

**Titre : SURVEILLANCE CLINIQUE LORS DE L'ADMINISTRATION  
D'ANALGÉSIFIQUES OPIACÉS OU AUTRES MÉDICAMENTS AYANT UN  
EFFET DÉPRESSEUR SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (SNC)**

**Intervenants concernés :**

- Personnel infirmier
- Personnel infirmier auxiliaire

Date d'entrée en vigueur : Mai 2009

Date de révision :

**Référé à :**

- Protocole clinique 001 : Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale incluant transdermique.
- Protocole clinique 002 : Surveillance en cas d'une surdose d'un opiacé et utilisation de la naloxone (Narcan<sup>md</sup>) pour renverser une dépression respiratoire.
- Ordonnance collective 13 : Administrer l'oxygène en situation d'urgence.

**Secteurs d'activités visés:**

**Sites :**

CLSC :  de Saint-Michel  de Saint-Léonard  
Centres d'hébergement :  de Saint-Michel  des Quatre-Temps  des Quatre-Saisons  
Ressource non-institutionnelle :  UTRF Navarro

## CLIENTÈLE VISÉE

Clientèle des centres d'hébergement et de l'UTRF recevant des analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC).

**N.B. :**

- Cette règle de soins ne s'applique pas dans les situations de soins palliatifs ou terminaux à moins d'avis contraire.
- Aucune administration d'opioïdes intraveineux en centre d'hébergement

## BUT

Exercer une surveillance clinique optimale, adéquate et appropriée des résidents recevant des analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le SNC.

## CONTEXTE

- En conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, l'**infirmière** évalue l'état de santé d'une personne, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodigue les soins et les traitements infirmiers et médicaux.

- Elle évalue la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, administre et ajuste des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et exerce 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.
- Dans le cadre de ses activités décrites aux articles 37 (p) et 37.1 (5) du *Code des professions*, l'**infirmière auxiliaire** contribue à l'évaluation de l'état de santé des personnes, à la réalisation du plan de soins, prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux.
- Elle observe l'état de conscience d'une personne, surveille les signes neurologiques et administre, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

---

## DÉFINITIONS

- **Analgésique opiacé** : médicament narcotique utilisé pour le traitement de la douleur aiguë ou chronique;
- **Classes de médicaments ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC)** : opiacés, benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques, barbituriques, anticonvulsivants.
- Parmi les effets indésirables de ces médicaments, le plus redouté, quoique rare, est la **dépression respiratoire** : Diminution de la fréquence et de l'amplitude respiratoires pouvant s'accompagner de forts ronflements ou de périodes d'apnée et par une diminution de la saturation pulsatile en O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>), généralement précédée par une sédation importante (diminution du niveau de conscience, somnolence, coma) (Gélinas, 2004).

---

## CONDITIONS

- Le personnel infirmier et infirmier auxiliaire doit respecter en tout temps les principes d'une administration **sécuritaire** des médicaments.

En ce sens, il doit :

- Connaître les médicaments, notamment ceux ayant un effet dépressur sur le SNC (*cf. annexe 1*), leurs *mécanismes d'action, les réactions thérapeutiques, les effets secondaires, les signes de toxicité, les incompatibilités thérapeutiques et les équivalences entre eux*;
- Les administrer selon la règle des « **5 BONS** » : *bon résident, bon médicament, bon dosage, bonne voie, bonne heure*;
- Respecter les politiques et procédures en vigueur à ce chapitre, incluant la préparation des narcotiques;
- Assurer la surveillance requise selon l'état du résident (paramètres cliniques);
- Faire preuve de grande prudence et accroître la surveillance lors de l'utilisation d'analgésiques opiacés ou d'autres médicaments ayant un effet dépressur sur le SNC, notamment chez la clientèle à risque de développer une dépression respiratoire;
- Mettre à jour ses connaissances;
- Référer au médecin ou à la pharmacienne, lorsque requis.
- L'infirmière doit connaître les protocoles cliniques :
  - PC 001 : *Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale incluant transdermique*
  - PC 002 : *Surveillance en cas d'une surdose d'un opiacé et utilisation de la naloxone (Narcan<sup>MD</sup>) renverser une dépression respiratoire*

- L’infirmière doit connaître et considérer les mesures préventives de la dépression respiratoire, en collaboration avec le médecin et la pharmacienne :
  - Utiliser de façon concomitante un opiacé avec un non-opiacé (ex. : acetaminophen, AINS);
  - Éviter l’administration simultanée de plusieurs médicaments dépresseurs du SNC;
  - Commencer l’administration d’un opiacé d’abord à faible dose avant d’augmenter celle-ci graduellement en évaluant l’efficacité du médicament à son effet maximal (pic d’action).
  - Installer le résident en position latérale, la tête de lit élevée de 30° pendant son sommeil afin de prévenir l’obstruction des voies aériennes par la langue.
- Avant de débiter l’administration d’un analgésique opiacé, l’infirmière doit évaluer les paramètres cliniques requis (intensité de la douleur, sédation, état respiratoire (FR, AR, SpO<sub>2</sub>), signes vitaux (TA, pls)) et ce pour toutes les voies d’administration. Ces données doivent être inscrites au dossier et serviront de point de comparaison lors de mesures subséquentes.
- L’infirmière met en application cette règle de soins :
  - Lors de l’**introduction** d’un analgésique opiacé par voie parentérale (SC, IM ou transdermique), 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**. À moins d’avis contraire explicite, la règle de soins est obligatoire dans ces situations.
  - Lorsqu’un résident a été victime d’une erreur de médication d’un opiacé ou d’un autre médicament pouvant avoir un effet dépresseur sur le SNC, quelle que soit la voie d’administration de celui-ci.
  - Exceptionnellement chez un résident 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 central, y compris les opiacés par voie orale, compte tenu de la condition extrême du résident ou à la demande du médecin, du cadre clinique ou de la pharmacienne. Les médicaments visés en plus des opiacés sont : *les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antiémétiques, les antihistaminiques et les anticonvulsivants*. 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.
- Suite à l’évaluation et aux directives de l’infirmière, l’infirmière auxiliaire contribue à l’application de cette règle de soins, sous la supervision de l’infirmière.
- L’infirmière doit tenir compte des facteurs de risque suivants présents chez la clientèle :
  - Personne âgée (notamment, de plus de 70 ans)
  - Personne naïve aux opiacés (ayant débuté la prise d’un opiacé depuis moins d’une semaine)
  - MPOC
  - Apnée du sommeil
  - Insuffisance rénale ou hépatique
  - Traumatisme crânien
  - Douleur intense qui cesse subitement (ex. : réduction de fracture)
  - Obésité (IMC > 35)
  - Prise d’autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le SNC.
- L’infirmière et l’infirmière auxiliaire doivent être en mesure de déceler :
  - Les signes précoces observables de dépression du SNC (↑ degré de somnolence, ↓ état respiratoire : ↓ FR, ↓ RR, ↓ AR) (cf. annexe 2);
  - Les signes tardifs observables de dépression du SNC (↓ saturation O<sub>2</sub>, altération de la tension artérielle et du pouls) (cf. annexe 2);

- En tenant compte du pic et de la durée d'action des médicaments administrés, lesquels varient selon la voie d'administration choisie (cf. annexe 3).
- La période d'application de cette surveillance auprès de la clientèle visée s'échelonne généralement sur 24 heures ou plus, selon le jugement clinique de l'infirmière. Elle peut ajuster la surveillance (paramètres, fréquence, durée) selon la situation clinique du résident.
- Si jugé pertinent, lorsque l'infirmière applique cette règle de soins infirmiers, elle en avise le médecin.
- L'infirmière doit compléter le plan thérapeutique infirmier en y inscrivant les directives pertinentes à la situation.

---

## DIRECTIVES

---

- À la lumière des conditions énoncées précédemment, l'infirmière clarifie la situation clinique du résident concerné et met en application la règle de soins, qu'elle inscrit au plan thérapeutique infirmier.
- Cible la surveillance clinique requise en tenant compte notamment, du pic d'action du (des) médicament (s) concerné (s), selon l'algorithme approprié (cf. annexes 4 A et 4 B) :

Algorithme A :            Lors de l'introduction ou de la modification d'un analgésique opiacé  
(obligatoire)            par voie parentérale (SC, IM, transdermique).

Algorithme B :            Lors du suivi particulier de la médication ayant un effet dépressur  
(si pertinent)            sur le SNC (erreur de médication ou risque élevé de développer  
une dépression respiratoire).

***Le jugement clinique de l'infirmière doit être exercé en tout temps; ainsi, la fréquence de l'évaluation et de la surveillance peut être augmentée en fonction de l'état de santé du résident.***



- Assure, en collaboration avec l'infirmière auxiliaire, l'évaluation des paramètres cliniques suivants :
  - Intensité de la douleur (cf. annexe 5)
  - Degré de somnolence (cf. annexe 6)
  - Présence de ronflements
  - État respiratoire : fréquence (FR), amplitude (AR), saturation pulsatile en oxygène (saturométrie – SpO<sub>2</sub>)  
N.B. : Évaluer la FR et l'AR durant 60 secondes
  - Tension artérielle (TA) et pouls (pls)

***Aucun instrument de mesure ne saurait remplacer l'évaluation par un contrôle visuel du niveau d'analgésie et surtout du degré de somnolence des résidents ayant reçu un opiacé et ce, particulièrement la nuit.***

- Complète, en collaboration avec l’infirmière auxiliaire, l’outil clinique Hébé 0044 : *Surveillance clinique de la clientèle hébergée recevant des analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le SNC* (cf. annexe 7).
- Installe le résident en position latérale, la tête du lit élevée de 30° pendant son sommeil, si sa condition de santé le permet.
- Dépiste rapidement les signes précurseurs d’une dépression respiratoire :
  - Échelle de somnolence > 2 **ou**
  - **FR** < 10 **ou**
  - Périodes d’apnée ≥ 10 secondes **ou**
  - SpO<sub>2</sub> ≤ 91%

N.B. : Porter également attention aux ronflements. Ils peuvent indiquer une dépression respiratoire associée à l’obstruction des voies aériennes par la langue.
- Intervient rapidement en cas de détérioration de l’état de santé du résident incluant une dépression respiratoire (cf. annexe 8).
- Avise le médecin si :
  - Résident non soulagé par la médication
  - Présence d’effets secondaires
  - Signes de dépression respiratoire
  - Autres symptômes cliniques indésirables
- Rédige les notes d’observation au dossier et ajuste le PTI, le cas échéant.

## PROCESSUS D’ÉLABORATION ET D’APPROBATION

Rédigé par :	
	Avril 2009
Carole Dagenais, infirmière Conseillère cadre en soins infirmiers	
Consultations auprès de :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CECII</li> <li>• CIIA</li> <li>• France Robitaille, Chef du département pharmacie</li> </ul>	17 avril 2009 8 avril 2009 1 <sup>er</sup> mai 2009
Approuvé par :	
	Mai 2009
Aline Bourgon, infirmière Directrice des soins infirmiers et de la qualité	

---

## SOURCES ET RÉFÉRENCES

---

- CSSS Cœur-de-l'île (2007). Protocole infirmier P.I.-2 : Surveillance de la clientèle adulte et de la clientèle pédiatrique ( $\leq 12$  ans) : hospitalisées, hébergées et ambulatoires recevant des opiacés. Montréal. 7p.
- CSSS Jeanne-Mance (2008). Protocole de soins infirmiers No 08-01 : Surveillance clinique des résidents des centres d'hébergement qui reçoivent des opioïdes. Montréal.
- CSSS Jeanne-Mance (2008). Règle de soins infirmiers No 08-01 : Activité clinique : Dépistage, évaluation et suivi de la douleur en centre d'hébergement. Montréal. 10p.
- CSSS Lac-des-Deux-Montagnes (2007). Règle de soins infirmiers No R-006 : Dépistage et évaluation de la douleur. 13p.
- CSSS Lucille-Teasdale (2008). Protocole infirmier DSI-PRI-02 : Assurer la surveillance lors de l'administration d'un analgésique narcotique. Montréal. 10p.
- CSSS de Saint-Jérôme (2009). Programme de soins : Gestion de la douleur. Document de travail. Direction des soins infirmiers. 111p.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) (2006). Protocole infirmier No 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 (SNC). 10p.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). (2006). Règle de soins infirmiers No SI-02-05 : Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). (2007). Protocole No P-8.07 : Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique. 11p.
- Aubin, M. (28-02-2009 et 14-04-2009). Communications personnelles par courriels. Autorisation et procédure pour utilisation de l'outil d'évaluation de la douleur PACSLAC-F.
- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., LeMay, S., Hadjistavropoulos, T. et al (2007). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal of Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 27 (1) p. 45-55.
- Gélinas, C. (2004). Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments. *Perspective infirmière*. 2 (2). P. 23-27.
- Gélinas, C. (2007). Le thermomètre d'intensité de douleur : Un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique. *Perspective infirmière*. 4 (4). P. 12-20.
- Gélinas, C. (24-02-2009). Communication personnelle par courriel. Autorisation d'utiliser le thermomètre d'intensité de la douleur.
- Gélinas, C. et Besner, G. (2007). L'évaluation et le soulagement de la douleur aiguë et chronique : le rôle primordial de l'infirmière. Atelier de formation continue. OIIQ (2007-2008). 92p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2003). Guide d'application de la nouvelle *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la Santé*. 97p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2005). Douleur in PRN. Comprendre pour intervenir : guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières. Montréal. P. 283-313.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2009). Avis sur la surveillance des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central. 2<sup>ème</sup> édition. Montréal. 24p.

- Senneville, J. (2008). Présentation sur l'évaluation de la douleur (partielle). Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal.
- Voyer, P. (2006). La douleur in Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. ERPI, Montréal, p. 287-299.

---

## LISTE DES ANNEXES

---

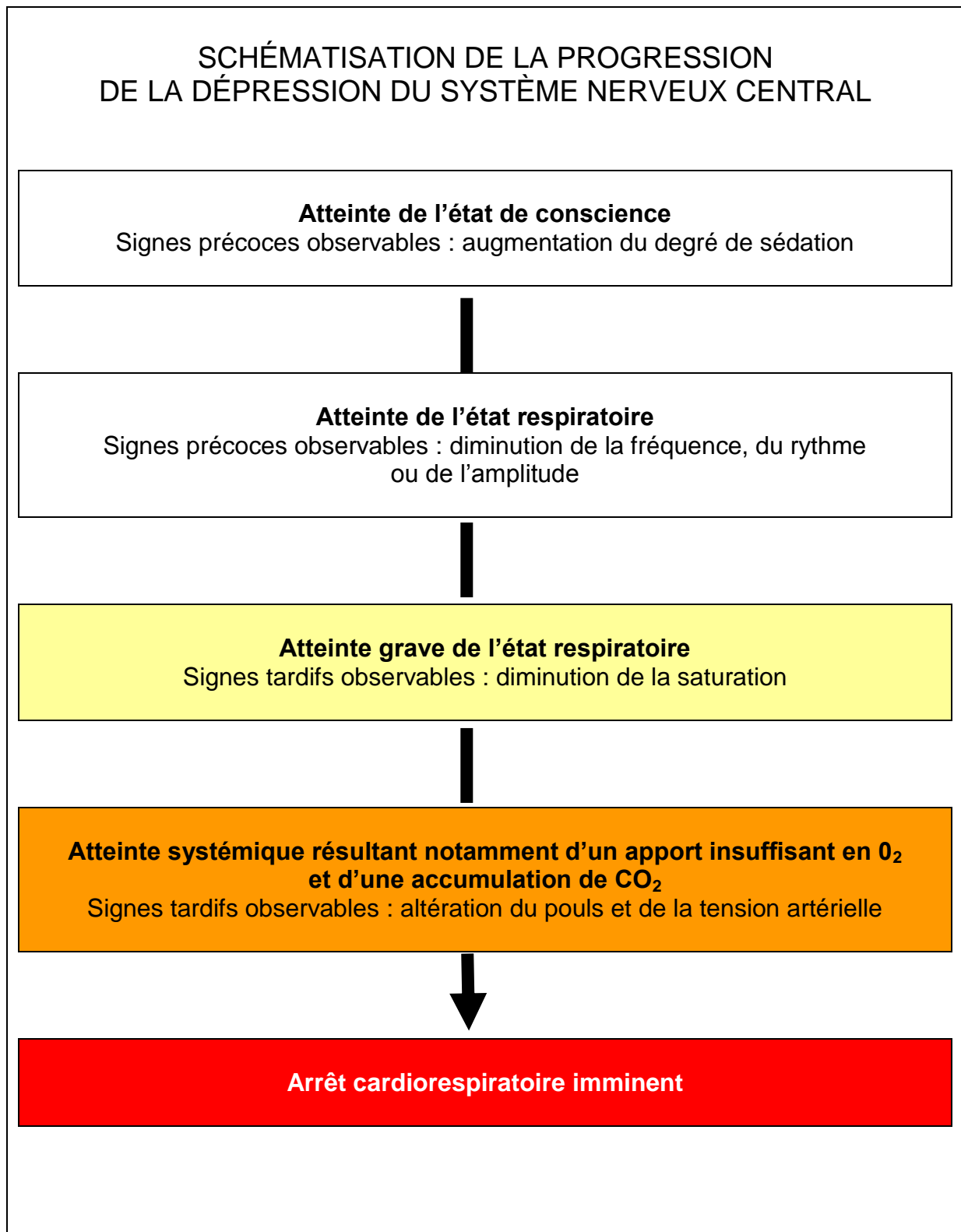
<b>Annexe 1</b>	Classes de médicaments pouvant entraîner une dépression du système nerveux central
<b>Annexe 2</b>	Schématisation de la progression de la dépression du système nerveux central (OIIQ, 2009)
<b>Annexe 3</b>	Début – Pic – Durée d'action des analgésiques opiacés
<b>Annexe 4</b>	Algorithmes de surveillance clinique de la dépression respiratoire : A. Lors de l'introduction ou de la modification d'un analgésique opiacé par voie parentérale (SC, I.M., transdermique) B. Lors du suivi particulier de la médication ayant un effet dépresseur sur le SNC
<b>Annexe 5</b>	Évaluation de la douleur : A. Méthode PQRSTU B. Thermomètre d'intensité de douleur (Gélinas, C. 2007) C. Grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer (PACSLSC-F) (Aubin et al, 2007)
<b>Annexe 6</b>	Échelle de somnolence
<b>Annexe 7</b>	Outil clinique Héb 0044 : <i>Surveillance clinique de la clientèle hébergée recevant des analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le SNC</i>
<b>Annexe 8</b>	Interventions en cas de problèmes

## Classes de médicaments pouvant entraîner une dépression du système nerveux central

<b>Opiacés</b>	Codéine (codéine) Fentanyl (duragesic) Hydromorphone (dilaudid) Hydromorphone LA (hydromorphe contin) Sulfate de morphine (M-eslon) Oxycodone (supeudol) Oxycodone LA (oxycontin) Oxycodone + acéta (percocet)	Oxycodone + aspirin (percodan) Morphine (doloral ou statex) Méthadone (metadol) Mépéridine (demerol) Tramadol (tridural, zytram ou ralivia) Pentazocine (talwin)
<b>Benzodiazépines</b>	Alprazolam (xanax) Oxazépam (serax) Lorazépam (ativan) Diazépam (valium) Clonazépam (rivotril)	Clobazam (frisium) Flurazépam (dalmane) Témazépam (restoril) Midazolam (versed) Nitrazépam (mogadon)
<b>Neuroleptiques</b>	Olanzapine (zyprexa) Risperidone (risperdal) Quétiapine (seroquel) Décanoate de fluphénazine (modecate) Fluphénazine (moditen)	Halopéridol (haldol) Chlorpromazine (largactil) Clozapine (clorazil) Propériciazine (Neuleptil) Loxapac (Loxapine)
<b>Antidépresseurs</b>	Venlafaxine (effexor) Amitriptyline (elavil) Nortriptyline (aventyl) Paroxétine (paxil) Sertraline (zoloft) Bupropion (wellbutrin, zyban) Citalopram (celexa) Doxépine (sinequan) Clomipramine (anafranil) Mirtazapine (remeron)	Trazodone (desyrel) Imipramine (tofranil) Moclobémide (manerix) Désipramine (norpramin) Fluoxétine (prozac) Fluvoxamine (luvox) Maprotiline (ludiomil) Phénelzine (nardil) Tranlycypromine (tarnate)
<b>Antiémétiques</b>	Dimenhydrinate (gravol) Prochlorpérazine (stemetil)	Ondansétron (zofran) Métoclopramide (maxeran)
<b>Antihistaminiques</b>	Hydroxyzine (atarax) Cétirizine (réactine) Cimétidine (tegamet) Famotidine (pepcid)	Loratadine (claritin) Diphénhydramine (benadryl) Ranitidine (zantac)
<b>Barbituriques</b>	Phénobarbital (phenobarbital)	Primidone (mysoline)
<b>Anticonvulsivants</b>	Phénytoïne (dilanatin) Ethosuximide (zarontin) Carbamazépine (tegretol) Acide valproïque (depakene) Divalproex sodique (epival) Gabapentine (neurontin)	Lamotrigine (lamictal) Lévétiracétam (keppra) Topiramate (topamax) Vigabatrin (sabril) Prégabaline (lyrica)

Source : CSSS Jeanne-Mance (2008). Protocole de soins infirmiers No 08-01 : Surveillance clinique des résidents des centres d'hébergement qui reçoivent des opioïdes. Annexe 3B.





Début – Pic – Durée d'action des analgésiques opiacés

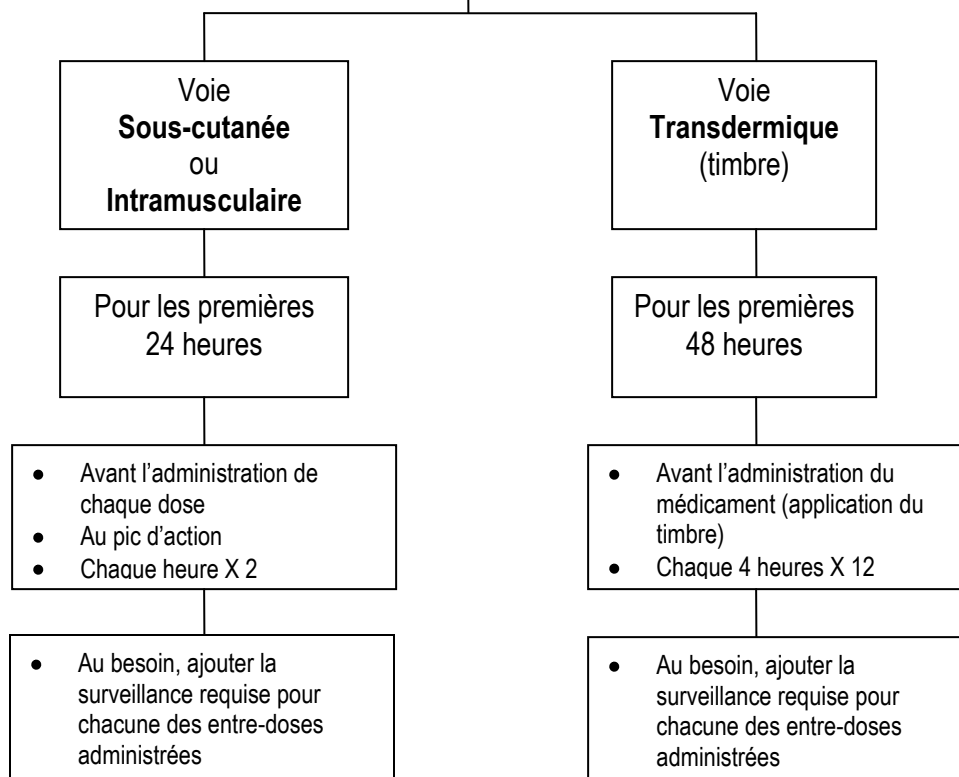
Médicament	Voie administration	Début d'action	Pic d'action	Durée d'action
<b>Codéine</b>	Voie orale courte action	30-60 min	1-1,5 h	4-6 h
	Voie orale longue action (Codéine Contin *)	30 -60 min	3-4 h	12 h
	SC	15-30 min	30-60 min	4-6 h
	IM	10-30 min	30-60 min	4-6 h
<b>Hydromorphone</b>	Voie orale courte action (Dilaudid)	15-30 min	30-60 min	4-5 h
	Voie orale longue action 12h (Hydromorph Contin *)	15-30 min	4-5 h	12 h
	Voie orale longue action 24h (Palladone XL)	15-30 min	Environ 8 h	24 h
	SC et IM	15 min	30-60 min	> 5 h
<b>Morphine</b>	Voie orale courte action Comprimé (Statex)	30 min	60 min	4-5 h
	Voie orale courte action liquide	20 min	60 min	4-5 h
	Voie sublinguale	2 min		
	Voie orale longue action 12h (M-Eslon)	60 min	4-5 h	12 h
	Voie orale longue action 24h (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
<b>Oxycodone</b>	Voie orale courte action (Supeudol)	10-15 min	30-60 min	3-6 h
	Voie orale longue action 12h (Oxy Contin *)	10-15 min	3 h	12 h
<b>Tramadol/acétaminophene</b>	Voie orale courte action (Tramacet *)	< 60 min	2-3 h	Ad 9 h
<b>Tramadol</b>	Voie orale longue action (Zytram XL *)	60 min	12 h	24 h
<b>Fentanyl</b>	Timbre (Duragésic)	6-8 h	24 h	72 h
	IM	7-15 min		1-2h
	IV	immédiat		30-60 min
	Voie transmuqueuse	5-15 min	15-30 min	selon niveau sanguin
<b>Méthadone</b>	Voie orale courte action (Métadol *)	30-60 min	1,5-2h	24-36 h

\* Ces médicaments ne sont pas inclus dans notre formulaire

Préparé par S. Gilbert, pharmacienne à l'IUGM (2006) et tiré du protocole clinique 001 : Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale incluant transdermique. CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (2007), annexe 1.

## SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉPRESSION RESPIRATOIRE

**Algorithme A (obligatoire)**  
Lors de l'introduction ou de la modification d'un analgésique opiacé  
par voie parentérale (SC, IM, transdermique)



### PARAMETRES CLINIQUES A EVALUER

(Voir au verso)

- ✓ Ajuster la fréquence de surveillance selon :
  - L'état de santé du résident, incluant la présence des facteurs de risque;
  - La durée d'action du médicament (ex. : peut doubler en présence d'insuffisance rénale ou hépatique)
  
- ✓ Reprendre la fréquence initiale de surveillance chaque fois que la dose est augmentée de façon importante (> 50%) OU qu'il y a changement de molécule.

## Paramètres cliniques à évaluer (analgésiques opiacés)

- L'intensité de la **douleur** (avec outil clinique approprié)
- Le niveau de **sédation** (avec échelle de somnolence)
- La présence de **ronflements**
- L'**état respiratoire** : fréquence (FR) – amplitude (AR) – saturométrie (SpO<sub>2</sub>)
- La **TA** et **pouls**
  - ✓ Prendre la respiration durant 60 secondes  
Noter aussi les périodes d'apnée  $\geq 5$  à 10 secondes.
  - ✓ Somnolence : Si le résident souffre de déficit cognitif grave, se référer à son état habituel  
ou encore à la saturation si échelle difficile à appliquer.
  - ✓ Surveiller les effets secondaires du médicament administré.

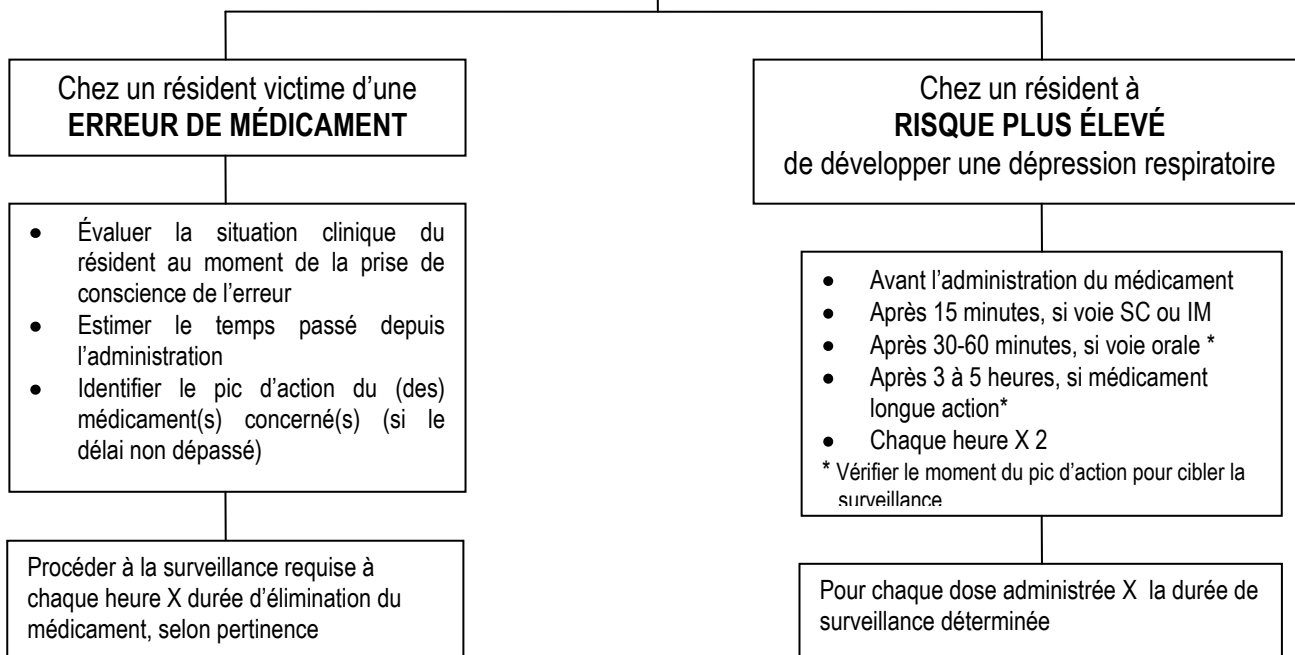
### ALERTE NURSING

- Augmenter la surveillance (fréquence, durée) si diminution significative de la respiration, présence de ronflements et périodes d'apnée. Aviser le médecin, si besoin.
- Si échelle de somnolence  $> 2$  ou FR  $< 10$  ou SpO<sub>2</sub>  $\leq 91\%$ 
  - aviser le médecin et le cadre clinique en responsabilité
  - débiter les interventions à faire en cas de dépression respiratoire.

## SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉPRESSION RESPIRATOIRE

### Algorithme B (si pertinent)

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



### Paramètres cliniques à évaluer

- L'intensité de la **douleur** (avec outil clinique approprié), si analgésique opiacé
- Le niveau de **sédation** (avec échelle de somnolence);
- La présence de **ronflements**;
- L'**état respiratoire** : fréquence (FR) – amplitude (AR) – saturométrie (SpO<sub>2</sub>);
- La **TA et pouls**.
  - ✓ Prendre la respiration durant 60 secondes. Noter aussi les périodes d'apnée ≥ 5 à 10 secondes.
  - ✓ Somnolence : Si le résident souffre de déficit cognitif grave, se référer à son état habituel ou encore à la saturation si échelle difficile à appliquer.
  - ✓ Surveiller les effets secondaires du médicament administré.

### ALERTE NURSING

- Augmenter la surveillance (fréquence, durée) si diminution significative de la respiration, présence de ronflements et périodes d'apnée. Aviser le médecin, si besoin.
- Si échelle de somnolence > 2 ou FR < 10 ou SpO<sub>2</sub> ≤ 91%
  - aviser le médecin et le cadre clinique en responsabilité
  - débiter les interventions à faire en cas de dépression respiratoire.

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

La douleur est un phénomène complexe et multidimensionnel impliquant plusieurs composantes. C'est une donnée subjective et, en ce sens, seul le résident peut signifier sa douleur. **Nul ne peut donc affirmer qu'un résident qui n'a formulé aucune plainte n'est pas souffrant.**

La douleur est maintenant considérée comme le **5<sup>ème</sup> signe vital**. Son évaluation consiste en une démarche active et structurée auprès du résident visant à valider la présence de paramètres de la douleur. Pour ce faire, il importe d'utiliser des outils cliniques reconnus, valides et adaptés à la clientèle desservie. Les outils retenus sont :

- a) La méthode PQRSTU
- b) Le thermomètre d'intensité de douleur (Gélinas, C. 2007)
- c) La grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer (PACSLAC-F) (Aubin et al, 2007)

Une collaboration interdisciplinaire est essentielle à l'évaluation de la douleur. Dans le cadre de la surveillance clinique de la dépression respiratoire, l'équipe soignante se partage les responsabilités de la façon suivante :

- L'infirmière évalue la douleur en :
  - utilisant la méthode PQRSTU pour effectuer une collecte de données complète;
  - procédant à un examen physique, en fonction des données recueillies (examen visuel, palpation, mobilisation, etc.);
  - choisissant l'outil d'évaluation d'intensité de la douleur approprié à la situation clinique;
  - déterminant le suivi clinique infirmier approprié, incluant les directives au PTI;
  - procédant à l'analyse des données obtenues, incluant la validation des observations des autres membres de l'équipe ou des proches;
  - se référant aux autres professionnels de l'équipe;
  - ajustant le suivi clinique infirmier en conséquence, incluant les directives au PTI;
  - consignant les notes au dossier.
- L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de la douleur en :
  - utilisant l'outil d'évaluation d'intensité de la douleur, selon les directives au PTI;
  - avisant l'infirmière des manifestations particulières pouvant être associées à la douleur;
  - consignant les notes au dossier.
- Le préposé aux bénéficiaires collabore en :
  - avisant l'infirmière de ses observations quant aux manifestations (plaintes, comportements) pouvant être associés à la douleur;
  - suivant les directives de l'infirmière (PTI), le cas échéant.

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

### Méthode PQRSTU

Cette méthode mnémotechnique s'avère utile pour recueillir des données permettant une évaluation complète de la douleur, par une approche systématique, selon la perspective du résident, capable d'auto-évaluation.

Chacune des lettres correspond à une notion spécifique évaluée à l'aide de questions ciblées (caractéristiques spatiales, temporelles, d'intensité et psychosociales) :

Lettre	Notion	Élément(s) évalué(s)
P	Provoquer	Ce qui a provoqué l'apparition et/ou l'aggravation de la douleur.
	Pallier	Ce qui soulage la douleur.
Q	Qualité	Description qualitative de la douleur (brûlure, élancement, crampe, etc.).
	Quantité	Intensité de la douleur (outil clinique).
R	Région	Localisation et irradiation (autres régions affectées) de la douleur.
S	Signes et symptômes associés	Signes (ex. : paramètres cliniques) et symptômes (nausées, faiblesse, anxiété, etc.) qui accompagnent la douleur
T	Temps	Début, durée, fréquence, progression de la douleur.
U	« Understand »	Signification pour le résident, expériences antérieures.

Sources : CSSS de Saint-Jérôme (2009). Programme de soins : Gestion de la douleur. DSI. Document de travail (p.34 et 65)  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2006). RS No SI-02-05. Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur. Annexe.  
OIIQ (2005). PRN : Comprendre pour intervenir. P. 284-285.

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

### Méthode PQRSTU

Date : \_\_\_\_\_

Notion évaluée	Exemples de questions	Réponses du résident
<b>P</b> : Provoquer / Pallier	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avez-vous mal?</li> <li>▪ Comment votre douleur est-elle apparue?</li> <li>▪ Qu'est-ce qui aggrave ou soulage votre douleur (activité, position)?</li> </ul>	
<b>Q</b> : Qualité (pour la <b>quantité</b> , référer à l'outil clinique approprié)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment avez-vous mal?</li> <li>▪ À quoi ressemblent vos douleurs (pincement? brûlure? serrement? picotements? crampe? etc.).</li> </ul>	
<b>R</b> : Région (localisation / irradiation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Où avez-vous mal?</li> <li>▪ Ressentez-vous de la douleur ailleurs?</li> </ul>	
<b>S</b> : Signes et symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avez-vous d'autres signes (palpitations, essoufflements, enflure, etc.) qui accompagnent votre douleur?</li> <li>▪ Avez-vous d'autres malaises associés à votre douleur?</li> <li>▪ Votre douleur limite-t-elle vos gestes / activités?</li> </ul>	
<b>T</b> : Temps (début, durée, fréquence, progression)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depuis quand avez-vous mal?</li> <li>▪ Quand avez-vous mal (tout le temps ou à certains moments de la journée)?</li> </ul>	
<b>U</b> : « Understand » (signification, expériences antérieures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selon vous, à quoi votre douleur est-elle due (problème, cause)?</li> <li>▪ Avez-vous déjà ressenti ce genre de douleur auparavant?</li> </ul>	

Signature : \_\_\_\_\_

Sources : CSSS de Saint-Jérôme (2009). Programme de soins : Gestion de la douleur. DSI. Document de travail (p.34 et 65)  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2006). RS No SI-02-05. Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur. Annexe.  
OIIQ (2005). PRN : Comprendre pour intervenir. P. 284-285.



## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

### Le thermomètre d'intensité de douleur (Gélinas, C. 2007)

Le thermomètre d'intensité de douleur de Gélinas (2007) facilite l'autoévaluation par le résident apte à l'utiliser (capable de communiquer; démence légère à modérée, MMSE > 15). Il regroupe quatre échelles pour un même outil (visuelle analogue, (*ligne verticale*), descriptive (*mots*), numérique (*chiffres*), visages).

Il est gradué de 0 à 10. Le format vertical rappelle le thermomètre et facilite ainsi l'interprétation de l'échelle pour les personnes âgées. Les couleurs jaune, orangé et rouge sont aussi recommandées pour la clientèle âgée car elles sont attrayantes et faciles à distinguer. Les six (6) visages dont les traits expriment différentes intensités, rencontrent également la préférence des usagers adultes pour ce type d'échelle. Les chiffres impairs sont indiqués à l'aide d'un pointillé permettant ainsi au résident de situer sa douleur entre deux visages. Enfin, il se présente en format 21,6cm sur 35,6cm pour en augmenter la visibilité.

	Intensité	Légende des visages	Interprétation
	10	Visage grimaçant aux caractéristiques précédentes encore plus marquées et des yeux fermés et plissés.	7-10 Sévère
	8	Visage au front plissé, un froncement des sourcils, des yeux plissés et des plis nasolabiaux plus apparents.	
	6	Visage au front plissé, un froncement de sourcils, des yeux un peu plissés et des plis nasolabiaux légèrement apparents.	5-6 Modéré
	4	Visage au début de tension au niveau des plis du front.	1-4 Légère
	2	Visage neutre, sérieux.	
	0	Visage détendu et souriant.	Absence de douleur

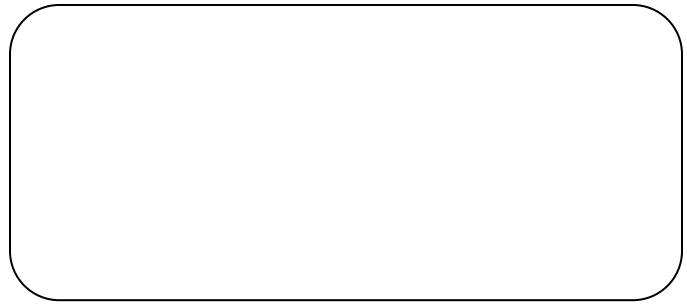
Sources : CSSS Jeanne-Mance (2008). RS No 08-01  
CSSS de Saint-Jérôme (2009).

Réf. : Gélinas, C. (2007).  
Gélinas, C. (2009).  
Gélinas, C. et Besner, G. (2007).



# THERMOMÈTRE D'INTENSITÉ DE DOULEUR

(Gélinas, 2007)



Voir le guide d'utilisation au verso

Apposer un crochet à l'endroit approprié

Échelle : numérique  couleurs  visages

<b>Date</b>									
<b>Heure</b>									
<b>Intensité</b>									
<b>10</b>									
<b>9</b>									
<b>8</b>									
<b>7</b>									
<b>6</b>									
<b>5</b>									
<b>4</b>									
<b>3</b>									
<b>2</b>									
<b>1</b>									
<b>0</b>									
<b>Initiales</b>									

<b>Légende :</b>	<b>0</b>	<b>Absence de douleur</b>	<b>5-6</b>	<b>Douleur modérée</b>
	<b>1-4</b>	<b>Douleur légère</b>	<b>7-10</b>	<b>Douleur sévère</b>

Initiales	Nom	Initiales	Nom

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

### PACSLAC-F<sup>1</sup>

#### Grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer

Le PACSLAC-F est un instrument d'observation multidimensionnel développé spécifiquement dans le contexte des soins de longue durée pour des résidents âgés incapables de communiquer. Il constitue l'adaptation canadienne-française de la grille d'observation anglaise, validée auprès d'une clientèle âgée hébergée du Québec. Il est recommandé pour l'évaluation de la douleur auprès de résidents atteints de démence avec troubles cognitifs sévères, chez qui le recours à un outil d'auto-évaluation de la douleur est impossible.

L'outil PACSLAC-F explore les dimensions sensorielle, affective, psychologique, cognitive et comportementale associées à la douleur. Il est constitué d'une liste de contrôle d'indicateurs de la douleur qui comporte 60 éléments, regroupés en quatre composantes :

- Expressions faciales (13 éléments)
- Activités et mouvements corporels (20 éléments)
- Comportement / personnalité / humeur (12 éléments)
- Autres (15 éléments)

Facile d'utilisation, il ne demande pas plus de 5 minutes à compléter. Il n'exige pas nécessairement de connaître le résident, ni que ce soit la même personne qui évalue le résident d'une fois à l'autre, car il n'y a pas d'intensité à évaluer; l'item est présent ou non. Il suffit de cocher chaque élément qui s'applique à ce qu'on observe auprès du résident. Le score global est obtenu en calculant le nombre total d'items cochés à la fin de la période d'observation déterminée (ponctuelle ou par quart de travail).

Par ailleurs, il n'existe pas encore de normes cliniques pour guider son interprétation (valeurs seuils à partir desquelles on peut considérer qu'il y a présence de douleur). Pour l'interpréter, il faut tenir compte de la variation du score d'une période d'observation à l'autre (ponctuelle ou d'un jour à l'autre). Son utilisation régulière est donc essentielle afin de noter la fluctuation du score global. On pourra alors soupçonner que le résident a de la douleur lorsque le score obtenu suite à une évaluation s'élève par rapport aux valeurs habituelles. L'exercice d'un jugement clinique rigoureux est donc primordial à l'interprétation des résultats.

Notons enfin, qu'une étude est actuellement en cours afin d'établir ces dites normes cliniques tenant lieu de valeurs seuils et vérifier l'utilité précise de l'instrument dans l'amélioration du soulagement de la douleur chez la clientèle visée.

L'utilisation de l'outil est donc recommandée chez la clientèle cible lorsque la situation clinique est complexe et que l'examen clinique de l'infirmière ne lui permet pas de confirmer la présence d'une douleur.

<sup>1</sup> Version française du « Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate » (Fuchs-Labelle et Hadjistavropoulos, 2004)

## **Guide d'utilisation de l'outil PACSLAC-F (Heb 0043- CSSS de St-Léonard et St-Michel) :**

- Pour chaque période déterminée, (date, heure ou quart de travail) cocher (✓) les éléments observés chez le résident.
- Additionner le nombre d'éléments qui ont été cochés et inscrire le score global.  
N.B. : Allouer seulement 1 point par élément observé, même si celui-ci a été coché plus d'une fois par période d'observation.
- Apposer vos initiales et votre signature, aux endroits indiqués.
- Répéter l'observation selon les besoins issus de la situation clinique.
- Observer la fluctuation du score global d'une période d'observation à l'autre.  
N.B. : Lorsque le score s'élève, on peut soupçonner la présence de douleur et tenter d'identifier une cause potentielle.

Sources : Aubin Dr, M. (2009).  
CSSS de Saint-Jérôme (2009).  
Senneville, J. (2008).  
Voyer, P. (2006).

**GRILLE D'OBSERVATION DE LA DOULEUR  
POUR LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES  
CAPACITÉS RÉDUITES À COMMUNIQUER  
PACSLAC-F ©**

Expressions faciales	Présent (✓)
Grimace	
Regard triste	
Visage renfermé	
Regard menaçant	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, augmentation du mouvement)	
Sourcils froncés	
Expression de douleur	
Visage sans expression	
Dents serrées	
Visage crispé	
Bouche ouverte	
Front plissé	
Nez froncé	
Activités et mouvements du corps	Présent (✓)
Bouge sans arrêt	
Se recule	
Nerveux	
Hyperactif	
Marche sans arrêt	
Errance	
Tente de fuir	
Refuse de bouger	
Bouscule	
Diminution de l'activité	
Refuse la médication	
Bouge lentement	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)	
Non coopératif / résistant aux soins	
Protège le site de la douleur	
Touche ou soutient le site de la douleur	
Claudication	
Poings serrés	
Prend la position fœtale	
Raideur / rigidité	

Comportement/personnalité/humeur	Présent (✓)
Agression physique (ex. pousser les autres ou les objets, griffer, frapper les autres des mains ou des pieds)	
Agression verbale	
Refuse d'être touché	
Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Fâché / mécontent	
Lance des objets	
Augmentation de la confusion	
Anxieux	
Bouleversé	
Agité	
Impatient / irritable	
Frustré	
Autres *	Présent (✓)
Pâleur du visage	
Rougeurs au visage	
Yeux larmoyants	
Transpiration excessive	
Tremblements	
Peau froide et moite	
Changements au niveau du sommeil : <i>Encerclez un ou l'autre des énoncés</i> ♦ Diminution du sommeil <b>ou</b> ♦ Augmentation du sommeil <i>durant le jour</i>	
Changements au niveau de l'appétit : <i>Encerclez un ou l'autre des énoncés</i> ♦ Diminution de l'appétit <b>ou</b> ♦ Augmentation de l'appétit	
Cris / hurlements	
Appel à l'aide	
Pleure	
Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur (ex. aie, ouch)	
Gémit / se plaint	
Marmonne	
Grogne	

Les droits d'auteur du PACSLAC-F sont détenus par Sylvie LeMay, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas Hadjistavropoulos et Michèle Aubin. Le PACSLAC-F est reproduit ici avec leur permission. Pour obtenir la permission d'utiliser le PACSLAC-F, veuillez joindre Michèle Aubin ([michele.aubin@mfa.ulaval.ca](mailto:michele.aubin@mfa.ulaval.ca)) ou Thomas Hadjistavropoulos ([thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca](mailto:thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca))

## **Guide d'utilisation de l'outil PACSLAC-F (Heb 0043- CSSS de St-Léonard et St-Michel) :**

- Pour chaque période déterminée, (date, heure ou quart de travail) cocher (✓) les éléments observés chez le résident.
- Additionner le nombre d'éléments qui ont été cochés et inscrire le score global.  
N.B. : Allouer seulement 1 point par élément observé, même si celui-ci a été coché plus d'une fois par période d'observation.
- Apposer vos initiales et votre signature, aux endroits indiqués.
- Répéter l'observation selon les besoins issus de la situation clinique.
- Observer la fluctuation du score global d'une période d'observation à l'autre.  
N.B. : Lorsque le score s'élève, on peut soupçonner la présence de douleur et tenter d'identifier une cause potentielle.

**GRILLE D'OBSERVATION DE LA DOULEUR POUR  
LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES CAPACITÉS  
RÉDUITES À COMMUNIQUER  
PACSLAC-F©**

Cocher (✓) les éléments observés au moment choisi et les additionner pour obtenir le score global.  
N.B. : Allouer 1 point par élément observé même si coché plus d'une fois par période d'observation.

Date									
Quart de travail ou heure									
<b>Expressions faciales</b>									
Grimace									
Regard triste									
Visage renfermé									
Regard menaçant									
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, augmentation du mouvement)									
Sourcils froncés									
Expression de douleur									
Visage sans expression									
Dents serrées									
Visage crispé									
Bouche ouverte									
Front plissé									
Nez froncé									
<b>Activités et mouvements du corps</b>									
Bouge sans arrêt									
Se recule									
Nerveux									
Hyperactif									
Marche sans arrêt									
Errance									
Tente de fuir									
Refuse de bouger									
Bouscule									
Diminution de l'activité									
Refuse la médication									
Bouge lentement									
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)									
Non coopératif / résistant aux soins									
Protège le site de la douleur									
Touche ou soutient le site de la douleur									
Claudication									
Poings serrés									
Prend la position fœtale									
Raideur / rigidité									

Date									
Quart de travail ou heure									
<b>Comportement/personnalité/humeur</b>									
Agression physique (ex. pousser les autres ou les objets, griffer, frapper les autres des mains ou des pieds)									
Agression verbale									
Refuse d'être touché									
Ne permet pas aux autres de s'approcher									
Fâché / mécontent									
Lance des objets									
Augmentation de la confusion									
Anxieux									
Bouleversé									
Agité									
Impatient / irritable									
Frustré									
<b>Autres *</b>									
Pâleur du visage									
Rougeurs au visage									
Yeux larmoyants									
Transpiration excessive									
Tremblements									
Peau froide et moite									
Changements au niveau du sommeil : <b>Spécifier ↑ ou ↓</b> ▲ Diminution du sommeil (↓) ou ▲ Augmentation du sommeil <b>durant</b> <b>le jour</b> (↑)									
Changements au niveau de l'appétit : <b>Spécifier ↑ ou ↓</b> ▲ Diminution de l'appétit (↓) ou ▲ Augmentation de l'appétit (↑)									
Cris / hurlements									
Appel à l'aide									
Pleure									
Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur (ex. : aie , ouch )									
Gémit / se plaint									
Marmonne									
Grogne									
<b>Score global</b>									
<b>Initiales</b>									

Initiales	Nom	Initiales	Nom



## 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)

**SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE**  
Recevant des analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépressur sur le SNC

N.B. : Évaluer les paramètres selon l'algorithme correspondant au motif de surveillance.

<p><b>MOTIF DE LA SURVEILLANCE :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction d'un analgésique opiacé</li> <li>2. Modification de l'analgésique opiacé : A) ↑ de la dose B) changement de molécule</li> <li>3. Erreur de médicament</li> <li>4. Risque plus élevé de dépression respiratoire</li> <li>5. Administration de naloxone</li> </ol>	<p><b>FACTEURS DE RISQUE (cochez √) :</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PÂ ≥ 70 ans</td> <td><input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Naïveté aux opiacés (prise d'opiacés depuis &lt; 1 semaine)</td> <td><input type="checkbox"/> Traumatisme crânien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MPOC</td> <td><input type="checkbox"/> Douleur intense qui cesse subitement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apnée du sommeil</td> <td><input type="checkbox"/> Obésité (IMC &gt; 35)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</td> <td><input type="checkbox"/> Médicaments dépressur du SNC</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PÂ ≥ 70 ans	<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/> Naïveté aux opiacés (prise d'opiacés depuis < 1 semaine)	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> MPOC	<input type="checkbox"/> Douleur intense qui cesse subitement	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Obésité (IMC > 35)	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Médicaments dépressur du SNC
<input type="checkbox"/> PÂ ≥ 70 ans	<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique										
<input type="checkbox"/> Naïveté aux opiacés (prise d'opiacés depuis < 1 semaine)	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien										
<input type="checkbox"/> MPOC	<input type="checkbox"/> Douleur intense qui cesse subitement										
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Obésité (IMC > 35)										
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Médicaments dépressur du SNC										

**INTENSITÉ DE LA DOULEUR (cochez √) :**

Thermomètre (Gélinas, 2007) ( 0 à 10)

numérique  couleurs  visages

PACSLAC-F (0 à 60)

**ÉCHELLE DE SOMNOLENCE :**

0 = Éveillé

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

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

3 = Sévère (ouvre les yeux avec stimulation douloureuse)

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

**EFFETS SECONDAIRES :**

0 = Aucun                      2 = Constipation                      4 = Dépression respiratoire

1 = Nausées/Vomis.                      3 = Prurit                      5 = Autres (hallucinations, agitation, etc.)

Année : \_\_\_\_\_

Mois / Jour	Heure	Médicaments (Nom, dose, voie administration)	Motif de surveillance	Intensité de la douleur	Degré de somnolence	Ronflements √ si présents	État respiratoire			TA	Pouls	Effets secondaires	Initiales
							FR/min	AR*	Sat O <sub>2</sub>				

\* Amplitude respiratoire : N = Normale S=Superficielle P=Profonde D=Dyspnée difficile et laborieuse A=Apnée

Année : \_\_\_\_\_

Mois Jour	Heure	Médicaments (Nom, dose, voie administration)	Motif de surveillance	Intensité de la douleur	Degré de somnolence	Ronflements ✓ si présents	État respiratoire			TA	Pouls	Effets secondaires	Initiales
							FR/min	AR*	Sat O <sub>2</sub>				

\* Amplitude respiratoire : N = Normale S=Superficielle P=Profonde D=Dyspnée difficile et laborieuse A=Apnée

Initiales	Nom	Initiales	Nom

## INTERVENTIONS EN CAS DE PROBLÈMES lors de l'utilisation d'analgésiques opiacés ou autres médicaments dépresseurs du SNC

- ✓ Si diminution significative de la respiration, présence de ronflements et périodes d'apnée :
  - ◆ Augmenter la surveillance (fréquence, durée);
  - ◆ Aviser le médecin, si besoin.
  
- ✓ Dépister les signes précurseurs d'une dépression respiratoire :
  - ◆ Échelle de somnolence >2 ou
  - ◆ Fréquence respiratoire (FR) <10 ou
  - ◆ Périodes d'apnée ≥10 secondes ou
  - ◆ SpO<sub>2</sub> ≤ 91%.
  
- ✓ Débuter les interventions en cas de dépression respiratoire :
  1. Assurer un bon dégagement des voies aériennes;
  2. Aviser le médecin et le cadre clinique en responsabilité, selon la procédure en vigueur;
  3. Demeurer au chevet du résident et assurer une surveillance étroite;
  4. Stimuler la respiration profonde par des ordres verbaux clairs jusqu'à ce qu'il soit plus éveillé et alerte;
  5. Surveiller chaque 10 minutes, l'état respiratoire et la sédation jusqu'à ce que l'échelle de somnolence soit ≤ 2 ou FR ≥ 8 ou SpO<sub>2</sub> > 90% de façon soutenue (3 évaluations consécutives);
  6. Administrer l'O<sub>2</sub> selon l'ordonnance médicale No 13 : « Administrer l'O<sub>2</sub> en situation d'urgence » (volet dépression respiratoire) ou l'ordonnance médicale individuelle;
  7. Vérifier tous les médicaments ayant un effet dépresseur sur le SNC et discuter avec le médecin de la conduite à tenir (omission, surveillance);
  8. Si dépression respiratoire secondaire à la prise d'opiacé, suivre le protocole clinique No 002 : « surveillance en cas d'une surdose d'un opiacé et utilisation de la nalaxone (Narcan<sup>MD</sup>) pour renverser une dépression respiratoire ».

Sources : CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (2007). Protocoles cliniques No 001, p. 7 et No 002.  
CSSS Cœur de l'Île (2007). Protocole infirmier P.I.-2 p. 6.  
Gélinas, C. (2004), p. 26.  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (2006). Protocole infirmier No 01-2006.