

# L'ANALGÉSIE À L'URGENCE

## Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec



MARS 2006



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité  
au service du public*

## Table des matières

L'analgésie à l'urgence : encore un problème important . . . . .	3
<b>1 Des causes de la sous-utilisation de l'analgésie à l'urgence . . . . .</b>	<b>4</b>
<b>2 Douleur et analgésie : des définitions . . . . .</b>	<b>5</b>
<b>3 L'évaluation et le diagnostic de la douleur . . . . .</b>	<b>5</b>
3.1 Évaluation	
3.2 Diagnostic	
3.3 Types de douleurs	
<b>4 Pharmacologie . . . . .</b>	<b>8</b>
4.1 Principaux opioïdes prescrits à l'urgence	
4.2 Effets secondaires	
4.3 Voie d'administration du médicament	
4.4 Titrage	
4.5 Surveillance de l'analgésie	
4.6 Réévaluation de l'analgésie	
4.7 Patients à risque	
4.8 Mises en garde	
4.9 Élaboration d'outils d'évaluation	
<b>5 Patients ambulatoires . . . . .</b>	<b>16</b>
<b>6 Les méthodes analgésiques non pharmacologiques . . . . .</b>	<b>17</b>
<b>7 Le congé de l'urgence et le suivi du patient . . . . .</b>	<b>18</b>
7.1 Importance du suivi	

## **8 Analgésie dans des conditions particulières . . . . . 19**

- 8.1 Pédiatrie
  - 8.1.1 Méthodes non médicamenteuses
  - 8.1.2 Évaluation de la douleur
  - 8.1.3 Administration de l’analgésique
- 8.2 Gériatrie
  - 8.2.1 Évaluation de la douleur
  - 8.2.2 Choix de l’analgésique
  - 8.2.3 Précautions relatives au congé
- 8.3 Douleur abdominale aiguë
- 8.4 Traumatologie
- 8.5 Dépendance aux opioïdes
- 8.6 Grossesse

## **Conclusion . . . . . 24**

### **Tableaux**

- Tableau I Types de douleurs et implications thérapeutiques . . . . . **7**
- Tableau II Opioïdes couramment utilisés à l’urgence . . . . . **8**
- Tableau III Paramètres pharmacocinétiques des opioïdes administrés par voie intraveineuse . . . . . **9**
- Tableau IV Paramètres pharmacocinétiques de la naloxone . . . . . **13**
- Tableau V Paramètres pharmacocinétiques des principaux opioïdes administrés par voie orale aux patients ambulatoires de l’urgence . . . . . **16**

### **Figures**

- Figure 1 Échelle visuelle analogique . . . . . **6**
- Figure 2 Échelle d’expressions faciales . . . . . **20**

## **Annexes . . . . . 25**

- Annexe A Ordonnances individuelles préétablies (Administration d’opioïdes par voie intraveineuse à l’urgence)
- Annexe B Surveillance de l’analgésie

## **Références . . . . . 27**

## L'analgésie à l'urgence : encore un problème important

La douleur est un des symptômes le plus fréquemment évoqués au cours d'une consultation à l'urgence. C'est aussi à l'urgence que sont souvent effectuées des interventions diagnostiques ou thérapeutiques pouvant être douloureuses. Pourtant, malgré l'arsenal thérapeutique dont dispose le médecin, l'observation du vécu quotidien dans cette unité de soins et l'analyse de la documentation médicale montrent que le traitement de la douleur y constitue encore un problème important. En effet, il a été démontré que le patient n'est souvent pas soulagé adéquatement durant son séjour à l'urgence. Certains patients souffrants ne reçoivent aucune analgésie, alors que d'autres doivent attendre trop longtemps avant d'être soulagés. De plus, il arrive fréquemment que le patient reçoive un analgésique en quantité insuffisante pour le soulager efficacement et le rendre confortable<sup>1</sup>.

Les experts sont, quant à eux, de plus en plus convaincus qu'il existe une relation entre la douleur aiguë mal soulagée et persistante et le risque de syndrome de douleur chronique. Un patient non soulagé peut acquérir une « mémoire » de la douleur<sup>2</sup>, qui a des effets néfastes à la fois physiologiques et psychologiques. En revanche, un traitement adéquat et précoce de la douleur aiguë à l'urgence favoriserait la guérison.

Un patient souffrant est souvent en détresse, anxieux et peu coopératif. Une fois soulagé, il est habituellement plus calme et en mesure de collaborer aux soins.

Le patient à l'urgence a le droit d'être soulagé adéquatement, et les médecins le devoir de prendre les mesures nécessaires pour soulager sa douleur. Cependant, le traitement de la douleur aiguë à l'urgence peut être risqué faute de bonnes connaissances pharmacologiques et d'une surveillance clinique appropriée. Certains événements malheureux récents en témoignent.

Aussi, le Collège des médecins du Québec a élaboré les lignes directrices *L'analgésie à l'urgence*, qui fournissent un cadre de référence pour l'utilisation adéquate et sécuritaire de l'analgésie à l'urgence. Ce document incite les médecins à se préoccuper davantage du soulagement de la douleur à l'urgence et à suivre les directives établies concernant le choix et l'administration sécuritaire des opioïdes ainsi que la surveillance des patients qui reçoivent ces analgésiques.



## **1 Des causes de la sous-utilisation de l'analgésie à l'urgence**

Certains mythes, croyances et réserves à propos du soulagement de la douleur peuvent expliquer les causes de la sous-utilisation de l'analgésie à l'urgence. En voici les principaux.

### **Une préoccupation compulsive pour le diagnostic**

L'absence de diagnostic précis ne doit pas servir de prétexte aux médecins pour différer le soulagement de la douleur. La crainte exagérée chez certains de modifier l'examen physique et, ainsi, de retarder ou de masquer un diagnostic n'a jamais été soutenue par des preuves scientifiques. Le médecin d'urgence dispose maintenant d'un plateau technique de pointe qui lui permet d'établir rapidement des diagnostics précis tout en soulageant efficacement le patient.

### **La sous-estimation de la douleur**

Il a été démontré que l'évaluation de la douleur par les divers intervenants à l'urgence est différente de celle qu'en fait le patient. De façon générale, le personnel soignant sous-estime souvent la douleur.

### **Des connaissances pharmacologiques insuffisantes**

Des connaissances insuffisantes en pharmacologie et un manque d'information sur les principaux analgésiques contribuent à la sous-utilisation de l'analgésie à l'urgence.

### **La crainte de la dépression respiratoire**

Une bonne connaissance de l'arsenal thérapeutique, conjuguée à une réévaluation judicieuse et à une surveillance attentive du patient, prévient généralement la survenue de réactions indésirables, telle la dépression respiratoire.

### **La crainte de la dépendance physique**

Il n'a pas été démontré que la prescription d'opioïdes pour traiter la douleur aiguë à l'urgence entraîne une accoutumance<sup>3,4</sup>. L'arrêt brusque de l'utilisation prolongée d'opioïdes peut provoquer un syndrome de sevrage, qu'il faut distinguer d'une dépendance qui se traduit par la recherche compulsive et l'utilisation inappropriée de ce type d'analgésique.

### **Le mythe de la réponse universelle**

La réponse à un analgésique ou à une dose donnée est propre à chaque patient. Il est donc faux de croire que chaque patient devrait recevoir la même dose pour être soulagé. Aussi, le choix de l'analgésique et la posologie doivent toujours être individualisés.

## Les effets sur le consentement éclairé

Aucune étude n'a corroboré le mythe selon lequel un patient sous opioïdes n'est pas en mesure de consentir à une intervention chirurgicale de façon éclairée. Au contraire, la douleur perturberait davantage la prise de décisions. Un patient soulagé peut mieux saisir l'information fournie et prendre les décisions appropriées au sujet de l'investigation ou du traitement requis.

Ne pas soulager efficacement un patient pour des raisons non fondées est inacceptable, non conforme aux normes actuelles de l'exercice de la médecine et contraire à l'éthique.

## 2 Douleur et analgésie : des définitions

**Douleur** : une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion<sup>5</sup>.

La douleur observée à l'urgence est le plus souvent récente, parfois aiguë, liée à un traumatisme ou à une affection et limitée dans le temps. Elle peut être aussi l'exacerbation intolérable d'une douleur chronique. La perception de la douleur est subjective. Ainsi, pour un même diagnostic, la douleur est souvent ressentie et exprimée de façon différente. Elle est modulée par les expériences antérieures et des facteurs émotionnels, psychosociaux et même culturels.

**Analgésie** : suppression ou disparition de la sensibilité à la douleur.

L'analgésie à l'urgence vise à soulager le patient ou, à tout le moins, à tenter de le rendre confortable, en maintenant la douleur à un niveau acceptable non seulement durant son séjour à l'urgence, mais aussi après son départ de l'urgence ou durant la période initiale de la convalescence.

*Ne pas soulager efficacement un patient pour des raisons non fondées est inacceptable.*

## 3 L'évaluation et le diagnostic de la douleur

Dans une prise de position commune sur le triage à l'urgence<sup>6</sup>, le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec conviennent que la douleur est un des critères qui permet de déterminer le niveau de priorité des soins à donner aux patients. Il est donc impératif d'établir des procédures pour que l'infirmière au triage puisse reconnaître et évaluer la douleur du patient dès qu'il arrive à l'urgence.

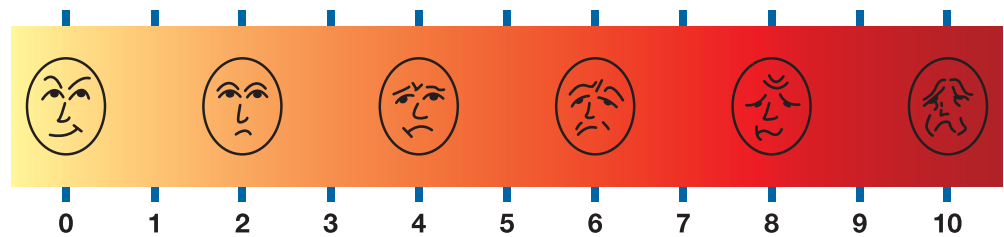
### 3.1 Évaluation

La douleur doit être évaluée et quantifiée au même titre que les autres signes vitaux. Une fois qu'elle est évaluée, il est important de l'objectiver à l'aide d'un instrument de mesure reconnu et adapté aux patients. Elle doit être quantifiée selon ce que le patient dit ressentir et non selon ce que le personnel soignant en pense. En effet, des études ont montré que les intervenants sous-évaluent fréquemment la douleur et retardent l'administration d'un analgésique ou administrent des doses insuffisantes<sup>7,8,9</sup>.



En outre, le personnel soignant de l'urgence devrait utiliser le même type d'échelle d'évaluation de la douleur afin de normaliser l'évaluation et de partager la même information.

L'Échelle visuelle analogique (ou colorimétrique) est l'outil d'évaluation de l'intensité de la douleur le plus courant (figure 1).



L'Échelle visuelle analogique, sur laquelle 0 représente « aucune douleur » et 10 la pire douleur possible, est habituellement graduée de la façon suivante :

- 0 : pas de douleur
- 1 – 3 : légère
- 4 – 6 : modérée
- 7 – 10 : de sévère à la pire douleur possible

**Figure 1 – Échelle visuelle analogique**

L'Échelle visuelle analogique permet non seulement de quantifier la douleur, mais sert également de point de référence pour suivre son évolution et surveiller la réponse au traitement. Il est parfois utile d'y associer un équivalent verbal pour décrire la douleur de façon encore plus précise. En outre, cette échelle doit être adaptée à la clientèle pédiatrique, et il faut porter une attention particulière aux patients incapables de communiquer ou de s'exprimer dans la langue des intervenants.

Dès l'évaluation au triage, des mesures immédiates doivent être prises pour tenter de soulager le patient, tels l'alitement, l'immobilisation, l'application de glace ou la mise en œuvre de certains protocoles d'analgésie. Il est important d'informer le patient des interventions qui seront effectuées pour maîtriser sa douleur, afin d'obtenir son consentement et de réduire son anxiété.

Il faut réévaluer la douleur périodiquement et systématiquement durant tout le séjour du patient à l'urgence, afin de mesurer la réponse au traitement ou de déterminer la nécessité d'une autre intervention.

**L'exacerbation inattendue de la douleur, particulièrement si elle est liée à une modification des signes vitaux, peut être le signe d'une aggravation de l'état du patient ou de complications exigeant une réévaluation immédiate.**



## 3.2 Diagnostic

Pour bien traiter la douleur, il faut la considérer comme une entité propre, non comme un simple symptôme, et poser un diagnostic étiologique. Il faut donc tenir compte d'un ensemble d'éléments, entre autres, le moment de sa survenue, son caractère, son intensité, sa durée, son irradiation, les symptômes associés, les répercussions sur diverses activités, dont le sommeil, et la réponse au traitement. À l'aide de cette information et après examen physique, le médecin devrait être en mesure de poser un diagnostic sur le type de douleur à traiter et de choisir la médication ou l'intervention appropriée.

## 3.3 Types de douleurs

On reconnaît deux grandes classes de douleurs : les douleurs nociceptives et les douleurs neuropathiques, ou neurogéniques.

- La douleur **nociceptive** se subdivise en deux catégories : somatique et viscérale. Elle répond généralement bien aux opioïdes.
- La douleur **neuropathique**, qui répond moins bien aux opioïdes, implique souvent l'administration de doses plus élevées associées à des coanalgésiques.

Les médecins doivent avoir une connaissance approfondie des caractéristiques des différents types de douleurs pour pouvoir choisir le traitement approprié (tableau I).

**Tableau I** Types de douleurs et implications thérapeutiques

TYPES DE DOULEURS	DOULEUR NOCICEPTIVE SOMATIQUE	DOULEUR NOCICEPTIVE VISCÉRALE	DOULEUR NEUROPATHIQUE (OU NEUROGÈNE)
<b>Caractère de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement bien localisée.</li> <li>• Augmentée à la pression de la structure en cause, par la mobilisation ou par la mise en charge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localisation moins précise.</li> <li>• Peut être référée (projetée).</li> <li>• Selon l'organe en cause, peut être constante ou d'allure crampiforme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante ou intermittente.</li> <li>• Peut être ressentie sous forme de brûlures, de picotements, de fourmillements.</li> <li>• Peut être associée à une atteinte neurologique sensitive et (ou) motrice.</li> </ul>
<b>Implications thérapeutiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement sensible aux opiacés et aux non-opiacés (acétaminophène, AINS).</li> <li>• Des coanalgésiques peuvent être également utiles dans certaines situations.</li> </ul>	<p>Aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement sensible aux opiacés.</li> <li>• Des coanalgésiques spécifiques peuvent être également utiles.</li> </ul> <p>Chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les opioïdes peuvent être utiles dans certaines situations cliniques.</li> <li>• Considérer les coanalgésiques, selon la cause.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement moins sensible aux opioïdes : des doses plus élevées peuvent être nécessaires.</li> <li>• Associer d'emblée un coanalgésique ou même débiter par ces agents (antidépresseurs, anticonvulsivants, etc.).</li> </ul>

Source : D. DION et G. DECHÊNE, « Évaluation d'une douleur : sachons poser les bonnes questions ! », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 12, décembre 2002, p. 41. Reproduction autorisée.





## 4 Pharmacologie

Pour le soulagement des douleurs sévères diagnostiquées à l'urgence, il faut administrer des opioïdes, de préférence par voie intraveineuse.

Le choix de la médication analgésique est fait à l'aide de l'Échelle d'intensité de la douleur, proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et en fonction du type de douleur diagnostiquée. Cette échelle indique trois niveaux d'intensité : douleur légère, douleur modérée et douleur sévère.

Un analgésique de premier niveau, tels l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), est prescrit lorsque la douleur est légère à modérée. Il est recommandé de l'administrer par voie orale à la clientèle ambulatoire.

Lorsque la douleur est modérée à sévère, ce qui est souvent le cas chez les patients à l'urgence, on préconise l'administration d'un analgésique de type opioïde. Enfin, pour le soulagement des douleurs sévères diagnostiquées à l'urgence, il faut administrer des opioïdes, de préférence par voie intraveineuse.

### 4.1 Principaux opioïdes prescrits à l'urgence

Les analgésiques couramment utilisés pour le traitement de la douleur à l'urgence sont constitués de molécules naturelles, semi-synthétiques et synthétiques (tableau II).

**Tableau II Opioïdes couramment utilisés à l'urgence**

MOLÉCULES	PRODUITS (MARQUES DE COMMERCE)
<b>Naturelles</b>	morphine codéine
<b>Semi-synthétiques</b>	hydromorphone (Dilaudid®) oxycodone (Percodan®, Supeudol®) hydrocodone (Hycodan®)
<b>Synthétiques</b>	fentanyl (Citrates de fentanyl®) mépididine (Demerol®)

Pour choisir le traitement analgésique approprié, il faut connaître les paramètres pharmacocinétiques des principaux opioïdes prescrits à l'urgence (tableau III). Chez les patients qui présentent une instabilité hémodynamique, une dépression respiratoire ou une atteinte du sensorium, il faut administrer des doses moindres et assurer par la suite une surveillance étroite de l'évolution de leur condition.

**Tableau III Paramètres pharmacocinétiques des opioïdes administrés par voie intraveineuse**

MÉDICAMENT I.V.	ÉQUIVALENCE	DOSE INITIALE	DÉBUT D'ACTION	PIC D'ACTION	DURÉE D'ACTION	REMARQUES
<b>Morphine</b>	10 mg	0,1 mg/kg	2 - 5 min	15 min	2 - 4 heures	Utilisée le plus souvent ; substance de référence. Dépression respiratoire et hypotension possible.
<b>Fentanyl® (citrate de)</b>	100 µg	0,5 - 1 µg/kg	1 - 2 min	5 - 15 min	0,5 - 1 heure	Dépression respiratoire ; rigidité musculaire, si dose élevée et injection rapide ; bradycardie.
<b>Hydromorphone Dilaudid®</b>	1,5 - 2 mg	0,015 mg/kg	6 min	15 - 30 min	2 - 4 heures	Cinq fois plus puissante que la morphine ; dépression respiratoire à surveiller étroitement.
<b>Mépididine Demerol®</b>	80 - 100 mg	1 à 1,5 mg/kg	3 min	60 min	2 - 3 heures	Contre-indication absolue en présence d'IMAO (hyperthermie maligne). Métabolites neurotoxiques. À n'utiliser qu'en dernier recours.

**N.B.** Il est prudent de diminuer la dose initiale de 50% chez les patients à risque (voir « Patients à risque », à la p. 14).

- La **morphine** constitue l'opioïde de premier choix. Son efficacité est prouvée, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Les avantages de la morphine comprennent la durée de vie, la faible toxicité sur le système nerveux central, l'absence de dépression myocardique et un coût peu élevé<sup>10</sup>. En revanche, elle favorise la libération d'histamine, qui provoque une vasodilatation veineuse et artériolaire, et peut causer de l'hypotension. Ses métabolites actifs commandent la prudence chez les patients présentant une atteinte de la fonction rénale.
- Le **fentanyl** est un opioïde synthétique puissant qui a démontré son efficacité à la fois chez l'adulte et chez l'enfant. Il est recommandé d'amorcer l'analgésie par des doses de 0,5 à 1,0 µg/kg. Toutefois, l'analgésie est habituellement optimale si on administre des doses de 2 ou 3 µg/kg. Le fentanyl est attrayant parce qu'il a une courte durée d'action et peu d'effets hémodynamiques. Cette particularité en fait un analgésique de choix en traumatologie. Contrairement à la morphine et aux autres opioïdes, cette molécule ne déclenche pas la libération d'histamine.



La puissance de l'hydromorphone est parfois sous-estimée, ce qui expliquerait pourquoi cette molécule a été la cause de certains accidents de surdosage.

□ L'**hydromorphone** est un opioïde semi-synthétique. Lorsqu'on l'administre, il faut s'assurer de l'équivalence de la dose à la morphine. L'hydromorphone est considérée de cinq à sept fois plus puissante que la morphine. Ainsi, à doses équianalgésiques, ce médicament administré par voie sous-cutanée est particulièrement avantageux lorsque le patient requiert de fortes doses d'opioïdes. Ses métabolites actifs sont connus et rarement problématiques. La puissance de l'hydromorphone est parfois sous-estimée, ce qui expliquerait pourquoi cette molécule a été la cause de certains accidents de surdosage.

□ La **mépéridine** est un opioïde synthétique qui ne devrait pas être utilisé à l'urgence<sup>11</sup>. Son métabolite actif, la normépéridine, est toxique pour le système nerveux central. Un usage prolongé ou l'administration de doses élevées peuvent provoquer des convulsions. On doit particulièrement éviter de prescrire ce médicament aux personnes âgées, aux patients atteints d'insuffisance rénale et aux enfants. La mépéridine est contre-indiquée chez les patients qui reçoivent des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO).

Il est courant d'associer le chlorhydrate d'hydroxyzine (Atarax<sup>®</sup>) ou le chlorhydrate de prométhazine (Phénergan<sup>®</sup>) à la mépéridine. Pourtant, les résultats d'études montrent qu'il n'y a aucun avantage à maintenir cette pratique<sup>12</sup>.

**À noter**, en présence d'une allergie à une molécule naturelle ou semi-synthétique, il est conseillé de substituer ce type d'analgésique par une molécule synthétique, et vice versa. Les véritables allergies aux opioïdes sont rares. La plupart du temps, il s'agit plutôt d'une intolérance ou d'effets indésirables, d'où l'importance de bien questionner le patient à ce sujet. L'érythème au site d'injection est causé par la libération d'histamine; il ne doit pas être considéré comme une allergie.

## 4.2 Effets secondaires

Les opioïdes peuvent avoir des effets de divers ordres sur les différents systèmes de l'organisme.

- **Système nerveux central**: perturbation de la fonction intellectuelle, si les doses sont fortes; euphorie; dépression respiratoire; nausées et vomissements;
- **Système respiratoire**: bronchospasme consécutif à la libération d'histamine; suppression de la toux;
- **Système gastro-intestinal**: nausées et vomissements; diminution de la motilité gastrique et intestinale; constipation; spasme du sphincter d'Oddi;
- **Système cardiovasculaire**: vasodilatation; dépression myocardique selon l'agent administré; effet chronotrope positif.
- **Système cutané**: érythème au site de l'injection dû à la libération d'histamine et qui ne doit pas être considéré comme une allergie; prurit non allergique; bouffée congestive (*flushing*).

Il est important d'informer le patient des effets indésirables les plus fréquents des opioïdes et de prescrire la médication appropriée pour les prévenir, au besoin.

### 4.3 Voie d'administration du médicament

La qualité d'un analgésique repose sur son efficacité, sa sécurité, sa facilité d'administration et sa rapidité d'action. Il est donc important de choisir la bonne voie d'administration du médicament.

- La voie **intraveineuse** offre l'avantage de favoriser un meilleur titrage du médicament, et par conséquent un meilleur contrôle de son administration, et de mieux soulager la douleur.
- La voie **intramusculaire** devrait être évitée pour diverses raisons :
  - le délai d'action est long (de 20 à 30 minutes);
  - l'absorption du médicament peut être erratique, en particulier chez les personnes hypovolémiques ou hypotendus, d'où les effets difficilement prévisibles;
  - l'administration est douloureuse au site de l'injection et peut causer un hématome.
- La voie **sous-cutanée** est préférable à la voie intramusculaire. L'injection est moins douloureuse, et c'est une voie souvent utilisée à l'urgence. Il faut appliquer les mêmes normes de surveillance et de réévaluation du patient que pour l'administration par voie intraveineuse.

### 4.4 Titrage

À l'urgence, il est recommandé d'ajuster la posologie des opioïdes à administrer par voie intraveineuse selon la réponse de chaque patient. Une fois la dose initiale administrée, les doses suivantes sont répétées toutes les cinq minutes jusqu'à ce que le patient soit soulagé. Grâce à une réévaluation clinique systématique après trois doses répétées, le médecin pourra ajuster les doses subséquentes. Les doses d'entretien devraient être administrées à intervalles réguliers selon la réaction du patient et la durée d'action de l'opioïde utilisé.

À **noter**, l'administration « au besoin » ne permet pas de maintenir une analgésie continue. En outre, il est essentiel de surveiller étroitement les signes d'intoxication et les effets indésirables de la médication prescrite.



## 4.5 Surveillance de l'analgésie

Grâce à une surveillance étroite et appropriée du patient, l'administration d'un analgésique par voie intraveineuse devrait permettre de soulager adéquatement la douleur, sans causer de sédation excessive ni d'effets secondaires et hémodynamiques significatifs.

Les médecins qui prescrivent des opioïdes par voie intraveineuse et le personnel infirmier qui les administre doivent avoir les connaissances et les compétences requises, c'est-à-dire :

*Les médecins qui prescrivent des opioïdes par voie intraveineuse et le personnel infirmier qui les administre doivent avoir les connaissances et les compétences requises.*

- connaître, entre autres, la substance administrée, sa posologie ainsi que son début, son pic et sa durée d'action ;
- savoir déceler et traiter les effets indésirables des opioïdes ;
- connaître les antagonistes, telle la naloxone, de même que les médicaments potentialisateurs des analgésiques ;
- pouvoir identifier les patients les plus susceptibles de présenter une dépression du système nerveux central ou une dépression respiratoire.

Lorsque des analgésiques opioïdes sont administrés par voie intraveineuse, il faut que le personnel soignant puisse surveiller adéquatement les patients. En effet, la sous-analgésie d'un patient attribuable à un manque de surveillance est inacceptable, tout comme l'incapacité d'assurer une surveillance adéquate est incompatible avec l'utilisation d'opioïdes intraveineux.

L'administration d'analgésiques intraveineux est un processus dynamique, qui implique une surveillance continue de la douleur et de la réponse au traitement.

Le processus de la surveillance de la douleur et de son traitement implique les éléments suivants :

- une évaluation, un diagnostic et une mesure objective de la douleur**
- la vérification appropriée du niveau de sédation**

Le niveau de sédation est évalué et surveillé à l'aide d'échelles utilisées en anesthésiologie. Une échelle de sédation doit faire partie d'un protocole de surveillance de l'administration intraveineuse d'opioïdes.

À titre indicatif :

0 : alerte

1 : patient occasionnellement somnolent, facile à éveiller

2 : patient fréquemment somnolent, facile à éveiller

3 : patient somnolent, difficile à éveiller

### □ un suivi des signes vitaux

La tension artérielle (TA), le pouls, la fréquence respiratoire (FR) et la saturation en oxygène (satO<sub>2</sub>) doivent être surveillés et notés afin que les effets hémodynamiques et respiratoires de la médication puissent être décelés.

Plusieurs auteurs scientifiques recommandent d'assurer en permanence, pendant la nuit, une surveillance continue de la saturation en oxygène. Par contre, il ne faudrait pas oublier qu'une saturation adéquate peut offrir un sentiment de fausse sécurité, puisqu'une baisse de la saturation en oxygène est une manifestation tardive de la dépression respiratoire.

La fonction cardiaque est surveillée seulement si l'état du patient le requiert. Toutefois, le matériel nécessaire à la réanimation cardiorespiratoire doit être disponible et accessible immédiatement.

La fréquence de la surveillance des divers paramètres doit être fonction de l'état du patient, des médicaments prescrits et des doses administrées.

**Aucun instrument de mesure (TA, satO<sub>2</sub>) ne saurait remplacer l'évaluation *de visu* du niveau d'analgésie et surtout du niveau de sédation des patients ayant reçu des opioïdes par voie intraveineuse, et ce, particulièrement la nuit.**

On doit pouvoir administrer immédiatement de la naloxone, en cas de besoin (tableau IV).

**Tableau IV Paramètres pharmacocinétiques de la naloxone**

MÉDICAMENT	DOSE INITIALE	DÉBUT D'ACTION	DURÉE D'ACTION	REMARQUES
Naloxone Narcan® i.v.	0,1 - 0,2 mg toutes les 2 - 3 min 0,005 - 0,01 mg/kg chez l'enfant	1 - 2 min	15 - 30 min i.v. 150 - 180 min i.m. ou s.c.	Ce médicament peut être répété et administré par voie intraveineuse (i.v.), sous-cutanée (s.c.), intramusculaire (i.m.) et intratrachéale. Il faut surveiller l'état clinique du patient, car les effets des narcotiques peuvent réapparaître dépendamment de la dose et de la durée d'action des opioïdes administrés. Lorsque le médicament est administré à un utilisateur chronique d'opioïdes, il peut provoquer un syndrome de sevrage.

Pour soulager adéquatement le patient, il est recommandé d'administrer des doses d'opioïdes intraveineuses adaptées à la réponse de chaque patient. Par exemple, une dose initiale de morphine 2,5 mg peut être administrée si l'intensité de la douleur est égale ou inférieure à 5 sur une échelle de 10, ou de morphine 5,0 mg si la douleur est supérieure à 5. On peut ensuite répéter les doses toutes les cinq minutes jusqu'à ce que la douleur du patient soit tolérable.

Les doses d'entretien, s'il y a lieu, devraient être administrées à intervalles réguliers selon la réponse du patient et la durée d'action du médicament, et non au besoin (PRN).



## 4.6 Réévaluation de l'analgésie

La fréquence d'évaluation de l'analgésie, de la sédation et des signes vitaux devrait être fondée sur le pic et la durée d'action des opioïdes. Dans la mesure du possible, cette évaluation doit être effectuée avant l'administration de toute dose supplémentaire d'opioïdes.

Il faut réévaluer l'administration d'opioïdes lorsque le patient :

- se dit soulagé ;
- présente le niveau de sédation « patient somnolent, difficile à éveiller » (supérieur à 2) ;
- montre des signes d'hypoxémie ou d'hypercapnie ;
- a une fréquence respiratoire égale ou inférieure à 8/min.

*Il faut tenir compte de l'effet potentialisateur de certains médicaments sur la sédation.*

En outre, le médecin traitant doit être informé si le patient présente des signes de dépression du système nerveux central ou de dépression respiratoire. Il doit alors disposer d'un plateau technique adéquat qui lui permet la surveillance et le maintien de la perméabilité des voies respiratoires.

Il faut également tenir compte de l'effet potentialisateur de certains médicaments sur la sédation, notamment les antihistaminiques, les antiémétiques et les benzodiazépines, qui peuvent être prescrits à l'urgence ou être pris par le patient à domicile avant son admission.

## 4.7 Patients à risque

Certains patients sont plus susceptibles que d'autres d'avoir des effets indésirables. C'est pourquoi les patients énumérés ci-dessous devraient recevoir des doses moindres d'opioïdes, déterminées selon leur réponse au traitement, et être surveillés étroitement :

- les personnes âgées ;
- les personnes atteintes d'insuffisance hépatique ou rénale ;
- les personnes souffrant de maladies pulmonaires, en particulier d'insuffisance respiratoire ;
- les personnes présentant des troubles neuromusculaires ou neurologiques ;
- les patients ayant consommé récemment de l'alcool ou prenant régulièrement plusieurs médicaments ;
- les personnes souffrant d'apnée du sommeil ;
- les bébés âgés de moins de six mois.



## 4.8 Mises en garde

*Lorsque des doses élevées sont administrées pour soulager une douleur intense et tenace, il faut se méfier d'un comportement du patient qui pourrait être interprété comme un confort relatif, tel un assoupissement marqué ou un ronflement paisible.*

Pour les patients très souffrants et dont la douleur est difficile à soulager, il est préférable d'augmenter d'abord la dose d'un même médicament plutôt que de changer fréquemment de molécules à la suite d'une réponse insuffisante au traitement, sauf en cas d'effets indésirables intolérables. Si le médecin décide de changer de médicament, il doit absolument respecter les équivalences analgésiques.

De plus, lorsque des doses élevées sont administrées pour soulager une douleur intense et tenace, il faut se méfier d'un comportement du patient qui pourrait être interprété comme un confort relatif, tel un assoupissement marqué ou un ronflement paisible. Il est même possible que le patient soit conscient mais respire lentement et superficiellement. Une concentration élevée de CO<sub>2</sub> peut s'ajouter à l'effet sédatif de l'analgésique administré et entraîner une acidose respiratoire qui pourrait provoquer un œdème pulmonaire aigu non cardiaque et un arrêt cardiaque.

Dans leur pratique quotidienne à l'urgence, certains médecins préfèrent parfois la voie sous-cutanée. Ils doivent alors appliquer les mêmes principes et normes que pour l'administration et la surveillance d'opioïdes intraveineux.

## 4.9 Élaboration d'outils d'évaluation

Pour faciliter l'uniformité, la surveillance et la réévaluation de l'analgésie, chaque milieu de pratique devrait concevoir et implanter des outils, tels des formulaires types d'ordonnance (dont un exemple est présenté à l'annexe A) ainsi qu'un formulaire de signes vitaux comprenant des échelles d'analgésie et de sédation de même qu'une liste des types de patients à risque et des médicaments potentialisateurs de la sédation (dont un exemple est présenté à l'annexe B).

Il est primordial que tous les opioïdes prescrits soient inscrits sur le même formulaire, de façon que le médecin puisse prendre connaissance de l'ensemble des analgésiques déjà administrés. En outre, les ordonnances doivent préciser la posologie exacte et la fréquence d'administration. Le personnel soignant doit recevoir, quant à lui, une formation appropriée sur les opioïdes et leurs effets, sur les médicaments potentialisateurs ainsi que sur les patients à risque.



## 5 Patients ambulatoires

Conformément à l'échelle de gradation de la douleur de l'OMS, on soulage le patient présentant une douleur légère avec de l'acétaminophène et des AINS, et celui dont la douleur est modérée en lui prescrivant des opioïdes par voie orale (tableau V). Il est parfois pertinent d'y associer des AINS. Comme pour la voie intraveineuse, il est préférable d'utiliser le même opioïde et d'augmenter les doses plutôt que de changer fréquemment de molécules. Si le médecin décide de donner un autre médicament, il doit respecter les équivalences analgésiques.

**Tableau V Paramètres pharmacocinétiques des principaux opioïdes administrés par voie orale aux patients ambulatoires de l'urgence**

MÉDICAMENT	DOSE INITIALE	DÉBUT D'ACTION	DURÉE D'ACTION	REMARQUES
<b>Oxycodone</b> Supeudol® ou Percocet® (combiné à l'acétaminophène)	5 - 10 mg	15 min	3 - 6 heures	Analgésique puissant et susceptible de créer de la dépendance lorsqu'il est administré à long terme. Il est préférable de limiter le nombre de comprimés prescrits au congé. Pédiatrie : dose initiale 0,1 mg/kg toutes les 4-6 heures.
<b>Codéine</b> (souvent associée à l'acétaminophène)	30 - 60 mg	30 - 60 min	4 - 6 heures	Effet analgésique plafonné si doses $\geq$ 90 - 120 mg toutes les 4 heures. Promédicament que 7 % à 10 % de la population ne peut transformer en morphine, son métabolite actif. N'est plus un premier choix <sup>1</sup> . La codéine est un excellent antitussif. Pédiatrie : > 1 an : 0,5 - 1,0 mg/kg/dose toutes les 4-6 heures (maximum : 60 mg/dose). <b>À noter, 10 % de la population ne ressent aucun effet analgésique avec la codéine.</b>
<b>Hydrocodone</b> Hycodan®	5 - 10 mg	15 min	4 - 6 heures	Opioïde semi-synthétique dérivé de la codéine. Excellent analgésique à utiliser en pédiatrie. Il devrait être disponible à l'urgence pour le soulagement immédiat des enfants. Pédiatrie : 0,2 mg/kg/dose toutes les 4-6 heures (maximum : 7,5 mg/dose).
<b>Morphine</b>	5 - 10 mg	15 min	4 - 6 heures	Pédiatrie : 0,2 - 0,5 mg/kg/dose toutes les 4-6 heures.
<b>Hydromorphone</b> Dilaudid®	1 - 2 mg	30 min	4 - 6 heures	Pédiatrie : 0,03 mg/kg/dose toutes les 4-6 heures. Analgésique puissant dont il ne faut pas sous-estimer les effets.

1. S.S. BLOOMFIELD, T.P. BARDEN et J. MITCHELL, « Naproxen, aspirin, and codeine in postpartum uterine pain », *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 21, n° 4, p. 414-421.

## 6 Les méthodes analgésiques non pharmacologiques

Le traitement de la douleur n'est pas uniquement médicamenteux. Le personnel soignant à l'urgence doit donc être familiarisé avec les diverses méthodes non pharmacologiques du soulagement de la douleur.

On choisit la méthode analgésique appropriée en fonction de la nature de la douleur, de son intensité, de sa localisation et des diverses interventions ou manœuvres diagnostiques qui doivent être effectuées.

- Des **méthodes physiques**, amorcées au triage, peuvent procurer et favoriser un certain soulagement de la douleur, entre autres :
  - l'immobilisation précoce d'un membre ;
  - l'élévation d'un membre atteint ;
  - l'alitement du patient, au besoin ;
  - l'application de glace sur des tissus mous traumatisés ;
  - l'application d'eau froide sur une brûlure de premier degré ;
  - l'application d'un pansement occlusif sur une plaie ou une brûlure.
- Une **anesthésie locale** pourrait être administrée de façon précoce dans de nombreuses situations : soins de plaies, certaines luxations distales, atteintes de muqueuse, etc.

Une approche empathique et rassurante ainsi que des explications sur l'intervention ou le traitement requis permettent d'obtenir une meilleure collaboration du patient et contribuent à diminuer son anxiété.



## 7 Le congé de l'urgence et le suivi du patient

Avant d'autoriser un congé, le médecin doit tenir compte de la durée d'action du médicament administré, afin d'éviter la survenue d'une sédation excessive après le départ du patient de l'urgence. La surveillance de cet élément est encore plus importante lorsque le patient a déjà reçu de la naloxone pour renverser l'effet d'un analgésique. Le patient doit être gardé en observation tant que subsiste le risque de dépression du système nerveux central ou de dépression respiratoire.

La décision d'autoriser le congé doit être fondée sur l'état clinique du patient et sur divers paramètres permettant de déterminer si cette personne :

- a reçu ou non des médicaments potentialisateurs ;
- a reçu de la naloxone ;
- a requis un monitoring élaboré, selon le cas ;
- est un enfant qui a reçu, notamment, une sédation-analgésie ;
- est une personne âgée ;
- est atteinte d'une affection rénale ou hépatique ;
- est atteinte de troubles neurologiques ;
- souffre d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ;
- est dépendante aux opioïdes ;
- est atteinte d'apnée du sommeil ou d'obésité morbide ;
- dispose ou non d'une personne-ressource fiable.

*Il est rarement indiqué de prescrire des comprimés d'opioïdes en grande quantité ou de façon prolongée.*

À son départ de l'urgence, outre la médication et l'information relative à son problème de santé, le patient devrait recevoir une ordonnance d'analgésique appropriée à son état clinique et à l'intensité de la douleur qu'il ressent. Trop souvent les patients qui retournent à la maison ont pour seule consigne de prendre de l'acétaminophène pour soulager une douleur modérée à sévère. En revanche, il est rarement indiqué de prescrire des comprimés d'opioïdes en grande quantité ou de façon prolongée ou encore de prescrire un médicament à longue durée d'action dès le départ de l'urgence.

### 7.1 Importance du suivi

Une visite de suivi permet d'évaluer la réponse au traitement, les effets secondaires et les ajustements requis. En connaissant la réaction du patient au traitement, le médecin peut modifier les doses ou, si la douleur persiste, prescrire un médicament à longue durée d'action ou encore un coanalgésique, s'il y a lieu.

### 8.1 Pédiatrie

Certains mythes persistent sur le soulagement de la douleur chez les enfants. On entend entre autres : « Ils ne ressentent pas la douleur » ou « Ils ne s'en souviendront plus ». Il est plus facile de minimiser la douleur liée à une affection ou à une procédure technique chez l'enfant car, contrairement à l'adulte, il n'est pas toujours capable de s'exprimer et peut être immobilisé facilement. Comme tous les mécanismes nociceptifs sont développés chez le nouveau-né, il peut avoir des réactions autonomes à la douleur, qui peuvent être bloquées au moyen d'une analgésie adéquate.

L'analgésie en pédiatrie est fondée sur le principe de base suivant :

*Si une affection est douloureuse pour l'adulte,  
elle l'est également pour l'enfant.*

#### 8.1.1 Méthodes non médicamenteuses

L'analgésie et la sédation sont souvent indissociables, particulièrement chez l'enfant en bas âge. Toutefois, étant donné l'importance de la composante émotionnelle en pédiatrie, l'utilisation de méthodes non pharmacologiques, associées ou non à l'analgésie, est très efficace.

Les méthodes non pharmacologiques les plus populaires sont :

- L'**information** : expliquer la situation à l'enfant (selon son âge) et à sa famille peut souvent réduire l'anxiété ;
- La **distraktion** : détourner l'attention de l'enfant durant une procédure, par exemple à l'aide d'images d'animaux ou de personnages placés au plafond de la salle d'intervention, de chansons, d'histoires, etc. ;
- La **relaxation** : parler d'une voix calme, discuter avec l'enfant tout au long de la procédure en faisant appel à son imagination ;
- La **présence des parents** : favoriser la présence des parents au cours de la procédure. Ils sont un atout majeur dans la plupart des situations, s'ils ont été informés au préalable que l'on s'attend à ce qu'ils soient rassurants, calmes et distrayants.

Bien qu'il soit souvent nécessaire d'immobiliser les enfants pour effectuer certaines procédures, cette pratique doit être un complément de l'analgésie et non pas une méthode de choix pour maîtriser l'enfant sans contrôler la douleur.



### 8.1.2 Évaluation de la douleur

Pour les enfants âgés de six ans et plus, l'évaluation de la douleur au triage devrait se faire au moyen de l'Échelle visuelle analogique pédiatrique. L'Échelle d'expressions faciales peut parfois être utilisée avec des enfants plus jeunes, soit dès l'âge de trois ans (figure 2). Par ailleurs, l'observation directe de la réaction des parents, l'information du personnel soignant ainsi que le type d'affection peuvent faire partie de l'évaluation de la douleur chez l'enfant en bas âge.

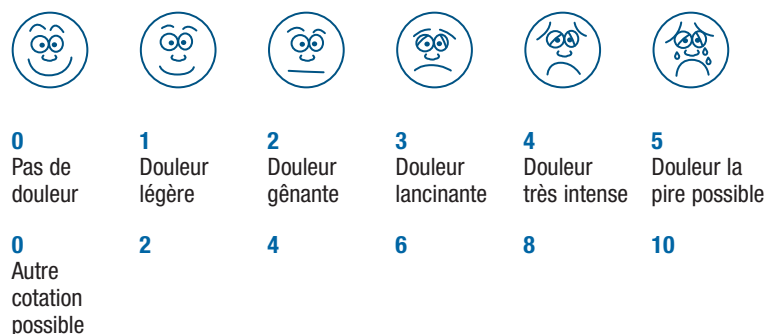


Figure 2 – Échelle d'expressions faciales

### 8.1.3 Administration de l'analgésique

Pour soulager une *douleur légère à modérée*, la voie d'administration de l'analgésique peut être topique, orale ou rectale. Les enfants ont souvent de la difficulté à tolérer la voie intranasale, et l'absorption y est plus irrégulière.

Pour une douleur *modérée à sévère*, la voie intraveineuse est plus rapide et fiable et permet d'ajuster la dose du médicament.

Afin de réduire la douleur de la ponction veineuse, on peut appliquer, 30 minutes avant la pose du soluté, un gel anesthésique, par exemple l'EMLA (lidocaïne 2,25 %, prilocaïne 2,5 %).

Il faut éviter à tout prix d'administrer l'analgésique par voie intramusculaire parce que l'injection est douloureuse et que l'enfant peut essayer de minimiser sa douleur pour se soustraire à une injection supplémentaire. De la même façon, l'enfant peut nier sa douleur afin d'éviter la pose d'un accès veineux. Devant l'évidence de la douleur, il est du devoir du médecin de soulager ce patient.

## 8.2 Gériatrie

On doit porter une attention particulière au patient âgé pour lequel il est indiqué d'administrer un analgésique à l'urgence.

### 8.2.1 Évaluation de la douleur

Tout comme chez l'enfant, la douleur chez la personne âgée est souvent sous-évaluée par le personnel soignant. De fait, on croit à tort que les gens âgés ressentent la douleur différemment. De plus, il arrive fréquemment que la personne âgée évalue à la baisse l'intensité de sa douleur, parce qu'elle perçoit cette douleur comme une conséquence du vieillissement. Pour ce qui est de l'autoévaluation de la douleur au moyen d'une échelle visuelle, il n'y aurait pas de différence significative entre la cotation des patients jeunes et celle des patients âgés aptes à comprendre et à utiliser cette échelle.

*Tout comme  
chez l'enfant,  
la douleur chez  
la personne âgée  
est souvent  
sous-évaluée  
par le personnel  
soignant.*

Chez les patients présentant un déficit cognitif, l'évaluation de la douleur ainsi que la réponse au traitement constituent un défi important. Il faut quand même tenter de quantifier la douleur chez ceux qui ont un déficit cognitif léger à modéré, car ils peuvent généralement répondre adéquatement à un questionnaire d'évaluation de la douleur. Pour le patient ayant un déficit cognitif important ou un handicap qui empêche toute communication, il faut faire une anamnèse la plus fiable possible auprès d'une personne vivant avec lui. L'évaluation de la douleur par l'observation du comportement (agitation, grognements, etc.) n'est pas très fiable, mais peut faire partie de l'évaluation globale.

### 8.2.2 Choix de l'analgésique

Lorsque le médecin prescrit un analgésique à une personne âgée, il doit prendre en considération certaines particularités, entre autres :

- **Le type de douleur** – Certaines douleurs sont plus fréquentes chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes. Par exemple, les douleurs ostéoarticulaires et les douleurs d'origine neurogénique sont traitées à l'aide de médicaments spécifiques, tels les anti-inflammatoires et les anticonvulsifs ;
- **Les fonctions rénale et hépatique ;**
- **Les interactions médicamenteuses** – Étant donné les nombreuses affections que présentent les patients âgés, la possibilité d'interactions médicamenteuses est souvent élevée, en particulier avec les AINS mais aussi avec les diurétiques, les anticoagulants et les anticonvulsifs ;
- **Les effets indésirables** – Des troubles cognitifs, de la constipation et des céphalées sont fréquents.

Il est déconseillé de prescrire certains analgésiques aux personnes âgées, en particulier la **mépidine**, qui s'accumule rapidement en maximisant les effets indésirables. De plus, les métabolites issus de la dégradation de la mépidine, telle la normépidine, s'accumulent plus facilement chez les personnes âgées et sont associés à des effets secondaires sérieux, dont les convulsions.





Les personnes âgées et les adultes d'âge moyen répondent souvent de façon différente à une même dose d'opioïdes. L'effet analgésique et les effets secondaires peuvent être plus prononcés chez les personnes âgées. Le métabolisme des opioïdes pourrait être plus lent. On recommande donc de débiter avec de faibles doses et, au besoin, de titrer la médication sur une base individuelle, que ce soit pour la dose ou la fréquence d'administration. Cela implique une réévaluation de l'efficacité du traitement et des effets secondaires toutes les 15 à 30 minutes lorsque l'analgésie est parentérale, et toutes les heures après une administration orale.

### 8.2.3 Précautions relatives au congé

On doit s'assurer que le patient ayant des troubles cognitifs qui reçoit son congé est pris en charge à domicile par un proche et que la médication prescrite est sécuritaire.

Les personnes âgées qui ont une peur excessive des effets secondaires ou de la dépendance aux médicaments ont tendance à ne pas suivre la posologie recommandée. Il faut donc insister sur l'importance de prendre les doses prescrites.

Par ailleurs, le médecin doit prescrire un médicament sous une forme et selon une fréquence d'administration la plus simple possible, en tenant compte de l'état du patient.

## 8.3 Douleur abdominale aiguë

L'utilisation de l'analgésie pour les affections abdominales aiguës à l'urgence soulève encore la controverse. Un diagnostic précis fondé sur des examens objectifs, tels l'observation d'air libre sous les coupes diaphragmatiques à la radiographie simple de l'abdomen ou un abcès appendiculaire visible à l'échographie, évite toute discussion sur l'affection et, par conséquent, favorise le soulagement précoce de la douleur.

Cependant, dans la majorité des cas, la complexité de l'évaluation des douleurs abdominales à l'urgence implique une investigation ou une période d'observation qui permet de préciser le diagnostic. Souvent, cette procédure détermine la nécessité ou non d'effectuer une intervention chirurgicale. Par conséquent, est-il acceptable de laisser souffrir un patient durant cette période d'investigation? Le soulagement du patient modifie-t-il l'évaluation clinique faite ultérieurement par le chirurgien?

De toute évidence, il faut chercher à établir un partenariat entre les intervenants, afin de faciliter le travail de chacun et d'optimiser la qualité des soins. Un sondage réalisé auprès de 443 médecins d'urgence montre que 85 % des médecins pensent que l'utilisation de l'analgésie pour les affections abdominales ne nuit ni au diagnostic, ni au traitement<sup>13</sup>. Toutefois, 76 % des médecins préfèrent attendre l'évaluation du chirurgien avant de prescrire un analgésique.

Les patients apprécient grandement le soulagement précoce de la douleur, et celui-ci pourrait même faciliter l'évaluation de leur situation clinique<sup>14, 15, 16, 17</sup>. En outre, l'utilisation de l'analgésie pour les affections abdominales aiguës est sécuritaire et ne nuit ni au diagnostic ni au traitement<sup>18, 19, 20, 21, 22</sup>.

*Les patients apprécient grandement le soulagement précoce de la douleur, et celui-ci pourrait même faciliter l'évaluation de leur situation clinique.*

Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a corroboré le bien-fondé du « dogme » selon lequel l'analgésie précoce empêcherait l'interprétation adéquate des symptômes et de l'examen physique du patient. Ce dogme remonterait à l'époque où la morphine était utilisée à des doses élevées<sup>23</sup>. Une utilisation judicieuse de l'analgésie ne modifie pas l'évaluation d'une douleur abdominale ; au contraire, elle peut faciliter l'établissement du diagnostic en réduisant l'appréhension du patient et en favorisant un meilleur examen de l'abdomen. L'analgésie devrait donc être administrée sans aucune hésitation<sup>24, 25</sup>.

L'Association canadienne des médecins d'urgence a pris position également en faveur de l'utilisation précoce de l'analgésie pour les affections abdominales<sup>26</sup>. Selon l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>27</sup>, la douleur est maîtrisée par l'utilisation appropriée d'analgésiques chez les patients souffrant d'une douleur abdominale aiguë, et le soulagement précoce ne nuit pas au diagnostic ni au traitement. Les mêmes conclusions s'appliqueraient à l'analgésie précoce chez l'enfant souffrant de douleurs abdominales aiguës.

Il paraît donc approprié, pour le médecin d'urgence, de soulager un patient qui consulte pour une douleur abdominale, avant l'établissement d'un diagnostic précis. Toutefois, l'élément essentiel demeure la communication directe entre le médecin d'urgence et le chirurgien.

## 8.4 Traumatologie

Il est approprié d'utiliser des analgésiques en traumatologie, même pour les traumatismes crâniens. Il est recommandé d'administrer des opioïdes à très courte durée d'action par voie intraveineuse. Pour cette raison, le fentanyl apparaît comme le choix idéal.

## 8.5 Dépendance aux opioïdes

Les patients qui souffrent d'une dépendance aux opioïdes doivent être soulagés, comme tous les autres patients. Ils peuvent requérir des doses plus élevées à cause de la tolérance qu'ils ont acquise à ces substances. Les patients sous traitement de substitution à la méthadone doivent recevoir des doses d'analgésiques pour le soulagement de la douleur en plus de leurs doses quotidiennes de méthadone.

Le médecin doit quand même demeurer très prudent à cause des effets additifs possibles de la méthadone et des autres opiacés ainsi que des autres substances psychoactives souvent utilisées par ces patients. Il est recommandé de faire des évaluations fréquentes et d'assurer une surveillance étroite.

## 8.6 Grossesse

Les opioïdes peuvent être utilisés pendant une courte période durant la grossesse. Il en est de même pour la période d'allaitement.



## Conclusion

La douleur est un des symptômes le plus fréquemment signalé à l'urgence. Elle doit être abordée comme une entité à part entière et traitée adéquatement dans un environnement sécuritaire, par un personnel soignant qui a toutes les compétences nécessaires pour le faire.

Les responsables des urgences doivent adopter des politiques claires concernant l'accueil des patients souffrants, afin de favoriser une intervention rapide et efficace pour soulager leur douleur dès le triage. Il ne faut toutefois jamais oublier que le soulagement efficace de la douleur n'est pas sans risque et exige rigueur, compétence et surveillance.

## Ordonnances individuelles préétablies

Administration d'opioïdes par voie intraveineuse à l'urgence

DATE	HEURE	ORDONNANCES
		<b>I – MÉDICATION</b>
		Soluté :
		Narcan 0,4 mg au chevet
		Si prurit ou nausée/vomissement :
		<b>II – SURVEILLANCE</b>
		Échelles de douleur et de sédation, TA, pouls, fréquence respiratoire, saturométrie avant toute administration d'analgésiques et/ou de sédatifs <b>PAR VOIE INTRAVEINEUSE OU SOUS-CUTANÉE</b> et q 5 minutes X 3, puis q 30 minutes X 3 et q 2 hres x 2 par la suite.
		Saturométrie en permanence durant la nuit.
		<b>III – AVISER MÉDECIN TRAITANT SI :</b>
		Patient non soulagé
		Échelle de sédation > 2
		Fréquence respiratoire $\leq$ 8 /minute
		TA syst. <                    mmHg
		Pouls <                    /minute ou >                    /minute
		Saturation <                    %
		Difficulté respiratoire, prurit, vomissements
		Signature _____ md

Ce formulaire peut être téléchargé du site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca), section Le Collège, répertoire des publications, lignes directrices.



## Surveillance de l’analgésie

### ÉCHELLE D’ÉVALUATION DE LA DOULEUR

0	1 2 3	4 5 6	7 8 9 10
Pas de douleur	Douleur légère	Douleur modérée	Douleur forte à intolérable

### ÉCHELLE D’ÉVALUATION DE LA SÉDATION

- 0 : Alerte
- 1 : Patient occasionnellement somnolent, facile à éveiller
- 2 : Patient fréquemment somnolent, facile à éveiller
- 3 : Patient somnolent, difficile à éveiller

### MÉDICAMENTS POTENTIALISATEURS DE SÉDATION (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Atarax® (hydroxyzine), Ativan® (lorazépam), Bénédryl® (diphenhydramine), Dalmane® (flumazépam), Gravol® (dimenhhydrinat), Largactil® (clorpromazine), Maxéran® (métoclopramide), Restoril® (témézépam), Rivotril® (clonazépam), Sérax® (oxazépam), Stémétil® (prochlorpérazine), Valium® (diazépam), Versed® (midazolam).

### À RISQUE

- Personne âgée
- Insuffisance rénale ou hépatique
- Maladie pulmonaire
- Troubles neuromusculaires
- Troubles neurologiques
- Consommation récente d’alcool
- Polypharmacie
- Apnée du sommeil
- Enfants < 6 mois

DATE	HEURE	MÉDICATION	DOULEUR	SÉDATION	F.R.	SAT. O <sub>2</sub>	T.A.	POULS	OBSERVATION	INITIALES

Ce formulaire peut être téléchargé du site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca), section Le Collège, répertoire des publications, lignes directrices.

## Références

1. J.E. WILSON et J.M. PENDLETON, «Oligoanalgesia in the emergency department», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 7, n° 6, novembre 1989, p. 620-623.
2. D. DION et G. DECHÈNE, «Évaluation d'une douleur: sachons poser les bonnes questions!», *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 12, décembre 2002, p. 40.
3. J. PORTER et H. JICK, «Addiction rare in patients treated with narcotics», *The New England Journal of Medicine*, vol. 302, n° 2, 10 janvier 1980, p. 123.
4. S. PERRY et G. HEIDRICH, «Management of pain during debridement: a survey of US burn unit», *Pain*, vol. 13, n° 3, juillet 1982, p. 267.
5. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DE LA DOULEUR). [En ligne] <http://www.iasp-pain.org> (section Publications, Pain Definition, Terminology, Pain)
6. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Triage à l'urgence : Énoncé de position*, Montréal, Collège des médecins du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, janvier 2000, p. 4.
7. J. DUCHARME, «Emergency pain management: a Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) consensus document», *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 12, n° 6, novembre-décembre 1994, p. 855-866.
8. J. BARLETTA, et autres, «A prospective study of pain control in the emergency department», *American Journal of Therapeutics*, vol. 7, n° 4, août 2000, p. 251-255.
9. NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, *Acute Pain Management: Scientific Evidence*, Canberra (Australie), National Health and Medical Research Council, 1999, 185 p.
10. P. ROSEN, et autres, *Emergency medicine: Concepts and clinical practice*, 4<sup>e</sup> édition, St. Louis (Mo.), Mosby, 1998, 3 vol.
11. R.F. CLARK, E.M. WEI et P.O. ANDERSON, «Meperidine: therapeutic use and toxicity», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, n° 6, novembre-décembre 1995, p. 797.
12. J.L., MCGEE, et M.R. ALEXANDER, «Phenothiazine analgesia – Fact or fancy?», *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 36, n° 5, mai 1979, p. 633-640.
13. J.M. WOLFE et autres, «Analgesic administration to patients with an acute abdomen: a survey of emergency medicine physicians», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 3, mai 2000, p. 250-253.



14. S.M. SELBST et M. CLARK, «Analgesic use in the emergency department», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 19, n° 9, septembre 1990, p. 1010-1013.
15. P. HERTGEN, *Pratique de l'analgésie et de la sédation préhospitalière : enquête auprès de 150 médecins*, thèse soutenue par l'auteur à l'Université de Nancy en décembre 1995 dans le cadre du troisième cycle de médecine générale ; A. Larcen, président.
16. J.S. LEE, «Adverse outcomes and opioid analgesic administration in acute abdominal pain», *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, n° 9, septembre 2000, p. 980-987.
17. G. PODGORNÝ, «Consultations in emergency medicine: abdominal pain and analgesia», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 10, n° 10, octobre 1981, p. 547.
18. A.R. ATTARD et autres, «Safety of early relief for acute abdominal pain», *BMJ: British Medical Journal*, vol. 305, n° 6853, 5 septembre 1992, p. 554-556.
19. F. LOVECCHIO, «The use of analgesics in patients with acute abdominal pain», *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 15, n° 6, novembre-décembre 1997, p. 775-779.
20. N. ZOLTIE et M.P. CUST, «Analgesia in the acute abdomen», *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 68, n° 4, juillet 1986, p. 209-210.
21. B. VERMEULEN et autres, «Acute appendicitis: influence of early pain relief on the accuracy of clinical and US findings in the decision to operate – a randomized trial», *Radiology*, vol. 210, n° 3, mars 1999, p. 639-643.
22. S. PACE et T.F. BURKE, «Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain», *Academic Emergency Medicine*, vol. 3, n° 12, décembre 1986, p. 1086-1092.
23. S.J. DAVIDSON et D.K. WAGNER, «Approach to acute abdominal pain», dans M.L. Callahan (sous la dir. de) *Current Therapy in Emergency Medicine*, Toronto, B.C. Decker; Saint Louis (Mo.), C.V. Mosby, 1987, p. 536-541, «Current Theraphy», n° 0831-8689.
24. J.C. ANGELL, *The Acute Abdomen for the Man on the Spot*, 3<sup>e</sup> édition, Baltimore, University Park Press, 1978, p. 42.
25. J.E. DUNPHY, «Acute abdomen», dans *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 3<sup>e</sup> édition, Los Altos (Calif.), Lange Medical Publishers, 1977, p. 438-446.
26. J. DUCHARME, article cité.
27. E. BROWNFIELD, «Pain Management», dans *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*, Rockville (Md), Agency for Healthcare Research and Quality, 2001 p. 396-400, «Evidence Report», n° 43; AHRQ, publication n° 01-E058.
28. M.K. KIM et autres, «A randomized clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain», *Academic Emergency Medicine*, vol. 9, n° 4, avril 2002, p. 281-287.



## Lectures complémentaires

### *L'analgésie à l'urgence*

BERTHIER, F., et autres. «Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 16, n° 2, mars 1998, p. 132-136.

CHAN, L., ET V.P. VERDILE. «Do patients receive adequate pain control after discharge from the ED?», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 16, n° 7, novembre 1998, p. 705-707.

DALTON, J.A., et autres. «Changing acute pain management to improve patient outcomes: an educational approach», *Journal of Pain Symptom Management*, vol. 17, n° 4, avril 1999, p. 277-287.

GALLAGHER, R.M. «Outcomes and moral hazards in the medical culture of opioid phobia», *The Clinical Journal of Pain*, vol. 14, n° 3, septembre 1998, p. 185-186.

HAGEN, N.A., T. ELWOOD et S. ERNST. «Cancer pain emergencies: a protocol for management», *Journal of Pain Symptom Management*, vol. 14, n° 1, juillet 1997, p. 45-50.

HORGAS, L., et P.F. TSAI. «Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents», *Nursing Research*, vol. 47, n° 4, juillet-août 1998, p. 235-242.

JOHNSTON, C.C., et autres. «One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: A pilot study», *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 16, n° 3, mai-juin 1998, p. 377-382.

NGAI, B., et J. DUCHARME. «Documented use of analgesics in the emergency department and upon release of patients with extremity fractures», *Academic Emergency Medicine*, vol. 4, n° 12, décembre 1997, p. 1176-1178.

«Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. American Pain Society Quality of Care Committee», *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 23, 20 décembre 1995, p. 1874-1780.

WARD, S.E., et D.B. GORDON. «Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience», *Journal of Pain Symptom Management*, vol. 11, n° 4, avril 1996, p. 242-251.

### *L'analgésie en pédiatrie*

CHAMBERS, C.T., et autres. «Agreement between child and parent reports of pain», *The Clinical Journal of Pain*, vol. 14, n° 4, décembre 1998, p. 336-342.

CHAN, L., T.J. RUSSELL et N. ROBAK. «Parental perception of the adequacy of pain control in their child after discharge from the emergency department», *Pediatric Emergency Care*, vol. 14, n° 4, août 1998, p. 251-253.

FRIEDLAND, L.R., A.M. PANCIOLI et K.M. DUNCAN. «Pediatric emergency department analgesic practice», *Pediatric Emergency Care*, vol. 13, n° 2, avril 1997, p. 103-106.

PETRACK, E.M., N.C. CHRISTOPHER et J. KRIWINSKY. «Pain management in the emergency department: patterns of analgesic utilization», *Pediatrics*, vol. 99, n° 5, mai 1997, p. 711-714.

SPENDING, R.L., et autres. «Who gives pain relief to children?», *Journal of Accident and Emergency Medicine*, vol. 16, n° 4, juillet 1999, p. 261-264.



## ***L'analgésie dans les pathologies abdominales***

BREWSTER, G.S., M.E. HERBERT et J.R. HOFFMAN. «Medical myth: analgesia should not be given to patients with an acute abdomen because it obscures the diagnosis», *Western Journal of Medicine*, vol. 172, n° 3, mars 2000, p. 209-210.

BURKE, T., et S. PACE. «Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain», *Academic Emergency Medicine*, vol. 3, n° 12, décembre 1996, p. 1086-1092.

CAMUS-KEREBEL, C., Y. MALLEDANT et A. JOLY. «Syndromes abdominaux et analgésie», *Cahiers d'anesthésiologie*, vol. 44, n° 4, 1996, p. 335-339.

Derrida, S. «Les douleurs abdominales aiguës», *Soins*, vol. 26, n° 4, 20 février 1981, p. 21-24.

DOHERTY, G.M., et J.H. BOEY. «Acute abdomen», dans *Current surgical diagnosis and treatment*, 11<sup>e</sup> éd., New York, Lange Medical Books, 2003, p. 503-516.

FAGNIEZ, P.L. «Traitement des douleurs abdominales aiguës: peut-on prescrire des antalgiques?», *Réanimation-Urgences*, vol. 2, n° 3 bis, 1993, p. 344-347.

GRABER, M.A., et autres. «Informed consent and general surgeons attitudes toward the use of pain medication in the acute abdomen», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 17, n° 2, mars 1999, p. 113-116.

HUGHES, T.J. «Opiates in acute abdominal pain» *British Medical Journal*, vol. 2, n° 6198, 3 novembre 1979, p. 1145.

JONES, P.F. «Early analgesia for acute abdominal pain», *British Medical Journal*, vol. 305, n° 6860, 24 octobre 1992, p. 1020-1021.

LEE, J. S. «Adverse outcomes and opioid analgesic administration in acute abdominal pain», *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, n° 9, septembre 2000, p. 980-987.

MACKWAY-JONES, K., et M. HARRISON. «Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Analgesia and assessment of abdominal pain», *Journal of Accident and Emergency Medicine*, vol. 17, n° 2, mars 2000, p. 126-129.

MOSS, E., et D.G. McDOWALL. «Opiates in acute abdominal pain and head injury», *British Medical Journal*, vol. 280, n° 6209, 26 janvier 1980, p. 254.

MURPHY, M.F. «Anaesthesia and analgesia in the emergency department», *Canadian Journal of Anesthesia*, vol. 44, n° 5 (partie 2), mai 1997, p. R52-R66.

QUINN, J. «Debunking the myths about analgesia», *CAMJ: Canadian Medical Association Journal*, vol. 151, n° 7, 1<sup>er</sup> octobre 1994, p. 914-915.

TAIT, I.S., M.V. IONESCU et A. CUSCHIERI. «Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia?», *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, vol. 44, n° 3, juin 1999, p. 181-184.

VESSEY, W., et A. SIRWARDENA. «Informed consent in patients with acute abdominal pain», *British Journal of Surgery*, vol. 85, n° 9, septembre 1998, p. 1278-1280.

YEALY, D.M., et K.S. O'TOOLE. «Challenging dogma – analgesia in abdominal pain», *Academic Emergency Medicine*, vol. 3, n° 12, décembre 1996, p. 1081-1082.

## Groupe de travail sur les lignes directrices concernant l'utilisation de l'analgésie à l'urgence

D<sup>r</sup> Pierre Hamel  
président du groupe de travail  
*Urgentologue,*  
Centre hospitalier de l'Université Laval  
du Centre hospitalier universitaire de Québec

D<sup>r</sup> Sylvie Bergeron  
*Pédiatre urgentologue,*  
Hôpital Sainte-Justine de Montréal

D<sup>r</sup> Daniel Gervais  
*Médecin d'urgence,*  
Centre hospitalier de Verdun

D<sup>r</sup> Marcel Martin  
*Chirurgien général,*  
Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

D<sup>r</sup> Johanne Morin  
*Urgentologue,*  
Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

D<sup>r</sup> Marcel Provost  
*Omnipraticien,*  
Collège des médecins du Québec

Les titres, les fonctions ou les établissements des personnes apparaissant dans cette liste sont ceux qui prévalaient au moment de la rédaction du document et ont pu changer par la suite.



Publication du  
**Collège des médecins du Québec**  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3H 2T8  
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN  
Télécopieur : 514 933-3112  
Courriel : info@cmq.org  
collegedesmedecins.qc.ca

#### **Coordination**

Direction des affaires publiques et des communications

#### **Révision linguistique**

Françoise Turcotte

#### **Graphisme**

Bronx Communications

#### **Illustration**

Olivier Lasser

#### **Impression**

Integria

La reproduction est autorisée à condition  
que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2006  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-920548-24-7 (version imprimée)  
ISBN 2-920548-39-5 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2006

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé  
sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité  
au service du public*