

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE
DSI-PI-01

CLSC URFI CH

Référence à un protocole infirmier Oui Non
Titre : Assurer la surveillance lors de l'administration
d'un analgésique narcotique

Référence à une règle de soins Oui Non
Titre : Dépister et évaluer la douleur

Référence à ordonnance collective Oui Non
Titre : Initier et administrer la naloxone (Narcan) si
dépression respiratoire induite par un
analgésique narcotique

Date d'entrée en vigueur : Janvier 2010

Date de révision :

**Utiliser les analgésiques narcotiques de
façon sécuritaire**

Professionnels visés :

Médecins
Pharmaciens et pharmaciennes
Infirmières et infirmiers

OBJET

Ce protocole présente des lignes directrices sur l'utilisation sécuritaire des analgésiques narcotiques, suite à des décès en lien avec l'administration des analgésiques narcotiques dans les établissements de santé au cours des dernières années.

Le protocole comporte 5 étapes :

1. Évaluation de la douleur;
2. Rédaction de l'ordonnance d'un analgésique narcotique;
3. Préparation d'un analgésique narcotique;
4. Administration d'un analgésique narcotique;
5. Surveillance clinique lors de l'administration d'un analgésique narcotique.

Ce protocole ne s'applique pas dans les situations de soins palliatifs ou terminaux à moins d'avis contraire du médecin.

PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Les médecins, les pharmaciens¹ et les infirmières² qui travaillent dans les secteurs d'activités suivants : soutien à domicile, services courants, centre d'hébergement, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), hôpital de jour, ressources non-institutionnelles (RNI).

¹ Le générique pharmacien est utilisé dans ce document sans discrimination à l'égard du genre féminin et ce, dans le but d'alléger le texte.

² Le générique infirmière est utilisé dans ce document sans discrimination à l'égard du genre masculin et ce, dans le but d'alléger le texte.

CLIENTÈLE VISÉE

Tous les usagers³ qui reçoivent des analgésiques narcotiques.

1. ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur est une démarche active qui doit être effectuée systématiquement auprès des usagers. Cette évaluation permet de quantifier et qualifier la douleur et représente un critère essentiel pour déterminer le meilleur traitement possible pour l'usager, telle l'administration d'un analgésique narcotique, et en évaluer l'efficacité.

L'évaluation de la douleur implique un travail interdisciplinaire faisant appel aux professionnels de la santé, mais exige aussi la collaboration des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires (PAB) et des auxiliaires de la santé et des services sociaux (ASSS).

Des instruments de mesure sont disponibles pour évaluer la douleur (voir la règle de soins intitulée : «*dépister et évaluer la douleur* »).

1.1 Évaluation initiale et quantification de la douleur

Il faut procéder à l'évaluation et à la quantification de la douleur avant l'instauration d'un analgésique narcotique. L'évaluation initiale de la douleur est une valeur de base indispensable pour vérifier l'efficacité de la thérapie et procéder aux ajustements subséquents.

1.2 Évaluation de la douleur lors de la prise d'un analgésique narcotique

Il est important d'évaluer et quantifier la douleur à intervalles réguliers lors de l'administration d'un analgésique narcotique pour vérifier l'efficacité de la thérapie :

- 15 à 60 minutes après l'administration du médicament ou selon le début de l'action et,
- 4 à 6 heures après l'administration du médicament ou selon la durée d'action (voir annexe 1)

La règle de soins intitulée : «*Dépister et évaluer la douleur* » vient préciser les directives à suivre par l'équipe soignante pour procéder à l'évaluation de la douleur.

2. RÉDACTION DE L'ORDONNANCE MÉDICALE

Avant de prescrire un analgésique narcotique, il est important de vérifier si l'usager présente des facteurs de risque ou s'il reçoit déjà d'autres médicaments susceptibles de causer également une dépression respiratoire car dans ces situations, il faudra être vigilant.

³ Dans le but d'alléger le texte, seul le terme usager sera utilisé et inclut les résidents.

Les usagers présentant un risque élevé de développer une dépression respiratoire sont :

- Personne âgée > 70 ans;
- Obésité morbide;
- Personne naïve aux analgésiques narcotiques (aucune prise de narcotique depuis au moins 7 jours);
- Maladie pulmonaire;
- Apnée du sommeil;
- Insuffisance rénale ou hépatique;
- Douleur intense qui cesse subitement une fois la cause éliminée. Ex. réduction de fracture;
- Traumatisme crânien récent;
- Consommation connue d'alcool et/ou autres substances illicites;
- Co-analgésie ou autre médicament dépresseur du SNC.

CLASSES DE MÉDICAMENTS AYANT UN EFFET DÉPRESSIF SUR LE SNC

CLASSES	EXEMPLE DE MÉDICAMENTS ¹
Opiacés	morphine, codéine, hydromorphone (Dilaudid), oxycodone (Supeudol), fentanyl, méthadone, mépéridine (Démerol), tramadol, pentazocine
Benzodiazépines	alprazolam, oxazépam (Sérox), lorazépam (Ativan), diazépam (Valium), clonazépam, clobazam, témazépam, midazolam (Versed), nitrazépam
Neuroleptiques	olanzapine, risperdone, quétiapine, halopéridol (Haldol), chlorpromazine, clozapine
Antidépresseurs	venlafaxine, amitriptyline (Élavil), nortriptyline, paroxétine, sertraline, bupropion, citalopram (Celexa), doxépine (Sinequan), clomipramine (Anafranil), mirtazapine, trazodone, imipramine, moclobémide, désipramine, fluoxétine, fluvoxamine, maprotiline, phénelzine, tranylcypromine
Antiémétiques	dimenhydrinate (Gravol), prochlorpérazine (Stémétil), métoclopramide (Maxeran), ondansétron
Antihistaminiques	hydroxyzine (Atarax), cétirizine, loratadine, diphenhydramine (Bénadryl)
Barbituriques	phénobarbital, primidone
Anticonvulsivants	phénytoïne, ethosuximide, carbamazépine, acide valproïque, divalproex sodique, gabapentine, lamotrigine, lévétiracétam, topiramate, vigabatrin, prégabaline

Réf. : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

¹ La liste des médicaments n'est pas exhaustive.

2.1 Choix d'un analgésique narcotique

La morphine constitue l'opiacé de premier choix dans la plupart des situations. L'hydromorphone (Dilaudid) est considérée comme étant de cinq à sept fois plus puissante que la morphine : la prescription requiert une bonne connaissance des doses équi-analgésiques.

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 équi-analgésique

Les doses équi-analgésiques et les doses initiales des analgésiques narcotiques sont :

TABLEAUX D'ÉQUIVALENCES DES OPIOÏDES

(1 Empracet 30 mg = 1 acétaminophène 300 mg/co + codéine 30 mg/co), 2 co Q4H per os = 12 comprimés par jour = morphine 60 mg/jour per os = fentanyl (Duragésic) 25 µg

Fentanyl (Duragésic) per cutanée	Hydromorphone (Dilaudid) per os/jour	Hydromorphone (Dilaudid) sous cutanée/jour	Morphine per os/jour	Morphine sous cutanée/jour	Oxycodone (Supeudol) per os/jour
12 µg	6 mg	3 mg	30 mg	15 mg	15 mg
25 µg	12 mg	6 mg	60 mg	30 mg	30 mg
50 µg	24 mg	12 mg	120 mg	60 mg	60 mg
75 µg	36 mg	18 mg	180 mg	90 mg	90 mg
100 µg	48 mg	24 mg	240 mg	120 mg	120 mg

- Morphine 30 mg/jour per os = fentanyl (Duragésic) 12 µg
- 1 Empracet-30 = morphine 5 mg (po) = hydromorphone (Dilaudid) 1 mg (po) = Oxycodone (Supeudol) 2,5 mg (po)

Les doses initiales normalement recommandées pour administration **parentérale** sont:

- 0,1 mg/kg pour la morphine;
- 0,015 mg/kg pour l'hydromorphone.

La dose initiale devrait être diminuée de 50 % chez les usagers présentant des facteurs de risque, dont l'administration d'autres analgésiques ou médicaments susceptibles de causer une dépression respiratoire.

TABLEAU DES ENTREDOSES SUGGÉRÉES AVEC LE DURAGÉSIC®

Fentanyl (Duragésic) per cutanée	Hydromorphone (Dilaudid) per os	Hydromorphone (Dilaudid) sous cutanée	Morphine per os	Morphine sous cutanée
12 µg	0,5mg	0,25 mg	2,5 mg	1,25 mg
25 µg	1 mg	0,5 mg	5 mg	2,5 mg
50 µg	2 mg	1 mg	10 mg	5 mg
75 µg	3 mg	1,5mg	15 mg	7,5 mg
100 µg	4 mg	2 mg	20 mg	10 mg

Pour d'autres analgésiques, l'entre dose correspond à 10% de la dose totale quotidienne.

Principes d'utilisation du timbre de fentanyl

Le timbre de fentanyl ne doit pas être utilisé pour une douleur aiguë ou chez un usager naïf aux narcotiques analgésiques. L'utilisation chez un usager sans tolérance acquise aux narcotiques ou ayant une tolérance insuffisante pourrait entraîner une dépression respiratoire sévère, voire 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 6 à 8 heures.

Lors du passage de la voie orale à la voie transdermique; il faut prévoir la poursuite de l'utilisation d'un analgésique narcotique à courte durée d'action toutes les 4 heures pendant les premiers 12 heures après l'installation du premier timbre de fentanyl. Le timbre de fentanyl de 25 µg /h est l'équivalent de 60mg/jour de morphine per os.

Le timbre de fentanyl est à éviter, pour un usager ayant reçu des IMAO⁴ lors des 14 jours précédents, des réactions imprévisibles pourraient survenir et s'avérer mortelles.

2.3 Posologie

Les ordonnances de narcotiques 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 doses ou d'intervalles laisse place à interprétation et augmente le risque d'erreur pour les infirmières.

ALERTE

La dose prescrite pour un même narcotique ne devrait pas permettre un écart de plus de 50% de cette dose sans consulter le médecin.

Exemple d'ordonnance **à éviter** : Dilaudid 1 à 2 mg s/c toutes les 4 à 6 heures

Exemple d'ordonnance **à privilégier** : Dilaudid 1 mg s/c aux 4 heures
En entredose : Dilaudid 0,5 mg toutes les 4 heures, PRN si douleur (maximum 2 fois par jour).

⁴ IMAO : inhibiteur de la monoamine-oxydase (Pernate, Nardil, Manerix).

2.4 Changements apportés à l'ordonnance

Il est préférable d'augmenter d'abord la dose d'un même médicament plutôt que de changer de molécule. Si l'on doit changer de médicament, le médecin doit absolument prendre en compte dans son calcul les doses équianalgésiques.

L'augmentation de la dose pour réussir à mieux soulager l'utilisateur doit être basée sur l'évaluation de la douleur et en fonction du pic et de la durée d'action de l'analgésique narcotique utilisé.

L'utilisation de façon concomitante d'un analgésique narcotique et d'un non-narcotique (ex. : acétaminophène, anti-inflammatoire non stéroïdien) est préférable à une augmentation prématurée de la dose du narcotique. Cette mesure devrait être encouragée puisqu'elle permet d'administrer des doses plus faibles de narcotiques et de réduire le risque de dépression respiratoire.

2.5 Principes de base à connaître avant de prescrire un analgésique, narcotique ou non, pour une douleur chronique

- Choisir un analgésique correspondant à l'intensité de la douleur;
- Bien connaître la molécule que l'on prescrit;
- Commencer avec la plus faible dose possible, puis ajuster selon la réponse clinique de l'utilisateur;
- Ne pas hésiter à changer de molécule si la douleur persiste, malgré l'ajustement à la hausse des doses de la médication en cours;
- Ne jamais débiter avec des formules retard (comprimés ou capsules à action prolongée, timbre transdermique);
- Prescrire, en tenant compte de la durée d'action de la molécule, un horaire **régulier** (éviter autant que possible les PRN, sauf si prescrits en entre-doses);
- Si on passe d'un opiacé à un autre, il faut réduire de 25 % la dose équianalgésique, car la tolérance entre les molécules n'est pas croisée (i.e. : identique);
- Si l'on doit augmenter la dose régulière prescrite, voici les deux méthodes suggérées :
 - Calculer la dose totale de narcotique reçue par l'utilisateur au cours des 24 dernières heures (les doses régulières et les doses prn). Diviser cette dose totale par le nombre de doses à recevoir en 24 heures pour obtenir la nouvelle dose régulière.
 - OU
 - augmenter d'emblée les doses régulières de 20 %, puis réajuster les doses PRN selon la nouvelle dose totale quotidienne prescrite régulièrement.

2.6 Utilisation des entredoses

Définition

Dose supplémentaire d'analgésique disponible pour l'utilisateur n'étant pas soulagé de façon optimale par des prises régulières ou pour celui souffrant de percées de douleur reliées à certaines activités.

Principes

- Choisir le même opiacé que celui reçu de façon régulière par l'usager afin de permettre un meilleur ajustement de la dose régulière. Dans le cas du timbre de fentanyl, se référer au tableau des entre-doses suggérées, à la fin du formulaire des médicaments du CSSS Lucille-Teasdale;
- Administrer une formulation à libération immédiate;
- Donner une entredose égale à 10% de la dose quotidienne totale prescrite;
- Administrer les entredoses à la demande de l'usager entre les doses régulières. On attend généralement 30 minutes (60 minutes si voie orale) entre chaque entredose afin de laisser le temps nécessaire pour obtenir l'effet analgésique; on fixe à l'usager à domicile une quantité maximale d'entredoses à prendre de façon consécutive aux 30 minutes, par exemple 3, limite au-dessus de laquelle il doit contacter son médecin. Il faut éviter la prise de très grandes quantités d'entredoses dans une courte période de temps (risque de surdosage);
- Augmenter la dose régulière lorsque l'usager reçoit 3 entredoses ou plus en 24 heures et cela pour quelques jours. On doit toutefois exclure de ce calcul les entredoses données de façon régulière avant une procédure douloureuse (ex. : changement de pansement). Il est fréquent d'avoir un malade qui vit des « mauvaises journées », aussi ne doit-on pas majorer la dose d'emblée au premier jour d'une augmentation des prises d'entredoses.

3. PRÉPARATION D'UN ANALGÉSIQUE NARCOTIQUE

Lors de la vérification des ordonnances médicales, le pharmacien s'assure que :

- L'ordonnance est précise en terme de posologie et de fréquence d'administration ne permettant pas l'interprétation erronée de l'ordonnance par les infirmières, ce qui pourrait augmenter le risque de surdosage;
- la posologie prescrite respecte les lignes directrices décrites ci-haut, lors de l'initiation ou d'un changement apporté à l'ordonnance d'un analgésique narcotique

En cas de doute, le pharmacien doit valider l'ordonnance auprès du médecin traitant.

4. ADMINISTRATION D'UN ANALGÉSIQUE NARCOTIQUE

4.1 Principes généraux

L'infirmière doit s'assurer de bien connaître :

- Le profil de santé de l'usager concerné par la prescription;
- Les doses équi-analgésiques;
- Les classes médicamenteuses entraînant une dépression du SNC (annexe 1), les contre-indications, les effets secondaires, les signes de toxicité.

ALERTE

L'administration simultanée de plusieurs médicaments entraînant une dépression du SNC est à éviter ou nécessite une surveillance plus étroite de l'usager.

4.2 Vérification de la médication prescrite

Avant l'administration de l'analgésique narcotique chez un usager, l'infirmière s'assure que :

- L'ordonnance est précise en terme de posologie et de fréquence d'administration ne permettant pas l'interprétation erronée de l'ordonnance;
- La posologie prescrite respecte les lignes directrices décrites ci-haut, lors de l'initiation ou d'un changement apporté à l'ordonnance d'un analgésique narcotique.

Si l'infirmière a des doutes en regard de l'ordonnance médicale, elle doit la valider auprès du médecin traitant ou du pharmacien.

4.3 Administration de la médication

L'infirmière doit respecter les principes de base pour assurer une administration sécuritaire des médicaments : les « **5 BONS** » :

- administrer la **bonne** dose;
- du **bon** médicament;
- au **bon** moment;
- par la **bonne** voie;
- au **bon** usager.

Consignation des notes au dossier

Les informations pertinentes liées à l'administration des analgésiques narcotiques doivent être consignées au dossier de l'usager, notamment : la qualification et la quantification de la douleur avant et après la prise de médication, la date et l'heure de l'administration de la médication, etc.

5. SURVEILLANCE CLINIQUE LORS DE L'ADMINISTRATION D'UN ANALGÉSIQUE NARCOTIQUE

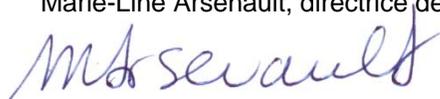
L'infirmière se réfère au protocole infirmier « *Assurer la surveillance lors de l'administration d'un analgésique narcotique* » précisant les conditions d'applications d'application et les directives à suivre pour procéder à la surveillance clinique.

RÉFÉRENCES

- Groupe de travail mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2007)
- Institut de gériatrie de Montréal (2007). Protocole No. P-8.07. Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique
- CSSS du Coeur-de-l'Île (2007). Règle de soins infirmiers. RSI-1. Surveillance de la clientèle recevant des opiacés
- Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes 3^e édition, Regroupement de pharmaciens en établissement de santé

Processus d'élaboration

Rédigé par :	Christian Léger, chef pharmacien	Mars 2008
Collaboration :	Joëlle Sauriol, conseillère cadre en soins infirmiers	Mars 2008
Instances consultées :	Comité des ordonnances collectives	Septembre 2008
Recommandé par :	Comité de pharmacologie	Septembre 2008
Validé par :	Marie-Line Arsenault, directrice des Soins infirmiers	Octobre 2008



Processus d'approbation

Approuvé par :	Dr Tuyen Vo Van, président du CMDP	Octobre 2008
----------------	------------------------------------	--------------



Processus d'adoption

Adopté par :	Gary Furlong, directeur général et secrétaire du Conseil d'administration	Octobre 2008
--------------	---	--------------



DÉBUT DU PIC ET DURÉE ACTION DES ANALGÉSIFIQUES NARCOTIQUES

Médicament	Voie d'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-Elson)	60 min.	4-5 h	12 h
	Orale longue action 24 h (Kadian)	60 min.	10 h	24 h
	SC	10-30 min.	45 min.	4-5 h
	IM	10-30 min.	45 min.	4-5 h
Oxycodone	IV	5-10 min.	15 min.	4-5 h
	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
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

Réf : Préparé par Suzanne Gilbert, pharmacienne chef, Institut de gériatrie de Montréal – novembre 2006