X
4	< 8	≤ 2	---	X		X
5	≥ 8	≤ 2	≤ 91%	X	X	
6	< 8	> 2	≤ 91%	X		X

* Seuls les inhalothérapeutes et les coordonnateurs peuvent administrer de l'O₂ à 100% en cas de dépression respiratoire

Échelle de somnolence

0 = Éveillé

1 = Légère (s'endort mais ouvre les yeux spontanément)

2 = Modérée (ouvre les yeux avec stimulation légère verbale ou tactile)

3 = Sévère (ouvre les yeux avec stimulation douloureuse)

4 = Profonde (n'ouvre pas les yeux malgré stimulation verbale ou douloureuse)

RÉFÉRENCES

1. Garon, A., Arata, M., Baril, B., et coll. *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé. Utilisation des opiacés en milieu hospitalier*. Rapport du groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés, 21 juin 2006. (Ministère de la Santé et des Services sociaux.)
2. OIIQ. *Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*. Adopté par le bureau du 31 octobre 2004.
3. Collège des médecins du Québec. *L'analgésie à l'urgence. Lignes directrices*. Mars 2006.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Francoeur, L. (2005). *Règle de soins infirmiers n° SI-02-05. Activité cliniques : Dépistage et évaluation de la douleur*, révision novembre 2006. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Francoeur, L. (2006). Protocole infirmier n° 01-2006, *Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Protocole n° P-9.07 *Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Ordonnance collective n° OC-8.07, *Administration d'O₂ en situation d'urgence*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

APPROBATION

Directrice des soins infirmiers

Directrice des services professionnels et hospitaliers

Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

ANNEXE 1 : Début – pic – durée d'action des analgésiques opiacés

Début - Pic - Durée d'action des analgésiques opiacés

Médicament	Voie administration (nom commercial)	Début action	Pic action	Durée action
Codéine	orale courte action	30-60 min	1-1,5 h	4-6 h
	orale longue action (Codéine Contin)	30-60 min	3-4 h	12 h
	SC	15-30 min	30-60 min	4-6 h
	IM	10-30 min	30-60 min	4-6 h
Hydromorphone	orale courte action (Dilaudid)	15-30 min	30-60 min	4-5 h
	orale longue action 12 h (Hydromorph Contin)	15-30 min	4-5 h	12 h
	orale longue action 24 h (Palladone XL)	15-30 min	environ 8 h	24 h
	SC et IM	15 min	30-60 min	> 5 h
Morphine	orale courte action comprimé (Statex)	30 min	60 min	4-5 h
	orale courte action liquide	20 min	60 min	4-5 h
	sublinguale	2 min		
	orale longue action 12 h (M-Eslon)	60 min	4-5 h	12 h
	orale longue action 24 h (Kadian)	60 min	10 h	24 h
	SC	50-90 min	1-1,5 h	4-5 h
	IM	30-60 min	0,5-1 h	4-5 h
	IV	5-10 min	15 min	4-5 h
Oxycodone	orale courte action (Supeudol)	10-15 min	30-60 min	3-6 h
	orale longue action 12 h (Oxy contin)	10-15 min	3 h	12 h
Tramadol/acétaminophène	orale courte action (Tramacet)	< 60 min	2-3 h	ad 9 h
Tramadol	orale longue action (Zytram XL)	60 min	12 h	24 h
Fentanyl	timbre (Duragesic)	6-8 h	24 h	72 h
	IM	7-15 min		1-2 h
	IV	immédiat		30-60 min
	transmuqueuse	5-15 min	15-30 min	selon niveau sanguin
Méthadone	orale courte action (Métadol)	30-60 min	1,5 - 2 h	24 -36 h

Préparé par Suzanne Gilbert, pharmacienne 2006-11-01
gilbert/cmdp/opiacés-debut,pic,duree_nov06.xls

**ORDONNANCE COLLECTIVE
N° OC-8.06**

Rédigé/révisé par le Département de pharmacie,
Direction des services professionnels et hospitaliers
En collaboration avec la Direction des soins infirmiers
Date d'entrée en vigueur : Le 6 juin 2006
Date de révision : Le 12 décembre 2006
Approuvé par résolution n° 2006 12.33 du CMDP

**Administration d'O₂ en
situation d'urgence**

**Infirmières et infirmiers
Inhalothérapeutes
Coordonnatrices en soins infirmiers**

CLIENTÈLE VISÉE

Bénéficiaires de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal en détresse respiratoire sévère ou en dépression respiratoire.

INDICATIONS CLINIQUES

- Dyspnée aiguë (bronchospasme)
- Cyanose (désaturation)

CONTRE-INDICATIONS

Aucune, à moins d'avis contraire au dossier (par exemple, soins palliatifs)

Détresse respiratoire

DÉFINITION

La détresse respiratoire se retrouve lors de plusieurs états pathologiques, notamment les infections pulmonaires, ainsi que l'insuffisance pulmonaire ou cardiaque terminale. Elle peut être présente également en phase terminale lorsqu'il y a un encombrement bronchique important.¹

La détresse respiratoire se manifeste par les symptômes suivants :

- Agitation
- Anxiété intense
- Cyanose
- Tirage intercostal ou sous-claviculaire
- Gêne respiratoire grave²

PROFESSIONNELS VISÉS

Infirmières et infirmiers
Inhalothérapeutes

※ Les infirmières et infirmiers auxiliaires sont autorisés à contribuer à l'application de cette ordonnance sous la supervision d'une infirmière.

PROCÉDURE

- Posologie : ne doit pas dépasser **28 %**, soit :
 - 2 litres/minute, si administration par canule nasale ;
 - 4 litres/minute, si administration par ventimasque.
- Seuls les inhalothérapeutes et les coordonnatrices en soins infirmiers sont habilités à utiliser des canules ou masques à haute concentration pouvant aller jusqu'à 100 % d'oxygène.
- Se référer à la méthode de soins infirmiers *Administration de l'oxygène au moyen d'une canule nasale ou d'un masque facial* et la technique d'inhalothérapie *Oxygénothérapie par canule nasale*.
- Effets secondaires :
 - Inconfort,
 - sécheresse des muqueuses,
 - irritation cutanée par le matériel.

Mise en garde

Aviser le médecin de garde ou le médecin traitant.

Notation au dossier médical

Une notation faisant part de l'administration d'O₂ doit être consignée au dossier médical.

Dépression respiratoire

DÉFINITION

La dépression respiratoire peut être le résultat d'effet dépresseur du système nerveux central (SNC) que peut provoquer certains médicaments dont les opiacés, les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antiémétiques et les antihistaminiques.

Elle se manifeste par les symptômes suivants :

- Somnolence
- Diminution du rythme respiratoire
- Diminution de la saturation en oxygène

PROFESSIONNELS VISÉS

Inhalothérapeutes
Coordonnatrices en soins infirmiers

PROCÉDURE

- Se laver les mains
- Expliquer la procédure au patient, le rassurer et l'installer confortablement (si possible)
- Prendre une saturation (si pas déjà fait)
- Visser le pointeau au débitmètre
- Joindre la tubulure au débitmètre et au masque
- Régler le débitmètre à la concentration désirée soit : + ou - > 90% en O₂ et à un débit de 15 litre/minute
- Installer le masque sur le visage du bénéficiaire
- Ajuster la bande élastique, ajuster la bande métallique
- Rester avec le bénéficiaire jusqu'à ce qu'il se sente confortable
- Prendre une saturation

Se référer à la technique *Oxygénothérapie avec masque à haute concentration* du manuel de techniques et procédures du Service d'inhalothérapie.

Mise en garde

Aviser le médecin de garde ou le médecin traitant.

Notation au dossier médical

Une notation faisant part de l'administration d'O₂ doit être consignée au dossier médical.

RÉFÉRENCES

¹ Marcoux, H., Léveillé G., (2006) Les soins de fin de vie, dans P. Voyer, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI. p.550.

² Plante, M-A.(2004). *Protocole médical; Détresse respiratoire*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

APPROBATION

Directrice des soins infirmiers

Directrice des services professionnels et hospitaliers

Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Préparé par Louise Francoeur, conseillère en soins infirmiers spécialisés, Direction des soins infirmiers, en collaboration avec Suzanne Gilbert, chef département de pharmacie.

Consultation : Comité de gestion de la douleur, CII et CMDP

Date d'entrée en vigueur : décembre 2006

Date de révision : 2009

Adopté par Shirley Tremblay, directrice des soins infirmiers

01-2006

Objet : Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC)

DÉFINITION

La dépression respiratoire peut être le résultat de l'effet dépressur sur le système nerveux central (SNC) que peuvent provoquer certains médicaments, dont les opiacés. Quoique rare, la dépression respiratoire est souvent mortelle et nécessite une surveillance particulière.

SITUATIONS CLINIQUES CIBLÉES

Les personnes âgées font partie des clientèles à risque, tout comme celles souffrant de maladies pulmonaires, d'apnée du sommeil et d'insuffisance rénale ou ayant subi un traumatisme crânien. De plus, les situations de douleur intense, particulièrement chez des bénéficiaires naïfs aux opiacés, c'est-à-dire ayant commencé la prise de narcotique depuis moins d'une semaine, mettent ces personnes à risque de dépression respiratoire. Aussi, il n'est pas rare qu'un bénéficiaire de l'Institut présente plusieurs facteurs de risque, augmentant la probabilité d'une dépression respiratoire et exigeant une surveillance étroite.

Cependant, considérant l'orientation choisie par l'Institut de milieu de vie et de soins sans douleur, cette surveillance ne doit pas réduire les efforts pour soulager la douleur. Dans cette perspective, ce **protocole infirmier ne s'applique pas dans les situations de soins palliatifs ou terminaux**, à moins d'avis contraire. Dans ces situations, la surveillance et le suivi de l'ensemble de la médication analgésique en particulier sont essentiels.

De plus, il est important de distinguer sur le plan respiratoire deux situations cliniques distinctes, c'est-à-dire la **dépression respiratoire** et la **détresse respiratoire**¹ et se rappeler que des périodes d'apnée font souvent partie du processus normal de fin de vie.

¹ Voir à annexe 1 la définition et les distinctions entre la dépression respiratoire et la détresse respiratoire. Se référer au protocole de détresse respiratoire s'il y a lieu.

INTERVENANTS CONCERNÉS

En vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, l'infirmière a la responsabilité « d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (article 36).

Ainsi, toutes les infirmières de l'Institut universitaire de gériatrie sont concernées. Cependant, les infirmières auxiliaires contribuent à la collecte des données sous la supervision des infirmières.

Bénéficiaires ciblés par ce protocole

Ce protocole s'applique à tous les bénéficiaires :

- A. Lors de l'**introduction** d'un **analgésique narcotique par voie parentérale soit sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse**, ou lors de la **modification** de cette médication, y compris un changement de médication à une dose équianalgésique, **dans des situations de douleur aiguë ou chronique** en dehors des soins palliatifs ou terminaux.
À moins d'avis contraire explicite, le protocole est **obligatoire** dans ces situations.

B. Lors du suivi de la médication ayant un effet dépresseur sur le SNC

1. Il peut s'appliquer à un bénéficiaire à qui on initie ou augmente la dose d'un **opiacé par voie transdermique** dans une situation de douleur chronique et qui pourrait être sensible à la dépression respiratoire.
2. Il s'applique également pour un bénéficiaire qui a été victime d'une **erreur de médication** d'un narcotique ou d'un autre médicament pouvant avoir un effet dépresseur sur le système nerveux central, quelle que soit la voie d'administration de celui-ci².
3. Il peut s'appliquer aussi exceptionnellement chez un bénéficiaire présentant un risque plus élevé de développer une dépression respiratoire et nécessitant une surveillance clinique particulière lors de la prise de tout médicament ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central³, y compris les opiacés par voie orale, compte tenu de sa condition extrême (insuffisance rénale, traumatisme crânien, maladie pulmonaire, apnée du sommeil, atteinte de l'état général, etc.) ou à la demande du médecin. Les médicaments visés, en plus des opiacés sont : les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antiémétiques et les antihistaminiques. Dans ces situations, la surveillance doit être adaptée à la cinétique du médicament (pic d'action, durée d'action, etc.), aux effets secondaires et la potentialisation de plusieurs médicaments concomitants ayant un effet sur le système nerveux central.

CONDITIONS D'APPLICATION

Au moment du relevé d'une nouvelle ordonnance d'un opiacé par voie parentérale, l'infirmière clarifie la situation clinique et, le cas échéant, met en application le protocole infirmier de surveillance, qu'elle inscrit sur le plan thérapeutique infirmier.

Lors du suivi d'une médication ayant un effet dépresseur sur le SNC, l'infirmière, selon son jugement infirmier, peut appliquer la surveillance clinique de la dépression respiratoire en le précisant sur le plan

² Ne pas oublier dans ces situations de remplir le formulaire AH-223

³ Notez que tout médicament ayant un potentiel dépresseur sur le SNC est suivi de *** dans la feuille d'administration des médicaments

Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale,
Ou pi pertinent, de médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC)

thérapeutique infirmier. Cette surveillance peut également se faire à la demande du coordonnateur, du médecin ou de la pharmacienne.

Lorsque l'infirmière applique le protocole de surveillance, elle en avise le médecin et la pharmacienne.

Ce protocole s'applique pour les bénéficiaires ciblés pour une période généralement de 24 heures ou suivant le jugement de l'infirmière⁴

INSTRUCTIONS

- Remplir le formulaire « **SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉPRESSION RESPIRATOIRE** lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments dépresseurs du SNC⁵.»

- Suivre l'**algorithme concerné**
 - **Surveillance clinique de la dépression respiratoire**
 - A. Lors de l'initiation ou du changement de dose d'opiacé par voie parentérale**
Ou
 - B. Lors du suivi de la médication ayant un effet dépresseur du SNC**

- Compléter les notes au dossier et les grilles pertinentes, le cas échéant (ex. grille hebdomadaire de la douleur)

- Dépister rapidement les **signes précurseurs d'une dépression respiratoire**, c'est-à-dire : **FR < 10, ou période d'apnée ≥ 10 secondes, ou échelle de somnolence > 2, ou SpO₂ ≤ 91%**

- Intervenir s'il y a lieu en suivant les indications des tableaux à la page suivante :
 - **Interventions à faire en cas de dépression respiratoire**
 - **Sommaire des interventions selon la fréquence respiratoire, l'échelle de somnolence et la saturo-métrie**

⁴ L'infirmière se réfère à l'algorithme de Surveillance de dépression respiratoire correspondant

⁵ Voir annexe 2

INTERVENTIONS À FAIRE EN CAS DE DÉPRESSION RESPIRATOIRE

- Aviser le médecin et le coordonnateur ou infirmière chef
- Assurer un bon dégagement des voies respiratoires et une bonne ventilation (stimuler le patient à respirer)
- Administrer O₂ selon l'ordonnance collective no OC-8.06 « Administration O₂ en situation d'urgence. Situation B : en cas de dépression respiratoire »
- Surveiller chaque 10 minutes l'état respiratoire et sédatif jusqu'à ce que l'échelle de somnolence soit ≤ 2 soutenue ou SpO₂ > 90%
- Vérifier tous les médicaments ayant des effets dépressur sur le système nerveux central et assurer un suivi étroit en collaboration avec le médecin et la pharmacienne
- Suivre les ordonnances médicales s'il y a lieu.
- Dans le cas d'une dépression respiratoire secondaire à un opiacé, suivre l'ordonnance médicale et les indications, s'il y a lieu, du *Protocole N° P-9.06 . Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé.*

Sommaire des interventions selon la fréquence respiratoire, l'échelle de somnolence et le saturométrie

Situation	Fréquence respiratoire	Échelle Somnolence	Saturométrie	O. C.-8.06	Protocole P-9.06 naloxone	
	F.R.		SpO2	Administration d'O2 en urgence *	Surveillance sans naloxone Procédure 1.	Administrer naloxone Procédure 2. ou 3 + surveillance
1	≥ 8	≤ 2	----		X	
2	≥ 8	> 2	----	X	X	
3	< 8	> 2		X		X
4	< 8	≤ 2	----	X		X
5	≥ 8	≤ 2	≤ 91%	X	X	
6	< 8	> 2	≤ 91%	X		X

* Seuls les inhalothérapeutes et les coordonnateurs peuvent administrer de l'O2 en cas de dépression respiratoire

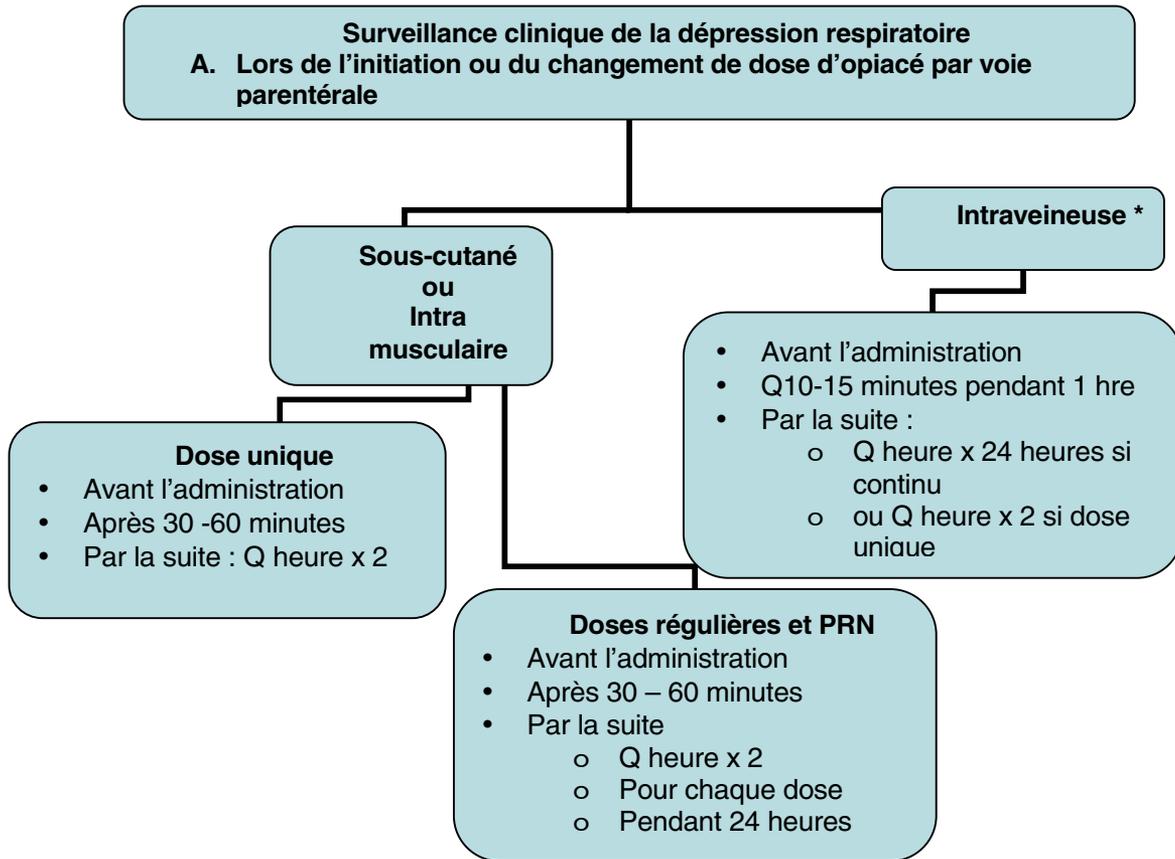
Échelle de somnolence

- 0 = Éveillé
- 1 = Légère (s'endort mais ouvre les yeux spontanément)
- 2 = Modérée (ouvre les yeux avec stimulation légère verbale ou tactile)
- 3 = Sévère (ouvre les yeux avec stimulation douloureuse)
- 4 = Profonde (n'ouvre pas les yeux malgré stimulation verbale ou douloureuse)

Rappel

- > supérieur à ≥ supérieur ou égal
- < inférieur à ≤ inférieur ou égal

Algorithme A (Obligatoire si situation clinique ciblée)



Éléments de surveillance des opiacés

- Évaluer les **signes vitaux** : Pouls, TA, Respiration et inscrire les données sur la feuille « Surveillance clinique de la dépression respiratoire ». Prendre la respiration sur une minute si celle-ci semble irrégulière. Notez l'amplitude respiratoire, les ronflements et les périodes d'apnée de plus de 5 à 10 secondes.
- Évaluer la **saturation pulsatif en O₂ (SpO₂)** : si ≤91% peut indiquer une dépression respiratoire
- Évaluer la **somnolence** selon l'échelle de 0 – 4 (voir description sur feuille de surveillance). Si bénéficiaire souffre d'un déficit cognitif grave, se référer à son état habituel ou encore à la saturation si échelle est difficile à appliquer
- Évaluer la **douleur** et l'inscrire sur la « grille hebdomadaire d'observation de la douleur » selon la règle de soins infirmiers sur le dépistage et l'évaluation de la douleur, y compris les effets secondaires des opiacés.

**Assurer une surveillance plus fréquente si on observe une diminution significative de la respiration, des ronflements et des périodes d'apnée.
Prolonger la durée d'observation et avertir le médecin. s'il y a lieu.**

****ALERTE****

- **Si échelle de somnolence > 2, ou FR < 10, ou encore SpO₂ ≤ 91%
Avertir le médecin et l'infirmière chef ou le coordonnateur et débiter les interventions à faire en cas de dépression respiratoire**

* Il est à noter que lors de l'ajustement de la posologie d'un opiacé intraveineux par titrage ou à la suite d'une augmentation de 50% ou plus de la dose administrée, la période d'une heure suivant l'administration de la dose par voie parentérale est considérée comme critique et requiert une surveillance accrue.

Algorithme B

Surveillance clinique de la dépression respiratoire
B. Lors du suivi de la médication ayant un effet dépresseur sur le SNC
Autres que les opiacés par voie parentérale

1. Lors de l'introduction ou du changement de dose d'opiacé transdermiques *

- Évaluer avant l'administration
- Q 4 heures en tout temps
- + surveillance des PRN pour chaque dose
- Pendant 48 heures

2. Chez un bénéficiaire victime d'une erreur de médication **

- Évaluer le bénéficiaire au moment de la prise de conscience de l'erreur
- Estimer le temps passé depuis l'administration
- Faire évaluation au pic d'action du ou des médicaments concernés (si délai non dépassé)
- Q heure pour la durée d'élimination du médicament, selon la pertinence

3. Chez un bénéficiaire présentant un risque plus élevé de développer une dépression respiratoire

- Avant l'administration
- Après 15 minutes, si voie IM ou SC
- Après 30-60 minutes, voie orale**
- Après 3 à 5 heures si médicament longue action**
- Par la suite :
 - Q heure X 2
 - À chaque dose pour la durée de la surveillance

Éléments de surveillance des autres médicaments ayant un effets dépresseurs sur le SNC

- Évaluer les **signes vitaux** : Pouls, TA, Respiration et inscrire les données sur la feuille « Surveillance clinique de la dépression respiratoire ». Prendre la respiration sur une minute si celle-ci semble irrégulière. Notez l'amplitude respiratoire, les ronflements et les périodes d'apnée de plus de 5 à 10 secondes
- Évaluer la **saturation pulsatif en O2 (SpO2)** : si $\leq 91\%$ peut indiquer une dépression respiratoire
- Évaluer la **somnolence** selon l'échelle de 0 – 4 (voir description sur feuille de surveillance). Si bénéficiaire souffre d'un déficit cognitif grave, se référer à son état habituel ou encore à la saturation si échelle est difficile à appliquer
- Évaluer les **effets secondaires** autres que la dépression respiratoire si pertinents et noter au dossier.

* Se référer aux éléments de surveillance des opiacés pour le fentanyl ou autres opiacés

** Vérifier le moment du pic d'action du médicament pour cibler la surveillance

Assurer une surveillance plus fréquente si on observe une diminution significative de la respiration, des ronflements et des périodes d'apnée.

Prolonger la durée d'observation et avertir le médecin, s'il y a lieu.

****ALERTE****

- **Si échelle de somnolence > 2, ou FR < 10, ou encore SpO₂ \leq 91%**
Avertir le médecin et infirmière chef ou coordonnateur et débiter les interventions à faire en cas de dépression respiratoire

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Francoeur, L. (2005). *Règle de soins infirmier No SI-02-05. Activité cliniques :dépistage et évaluation de la douleur*, révision, novembre 2006. Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Département de pharmacie, Direction des services professionnels et hospitaliers. (2006). *Ordonnance collective N° OC-8.07. Administration d'O2 en situation d'urgence*. CMDP. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Département de pharmacie, Direction des services professionnels et hospitaliers. (2006). *Protocole N° P-8.07. Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique*. CMDP. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Département de pharmacie, Direction des services professionnels et hospitaliers. (2006). *Protocole N° P-9.07. Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé*. CMDP. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Garon, A., Arata, M., Baril B., Deshaies, C., Lefebvre, P., Provost, M., (2006). *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé. Utilisation des opiacés en milieu hospitalier*. Rapport du groupe de travail. Version finale. Groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés. juin 2006.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, (2004). *Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*. OIIQ.

Plante, M.-A. (2004). *Protocole médical ; Détresse respiratoire*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Annexe 1

Distinction entre la dépression respiratoire et la détresse respiratoire

La **dépression respiratoire** peut être le résultat de l'effet dépresseur du système nerveux central (SNC) que peuvent provoquer certains médicaments, dont les opiacés, les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antiémétiques et les antihistaminiques. Elle se manifeste par les symptômes suivants :

- Somnolence
- Diminution du rythme respiratoire
- Diminution de la saturation

La **détresse respiratoire** se retrouve dans plusieurs états pathologiques, notamment les infections pulmonaires, ainsi que l'insuffisance pulmonaire ou cardiaque terminale. Elle peut-être présente également en phase terminale lorsqu'il y a encombrement bronchique importante.⁶

Elle se manifeste par les symptômes suivants :

- Agitation
- Anxiété intense
- Cyanose
- Tirage intercostale ou sus-claviculaire
- Gêne respiratoire grave⁷

⁶ Marcoux, H., Léveillé, G., (2006). Les soins de soins de fin de vie, dans P. Voyer, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI. p. 550.

⁷ Plante, M.-A. (2004). *Protocole médical ; Détresse respiratoire*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉPRESSION RESPIRATOIRE
lors de la prise d'analgésique opiacé par voie parentérale, et si pertinent,
de médicament ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC)¹

Médicament(s) du SNC ciblé(s) _____

Autres médicaments du SNC _____

Évaluer les paramètres **avant** (si possible ou disponible) l'administration du ou des médicament(s), et selon l'algorithme correspondant

Année :	Date																				
Mois :	Heure																				
Médicament(s) reçu(s)																					
SIGNES VITAUX	TA																				
	Pouls																				
	Resp.																				
Saturation (Sp O ₂)																					
Échelle somnolence (0-4)																					
Initiales																					

Légende

Échelle de somnolence

- 0 = Éveillé
- 1 = Légère (s'endort mais ouvre les yeux spontanément)
- 2 = Modérée (ouvre les yeux avec stimulation légère verbale ou tactile)
- 3 = Sévère (ouvre les yeux avec stimulation douloureuse)
- 4 = Profonde (n'ouvre pas les yeux malgré stimulation verbale ou douloureuse)

Préciser si le bénéficiaire ronfle « R » ou s'il présente des périodes apnées de plus de 10 secondes « A »

Assurer une surveillance plus fréquente si on observe une diminution significative de la respiration, des ronflements et des périodes d'apnée. Prolonger la durée d'observation et avertir le médecin, s'il y a lieu

ALERTE

Si présence de ronflements ou échelle de somnolence > 2 ou FR < 10 ou SpO₂ ≤ 91 %
débuter les interventions à faire en cas de dépression respiratoire.

INTERVENTIONS À FAIRE EN CAS DE DÉPRESSION RESPIRATOIRE

- > Aviser le médecin et le coordonnateur ou infirmière chef
- > Assurer un bon dégagement des voies respiratoires et une bonne ventilation (stimuler le patient à respirer)
- > Administrer O₂ selon l'ordonnance collective no OC-8.07 « Administration O₂ en situation d'urgence. Situation B : en cas de dépression respiratoire »
- > Surveiller chaque 10 minutes l'état respiratoire et sédatif jusqu'à ce que l'échelle de somnolence soit ≤ 2 soutenue ou SpO₂ > 90%
- > Vérifier tous les médicaments ayant des effets dépresseurs sur le système nerveux central et assurer un suivi étroit en collaboration avec le médecin et la pharmacienne
- > Suivre les ordonnances médicales s'il y a lieu.
- > Dans le cas d'une dépression respiratoire secondaire à un opiacé, suivre l'ordonnance médicale et les indications, s'il y a lieu, du *Protocole N° P-9.07 . Utilisation du maloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opiacé*

¹ Adapté de « Surveillance des patients adultes recevant des analgésiques narcotiques et non narcotiques autre que SAPO » Hôpital Charles LeMoigne

Médicament	voie administration	début action	pic action	durée action
Codéine	orale courte action	30-60 min	1-1,5 h	4-6 h
	orale longue action (Contin)	30-60 min	3-4 h	12 h
	SC	15-30 min	30-60 min	4-6 h
	IM	10-30 min	30-60 min	4-6 h
Hydromorphone	orale courte action	15-30 min	30-60 min	4-5 h
	orale longue action 12 h (Contin)	15-30 min	4-5 h	12 h
	orale longue action 24 h (Palladone XL)	15-30 min	environ 8 h	24 h
	SC et IM	15 min	30-60 min	> 5 h
Morphine	orale courte action comprimé	30 min	60 min	4-5 h
	orale courte action liquide	20 min	60 min	4-5 h
	sublinguale	2 min		
	orale longue action 12 h	60 min	4-5 h	12 h
	orale longue action 24 h (Kadian)	60 min	10 h	24 h
	SC	50-90 min	1-1,5 h	4-5 h
	IM	30-60 min	0,5-1 h	4-5 h
	IV	5-10 min	15 min	4-5 h
Oxycodone	orale courte action (Supeudol)	10-15 min	30-60 min	3-6 h
	orale longue action 12 h (Oxy contin)	10-15 min	3 h	12 h
Tramadol/acétaminophène	orale courte action	< 60 min	2-3 h	ad 9 h
Fentanyl	timbre	6-8 h	24 h	72 h
	IM	7-15 min		1-2 h
	IV	immédiat		30-60 min
	transmuqueuse	5-15 min	15-30 min	selon niveau sanguin
Méthadone	orale courte action	30-60 min	1,5 - 2 h	24 -36 h

Préparé par Suzanne Gilbert, pharmacienne
2006-11-01

Préparée par Louise Francoeur en collaboration avec Francine Leroux, conseillères en soins infirmiers spécialisés, Direction des soins infirmiers (16 juin 2005)

Consultation : CII, CIIA, Comité interdisciplinaire de gestion de la douleur, Comité de gestion des programmes

Date d'entrée en vigueur : septembre 2005

Révisée en novembre 2006

Date de révision : 2009

Adoptée par Shirley Tremblay, directrice des soins infirmiers

Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur

POSTULAT ET DÉFINITION

La douleur étant une donnée subjective, seul le bénéficiaire¹ peut signifier sa douleur. **Nul ne peut affirmer qu'un bénéficiaire qui n'a formulé aucune plainte n'est pas souffrant. Il appartient aux infirmières de prouver que le bénéficiaire n'a pas de douleur et non l'inverse.**

Dépistage de la douleur : démarche systématique visant à mettre à jour chez un bénéficiaire une douleur non apparente et orientant un processus d'évaluation de la douleur.

Évaluation de la douleur : démarche active auprès du bénéficiaire en lui demandant directement s'il éprouve de la douleur ou en observant de façon structurée certains paramètres validés afin de qualifier la douleur sur différents aspects sélectionnés.

CONTEXTE :

- En conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., ch. 1-8, **les infirmières évaluent l'état de santé des personnes**, déterminent et assurent la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodiguent les soins et les traitements infirmiers et médicaux. Elles évaluent la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, administrent et ajustent des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et **assurent la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier**, de même qu'elles effectuent le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

¹ Le terme bénéficiaire réfère à tous les usagers de l'Institut qu'ils soient bénéficiaires ou résidents.

© Institut universitaire de gériatrie de Montréal, septembre 2005, révision novembre 2006.

- Dans le cadre de leurs activités décrites à l'article 37 (p) et 37.1 (5) du *Code des professions*, L.R.Q., ch. C-26, **les infirmières auxiliaires contribuent à l'évaluation de l'état de santé des personnes** et à la réalisation du plan de soins, prodiguent des soins et des traitements infirmiers et médicaux. Elles observent l'état de conscience d'une personne, surveillent les signes neurologiques et administrent, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Compte tenu des difficultés rencontrées pour évaluer la douleur chez la clientèle présentant des troubles cognitifs, ou qui ne peut s'exprimer verbalement dans la langue usuelle, et de **l'importance dans ces situations, des observations de tous les membres de l'équipe soignante lors des soins, et en particulier celles des préposés aux bénéficiaires (PAB)**, les infirmières recherchent et valident les observations des membres de l'équipe de soins afin d'assurer l'évaluation de la douleur.
- Dans la perspective d'un **milieu de vie et de soins sans douleur**, le **dépistage et l'évaluation de la douleur constituent le 5^e signe vital** et doivent donc faire l'objet d'une révision régulière et systématique, en utilisant les instruments adaptés aux difficultés rencontrées par la clientèle de l'Institut.
- La douleur est un problème complexe qui requiert un plan thérapeutique infirmier assurant un suivi, **en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire**, en particulier le médecin, la physiothérapeute, l'ergothérapeute et la pharmacienne.

INTERVENANTS CONCERNÉS

- Les infirmières
- Les infirmières auxiliaires
- Les préposés aux bénéficiaires

CONDITIONS

- Cette règle s'applique pour tout bénéficiaire de l'Institut.
- Les infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires transmettent à l'infirmière toute observation pouvant être reliée à de la douleur.
- L'infirmière s'assure de la réalisation et de l'application du plan thérapeutique infirmier.

DIRECTIVES

1. Dépistage de la douleur

1.1. Fréquence du dépistage

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire assurent un dépistage systématique de la douleur à tous les bénéficiaires :

© Institut universitaire de gériatrie de Montréal, septembre 2005, révision novembre 2006.

- lors de leur admission à l'Institut;
- lors de la prise des signes vitaux (de routine ou ponctuelle);
- lors de l'initiation et du suivi de l'administration de médicaments analgésiques;
- lors de toute modification de l'état de santé ou lors d'une plainte du bénéficiaire.

1.2. Méthode de dépistage selon le type de clientèle

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire appliquent le dépistage :

- pour tous les bénéficiaires, en leur demandant s'ils éprouvent de la douleur (ex.:actuellement, avez-vous de la douleur? avez-vous mal?), et en adaptant les questions selon la compréhension et les difficultés du bénéficiaire;
- pour les bénéficiaires présentant des problèmes cognitifs ou des difficultés importantes de communication, en utilisant l'Échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA) (voir section 4 « Application de l'ECPA » et son annexe).

L'infirmière valide l'information recueillie par le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire et poursuit l'évaluation pour tous les bénéficiaires verbalisant ou manifestant de la douleur au moment du dépistage.

2. Évaluation de la douleur

L'infirmière évalue la douleur.

2.1. Évaluation d'une nouvelle douleur

Pour évaluer une nouvelle douleur, l'infirmière :

- explore les différentes caractéristiques spatiales, temporelles, d'intensité et psychosociales de la douleur en se référant au moyen mnémotechnique « PQRST » (voir annexe « La douleur 5^e signe vital »);
- utilise l'échelle numérique 1-10 ou l'échelle verbale descriptive pour évaluer l'intensité de la douleur du bénéficiaire selon sa compréhension ou sa préférence (voir annexe « Échelles d'évaluation de la douleur »);
- adapte ces échelles ou utilise une échelle analogique selon la compréhension du bénéficiaire pour ceux présentant des difficultés cognitives ou de communication allant de légères à modérées;
- poursuit l'évaluation en clarifiant l'heure, la fréquence et le type de soins visés qui seront observés à l'aide de l'ECPA, pour les bénéficiaires présentant des problèmes cognitifs sévères ou des difficultés importantes de communication, dont les résultats de l'ECPA indiquent de la douleur au cours du dépistage;
- effectue un examen physique en lien avec les éléments obtenus (examen visuel, palpation, mobilisation, etc.).

2.2. Suivi de l'évaluation de la douleur

Lorsqu'un bénéficiaire présente une douleur, pendant toute la durée de l'évaluation et du suivi du traitement pharmacologique et non pharmacologique, **l'infirmière** :

© Institut universitaire de gériatrie de Montréal, septembre 2005, révision novembre 2006.

- précise dans le plan thérapeutique infirmier et/ou le plan de travail;
 - l'échelle d'intensité utilisée par le bénéficiaire ou l'utilisation de l'ECPA, ou encore tout autre échelle utilisée selon les besoins et la situation du bénéficiaire;
 - la fréquence et les moments d'évaluation de l'intensité de la douleur en fonction de la nature de la douleur et celle du traitement;
- recherche et évalue les effets indésirables des analgésiques et co-analgésiques utilisés².

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire :

- compilent les données obtenues sur la grille de compilation de la douleur selon les modalités de celle-ci, sauf si le seul traitement introduit ne donnera ses effets qu'à long terme (quelques semaines);
- documentent au dossier les épisodes de douleur.

L'infirmière :

- élabore une note synthèse hebdomadaire à la fin de chaque grille d'observation, résumant le profil de la semaine (moments des épisodes de douleur, intensité, soulagement, traitement, etc.) et la révision du plan thérapeutique infirmier.

3. Communication des données

L'infirmière est responsable de transmettre les données du dépistage et de l'évaluation de la douleur aux autres membres de l'équipe soignante. Elle doit :

- informer, verbalement et/ou par le plan de travail, les membres de son équipe de la démarche de dépistage ou d'évaluation, ou de tout changement significatif, dans le suivi de l'évaluation de la douleur;
- informer le médecin de toute nouvelle douleur présentée par le bénéficiaire et, au besoin, le physiothérapeute, l'ergothérapeute et la pharmacienne;
- documenter au dossier, dans les notes d'évolution (note en soins infirmiers), les résultats de l'évaluation de toute nouvelle douleur en précisant les caractéristiques temporelles, spatiales, d'intensité et psychosociales de celle-ci ou en précisant les éléments pertinents de l'ECPA;
- utiliser une grille hebdomadaire de la douleur pour le suivi de l'évaluation en cours d'ajustement du traitement (voir annexe);
- documenter les éléments pertinents de l'évaluation au cours de l'ajustement et du suivi du traitement, y compris les effets indésirables des médicaments observés, et faire une synthèse de la grille hebdomadaire de la douleur, dans les notes d'évolution des soins infirmiers, ainsi que dans la section « éviter les dangers » de SICHELD pour les bénéficiaires en hébergement et en soins de longue durée.

4. Application de l'ECPA

² Se référer au protocole infirmier de surveillance clinique lors de la prise d'analgésique par voie parentérale si pertinent, ou préciser les principaux effets secondaires de chacun des analgésiques ou co-analgésiques administrés.

© Institut universitaire de gériatrie de Montréal, septembre 2005, révision novembre 2006.

Pour les bénéficiaires présentant des problèmes cognitifs sévères ou des difficultés importantes de communication, **l'infirmière et l'infirmière auxiliaire** :

- utilisent l'ECPA pour dépister et évaluer la douleur avant et pendant les soins (voir annexe « La douleur 5^e signe vital », section « codification de l'ECPA : Échelle comportementale de la douleur de la personne âgée ») et inscrivent les résultats sur le formulaire de compilation de l'échelle comportementale de la douleur de la personne âgée (voir l'annexe);

Ou, les préposés aux bénéficiaires, à la demande de l'infirmière :

- complètent la feuille « Observation des comportements de douleur avant ou pendant un soin » tirée directement de l'ECPA (voir annexe).

Dans cette situation, **l'infirmière** :

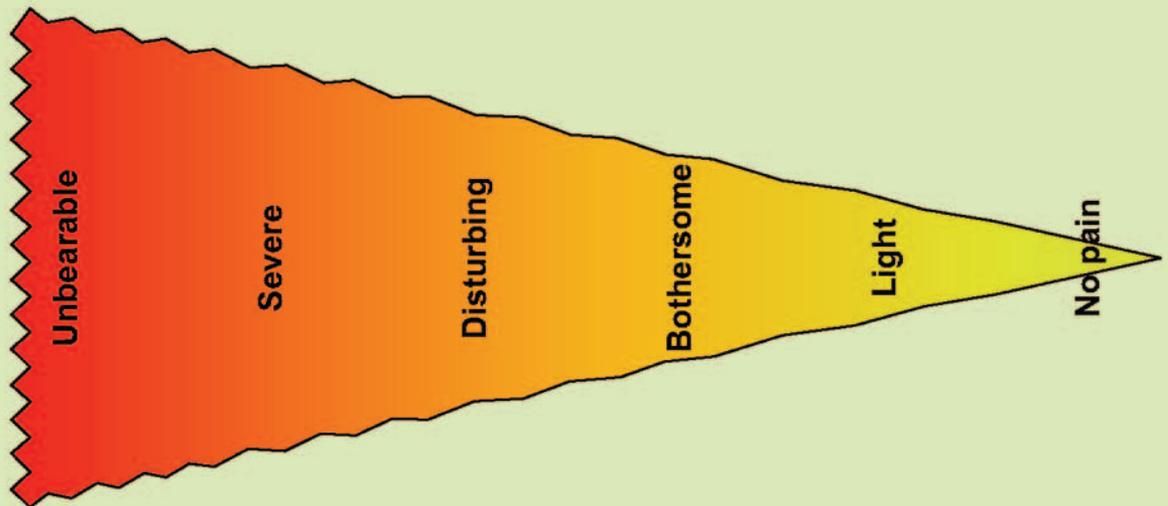
- revoit avec le préposé aux bénéficiaires les informations consignées et complète le formulaire de compilation de l'ECPA;
- reprend elle-même les observations en situation de nouvelle douleur ou de doute avant de compléter l'ECPA.

DOCUMENTATION COMPLÉMENTAIRE

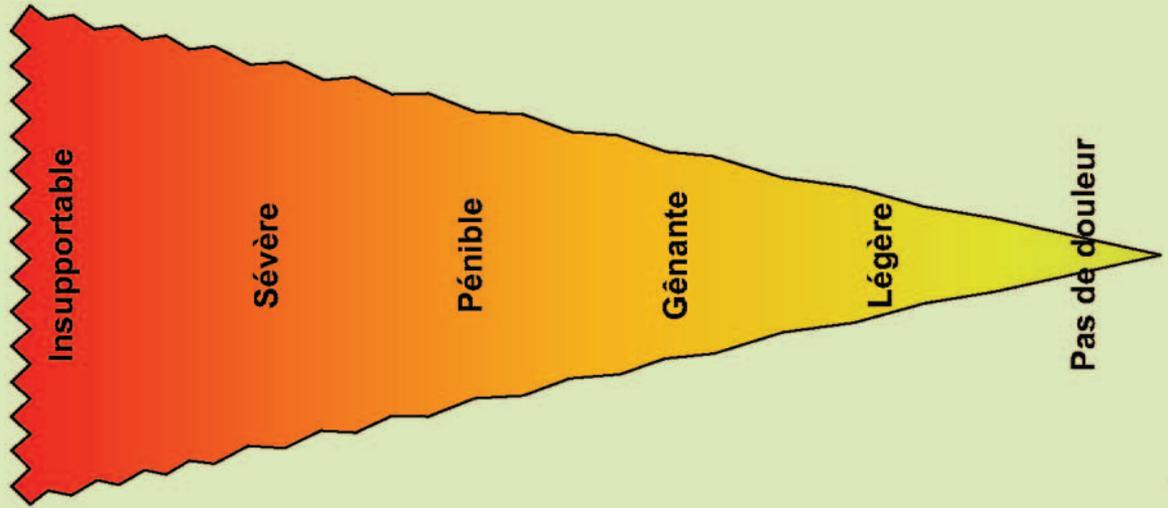
Comité interdisciplinaire de gestion de la douleur (2005). *Programme de gestion de la douleur*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Échelles d'évaluation de la douleur

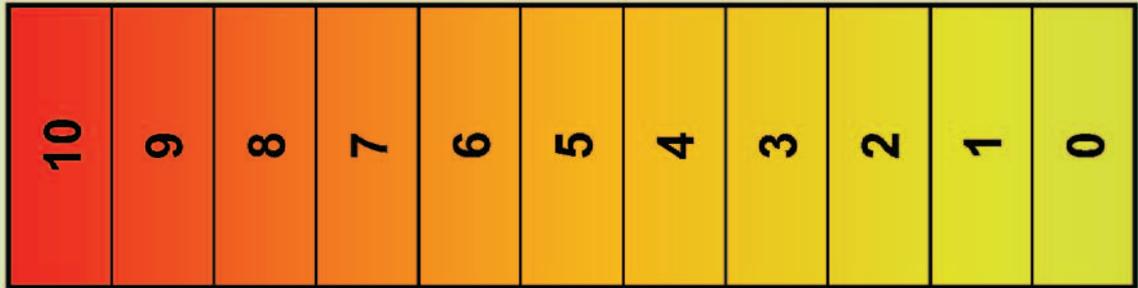
Anglais



Français



Worst pain



Douleur atroce

Aucune douleur

Échelle numérique

Échelle verbale descriptive et analogique

Aide-mémoire pour l'évaluation de la douleur

P :	Provoque / pallie	Comment votre douleur est-elle apparue? Y-a-t-il une activité ou une position qui aggrave ou soulage votre douleur?
Q :	Qualifie (caractéristique)	Décrivez-moi le genre de douleur que vous ressentez? Un pincement ? Une brûlure Un serrement? Autre?
R :	Région (localisation)	Où ressentez-vous de la douleur?
S :	Sévérité (degré d'intensité)	Utiliser l'échelle numérique ou verbale descriptive (au verso) ou encore ECPA si le bénéficiaire est incapable de communiquer.
T :	Temps (début, durée et progression)	Quand avez-vous commencé à ressentir cette douleur? Est-elle constante, intermittente ?...

Codification de l'ECPA Échelle comportementale de la douleur de la personne âgée ⁴

OBSERVATION 5MN MINIMUM AVANT LES SOINS	OBSERVATION PENDANT LES SOINS OU MOBILISATION
<p>↓ COTE</p> <p>A) L'expression du visage : REGARD et MIMIQUE</p> <p>0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>B) POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)</p> <p>0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>C) Sur les MOUVEMENTS (ou MOBILITÉ) du patient (hors et/ou dans le lit)</p> <p>0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude * 1 : Le sujet bouge comme d'habitude * mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude * 3 : Immobilité contrairement à son habitude * 4 : Absence de mouvement ** ou forte agitation contrairement à son habitude</p> <p>D) Sur la relation à autrui Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...</p> <p>0 : Même type de contact que d'habitude * 1 : Contact plus difficile que d'habitude * 2 : Évite la relation contrairement à l'habitude * 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude * 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude *</p>	<p>↓ COTE</p> <p>A) Anticipation ANXIEUSE aux soins</p> <p>0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>B) Réactions pendant la MOBILISATION</p> <p>0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>C) Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</p> <p>0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>D) PLAINTES exprimées PENDANT le soin</p> <p>0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>

ECPA 4^e version, 1999 – personne âgée NON communicante
© Dr M. Alix, Dr A. Jean, Dr R. Morello

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

** ou prostration

N.B. Les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.

³ Document annexé à la règle de soins « Dépistage et évaluation de la douleur »

⁴ Inscrire la (les) cote(s) sur le formulaire de compilation de l'ECPA.

GRILLE HEBDOMADAIRE
 DE LA DOULEUR

Légende de la douleur (doul.)
 Échelle utilisée ou comportements pertinents

Légende des interventions (int.)
 médication(s) et autres facteurs

NOM: _____

LOCALISATION(S) DE LA DOULEUR: _____

DATE	Doul.		Int.		Doul.		Int.		Doul.		Int.		Doul.		Int.		Commentaires additionnels
	HEURE	Doul.	Int.	Doul.	Int.	Doul.	Int.	Doul.	Int.	Doul.	Int.	Doul.	Int.	Doul.	Int.		
00h00																	
01h00																	
02h00																	
03h00																	
04h00																	
05h00																	
06h00																	
07h00																	
08h00																	
09h00																	
10h00																	
11h00																	
12h00																	
13h00																	
14h00																	
15h00																	
16h00																	
17h00																	
18h00																	
19h00																	
20h00																	
21h00																	
22h00																	
23h00																	

Consulter si nécessaire le guide d'utilisation au verso et la feuille « Évaluation de la douleur » et celle « Échelles d'évaluation de la douleur ».
 © Institut universitaire de gériatrie de Montréal (révision 1999-2005).

Cette grille a pour but de faire la synthèse et d'illustrer les épisodes de douleur et les interventions effectuées sur une période d'une semaine. L'intensité des épisodes de douleur, d'après la perception du bénéficiaire/bénéficiaire, dans la colonne verticale «Doul.» Le sommeil ou les périodes de somnolence indiquent dans certains cas le soulagement de la douleur ou son apaisement mais, dans d'autres cas, ces manifestations sont un effet indésirable de la médication analgésique. Dans tous les cas, il est important de préciser ces périodes et de les enregistrer systématiquement dans la colonne «Doul.».

En parallèle, les moyens utilisés pour soulager la douleur ou les activités ou positions pouvant apaiser ou exacerber la douleur sont notés dans la colonne «Int.», à l'heure correspondante. Par exemple, la médication régulière ou PRN, le positionnement au lit ou au fauteuil, un massage, l'écoute de la musique, ou tout autre moyen qui pourrait soulager ou exacerber la douleur.

UTILISATION

Inscrire le nom du bénéficiaire/bénéficiaire, préciser la (les) localisation(s) de la douleur si elle(s) est (sont) connue(s).

Remplir la légende de la douleur «Doul.». Voir la règle de soins «Dépistage et évaluation de la douleur» et son annexe "Échelles d'évaluation de la douleur" comprenant les directives générales sur l'évaluation de ce paramètre, la présentation de trois échelles de la douleur et un aide-mémoire pour cette démarche.

- Pour les bénéficiaires/bénéficiaires lucides, préciser l'échelle de douleur utilisée (l'échelle numérique ou l'échelle verbale descriptive) et inscrire les indicateurs dans la légende.
- Pour les bénéficiaires/bénéficiaires ne pouvant utiliser ces échelles, utiliser l'échelle comportementale de la douleur de la personne âgée (ECPA). Inscrire le sous-total dans la colonne «Doul.» à l'heure correspondante et l'activité ou le soin observé dans la colonne «Int.» et inscrire les périodes de sommeil ou de somnolence.

Faire correspondre les éléments de l'échelle, les comportements ou manifestations à la case correspondante par une couleur, à l'aide d'un marqueur.

Exemples :

Échelle numérique	Échelle descriptive	ECPA *	Code de couleur
7 à 10	insupportable(i), sévère(s)	10/16 à 16/16	rose
4 à 6	pénible(p), gênante(g)	5/16 à 9/16	vert
0 à 3	légère(l), pas de douleur(0)	0/16 à 4/16	jaune
	dort ou somnole	dort ou somnole	bleu

* cette légende doit être individualisée pour chaque bénéficiaire

Remplir la légende de l'intervention «Int.»

Identifier la médication analgésique prescrite, les interventions réalisées dans le but de diminuer la douleur (massage, musique, etc.) ou tout autre facteur pouvant influencer la douleur (ex. : activité, positionnement etc.), ajouter l'abréviation choisie pour l'inscription dans la colonne «Int.».

Indiquer également les éléments influençant la douleur lorsque c'est pertinent.

Exemples :

Codéine 15 mg	Cod-15	Morphine 2mg	M-2
Massage aux pieds	Mas.	Au lit	L
Musique	Mus.	Toilette	Toi
Au fauteuil roulant	F.R.	Visite	V

Remplir la grille en précisant les dates d'observation en haut des colonnes. Remplir la colonne «Doul.» avec les couleurs correspondantes à la légende de la douleur. Remplir la colonne intervention en précisant les éléments spécifiés dans la légende intervention selon l'abréviation correspondante. Indiquer au besoin tout commentaire pertinent pour la réalisation de la grille au cours de la période d'observation, par exemple l'échelle de douleur utilisée par le bénéficiaire et la méthode de présentation à celui-ci, ou encore les effets indésirables de la médication à vérifier.

Faire des notes d'observation au dossier au besoin. Consulter la note-type à ce sujet si nécessaire. (Francoeur, L., 1996, révision 2005).

**Formulaire de compilation de
 l'Échelle comportementale de la
 douleur de la personne âgée
 (ECPA)**



	DATE								
	HEURE								
AVANT LES SOINS									
A. L'expression du visage regarde et mimique									
B. Position antalgique au repos									
C. Sur les mouvements									
D. Sur la relation à autrui									
Sous-total		/	/	/	/	/	/	/	/
Signature									
	HEURE								
	SOINS								
PENDANT LES SOINS									
A. Anticipation anxieuse aux soins									
B. Réaction pendant la mobilisation									
C. Réaction pendant les soins des zones douloureuses									
	Zone								
D. Plaintes exprimées pendant les soins									
Sous-total		/	/	/	/	/	/	/	/
Signature									

Indiquer la date et l'heure de l'observation.

Mettre la cote (0 à 4) dans la case correspondante.

Préciser la zone douloureuse, s'il y a lieu, lors de l'évaluation de l'ECPA «pendant les soins».

Reporter, si besoin, le score total dans la grille de compilation de la douleur.

Codification de l'ECPA
Échelle comportementale de la douleur de la personne âgée ⁵

OBSERVATION 5MN MINIMUM AVANT LES SOINS	OBSERVATION PENDANT LES SOINS OU MOBILISATION
<p>↓ COTE</p> <p>A) L'expression du visage : REGARD et MIMIQUE</p> <p>0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>B) POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)</p> <p>0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>C) Sur les MOUVEMENTS (ou MOBILITÉ) du patient (hors et/ou dans le lit)</p> <p>0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude *</p> <p>1 : Le sujet bouge comme d'habitude * mais évite certains mouvements</p> <p>2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude *</p> <p>3 : Immobilité contrairement à son habitude *</p> <p>4 : Absence de mouvement ** ou forte agitation contrairement à son habitude</p> <p>D) Sur la relation à autrui Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...</p> <p>0 : Même type de contact que d'habitude *</p> <p>1 : Contact plus difficile que d'habitude *</p> <p>2 : Évite la relation contrairement à l'habitude *</p> <p>3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude *</p> <p>4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude *</p>	<p>↓ COTE</p> <p>A) Anticipation ANXIEUSE aux soins</p> <p>0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>B) Réactions pendant la MOBILISATION</p> <p>0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>C) Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</p> <p>0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>D) PLAINTES exprimées PENDANT le soin</p> <p>0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>

ECPA 4^e version, 1999 – personne âgée NON communicante
 © Dr M. Alix, Dr A. Jean, Dr R. Morello

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

** ou prostration

N.B. Les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.

⁵ Inscrire la (les) cote(s) sur le formulaire de compilation de l'ECPA.

Observation du soignant

AVANT LES SOINS

ECPA⁶

Nom du bénéficiaire: _____

Notez les comportements de la personne, au moins cinq minutes avant un soin, pour chacun des thèmes en cochant la description qui correspond le mieux aux comportements de la personne. Si aucune description ne convient à la situation, indiquez « Ne sait pas ».

- 1- Expression du visage (regard et mimique)** Ne sait pas
 La personne ...
 ...a le visage détendu
 ...a le visage soucieux
 ...grimace de temps en temps
 ...a le regard effrayé ou crispé
 ...a une expression complètement figée
- 2- Position spontanée** Ne sait pas
 Au repos, la personne ...
 ...ne présente pas de position particulière
 ...évite une position
 ...choisit une position qui la soulage
 ...recherche sans succès une position qui la soulage
 ...reste immobile, comme clouée par la douleur
- 3- Mouvements** Ne sait pas
 La personne ...
 ...bouge comme d'habitude
 ...bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements
 ...bouge moins que d'habitude
 ...ne bouge plus ou présente une forte agitation contrairement à son habitude
- 4- Relation aux autres (regard, geste, expression)** Ne sait pas
 La personne...
 ...a le même type de contact avec les autres que d'habitude
 ...a un contact plus difficile à établir
 ...évite les relations contrairement à l'habitude
 ...présente une indifférence totale aux autres contrairement à son habitude

Contexte de l'observation :

Activités pendant l'observation : - au lit - au fauteuil - en mangeant

autres : _____ heure de l'observation _____

Signature du soignant : _____

⁶ Instrument adapté de l'ECPA.

Observation du soignant

PENDANT LES SOINS

ECPA⁷

Nom du bénéficiaire: _____

Notez les comportements de la personne pour chacun des thèmes en cochant la description qui correspond le mieux aux comportements de la personne. Si aucune description ne convient à la situation, indiquez « Ne sait pas ».

1- **Anxiété avant les soins** Ne sait pas

Juste avant les soins, la personne...

...ne démontre pas d'anxiété

...montre un regard angoissé ou une impression de peur

...est agitée

...est agressive

...crie, soupire ou gémit

2- **Réaction pendant la mobilisation** Ne sait pas

Pendant la mobilisation de _____, la personne...

...se laisse faire ou se mobilise sans y accorder une attention particulière

...a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou le soin

...retient la main ou guide le geste lors de la mobilisation ou du soin

...s'oppose à la mobilisation ou aux soins

3- **Réactions pendant les soins** Ne sait pas

La personne ...

...ne manifeste aucune réaction pendant les soins

...réagit pendant les soins sans plus

...réagit au toucher de certaines zones

...réagit à l'effleurement de certaines zones

...ne peut être approchée dans certaines zones

Précisez la zone

4- **Plaintes exprimées** Ne sait pas

Pendant les soins, la personne ...

...ne se plaint pas

...se plaint si le soignant s'adresse à elle

...se plaint si le soignant est présent

...gémit et pleure silencieusement de façon spontanée

...crie ou se plaint violemment de façon spontanée

Contexte de l'observation :

Soin(s) ciblé(s) : - bain au lit - douche - civière - transfert - change

autres soins : _____

heure du soin _____

Signature du soignant : _____

⁷ Instrument adapté de l'ECPA.