

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE (Y COMPRIS LES OPIOÏDES)

DOSSIER DOCUMENTAIRE- novembre 2017

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS, conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Rédacteur : Docteur Jean Pierre Mairesse coordinateur GQN à partir du dossier documentaire Centre Val de Loire

Relecture : Docteur Claire Delorme médecin coordinateur Réseau Régional Douleur de Basse Normandie

Docteur Claude Magnani coordinateur GQN

DEFINITION :

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*).

Elle n'est donc que ce que la personne qui en est atteinte, dit qu'elle est.

- ✚ **La douleur aiguë** se caractérise par un début soudain et une durée limitée.
- ✚ **La douleur est dite chronique** lorsqu'elle dure plus de 3 à 6 mois, de façon continue ou intermittente. Elle est souvent multi factorielle, avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels et des conséquences physiques, morales et sociales.
- ✚ **Le syndrome douloureux chronique ou douleur maladie** est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

Quels patients traiter ?

Tout malade qui dit souffrir doit être entendu, cru et soigné. La législation rend obligatoire la prise en charge de la douleur :

- ✚ code de Santé publique, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ;
- ✚ code de Déontologie médicale, décret 95-1000 du 6 septembre 1995, articles 37 et 38.

Douze millions de français souffrent de douleur chronique.

LES PRINCIPAUX MESSAGES :

Les composantes de la douleur :

- ✚ Sensitivo-discriminative : correspondant au décodage des douleurs en terme de qualité de durée, d'intensité de localisation.
- ✚ Affectivo-émotionnelle : perception désagréable de l'expérience douloureuse, pouvant être modulée par des états émotionnels (anxiété, dépression...)
- ✚ Cognitive : impliquant des processus mentaux donnant du sens à la perception et aux comportements du sujet (attention et diversion de l'attention, interprétation, valeurs attribuées, mémorisation, anticipation, références aux douleurs antérieures, décision du comportement à adopter...)
- ✚ Comportementale : ensemble des manifestations verbales et non verbales observables en réaction à la douleur. Les réactions de l'entourage interfèrent avec le comportement du patient douloureux et contribuent à son entretien.

Évaluer et caractériser la douleur :

- ✚ Rechercher les antécédents médicaux/chirurgicaux personnels et familiaux du patient ;
- ✚ Pratiquer un bilan à la recherche des causes de la douleur L'interrogatoire et l'examen clinique précisent les circonstances de survenue ou d'exacerbation de la douleur, son horaire, sa (ses) localisation(s), son type (brûlure, pesanteur, striction), son rythme (continu, pulsatile), son intensité (échelle visuelle analogique), les signes associés.
- ✚ Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour déterminer l'origine de la douleur. Le bilan étiologique ne doit en aucun cas retarder la mise en route du traitement antalgique.
- ✚ Faire une auto-évaluation de son intensité, ou à défaut de participation possible du patient, une hétéro évaluation adaptée, avec un suivi régulier de l'évolution ;
- ✚ Rechercher le retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique ;
- ✚ Analyser les résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non ;
- ✚ Rechercher des troubles anxieux, dépressifs ou des manifestations psychopathologiques induites ou associées, mais aussi des interprétations et croyances du patient éloignées de celles du médecin.

Le projet Thérapeutique

- ✚ Diminuer les incapacités et si possible la douleur,
- ✚ Favoriser la reprise de travail, l'autonomie, la qualité de vie.
- ✚ Un traitement est efficace si
 - Le patient garde son activité
 - N'est pas réveillé la nuit
 - Le nombre d'accès douloureux est inférieur à 4 par jours
 - Il n'y a pas d'effet secondaire.

Choix du traitement antalgique :

Il dépend du type de douleur, de sa localisation et de son intensité évaluée par le patient sur une échelle verbale simple à cinq niveaux : absence de douleur (0), douleur légère (1), douleur modérée (2), douleur intense (3), douleur sévère (4).

- ✚ Les antalgiques de palier I sont indiqués en première intention pour les douleurs d'intensité légère à modérée. Ils comprennent le paracétamol, le néfopam (Acupan®) et les AINS
- ✚ Les antalgiques de palier II, ou opioïdes faibles, sont indiqués dans le traitement des douleurs modérées à sévères et ne répondant pas, ou insuffisamment, aux antalgiques de palier I aux doses maximales tolérées. Ils regroupent la codéine, la dihydrocodéine, le tramadol et la poudre d'opium.
- ✚ Les antalgiques de palier III, ou opioïdes forts, sont indiqués en cas d'antalgie insuffisante aux doses maximales autorisées d'antalgiques de palier II. Ils incluent la morphine, l'hydromorphone, l'oxycodone, le fentanyl, la méthadone, la buprémorphine, la nalbuphine et le tapentadol.
- ✚ Les antalgiques adjuvants incluent :

- les antidépresseurs tricycliques,
- les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine et de la noradrénaline,
- les antiépileptiques,
- les anesthésiques locaux,
- la Capsaïcine (QUTENZA® 179 mg patch cutané)
- les antagonistes des récepteurs NMDA (kétamine),
- la toxine botulinique,
- les myorelaxants non benzodiazépiniques,
- les antispasmodiques,
- le baclofène,
- les corticoïdes en administration locale, locorégionale ou épidurale,
- le ziconotide (PRIALT® 100 µg/ml sol p perf) par voie intrathécale
- les gaz analgésiques
- Peuvent être ajouté les traitements spécifiques de la migraine ou de l'algie vasculaire de la face : triptans ou dihydroergotamine en spray pour le traitement de la crise ; bêta bloquants, antiépileptiques et inhibiteurs calciques pour le traitement de fond°.

EPIDEMIOLOGIE DE LA DOULEUR EN FRANCE

- ✚ **Les douleurs viscérales**, secondaires à une mise en tension des parois des organes creux (coliques néphrétiques, syndromes occlusifs, syndrome de l'intestin irritable, syndrome douloureux pelvien, prostatite chronique), répondent souvent aux antalgiques de palier I par voie parentérale et aux antispasmodiques. L'utilisation des antalgiques opioïdes doit prendre en compte le fait qu'ils augmentent la distension des fibres longitudinales, freinent le péristaltisme et majorent le tonus sphinctérien.
- ✚ **Douleurs par excès de nociception :**
La douleur nociceptive ou par excès de nociception ou encore inflammatoire est une douleur due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs. Ce type de douleur peut survenir dans un contexte de cancer mais également dans des contextes plus « bénins » comme la maladie arthrosique.
Les antalgiques de paliers I et II sont utilisés en 1^{re} intention. Les AINS sont utilisés à des doses antalgiques et anti-inflammatoires. Les antalgiques de palier III entraînent un risque de dépendance au long cours, et nécessitent la mise en place d'un contrat de traitement.
- ✚ **Douleurs neuropathiques (ou neurogènes) :**
Elles sont secondaires à une lésion du système nerveux central ou périphérique. On peut les retrouver en post opératoire et dans le zona, le diabète et les cancers. Le diagnostic repose sur des caractéristiques cliniques : topographie neurologique, troubles de la sensibilité associés, fond douloureux permanent avec des crises paroxystiques, aggravation de la douleur par des facteurs psychoaffectifs.
La prise en charge doit être globale et peut nécessiter une approche pluridisciplinaire pour les cas rebelles.
Les antidépresseurs tricycliques ont fait la preuve d'une efficacité antalgique indépendante de leurs effets psycho régulateurs. L'importance de leurs effets indésirables limite fréquemment leur emploi. La duloxétine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, est indiquée dans la douleur de la neuropathie diabétique. La gabapentine et la prégabaline, antiépileptiques, sont indiquées dans divers types de douleurs neuropathiques.
- ✚ **Douleurs psychogènes :**
Leur réalité est controversée. Un abaissement du seuil nociceptif lié à des troubles thymiques a été incriminé par certains. Pour d'autres, ces douleurs *sine materia* seraient en rapport avec la résurgence somatoforme d'anciens traumatismes physiques ou psychologiques.
L'avis d'un psychiatre peut être utile, de même que le recours à un traitement non médicamenteux (TNM) : corporels, psychocorporels, psychologiques et socio-éducatifs. Les TNM doivent être évalués, enseignés et utilisés avec rigueur.

Les litiges médico légaux ou médicosociaux, l'évaluation de la situation psychosociale sont importants à explorer.

✚ **Douleurs de l'enfant :**

Surtout céphalées et douleurs musculosquelettiques

L'ANSM à recommander en avril 2013 de :

- N'utiliser la codéine chez l'enfant de plus de 12 ans qu'après échec du paracétamol et/ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ;
- Ne plus utiliser ce produit chez les enfants de moins de 12 ans ;
- Ne plus utiliser ce produit après amygdalectomie ou adénoïdectomie ;
- Ne plus utiliser ce produit chez la femme qui allaite.

La HAS propose sur une fiche mémo une alternative à la prescription de la codéine :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/prise_en_charge_medicamenteuse_de_la_douleur_chez_l'enfant_alternatives_a_la_codeine_-_fiche_memo.pdf

✚ **Douleurs gériatriques :**

La prévalence de la douleur chronique en gériatrie est de 25 à 50% des personnes âgées au domicile et de 50 à 93% des personnes âgées en institution.

La composante douloureuse est :

- Nociceptive : cancéreuse et musculo squelettiques
- Neuropathique : diabète, zona, AVC
- Psychogène
- Liée aux soins (soin d'escarre, ankylose articulaire, rétraction tendineuse...)

Traitements – Respect des paliers de l'OMS

- Horaire fixe.
- Privilégier la voie per os.
- Monter les paliers.
- Prescription personnalisée.
- Ne négliger aucun détail.

Traiter par Non opioïdes puis en cas d'échec passer aux opioïdes faibles puis opioïdes forts
Attention aux effets secondaires +++

http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/saffon/Cours_Saffon_douleurgeriatrie.pdf

✚ **Migraines :**

La prévalence française de la migraine est estimée à 20% et celle de la céphalée chronique quotidienne à 3 %.

ÉVALUATION DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR :

Elle peut être mesurée par des échelles validées (échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple) et traitements suivant l'échelle de l'OMS.

✚ **Intensité faible :**

Le paracétamol est le médicament de référence en raison de son rapport bénéfice/risque favorable. Les AINS à doses antalgique ou anti-inflammatoire peuvent être prescrits.

✚ **Intensité moyenne :**

Elle doit être traitée avec des opioïdes faibles (palier II) : codéine, dihydrocodéine, tramadol, etc. En cas d'antalgie insuffisante, le passage au palier des opioïdes forts (palier III) doit être effectué sans retard.

✚ **Intensité modérée à forte :**

- Elle doit être traitée par des opioïdes forts (palier III) : morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, buprémorphine.
- La morphine orale représente le traitement de référence des douleurs cancéreuses. Le traitement ne doit jamais être arrêté brutalement (risque de syndrome de sevrage). Les

risques de dépendance et d'accoutumance ne doivent pas être un facteur limitant sa prescription.

- Le passage à un autre opioïde fort nécessite de se référer au tableau des coefficients d'équi analgésie. http://www.sfap.org/system/files/table_pratique_dequiantalgie_octobre_2016.pdf
- L'association d'un opioïde pur à un opioïde agoniste partiel et à un agoniste antagoniste est contre-indiquée.
- La prescription des opioïdes forts doit être rédigée en toutes lettres sur une ordonnance sécurisée mentionnant la posologie par prise, le nombre de prises quotidiennes et la durée du traitement. Celle-ci est fixée légalement pour une période maximale de 28 jours pour les formes orales et de sept jours pour les formes injectables, sauf en cas d'utilisation d'un système actif de perfusion (28 jours).

MESUSAGE DES ANTALGIQUES DONT OPIOÏDES :

- ✚ **Le mésusage** d'un médicament correspond à son usage en dehors de son AMM ou dans un non-respect des recommandations des sociétés savantes et des autorités sanitaires. Il concerne principalement les antalgiques opioïdes, mais aussi les gabapentinoïdes (plus fréquent en cas de dépendance aux opioïdes) ou les AINS pendant la grossesse. On évalue à au moins 9 000 femmes enceintes par an, hors automédication, qui se voit prescrire des AINS (y compris de l'ibuprofène) du 6^{ème} au 9^{ème} mois de grossesse).
- ✚ **Propositions :** (*SFETD Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016*)
 - **Sécuriser au mieux l'utilisation des médicaments antalgiques sans en restreindre l'accès aux patients douloureux.**
 - **Optimiser leur pharmacovigilance.**
- ✚ **Facteurs de risque de mésusage :**
 - Jeune âge
 - Sexe masculin
 - Problèmes légaux et comportementaux chez les hommes
 - Antécédent de mésusage de substance
 - Antécédent d'addiction à l'alcool
 - Tabagisme actif
 - Consommation de produits illicites
 - Prescription d'opioïdes faibles >1DDD*/j avant les opioïdes forts.

*DDD = Defined daily dose correspondant à la posologie quotidienne indiquée définie par l'OMS. Exemple pour le Tramadol = 300mg/j

ANTALGIE INSUFFISANTE

Réévaluer les mécanismes physiopathologiques, à la recherche notamment d'une douleur neuropathique. Ces douleurs répondent habituellement mal aux opiacés et nécessitent un traitement spécifique (psychotropes, antidépresseurs ou anti comitiaux), plus rarement aux techniques chirurgicales.

LES APPROCHES COMPLEMENTAIRES :

(Christine Berlemont, Dr Elysa Collin, Séverine Conradi, Aline Le Chevalier page 183 du livre blanc de la douleur)

Les approches non pharmacologiques prennent leur place à la suite d'une évaluation rigoureuse biopsychosociale de la personne douloureuse chronique, effectuée par une équipe pluri professionnelle et leur mise en pratique se réalise par un professionnel de santé (médecin, infirmier, psychologue) spécifiquement formée à une pratique complémentaire. Elles s'intègrent ainsi à l'ensemble des propositions thérapeutiques.

- L'approche psychocorporelle (hypnose, méditation)
- Les thérapies physiques manuelles (ostéopathie, chiropractie)

- Les thérapies énergétiques (toucher thérapeutique, Qi Gong, yoga, tai chi)
- Les médecines traditionnelles
- L'acupuncture et l'auriculothérapie
- L'éducation thérapeutique des patients (ETP)

Quatre cents pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique sont présentes sur le site de la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MIVILUDE)

DOULEUR EN CANCÉROLOGIE & OPIOÏDE:

ÉVALUATION DE LA DOULEUR :

- Noter la description, la localisation, l'intensité/fréquence, les facteurs d'aggravation ou de soulagement, les types de douleurs :
 - liées au cancer : excès de nociception, neuropathiques, mixtes, idiopathiques, etc.
 - liées au traitement oncologique : Postchirurgicales, postradiques, post chimiothérapiques,
 - sans rapport avec le cancer.
- Analyser les traitements reçus, leur efficacité et leurs effets indésirables.
- Juger la tolérance à la douleur, l'anxiété, l'état dépressif, les conséquences sur le sommeil, l'activité, l'appétit, la vie sociale et familiale.

OUTILS D'ÉVALUATION :

- Localisation : dessin sur silhouette.
- Intensité : Échelle Visuelle Analogique (ou Échelle Numérique, Échelle Verbale Simple)
- Intensité, localisation, soulagement et retentissement : questionnaire concis de la douleur
- Anxiété et dépression : HAMILTON, MADRS et échelles d'évaluation de dépression.

AIDE AU PATIENT :

Éduquer le patient sur le caractère multifactoriel de la douleur et sa tolérance :

- Discuter des modalités du traitement, ses objectifs et ses limites
- Discuter des analgésiques disponibles et des préjugés à leur égard (toxicomanie)
- Rappeler l'importance du repos mais aussi des divertissements (ne pas s'ennuyer)
- Éviter l'isolement psychologique et social ; s'appuyer sur la famille, les amis, les associations de malades.
- Suggérer un journal des douleurs (intensité, fréquence, siège)

PRISE EN CHARGE :

- Approche globale du patient (somatique, psychologique, sociale, familiale)
- Évaluer les possibilités de traitement ambulatoire ou la nécessité d'hospitaliser
- Prendre en charge la douleur chronique (traitement de fond) et les accès douloureux (interdoses)

RECOMMANDATION DE L'OMS :

1° DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION :

LES CINQ POINTS DE LA STRATEGIE

1. Per os (si possible);
2. À intervalles réguliers;
3. Selon l'échelle d'intensité douloureuse;
4. De façon adaptée aux besoins individuels ;
5. Avec un constant souci du détail.

2. PRESCRIPTION DES OPIOÏDES FORTS : règle des 28 jours :

- Ordonnance sécurisée ; prescription en toutes lettres ; pas de chevauchement d'ordonnance.
- Morphine LI et LP, hydromorpone, oxycodone, fentanyl (patch et système transmuqueux), buprénorphine le plus simple est d'effectuer une titration avec de la morphine LI toutes les 4 h Per Os (même dose pour les interdoses toutes les heures jusqu'à 4 prises successives)
chaque interdose en LI = 10 à 15 % de la dose/j de LP
- Posologie sans limite supérieure si effets indésirables contrôlés.
morphine : prescription d'emblée d'un laxatif.

SUIVI :

1. ÉVALUATION REGULIERE DU TRAITEMENT, SON EFFICACITE ET SES EFFETS INDÉSIRABLES :

- Évaluation quotidienne lors de l'initiation d'un traitement (peut se faire par téléphone)
- Remplacer la morphine LI par la morphine LP une fois la douleur équilibrée depuis 2 à 3 j
- Effets secondaires : Opiïdes (constipation, nausées, vomissements, hallucinations, dépression respiratoire, fonction rénale), AINS (Ulcération gastro-intestinale).
- Si effets indésirables rebelles : changement d'administration ou d'opioïde (rotation des opioïdes), penser à pratiquer un arrêt progressif.

2. DOULEUR NON-CONTROLÉE après 3 à 4 jours :

- Changer de palier (ne pas substituer un traitement du même palier)
- Pour les douleurs réfractaires : adresser à un centre antidouleur

Rapport d'équi analgésie pour la morphine :

Voie SC :

Rapport 1/2 30 mg SC = 60 mg PO

Voie IV :

Rapport 1/3 20 mg IV = 60 mg PO

OU TROUVER UNE STRUCTURE DOULEUR EN NORMANDIE?

<http://www.douleur-rrdbn.org/les-structures-douleur-chronique-labellisees-en-normandie/les-structures-douleur-chronique-labellisees-en-normandie/ou-trouver-une-structure-douleur-en-normandie,1425,1440.html>

CALVADOS :

✚ Centre hospitalier BAYEUX 13, rue de Nesmond 14400 BAYEUX	02 31 51 54 94
✚ Centre hospitalier LISIEUX 4 Rue Roger Aini 14100 LISIEUX	02 31 61 33 44
✚ CHU, site Clemenceau CAEN Avenue Clemenceau 14000 CAEN	02 31 27 25 22
✚ CLCC François Baclesse CAEN 3 Avenue du Général Harris 14000 CAEN	02 31 45 40 02
✚ Polyclinique du Parc CAEN 20 Avenue Capitaine GEORGES GUYNEMER 14052 CAEN	02 31 82 81 05

MANCHE :

✚ Centre hospitalier AVRANCHES-GRANVILLE 59 RUE DE LA LIBERTE 50300 AVRANCHES	02 33 89 40 85
✚ Centre hospitalier du Cotentin CHERBOURG-VALOGNES 46 Rue DU VAL DE SAIRE 50100 CHERBOURG OCTEVILLE	02 33 20 70 14
✚ Centre hospitalier SAINT LO 715 Rue DUNANT 50000 ST LO	02 33 06 31 55

ORNE :

✚ Centre hospitalier ARGENTAN 47 Rue Aristide Briand 61200 ARGENTAN	02 33 12 35 13
✚ Centre hospitalier FLERS Rue Eugène Garnier 61104 FLERS	02 33 62 66 26
✚ CHIC ALENCON - MAMERS 25 Rue de FRESNAY 61014 ALENCON CEDEX	02 33 32 31 08

EURE :

Centre hospitalier Eure-Seine EVREUX-VERNON Rue Léon Schartzenberg 27015 EVREUX	02 32 33 81 36
---	----------------

SEINE MARITIME :

✚ Centre hospitalier DIEPPE Avenue Pasteur BP 219 76202 DIEPPE	02 32 14 74 98
✚ Centre hospitalier Intercommunal ELBEUF-LOUVIERS-VAL DE REUIL Site les FEUGRAIS Rue du Docteur Villers – Saint Aubin-lès-Elbeuf BP510 76503 ELBEUF	02 32 82 21 37
✚ Centre hospitalier Jacques Monod du Havre MONTVILLIERS 29, rue Pierre-Mendès-France 76290 MONTVILLIERS	02 32 73 48 50
✚ CHU, Hôpital Charles Nicolle ROUEN 1, rue de Germont 76000 ROUEN	02 32 88 81 22
✚ CHU, Hôpital Charles Nicolle ROUEN - Centre douleur pédiatrique 1, rue de Germont 76031 ROUEN	02 32 88 58 98
✚ CLCC Henri Becquerel ROUEN Rue d'Amiens 76038 ROUEN Cédex 1	02 32 08 29 18
✚ Clinique de l'Europe ROUEN 73 Boulevard de l'Europe 76100 ROUEN	02 32 12 36 43

EN CONCLUSION :

LES POINTS ESSENTIELS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE :

- Clarifier les attentes du patient
- Combiner différentes modalités thérapeutiques
- Augmenter progressivement les doses
- Individualiser la posologie
- Évaluer les effets de la thérapie
- Prévenir et traiter les effets indésirables
- Suivre les paliers de l'OMS
- Utiliser à bon escient les opioïdes
- Assurer le suivi (échelle de douleur, comportement, humeur...)
- Savoir réévaluer le traitement périodiquement
- Bien connaître les effets indésirables et leur prévention.
- Gérer l'échec
- Revoir les objectifs

Merci au Docteur Delorme Claire pour ses remarques ; nous avons pris conscience des limites de ce dossier documentaire.

Elle nous informe :

- **Que les échelles numériques dans le cadre des douleurs chroniques ont peu de valeur**
- **Que des nouvelles recommandations et des nouvelles échelles d'évaluation sont prévues en 2018**
- **Qu'il est important de différencier les douleurs cancéreuses et non cancéreuses**

Une mise à jour de ce dossier sera donc nécessaire.

DOCUMENTATION ET BIBLIOGRAPHIE :

- ✚ *Douleurs chroniques, Recommandations – HAS – 2009 »*
- ✚ *La douleur en questions. SFETD– 2010 »*
- ✚ *Les douleurs neuropathiques chroniques. SFETD– 2010 »*
- ✚ *Recommandations pour la pratique clinique : standards, options et recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Mise à jour 2003. <http://www.fnclcc.fr>. »*
- ✚ *« Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour septembre 2002. <http://www.fnclcc.fr>. : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. »*
- ✚ *SFETD 2017 Le livre blanc de la douleur. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen*
- ✚ *Vidal Euréka Santé mise à jour le 31 août 2017 : les médicaments des douleurs modérées à sévères*
- ✚ *SFETD La douleur chronique : une maladie. Manifeste pour améliorer l'offre de soins en France*
- ✚ *Bernard RIVOAL Colloque du 17 octobre 2011 La douleur chronique en médecine ambulatoire, des pistes pour optimiser l'engagement des professionnels de santé. Power Point.*
- ✚ *Questionnaire DN4 un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques. D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ;108(3) :248-*
- ✚ *SFMG : Comment bien prescrire un opioïde fort57.*
- ✚ *SFETD Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016*
- ✚ *Livre blanc de la douleur 2017 État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen :*
http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf
- ✚ *INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2017/301 du 23 octobre 2017 relative à l'actualisation de l'annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et au recueil de leurs données de file active et d'activité 2017*
[.http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/10/cir_42708.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/10/cir_42708.pdf)
- ✚ *Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine :*
<http://www.pediadol.org/HAS-Prise-en-charge-medicamenteuse.html>
- ✚ *Douleur en gériatrie :*
http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/saffon/Cours_Saffon_douleurgeriatrie.pdf