



HOSPITALISATION À DOMICILE AP-HP

Soulager la douleur en HAD

Sommaire

Édito	2
Introduction	3
I. Les différents types de douleur	4
1. Douleur nociceptive	6
2. Douleur neuropathique	6
3. Douleur mixte	7
4. Douleur sine materia et psychogène	7
II. Les douleurs provoquées par les soins	8
III. Évaluation de la douleur	11
Le rôle des soignants dans l'évaluation de la douleur	12
Évaluer : Pourquoi ?	12
Évaluer : avec quoi ?	13
- Tilt	13
- Échelles d'auto-évaluation	16
- Échelles d'hétéro-évaluation	21
IV. Les traitements médicamenteux des douleurs nociceptives	27
Modalités de prescription	28
Antalgiques de niveau 1 : Paracétamol, AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien)	30
Antalgiques de niveau 2 : les morphiniques faibles	33
Antalgique non classé par palier : l'Acupan®	36
Antalgiques de niveau 3 : les opioïdes forts	37
V. Les traitements des douleurs neuropathiques	46
Les antidépresseurs	47
Les anti-convulsivants	48
VI. Les anesthésiques locaux	50
VII. Médicaments de l'anxyolyse	53
Le MEOPA	54
Le Midazolam	55
Hydroxyzine : Atarax®	56
La Kétamine	56
VIII. Les co-antalgiques	58
IX. Les thérapies non médicamenteuses	59
L'approche psychothérapeutique	60
La place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur	61
X. Quelques spécificités	63
Chez la personne âgée	64
Chez la femme enceinte et allaitante	66
Chez l'enfant	68
XI. Que retenir ?	73
XII. Bibliographie et référence	75
Remerciements - Groupe de relecture et Validation	78
Annexes	80
Notes	83



Édito

Chers amis, chers collègues et chers collaborateurs,

Depuis plusieurs décennies, la prise en charge du patient douloureux et la lutte contre la douleur sont des objectifs de santé publique, déclinés à travers différents plans. Comme tout établissement de soin, l'HAD se positionne dans cette démarche qualité au quotidien. Afin d'offrir à l'ensemble des professionnels une mise à jour de leurs connaissances, des formations sont dispensées régulièrement. Pour aller plus loin et poursuivre la réflexion, nous vous proposons ce guide ***Soulager la douleur en HAD***.

Cette version actualisée est le fruit d'un travail et d'une réflexion collégiale. Nous avons souhaité vous proposer un outil pratique qui s'adresse à un large public, quelque soit votre recherche.

Comme nous le rappelle le Code de Santé Publique, chacun d'entre nous, professionnel de santé, intervenant auprès des patients hospitalisés en HAD est tenu de **prendre en compte, évaluer et traiter la douleur, en toutes circonstances**.

Au-delà du cadre réglementaire, c'est bien à nous soignants et avant tout humains, qu'importe le confort de nos patients. À tout moment de la prise en soin et de l'accompagnement de tous nos patients, des plus petits aux aînés, nous avons ce souci constant du bien être tant sur le plan physique que psychologique.

Aussi, animés d'un objectif pragmatique, nous vous invitons à découvrir ou à redécouvrir ce guide ***Soulager la douleur en HAD***, un outil que nous souhaitons facile d'utilisation et accessible à tous.

Bonne lecture !



Introduction

La prise en compte de la dimension douloureuse physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance est une préoccupation constante de tous les professionnels de l'HAD (infirmiers, puéricultrices, aides-soignants, rééducateurs, sages-femmes, médecins, psychologues, pharmaciens).

Assurer la qualité de la prise en charge de la douleur du patient en Hospitalisation à Domicile est un axe prioritaire retenu dans le projet médical et le projet de soins. La prise en charge de la douleur nécessite l'implication de l'ensemble des soignants. C'est une obligation légale rappelée dans la charte de la personne hospitalisée (annexe de la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées).

« La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Une brochure intitulée "Contrat d'engagement contre la douleur" doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par les enfants ou les adultes. Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie. »

Ce livret destiné à l'ensemble de l'équipe soignante de l'Hospitalisation à Domicile, rédigé par les différents membres réunis par le CLUD, a pour but d'harmoniser les pratiques d'antalgie en HAD et d'aider de façon pratique le soignant confronté à la complexité de la prise en charge de la douleur.

I.

Les différents types de douleur

La douleur est définie par l'association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en termes de telles lésions ».

La perception de la douleur ne se limite pas à une simple sensation mais présente des aspects multidimensionnels :

- la composante sensorielle identifie la douleur, sa localisation, son intensité. Elle fait intervenir les aires somesthésiques du cortex
- la composante émotionnelle et affective signale l'inconfort et les aspects désagréables source de souffrance et d'angoisse. Elle fait intervenir le cortex cingulaire antérieur.
- la Composante cognitivo-comportementale interprète la douleur et modifie le comportement : elle permet l'analyse cognitive, l'apprentissage et la mémorisation de la douleur. Le contexte dans lequel la douleur intervient, sa signification, les expériences antérieures et la culture vont influencer la perception de la douleur par sollicitation du cortex pré-frontal et pré-moteur.

En présence de douleur, le système hypothalamo-hypophysaire est stimulé entraînant un stress (accélération fréquence respiratoire et cardiaque...)

De par ses différentes composantes, la douleur a une expression personnelle : nous, soignants, nous devons « croire » le patient ; l'état psychique influence la perception ; la douleur modifie l'humeur : le patient douloureux peut être opposant, refusant tout contact et ce de manière transitoire et réversible après le soulagement de la douleur.

Différence entre douleurs aiguës et douleurs chroniques :

La durée d'évolution permet de distinguer la douleur aiguë, « signal d'alarme », de la douleur chronique, « douleur maladie ».

La douleur aiguë dans la vie au quotidien est un signal « clignotant » protecteur : il permet d'apprendre à l'enfant à intégrer les repères, les limites de son corps et de son environnement et structure ainsi son schéma corporel.

En cas de maladie, la douleur aiguë est un symptôme qui aide au diagnostic. Elle doit décroître et disparaître après la mise en place du traitement étiologique. Dès lors que le signal d'alarme a été perçu, elle n'a plus

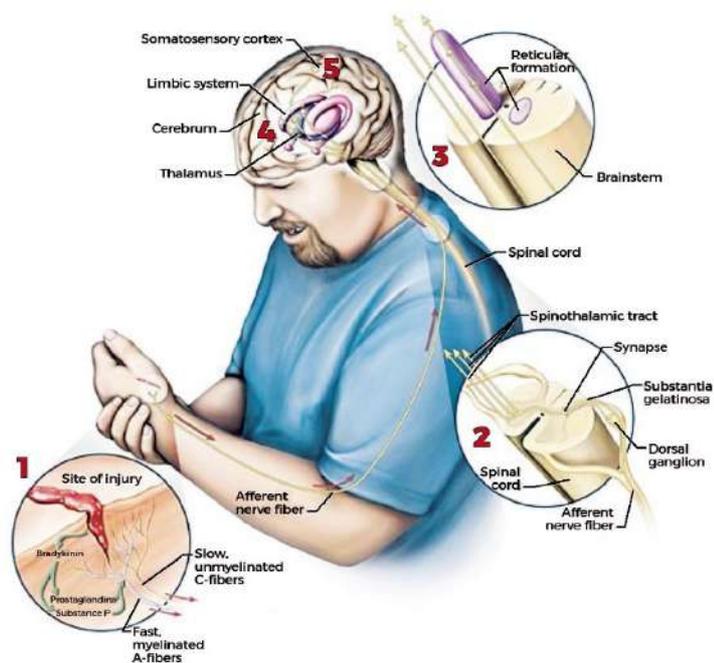
de raison d'être et doit être combattue ; son maintien est inutile et néfaste, pour le patient.

Quand elle est liée au soin, elle est prévisible et doit être prévenue. En l'absence d'anticipation, elle peut entraîner de l'anxiété, une perte de confiance du patient envers l'équipe et même parfois une phobie des soins.

Une douleur chronique est une douleur qui évolue et dure depuis 3 à 6 mois : elle envahit la vie quotidienne du patient avec des répercussions médico-psycho-sociales et devient invalidante. Au stade de douleur chronique, elle représente pour le patient l'essentiel de sa maladie et s'accompagne parfois de dépression.

Rappel physiopathologique :

Le message nociceptif part de la périphérie au niveau de nocicepteurs, chemine le long des fibres nerveuses de petits calibres, pénètre au niveau médullaire puis monte le long de la moelle épinière jusqu'au tronc cérébral, l'hypothalamus et le thalamus, le système limbique et le cortex cérébral. À chacune de ces étapes le message va être analysé pour en reconnaître ses composantes et pouvoir y répondre autant au niveau comportemental que physiologique. Le message nociceptif est modulable à chaque étape en stimulant les voies descendantes inhibitrices.



En fonction de la localisation de l'atteinte, trois cadres physiopathologiques de la douleur vont se différencier par leur sémiologie et leurs traitements : les douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques et les douleurs sine materia et psychogènes.

1. La douleur nociceptive

La douleur nociceptive est secondaire à une stimulation douloureuse au niveau des récepteurs périphériques (nocicepteurs).

LES PRINCIPALES CAUSES SONT POUR :

- **la douleur aiguë** : post-opératoire, traumatique, infectieuse, dégénérative...
- **douleur chronique** : pathologies lésionnelles persistantes plus ou moins évolutives (cancer, rhumatologie...).

Elles peuvent être de rythme mécanique (plutôt fin de journée) ou inflammatoire (plutôt matinale avec dérouillage).

Ces douleurs sont sensibles aux traitements qui diminuent (ou interrompent) la transmission des messages nociceptifs à un niveau périphérique et/ou central : ce sont principalement les antalgiques. Les douleurs viscérales sont des douleurs nociceptives dont la particularité est d'être « projetées » (ex : douleur de la mâchoire dans l'infarctus du myocarde).

2. La douleur neuropathique

Elle est liée à une modification des processus de transmission et/ou de contrôle du message « douloureux » à la suite d'une lésion nerveuse périphérique ou centrale.

LES PRINCIPALES CAUSES SUSCEPTIBLES DE LES INDUIRE PEUVENT ÊTRE :

- **Traumatique** : un traumatisme nerveux (tronculaire, radiculaire, plexique) par arrachement, étirement, une section totale ou partielle de nerf après chirurgie, une amputation avec constitution d'un syndrome de membre fantôme.
- **Compression** : hernie discale, syringomyélie.
- **Toxique** : alcool, certaines chimiothérapies, radiothérapie...
- **Virale** : zona, HIV, maladie de Lyme...
- **Tumorale** par compression, infiltration,
- **Métabolique** : diabète, neuropathie carentielle...
- **Par atteintes cérébrales** fixes ou évolutives
- **Atteintes du système nerveux** sympathique (algodystrophie).

Les signes cliniques : association des troubles de la sensibilité et de douleurs, de topographie compatible avec un territoire neurologique.

L'examen peut trouver des zones où cohabitent une anesthésie et une douleur.

L'examen neurologique confirmera l'atteinte neuropathique en recherchant les perturbations des fonctions sensibles dans le territoire douloureux [IASP1979].

L'anxiété et/ou la dépression due à l'absence de diagnostic et de soulagement peuvent renforcer et pérenniser le tableau douloureux.

Leur délai d'apparition est variable mais toujours retardé par rapport à la lésion initiale (un jour à quelques mois ou années dans certains cas).

LES TERMES SPÉCIFIQUES À LA DESCRIPTION DES DOULEURS NEUROPATHIQUES :

- **Allodynie** : douleur causée par un stimulus qui n'entraîne normalement pas de douleur,
- **Analgesie** : absence de douleur en réponse à une stimulation qui est normalement douloureuse,
- **Dysesthésie** : sensation anormale et désagréable (donc douloureuse), spontanée ou provoquée,
- **Hyperesthésie** : sensibilité exagérée à une stimulation (à l'exception des systèmes sensoriels spécifiques),
- **Hyperalgésie** : réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse,
- **Hyperpathie** : syndrome douloureux caractérisé par une réponse exagérée à une stimulation (un défaut d'identification et de localisation du stimulus, une latence retardée, une sensation d'irradiation et une sensation rémanente peut être présente. La douleur a souvent un caractère explosif, spécialement à une stimulation répétée (sommation temporelle)
- **Paresthésie** : sensation anormale spontanée ou provoquée sans caractère désagréable.

Les douleurs neuropathiques ne sont classiquement pas sensibles aux antalgiques usuels. Elles répondent à des médicaments d'action centrale en modulant la transmission et les contrôles des messages nociceptifs : ce sont certains antidépresseurs et antiépileptiques, et/ou à des techniques de neurostimulation (transcutanée ou médullaire).



3. Les douleurs mixtes

Il existe des **douleurs mixtes**, c'est-à-dire associant les deux mécanismes physiologiques. Elles sont fréquentes surtout pour les douleurs chroniques et cancéreuses.

Type de douleur	Nociceptive	Neuropathique
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	- Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	- Composante continue (brûlure) - Dysesthésies (fourmillements, picotements) - Composante paroxystique fulgurante, intermittente (décharges électriques)
Topographie	Régionale	- Compatible avec une origine neurologique périphérique (tronc, racine) ou centrale (hémicorporelle, sous-lésionnelle des atteintes médullaires)
Examen clinique	Examen neurologique normal	- Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) - Signes d'hypersensibilité (hyperesthésie) - Signes de modification de la perception douloureuse

4. Les douleurs sine materia et psychogènes

Les douleurs sine materia correspondent à des entités cliniques bien définies sur un plan sémiologique et diagnostique (céphalées de tension, fibromyalgie, glossodynie...).

Les douleurs psychogènes correspondent à une sémiologie psychopathologique avérée (conversion hystérique, dépression, hypochondrie). C'est parfois le diagnostic retenu en l'absence de compréhension du mécanisme à l'origine de la plainte douloureuse.



II.

Les douleurs provoquées par les soins

Une douleur induite est une douleur associée à un soin.

Les soins (actes réalisés par les infirmiers, les aides-soignants et les auxiliaires de vie, les médecins) peuvent être vecteurs de douleurs. On distingue les soins techniques et les soins d'hygiène. Les premiers sont des gestes invasifs liés à une effraction cutanée ou une intrusion dans un orifice naturel. Les seconds sont liés à des douleurs associées à des troubles musculo-squelettiques en rapport avec un handicap, un traumatisme physique ou une perte d'autonomie.

La douleur induite peut être prévenue ou atténuée par des mesures adaptées. Ce risque doit être évalué par le médecin, l'infirmière ou l'aide soignant avant de réaliser le soin pour :

- la mise en place d'une prémédication adaptée et expliquée au patient pour prévenir la douleur ;
- obtenir une bonne coopération du patient ;
- éviter un refus du soin.

Savoir reconnaître une douleur induite, la repérer, et prendre les mesures adaptées appartient au rôle des infirmiers, des aides-soignants et d'une façon générale de tous les professionnels de santé.

La douleur sera évaluée avant pendant et après le soin par une échelle validée et tracée dans le dossier.

Quelques exemples de soins potentiellement douloureux :

Soins techniques

- Ponctions veineuses, artérielles
- Injections : intramusculaire, sous-cutanée ou perfusions
- Aspiration nasopharyngée
- Pose et retrait de sonde gastrique, nasale, urinaire
- Soins de plaies, réfection de pansements
- Retrait d'adhésifs : électrodes, sparadraps...

Soins d'hygiène et d'entretien de la vie

- Mobilisation : transferts, brancardage, lever/coucher, retournement
- Hygiène corporelle
- Soins d'hygiène spécifique : soins de bouche, d'yeux...
- Habillage/déshabillage...

DEVANT UN SOIN DOULOUREUX, LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DEVRA :

- Adapter en toutes circonstances une attitude professionnelle d'écoute et de discernement à chaque étape du soin, en respectant le patient dans ses différences.
- Donner au patient et à ses proches une information accessible, individuelle et loyale (expliqué le déroulé du soin et sa finalité).
- Garantir au patient d'être co-auteur de son projet thérapeutique en prenant en compte sa liberté de choix et de décision (tenir compte des souhaits du patient, être à l'écoute du vécu du patient pour les gestes douloureux antérieurs et adapter sa stratégie de soins au moment présent en coopération avec le patient dans la mesure du possible).
- Mettre tout en œuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité du patient.
- Agir contre la douleur physique et prendre en compte la souffrance morale (prémédication adaptée : morphinique faible ou fort, MEOPA ...).
- Garantir une prise en charge médicale et soignante conforme aux bonnes pratiques et aux recommandations dans le respect des libertés individuelles (évaluation de la douleur liée par une échelle validée et adaptée au patient).
- Veiller au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
- Promouvoir, en équipe pluridisciplinaire, la réflexion autour de la prise en charge du patient pour une compréhension partagée des situations complexes.

Dans cette relation d'aide, le patient pourra être mieux rassuré sur les différentes modalités de prises en charge médicamenteuses et non pharmacologiques.

Le recours à la **prescription médicale anticipée** de produits analgésiques est préconisé.

Le délai d'action d'un médicament dans la gestion d'une douleur induite nécessite une prise anticipée du traitement avec un délai suffisant pour être efficace au moment précis du soin douloureux. Pour ce type de prise en charge, l'infirmier doit :

1. Sensibiliser le patient ou son entourage à l'utilisation de ces produits médicamenteux
2. Organiser avec le patient ou son entourage l'heure de passage pour réaliser le soin
3. Planifier la prise de médicaments antalgiques ou d'analgésique local en fonction du délai d'action maximum pour le soin
4. Respecter la planification (en cas d'empêchement, prévenir le patient)

La préparation de l'environnement doit se réfléchir avec le patient et son entourage en fonction de ses souhaits et des possibilités du domicile : position confortable du patient, tenir compte des sources sonores et lumineuses, température de la pièce...

Prévoir une adaptation ergonomique du soin et convenir avec le patient d'une stratégie de focalisation de l'attention (musique, chanson photos, souvenirs...).

En cas de mobilisation douloureuse, il peut être utile :

- de favoriser le relâchement musculaire par des manipulations douces, lentes et sans forcer sur les articulations douloureuses en tenant compte des capacités locomotrices du patient;
- d'aménager des temps de pause ;
- d'utiliser le matériel de mobilisation (lève-malade);
- se faire aider, si besoin, d'un collègue pour des manipulations difficiles.

Le recours à des techniques psycho-corporelles simples peuvent être proposées comme :

- inviter le patient à respirer amplement ou au contraire à bloquer sa respiration lors d'un geste douloureux bref ;
- détourner l'attention sur une image ou un souvenir agréable ;
- pour le personnel formé, possibilité d'utiliser d'autres ressources (toucher-massage, relaxation, sophrologie...).



Remarque :

Dans certains cas, il faut arrêter le soin si celui-ci devient trop douloureux et envisager avec le médecin après discussion collégiale en staff d'autres stratégies thérapeutiques (antalgique de palier supérieur, autres techniques...).

Après le soin, il est souhaitable :

1. D'échanger avec le patient sur son vécu du soin
2. Aménager un temps de récupération si d'autres soins sont prévus en accord avec lui.

Le vécu douloureux est exacerbé par de nombreux facteurs, la crainte du geste douloureux, l'insécurité, la fatigue, l'absence de compréhension du soin, les crispations sont autant de facteurs aggravants dans les situations algiques.

Dans la prise en charge d'une douleur, les dimensions relationnelles et éducatives du soin sont aussi importantes que la valeur technique du geste.

III.

Évaluation de la douleur

Le rôle des soignants dans l'évaluation de la douleur

Selon l'article R.43115 du code de santé publique relatif aux domaines de compétences des infirmier(e)s, l'évaluation de la douleur entre dans le cadre du rôle autonome infirmier. Si l'infirmier constate que le traitement antalgique administré au patient n'est pas suffisant, il en informe le médecin qui pourra le changer ou l'adapter selon les besoins du patient. L'article L 1110-5 du CSP précise bien : « la douleur doit être en toute circonstance évaluée ».

Le Code de déontologie des infirmiers, régi par le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 rappelle l'article R. 4312-19 : en toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement.

« L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

Il est donc primordial de tracer avec rigueur et précision l'évaluation dans le dossier du patient. Toutes les informations : choix de l'échelle, heure d'évaluation, contexte (repos ou mobilisation), efficacité du traitement antalgique et réévaluation seront retrouvées.

En cas de saisie du dossier par un expert judiciaire, l'absence de toute mention dans le dossier de soins laisserait à penser que l'évaluation n'a pas été faite et pourrait faire conclure à un manquement dans la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, l'article R.43118 apporte des précisions quant à la mise en œuvre de protocoles antalgiques : « l'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre de protocoles préétablis, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

Les aides-soignants sont eux aussi fort impliqués. L'annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis

de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant, définit 8 unités de compétences, dont l'appréciation de l'état clinique d'une personne, et l'identification des signes observables de douleur et d'inconfort.

Grâce à leur proximité avec le patient, à la précision et à la qualité de leurs observations, ils perçoivent les changements éventuels qui s'opèrent chez un patient douloureux. Ils contribuent donc au recueil de données cliniques. Ils sont souvent les premiers à identifier une douleur liée aux soins (toilette) ou une douleur de mobilisation. Ils sont, en outre, vigilants à l'apparition d'éventuels effets indésirables. (Par exemple dépister une constipation morphino-induite).

Enfin, ils transmettent oralement et tracent dans le dossier de soins du patient.

Évaluer pourquoi ?

La douleur est une perception subjective. Toute prescription d'antalgique doit être précédée et associée à une évaluation régulière et systématique de la douleur au moyen d'une échelle validée.

Ce temps préliminaire est indispensable et obligatoire. L'évaluation permet une mesure chiffrée reproductible, base de l'adaptation du traitement antalgique.

Il n'existe pas de marqueur biologique ou physiologique spécifique de la douleur ; l'évaluation est possible grâce à des échelles validées, sensibles, reproductibles et spécifiques.

L'évaluation de la douleur est aujourd'hui reconnue comme une plus-value importante dans la prise en charge d'un patient, elle est aussi indissociable d'un traitement antalgique. Elle permet de :

- dépister un syndrome douloureux au début d'une prise en charge ;
- prendre des décisions adaptées pour calmer la douleur du patient ;
- évaluer l'efficacité du traitement du patient ;
- établir une relation soignant-soigné efficace ;
- assurer une cohérence entre les différents professionnels qui interviennent pour le patient.

La traçabilité de la douleur en début de prise en charge et après mise en place d'un traitement avec une échelle

validée fait partie des indicateurs IPAQSS (Indicateur pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins). Même l'absence de douleur doit être tracée avec une échelle adaptée.

Évaluer avec quoi ?

Il existe deux grands types d'échelles de mesure de la douleur : l'auto-évaluation et l'hétéro évaluation.

Dans l'autoévaluation, le malade évalue lui-même sa douleur. Il est le seul véritable expert pour apprécier l'intensité de sa douleur et la décrire. C'est une méthode à utiliser en priorité par rapport à l'hétéro évaluation. Elle est utilisable dès l'âge de 4 ans en pédiatrie.

Dans certains cas, le développement cognitif encore insuffisant, l'atteinte des fonctions supérieures ou l'état de conscience ne permettent pas à certains malades de communiquer de façon efficace. Dans ces situations précises, l'évaluation est basée sur des signes et des manifestations comportementales observables par le soignant. Ce sont les méthodes d'hétéro évaluation.

Deux documents d'aide à la décision du choix de l'échelle sont à disposition des professionnels pour les patients adultes et les enfants : les « TILT ».

Le choix de l'outil le plus adapté se fait de manière collégiale.

L'évaluation de la douleur doit préférentiellement être effectuée avec la même échelle, la plus adaptée à la compréhension du patient.

Le choix de l'échelle de la douleur doit être précisé sur le dossier de soin, tout comme le résultat et le type de douleur : localisation, horaire fréquence, rythme, irradiation...

La valeur du score de l'évaluation obtenue est significative par rapport à celle mesurée antérieurement pour un même malade et ne peut être transposable à d'autres : deux résultats identiques sur deux personnes différentes ne signifient pas qu'elles situent au même niveau l'intensité de leurs douleurs.

Cette évaluation est un partage avec des valeurs communes pour le soignant et le patient qui se sent ainsi entendu.

1. Le « T.I.L.T. »

Pour nous rappeler que pour toute douleur, il nous faut rechercher les composantes suivantes de la douleur :

1. Temps :

Rechercher si la douleur est permanente ou intermittente, sa fréquence, le nombre d'accès douloureux dans une journée.

2. Intensité :

Quantifier la douleur au moment de la VAD mais aussi depuis la dernière évaluation (nombre et intensité des épisodes douloureux) en questionnant le patient ou son entourage.

3. Localisation :

Faire décrire la localisation de la douleur en précisant une éventuelle irradiation et sa trajectoire.

4. Traitement :

Nombre de prises d'antalgiques et leur efficacité (l'ensemble des interdoses des paliers 3 sont notés en systématique sur le diagramme).

Les échelles d'évaluation des douleurs nociceptives pourront être complétées par l'échelle DN4, le QDSA ou le distress thermometer pour les aspects multidimensionnelles de l'expérience douloureuse.

VOIR TABLEAUX PAGES SUIVANTES >



POUR L'ADULTE



EVALUER LA DOULEUR CHEZ L'ADULTE

TILT

TEMPS : douleur permanente ou à quel moment

INTENSITÉ : quantifier la douleur

→ à l'instant présent,

→ depuis la dernière évaluation, souvent les dernières 24h :

- le chiffre correspondant au pic le plus douloureux et le nombre dans la journée,
- le chiffre correspondant à une intensité moyenne de la douleur dans la journée.

LOCALISATION en précisant s'il y a irradiation et vers où.

TRAITEMENT : quels antalgiques sont pris, combien d'interdoses prises en évaluant leurs efficacités.



ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ADULTE

EVALUER DOULEUR = 1ER REFLEXE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT = FRUIT D'UN TRAVAIL D'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

AUTO EVALUATION (en priorité par rapport à l'hétéro-évaluation) :

	Echelles	Indications	Utilisation
Echelles Quantitatives <i>Pour tout type de douleur</i>	EVA (Echelle Visuelle Analogique)	Adulte, Personne Agée, pouvant être malentendant, ne présentant pas de troubles cognitifs, de praxies de type héli négligence, de la vue, de la communication.	Déplacement du curseur entre « pas de douleur » à « douleur maximale » par le patient Importance de la position initiale du curseur à 0.
	EN (Echelle Numérique)	Adulte, Personne Agée, ne présentant pas de troubles cognitifs, de la communication	Chiffrage orale de la douleur de 0 à 10 par le patient facile à comprendre, simple, rapide
	EVS (Echelle Verbale Simple)	Patient ayant de faibles capacités d'abstraction, ne pouvant utiliser EVA et EN. Adulte, Personne Agée, ne présentant pas de trouble cognitif, de la communication. Peut-être utilisée en complément de l'EVA ou de l'EN pour vérification, en cas de doute de compréhension.	Choix par le patient d'un adjectif qualifiant le mieux sa douleur (5 niveaux) : 0 : absente 1 : peu, légère 2 : moyenne, modérée 3 : forte, intense 4 : extrêmement forte, insoutenable Très simple à comprendre Manque de sensibilité (nombre limité de réponses).
Echelle qualitative	DN4 (Douleurs Neuropathiques)	Dépistage des douleurs neuropathiques	Le soignant interroge le patient et remplit le questionnaire. Le test est positif pour un résultat ≥ 4/10 Outil fiable, avec de très bonnes sensibilité et spécificité Nécessite une certaine aptitude verbale du patient et sa coopération.

Document réalisé par les référents du groupe de travail « Douleur ».

AUTO EVALUATION (suite) :

	Echelles	Indications	Utilisation
Echelle multidimensionnelle	QDSA (Questionnaire De Saint Antoine) 2 versions : complète ou abrégée	Adulte, Personne Agée, ne présentant pas de trouble cognitif, de la communication. Douleur chronique. Offre la possibilité d'une évaluation quantitative et qualitative avec la composante sensorielle et affectivo-émotionnelle. Orientation diagnostique en particulier pour les douleurs neurogènes Explore les effets de certains traitements qui visent plus à augmenter la tolérance à la douleur sans pour autant modifier réellement la description sensorielle.	Evaluation moyenne sur plusieurs jours (ex 1 semaine). Sélection par le patient du qualificatif correspondant à ce qu'il ressent + Il est conseillé d'aider le patient à remplir ce questionnaire. Très bonne évaluation qualitative et quantitative nécessite un degré de compréhension et d'aptitude verbale du patient et sa coopération

HETERO EVALUATION :

	Echelles	Indications	Utilisation
Echelles Comportementales	ALGOPLUS	Patients présentant des troubles de la communication verbale à l'exclusion des patients en état végétatif chronique.	Observation du comportement verbal et non verbal Evaluation de l'instant présent à répéter à n'importe quel moment Si ≥ 2/5 → prescription médicale Echelle rapide et simple Manque de sensibilité (nombre limité de réponses : 5 items)
	ECPA (Echelle Comportementale de la douleur de la Personne Agée)	Personne Agée non communicante verbalement à l'exclusion des patients en état végétatif chronique	Plutôt pour la douleur pendant les soins. Evaluation peut être faite à n'importe quel moment et répétée. Bien respecter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.Plus complète qu'algoplus (8 items) Echelle assez rapide et simple

EVALUATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE :

	Echelles	Indications	Utilisation
Echelle qualitative et quantitative	Distress Thermometer	Outil permettant d'améliorer le dépistage de la souffrance psychique. Aide au repérage des problèmes et support pour la verbalisation. Patients communicants sans altération cognitive, souffrant de cancer mais utilisable pour des patients ayant des pathologies chroniques lourdes.	Le patient évalue l'intensité de sa détresse , quelle qu'en soit l'origine, de 0 = absence de souffrance à 10 = souffrance extrême. La liste de questions associées permet de faciliter l'identification des problèmes. Un score ≥ 4 nécessite une évaluation plus approfondie et le besoin de recourir à des spécialistes : • Psychologue et/ou psychiatre si troubles émotionnels et psychologiques • Médecin pour rééquilibrage ou adaptation du traitement • Assistante sociale si problèmes pratiques et psychosociaux • Référent religieux si problématique spirituelle

POUR L'ENFANT

ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

1ère ÉTAPE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

ÉVALUER LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

TILT

TEMPS

INTENSITÉ

LOCALISATION

TRAITEMENT

Document réalisé par les référents du groupe de travail pédiatrique sur la douleur, décembre 2012.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

HÉTÉRO ÉVALUATION

	Échelles	Indications	Application
0 à 3 mois	DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né)	Douleur provoquée par un soin	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 3
	EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né)	Douleur de base + ou - prolongée ou répétitive	Score de 0 à 15 Seuil de traitement à 4
Jusqu'à 7 ans	ÉVENDOL	Tout type de douleur (aiguë et chronique) Enfant de 0 à 7 ans	Score de 0 à 15 Seuil de traitement à 4
	HÉDEN (Hétéro Evaluation de la Douleur de l'Enfant DEGR abrégée)	Douleur prolongée chez l'enfant de 2 à 7 ans atteint de cancer	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 3
Enfant handicapé	FLACC Modifiée (Face Legs Activity Cry Consolability)	Douleur provoquée par un soin ou douleur aiguë	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 3
	GÉD-DI (Grille Evaluation Douleur Déficience Intellectuelle)	Tout type de douleur	Score de 0 à 90 Seuil de traitement à 11
	SAN SALVADOR	Douleur chronique	Score de 0 à 40 Seuil de traitement à 6

AUTO ÉVALUATION

	Échelles	Indications et Application
4 ans	ÉVS (Échelle Verbale Simple)	À partir de 4 ans Décrire la douleur avec des mots simples : «- Pas de douleur, un peu, moyen, beaucoup, très fort». Pour les plus petits, joindre le geste à la parole. Nécessite d'utiliser les mêmes termes au sein de l'équipe.
	Échelle des visages FPS-R (Faces Pain Scale Reised)	À partir de 4 ans «- Ces visages montrent combien on peut avoir mal, ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un, de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment ?» Score de 0 à 10. Seuil de traitement à 4
6 ans	ÉVA (Échelle Visuelle Analogique)	De 4 à 6 ans Présenter la règlette en position verticale, définir les extrémités de la règlette : «- En bas, tu n'as pas mal ; en haut, tu as une douleur très très forte». Joindre le geste à la parole et s'assurer de la compréhension (lui faire reformuler). Score de 0 à 10. Seuil de traitement à 3
	ÉN (Échelle Numérique)	De 8 à 10 ans «- Donne une note à ta douleur entre 0 et 10 : 0, tu n'as pas mal ; 10, tu as une douleur très très forte». Score de 0 à 10. Seuil de traitement à 3
8 ans	Schéma Corporel	De 8 à 10 ans Permet d'identifier et de localiser une ou plusieurs douleurs et leur intensité. Nécessite de rester à côté de l'enfant pour lui rappeler les consignes.
	DN4 (Douleurs Neuropathiques)	Estimer la probabilité d'une douleur neuropathique. Score de 0 à 10 Présence d'une douleur neuropathique si score > ou égal à 4.

L'ensemble des échelles sont disponibles dans la GED.

2. Les échelles d'auto-évaluation

Il existe plusieurs échelles d'auto-évaluations : des échelles quantitatives (l'intensité) et qualitatives (type de douleur).

2.1. LES ÉCHELLES QUANTITATIVES

EVA (Echelle Visuelle Analogique)

À l'aide de la réglette, le malade déplace le curseur entre le critère « pas de douleur » et le critère « douleur maximale imaginable ». Le maximum de douleur peut être présenté au patient comme une douleur « très très forte ».

Le score se définit par un chiffre correspondant à la position du curseur sur le verso de la réglette qui n'est visible que par le soignant.

Cette échelle s'adresse aux patients qui ne présentent pas de troubles cognitifs, de la communication, de praxies de type hémi négligence, ou de la vue.

En pédiatrie, on utilisera l'EVA dès 6 ans présentée verticalement avec la consigne suivante: « En bas tu n'as pas mal du tout, en haut tu as très très mal, c'est une très forte douleur. Monte le curseur (ou la petite main) aussi haut que ta douleur est grande ; ou : montre-moi à combien tu as mal. »

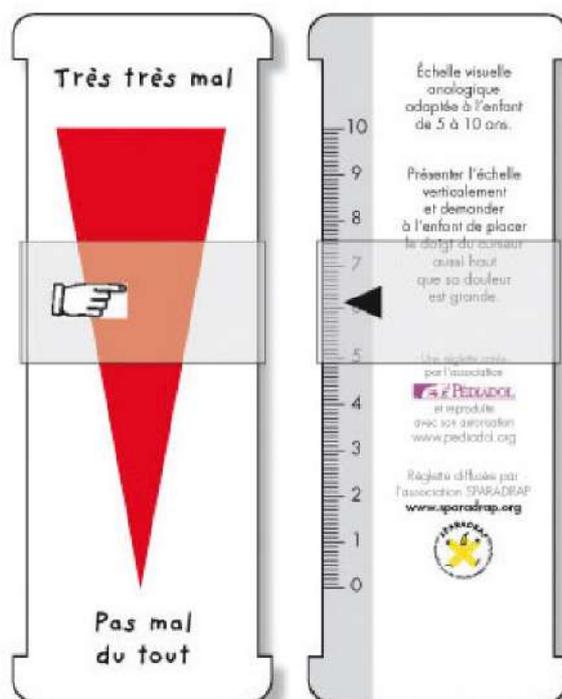
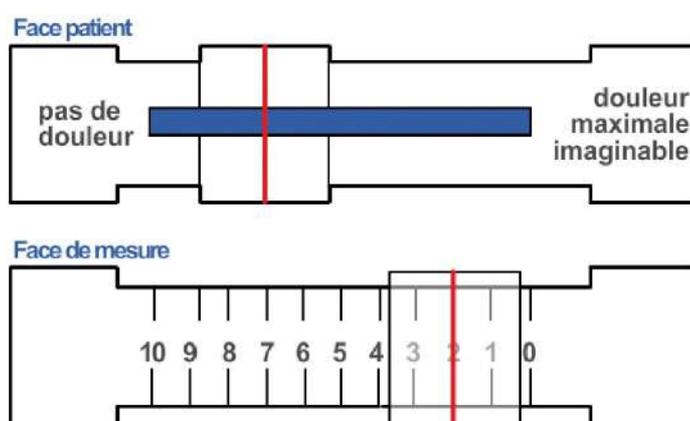
Il est important d'éviter des descriptions inquiétantes ou exagérées de la borne haute, rester très neutre.

Score : de 0 à 10, décimales possibles

Seuil de traitement : à partir de 3

Une fois le principe de cette méthode compris, les patients peuvent préférer donner directement le chiffre, c'est-à-dire utiliser l'échelle numérique.

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



EN (Échelle Numérique)

Le malade donne une note oralement entre 0 (pas de douleur) et 10 (douleur très très forte).

Cette méthode s'adresse aux patients qui ne présentent pas de troubles cognitifs ou de la communication. Elle est utilisable chez l'enfant à partir de 8 ans.

La consigne est la suivante :

« On peut donner une note à la douleur, entre 0 et 10 : à 0 tu n'as pas mal, à 10 tu as très très mal, c'est une très forte douleur ; peux-tu me dire à combien tu as mal ? »

Score : de 0 à 10

Seuil de traitement : à partir de 3

C'est l'échelle la plus utilisée. Elle est facile à comprendre, simple et rapide.

Cependant, certains grands enfants ou adultes ont du mal à mesurer un niveau de douleur même avec une bonne capacité cognitive. Il est alors nécessaire de proposer une autre échelle.

EVS (Échelle Verbale Simple)

Le malade décrit l'intensité ressentie selon les adjectifs ci-dessus et le soignant note le score correspondant.

Si le score est $\geq 2/4$, le traitement doit être réactualisé.

Le patient précise l'importance de sa douleur selon l'échelle de graduation suivante :

Absente = 0 Faible = 1 Modérée/moyenne = 2

Intense = 3 Très intense = 4

C'est un outil plus simple à comprendre et s'adresse particulièrement aux patients ayant de faibles capacités d'abstraction et ne pouvant pas utiliser l'EN ou l'EVA. Ils ne doivent pas présenter de troubles cognitifs ou de la communication.

Cette échelle peut être utilisée en complément de l'EVA ou de l'EN pour vérification en cas de doute de compréhension.

Elle peut être utilisée en pédiatrie dès l'âge de 4 ans.

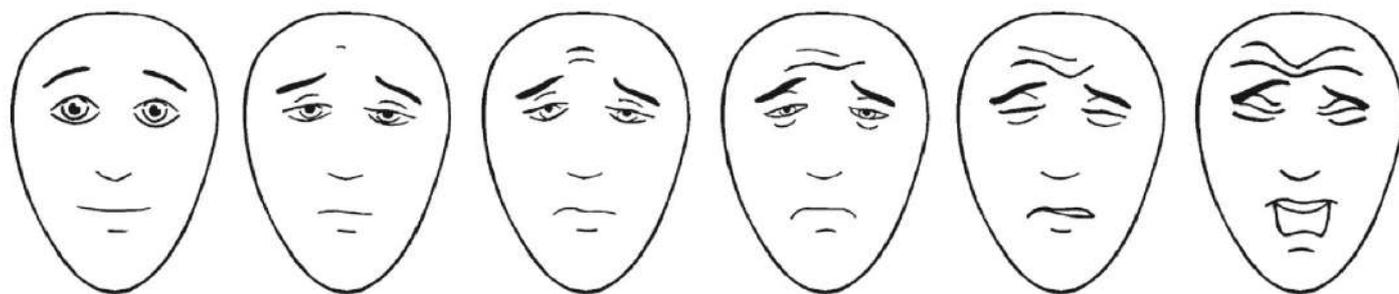
On décrira la douleur avec des mots simples :

« pas de douleur, un peu, moyen, beaucoup, très fort ».

Pour les plus petits, on joint les gestes à la parole.

Cette échelle nécessite d'utiliser les mêmes mots au sein de l'équipe.

Échelle des visages FPS-R (Faces Pain Scale Revised)



Consigne :

« Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite), montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite) qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment ».

Éviter les mots « triste » ou « heureux » en précisant qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché du visage : « montre-moi comment tu te sens à l'intérieur de toi ». Éviter des descriptions inquiétantes ou exagérées de la borne haute, rester très neutre.

Cette échelle est utilisable dès l'âge de 4 ans.

Si l'enfant n'arrive pas à relativiser différents niveaux, en général il se cote au maximum ; dans ce cas passer à un score comportemental.

La consigne est traduite dans plus de **40 LANGUES**, utile avec un enfant ou des parents ne comprenant pas le français (www.iasp-pain.org).

Bien qu'ayant été conçue pour être utilisée en milieu pédiatrique, elle est valide et fiable chez l'adulte et le sujet âgé. Elle peut être employée en cas de difficulté d'utilisation de l'EVA, de l'EN ou de l'EVS, par exemple

chez le patient ayant des difficultés de verbalisation (aphasie, dysphonie...).

Score de 0 à 10

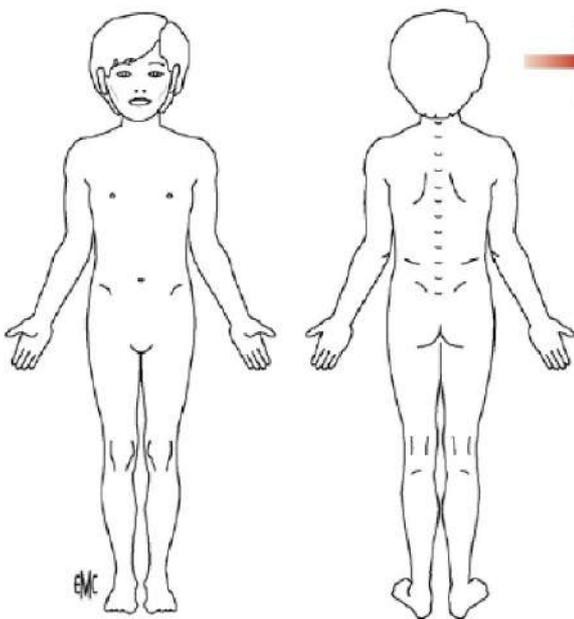
Seuil de traitement à 4/10

Si ces méthodes d'auto-évaluation de la douleur sont pratiques et faciles, elles se limitent à la description de l'intensité de la douleur mais ne donnent pas d'indications qualitatives.

2.2. LES ÉCHELLES QUALITATIVES

Le schéma corporel

Utilisé régulièrement en pédiatrie dès l'âge de 4 ans, il permet d'identifier et de localiser une ou plusieurs douleurs et leur irradiation éventuelle. Il est nécessaire de rester à côté de l'enfant pour lui rappeler la consigne. Cet outil doit pouvoir être aussi utilisable chez les adultes.



Dessin du bonhomme

Âge d'utilisation

- À partir de 4 ans.

Permet d'identifier

- Les localisations de la douleur, le nombre de localisations, l'intensité de la douleur.

Description

- L'enfant colorie les zones qui lui font mal.
- Si possible, l'enfant choisit d'abord une couleur différente pour 4 niveaux de couleur (un peu, moyen, beaucoup, très fort).

Spécificités

- Rester auprès de l'enfant quand il dessine. Les plus petits peuvent commencer par colorier là où ils ont mal, puis risquent de tout colorier par jeu.
- Ce dessin permet parfois de révéler des localisations douloureuses qui étaient passées inaperçues.

Ça fait mal : Choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concernée

Un peu Moyen Beaucoup Très mal

L'Échelle QDSA (Questionnaire Douleur Saint Antoine)

C'est une échelle multidimensionnelle.
Il existe 2 versions : abrégée et complète.

DATE : NOM : PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA), VERSION ABRÉGÉE

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire votre douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les derniers 8 jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 Absent/ Non	1 Faible / Un peu	2 Modéré / Modérément	3 Fort / Beaucoup	4 Extrêmement fort / Extrêmement
Élanement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coup de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cette échelle est indiquée pour les douleurs chroniques. Elle offre une évaluation qualitative avec la composante sensorielle et affectivo-émotionnelle.

Elle peut avoir une orientation diagnostique en particulier pour les douleurs neurogènes.

Elle explore les effets de certains traitements qui visent plus à augmenter la tolérance à la douleur sans pour autant modifier réellement la description sensorielle.

DATE : NOM : PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4

Cotation : 0=Absent/Pas du tout 1=Faible/Un peu 2=Modéré/Moyennement 3=Fort/Beaucoup 4=Extrêmement fort/Extrêmement

A Battements Pulsations Élanements En éclairs Décharges électriques Coups de marteau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J Fatigante Énervante Éreintante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B Rayonnante Irradiante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	K Nauséuse Suffocante Syncopale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Piqûre Coupure Pénétrante Transperçante Coups de poignard	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L Inquiétante Oppressante Angoissante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D Pincement Serrement Compression Écrasement En étau Broiement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M Harcelante Obsédante Cruelle Torturante Supplicante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Tiraillement Étreinte Distension Déchirure Torsion Arrachement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N Gênante Exaspérante Fébrile Insupportable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F Chaleur Brûlure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O Énervante Exaspérante Horripilante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G Froid Glace	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P Déprimante Suicidaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Picotements Fourmillements Démangeaisons	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TOTAL :	
I Engourdissement Lourdeur Sourde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J à P : critères affectifs	

A à I : critères sensoriels

Illustrant les différentes composantes de la douleur, le QDSA (version française du Mac Gill Pain Questionnaire-MPQ) permet essentiellement une évaluation qualitative de la douleur chronique, en particulier la douleur neuropathique.
Le QDSA nécessite, pour le patient douloureux un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il en existe une version abrégée.

Il est conseillé d'aider le patient à remplir le questionnaire. C'est lui qui sélectionne le qualificatif qui correspond à son ressenti. Cette évaluation se fait sur plusieurs jours.

Elle nécessite un certain degré de compréhension et d'aptitude verbale du patient et sa coopération.

Échelle DN4

Cette échelle permet d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique chez un patient, par le biais de 4 questions réparties en 10 items à cocher.

Le praticien interroge ou examine le patient et remplit le questionnaire lui-même. Il note une réponse (OUI = 1 point, NON = 0 point) à chaque item.

A la fin du questionnaire, il comptabilise les réponses et attribue la note 1 pour chaque «oui», et la note 0 pour chaque «non». La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10.

Seuil de traitement à 4/10 (le test est positif - sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9%)

Cet outil nécessite une certaine aptitude verbale du patient et sa coopération.

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle

une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- 1 - Brûlure oui non
- 2 - Sensation de froid douloureux oui non
- 3 - Décharges électriques oui non

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans

la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- 1 - Fourmillements oui non
- 2 - Picotements oui non
- 3 - Engourdissements oui non
- 4 - Démangeaisons oui non

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée

dans un territoire où l'examen met en évidence :

- 1 - Hypoesthésie au tact oui non
- 2 - Hypoesthésie à la piqûre oui non

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée

ou augmentée par :

- 1 - Le frottement oui non

Échelle DISTRESS THERMOMETER

C'est un outil permettant d'améliorer le dépistage de la souffrance psychologique. Il aide au repérage des problèmes. Il peut-être un support pour la verbalisation.

Il est indiqué pour tous les patients exposés à des pathologies invalidantes et/ou évolutives.

Le patient ne doit pas présenter d'altération cognitive.

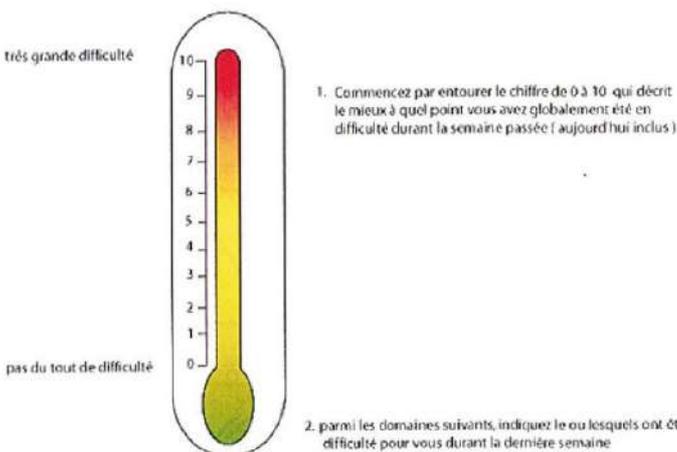
Il évalue l'intensité de sa détresse sur une période donnée, quelle qu'en soit l'origine, de 0 à 10.

Puis, sur le verso de l'échelle, le patient indique les domaines où il ressent une difficulté parmi une liste indiquée. Il est conseillé au soignant de compléter ce document avec le patient.

Le score ≥ 4 nécessite une évaluation plus approfondie en équipe pluridisciplinaire.

étiquette patient

date



	oui	non		oui	non
Difficultés matérielles			Difficultés Physiques		
Prendre soin des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspect physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilette/habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail/études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés familiales			Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec le conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés émotionnelles			Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mémoire/Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désintérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés spirituelles/religieuses			Troubles urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse nez/congestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensation gonflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fourmillements mains/pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Les échelles d'hétéro-évaluation

Il est nécessaire d'y avoir recours quand le patient n'est plus capable de s'autoévaluer ou quand il y a un doute sur une autoévaluation.

3.1. CHEZ L'ADULTE

ALGOPLUS

C'est une observation comportementale verbale et non verbale.

C'est une échelle simple et rapide s'adressant aux patients présentant des troubles cognitifs ou de communication verbale à l'exclusion des patients en état végétatif.

Chaque domaine regroupe un ensemble défini de comportements dont la présence chez le patient peut être le reflet d'une douleur aiguë. **La présence d'un seul comportement** dans le domaine défini suffit pour coter « oui » l'item considéré. Il n'y a pas à interpréter : la simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelle que soit son éventuelle pré existence. Cet outil peut être complémentaire à une autoévaluation de la douleur si le soignant suspecte des troubles de la conscience.

C'est une évaluation à l'instant présent qui peut être répéter à n'importe quel moment. Ex : avant puis pendant ou après un soin.

Score : de 0 à 5

Seuil de traitement si supérieur à 2/5

ERREURS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe comportemental et non pas sur sa simple présence : L'item plainte orale coté « non » alors que le patient crie car le symptôme est attribué à démence ou parce qu'il est « habituel » par exemple. Agrippement à la barrière de protection coté « non » parce que attribué à la peur de tomber.

DIFFICULTÉS DE REPÉRAGE

Agrippement doit être coté « oui » quel que soit le support d'agrippement : sur le patient lui-même, sur le soignant ou tout autre support.

ECHELLE D'HETERO EVALUATION DE LA DOULEUR
EVALUATION COMPORTEMENTALE

ALGOPLUS

Etiquette patient

Dates/horaires Et particularités*														
	Oui	Non												
Initiales du ou des soignant(s)														
1 Visage : froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé														
2 Regard : regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés														
3 Plaintes orales : « ah », « ouille », « j'ai mal », gémissements, cris														
4 Corps : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées														
5 Comportements : agitation ou agressivité, agrippement														
Total de oui / 5														

(*): Préciser si c'est pendant la toilette, un soin ou tout autre événement

ECPA (Echelle Comportementale de la douleur de la Personne Agée)

C'est une échelle adressée à la personne âgée présentant des troubles cognitifs, non communicante verbalement à l'exclusion des patients en état végétatif. L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante, exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

Elle comporte 2 parties : avant et après les soins. Il faut bien respecter la dimension « observation avant les soins » réellement et non pas de mémoire après. Il y aurait alors risque de contamination de la deuxième évaluation sur la première.

Cette échelle est facile et simple comportent plus d'items que l'algoplus.

Score : de 0 à 32

Seuil de traitement : 32

C'est la comparaison de scores globaux qui permettra d'ajuster la thérapeutique antalgique.

Cette échelle est indiquée pour les douleurs chroniques. Elle offre une évaluation qualitative avec la composante sensorielle et affectivo-émotionnelle.

Elle peut avoir une orientation diagnostique en particulier pour les douleurs neurogènes. Elle explore les effets de certains traitements qui visent plus à augmenter la tolérance à la douleur sans pour autant modifier réellement la description sensorielle.

Il est conseillé d'aider le patient à remplir le questionnaire. C'est lui qui sélectionne le qualificatif qui correspond à son ressenti. Cette évaluation se fait sur plusieurs jours.

Elle nécessite un certain degré de compréhension et d'aptitude verbale du patient et sa coopération.

SCORE TOTAL DE L'ECHELLE :	E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante	Identifiant patient
-----------------------------------	---	---------------------

<i>I. Observation avant les soins</i>	<i>II. Observation pendant les soins</i>
<p>1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé /ou crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contraire à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4. RELATION A AUTRUI Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*</p> <p>* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration</p>	<p>5. Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6. Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p> <p>Date : Heure :</p> <p>Nom du cotateur :</p>

3.2. CHEZ L'ENFANT

Le choix de l'échelle d'hétéro-évaluation en pédiatrie se fera en fonction de l'âge de l'enfant, du type de douleur (liée à un soin ou chronique) et de la pathologie (polyhandicap, hémato-oncologie).

Les échelles les plus utilisées dans notre activité HAD sont résumées dans le TILT pédiatrique.

La DAN (Douleur Aigue de Nouveau né)

Elaborée pour le nouveau-né à terme ou prématuré, utilisable jusqu'à 3 mois pour des douleurs aiguës ou brèves. Elle permet d'évaluer l'efficacité des mesures préventives de la douleur (saccharose, crème anesthésiante) lors d'un acte douloureux. Elle est simple et rapide à mettre en œuvre.

Score : de 0 à 10

Seuil de traitement : à partir de 3/10

ÉCHELLE DAN : Échelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né
 élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10

JOUR, HEURE	Échelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né		
	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
RÉPONSES FACIALES			
0 : Calme 1 - Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux ; 2 - Légers, intermittents avec retour au calme 3 - Modérés 4 - Très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : Calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait ; 1 - Légers, intermittents avec retour au calme 2 - Modérés 3 - Très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : Absence de plainte 1 - Gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 - Cris intermittents. Pour l'enfant intubé : minime ou de cris intermittents 3 - Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : minime de cris constants			

CARBAJAL R., PALUPE A., HOENN E., LENCLEN R., OLIVIER MARTIN M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. Arch Pediatr 1997, 4 : 623-628.

L'EDIN (Echelle Douleur et Inconfort du Nouveau né)

Cette échelle a été élaborée pour le nouveau-né à terme ou prématuré, utilisable jusqu'à 3 mois pour évaluer la douleur prolongée et inconfort de l'enfant. C'est la seule grille qui permet l'évaluation de la douleur prolongée chez le nouveau-né. Elle est simple et rapide et validée. Pour obtenir un score qui reflète réellement l'état de l'enfant, l'utilisateur doit prendre en compte l'ensemble de ses comportements durant la période de 1 à 4 heures précédant l'évaluation.

Score : de 0 à 15

Seuil de traitement si supérieur à 4/15

Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)
 élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 6 à 9 mois

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs) non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.
Score de 0 à 15, seuil de traitement 5

Date	Heure	Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)											
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
VISAGE	0	Visage détendu											
	1	Crimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton											
	2	Crimaces fréquentes, marquées ou prolongées											
	3	Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé											
CORPS	0	Détendu											
	1	Agitation transitoire, assez souvent calme											
	2	Agitation fréquente mais retour au calme possible											
	3	Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé											
SOMMEIL	0	S'endort facilement, sommeil prolongé, calme											
	1	S'endort difficilement											
	2	Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité											
	3	Pas de sommeil											
RELATION	0	Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute											
	1	Appréhension passagère au moment du contact											
	2	Contact difficile, cri à la moindre stimulation											
	3	Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation											
RECONFORT	0	N'a pas besoin de réconfort											
	1	Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion											
	2	Se calme difficilement											
	3	Inconsolable. Suction désespérée											
		SCORE TOTAL											
OBSERVATIONS													

DEBILLON T, SARGENTON B, ZUPAN V, TRÉS F, MACPÉ JF, BOUQUIN MA, BÉHAN AL. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994 ; 1 : 1085-92.

DEBILLON T, ZUPAN V, RAYVAULT M, BOGNY JF, DEJAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child Neonatal Ed 2001 ; 85 : F36-F41.

EVENDOL (EValuation ENfant DOLeur)

Utilisable de la naissance à 7 ans pour tout type de douleur (aiguë ou prolongée).

Elle a été validée aux urgences et permet une évaluation de la douleur à l'arrivée, en dehors de tout soin, afin de déterminer si l'enfant a besoin d'emblée d'un antalgique et lors de l'examen clinique ou du soin.

Elle comprend 5 items comportementaux simples. Pour chaque item, 4 cotations possibles, tenant compte à la fois de l'intensité et de la permanence du signe pendant le temps d'observation (0 = signe absent, 1 = signe faible ou passager, 2 = signe moyen ou environ la moitié du temps, 3 = signe fort ou quasi permanent).

Le choix des items permet d'observer une augmentation du score avec l'intensité de la douleur qu'il s'agisse de douleur aiguë (pleurs, mimique, agitation, raideur, geste de protection, inconsolabilité) ou de douleur prolongée avec atonie psychomotrice (raideurs, immobilité, refus de s'intéresser à l'entourage).

Score : de 0 à 15

Seuil de prescription à 4/15

**Evaluation
Enfant
Douleur**

Echelle validée de la naissance à 7 ans.
Score de 0 à 15.
seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique										
					Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes				Evaluations après antalgique ¹				
					ou repos ² ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M			
Expression vocale ou verbale															
pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3											
Mimique															
a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3											
Mouvements															
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3											
Positions															
a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3											
Relation avec l'environnement															
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3											
Remarques	Score total /15														
	Date et heure:														
	Initiales évaluateur														

¹Au repos ou calme (R) : observez l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
²A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
 Evaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment de pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).
 Echelle validée et agréée - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 932, 932 et 130. Contact tel: 06 47 88 00 00 ou email: had@ap-hp.fr

HEDEN (Hétéro-Evaluation de la Douleur de l'ENfant)

Cette échelle permet d'évaluer la douleur aiguë et chronique des enfants atteint de cancers entre 2 et 7 ans. C'est l'échelle DEGR simplifiée avec possibilité d'évaluer l'atonie psychomotrice.

Score : de 0 à 10

Seuil de prescription : 3/10

Échelle HEDEN
 Pour mesurer la douleur prolongée de l'enfant en atonie psychomotrice
 (version raccourcie et simplifiée de l'échelle DEGR)
 Score 0 à 10

Signes de douleur	0	1	2	COTATION		
				Date :	/	/
Plointes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plainte avec gémissements, cris, ou sanglots, ou supplications			
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	L'enfant s'intéresse à son environnement	Perde d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé	Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout			
Position antalgique (SDO)	L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable	L'enfant a choisi à l'évidence une position antalgique	Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé			
Lenteur et rareté des mouvements (APM)	Mouvements larges, vifs, rapides, variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices rares	Enfant comme figé, immobile dans son lit, alors que rien ne l'empêche de bouger			
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (SDD)	Examen et mobilisation sans problème	Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant	Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation			
TOTAL						

EVD : expression volontaire de douleur ; APM : atonie psychomotrice ; SDO : Signes directs de douleur

Référence : Marec-Bérard P., Cancio C., Bergeron C., Gomez F., Combet S., Foussat C., Thibault P., Le Moine P. L'échelle d'évaluation de la douleur HEDEN comme simplification de l'échelle DEGR. 12^e Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? », Paris, 2005.

IV.

**Les traitements
médicamenteux
pour les douleurs
nociceptives**

Les antalgiques sont regroupés en 3 niveaux selon l'OMS :

• **Les antalgiques de palier I ou antalgiques dits périphériques** actuellement disponibles sont le paracétamol, l'acide acétylsalicylique et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'ibuprofène, l'acide nifluniqué, le celecoxib à dose antalgique. Ils sont habituellement indiqués dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée.

• **Les antalgiques de palier II** sont indiqués dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité modérée à intense. Ils regroupent les opioïdes faibles commercialisés pour la grande majorité en association avec un antalgique périphérique, le plus souvent le paracétamol : codéine associée au paracétamol et/ou à l'acide acétylsalicylique, ou à l'ibuprofène, tramadol seul ou associé au paracétamol, poudre d'opium associée au paracétamol, dihydrocodéine.

• **Les antalgiques de palier III** sont indiqués dans les douleurs intenses et/ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible. Ils regroupent les opioïdes forts agonistes purs (morphine, péthidine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone), agonistes partiels (buprénorphine) ou agonistes-antagonistes = intermédiaire niveau 2-3 (nalbuphine). Lors du choix d'un traitement antalgique, l'efficacité doit être considérée au regard des contre-indications.

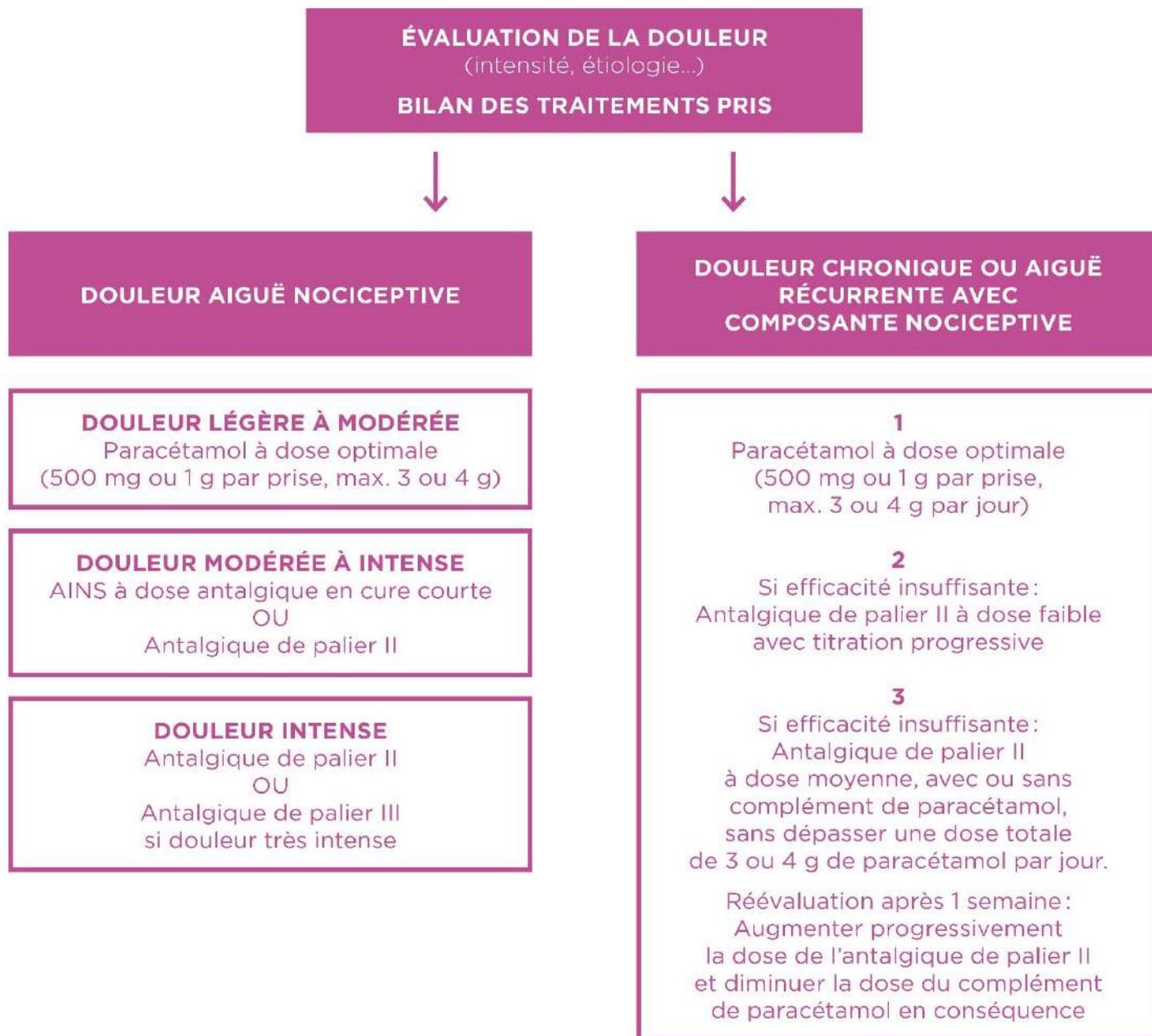
Modalités de prescription d'un traitement antalgique

1. Le choix du traitement antalgique est guidé par l'intensité de la douleur et son caractère aigu ou chronique.
2. Quelle que soit la situation clinique rencontrée, les contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi des traitements antalgiques envisagés, le terrain, l'âge du patient et les traitements concomitants, devront être pris en compte afin d'anticiper et prévenir les risques d'effets indésirables.
3. Il est recommandé de prévenir certains effets indésirables, comme le risque de constipation lié aux opioïdes, particulièrement en traitement chronique. L'association d'un antalgique périphérique à un opioïde faible permet de diminuer la dose et potentiellement le risque d'effet indésirable de l'opioïde.
4. La douleur doit être régulièrement réévaluée pour adapter ou arrêter le traitement antalgique lorsque la symptomatologie le permet.

Il est indispensable de rappeler au patient de se conformer à la prescription médicale et de ne pas prendre d'autres antalgiques sans avis médical, pour éviter notamment le risque de surdosage lorsqu'une même substance active, telle que le paracétamol, le tramadol, la codéine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien, est présente dans plusieurs spécialités.



ARBRE DÉCISIONNEL : PRISE EN CHARGE DES DOULEURS NOCICEPTIVES NON CANCÉREUSES DE L'ADULTE



Antalgiques de niveau 1

1. PARACÉTAMOL

Antalgique de référence du niveau 1 en raison d'une bonne tolérance dans les conditions normales d'utilisation.

Posologie habituelle pour l'adulte :

3 g par jour (jusqu'à 4 grammes par jour).

Précaution si atteinte hépatique, alcoolisme chronique, déshydratation, malnutrition chronique ou sujet âgé : maxi 60 mg/kg/jour sans dépasser 3 grammes/j
Pour éviter un risque de surdosage, il est recommandé de vérifier l'absence de paracétamol dans la composition des médicaments associés (automédication)
Un surdosage provoque une cytolyse hépatique susceptible d'aboutir à une nécrose complète et irréversible se traduisant par une insuffisance hépatocellulaire, une acidose métabolique, une encéphalopathie pouvant aller jusqu'au coma et à la mort. Les symptômes suivants : douleurs abdominales (généralement dans les 24 premières heures, nausées, vomissements, anorexie, pâleur).

Contre-indication :

Insuffisance hépatocellulaire.

Interactions médicamenteuses :

Anticoagulants oraux.

La prise de paracétamol à dose maximale pendant au moins 4 jours et d'anticoagulants oraux expose à un risque d'augmentation du risque hémorragique qui nécessite un contrôle régulier de l'INR et une adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par le paracétamol et après son arrêt.

EN PÉDIATRIE :

Indications officielles de l'AMM : dès la naissance pour douleur et fièvre.

Associer si besoin : AINS + si besoin morphinique de palier 2 ou palier 3.

Suppositoires déconseillés (biodisponibilité faible, aléatoire et retardée) : uniquement si voie orale impossible (ex. : vomissements) et absence de voie veineuse.

Les bénéfices d'une dose de charge ne sont pas toujours présents mais celle-ci peut être utilisée dans les situations difficiles ; une étude a montré l'absence de retentissement sur les enzymes hépatiques à H24, après une dose reçue de 75 mg/kg en 24 h.

Voie orale : Dafalgan®, Doliprane®, Dolko®, Efferalgan®, Paralyoc® et génériques Sirop (pipette 15 mg/kg/prise), sachets, cp, cp effervescents, cp lyoc	15 mg/kg/6 h Dose de charge initiale possible : 30 mg/kg Max. 80 mg/kg/j sans dépasser 4 g/j
Suppositoires (à éviter) car mauvaise absorption	15 mg/kg/6 h, en général insuffisante Posologie optimale non fixée ; en dose unique, dose double conseillée
Perfalgan® : solution pour perfusion 10 mg/mL	IVL (en 15 min car irritant pour les veines) 15 mg/kg/6 h < 10 kg : 7,5 mg/kg/6 h selon l'AMM mais une publication récente remet en question cette posologie et revient aux doses habituelles dès un mois, avec des posologies réduites chez les prématurés et nouveau-nés*

2. AINS Y COMPRIS ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Les AINS ne doivent être utilisés qu'en cure courte (durée le plus souvent inférieure à 5 jours).
En cas de traitement sur plusieurs jours, préférer un autre AINS que l'acide acétylsalicylique.

Effets indésirables communs des AINS :

- 1. Gastro intestinaux :** Les plus fréquents : ulcères peptiques, perforations ou hémorragies gastro-intestinales, parfois fatales, peuvent survenir, en particulier chez le sujet âgé. Des nausées, vomissements, diarrhées, flatulences, constipation, dyspepsie, stomatite ulcéreuse, douleur abdominale, melæna, hématurie, gastrite, exacerbation d'une recto-colite ou d'une maladie de Crohn ont été rapportés.
- 2. Rénaux :** Insuffisance rénale fonctionnelle par diminution de la filtration glomérulaire, en inhibant l'action vasodilatatrice des prostaglandines rénales. Cet effet indésirable est dose-dépendant. En début de traitement ou après augmentation de la posologie, une surveillance de la diurèse et de la fonction rénale est recommandée chez les patients présentant les facteurs de risque suivants : sujet âgé, association à un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), Sartan, diurétique, hypovolémie quelle qu'en soit la cause, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, syndrome néphrotique, néphropathie lupique, cirrhose hépatique décompensée.
- 3. Cardio vasculaire :** Œdèmes, hypertension et insuffisance cardiaque.

Contre-indications communes :

- 1.** Antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement avec AINS.
- 2.** À partir de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée).
- 3.** Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par un AINS.
- 4.** Ulcère gastro-duodéal en évolution.
- 5.** Insuffisance hépatocellulaire sévère, d'insuffisance rénale sévère, d'insuffisance cardiaque sévère non contrôlée.
- 6.** L'acide acétylsalicylique est également contre-indiqué en cas de risque hémorragique, et l'ibuprofène en cas de lupus érythémateux disséminé.

Interactions médicamenteuses :

- 1. L'association aux anticoagulants oraux** majore le risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal. L'acide acétylsalicylique et le piroxicam sont contre-indiqués et les autres AINS déconseillés en association aux anticoagulants oraux.
- 2. L'association au méthotrexate** utilisé à des doses supérieures à 20 mg/semaine est susceptible de majorer la toxicité du méthotrexate, notamment hématologique, en raison de la diminution de sa clairance rénale.
- 3. Les AINS ne doivent pas être associés entre eux.** En effet, l'utilisation de plusieurs antiagrégants plaquettaires majore le risque de saignement.
- 4. L'association de certains AINS à d'autres médicaments** susceptibles de favoriser la survenue d'une hyperkaliémie (sels de potassium, diurétiques hyperkaliémisants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteurs de l'angiotensine II, héparines (de bas poids moléculaires ou non fractionnées), ciclosporine et tacrolimus, triméthoprime) majore le risque d'hyperkaliémie.

Les patients sous faible dose d'acide acétylsalicylique en prévention d'accident cardio-vasculaire doivent être avertis des risques de l'automédication avec l'acide acétylsalicylique.

EN PÉDIATRIE :

Les AINS ont une efficacité antalgique supérieure au paracétamol, à la codéine et à leur association dans de nombreuses situations : postopératoire, traumatologie, migraine, inflammation. Les effets indésirables sont rares, voire exceptionnels si les contre-indications et précautions sont bien respectées (études de cohorte sur 83 000 enfants Lesko SM et al. JAMA 1995, RBP Afssaps 2009).

En pratique en pédiatrie :

- **Jamais** si varicelle
- **Prudence** si infection d'infection bactérienne sévère : pulmonaire, ORL (abcès), cutanée ou des tissus mous.
- **Prudence ou CI** si risque hémorragique ou trouble de la coagulation ;
- **Prudence** si risque de déshydratation (peut favoriser une insuffisance rénale) : corriger l'hydratation avant l'administration.

L'ANSM ne recommande pas d'associer systématiquement des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'enfant.

(RBP Afssaps 2008 – Antisécrétoires chez l'enfant).

EXEMPLE :

L'ibuprofène : AINS de référence en pédiatrie.

AMM : 3 mois pour fièvre ou douleur.

Douleur d'intensité légère à modérée d'origine variée selon les AMM des différentes spécialités commercialisées : migraine, douleur traumatique, inflammation, arthrite juvénile, douleurs dentaires, courbatures, états grippaux, dysménorrhée, etc.

**Sirops : Advil® 7,5 mg/kg/prise ou Nurofen® 10 mg/kg/prise
Nurofen®, Advil®, Brufen®, Antarène®, Nureflex®
et génériques : cp 100, 200, 400 mg, cp orodispersibles à
200 mg**

Pour toutes les présentations :
10 mg/kg/8 h ou 7,5 mg/kg/6 h
Max. 400 mg/prise. Rester maximum 30 mg/kg/j

EXEMPLE :

Acide acétylsalicylique.

Indications officielles de l'AMM

Sachet 100 mg : à partir de 3 mois.

Voie IV : adulte.

N'est plus utilisée sauf en rhumatologie. Attention aux contre-indications.

Jamais dans la semaine préopératoire. Jamais en cas de trouble de la coagulation.

**Aspirine® Voie orale : présentations multiples
de 100 à 1 000 mg**

10-15 mg/kg/6 h



Antalgiques de niveau 2 : les morphiniques faibles

Il est recommandé d'associer les antalgiques de palier 2 à un ou deux antalgiques de palier 1.

Les morphiniques faibles ne doivent pas être associés aux antalgiques de palier 3.

Leur puissance antalgique est modérée. En cas d'inefficacité, un relais rapide sera pris par de la morphine. Les morphiniques, même de palier 2, ne sont pas recommandés pour les céphalées ni pour les douleurs « psychogènes ».

La restriction d'utilisation de la codéine en pédiatrie (2013) incite au recours à la morphine plus rapidement qu'auparavant.

Il existe un risque de pharmacodépendance avec tous les morphiniques faibles ou fort.

Les principaux effets indésirables des opioïdes sont liés à leur action dépressive centrale (bradypnée, tachycardie) et à leurs actions sur les muscles lisses, entraînant un risque de troubles digestifs (constipation souvent intense et nausées), urinaire (rétention), et neurologiques (sommolence et vertiges).

Le risque de convulsions avec le tramadol doit également être pris en compte.

1. LA CODÉINE

Les propriétés antalgiques de la codéine sont liées à sa transformation en morphine par le foie. Environ 10 à 15 % de la population ne répond pas à la codéine car ne possède pas l'équipement enzymatique (cytochrome P450 2D6).

La codéine est le plus souvent associée au paracétamol. La posologie usuelle est de 1 comprimé toutes les 6 heures, soit 20 à 30 mg de codéine et 300 à 500 mg de paracétamol par prise. En cas de réponse insuffisante, la dose peut-être augmentée à 2 comprimés par prise et l'intervalle entre les prises peut être diminué jusqu'à 4 heures minimum.

Il est recommandé de diviser les doses par 2 chez le sujet âgé.

Effets indésirables :

Idem tous les opiacés.

1. Troubles digestifs :

Constipation (à prévenir en systématique) nausées et vomissements, syndrome douloureux abdominal aigu de type biliaire ou pancréatique, évocateur d'un spasme du sphincter d'Oddi, survenant particulièrement chez le patients cholecystectomisés.

2. Neurologiques : Somnolence et vertiges, sédation, euphorie, dysphorie,

3. Rétention urinaire notamment chez les personnes dont la fonction rénale est altérée.

4. Troubles pulmonaires tels que bronchospasme et dépression respiratoire (si maladie neuromusculaire, insuffisance respiratoire, obstruction des voies aériennes supérieures)

5. Autres : myosis, réactions d'hypersensibilité (prurit, urticaire et rash).

En cas d'utilisation prolongée à de fortes doses, il existe un risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal.

Contre-indications :

1. Atteinte respiratoire ou neurologique évolutive (sauf avis médecin expérimenté), asthme sévère.

2. Insuffisance hépatocellulaire.

3. Enfant de moins de 12 ans.

4. Post amygdalectomie.

5. Grossesse et allaitement .

Indications officielles de l'AMM :

• **Codoliprane®** > 15 ans (depuis 2013).

• **Dafalgan codéiné®** > 12 ans (depuis 2013).

Codoliprane® : cp sécables 20 mg de codéine + 400 mg de paracétamol	1 cp pour 20 à 40 kg/6 h (0,5-1 mg/kg/6-8 h) Prises à rapprocher toutes les 4 h si la douleur réapparaît, max. 6 mg/kg/j de codéine
Dafalgan codéiné® : cp effervescents sécables 30 mg de codéine + 500 mg de paracétamol	½ cp pour 15 à 30 kg/6 h (0,5-1 mg/kg/6-8 h) Prises à rapprocher toutes les 4 h si la douleur réapparaît, max. 6 mg/kg/j de codéine

2. LE TRAMADOL

Le tramadol est un antalgique central à double action : une action opioïde et un effet monoaminergique par inhibition de la recapture neuronale de la sérotonine et de la noradrénaline.

Il existe des formes à libération immédiate et des formes à libération prolongée.

Indications officielles de l'AMM :

Douleur modérée à intense :

- **solution buvable** : 3 ans.
- **cp 50, 100 mg** : > 15 ans.
- **cp avec paracétamol** : 12 ans.
- **cp retard** : > 12 ans.
- **amp IV** : adulte.

Précautions d'emploi et effets indésirables :

- **Prudence** en cas d'atteinte respiratoire ou neurologique évolutive.
- **IV** : surveillance de la sédation et de la respiration.
- **EI** : assez fréquemment nausées, vomissements, (mieux supporté en forme LP).
- **Risque d'effet addictif** en cas d'utilisation prolongée.

Posologie :

1. Formes à libération immédiate :

- La dose d'attaque est de 100 mg en cas de douleur aiguë et de 50 ou 100 mg en cas de douleurs chroniques.
- La dose d'entretien est de 50 ou 100 mg toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 400 mg par jour.

Au-delà de 75 ans, il est recommandé d'augmenter à 9 heures l'intervalle entre 2 prises.

2. Formes à libération prolongée :

La dose initiale habituelle est de 50 à 100 mg de chlorhydrate de tramadol deux fois par jour, matin et soir.

Si le niveau d'antalgie est insuffisant, la dose peut être portée à 150 mg ou 200 mg, deux fois par jour, sans dépasser 400 mg par jour.

Effets indésirables :

1. Les principaux effets indésirables du tramadol sont les nausées et vertiges, observés chez plus de 10 % des patients.

2. Des convulsions ont été rapportées aux doses recommandées, le risque est accru si les doses de tramadol dépassent la limite supérieure de la dose quotidienne recommandée (400 mg).

Des troubles neuropsychiques à type de confusion et exceptionnellement d'hallucination et/ou délire peuvent être observés chez certains sujets, principalement les personnes âgées. L'association à d'autres médicaments sédatifs, notamment psychotropes, majore le risque de dépression centrale avec confusion et altération de la vigilance.

L'utilisation prolongée de tramadol peut conduire à un état de dépendance.

Lors de l'arrêt du traitement, il est nécessaire de réduire progressivement les doses, en raison du risque de survenue d'un syndrome de sevrage

Contre-indications :

1. Insuffisance respiratoire sévère.
2. Intoxications aiguës ou surdosage avec des produits dépresseurs du SNC (alcool, hypnotiques, autres analgésiques).
3. Chez les patients traités ou ayant reçu dans les 15 jours des IMAO.
4. Chez les patients épileptiques non contrôlés par un traitement.
5. Allaitement.

Surdosage :

Myosis, vomissements, collapsus cardiovasculaire, dépression respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt respiratoire, coma et convulsions.

Contramal[®], Topalgic[®] solution buvable 1 goutte = 2,5 mg Cp 50, 100 mg Ixprim[®], Zaldiar[®] cp 37,5 mg de tramadol + 325 mg de paracétamol	1 (à 2) mg/kg/prise toutes les 6 à 8 h Max. 100 mg/prise et 400 mg/j Ex. pour 20 kg : 8-16 gouttes/prise × 3/j
Contramal LP[®], Topalgic[®] et génériques cp retard 100 mg Zamudol[®] cp retard 50, 100 mg	1 prise/12 h Posologie prescrite et augmentée en fonction de la douleur ; en principe max. 200 mg/12 h
Amp IV 100 mg/2 mL	IVL (1 h) ou IVC : 1-2 mg/kg/6 h (hors AMM)

3. DIHYDROCODÉINE

Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans.

La dihydrocodéine est commercialisée sous forme à libération prolongée (Dicodin LP®).

La posologie recommandée est de 1 comprimé de 60 mg toutes les 12 heures. La dose maximale quotidienne est de 120 mg.

Effets indésirables les plus fréquents :

Nausées, vomissements, vertiges, somnolence et constipation.

Il est recommandé de prévenir systématiquement la constipation.

Les autres effets indésirables qui peuvent être observés aux doses thérapeutiques sont : céphalées, bronchospasme, réactions cutanées allergiques, dépression respiratoire.

En cas d'utilisation prolongée à de fortes doses, il existe un risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal.

Contre-indications :

1. Insuffisance respiratoire, asthme sévère, insuffisance hépatocellulaire ou rénale grave.
2. 1^{er} trimestre de la grossesse et allaitement.
3. Prise d'un IMAO dans un intervalle de 15 jours.

4. POUDRE D'OPIUM (LAMALINE®)

Réservé à l'adulte.

La posologie usuelle est de 1 à 2 gélules de l'association paracétamol/poudre d'opium/caféine 300 mg/10 mg/30 mg, gélule à renouveler si besoin au bout de 4 heures sans dépasser 10 gélules par jour. Les doses doivent être réduites chez le sujet âgé et en cas d'insuffisance respiratoire chronique.

Il existe une forme suppositoire (500, 15, 50 mg) : 1 suppositoire 2 à 3 fois/j sans dépasser 6/j.

Effets indésirables :

Les principaux effets indésirables rapportés avec la poudre d'opium sont la constipation et la somnolence. Il est recommandé de prévenir systématiquement la constipation.

L'utilisation prolongée à des doses élevées peut conduire à un état de dépendance.

Contre-indications :

1. Insuffisance hépatocellulaire,
2. Grossesse et d'allaitement,
3. En association aux agonistes partiels ou aux agonistes-antagonistes morphiniques (nalbuphine, buprénorphine, pentazocine) en raison d'un risque de diminution de l'effet antalgique par blocage compétitif des récepteurs et de survenue d'un syndrome de sevrage.

5. NALBUPHINE : NUBAIN®, AZERTY®

Agoniste-antagoniste des récepteurs morphiniques (action différente selon les récepteurs). Pourrait être classé entre le palier 2 et le palier 3.

Indications officielles de l'AMM :

18 mois pour douleur intense ou rebelle.

Effets indésirables et contre-indications :

- **Précaution de prudence** : atteinte respiratoire ou neurologique évolutives
- **Pas de risque de dépression respiratoire** du fait de son effet plafond, **sauf en cas d'association à d'autres psychotropes**, chez l'insuffisant respiratoire et chez le prématuré ou le nouveau-né (risque d'apnée).

Le passage de la nalbuphine à la morphine peut être fait sans délai avec réalisation d'une titration de morphine immédiatement après l'arrêt de la nalbuphine.

VOIR TABLEAU PAGE SUIVANTE >



<p>Nubain® et génériques amp IV 20 mg/2 mL</p>	<p>IVL : 0,2-0,3 mg/kg/4-6 h Perfusion de 15 à 30 min ; pas d'IVD car douleur à l'injection et risque d'effet « flash ». Les injections peuvent être rapprochées/2 à 3 h si échec : relais par la morphine</p> <p>Ou IVC : 1,2-1,8 mg/kg/j (après un 1er bolus) Possibilité de bolus supplémentaires de 0,1 mg/kg IVL pour les pics douloureux</p> <p>La posologie peut être augmentée sans risque mais l'efficacité n'augmente pas au-delà de 2 à 3 mg/kg/j du fait de l'effet plafond</p> <p>Demi-dose initiale chez le nouveau-né jusqu'à 1 mois (car risque de pauses respiratoires chez les prématurés et les nouveau-nés), puis adaptation selon l'effet</p>
<p>Nubain® rectal (avec la forme IV) (à défaut de voie d'abord)</p>	<p>0,4-0,5 mg/kg</p>

Antalgiques non classés par paliers : l'Acupan®

Indications de l'AMM :

> 15 ans pour douleurs en particulier postopératoires.

Contre-indications :

Antécédent de convulsion, glaucome.

Effets indésirables :

Bouche sèche, sueurs, nausées, vomissements, malaise, somnolence, convulsion, risque de dépendance en utilisation chronique.

Absence d'études chez l'enfant, très utilisé chez l'adulte. Est utilisé par certaines équipes dès 20 à 30 kg, hors AMM. Efficacité équivalente à un palier 2 ; peut être associé aux paliers 1 et 2 (ou 3).

Comme pour tous les médicaments antalgiques, la posologie doit être adaptée à l'intensité de la douleur et à la réponse clinique de chaque patient.

- **Voie IM :** Acupan® doit être administré en IM profonde. La dose usuelle recommandée est de 20 mg par injection. Si nécessaire, elle peut être répétée toutes les 6 heures sans dépasser une dose totale de 120 mg/24 heures.

- **Voie IV :** Acupan® doit être administré en perfusion IV lente sur plus de 15 minutes, le patient étant en décubitus, afin d'éviter la survenue d'effets indésirables (nausées, vertiges, sueurs). La dose unique usuelle recommandée est de 20 mg par injection, répétée

toutes les 4 heures, si nécessaire, sans dépasser une dose totale de 120 mg/24 heures.

- Il est classiquement utilisé (hors AMM) po sur un sucre à la même posologie.

Contre-indications :

1. Hypersensibilité au néfopam ou à l'un des constituants d'Acupan®.
2. Enfant de moins de 15 ans, en l'absence d'étude clinique.
3. Convulsions ou antécédents de troubles convulsifs.
4. Risques de rétention urinaire liés à des troubles urétrorostatiques.
5. Risque de glaucome par fermeture de l'angle.

Mises en garde :

Il existe un risque de pharmacodépendance avec Acupan®.

Acupan® n'est ni un morphinique, ni un antagoniste des morphiniques. De ce fait, arrêter un morphinique chez un patient physiquement dépendant, et traité par Acupan®, risque d'aboutir à un syndrome de sevrage. Le rapport bénéfice/risque du traitement par Acupan® doit être régulièrement réévalué.

Acupan® n'est pas indiqué dans le traitement des affections douloureuses chroniques.

Précautions d'emploi :**Il conviendra d'être particulièrement prudent :**

- en cas d'insuffisance hépatique.
- en cas d'insuffisance rénale, en raison du risque d'accumulation et donc du risque augmenté d'effet indésirable.
- chez tous les patients avec pathologie cardiovasculaire en raison de l'effet tachycardisant du produit (cf. *Interactions, Effets indésirables*).
- en raison de ses effets anticholinergiques, l'Acupan® est déconseillé chez le sujet âgé.

Interactions médicamenteuses :

Il faut prendre en compte le fait que de nombreux médicaments ou substances peuvent additionner leurs effets déprimeurs du système nerveux central et contribuer à diminuer la vigilance. Il s'agit des dérivés morphiniques (analgésiques, antitussifs et traitements de substitution), des neuroleptiques, des barbituriques, des benzodiazépines, des anxiolytiques autres que les benzodiazépines (par exemple le méprobamate), des hypnotiques, des antidépresseurs sédatifs (amitriptyline, doxépine, miansérine, mirtazapine, trimipramine), des antihistaminiques H1 sédatifs, des antihypertenseurs centraux, du baclofène et du thalidomide.

Acupan® et générique amp IV 20 mg

½ amp pour 30 kg/4-8 h en perfusion de 1 h soit 0,3 mg/kg/injection Ou IVC Peut être pris per os (pas d'étude d'efficacité)

Antalgiques de niveau 3 : les opioïdes forts

Les opioïdes forts sont représentés par les agonistes purs qui se caractérisent par l'absence d'effet plafond : morphine, fentanyl, oxycodone et hydromorphone.

L'initiation d'un traitement par opioïde fort repose sur un processus de recherche de la posologie la plus juste (titration). Les changements d'opioïdes forts ou de voie d'administration doivent respecter les règles d'équianalgésie.

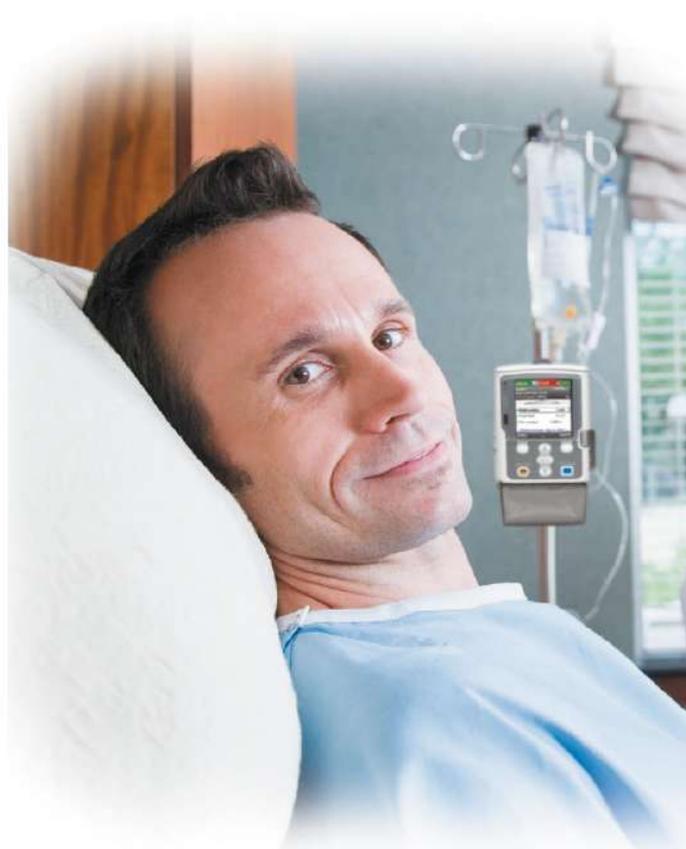
La surveillance repose sur : les score de douleur, la sédation, la fréquence respiratoire, initialement puis après chaque augmentation de dose et les effets secondaires.

Effets indésirables :

Ils sont importants à considérer car ils représentent la plus fréquente cause d'échec des opioïdes forts. Ils doivent donc être expliqués aux patients et si possibles prévenus.

Ils sont à prévenir et traiter ; ne pas arrêter la morphine pour autant.

- **Constipation** (doit être prévenue avec les règles d'hygiène diététiques et prescription d'un laxatif)
- **Nausées et vomissements**

**• Somnolence :**

- 0 = patient bien réveillé
- 1 = patient somnolent réveillable par stimulation verbale
- 2 = patient somnolent réveillable par stimulation physique
- 3 = patient difficilement réveillable)

- **Troubles neuropsychiques** (hallucinations, troubles cognitifs, du comportement ou de l'humeur)
- **Dysurie** (risque rétention)
- **Prurit**
- **La dépression respiratoire** est exceptionnelle et ne se voit qu'en cas de surdosage (risque très faible si respect du bon usage).

Chez l'enfant le seuil d'alerte de la FR est fonction de l'âge :

> **5 ans** < 10/min

1-5 ans < 15/min

< **1 an** < 20/min

ÉQUIVALENCE : TABLEAU DE CONVERSION ENTRE OPIOÏDES PER OS

Produit	Coefficient	Équivalence en morphine per os
Dextropropoxyphène Codeine	1/6	60 mg = 10 mg morphine
Tramadol	1/5	50 mg = 10 mg morphine
Dihydrocodeïne	1/3	60 mg = 20 mg morphine
Morphine	1	10 mg = 10 mg
Oxycodone	2	10 mg = 20 mg morphine
Hydromorphone	7,5	4 mg = 30 mg morphine
Fentanyl	100	25 µg/h = 60 mg morphine

Selon la voie d'administration :

- 10 mg de morphine IV = 30 mg de morphine per os
- 10 mg de morphine SC = 20 mg de morphine per os
- 60 mg de morphine per os = Durogésic 25 µg

TABLEAU ÉQUIANALGÉSIE SFAP

Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale).

		Morphine en mg				Oxycodone en mg				Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg	
		SC		IV		PO		SC-IV		PO		Transdermique	
Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose par 24 heures		Dose du bolus**		Dose / 24h		Dose du bolus**		Dose / 24h		Dose / 72h	
Moscontin cp LP	Actiskénan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Oxycodone cp LP 5 - 10 - 15 - 20 30 - 40 - 60 - 80 120 mg	Oxycodone cp LP 5 - 10 - 20 30 - 40 - 60 - 80 120 mg	OxyNorm sol inj 5 - 10 - 20 mg OxyNormORO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg OxyNorm solution buvable 10 mg/ml	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg OxyNormORO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg OxyNorm solution buvable 10 mg/ml	OxyNorm sol inj 5 - 10 - 20 50 - 200 mg	Dose par 24 heures	Sophicone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic Fentanyl/Ratiopharm Fentanyl/Sandoz Fentanyl/Windrop Matrifan patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 µg 400 - 600 - 800 µg Actiq appl. buccale 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg Breklyl film orodispersible 200 - 400 - 600 800 - 1200 µg Effercana cp gingival 100 - 200 µg 400 - 600 - 800 µg Résovit cp sublingual 133 - 267 400 - 533 - 800 µg Instanyl pulv. nasale 50 - 100 - 200 µg PacFent spray nasal 100 - 400 µg	Dose du bolus Transmuqueux
20	2	10	10	10	10	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6
30	3	15	15	15	15	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6
60	6	30	30	30	30	2	3	2	3	2	3	2	3
90	9	45	45	45	45	3	5	3	5	3	5	3	5
120	12	60	60	60	60	4	7	4	7	4	7	4	7
160	16	80	80	80	80	5	9	5	9	5	9	5	9
180	18	90	90	90	90	6	10	6	10	6	10	6	10
200	20	100	100	100	100	7	11	7	11	7	11	7	11
240	24	120	120	120	120	8	13	8	13	8	13	8	13
280	28	140	140	140	140	9	16	9	16	9	16	9	16
300	30	150	150	150	150	10	17	10	17	10	17	10	17
360	36	180	180	180	180	12	20	12	20	12	20	12	20
400	40	200	200	200	200	13	22	13	22	13	22	13	22
480	48	240	240	240	240	16	27	16	27	16	27	16	27
540	54	270	270	270	270	18	30	18	30	18	30	18	30
600	60	300	300	300	300	20	33	20	33	20	33	20	33
720	72	360	360	360	360	24	40	24	40	24	40	24	40
900	90	450	450	450	450	30	50	30	50	30	50	30	50
1000	100	500	500	500	500	33	56	33	56	33	56	33	56

** Dose de supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.

Version 6 - Octobre 2016
Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble-Alpes (38)
coordonnateur@chugrenoble.fr - soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

TABLEAU DES ÉQUIVALENCES MORPHINIQUES

Durogesic en µg/72h	Morphine en mg/jour			Oxycodone en mg/jour 1 mg oral = 2 mg de morphine orale		Hydromorphone (= Sophidone) 1 mg = 7.5mg de morphine 4mg = 30 mg de morphine
	Orale	S/C = 1/2 dose orale	IV = 1/3 dose orale	Orale	S/C ou IV = 1/2 dose orale	Orale
12	30	15	10	15	7.5	/
25	60	30	20	30	15	4 mg x2
50	120	60	40	60	30	8 mg x2
75	180	90	60	90	45	16 mg x2
100	240	120	80	120	60	24 mg x2



1. Une prescription de Morphine LP s'accompagne toujours d'une prescription de Morphine à LI (interdoses):

Dosage de l'interdose : voie orale 1/6°] du traitement de base par jour
IV ou S/C: 1/10° à 1/24°

2. La toute première prise de la forme LP doit être systématiquement associé à un tiers de la dose LI (car délai d'action de 4 heures).

EXEMPLES DE RELAIS ENTRE MORPHINIQUES

1. RELAIS DUROGESIC → MORPHINE LP:

- Retrait du patch + uniquement les interdoses de Morphine LI
- 12 h + tard, prise de la Morphine LP + interdoses

2. RELAIS DUROGÉSIC → PCA DE MORPHINE :

- Retrait du patch + uniquement les bolus sur la PCA
- 12 h + tard, instauration du débit basal sur la PCA + bolus

3. RELAIS MORPHINE LP → DUROGÉSIC:

Pose du patch en même temps que la dernière dose de Morphine LP + interdoses Morphine LI.

4. RELAIS MORPHINE LP → PCA DE MORPHINE

- Pose de la PCA après la dernière dose de MORPHINE LP en mode bolus uniquement
- 12 h + tard, débiter le débit continu + bolus

5. RELAIS PCA → DUROGESIC :

Pose du patch et laisser la PCA en débit continu et bolus pendant 8 à 12 h, puis retirer la PCA et prévoir des interdoses orales en plus du patch

Transport des stupéfiants au domicile

Il n'existe pas de situation idéale pour transporter les stupéfiants. Notre objectif est de limiter au maximum le risque d'exposition en :

1. Banalisant le transport conformément à la réglementation.
2. Limitant le temps de stockage dans le véhicule.

Pour cela :

- Les médicaments ne doivent pas être soumis à une lisibilité extérieure.
- Les traitements sont stockés dans une boîte en carton de type DHIN.
- Les boîtes sont transportées dans la sacoche banalisée de l'IDE jusqu'au véhicule. Lors du transport, les boîtes sont déposées dans le coffre sécurisé du véhicule, ce dernier étant sécurisé soit par une fermeture à l'aide d'une clé ou par fermeture centralisée.

Sur le principe, les stupéfiants partent de l'US pour être transportés au domicile, par une IDE.

Dans l'urgence, la livraison de stupéfiants peut être effectuée directement de la PUI au domicile.

En cas de direct patient, l'organisation prévoit un approvisionnement par l'équipe d'AM ou bien l'IDE revient sur l'US. Le stockage des stupéfiants ne se fait ni dans le véhicule (en dehors du temps de travail) ni au domicile du professionnel.

Dans le cas exceptionnel où la livraison est réalisée par un(e) AS afin d'approvisionner une IDEL, mise en place d'un scotch inviolable sur le carton de transport.

Stockage des stupéfiants au domicile du patient

En HAD, la visite d'accueil reste un moment privilégié entre le patient, son entourage et l'IDE pour établir un lien de confiance. De fait, la sécurisation du traitement doit être abordée et organisée de manière à ne pas effrayer le patient ou déstabiliser l'organisation de la vie du domicile.

Pour ce faire :

- Lors de la visite d'accueil chez le patient, à l'admission, l'IDE évalue les risques liés à la sécurisation des traitements au regard notamment du cadre donné par la protection des personnes vulnérables et de l'entourage, lors de l'entretien d'accueil.
- Le lieu et les conditions de stockage sont définis en concertation avec le patient, son entourage et les intervenants de l'HAD

Ces risques sont identifiés et tracés dans la fiche Evaluation des risques

L'IDE propose un contenant dédié pour stocker l'ensemble des traitements. Le contenant privilégié reste le carton de type DHIN.

Les traitements sont stockés dans un carton de type DHIN et rangés dans un placard ou en hauteur, hors de portée des enfants.

L'IDE met en œuvre auprès du patient et de son entourage, les actions d'éducation à la santé portant sur la gestion sécurisée et les modalités d'administration des stupéfiants.

Dans les cas exceptionnels où le risque est majeur : proposition d'achat d'un coffre sécurisé mis à disposition des patients au domicile. Il est à noter que ce coffre pourra être laissé à la sortie du patient dans le cadre de la continuité des traitements.

Dans tous les cas, le risque est évalué et réajusté en regard des situations contextuelles analysées lors des staffs tout au long de la prise en charge en HAD.



LA PCA (PATIENT CONTROLLED ANALGESIA)

C'est un mode d'administration des morphiniques qui permet à la personne de déclencher elle-même l'injection de morphinique IV (bolus). Il existe une durée minimum entre chaque bolus appelée période réfractaire au cours de laquelle le patient ne peut pas recevoir de morphine même s'il la demande. Le soulagement du patient est très rapide. La PCA permet de personnaliser la posologie et de mieux contrôler les variations de douleurs au cours des dernières 24h. Elle peut s'utiliser avec un débit de base associé à des bolus ou avec des bolus seuls. Elle doit être expliquée à la personne et sa famille en termes clairs.

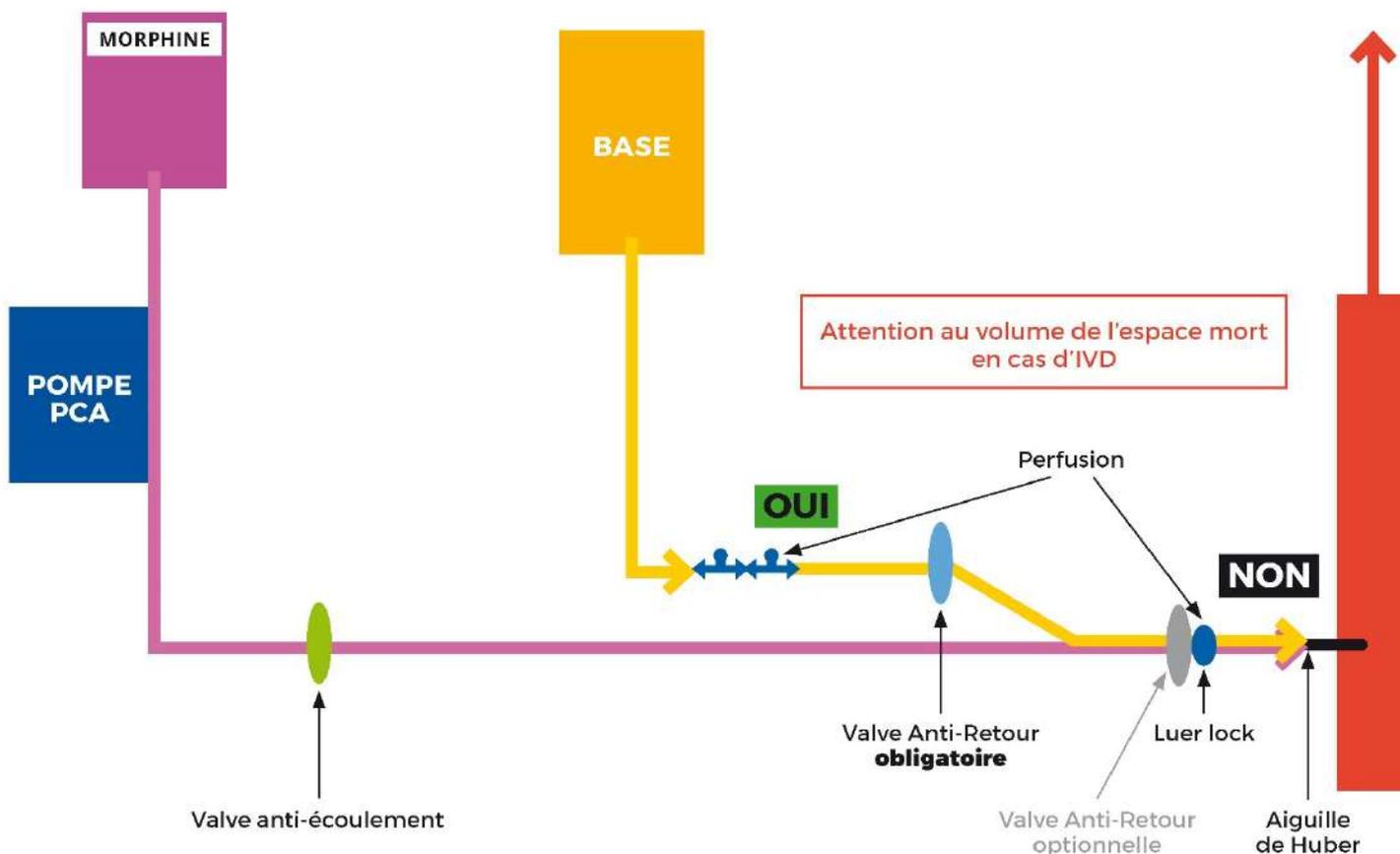
La surveillance, effectuée tant par le personnel médical que non médical, porte sur l'efficacité du traitement, sur la tolérance et sur le matériel.

La posologie est satisfaisante lorsque :

1. Le niveau de douleur est égal ou inférieur à 3 sur une échelle numérique ou visuelle analogique.
2. La douleur est absente ou légère sur une échelle verbale simple.
3. Les bolus deviennent peu nombreux.
4. La personne peut reprendre ses activités habituelles.

SCHÉMA DE MONTAGE POUR PCA EN HAD

Il est impératif d'utiliser uniquement une tubulure PCA avec une Valve Anti Retour – VAR – sur le « Y ». Il ne faut jamais installer une perfusion secondaire en aval, avant la Valve Anti Retour **NON**, mais toujours en amont, derrière la VAR **OUI**.



CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE DE MORPHINIQUE : PROTOCOLE NARCAN®

Logigramme d'administration de la Naloxone (Narcan®)

Echelle De Sédation

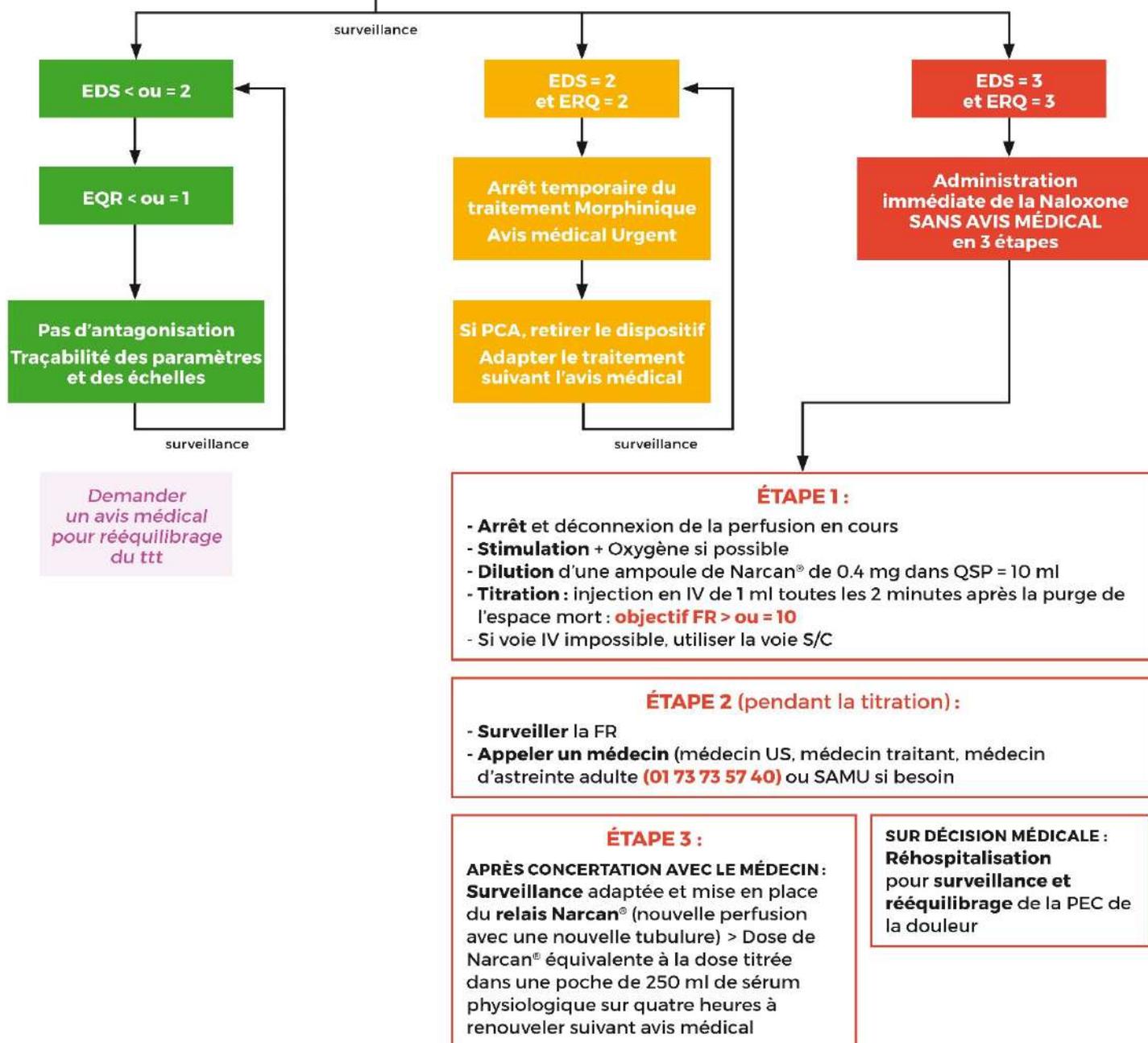
EDS = 0 Patient éveillé EDS = 1 Patient somnolent, facilement éveillable
EDS = 2 Très somnolent, éveillable par stimulation verbale EDS = 3 Très très somnolent, éveillable par stimulation tactile

Echelle de la Qualité de la Respiration

EQR = 0 Respiration normale. FR > ou = 10 EQR = 1 Ronflements avec FR > ou = 10
EQR = 2 Respiration irrégulière et/ou FR < ou = 10 EQR = 3 Pausés ou apnée

**Surveillance de tous les patients
sous Dérivés Morphiniques**
Paramètres Patient : EDS + EQR
Paramètres Pompe, si PCA
+ Myosis serré bilatéral

RAPPEL
Toutes les actions
doivent être tracées dans
le dossier patient



Le premier signe du surdosage est la somnolence.

1. LA MORPHINE

La morphine reste l'opioïde de référence. Elle est à prescrire en toutes lettres, en précisant mL et mg, pour une durée précise, max. 28 jours.

Indications officielles de l'AMM :

Douleur intense ou rebelle aux antalgiques de palier plus faible :

- solution buvable et gélules : à partir de 6 mois ;
- cp à partir de 6 ans.

Elle est disponible sous forme de sulfate, utilisable :

- **par voie orale sous forme de libération immédiate** (délai d'action 30 à 60 minutes et durée 4h)
- **par voie orale sous forme à libération prolongée** (délai d'action 2 à 4 h et durée 12h)
- **par voie injectable** (sous cutanée ou intraveineuse).

L'élimination est urinaire, il y a donc un risque de surdosage en cas d'insuffisance rénale.

C'est la molécule de référence des agonistes morphiniques μ , la morphine est indiquée pour toute douleur sévère principalement d'origine nociceptive mais aussi pour les douleurs neuropathiques. Les morphiniques ne sont pas recommandés pour les céphalées ni pour les douleurs «psychogènes».

Dans le palier 3, seule la morphine est utilisée couramment en pédiatrie. Les autres molécules seront prescrites seulement exceptionnellement par des prescripteurs avertis.

La morphine est utilisable dès la naissance mais à demi-dose les premiers mois de vie, car la pharmacocinétique rejoint celle de l'adulte entre 1 et 6 mois.

La posologie de départ est indiquée mais elle doit être augmentée jusqu'à efficacité, il n'y a pas de dosage maximal : la posologie à atteindre est celle qui soulage la douleur sans entraîner trop d'effets indésirables.

Une information doit être délivrée au patient et à son entourage.

La morphine orale dite à action dite immédiate (LI) :

1. **Oramorph**[®] solution buvable avec compte-gouttes 20 mg/mL : 1 goutte = 1,25 mg
2. **Oramorph**[®] dosettes à 10 mg, 20, 30 et 100 mg/5 mL
3. **Actiskenan**[®] gélules 5, 10, 20, 30 mg et 100 mg/mL, peuvent être ouvertes
4. **Sévédro**[®] cp sécables 10, 20 mg

La morphine orale dite à libération prolongée (LP) :

Skenan[®] gélules 10, 30, 60, 100 et 200 mg, peuvent être ouvertes.

Pour passer de l'IV à l'oral : multiplier par 3 la dose IV des 24 h.

2. LE FENTANYL

C'est un Agoniste μ qui se caractérise par une grande lipophilie rendant possible son passage transcutané et transmuqueux. La voie transcutanée par l'intermédiaire d'un patch dermique autocollant permet une délivrance systémique continue sur 72 h, le débit étant exprimé en microgrammes heures. Cette délivrance peut être variable selon la température cutanée (l'état d'hyperthermie augmente l'absorption de plus de 30%). Cette forme galénique du fentanyl n'est pas adaptée à la titration ou au traitement des douleurs instables. Le fentanyl peut être utilisé par voie transmuqueuse au travers de formes sublinguale, intrabuccale ou nasale (plutôt réservé aux accès douloureux paroxystiques des cancers).

Les patchs transdermiques :

Dosage à 12, 25, 75 et 100 microgrammes par heure
Délai d'action 8 à 12 h ; durée d'action 72 h. Agit encore 4 à 6 h après retrait.

Indications officielles de l'AMM :

À partir de 2 ans pour douleur chronique intense et stable.

Fentanyl transmuqueux :

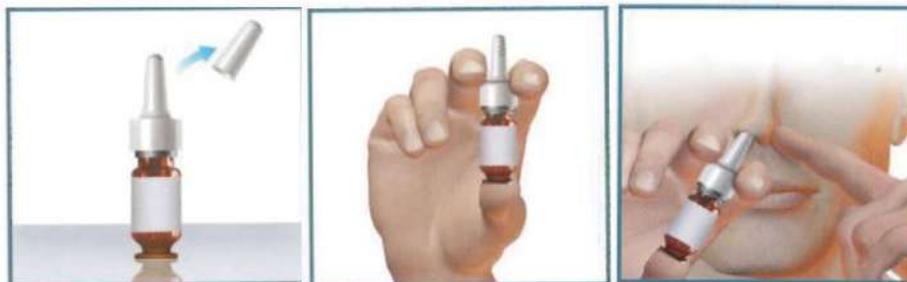
Gestion des pics de douleur cancéreuse chez l'adulte
Action immédiate (2 à 20 min), pour gérer les pics de douleur, exceptionnellement utilisé chez l'enfant (pas d'AMM et absence de dosage pédiatrique) par des équipes habituées, surtout en oncologie et soins palliatifs.

1. **Abstral**[®] 100, 200, 300, 400, 600, 800 μ g en sublingual
2. **Effentora**[®] 100, 200, 300, 400, 600, 800 μ g en comprimé gingival
3. **Actiq**[®] 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 μ g en comprimé avec applicateur buccal
4. **Breakyl**[®] 200 et 400 μ g en fillm orodispersible
5. **Instanyl**[®] 50, 100 et 200 μ g, Pecfent[®] 100 et 400 en spray intranasal.

Indications de l'AMM :

Aucune en pédiatrie.

Instanyl®



3. L'OXYCODONE

C'est un agoniste μ qui se caractérise par une meilleure biodisponibilité que la morphine.
Il est utilisable par voie orale ou injectable.

Douleur intense chronique rebelle, d'origine cancéreuse chez l'adulte.

Indications de l'AMM :

Aucune en pédiatrie.

- Forme LP à 5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80 mg
- Forme LI en sirop en mg/ml, en cp orodispersible à 5, 10 et 20 mg, en gelule à 5, 10 et 20 mg
- Forme IV à 10 et 50 mg/ml

5 mg d'oxycodone = 10 mg de morphine

4. L'HYDROMORPHONE

C'est un Agoniste μ dérivé semi synthétique de la morphine utilisable par voie orale sous forme de libération prolongée (utilisé en cas de résistance ou intolérance à la morphine).

Délai d'action: 2 à 4 h; durée d'action: 12 h.

Indications de l'AMM :

7 ans pour douleur intense cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine.

Sophidone LP® gélules 4, 8, 16, 24 mg
4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine per os

V.

**Les traitements
médicamenteux
pour les douleurs
neuropathiques**

**Le traitement des douleurs neuropathiques est symptomatique.
Pour initier un traitement, la monothérapie doit être privilégiée.**

En dehors des pathologies nécessitant un traitement particulier, comme la névralgie faciale, il est justifié de débiter par un antidépresseur ou la gabapentine. L'adjonction d'un antalgique usuel apparaîtra dans un deuxième temps en privilégiant le tramadol®. Les opioïdes majeurs seront introduits après l'échec du tramadol®.

Les traitements médicamenteux doivent être initiés à doses progressives, en effectuant une titration individuelle jusqu'à l'apparition d'une efficacité thérapeutique ou bien d'effets indésirables.

Il est nécessaire de fixer avec le patient des objectifs réalistes concernant l'efficacité du traitement qui est souvent partielle et d'informer le patient des effets indésirables possibles.

Lorsque les anesthésiques locaux sont envisagés, ils doivent être prescrits en première intention notamment chez les personnes âgées ou lorsqu'il existe des restrictions pour la prescription d'antalgiques généraux.

Dans le cadre de douleur mixte, il peut être nécessaire d'associer des traitements antalgiques classiques aux traitements des douleurs neuropathiques. Les douleurs neuropathiques sont en général peu améliorées par les antalgiques usuels.

Les deux classes pharmacologiques principalement utilisées sont des psychotropes avec les anti-dépresseurs et les anti-épileptiques.

Les Psychotropes

Ils sont utilisés pour leur action antalgique propre.

Les antidépresseurs (AD)

Ils sont efficaces sur les douleurs permanentes à type de brûlures, fourmillements ou prurit ainsi que sur les douleurs fulgurantes comme des éclairs, des décharges électriques.

Le patient doit être informé de l'indication antalgique de ce traitement et du délai d'action parfois retardé (10-15 jours à bonne posologie).

Les molécules couramment employées sont :

Les antidépresseurs tricycliques :

- **Amitriptyline** : Laroxyl® (au livret thérapeutique)
- **Clomipramine** : Anafranil®...
- **Imipramine** : Tofranil®...

Les antidépresseurs non tricycliques :

- **IRSNA ou IRS** sont moins efficaces sur la douleur neuropathique, mais mieux tolérés.

Il n'existe pas de présentations pour l'enfant, pas d'expérience pédiatrique.

Il est conseillé d'initier le traitement à faible dose (5mg à 20 mg/jour) puis d'augmenter les doses de 5 à 10 mg par palier de 3, 5 ou 7 jours jusqu'à apparition d'une efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.

Principaux effets secondaires :

Sécheresse buccale, constipation, troubles mictionnels, sueurs, tachycardie, hypotension orthostatique, somnolence.

Plus rarement, prise de poids, crises convulsives, état confusionnel.

Contre-indications :

- Glaucome par fermeture de l'angle.
- Obstacles uréthro-prostatiques.
- Troubles de conduction cardiaque.

1. AMITRIPTYLINE : LAROXYL®

Indications de l'AMM :

- Dès 6 ans pour d'autres indications (énurésie).
- Chez l'adulte, épisodes dépressifs majeurs, douleur neuropathique périphérique.

Effets indésirables :

Sédation, somnolence, bouche sèche, constipation, prise de poids.

Une des molécules de 1^{re} intention pour la douleur neuropathique.

Elle est utilisée depuis longtemps en pédiatrie pour des douleurs neuropathiques ou à composante neuropathique, chez des enfants de tous âges.

Elle est utilisée aussi en traitement de fond pour les céphalées et migraines chroniques et pour d'autres douleurs chroniques (douleurs musculo-squelettiques, syndromes polyalgiques, etc.).

La Voie IV est réservée à l'urgence à soulager ou si voie orale est impossible (vomissements, jeûne, etc.). Surveillance de la PA pendant la perfusion.

- **Laroxyl®** solution buvable 1 goutte = 1 mg soit 40 mg/ml ou Cp à 25 ou 50 mg ou ampoule IV à 50 mg/2ml

2. CLOMIPRAMINE : ANAFRANIL® ET GÉNÉRIQUES

Indications de l'AMM :

Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés), troubles obsessionnels compulsifs, prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie, certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies, en association avec un traitement neuroleptique, énurésie nocturne de l'enfant dans les cas où toute pathologie organique a été exclue à partir de 6 ans, douleurs neuropathiques de l'adulte.

- **Anafranil®** cp 10, 25, 75 mg et forme IV de 25 mg dans 2 ml

3. IMIPRAMINE : TOFRANIL®

Indications de l'AMM :

À partir de 6 ans pour d'autres indications (énurésie, TOC). Episodes dépressifs majeurs, TOC, douleur neuropathique chez l'adulte. Très utilisés chez l'adulte.

Moins maniables que l'amitriptyline qui peut être adaptée goutte par goutte.

- **Tofranil®** cp 10, 25 mg

Les antiépileptiques

Ils ont une action reconnue sur les douleurs neuropathiques continues et paroxystiques mais avec une efficacité accrue pour les douleurs paroxystiques.

Les principaux médicaments utilisés sont :

- **Gabapentine** : Neurontin® (au livret thérapeutique)
- **Prégabaline** : Lyrica® (au livret thérapeutique)
- **Carbamazépine** : Tégréto®

Les principaux effets secondaires de chaque molécule sont atténués lorsque le traitement est progressivement augmenté pour atteindre la dose efficace.

Le rivotril a été beaucoup utilisé pour gérer les fulgurances des douleurs neuropathiques, Il n'est plus recommandé en l'absence d'études disponibles

1. GABAPENTINE : NEURONTIN®

La gabapentine agit sur les douleurs paroxystiques mais également sur l'ensemble des douleurs permanentes, ce qui permet sa prescription de façon symptomatique sur les douleurs neuropathiques.

Indications de l'AMM :

- Plus de 6 ans pour épilepsie.
- Douleur neuropathique chez l'adulte.

Effets indésirables :

Sédation, somnolence, pseudo-vertiges, troubles du caractère ou de l'humeur.

- **Neurontin® et génériques gélules** 100, 300 mg et 400mg, cp à 600 et 800 mg

Posologies :

3 prises/j. Commencer à 5 mg/kg/j et 300 mg à partir de 12 ans en une prise le premier jour puis X2 à J2 puis x3 à J3

2. PRÉGABALINE : LYRICA®

Indications de l'AMM :

Douleur neuropathique périphériques et centrales chez l'adulte, Épilepsie en association dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire, Trouble anxieux généralisé chez l'adulte. Réputé chez l'adulte agir plus rapidement et avec moins d'effets indésirables que la gabapentine. Utilisé chez l'enfant par des équipes habituées, malgré l'absence d'AMM.

• **Lyrice® gélules** 25, 50, 75, 150 et 200 mg, solution buvable à 20mg/ml.

Les antalgiques usuels de niveau 2 et 3

Ils possèdent aussi une efficacité thérapeutique variable sur les douleurs neuropathiques notamment le Tramadol et l'Oxycodone.

Ils sont efficaces sur les douleurs spontanées, les paresthésies, et l'allodynie.

Les opioïdes majeurs sont peu efficaces sur les douleurs neuropathiques lorsqu'ils sont prescrits en monothérapie. Il est recommandé de prescrire les opioïdes majeurs en deuxième ou troisième intention et en association avec un anti-épileptique ou un anti-dépresseur.

VI.

Les anesthésiques locaux

Les anesthésiques locaux

Ils sont utilisés localement. Ils ont l'avantage d'éviter les effets indésirables systémiques. Leur administration est simple et ne nécessite pas de titration.

Ces traitements locaux ont montré leur efficacité pour des douleurs spontanées paroxystiques, comme les douleurs induites par les soins et les séquelles douloureuses du zona. Le soulagement est ressenti au bout de 5 à 20 minutes et dure environ 4 heures.

Dans le cas de douleur persistante, il est souhaitable de renouveler l'application (maxi 4 / jour).



1. LIDOCAÏNE : XYLOCAÏNE®

Indications de l'AMM :

- Forme injectable : tout âge.
- Forme visqueuse : réservée à l'adulte pour douleur buccale.
- Gel urétral : sondage vésical chez « l'enfant ».
- Spray : > 6 ans pour geste ORL instrumental.

Contre-indications :

- Hypersensibilité connue au chlorhydrate de lidocaïne, aux anesthésiques locaux à liaison amide ou à l'un des excipients (sulfites).
- Patients atteints de porphyries récurrentes

Les formes adrénalinées ont de plus comme contre-indications :

- Voie intravasculaire.
- Insuffisance coronarienne.
- Troubles du rythme ventriculaire.
- Hypertension artérielle sévère.
- Cardiomyopathie obstructive.
- Hyperthyroïdie.
- Anesthésie par infiltration locale au niveau des extrémités (doigt, verge).

Formes injectables :

- respecter les posologies ;
- attention au surdosage ;
- respecter le délai d'action (3 min) ;
- l'utilisation en infiltration est la règle pour les sutures et les IM

Formes visqueuses :

Pour les stomatites herpétiques ou les aphtes (hors AMM), appliquer précisément sur les lésions les plus antérieures, ne pas faire avaler, attention à ne pas anesthésier le carrefour aéro-digestif.

Gel urétral :

Déposer sur le méat 3 min minimum avant le geste.

Spray :

Utilisable sur les plaies mais ne dispense pas de l'infiltration.

La douleur de l'infiltration de lidocaïne est neutralisée grâce à l'adjonction de bicarbonate de sodium. Pour préparer du soluté d'anesthésique local tamponné, prendre un flacon de 20 mL de lidocaïne injectable à 1 % et en remplacer 4 mL par 4 mL de bicarbonate semi-molaire à 4,2 % (ou 2 mL à 8,4 %).

Pour l'anesthésie locale avant une IM, les doses de Xylocaïne® injectées sont très faibles, nettement inférieures à celles utilisées habituellement pour une infiltration, pour limiter le volume injecté. *Cf le protocole « prémédication des intramusculaires chez le nouveau-né »*

- **Xylocaïne® injectable** à 5 , 10 et 20mg/ml
- **Xylocaïne® gel buccal** Forme visqueuse 2 %
1 mL = 20 mg
- **Xylocaïne® gel urétral** à 2 %
1 mL = 20 mg (seringue préremplie stérile de 10 g de gel = 200 mg de lidocaïne)
- **Xylocaïne® spray 5 %**
1 pulvérisation = 9 mg
- **Solution injectable de xylocaïne** 10 et 20 mg /ml adrénaline 0,005 mg/ml

2. CRÈME ANESTHÉSIAUTE LIDOCAÏNE/PRILOCAÏNE

Indications de l'AMM :

Dès la naissance à terme pour anesthésie de la peau saine pour toute effraction cutanée, sauf accord de l'enfant pour ne pas l'utiliser (après 12 ans) : abord veineux, artériel, toute ponction en complément du MEOPA ou d'une sédation générale si nécessaire...

Effets indésirables :

Rougeur puis pâleur locale, parfois réaction allergique à l'adhésif, purpura sur les peaux fragiles (prématuré) ou sur peau eczémateuse ou avec molluscum, risque de méthémoglobinémie chez le prématuré si surdosage.

Utilisée en néonatalogie chez le prématuré, hors AMM, sur prescription : même si l'AMM est donnée à 37 SA, la crème anesthésiante est utilisée par les services de néonatalogie chez les prématurés depuis des années et des posologies ont ainsi pu être fixées.

Le patch est utilisable dès que la surface plane de la zone à anesthésier est suffisante. La crème est plus maniable que le patch. Pour éviter qu'elle ne se répande, la déposer dans un doigtier ou une tétine coupée.

Pour éviter la douleur du retrait de l'adhésif :

- Chez l'enfant de plus de un an, utiliser un dissolvant type Remove® (mais peut provoquer une irritation sur les peaux fragiles).
- La SSI (solution salée isotonique) ou l'EPPI (eau pour préparation injectable) peuvent aussi être utilisées ;
- Pour ne pas avoir à utiliser de pansement collant, utiliser du film alimentaire (à la place du Tegaderm®) pour « emballer » la crème (qui aura été déposée dans un doigtier ou une tétine coupé(e)) surtout chez le tout-petit.

3. LIDOCAÏNE PATCH VERSATIS®

Indications de l'AMM :

Adulte pour la douleur post-zoostérienne.

Non évalué chez l'enfant : Utilisable chez le grand enfant (hors AMM) : dans l'attente d'études pédiatriques, une utilisation s'est développée pour des douleurs localisées à composante neuropathique avec zone d'allodynie (douleurs cicatricielles, certains SRDC, certaines crises drépanocytaires localisées, certaines brûlures, en cancérologie, etc.). La première pose peut être réalisée sous MEOPA si la zone est trop douloureuse au toucher.

- **Versatis® emplâtre de lidocaïne Compresse adhésives** (700 mg de lidocaïne/ compresse) : Coller sur la zone d'allodynie 12 h/j Sur avis d'un médecin habitué (spécialiste de la douleur) Découper la compresse aux dimensions de la zone à anesthésier.

VII.

Médicaments

de l'anxiolyse

1. Le MEOPA : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote

Cf protocole HAD.

Il a une double action anxiolytique et antalgique. Il agit après 3 minutes d'inhalation. Le retour à l'état initial est très rapide en quelques minutes après l'arrêt de l'inhalation. Il n'est pas indispensable d'être à jeun ; il entraîne une analgésie de surface avec un état de sédation consciente.

L'auto-administration est recommandée.

Les indications :

Tous les gestes et soins douloureux ou anxiogènes de courte durée ou lors de la prise en charge d'une douleur aiguë en association à un traitement antalgique médicamenteux : c'est le traitement de référence de la douleur des soins (Recommandations Afssaps 2009 grade A).

Les effets secondaires :

Ils sont rares (moins de 10 %), et réversibles en quelques minutes après l'arrêt de l'inhalation. Des modifications des perceptions sensorielles sont parfois décrites : paresthésies (picotements, des fourmillements au niveau buccal et/ou des extrémités), auditives (sons éloignés, distorsion des sons), visuelles (vision double, floue), sensation de chaleur, de lourdeur, de légèreté mais aussi nausée et vomissements, excitation, sédation, céphalée, sensation de malaise.

Tous les effets indésirables disparaissent immédiatement à l'arrêt de l'inhalation.

Potentialise l'effet des psychotropes : surveillance accrue en cas d'association (risque de sédation plus profonde).

La durée de l'administration ne doit pas dépasser habituellement 60 minutes par jour en continue sur une durée maximale dans ce cas de 15 jours. Il est parfois nécessaire de faire une fenêtre thérapeutique de 48h si cela est possible.

Remarque : *Au-delà, des anémies par carence en vitamine B12 et des neuropathies périphériques peuvent apparaître. Une supplémentation est alors recommandée.*

Administrer par un personnel paramédical formé, sur prescription, avec protocole.

Indications de l'AMM :

Tout âge pour soins douloureux.

Les contre-indications :

- Neurologique : hypertension intracrânienne, traumatisme crânien non évalué ou altération de l'état de conscience non évaluée
- Pulmonaire : pneumothorax, bulles d'emphysème, embolie gazeuse
- Accident de plongée
- Distension gazeuse abdominale
- Fracture des os de la face
- Utilisation de gaz ophtalmique récent (ex. chirurgie oculaire avec gaz SF6, C3F8, C2F6)
- Refus du patient
- Besoin en oxygène supérieur à 50 %

Modalités pratiques :

Lors d'une première inhalation, un temps d'explication est indispensable. Il est important d'établir un climat de confiance. Le masque ne doit pas être appliqué de force. L'inhalation doit être continue et d'une durée minimum de 3 min avant le début de l'acte douloureux. Une anesthésie locale doit être systématiquement associée en cas d'effraction cutanée.

L'ensemble du protocole est disponible sur la GED.

En cas d'administration répétée (> 10 jours consécutifs), risque de carence en vitamine B12, à prévenir systématiquement.

Surveillance par la personne qui administre (pendant que l'autre soignant réalise le soin) :

- **échange verbal et mouvements** : toujours garder le contact, regarder l'enfant, lui parler
- **surveillance respiratoire** à contrôler sur le ballon du circuit : le ballon ne doit jamais être surgonflé (l'enfant ou l'adulte doit respirer normalement sans hyperpnée, si persiste diminuer le débit) et ne doit jamais être collabé (augmenter le débit).

Informez sur les effets recherchés et sur les effets collatéraux (sensations atypiques, picotements, rêve, sensation « d'être ailleurs », augmentation et modification des sons, euphorie).

Utilisable à tout âge, avec un matériel de taille adaptée mais moins efficace avant 1 an et difficultés d'acceptation du masque entre 1 et 3 ans (importance de la préparation).

Ne jamais appliquer le masque de force, JAMAIS de contention pour réaliser l'inhalation du MEOPA !

L'administration de MEOPA doit être associée à de la distraction ou de l'hypnose.

Le MEOPA est souvent insuffisant seul ; penser à lui associer tous les autres moyens non médicamenteux et médicamenteux selon le niveau de douleur du soin (anesthésie locale, anesthésie locorégionale, solutions sucrées, sédation/analgesie).

Le MEOPA est sans danger pour le personnel, même chez la femme enceinte (pas d'effet tératogène).

- Toujours vérifier que le contenu de la bouteille est suffisant pour le soin (pression résiduelle > 30 bars minimum, cf. code couleur du manomètre)
- Délai d'action 3 mn : démarrer le soin après 3 à 4 mn de ventilation et poursuivre pendant tout le soin.
- Pas de posologie fixée,
- Adapter le débit à la respiration de l'enfant ou de l'adulte : le ballon doit être bien gonflé en début de soin et rester gonflé en permanence, quel que soit le débit nécessaire ; le débit est parfois augmenté ou diminué selon les moments du soin, en fonction de la ventilation spontanée du patient.

2. Midazolam

Le MIDAZOLAM (ou Hypnovel®) peut être utilisé en HAD pour son effet sédatif après tentative d'autres anxiolytiques per os à demi vie courte (Alprazolam, Oxazépam, Lorazépam...).

Comme toute benzodiazépine, ce médicament a un effet anxiolytique, hypnotique, amnésiant, anticonvulsivant et myorelaxant. C'est aussi le médicament de choix pour la sédation en phase terminale pour détresse.

(cf. Recommandations SFAP 2008 « Sédation pour détresse en phase terminale et dans les situations spécifiques et complexes » et SFAP juin 2017 – sédation profonde et continue suite loi Claeys Leonetti 2016).

Propriétés : demi vie courte (2 à 4h), effet sédatif dose dépendant, caractère hydrosoluble permettant des voies d'administrations variées, (délai d'action 2mn par voie IV, 30mn en sc) ;

Utilisable aussi par voie rectale ou orale (Bucolam) Nécessite une titration individuelle.

Présentation :

- Ampoules de 5 ml dosées à 1 mg/ml. Réservées à l'hôpital (ou l'HAD)
- Ampoules de 1 et 10 ml à 5 mg/ml. Réservées à l'hôpital (ou l'HAD)

Les indications :

Anxiolyse avant le soin

Si douleur, 1h avant le soin peut être utilisé par voie sous cutanée en mode bolus à la dose de 1mg à 2,5mg

Protocole d'anxiolyse :

Obtention de l'anxiolyse complète ou partielle avec un patient complètement éveillé et orienté niveau 1 sur l'échelle de Rudkin (Échelle d'évaluation de la sédation).

Score de Rudkin :

1. Patient complètement éveillé et orienté
2. Patient somnolent
3. Patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
4. Patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère, traction sur le lobe de l'oreille.
5. Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère.



L'utilisation du produit se fera après consentement du patient et après prise en compte du rapport bénéfice risque et la mise en place d'une titration = adaptation progressivement croissante de la dose jusqu'à l'obtention de la dose minimale nécessaire à l'obtention de l'efficacité recherchée (en fonction du besoin clinique, de l'état physique, de l'âge et des médicaments associés.)

Surveillance clinique nécessaire.

Posologies :

Perfusion en sous-cutané ou intra veineuse continue (Seringue électrique/ PCA).

Débuter par 0,1 à 0,5 mg/heure. Puis augmenter si nécessaire par palier de 5 mg en 5 mg toutes les 12 heures jusqu'à l'obtention de l'effet recherché.

Si anxiété seulement nocturne et/ou insomnie : Prescrire le Midazolam (Hypnovel®) la nuit sur 10 à 12 heures en débutant par 0,1 à 0,5 mg/heure.

Antidote : Flumazénil (Anexate®) Ampoule dosée à 0,5mg/5ml.

En injections fractionnées pour obtenir un réveil calme.

Dose initiale : faire 0,2 mg en IV lente

Si pas de réponse dans la minute: refaire une deuxième injection de 0,1 mg en IV.

Si toujours pas de réponse : renouveler cette injection à la dose 0.1mg en IV et ce jusqu'à la dose totale de 1 mg.

Attention : Risque d'agitation au réveil.

Remarque : Chez l'adulte âgé de plus de 60 ans, ou l'adulte en mauvais état général ou l'adulte atteint de maladie chronique, et en pédiatrie, la posologie du MIDAZOLAM doit être déterminée avec prudence et les facteurs de risque individuels doivent être pris en compte systématiquement. On peut observer un effet paradoxal d'agitation chez certains enfants (5 à 10 %).

3. Hydroxyzine : Atarax®

Indications de l'AMM :

À partir de 30 mois pour anxiété, prémédication préopératoire.

À partir de 3 ans pour insomnie.

Atarax® et génériques sirop 2 mg/mL (seringue avec graduations de 0,25 mL) Cp 25 mg

½ amp pour 30 kg/4-8 h en perfusion de 1 h
soit 0,3 mg/kg/injection Ou IVC Peut être pris per os
(pas d'étude d'efficacité)

4. La kétamine

Indications de l'AMM :

- soit comme agent anesthésique unique : particulièrement adapté aux interventions de courte durée, il permet également, grâce à des injections répétées ou à son utilisation en perfusion intraveineuse, d'obtenir une anesthésie prolongée durant plusieurs heures ;
 - soit comme inducteur d'anesthésie avant l'administration d'autres agents anesthésiques ;
 - soit comme potentialisateur d'agents anesthésiques de faible puissance, tel le protoxyde d'azote.
 - Obstétrique: la Kétamine peut être utilisée seule ou en association avec d'autres anesthésiques.
- Pas d'AMM en pédiatrie mais Recommandations Afssaps 2009 (hors AMM) pour potentialiser l'analgésie morphinique et les gestes et soins douloureux intenses : soin très algogène non contrôlé par le MEOPA et les techniques non pharmacologiques en alternative à l'anesthésie générale, enfant phobique.

Précautions d'emploi, contre-indications et effets indésirables :

Surveillance intensive : conscience, FC, PA, FR, SaO2.

Les contre-indications :

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- Hypertension artérielle
- Insuffisance cardiaque sévère

Prudence si :

- HTIC, traumatisme crânien, épilepsie
- glaucome
- maladie thyroïdienne
- porphyrie
- psychose.

Effets indésirables :

Cauchemars (rares), agitation, vomissement, HTA transitoire ; exceptionnel : laryngospasme.

En dehors de son utilisation par les anesthésistes lors de l'anesthésie générale ou d'une sédation profonde, cette molécule peut être utilisée en antalgie dans trois types d'indications :

1. pour douleur sévère non contrôlée, en complément de l'analgésie morphinique, à faibles doses, en IV continu pour son action anti-hyperalgésie par action sur les récepteurs NMDA ; dans cette situation d'hyperalgésie, les posologies sont habituellement de l'ordre de 1 mg/kg/j pour la plupart des auteurs (certains commencent à 0,5 mg/kg/j, d'autres experts vont jusqu'à 0,1 mg/kg/h, voire plus), en association avec la morphine IV, habituellement quand la douleur n'est pas contrôlée (CVO drépanocytaire, postopératoire sévère, fin de vie, etc.)

2. dans certaines situations de douleurs neuropathiques ou de douleurs chroniques résistantes aux traitements habituels sur avis d'expert de la douleur

3. de façon ponctuelle, à plus forte dose, pour la sédation lors de soins douloureux en pédiatrie (bolus de 0,3 à 0,5 mg/kg, à renouveler éventuellement) : une large littérature étaye cette pratique. Utilisé en bolus pour la sédation d'un soin douloureux, ce médicament, longtemps réservé aux anesthésistes, peut être utilisé hors bloc opératoire (Recommandations Afssaps 2009) :

- par des médecins non anesthésistes, formés spécifiquement, aptes à gérer l'airway
- moyennant une surveillance attentive et précise de l'enfant (équipe formée)
- et l'établissement d'un protocole.

Les conditions d'administration sont à préciser avec l'équipe locale (unité douleur ou anesthésistes et médecin formé). Dans ce cadre, l'utilisation chez le nouveau-né et le nourrisson avant 1 an n'est pas recommandée actuellement (sauf avis d'expert). La kétamine en bolus a un effet antalgique, sédatif, hypnotique, dissociatif.

L'association à une benzodiazépine et à l'atropine n'a pas démontré son intérêt. Le jeûne n'est pas indispensable mais préférable. Les voies IM et orale sont plus difficiles à manier car l'effet est retardé (au moins 5 min pour la voie IM, 15 à 30 min pour la voie orale). Effet parfois aléatoire notamment pour la voie orale.

VIII.

Les co-antalgiques

Ce sont des molécules qui n'agissent pas directement sur la douleur et ne substituent donc pas aux antalgiques mais par leurs actions diverses, ils contribuent à diminuer les symptômes douloureux, parmi ces médicaments, on retrouve fréquemment les classes thérapeutiques suivantes :

- Les corticoïdes par leur effet anti-inflammatoire et anti-œdémateux (œdème des métastases cérébrales++)
- Les anxiolytiques par leur effet sur la composante émotionnelle de la douleur
- Les myorelaxants
- La kétamine
- Les antispasmodiques
- Le bisphosphonates dans le cadre de métastase osseuse
- Des diurétiques dans le cadre de céphalées par hypertension intracrânienne
- le spasfon® = Phloroglucinol pour les douleurs spasmodiques des sphères digestive, urinaire, gynécologique. Cp 160 mg : adulte.

Pour tous ces co-antalgique, il est nécessaire de mesurer le bénéfice/risque entre l'épargne morphinique et les effets secondaires inhérent à chacune de ces molécules.

IX.

Les thérapies

non-

médicamenteuses

La douleur est un phénomène complexe qui ne peut se réduire à une simple perception somato-sensorielle. Elle provoque une perturbation globale de l'individu, et son soulagement au-delà de la prise d'antalgiques adaptés, requiert un accompagnement et l'intervention de différents professionnels.

Les techniques antalgiques non médicamenteuses sont **complémentaires** et non alternatives des thérapies médicamenteuses.

Elles s'intègrent dans la prise en charge **interdisciplinaire** de la douleur.

Les rééducateurs utilisent des techniques de prévention et de traitement de la douleur.

La mise en place de ces techniques nécessite évaluation et réévaluation de la douleur (localisation, type, intensité...) pour une prise en charge optimale.

Le masseur-kinésithérapeute, dispose de nombreuses techniques dans la prise en charge de la douleur, qu'il adaptera selon son évaluation :

- Les **massages** (pétrissage, pression-glissée, drainage lymphatique manuel,...) qui permettent l'assouplissement des tissus, le relâchement musculaire, la suppression des adhérences.
- Les **mobilisations** (passive, active-aidée, active) qui luttent contre l'immobilité et ses effets qui induisent la douleur (contractures, escarres, rétractions, enraidissement, attitudes vicieuses, impotence fonctionnelle...) et le **positionnement adapté** du patient au lit et/ou au fauteuil.
- La **relaxation** (Jacobson, Schultz, ...)

L'ergothérapeute, après l'évaluation de l'autonomie/ douleur dans les activités de la vie quotidienne propose des moyens de réadaptation.

Il s'assure du bon positionnement au lit et au fauteuil :

- Fauteuil adapté (taille, réglages, options)
- Coussins de positionnement appropriés (lutte contre les attitudes vicieuses, confort...)

Il aménage le domicile : prévention et lutte contre la douleur lors de la toilette, éducation et réalisation des transferts, choix des aides techniques appropriées.

Les rééducateurs accompagnent la mise en place de ces techniques antalgiques non médicamenteuses par **l'éducation** du patient et de son entourage **en lien** avec les autres intervenants au domicile.

L'approche psychothérapeutique de la douleur

Il y a une action puissante du psychisme dans la détermination et la perception même du fait douloureux. Un certain nombre de filtres modifient la perception de la douleur. L'écoute, la capacité à contenir l'anxiété, l'information donnée exercent un effet d'apaisement sur la douleur, à l'inverse, l'abandon, la solitude, l'angoisse l'exacerbent.

Une douleur intense et prolongée a un impact traumatique sur le psychisme, un effet de désorganisation, de perte de ce sentiment de sécurité qui nous assure une continuité narcissique vis-à-vis de nous même ainsi que dans notre relation aux autres. De ce fait on peut dire que la douleur entraîne toujours une souffrance psychique, qu'on ne peut distinguer les deux.

Pour certains, cette expérience vient réactiver un vécu ancien de détresse profonde en lien avec un sentiment de dés-aide et nécessite d'être repris dans des entretiens avec un psychothérapeute. Toute douleur actuelle peut réactiver une douleur passée, ce qui fait vivre chacune de nos douleurs de manière unique et individuelle. Le travail sur l'histoire du patient et la remémoration de liens parfois oubliés avec le passé, permet de limiter la douleur à son contexte actuel et de calmer l'anxiété.

Le psychologue peut être aussi sollicité lors de réactions paradoxales, comme dans le refus des antalgiques où la douleur semble recherchée, comme une manière de se sentir vivant, dans un exercice de maîtrise, ou contre une angoisse qui sinon serait sans objet. Le sens en est à rechercher. Pour d'autres, il s'agit de maintenir cette plainte à tout prix, car elle s'adresse à l'autre et veut le questionner.

La psychologue en HAD est là aussi pour travailler avec les proches sur l'impact de la douleur du patient sur tout son environnement familial. Le proche perçoit de manière empathique la douleur de l'autre, qui a en retour une incidence sur lui, avec parfois une confusion identitaire, qu'il s'agit de lever car il lui prête sa propre interprétation et son intensité. Il est aussi très souvent impliqué dans l'administration des antalgiques, responsabilité qui peut être vécue dans différents registres de la culpabilité et de l'angoisse d'en donner trop ou pas assez, ou par des enjeux conflictuels et la recherche d'une maîtrise.

Place de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur

La complexité du phénomène douloureux résulte de l'intrication de différentes composantes (sensorielle, émotionnelle, cognitive, environnementale). Une approche multimodale et pluridisciplinaire permet d'optimiser la prise en charge. L'hypnose s'inscrit dans cette complémentarité interdisciplinaire pour prévenir et pour traiter la douleur (aigüe, chronique, iatrogène).

De nombreuses études ont mis en évidence l'intérêt de cette pratique dans le domaine du stress, de l'anxiété et de la douleur. L'imagerie médicale a permis d'observer son action modulatrice sur les composantes sensorielle et émotionnelle de la douleur. L'état hypnotique entraîne une baisse de l'intensité de la sensation douloureuse, et augmente le seuil de tolérance du sujet.

La douleur s'accompagne souvent d'anxiété, voire de peur, qui accentuent le ressenti de la personne, et captent une grande partie de son attention. L'hypnose va lui permettre de se défocaliser de la douleur et de l'anxiété, et orienter son attention vers ses ressources et ses mécanismes réparateurs. La transe hypnotique entraîne un changement perceptif qui permet au patient de modifier sa réalité sensorielle et d'envisager des solutions nouvelles.

De nombreuses techniques peuvent être utilisées pour contrôler la douleur. Il est souvent nécessaire d'en essayer et d'en combiner plusieurs pour être efficace.

Exemples de suggestions :

- Les suggestions de dissociation proposent au patient d'aller dans un endroit agréable pour lui, connu ou imaginaire, et de ressentir toutes les sensations liées à cet ailleurs (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif).
- Les suggestions peuvent induire l'anesthésie d'une zone du corps avec un gant anesthésique. Le patient passe sa main gantée anesthésiée sur la zone douloureuse afin de répandre progressivement la sensation d'anesthésie.
- La réification est une méthode qui permet au patient de transformer sa sensation douloureuse en chose sur laquelle il pourra agir (la faire diminuer, changer de forme, etc)
- Le déplacement de la douleur va conduire le patient à libérer la zone douloureuse en la transférant vers une zone moins vulnérable et plus confortable.

- L'utilisation de métaphores en reprenant si possible les images ou le langage du patient (la tête dans un étau, un casque sur la tête, une chaleur, etc)

La réussite du travail repose à la fois sur l'adhésion du patient à la méthode et sur la qualité de la relation qui s'établit entre le soignant et le patient (alliance thérapeutique). Il est souhaitable que le patient poursuive la pratique seul, en auto-hypnose. Cela lui permettra de retrouver de l'autonomie dans la gestion de son symptôme qu'il pourra mieux anticiper, prévenir, et contrôler.

Plus qu'un ensemble de techniques l'hypnose est un mode de communication particulier.

L'utilisation de certaines modalités de communication favorise l'émergence des ressources du patient et lui permettent de mieux s'adapter aux situations difficiles.

LE TENS : LA NEUROSTIMULATION ÉLECTRIQUE TRANSCUTANÉE

La neurostimulation électrique transcutanée est une technique antalgique non médicamenteuse qui utilise les propriétés d'un courant électrique transmis au travers d'électrodes placées sur la peau.

Historique :

Dès l'Antiquité, les égyptiens utilisaient empiriquement les décharges électriques délivrées par certains poissons de la Vallée du Nil («raie électrique» ou «torpille») pour soulager les douleurs, par application sur les zones algiques. Depuis la publication de la théorie du gate-control par Melzack et Wall en 1965, la neurostimulation électrique transcutanée a trouvé une base scientifique solide.

Aujourd'hui, cette technique est communément utilisée par les médecins et les masseur-kinésithérapeutes, mais aussi par les patients au domicile, pour soulager divers types de douleurs.

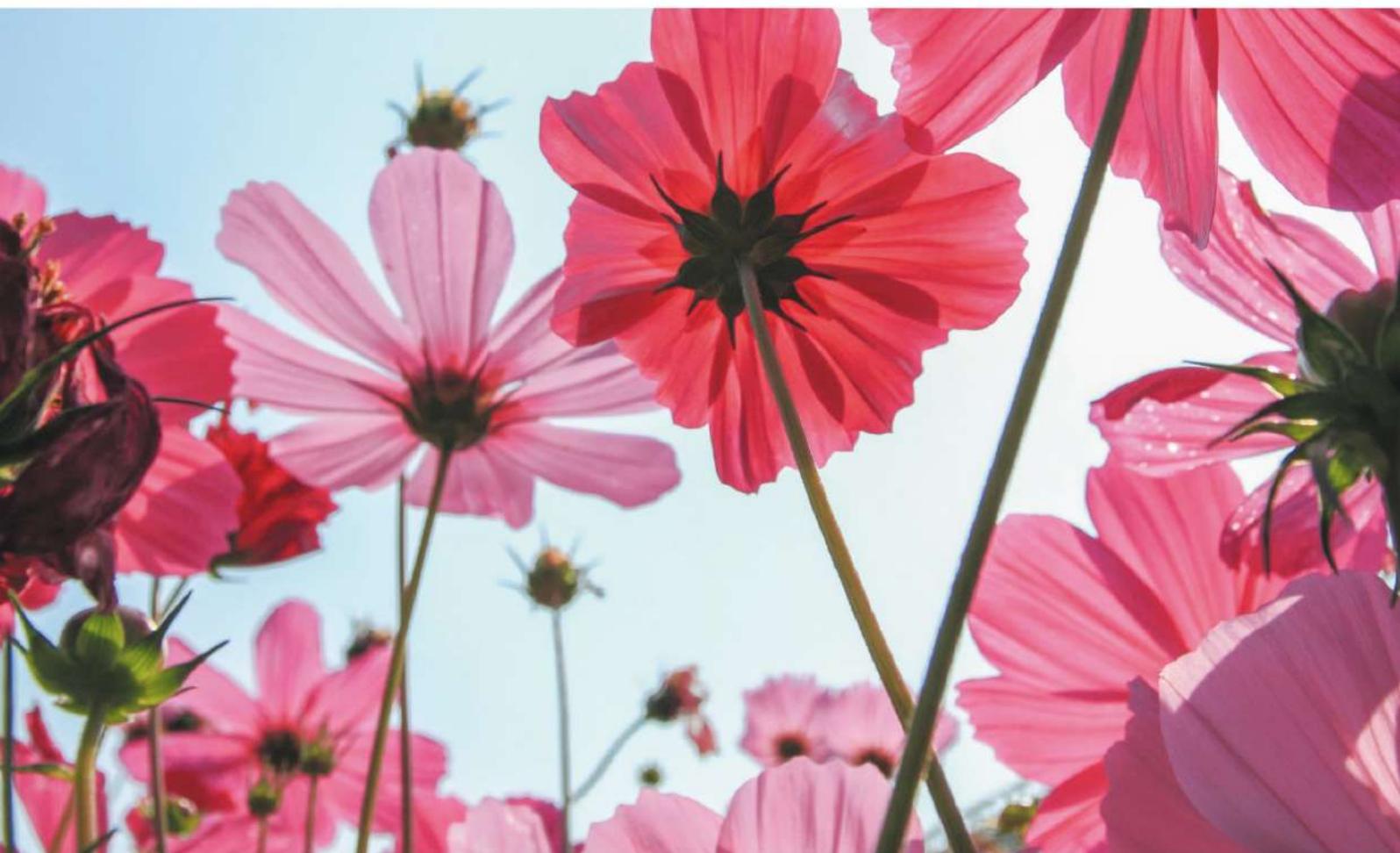
Le TENS peut être pratiqué seul ou en complément d'autres traitements médicamenteux ou physiques. L'électrostimulation provoque une libération d'endorphines responsables d'un effet antalgique comparable à celui obtenu avec la morphine (comme le confirme sa réversibilité par la naloxone).

Deux modalités d'administration possible :**1. TENS CONVENTIONNEL :**

L'effet antalgique est localisé, d'installation rapide, mais de courte durée (mieux toléré chez la personne âgée).

2. TENS-ACUPUNCTURE

Il associe une fréquence faible (4HZ) et une intensité élevée, que le patient perçoit sous la forme d'une sensation de battements musculaires, à la limite de la tolérance. L'antalgie produite par le TENS-ACUPUNCTURE est retardée, mais plus durable que celle produite par le TENS conventionnel, avec un effet antalgique progressif et généralisé. Indications Le TENS-acupuncture est recommandé pour le traitement des douleurs diffuses et chroniques. Chez les personnes âgées, ce mode antalgique peut être limité par son intensité élevée, qui déclenche des secousses musculaires rythmées parfois désagréables.



X.

Quelques spécificités

1. Chez le patient âgé

Particularités de l'évaluation et spécificités de la prise en charge :

La douleur est fréquente chez la personne âgée avec une traduction clinique pouvant être différente du sujet plus jeune (ex. douleur atypique de l'IDM) et peut s'exprimer par un trouble du comportement (syndrome confusionnel, agitation) voir une régression psychomotrice en particulier chez les patients avec des troubles cognitifs. La iatrogénie est fréquente chez la personne âgée en lien avec les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, la poly-médication (10% entre 6-10 médicaments/jour jusqu'à 55% pour prise de 16 médicaments/jour) et l'automédication. C'est pourquoi, la plupart des antalgiques sont introduit à des doses inférieures que chez le patient jeune, et tout traitement antalgique doit être régulièrement évalué et réévalué en terme d'efficacité et l'éventuel survenue d'effets secondaires.

Rappel sur l'évaluation :

Les échelles d'auto-évaluation ne sont utilisables que si la personne communique normalement et a des fonctions cognitives normales. L'échelle numérique est mieux comprise par les personnes âgées que l'échelle visuelle analogique (EVA).

Il est souvent nécessaire d' avoir recours aux échelles d'hétéro-évaluation quand la personne âgée ne peut plus s'auto-évaluer (Algoplus, ECPA).

Principaux antalgiques avec particularités d'adaptation chez le sujet âgé :

L'âge est responsable de modifications qui imposent des adaptations thérapeutiques :

- baisse du volume distribution médicaments hydrosolubles
- dénutrition fréquente, baisse du taux d'albumine, hausse de la fraction libre des médicaments
- baisse de la clairance hépatique
- altération de la fonction rénale > risque d'accumulation des médicaments hydrosolubles éliminés sous forme active

ANTALGIQUES NON MORPHINIQUES

• Paracétamol :

Pas d'adaptation posologique nécessaire sauf en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance < à 10 ml/mn)
> Majoration de la toxicité hépatique chez les sujets dénutris ou alcooliques (dose toxique dans ces cas-là ramenée à 5 g en prise unique).

• AINS et COXIBS :

Rapport bénéfice risque défavorable en gériatrie
> ils sont très peu utilisés. Si AINS prescrit, associer un IPP.

• NEFOPAM (Acupan®) :

Les ampoules injectables sont utilisables per os.
Utiliser avec précaution en cas d'insuffisance hépatique ou rénale. Il a des effets atropiniques qui le rendent peu maniables en gériatrie (risque de confusion).

ANTALGIQUES DU PALIER II

• Codéine :

Réduire la posologie de moitié par rapport à celle utilisée chez le sujet plus jeune, puis augmenter les doses en fonction de la tolérance.

• Tramadol :

Les formes à libération prolongée sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale.
Prudence en cas d'association avec des IRSS (risque de convulsions, risque de syndrome sérotoninergique).

ANTALGIQUES DU PALIER III

• Voie orale :

Il n'est pas indiqué de débiter d'emblée par une forme à libération prolongée (LP) chez le sujet âgé.

- Débiter avec des doses très faibles : 2,5 mg/4 heures, soit 15 mg/24 h, si la personne âgée ne recevait pas d'antalgiques du palier II avant.
- S'il elle avait des opiacés faibles avant, on débute à 5 mg/4h, soit 30 mg/h.
- Evaluer l'efficacité analgésique après 2 ½ vies (8 h après la première prise)
- augmenter par paliers de 25 à 50 %, en cas d'insuffisance de l'effet.

- Prévoir des interdoses qui doivent être égales à la moitié de la dose prescrite toutes les 4 h ou représenter du 1/6^e au 1/10^e de la dose reçue par 24 h.

Quand le patient est équilibré, on peut utiliser la forme LP espacées de 12 h.

La première prise de forme LP doit être donnée en même temps que la dernière prise de morphine à libération immédiate.

La morphine à libération prolongée est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale; on utilisera alors la forme à libération immédiate en augmentant les intervalles entre les prises.

• Oxycodone :

2 fois plus puissante que la Morphine.

Elle a un meilleur profil de tolérance que la morphine en cas d'insuffisance rénale car elle est éliminée par voie urinaire sous forme de dérivés inactifs

L'insuffisance hépatique ou rénale nécessite une adaptation des posologies et/ou un espacement des prises.

• Hydromorphone :

Non adaptés à la personne âgée.

• Voie sous-cutanée :

Très utilisée en gériatrie malgré une variabilité intra et interindividuelle très importante de la résorption.

La dose est diminuée de moitié par rapport à la dose orale: 5 mg de morphine SC = 10 mg de morphine orale. Administration discontinuée toutes les 4 h à l'aide d'un cathéter laissé en place en SC ou continue à l'aide d'une seringue électrique ou d'une pompe. Il est conseillé de débuter à la dose horaire de 0,5 mg/h, avec la possibilité de faire 3 bolus de 1 mg/h, avec un intervalle de sécurité de 20 minutes.

• Voie intra-veineuse :

Peu utilisée en gériatrie, mais elle est utile en cas d'œdèmes qui altèrent la diffusion de la morphine sous-cutanée.

Il est conseillé de diviser la dose de morphine orale par 3: 5 mg de morphine IV = 15 mg de morphine orale.

La PCA est possible chez la personne âgée; son utilisation nécessite des fonctions cognitives intactes. La surveillance est primordiale comme pour l'ensemble des patients.

• Voie transdermique :

La forme à 12 µg est particulièrement adaptée à la personne âgée.

Il ne doit jamais être utilisé chez les patients naïfs d'opioïdes mais uniquement après titration des besoins par une forme à libération immédiate.

Il faut garder l'opioïde initial environ 12 h après la pose du 1^{er} patch. Après le retrait du patch, la concentration diminue de 50 % en 17 h. Il faut en tenir compte en cas de relais par un autre opioïde.

En cas de fièvre, la vitesse de résorption augmente > risque de surdosage (donner des antipyrétiques). La maigreur augmente la vitesse de résorption.

Gestion des effets indésirables et surveillance :

Le risque d'effet indésirable serait 2 à 3 fois plus important chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune. L'insuffisance rénale, la polymédication, les co-morbidités sont des facteurs qui majorent le risque.

Les effets indésirables doivent être anticipés et prévenus par un traitement symptomatique.

- Constipation: plus importante avec les formes orales. Utiliser laxatifs stimulants (Bisacodyl = Contalax[®], Docusate sodique = Jamlène[®]) ou polyéthylène glycol (Transipeg[®] ou Forlax[®])
- Nausées: Utiliser Métoclopramide ou Halopéridol.
- Sécheresse buccale: bains de bouche, Aequasyl[®], BIOXTRA[®] Gel
- Confusion, hallucinations: fréquentes chez la personne âgée. **Toujours rechercher une autre cause, telle qu'un globe, un trouble ionique, avant d'envisager une rotation d'opioïdes si aucune autre cause n'est retrouvée.**
- Rétention d'urines: très fréquente chez la personne âgée, elle doit être dépistée.

L'apparition d'un surdosage est recherchée par la surveillance de l'état de vigilance et de la fréquence respiratoire.

En cas de sédation ≥ 2 et FR < 10, le protocole Naloxone (NARCAN[®]) est utilisé :

Si la voie IV n'est pas utilisable, le Narcan[®] peut être fait par voie SC.

POINTS CLÉS :

- Penser à évaluer la douleur, en particulier chez les sujets âgés non communicants.
- Penser à un syndrome douloureux face à des symptômes atypiques.
- Être vigilant sur le risque accru d'iatrogénie et adapter les doses en fonction de la fonction rénale.
- Réévaluer les effets cliniques de l'introduction de toute nouvelle molécule antalgique.
- Prévenir en particulier les effets secondaires des morphiniques (digestifs, urines, vigilance...).

2. Chez la femme enceinte et allaitante

Pour tout complément d'information, il est possible de joindre le CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (Tél./fax: +33 (0)1 43 41 26 22 - Ligne téléphonique réservée au corps médical.

www.lecrat.fr

La prise de médicaments au cours de la grossesse suscite généralement une certaine inquiétude chez les femmes enceintes, partagée en partie par le corps médical.

Les connaissances physiopathologiques et pharmacologiques ont conduit à abandonner la notion fortement ancrée de « barrière » placentaire protectrice au profit de celle d'un placenta « zone d'échanges » entre la mère et le fœtus. Ceci n'a fait que renforcer l'appréhension liée aux prises médicamenteuses, demeurée très vive depuis le drame du thalidomide et de la dépakine®.

L'évaluation du risque, sa gestion et a fortiori l'appréciation du rapport bénéfice-risque, sont toujours peu aisées, en particulier dans le domaine, vaste et complexe à plus d'un titre, de la grossesse. Quelques grandes lignes directrices existent cependant avant d'envisager les informations propres à chaque molécule.

La loi « du tout ou rien » (soit absence d'effet sur l'embryon, soit mort embryonnaire) qui est très souvent mise en avant pour rassurer les patientes, ne repose, en réalité, que sur l'expérimentation animale de femelles exposées à des radiations ionisantes avant le début de

l'implantation, c'est-à-dire les 5 premiers jours post-conceptionnels (la durée de cette période est identique chez l'homme et les autres mammifères). Jusqu'à la fin de l'implantation, qui s'achève au 12^e jour après la conception, les échanges materno-fœtaux sont encore peu importants et on s'accorde à penser que le risque d'un retentissement d'un agent exogène sur l'embryon est faible.

C'est au cours de la **période embryonnaire** (dite d'organogenèse) que les risques d'atteinte morphologique (= tératogène) sont les plus importants : du 13^e au 56^e jour après la conception. Pendant cette période, tous les organes se mettent en place selon un calendrier précis.

Un médicament (ou tout autre agent exogène) ne peut plus interférer avec la mise en place d'un organe si celle-ci a déjà eu lieu. Par exemple, un médicament responsable d'anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) sera sans conséquence, de ce point de vue, s'il est administré après la fermeture du tube neural (29^e jour post-conceptionnel). De même le risque d'AFTN ne sera pas augmenté par rapport à celui de la population générale si l'exposition au médicament, en tenant compte de sa demi-vie d'élimination, a été arrêtée avant le début de l'organogenèse du SNC (15^e jour post-conceptionnel).

La période fœtale, qui débute après l'organogenèse alors que la morphogenèse est pratiquement terminée, voit la croissance, la maturation et la différenciation des différents organes s'effectuer progressivement jusqu'à l'accouchement. Durant toute cette période et particulièrement en fin de grossesse, les effets des médicaments sur le fœtus vont être de plus en plus semblables à ceux que l'on peut observer chez l'adulte (effet thérapeutique et effets secondaires), mais il n'y aura plus d'atteinte morphologique au sens strict.

En cas de traitement maternel jusqu'à l'accouchement, à la naissance le nouveau-né est seul pour éliminer le médicament présent dans son organisme, fonction que le foie et les reins maternels assuraient jusque-là. Les capacités métaboliques et excrétrices du nouveau-né sont encore faibles et la demi-vie de la plupart des molécules est bien plus longue chez lui que chez l'adulte, ce d'autant que l'enfant est prématuré.

Les médicaments pris juste avant l'accouchement peuvent entraîner, dans quelques cas, des effets chez le nouveau-né. Ceux-ci peuvent être liés soit à une

imprégnation de l'enfant par la molécule, soit à un syndrome de sevrage puisque l'enfant est privé de la molécule après la naissance.

Ces effets sont heureusement assez rares et le plus souvent transitoires.

Le profil pharmacologique de la molécule permet, dans certains cas, d'anticiper les effets éventuels sur le nouveau-né et donc de prévoir une surveillance adaptée si nécessaire.

Le choix d'un traitement en fin de grossesse doit donc être judicieusement effectué, en collaboration avec les différentes équipes médicales prenant en charge la patiente et en y associant en particulier les pédiatres de maternité.

LES MÉDICAMENTS TÉRATOGÈNES

Une substance dite « tératogène » est susceptible de provoquer des malformations chez les enfants dont la mère a été traitée pendant la grossesse.

Dans la population générale, environ 2 % des enfants naissent avec une malformation majeure. Un produit tératogène augmentera cette fréquence globale, ou seulement celle d'un type spécifique de malformations. La période où les risques tératogènes sont les plus importants se situe au cours des 2 premiers mois de grossesse.

• Médicaments tératogènes à proscrire pendant au moins les 2 premiers mois de grossesse, et si possible au-delà, sauf indication exceptionnelle :

Acide valproïque (Dépakine[®], Dépamide[®], Dépakote[®], Micropakine[®]), Acitrétine (Soriatane[®]), Isotrétinoïne par voie orale (Contračné[®], Curacné[®], Procuta[®], Roaccutane[®]), Misoprostol (Cytotec[®], Gymiso[®], Misoone[®]), Mycophénolate (Cellcept[®], Myfortic[®]), Thalidomide, Antimitotiques, par exemple : Méthotrexate, Cyclophosphamide.

• Médicaments tératogènes utilisables en cours de grossesse en l'absence d'alternative thérapeutique plus sûre.

Ces médicaments peuvent être utilisés en cours de grossesse malgré leurs effets tératogènes connus en raison de leur bénéfice thérapeutique et d'une possibilité de surveillance prénatale.

Certains antiépileptiques : Carbamazépine (Tégrétol[®]), Phénobarbital (Gardéнал[®]...) (Topiramate (Epitomax[®]).

LES MÉDICAMENTS CONTRE-INDIQUÉS PENDANT LA VIE FOETALE

Dès le début du 3^e mois de grossesse, la vie fœtale commence. Certains médicaments sont spécifiquement contre-indiqués pendant cette période en raison d'effets fœtaux ou néonataux graves (sans effet malformatif) : Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et inhibiteurs de Cox2 comme par exemple : Ibuprofène (Advil[®]...) Kétoprofène (Profenid[®]...) Nimésulide (Nexen[®]).

ANTALGIQUES ET GROSSESSE

L'approche du symptôme douloureux chez la femme enceinte doit être la même qu'en dehors de la grossesse (les antalgiques utilisés lors de l'accouchement ne sont pas traités ici).

Rappelons qu'en cas d'exploration d'une douleur, aucun examen d'imagerie médicale standard n'est contre-indiqué durant la grossesse, quel qu'en soit le terme.

L'utilisation ponctuelle ou chronique de tous les AINS (y compris l'aspirine ≥ 500 mg/j et les inhibiteurs de cox-2) est formellement contre-indiquée à partir du début du 6^e mois de grossesse (24 SA), quelle que soit leur voie d'administration (cf. lettre Afssaps).

ANTALGIQUES DE PALIER 1

On préférera le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse.

L'aspirine peut être utilisée ponctuellement pendant les cinq premiers mois de grossesse (24 semaines d'aménorrhée). Au-delà de 24 SA, l'aspirine ≥ 500 mg/j est formellement contre-indiquée jusqu'à l'accouchement.

Tous les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de 24 SA (5 mois de grossesse révolus). Avant 24 SA, on évitera si possible les traitements prolongés.

ANTALGIQUES OPIOÏDES FAIBLES (PALIER 2)

On préférera la codéine, quel que soit le terme de la grossesse.

En cas d'inefficacité de cette option, on pourra avoir recours au tramadol quel que soit le terme de la grossesse.

ANTALGIQUES OPIOÏDES MIXTES OU FORTS

(PALIER 3)

On préférera la morphine, quel que soit le terme de la grossesse.

CORTICOÏDES

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte quels que soient leurs voies d'administration, leurs posologies et le terme de la grossesse.

POUR LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

ET ALGIES REBELLES :

L'utilisation du **TENS** est envisageable quel que soit le terme de la grossesse, sauf sur l'abdomen.

Les molécules suivantes peuvent être utilisées quel que soit le terme de la grossesse :

- Les mieux connues sont : l'amitriptyline (Laroxyl®) la clomipramine (Anafranil®)
- Viennent ensuite : la duloxétine (Cymbalta®) la gabapentine (Neurontin®) la lidocaïne en emplâtre (Versatis®).

En cas d'inefficacité de ces molécules, l'utilisation d'un autre traitement en cours de grossesse sera envisagée au cas par cas, notamment :

- la carbamazépine (TégrétoI®) : données très nombreuses ; augmentation de la fréquence globale des malformations modérée si elle existe mais une augmentation des spina bifida avec un risque individuel qui reste faible.
- la prégabaline (Lyrica®).

ANTALGIQUES ET ALLAITEMENT

ANTALGIQUES NON OPIACÉS ET AINS (PALIER 1)

On peut choisir une des molécules suivantes en cours d'allaitement : le paracétamol, l'ibuprofène, le kétoprofène, le flurbiprofène, le diclofénac, le célécoxib, l'aspirine en prise unique.

ANTALGIQUES OPIOÏDES FAIBLES (PALIER 2), SI UN PALIER 1

Dans les 2 à 4 jours qui suivent l'accouchement, on peut utiliser le tramadol.

Au-delà des 2 à 4 jours qui suivent l'accouchement, la codéine est envisageable à la posologie la plus faible possible, et en traitement bref (de l'ordre de 2 à 3 jours) En cas de mauvaise tolérance maternelle (sédation...),

la poursuite de l'allaitement doit être reconsidérée. En effet, celle-ci reflète peut-être un métabolisme maternel ultra-rapide de la codéine en morphine, avec un risque potentiel pour l'enfant allaité.

ANTALGIQUES OPIOÏDES MIXTES OU FORTS

(PALIER 3)

Dans les 3 jours qui suivent l'accouchement :

L'utilisation de la nalbuphine ou de la morphine est possible.

Au-delà de 3 jours de vie, si un traitement par un antalgique de palier 3 est nécessaire : L'allaitement sera suspendu.

CORTICOÏDES

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme allaitante quels que soient leurs voies d'administration et leurs posologies.

3. Chez l'enfant

Extrait du livret douleur de l'enfant Pédiadol.

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (définition de l'*International Association for the Study of Pain*); au minimum elle inquiète, elle déstabilise, elle produit de la détresse ; au pire elle est franchement délétère, aggravant morbidité et mortalité (Anand KJ et al. *Lancet* 1987). La possibilité d'éprouver de la douleur est une faculté innée, inhérente à la vie, dès la naissance même très prématurée : les signes comportementaux sont des équivalents de la communication verbale pendant toute la petite enfance, et à tout âge en cas de déficience cognitive.

Plus l'enfant est jeune, plus cause et conséquences lui échappent, plus les mécanismes cognitifs de défense contre la douleur sont immatures ou défaillants, plus la douleur l'envahit et génère de la détresse.

Peur et douleur sont toujours associées chez l'enfant. La présence des parents est un facteur essentiel du soulagement et du sentiment de sécurité.

La douleur aiguë se reconnaît facilement (pleurs et cris, agitation) mais peut être confondue avec la peur. Instaurer une relation rassurante en parlant calmement, en proposant un jouet à l'enfant installé dans les bras de ses parents permet de distinguer les deux ; les gestes

de protection, les positions antalgiques, les crispations, la grimace du visage en dehors des pleurs et le refus de jouer ou communiquer permettent le diagnostic de douleur.

La douleur installée ou prolongée se manifeste par un comportement appelé atonie ou inertie psychomotrice après une douleur aiguë intense : en quelques heures, l'enfant arrête de pleurer et devient « trop » calme, silencieux, immobile. On parle alors trop facilement de tristesse, d'apathie ; les signes corporels (postures anormales, raideurs, crispations) et le défaut de communication et d'expression du visage permettent le diagnostic de douleur ; les échelles spécifiques d'évaluation de la douleur prolongée permettent une évaluation précise. Si le doute persiste, un test thérapeutique est indiqué.

La douleur chronique, considérée longtemps comme une douleur durant plus de 3 mois, est maintenant souvent qualifiée de « douleur persistant au-delà de la durée attendue » par rapport à la cause ; les facteurs psychosociaux jouent souvent un rôle majeur dans cette douleur et doivent être recherchés. La douleur chronique a une expression comportementale souvent différente, moins marquée ; le retentissement sur la vie quotidienne (activités, école, vie sociale) doit être apprécié en plus de l'intensité et des signes habituels de douleur.

LA PCA EN PÉDIATRIE

L'information des parents et de l'enfant est essentielle. Avant 6 ans, il est souvent difficile pour un enfant de comprendre et d'utiliser la pompe de manière optimale (sauf des enfants porteurs de maladies chroniques, connaissant bien leur corps et ayant eu le temps de s'accoutumer à l'hôpital, au matériel médical, etc.).

Chez les petits et chez les enfants avec handicap cognitif ou moteur, la pompe PCA peut être utilisée par l'infirmière ou parfois par le parent (NCA : Nurse Controlled Analgesia ou PCA by proxy) au prix d'une formation et surveillance adaptées.

Le but de la PCA est d'obtenir la réduction de la douleur au niveau souhaité par le patient, grâce à des bolus efficaces.

Problèmes les plus fréquents avec la PCA :

1. L'enfant n'est pas soulagé pourtant il fait peu ou pas de bolus : il doit pouvoir sentir la différence 3 à 5 minutes après le bolus.

- Les bolus sont peut-être inefficaces ? Demander à l'enfant : « quand tu appuies, es-tu soulagé ? » Le plus souvent, les bolus sont trop faibles. Réaliser un 2^e bolus en présence de l'enfant ; si 2 bolus sont nécessaires pour une efficacité antalgique -> augmenter la posologie du bolus par paliers de 50 %.
- Il a peut-être mal compris la PCA ? Réexpliquer le principe de la PCA
- Les bolus entraînent peut-être des effets indésirables : somnolence, nausées, prurit, céphalées ? Ne pas forcément diminuer les bolus, puisque l'enfant n'est pas soulagé, mais lutter contre les effets indésirables. Les bolus peuvent être diminués légèrement pour permettre la disparition des effets indésirables > l'enfant se servira ensuite plus volontiers de sa PCA.
- L'enfant (ou son entourage) a peut-être peur de la morphine ou a entendu des remarques négatives sur son utilisation.

2. L'enfant n'est pas soulagé mais le nombre de demandes reste très élevé (nombre de bolus demandés très supérieur à celui de bolus reçus : l'enfant a donc appuyé en période réfractaire).

- Les bolus sont-ils efficaces ? Si « non », augmenter leur posologie et/ou ajouter un débit continu.
- La période réfractaire n'est-elle pas trop longue ? (en principe 6 mn).
- Est-on en présence d'une complication ? Escarre sous plâtre, rétention urinaire, extravasation de la perfusion, syndrome des loges, etc.
- L'enfant présente une anxiété majeure et il utilise la PCA pour diminuer son « mal-être » général, pour dormir : cette dernière hypothèse doit être évoquée après avoir vérifié que la prescription de morphine était suffisante (taille des bolus, etc.). En discuter avec l'enfant, mettre en oeuvre des moyens non pharmacologiques de réassurance et rarement associer des anxiolytiques en renforçant la surveillance.

POINTS CLÉS EN PÉDIATRIE :

- **Primordial** : la présence des parents, la qualité de la relation, l'accueil, et l'information de l'enfant et sa famille.
- **Objectif du traitement** : obtenir un soulagement rapide et durable de la douleur.
- **Toujours combiner les méthodes non pharmacologiques validées** (dont l'efficacité est prouvée) : distraction, installation, présence des parents, relaxation, hypnose, information, dialogue, etc.
- **Prescrire les antalgiques en systématique, ou conditionnés à un score, pour la durée prévisible de la douleur, et non « si douleur, si besoin ».**
- **Adapter d'emblée à l'intensité de la douleur** : pour une douleur intense, morphinique de palier 2, ou de palier 3 d'emblée (sauf pour les crises migraineuses, certaines douleurs neuropathiques et les douleurs psychogènes de type somatisation).
- **Combiner les antalgiques dès que nécessaire** : paracétamol et AINS ± morphinique de palier 2 ou 3.
- **Privilégier les voies orale ou IV, éviter les suppositoires et les injections SC et IM, sauf exception** (difficulté de voie d'abord, vomissements, etc.).
- **Prévoir d'emblée une prescription de recours en cas de soulagement insuffisant.**
- **Réévaluer après l'administration d'un antalgique, en prenant en compte du délai d'efficacité de l'antalgique selon la voie d'administration** (intraveineuse : 5 min si bolus, 15 min si IVL, orale : 30 à 60 min ; rectale : aléatoire pour les suppositoires : 10 à 20 min, voire moins pour les formes liquides administrées en IR).
- **Si la douleur persiste au pic d'action d'un antalgique, appliquer sans attendre la prescription de recours.**
- **Pour les douleurs neuropathiques, des traitements spécifiques sont indiqués.**
- **Attention aux situations de douleurs chroniques inexplicées, ou sine materia, dites psychogènes ou fonctionnelles** : une évaluation multidimensionnelle est nécessaire, de même qu'une prise en charge globale (avec parfois consultation dans un centre de la douleur, l'avis d'un psychologue ou pédopsychiatre) ; éviter les morphiniques.
- **Ne jamais utiliser le placebo (hors essai clinique) ; une efficacité ne permet pas de discriminer une douleur « organique » d'une douleur « fonctionnelle », le placebo pouvant être aussi efficace dans un cas que dans l'autre.**

DOULEURS PROVOQUÉES PAR LES SOINS : POINTS CLÉS

La douleur liée aux soins a un impact traumatique chez les enfants, en particulier les plus jeunes chez qui le rationnel échappe.

Informier et préparer l'enfant au soin

- Donner des explications claires, précises, adaptées à l'âge et au niveau de développement cognitif : déroulement du soin, méthode d'analgésie utilisée.
 - Chercher à connaître la représentation que l'enfant a du soin, et ses peurs.
 - Utiliser les supports d'informations.
- Éviter les phrases négatives comme « n'aie pas peur, ne t'inquiète pas », et utiliser des formulations positives, p. ex. « sois tranquille, ça va bien se passer ».

Prévention

- Regroupement des soins, discussion de l'indication, mesure du bénéfice/risque, exclusion des attitudes systématiques, entraînent une diminution notable du nombre de gestes.
- Recherche du matériel le plus adapté.
- Recours si possible au soignant expérimenté.

Climat de confiance

- Réaliser le soin dans une atmosphère calme. La sérénité des soignants renforce la détente de l'enfant.
- Au contraire un climat de stress et de tension aggrave l'anxiété de l'enfant, ce qui renforce la perception de la douleur.
- Toujours laisser l'opportunité aux parents de rester auprès de leur enfant, et de participer à la distraction s'ils le souhaitent.

Rôle des parents

- Encourager et soutenir leur enfant est leur but ; les enfants ont besoin de cette réassurance, de cette présence, garante de leur sécurité.
- Les parents ne doivent pas participer à la contention forte d'un enfant qui se débat (ils peuvent bien sûr s'ils le souhaitent tenir l'enfant ou l'entourer de leurs bras).
- Les attitudes qui rassurent l'enfant sont : garder le contact visuel, le contact physique (bras, main posée, etc.) et le contact verbal (paroles, chansons, distraction).
- Les études montrent que la présence des parents diminue l'angoisse de l'enfant, du parent et des soignants et ne perturbe pas la réalisation du soin (Bauchner et al. Pediatrics 1989 ; Carbajal et al. Journées Unesco 1999 ; Piira T et al. Child Care Health Dev 2005). Si l'enfant est anxieux avant le soin, leur présence est d'autant plus nécessaire.
- Certains enfants, en présence d'un parent, vont plus facilement extérioriser leur détresse et leurs émotions mais ceci ne doit pas faire exclure le parent.

Éviter la contention

L'agitation et le refus de l'enfant conduisent malheureusement les soignants à réaliser le soin en maintenant très fermement l'enfant, parfois à plusieurs, avec force. Cette situation traumatisante pour l'enfant et les parents, et très pénible pour les soignants, doit être évitée. Le risque de développement ou d'aggravation d'une phobie des soins est évident. Savoir parfois arrêter le soin, calmer l'enfant, et réorganiser le soin avec des moyens anxiolytiques et antalgiques adaptés, ultérieurement.

Méthodes antalgiques non pharmacologiques

Importance primordiale dans la prévention des douleurs provoquées.

L'enfant doit avoir le choix de participer au soin ou d'en être distrait, ou d'alterner les deux.

1. Distraction et hypnoalgésie

Après avoir créer une ambiance favorable calme et sereine , détourner l'attention de l'enfant lors de la stimulation douloureuse, induire un état de détente particulier, un état de concentration sur autre chose que le soin qui va être réalisé, afin de modifier la perception désagréable du soin. Selon son âge et ses centres d'intérêt, utiliser toutes sortes de stimulations visuelles, auditives, tactiles, etc. :

2. Méthodes antalgiques pharmacologiques possible en HAD

La nature du soin, la douleur attendue prévisible guident le choix de l'antalgique.

Les principaux moyens sont :

- la crème anesthésiante (souvent associée au MEOPA) ;
- le MEOPA ;
- les anesthésiques locaux en infiltration (souvent associés au MEOPA) ;
- les solutions sucrées ou l'allaitement chez le nouveau-né ;
- les antalgiques de palier 2 ou 3 en dose de charge (pouvant être associés au MEOPA sous couvert d'une surveillance plus rapprochée) ;
- les anxiolytiques (pouvant être associés au MEOPA sous couvert d'une surveillance plus rapprochée) ;

L'administration d'un antalgique de palier 1 avant un soin n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Le délai d'administration de la prémédication est un élément majeur du succès de l'analgésie.

Les médicaments ne suffisent pas à eux seuls à juguler l'anxiété de l'enfant et à garantir le bon déroulement du soin : les aspects relationnels, la présence des parents et les traitements non pharmacologiques ont une place essentielle, incontournable.

MEOPA CHEZ L'ENFANT

Chez les enfants les plus petits, laisser la tétine si l'enfant en a une en utilisant un masque plus grand ; débiter l'inhalation dans les bras du parent.

Parfois il est nécessaire de débiter l'inhalation avec le masque devant le nez de l'enfant et non plaqué sur son visage ; lorsque les premiers effets se font sentir et que l'enfant devient plus calme, il sera alors plus facile de mettre le masque en bonne position. Importance d'une ambiance calme.

SOLUTIONS SUCRÉES : CF. PROTOCOLE HAD

Indications de l'AMM :

Dès la naissance y compris chez le prématuré pour prévention de chaque douleur des soins, en particulier de toute effraction cutanée.

Contre-indications :

- trouble de la déglutition
- atrésie de l'œsophage ou fistule trachéale non opérées
- intolérance au fructose
- entérocolite ulcéro-nécrosante dans certaines situations (à voir avec le médecin responsable).

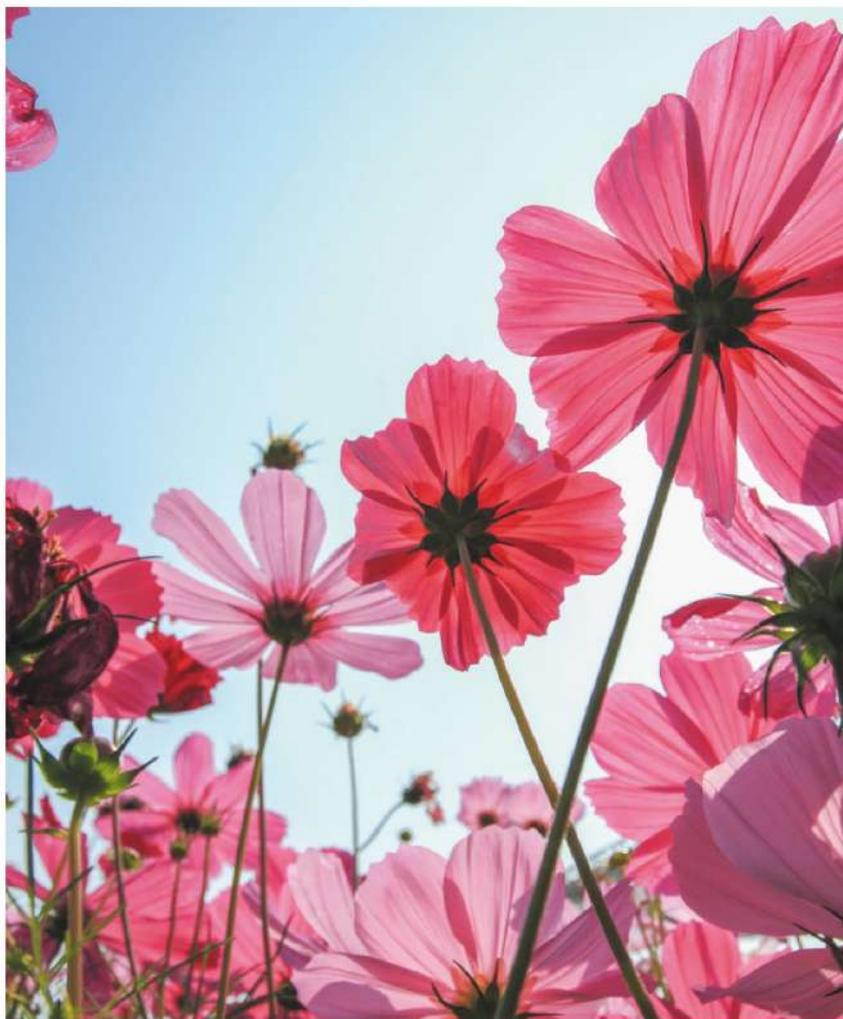
Le jeûne ne contre-indique pas la prise de sucre à visée antalgique.

Effets indésirables rares

Désaturation ou malaise ou fausse route chez le prématuré si administration trop rapide dans le fond de la bouche (à éviter par une administration sur la pointe de la langue).

Ne modifie pas la glycémie, que ce soit juste avant un prélèvement ou lors de prises répétées dans la journée. N'induit pas d'appétence ultérieure pour le sucre

Traitement de référence de la douleur des soins chez le nouveau-né (Recommandations Afssaps 2009 grade A).



Algopedol® unidoses 2 mL (saccharose 24 %)
BabyCalmine® unidoses 2 mL (glucose 30 % ou saccharose 24 %)
Sweat-ease® cupules 20 mL (saccharose 24 %)
Solution fabriquée par l'hôpital et délivrée par la pharmacie ou la biberonnerie
D'autres conditionnements existent

Administration goutte à goutte (1 goutte = 0,05 mL) à mettre sur la pointe de la langue.

En fonction du poids du nourrisson :

- ≤ 1 kg 1-2 gouttes (0,05-0,1 mL)
- 1-1,5 kg 3-4 gouttes (0,15-0,2 mL)
- 1,5-2 kg 5-7 gouttes (0,25-0,35 mL)
- > 2 kg 8-10 gouttes (0,4-0,5 mL)

Posologie indicative (pas de dose exacte fixée au plan international, certains préconisent 0,5 à 2 mL chez le nouveau-né à terme). Délai d'action : 2 min.

Durée d'action : 5 à 7 min. Réadministrer sans délai si efficacité insuffisante pendant le soin

XI.

Que retenir ?

4 temps essentiels :

- 1 ÉVALUER
- 2 TRAITER
- 3 ÉVALUER L'EFFICACITÉ
ADAPTER LES TRAITEMENTS
- 4 TRANSMETTRE L'INFORMATION :
TRAÇABILITÉ

- **Choisir un traitement adapté au mécanisme de la douleur** : toute douleur n'est pas sensible aux antalgiques « classiques » (notamment les douleurs neurogènes).
- **Adapter la puissance de l'antalgique à l'intensité de la douleur** : choisir le bon niveau selon l'échelle OMS niveau I, II ou III pour obtenir un soulagement rapide et durable de la douleur.
- **Administrer l'antalgique systématiquement à horaire fixe** avec association si besoin de doses de secours.
- **Adopter une posologie suffisante** pour avoir un effet réel.
- **Adapter la voie d'administration à l'état du malade** en privilégiant si possible la voie orale.
- **Respecter les contre-indications.**
- **Prévenir les effets secondaires** pour éviter le « rejet » du traitement.
- **Expliquer le traitement et ses effets secondaires indésirables** au patient et auprès de son entourage.
- **Mettre en place le traitement étiologique** (cause des douleurs) si possible.
- **Ne pas associer deux antalgiques de niveau II.**
- **Réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et ses effets secondaires** pour faire évoluer la prescription et la « personnaliser » au maximum.
- **En cas d'échec, faire appel aux experts** (référents douleurs, unité douleur ou réseaux).

La prise en compte de la douleur est l'affaire de tous, elle doit se réfléchir en équipe à l'occasion des staffs et avec le patient.

Le patient doit pouvoir avoir l'ensemble des informations pour gérer sa douleur (démarche d'éducation thérapeutique).

XII.

Bibliographie

et références

Textes de références et recommandations

HAS:

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, Recommandations pour la pratique clinique – Février 1999

HAS:

Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale – Octobre 2000

OMS:

Règles de prescription des antalgiques selon l'OMS

IASP:

(International Association for Study of Pain) Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms / 2nd edition, Seattle (USA), 1994

Textes réglementaires

Légifrance

• **Plan national de lutte contre la douleur 2008-2012.**

• **HAS, avril 2009. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010, 3 mars 2006, Ministère de la Santé et de la Solidarité.**

• **Plan cancer 2009-2013, mesure 19.**

• **Instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011** relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

• **Douleur chronique:** les aspects organisationnels : Le point de vue des structures spécialisées, avril 2009, HAS.

• **Circulaire DHOS/DGS n°451 du 11 juillet 2004** relative aux droits des personnes hospitalisées.

• **Article L.1110-5** du code de la santé publique, **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ».

• **Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002** relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

• **Code de déontologie médicale - Article 37:**

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ».

• **Décret n°2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, **Texte abrogé décret n°2004- 802 du 29 juillet 2004** et indexé au Code de la santé publique (CSP- Livre 3, Titre 1, Chapitre 1, Section 1.- art R 4311-1à15).

Article 2 : « les soins infirmiers [...] ont pour objet, dans le respect de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle...

(5°) de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes... ».

• **Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999** relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

• **Circulaire DGS/DH n°98/586 du 24 septembre 1998** relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

• **Article L 1110-5** du Code de la santé publique (alinéa 3), complété par l'article L 1112-4 du Code introduit par la Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses propositions sociales, avec insertion au code de santé publique, qui précise (article 31) que « les établissements de santé mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement ».

• **Circulaire DGS/DH n°94/3 du 7 janvier 1994** relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

• **Décret n°93-221 du 16 février 1993** relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

• **Références ANAES** (manuel d'accréditation) le patient et sa prise en charge OPC.1.a-OPC.4.b-OPC.4.e-OPC.5.b – nouvelle dénomination Haute Autorité de Santé.

• **Douleur chronique:** les aspects organisationnels le point de vue des structures spécialisées.

Sites de références• **La lutte contre la douleur à l'APHP :**

<http://interclud.aphp.fr>

• **Centre national de ressources et de lutte contre la douleur :**

www.cnrdr.fr

• **Association pour le traitement de la douleur de l'enfant :**

www.pediadol.org

• **Institut UPSA de la douleur :**

www.institut-upsa-douleur.org

• **Site de l'HAS :**

www.has.fr

• **Société française d'accompagnement et de Soins palliatifs :**

www.sfap.org

• **Société Française d'anesthésie et réanimation :**

www.sfar.org

• **Société française d'étude et traitement de la douleur :**

www.sfetd.fr

• **Programme MOBQUAL :**

www.mobiqua.org

Remerciements – Groupe de relecture et validation

Ont participé à l'élaboration de ce guide :

Première version 2008 piloté par le Docteur Jacqueline Darse

AUDO Grégoire	Cadre expert	Direction des soins
BUVAL Annick	CI	US Jean Verdier
D'ALMEIDA MERO Alcina	IDE	US Saint-Louis
DARSE Jacqueline	Médecin	Secteur Nord
LAUDINET Hélène	SF cadre	Secteur Obstétrique
MERAUX Jean-Luc	IDE	US Avicenne
SABLONNIERES Sylvie	Kinésithérapeute	Secteur Rééducation
SOKOLSKI Denis	Médecin	US Henri Mondor / E. Roux
TAQUIN Patrick	IDE	US Fernand Widal
VINCENT Hélène	Médecin	Secteur Sud

Deuxième version 2016-2017 piloté par le Docteur Edith Gatbois

D'ALMEIDA LERO ALCINA	IDE, référente du CLUD, unité Saint-Louis
ANDRIEU MARTINE	Cadre supérieur de santé, référente du CLUD, DSQRU
BACLE MARIE-LISE	Coordonnatrice générale des soins, référente du CLUD
BIRABENT MARIE	Kinésithérapeute, service rééducation
BOUSQUET STÉPHANE	Aide-soignant, référent du CLUD, unité de soins Antoine Bécclère
BRAHAMI GILLES	IDE, référent douleur, unité Ambroise Paré
BRAUD DELPHINE	Puéricultrice, référente formation MEOPA, unité Sud Est
CARBONNEAUX SYLVIE	Cadre sage femme
CAUDRON EMMANUELLE	Cadre de santé, référente du CLUD, unité de soins Fernand Widal
CLEMENT EMMANUELLE	Ergothérapeute, service rééducation
DARSE JACQUELINE	Médecin, présidente du CLUD de 2005 à 2016
DELAMARE CHRISTELLE	Cadre de santé, référente du CLUD, unité de soins Louis Mourier
DEMOLIERE FLORENCE	Gestionnaire des risques, référente du CLUD, DSQRU
DE STAMPA MATTHIEU	Médecin gériatre, président du CCM
DUPUIS PHILIPPE	Cadre expert, vice-président du CLUD
FILIATRE GWENAELLE	Puéricultrice, référente douleur, unité Nord Ouest
FOURNIER LISADIE	Médecin, référente du CLUD, présidente du comité éthique et soins palliatifs
GATBOIS EDITH	Pédiatre, chef du pôle Mère Enfant, présidente du CLUD depuis 2016
GRAVÉ VALÉRIE	IDE, référente douleur, unité de soins Louis Mourier
LANOE JEAN-FRANÇOIS	IDE, référent du CLUD, unité de soins Antoine Bécclère
LAVOISIER SANDRINE	IDE, référente douleur de l'équipe de nuit
LEBRETON GUILLAUME	Représentant des usagers, référent du CLUD
LÉVÊQUE MÉLANIE	Puéricultrice, référente du CLUD et référente qualité du Pôle Mère Enfant
LIGER CHRISTELLE	Kinésithérapeute, service rééducation
LOMBI ZOHRA	Pharmacienne, référente du CLUD
MAMOU SYLVIE	IDE, référente du CLUD, unité de soins Paul Brousse
MARTIN LAETITIA ALICE	Puéricultrice, référente douleur, unité Sud Est
MOUTOUSSAMY FABIEN	IDE, référent douleur, unité de soins Paul Brousse
PANSU OLIVIA	IDE, référente douleur, unité de soins Albert Chenevier
PASCUAL FLORA	IDE, référente douleur, unité de soins Broussais
PEROCHON EVA	Ergothérapeute, service rééducation
SABLONNIERES SYLVIE	Cadre de rééducation, référente du CLUD
WEINMANN ELISE	Psychologue, référente du CLUD
ZELLNER VÉRONIQUE	Puéricultrice, référente du CLUD, coordination pédiatrique

Relecture par **les référents douleurs**.

Merci à **Karine Huet**, secrétaire, pour l'ensemble de son investissement sur ce projet.

Validation institutionnelle :

Annexes

1. Les traitements antalgiques référencés dans le livret thérapeutique de l'HAD :

	Palier				
	I	I + II	Intermédiaire	II	III
PO	Paracétamol® Doliprane® Doltab® Dafalgan® AINS Profenid® Biprofenid® Ibuprofène® Celebrex®	Dafalgan® Codeiné® Ilxpri®	Nefopam : Acupan® Nalbuphine : Nubain®	Zamudol® Orozamudol®	Morphine LI Actiskénan® Oramorph® Morphine LP Skenan® Oxycodone LI Oxynormoro® Oxycodone LP Oxycodone LP Hydromorphone LP Sophidone® Fentanyl LI Abstral® Méthadone : méthadone®
IV ou SC	Paracétamol® Profenid®		Nefopam : Acupan® Nalbuphine : Nubain®		Sulfate de morphine Oxycodone Sufentanyl Fentanyl
Transdermique					Fentanyl : Durogésic®
Nasale					Fentanyl : Instanyl®

2. Délai d'action des antalgiques :

Paracétamol	IV	30 minutes
	PO	45-60 minutes
Nefopam	IV	30-60 minutes
	PO	30-45 minutes
Paracétamol + Codéine	PO	45-60 minutes
Tramadol	IV	30 minutes
	PO	45-60 minutes
Paracétamol + Tramadol	PO	45-60 minutes
Nalbuphine	IV	2-3 minutes
	IM	15 minutes
	IR	15 minutes
Morphine	IV	5-10 minutes
	SC	15-30 minutes
	Actiskenan	30 minutes
	Oramorph	30 minutes
	Skenan	2 heures
Fentanyl	Effentora	10-15 minutes
	Instanyl	5 à 10 minutes
	Durogesic	12-24 heures
Oxycodone	Oxynormor	30 minutes
	Oxynorm IV	5-10 minutes
	Oxynorm SC	15-30 minutes
	Oxycodone LP	1 heure



Ne pas écraser les comprimés à libération prolongée pour préserver la libération progressive ; dans le cas contraire le patient recevra 3 fois la dose.

