

# Les narcotiques en milieu hospitalier

Jacques Ramsay

**L**E BUREAU DU CORONER rappelait récemment que, depuis 1999, douze personnes sont mortes à la suite de l'utilisation de narcotiques en milieu hospitalier. Un nombre beaucoup plus considérable de patients, sans doute, ont été traités juste avant l'arrêt respiratoire et ont pu être sauvés *in extremis* grâce à des manœuvres urgentes. Il convient donc de prendre acte.

Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours, dit la maxime. De tout temps, le soulagement de la douleur a fait partie des devoirs du médecin. Néanmoins, l'ère de l'oligo-analgésie est bien révolue, et les médecins sont désormais tenus de contrer la douleur du mieux qu'ils le peuvent en visant un soulagement complet. Or, la marge est ténue entre une bonne analgésie et une sédation dangereuse.

Dans un avis récent, il a été montré que plusieurs facteurs ont contribué au décès du patient. L'analyse de ces facteurs m'a inspiré un petit aide-mémoire sans prétention que je vous sou mets pour vous rappeler les principaux écueils à éviter lorsque vous traitez un patient pour une douleur aiguë. Ces quelques précautions toutes simples devraient vous permettre de rendre votre pratique plus sûre.

**N**aloxone. Ne prescrivez jamais de narcotiques parentéraux sans vous être assuré que vous pouvez inverser une éventuelle sédation. Connaissiez les doses de naloxone à utiliser en cas de surdose d'opioïde. Si vous redoutez un sevrage, commencez chez l'adulte par une petite dose et augmentez jusqu'à ce que vous ayez atteint l'effet désiré. En cas de réponse positive du patient et en considérant la courte demi-vie de la naloxone, considérez fortement la mise

en place d'une perfusion de 2 mg dans 500 ml de solution physiologique à raison de 100 ml ou 0,4 mg/h.

**A**cétaminophène et anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'utilisation d'analgésiques non narcotiques est fortement recommandée dans tous les cas, à moins de contre-indications strictes. Lorsque la douleur est de légère à modérée, ces derniers sont suffisants pour apporter un soulagement. Si la douleur est plus forte, on pourra initialement prescrire ces médicaments ou encore prescrire sans délai, simultanément, un agent narcotique et un agent non narcotique<sup>1</sup>. Certaines douleurs, comme celle qui est associée à la colique néphrétique, réagissent très bien aux AINS<sup>2</sup>. De manière générale, l'usage d'analgésiques non narcotiques permet de réduire la posologie de narcotiques et, partant, d'en diminuer les effets indésirables.

**R**évaluation fréquente. La douleur aiguë fluctue rapidement. Or, les narcotiques sont métabolisés beaucoup moins rapidement si la douleur est moindre. Attention donc aux prescriptions qui prévoient l'administration de narcotiques aux trois heures sans prendre en considération cette fluctuation. La colique néphrétique, par exemple, évolue en trois phases. La première, qui précède généralement l'arrivée à la salle d'urgence, en est une d'installation. Puis vient la phase dite constante, qui dure entre une et quatre heures et exceptionnellement jusqu'à douze heures. En dernier lieu vient la phase d'accalmie pendant laquelle la douleur diminue rapidement sur une période de une à trois heures<sup>3</sup>. En cas de doute, réduisez la posologie ou assurez-vous que l'infirmière administre le médicament à une dose qui tient compte du niveau de douleur mesuré à l'aide d'une échelle de un à dix. « Rrrrrr » également pour ronfler qui signifie qu'il y a une obstruction des

Le Dr Jacques Ramsay, coroner, travaille au Bureau du coroner à Montréal.

voies respiratoires supérieures et qu'il faut faire preuve d'une prudence accrue.

**C**oanalgésiques. L'utilisation de coanalgésique est parfois nécessaire. Il faut alors les prendre en considération dans le calcul de la posologie du narcotique. Les principaux coanalgésiques sont les benzodiazépines, les neuroleptiques et les antiémétiques tels que le dimenhhydrinate (Gravol®) ou le mésylate de prochlorpérazine (Stémétil®). Par ailleurs, si le patient devient nauséux et vomit, ce pourrait être, bien sûr, à cause de l'affection sous-jacente, mais aussi en raison de l'opiacé. Il convient alors de bien évaluer la situation plutôt que de prescrire inopinément un antiémétique qui risque de potentialiser les effets indésirables du narcotique.

**O**xygène. Lorsque le niveau de saturation en oxygène diminue, en plus de songer à la naloxone, il faut stimuler le patient pour le réveiller, le placer en position assise et lui fournir un apport en oxygène. Au besoin, on aura recours à l'hyperventilation, car si l'hypoxie et l'hypercapnie ont été prolongées, il faut aussi vérifier le pH et corriger l'acidose.

**T**oujours ajuster la posologie petit à petit. La voie intraveineuse vous offre l'avantage de pouvoir augmenter graduellement votre narcotique par petits bolus jusqu'à l'obtention de l'effet désiré. À l'urgence, la morphine reste le narcotique de choix par voie intraveineuse. Sauf dans des cas rarissimes, elle devrait parvenir à soulager tous vos patients.

**I**atrogène, action. *Primum non nocere*. Pour prescrire intelligemment, il faut essayer de déceler chez votre patient les maladies concomitantes qui pourraient s'aggraver en présence d'un narcotique. Il faut particulièrement se méfier des troubles respiratoires qui s'accompagnent d'hypoxie ou d'hypercapnie, qu'il s'agisse d'un état permanent ou d'un état dont les effets ne sont que transitoires ou nocturnes, comme dans l'apnée obstructive du sommeil (AOS). Bien qu'elle soit souvent méconnue, l'AOS est fréquente puisque de 2 % à 4 % de la population adulte en souffre. Outre les maladies respiratoires, il faut prendre en considération toute maladie débilitante de même que l'hypotension. Par ailleurs, et même s'il ne s'agit

évidemment pas de maladies concomitantes, il faut se rappeler que les plus jeunes et les plus vieux sont particulièrement sensibles aux effets des narcotiques et nécessitent des ajustements importants des doses et une prise en charge attentive.

**Q**ualité, gestion des risques et contrôle de la qualité. Dans le but d'améliorer la qualité de l'acte médical et infirmier, le personnel de la santé devrait prendre l'habitude de signaler au Comité de gestion des risques et de la qualité de son établissement tout accident, incident ou « échappée belle » mettant en cause l'utilisation de narcotiques. Certainement, toute utilisation de naloxone devrait faire l'objet d'un rapport d'accident.

**U**sage de contentions chez un patient sous narcotique. Cet usage est fortement déconseillé. Même l'utilisation des ridelles doit être soupesée en fonction des bienfaits et des risques. Si la préoccupation est de préserver l'accès veineux, on aura recours à un bouchon Luer-Lock® plutôt qu'à une tubulure. Ainsi, au lieu d'une perfusion continue de naloxone, on utilisera des bolus de naloxone. Par ailleurs, si le patient est agité, il faut tout d'abord penser à l'hypoxie. Dans un tel cas, la contention provoque de l'anxiété et ne fait qu'aggraver l'hypoxie. Très certainement, des contentions qui forcent un patient à demeurer couché sur le dos sont à proscrire puisque c'est une position souvent associée à une gêne respiratoire, particulièrement chez les personnes obèses. Le lit devrait de préférence être à un angle de 30 degrés, et le patient devrait être placé en décubitus latéral.

**É**quianalgésie. La pratique de la médecine impose parfois de passer d'un narcotique à un autre ou encore d'une formulation à courte durée d'action à une formulation à action prolongée. Il importe donc de bien maîtriser les équivalences pour éviter de faire des sauts incongrus dans la posologie. Pour une analgésie par voie sous-cutanée, il faut généralement multiplier l'équivalent intraveineux par un facteur de 1,33. Par ailleurs, l'équivalence d'un agent à l'autre peut varier selon qu'il est question de douleur aiguë ou chronique. C'est le cas de la morphine et de l'hydromorphone (Dilaudid®). Dans le cas d'un patient qui n'est pas habitué aux opioïdes

(*opioid-naïve*), 1 mg d'hydromorphone équivaldra à 7 mg de morphine alors que chez le patient utilisant des narcotiques de façon chronique, 1 mg d'hydromorphone sera plutôt équivalent à 5 mg de morphine.

**S**urveillance. C'est un élément fondamental qui doit faire partie de tout protocole d'administration de narcotiques. Si cette tâche est souvent dévolue au personnel infirmier, c'est le rôle des médecins de faire pression pour qu'un protocole de surveillance soit adopté dans leur établissement. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a aussi déposé un avis à cette fin<sup>4</sup>. Cette surveillance doit se faire régulièrement, de préférence au pic d'action puis aux heures, et sur une feuille standardisée où est notée l'administration de tous les analgésiques et coanalgésiques. Elle doit inclure une évaluation des degrés de sédation<sup>5</sup> et d'intensité de la douleur ainsi qu'une mesure de la saturation pulsatile en oxygène (SpO<sub>2</sub>). On doit y consigner la présence ou non de ronflements de même que les signes vitaux, dont la fréquence cardiaque et la pression artérielle mais aussi la fréquence respiratoire, cette dernière étant encore trop souvent escamotée. Enfin, cette surveillance standardisée doit s'accompagner de directives claires sur les mesures à prendre lorsque un ou plusieurs paramètres sont altérés. ☞

Date de réception : 6 avril 2006  
Date d'acceptation : 13 avril 2006

## Bibliographie

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN) : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 5<sup>e</sup> éd. Mars 2006. 68 p.
2. Holdgate A, Pollock T. Nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) versus opioid for acute renal colic. The Cochrane Database Systematic Review 2004, n° 1, article n° CD00413710.1002/14651858.
3. Leslie SW. Nephrolithiasis: Acute renal colic ». *eMedicine* 2005. Site Internet : [www.emedicine.com/MED/topic3437.htm](http://www.emedicine.com/MED/topic3437.htm) (Page consultée le 10 janvier 2006)
4. Anonyme. Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 31 octobre 2004. Site Internet : [www.oiiq.org/uploads/publications/avis/surveillance\\_medicale.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/surveillance_medicale.pdf) (Page consultée le 10 janvier 2006)
5. Pasero CL, McCaffery M. Avoiding opioid-induced respiratory depression. *Am J Nurs* 1994 ; 94 (4) : 24-31.



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DE LA DOULEUR CHRONIQUE

## Bourses de formation clinique

***L'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) regroupe tous les patients québécois souffrant de douleur chronique.***

Nous sommes un organisme de bienfaisance qui s'est donné comme un de ses objectifs de favoriser la formation des professionnels de la santé tels que les médecins, les infirmières et infirmiers, les thérapeutes en réadaptation, les psychologues, les physiothérapeutes, bref tous les spécialistes œuvrant dans le domaine de la douleur.

Cette année, l'AQDC a institué un programme de bourses de formation clinique. Six bourses d'une valeur de 5 000 \$ chacune seront annoncées le 17 novembre prochain lors du colloque de la Société québécoise de la douleur. Elles offrent aux professionnels de la santé la possibilité de s'inscrire à des formations particulières dans le domaine de la douleur.

Les règles d'attribution relatives à l'approbation de toute demande peuvent être consultées sur le site Web de l'Association au [www.douleurchronique.org](http://www.douleurchronique.org) ainsi que les documents à joindre au questionnaire dûment rempli.

Ce dernier est téléchargeable via ce même site ou en vous adressant à l'AQDC au :

Téléphone : (514) 355-4198  
Courriel : [aqdc@douleurchronique.org](mailto:aqdc@douleurchronique.org)

**Veillez faire parvenir votre demande, au plus tard le 15 septembre 2006 à :**

**D<sup>re</sup> Aline Boulanger**  
**Présidente du comité des bourses de l'AQDC**  
**C.P. 61, Maison de la poste**  
**Montréal (Québec) H3B 3J5**

Note : Pour les demandes envoyées par la poste, la date limite du 15 septembre 2006 est également de rigueur, le cachet de la poste faisant foi.