

# Surveillance clinique

DES CLIENTS QUI REÇOIVENT  
DES MÉDICAMENTS AYANT  
UN EFFET DÉPRESSIF SUR  
LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

## Avis



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

# Surveillance clinique

---

DES CLIENTS QUI REÇOIVENT  
DES MÉDICAMENTS AYANT  
UN EFFET DÉPRESSIF SUR  
LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

## Avis

2<sup>e</sup> édition



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

Composition du groupe de travail sur la mise à jour de l'avis sur la *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*

#### COORDINATION

Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf., DESS(bioéthique)  
Directrice  
Direction du développement et soutien professionnel, OIIQ

#### RECHERCHE ET RÉDACTION

Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf., DESS(bioéthique)  
Directrice

Joël Brodeur, inf., M.Sc.(administration)  
Infirmier-conseil

Céline Thibault, inf., M.A.  
Adjointe à la directrice

Direction du développement et soutien professionnel, OIIQ

#### CONSULTATION

Gisèle Besner  
Conseillère en soins spécialisés  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

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

#### PRODUCTION

SERVICE DES PUBLICATIONS  
Sylvie Couture  
Chef de service

Karine Méthot  
Adjointe à la production

Claire Demers  
Adjointe à l'édition

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

#### CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

LE GROUPE  
**flexidée**  
COMMUNICATEUR GRAPHIQUE

#### PHOTOS

(Page couverture) (1) © Egidijus Skiparis/Shutterstock,  
(4) (13) © Blaz Kure/Shutterstock,  
(6) (8) (20) (23) © viki2win/Shutterstock.

#### RÉVISION LINGUISTIQUE

Claire Saint-Georges

#### CORRECTION D'ÉPREUVES

Claire Demers

#### DISTRIBUTION

Centre de documentation  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
4200, boulevard Dorchester Ouest  
Westmount (Québec) H3Z 1V4  
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048  
Télécopieur : 514 935-5273  
cdoc@oiiq.org  
www.oiiq.org

#### DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2009  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009  
ISBN 978-2-89229-453-8 (2<sup>e</sup> édition, 2009, version imprimée)  
ISBN 978-2-89229-455-2 (2<sup>e</sup> édition, 2009, PDF)  
ISBN 2-89229-337-5 (1<sup>re</sup> édition, 2004)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009  
La reproduction d'extraits de ce document est autorisée sous réserve de mentionner la source.

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le terme « infirmière » est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

# Table des matières

PRÉAMBULE	4
1. PRINCIPES SUR LESQUELS S'APPUIE LA LA SURVEILLANCE CLINIQUE DES CLIENTS SOUS OPIACÉS	6
2. RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA SURVEILLANCE CLINIQUE	8
2.1 PARAMÈTRES À ÉVALUER	10
2.2 FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE SELON LA VOIE D'ADMINISTRATION	12
3. INTERVENTIONS CLINIQUES SELON LE DEGRÉ DE SÉDATION	20
CONCLUSION	22
RÉFÉRENCES	24

## Liste des tableaux

TABLEAU 1 CLIENTÈLES À RISQUE QUI REQUIÈRENT UNE SURVEILLANCE CLINIQUE ACCRUE	9
TABLEAU 2 PARAMÈTRES À ÉVALUER	11
TABLEAU 3 FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE ORALE	14
TABLEAU 4 FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE OU SOUS-CUTANÉE	16
TABLEAU 5 FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE INTRAVEINEUSE (EXCLUANT L'ACP)	18
TABLEAU 6 INTERVENTIONS CLINIQUES RECOMMANDÉES SELON LE DEGRÉ DE SÉDATION DU CLIENT	21



# ● PRÉAMBULE

Depuis 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. Conformément à son mandat de protection du public, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a d'ailleurs publié, en 2004, un avis à ce sujet dans le but de sensibiliser les infirmières à l'exercice d'une surveillance clinique adéquate afin de déceler la détérioration de l'état de santé de cette clientèle. En 2006, le Groupe de travail sur l'analyse de situations 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. Ces protocoles de surveillance clinique, facilement accessibles aux infirmières, doivent comprendre toute l'information cruciale dont elles ont besoin pour assurer le suivi des clients sous opiacés et la gestion des risques inhérents à la prise de tels médicaments.

Compte tenu de l'évolution des connaissances dans ce domaine, l'OIIQ juge opportun de procéder à la mise à jour de l'avis paru en 2004 et de préciser à nouveau les paramètres de la surveillance clinique des clients sous opiacés. En plus de rappeler aux infirmières leur responsabilité en matière de surveillance de cette clientèle, l'OIIQ souhaite que cette mise à jour permette aux établissements de santé de répondre aux exigences ministérielles à cet égard.

Le présent 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 orale, sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse, et souligne l'importance d'ajuster 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). De plus, cet avis ne s'applique pas aux clients en fin de vie qui reçoivent des opiacés, puisque d'autres aspects cliniques doivent être pris en considération dans leur cas.

Cet avis rappelle d'abord les principes sur lesquels s'appuie la surveillance clinique des clients sous opiacés. Il précise ensuite les paramètres de la surveillance et la fréquence à laquelle elle doit être exercée, tout en spécifiant certains aspects cliniques à considérer. Enfin, il indique les interventions cliniques relatives à l'administration d'opiacés selon le degré de sédation du client.

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

1

- PRINCIPES SUR  
LESQUELS S'APPUIE  
LA SURVEILLANCE  
CLINIQUE DES  
CLIENTS SOUS  
OPIACÉS

Réservée à l'infirmière, la surveillance clinique est une activité complexe, indissociable de l'évaluation de la condition physique et mentale du client. Elle permet de constater les réactions du client 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 (ex. : âge, état de santé, présence de facteurs de risque, 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 permet en effet de maximiser les effets thérapeutiques et de réduire les effets nocifs ou nuisibles des médicaments. Une fois administrés, tous les médicaments passent alors par quatre étapes : absorption, distribution, métabolisme ou biotransformation et excrétion (Clayton et Stock, 2003). Tout médicament, y compris les opiacés, a toutefois ses propres caractéristiques dont la variabilité est aussi reliée à la voie d'administration (Paice, 2007). Il est donc crucial pour l'infirmière de connaître le pic et la durée d'action de l'opiacé administré, car 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 (Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2005). 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 avec la biotransformation des médicaments. Cette modification aura 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).

Ces principes, ainsi que l'opiacé utilisé et la voie d'administration, guident donc la surveillance clinique requise pour les clients sous opiacés, y compris celle des clients à risque qui doit être accrue.



# 2

## • RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA SURVEILLANCE CLINIQUE

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. Ces recommandations concernent essentiellement les paramètres à évaluer tels que l'intensité de la douleur, le degré de sédation et l'état respiratoire, ainsi que la fréquence à laquelle cette surveillance doit être effectuée en fonction de la voie d'administration.

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

TABLEAU 1: CLIENTÈLES À RISQUE QUI REQUIÈRENT UNE SURVEILLANCE CLINIQUE ACCRUE

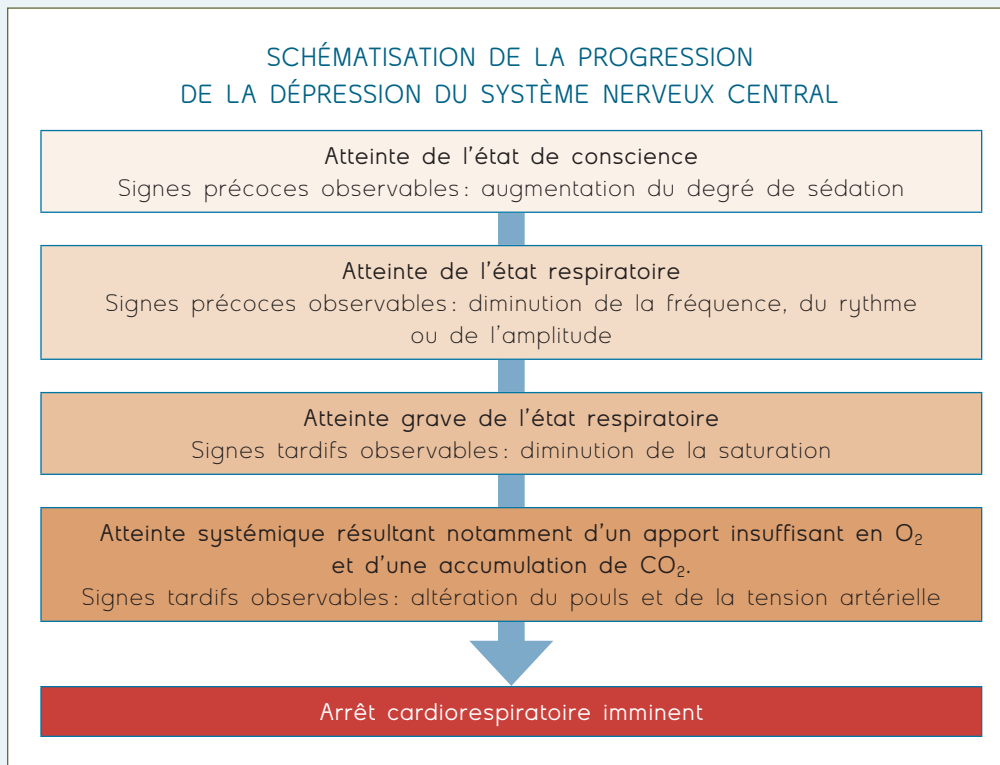
- Bébé de moins de 6 mois;
- Personne âgée de plus de 70 ans;
- Personne naïve à un opiacé (prise d'un nouvel opiacé débutée depuis moins d'une semaine);
- Personne souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique;
- Personne souffrant d'apnée du sommeil;
- Personne souffrant d'insuffisance rénale 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.

Les recommandations émises dans cet avis concernent uniquement la surveillance clinique des clients qui reçoivent des opiacés par les voies suivantes : orale, sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse. Il exclut la surveillance des clients qui contrôlent eux-mêmes la prise de leurs médicaments à l'aide de la pompe ACP. En effet, ces pratiques pour soulager la douleur, notamment en période postopératoire, font déjà l'objet d'une surveillance particulière, bien encadrée par des protocoles de surveillance distincts selon les médicaments en cause et se fondent sur des lignes directrices élaborées par des associations canadienne et américaine d'anesthésistes.

Enfin, cet avis ne concerne pas la surveillance des clients en fin de vie parce que le confort de ces personnes est le but ultime des soins palliatifs et que ce but l'emporte sur l'effet des opiacés sur le SNC. Aussi, les paramètres et la fréquence de surveillance doivent être ajustés selon la situation clinique.

## 2.1 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, et 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, 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 augmentation du degré de sédation.

**TABLEAU 2: PARAMÈTRES À ÉVALUER**

Paramètre à évaluer	Considérations cliniques
<p><b>Intensité de la douleur</b></p>	<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>
<p><b>Degré de sédation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5: 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>	<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>• L'augmentation du degré de sédation est un meilleur indicateur de la dépression du SNC que la diminution de la fréquence respiratoire (ANZCA, 2005).</li> </ul>
<p><b>État respiratoire :</b></p> <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>	<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>

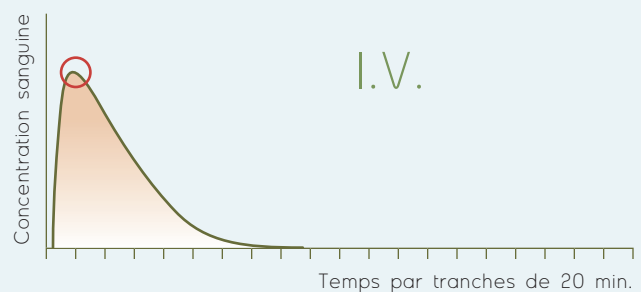
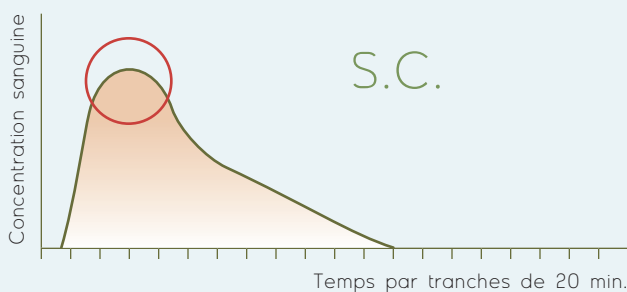
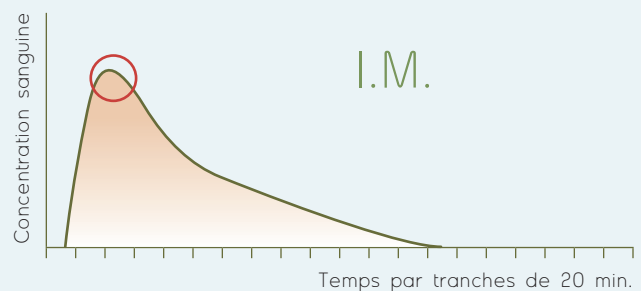
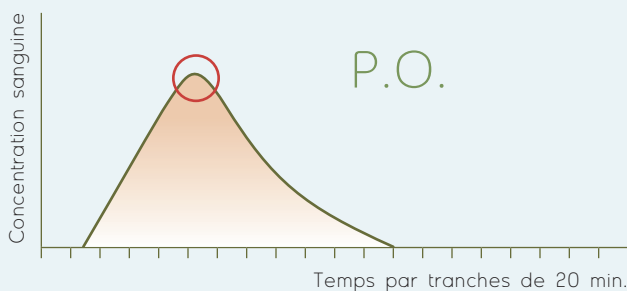
## 2.2 Fréquence de la surveillance clinique selon la voie d'administration

La fréquence à laquelle les paramètres mentionnés précédemment doivent être évalués dépend du pic d'action de l'opiacé administré et de la voie d'administration retenue. Le pic d'action constitue le moment où le client est le plus susceptible de subir une dépression du système nerveux central, et la pharmacocinétique d'un opiacé (absorption, distribution, métabolisme et élimination) diffère selon la voie d'administration (Paice, 2007). 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'hydromorpone (Dilaudid<sup>MD</sup>). Cet exemple permet de constater qu'une évaluation après 30 minutes est trop tôt pour déceler une détresse respiratoire lorsque ce médicament est administré par voie orale, mais trop tard lorsqu'il est administré par voie intraveineuse.

ENCADRÉ 1: PIC D'ACTION, DURÉE ET COURBES PHARMACOCINÉTIQUES DE L'HYDROMORPHONE (DILAUDID<sup>MD</sup>) SELON LES DIFFÉRENTES VOIES D'ADMINISTRATION

Voie d'administration	Pic d'action (minutes)	Durée 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



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. Aussi, il faut mentionner que l'administration intermittente d'un bolus d'opiacé intraveineux est souvent utilisée pour le soulagement d'une douleur intense et aiguë, car elle permet d'atteindre le plus rapidement possible des concentrations sériques efficaces assurant l'analgésie. En raison de l'atteinte très rapide du pic d'action, l'administration par voie intraveineuse d'un opiacé nécessite donc 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.



**TABLEAU 3 : FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE ORALE**

Fréquence de la surveillance clinique

- 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.*

Exemple d'application chez un client qui reçoit de l'hydromorphone par voie orale :

**SURVEILLANCE CLINIQUE D'UNE CLIENTE QUI REÇOIT UN OPIACÉ PAR VOIE ORALE.**

**Hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>)**

Pic d'action : entre 90 et 120 minutes

Durée d'action : 240 minutes

Source : Hodgson et Kizior (2008).

- M<sup>me</sup> Denis est âgée de 28 ans et est hospitalisée dans une unité de chirurgie. Tard hier soir, elle a subi une opération orthopédique aux deux poignets en raison d'une chute en patins à roues alignées. Les soins postopératoires immédiats se sont bien déroulés et une anesthésie locale avant l'intervention a assuré un soulagement suffisant durant la nuit. À 7 h, l'infirmière administre un comprimé de 4 mg d'hydromorphone à M<sup>me</sup> Denis. 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.

**VOICI UN APERÇU DE LA DOCUMENTATION RELATIVEMENT À L'ADMINISTRATION DE L'OPIACÉ<sup>1</sup> :**

Heure	Médicament	Tension artérielle	Pouls	Respiration		Ronflements (Cochez s'il y en a.)	Saturation en oxygène	Intensité de douleur (0-10)	Degré de sédation	Initiales de l'infirmière
				Fréquence/min	Amplitude*					
7 h 00	Dilaudid 4 mg p.o.	134/86	88	22 rég.	N		97 %	7	1	MP
8 h 45				18 rég.	N		98 %	4	1	MP
13 h 00	Dilaudid 4 mg p.o.			20 rég.	N		98 %	6	1	MP
14 h 45				16 rég.	N		97 %	3	1	MP
20 h 30	Dilaudid 4 mg p.o.			24 rég.	N		96 %	7	1	CD
22 h 30				20 rég.	N		97 %	4	1	CD

\* N = Normale

S = Superficielle

P = Profonde

1. Cette documentation correspond à la surveillance par rapport à l'opiacé seulement. Afin de faciliter la compréhension, la surveillance liée à l'opération a volontairement été retirée.

Paramètres évalués relativement à la prise d'un opiacé	Heure	Concentration sérique de l'opiacé
	0:00	
	1:00	
	2:00	
	3:00	
	4:00	
	5:00	
	6:00	
	6:00	
Tension artérielle, pouls, douleur, sédation et état respiratoire	7:00	
Douleur, sédation et état respiratoire	8:00	
	9:00	
	10:00	
	11:00	
	12:00	
Douleur, sédation et état respiratoire	13:00	
Douleur, sédation et état respiratoire	14:00	
	15:00	
	16:00	
	17:00	
	18:00	
	19:00	
Douleur, sédation et état respiratoire	20:00	
	21:00	
Douleur, sédation et état respiratoire	22:00	
	23:00	



**TABLEAU 4 : FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE OU SOUS-CUTANÉE**

Fréquence de la surveillance clinique

- Évaluer les paramètres pendant les 24 premières heures (intensité de la douleur, degré de sédation et état respiratoire) :
- ou moment d'administrer chaque dose d'opiacé :
- ou 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.*

Exemple d'application chez un client qui reçoit de l'hydromorphone sous-cutanée :

**SURVEILLANCE CLINIQUE D'UN CLIENT QUI REÇOIT UN OPIACÉ PAR VOIE SOUS-CUTANÉE.**

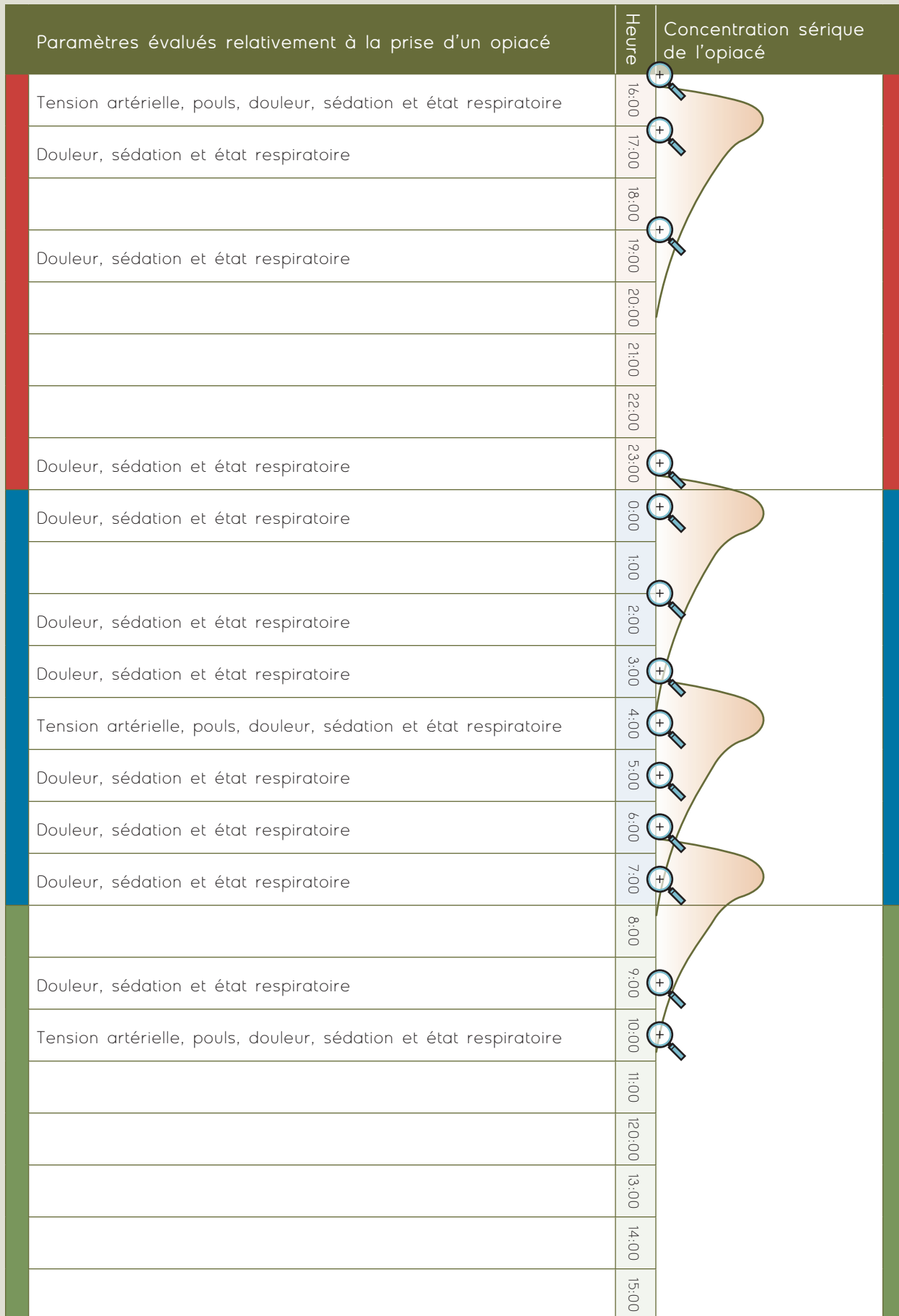
**Hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>)**

Pic d'action : entre 30 et 90 minutes

Durée d'action : environ 240 minutes

Source : Hodgson et Kizior (2008).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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'hydromorphone 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.</li> <li>• À 17 h 5, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.</li> <li>• À 19 h, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.</li> <li>• À 23 h 30, M. Dicapri présente une douleur aiguë qui nécessite de nouveau une dose d'hydromorphone. 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 3 mg qui est prescrite toutes les 4 heures PRN.</li> <li>• À 00 h 20 et à 2 h, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.</li> <li>• À 3 h 30, M. Dicapri présente une douleur aiguë qui nécessite de nouveau une dose d'hydromorphone. 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 3 mg qui est prescrite toutes les 4 heures PRN. &gt;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À 4 h 30, l'infirmière procède à l'évaluation et constate que le degré de sédation est à 2 selon l'échelle de Posero, elle procède donc à la prise de la tension et du pouls qui sont tous deux normaux.</li> <li>• À 5 h 30, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation.</li> <li>• À 6 h 30, M. Dicapri présente une douleur aiguë qui nécessite de nouveau une dose d'hydromorphone. 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 3 mg.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
---	--



**TABEAU 5 : FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR LES CLIENTS SOUS OPIACÉS PAR VOIE INTRAVEINEUSE (EXCLUANT L'ACP)**

Fréquence de la surveillance clinique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les paramètres (intensité de la douleur, degré de sédation et état respiratoire) :</li> <li>• au moment d'administrer chaque dose d'opiacé :</li> <li>• toutes les 5 minutes jusqu'au pic d'action de l'opiacé administré ;</li> <li>• ensuite toutes les 15 minutes pendant la durée d'action de l'opiacé administré.</li> <li>• Ajuster ensuite la fréquence des évaluations selon l'état de santé du client.</li> </ul>
<p><b>Exemple d'application chez un client qui reçoit de l'hydromorphone intraveineuse :</b></p> <p><b>SURVEILLANCE CLINIQUE D'UN CLIENT QUI REÇOIT UN OPIACÉ PAR VOIE INTRAVEINEUSE.</b></p> <p><b>Morphine intraveineuse</b></p> <p>Pic d'action : environ 20 minutes            Durée d'action : environ 240 minutes            Source : Hodgson et Kizior (2008).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Campeau, 45 ans, est à l'urgence après avoir fait une chute en joggant. En voulant arrêter sa chute avec sa main, il s'est luxé l'épaule gauche. Il est installé sur une civière et attend le médecin qui doit lui faire une réduction manuelle. La tension artérielle et le pouls ayant été évalués au triage, l'infirmière procède donc à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation avant de lui administrer, à 9 h, au moyen d'un soluté intraveineux, une première dose de 2 mg de morphine.</li> <li>• 9 h 5, soit 5 minutes plus tard, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation. Les paramètres respiratoires et le degré de sédation sont adéquats, mais la douleur est encore bien présente. L'infirmière procède donc à l'administration d'une seconde dose de morphine 2 mg i.v.</li> <li>• 9 h 10, soit 5 minutes plus tard, la douleur a diminué et le médecin procède à la réduction de la luxation.</li> <li>• Entre 9 h 15 et 9 h 30, l'infirmière procède à l'évaluation de la douleur, de l'état respiratoire et du degré de sédation toutes les 5 minutes jusqu'à l'atteinte du pic d'action soit 20 minutes après l'administration de la dernière dose de morphine.</li> <li>• Le patient est ensuite transféré à l'aire d'observation où son degré de sédation et son état respiratoire seront surveillés toutes les 15 minutes jusqu'au moment du congé donné par le médecin à 11 h 10. Avant de partir avec sa conjointe, M. Campeau 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 leur remet aussi les éléments de surveillance relativement à la prise d'opiacés.</li> </ul>

Paramètres évalués relativement à la prise d'un opiacé	Heure	Concentration sérique de l'opiacé
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 00	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 05	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 10	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 15	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 20	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 25	+
	9 h 30	
	9 h 35	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 40	+
	9 h 45	
	9 h 50	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	9 h 55	+
	10 h 00	
	10 h 05	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	10 h 10	+
	10 h 15	
	10 h 20	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	10 h 25	+
	10 h 30	
	10 h 35	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	10 h 40	+
	10 h 45	
	10 h 50	+
Douleur, saturation, sédation et état respiratoire	10 h 55	+
	11 h 00	
	11 h 05	+
Tension artérielle, pouls, douleur, sédation et état respiratoire	11 h 10	+
	11 h 15	
	11 h 20	
	11 h 25	
	11 h 30	
	11 h 35	
	11 h 40	
	11 h 45	
	11 h 50	
	11 h 55	
	12 h 00	
	12 h 05	
	12 h 10	
	12 h 15	
	12 h 20	
	12 h 25	
	12 h 30	
	12 h 35	
	12 h 40	
	12 h 45	
	12 h 50	
	12 h 55	

# 3

## • INTERVENTIONS CLINIQUES 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 des médicaments et à prévenir une détérioration de l'état du client qui pourrait lui être fatale. Le tableau suivant indique la conduite à tenir selon le degré de sédation du client sous opiacés.

**TABLEAU 6 :** INTERVENTIONS CLINIQUES RECOMMANDÉES SELON LE DEGRÉ DE SÉDATION DU CLIENT

Degré de sédation	Description	Interventions
S	Acceptable	Sommeil normal, éveil facile.
1		Éveillé et alerte.
2		Parfois somnolent, éveil facile.
3	Inacceptable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer l'opiacé, au besoin.</li> </ul>
4		<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 au client de prendre de grandes respirations toutes les 15 minutes;</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>• <b>Selon les directives du médecin:</b> poursuivre l'administration de l'opiacé en diminuant de 50 % la dose initiale.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer l'opiacé, au besoin.</li> </ul>
		<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 au client de prendre de grandes respirations toutes les 15 minutes;</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>• <b>Selon les directives du médecin:</b> poursuivre l'administration de l'opiacé en diminuant de 50 % la dose initiale.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser l'administration de l'opiacé;</li> <li>• Envisager l'administration de Naloxone; <i>Le Naloxone fait effet entre 20 et 60 minutes.</i> <i>La dépression du SNC peut réapparaître par la suite.</i></li> <li>• Aviser le médecin et l'équipe de réanimation, le cas échéant, qui décideront de la conduite à tenir;</li> <li>• Administrer de l'O<sub>2</sub> PRN;</li> <li>• Toutes les 15 minutes inciter le client à 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>• <b>Selon les directives du médecin:</b> poursuivre l'administration de l'opiacé en diminuant de 50 % la dose initiale.</li> </ul>

Inspiré de Pasero *et al.* (2007).

# 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. Par conséquent, il est crucial pour chaque infirmière de tenir à jour ses compétences dans ce domaine. Le présent 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.



# RÉFÉRENCES

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