

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN URGENCE EN 2011

Michel Galinski

Centre National de Ressource de lutte contre la Douleur - CNRD

Hôpital Trousseau - Paris

Site : www.cnrdr.fr

EPIDEMIOLOGIE DE LA DOULEUR AIGUE EN URGENCE

Prevalence de la douleur aux urgences

60 à 78%

Douleurs intenses: 54%

Symptôme principal: 85% des cas

Douleurs provoquées par les actes/gestes: 47%

Tcherny-Lessenot S et al. J Pain Symptom Manage 2003;25:539-46
Cordell et al Am J Emerg Med 2002 ;20 :165-169

Principales étiologies aux urgences

Traumatique :	30%
Osteoarticulaire non traumatique:	15%
Digestif ou urogenital:	13%
Pas de diagnostic:	10%

(N=563)

Tcherny-Lessenot S et al. J Pain Symptom Manage 2003;25:539-46

Prévalence en extrahospitalier

42%

Douleurs sévères à intenses: 64%

Principales étiologies

Cardiovasculaire: 34%

Traumatique: 22%

Gynéco-obstétrical: 7%

Autres: 24%

Qualité de prise en charge de la douleur

=

Oligoanalgésie

La majorité des patients est encore douloureuse
en fin de prise en charge

Wilson Am J Emerg Med 1989 ;7 :620-3

Chambers Arch Emerg Med. 1993;10:187-92,

Milojevic Ann Fr Anesth Réanim 2001;20 :745-51,

Rupp Ann Emerg Med. 2004;43(4):494-503,

Johnston Pain Res manag. 2005;10:67-70

Karwowski-Soulié Eur J Emerg Med 2006 ;13 :218-24,

Enquête multicentrique en 2008 sur la prise en charge de la douleur MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers)

Evaluation de la douleur dans 50 CH français
N= 11617

Prévalence de la douleur: 68%
Douleurs sévères (EVA \geq 6): 45%

Traitement antalgique:

Non morphinique: 54%

Morphinique: 9%

ALR : 2%

Non médicamenteux: 11%

Aucun ttt: 30%

Taux de soulagement: 57%

Enquête multicentrique en 2008 sur la prise en charge de la douleur
MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers)

Traçabilité

N= 2414 dossiers

Evaluation initiale: 28%

Taux de réévaluation: 1%

Evaluation à la sortie: 7,5%

Faut-il traiter la douleur aiguë aux urgences?

IMPACT DE LA DOULEUR AIGUE SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE

Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. [Anand KJ](#), [Sippell WG](#), [Aynsley-Green A](#). *Lancet* 1987;1(8524):62-6.

Ligature du canal artériel chez des prématurés: Antalgiques ou non?

TABLE III—CLINICAL COMPLICATIONS DURING THE POSTOPERATIVE PERIOD IN THE FENTANYL AND NON-FENTANYL GROUPS

	Fentanyl (n = 8)	Non-fentanyl (n = 8)
Increased ventilation requirements	1	4
Frequent attacks of spontaneous bradycardia	1	4
Hypotension	0	2
Poor peripheral circulation	0	2
Glycosuria	0	1
Metabolic acidosis	0	2
Intra-ventricular haemorrhage	0	2
Temperature variability	6	0

TABLE II—COMPARISON OF CHANGES IN BLOOD METABOLITE CONCENTRATIONS BETWEEN NEWBORN BABIES IN THE FENTANYL AND NON-FENTANYL ANAESTHESIA GROUPS

Metabolite	Fentanyl		Mann-Whitney U Test	Non-fentanyl	
	N	Mean (SEM)		Mean (SEM)	N
<i>Glucose</i>					
Pre-operative	8	8.9 (1.1)	NS	8.2 (0.9)	8
Δ Glucose (mmol/l)					
End-op	8	2.6 (1.6)	p < 0.025	7.6 (1.6)	8
6 h post-op	8	0.6 (1.4)	p < 0.005	7.3 (2.3)	8
12 h post-op	7	2.1 (1.9)	NS	1.4 (2.9)	8
24 h post-op	8	0.2 (1.9)	NS	2.3 (3.3)	5
<i>Lactate</i>					
Pre-operative	8	0.9 (0.4)	NS	1.6 (0.3)	8
Δ Lactate (mmol/l)					
End-op	8	-0.1 (0.1)	p < 0.02	0.7 (0.3)	8
6 h post-op	7	-0.1 (0.1)	NS	-0.4 (0.1)	8
12 h post-op	7	-0.3 (0.2)	NS	-0.7 (0.2)	8
24 h post-op	8	0.1 (0.1)	p < 0.005	-0.6 (0.1)	5
<i>Pyruvate</i>					
Pre-operative	8	0.12 (0.02)	NS	0.13 (0.01)	8
Δ Pyruvate (nmol/l)					
End-op	8	0.00 (0.01)	p < 0.02	0.05 (0.03)	8
6 h post-op	8	0.00 (0.02)	NS	-0.01 (0.01)	8
12 h post-op	7	-0.02 (0.01)	NS	-0.02 (0.01)	8
24 h post-op	8	0.03 (0.02)	p < 0.01	-0.03 (0.01)	5

Δ = change from preoperative levels.

"[...] la prévention de la réponse [à ce stress] par le fentanyl pourrait être associée à une amélioration de l'évolution postopératoire."

Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials

Anthony Rodgers, Natalie Walker, S Schug, A McKee, H Kehlet, A van Zundert, D Sage, M Futter, G Saville, T Clark, S MacMahon

BMJ VOLUME 321 16 DECEMBER 2000 bmj.com

Impact de la qualité de l'analgésie peropératoire sur la morbidité et la mortalité

Revue systématique

Essais randomisés :

Analgésie périmédullaire versus analgésie systémique

141 essais incluant 9559 patients

Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials

Anthony Rodgers, Natalie Walker, S Schug, A McKee, H Kehlet, A van Zundert, D Sage, M Futter, G Saville, T Clark, S MacMahon

I - Mortalité totale dans les 30 j

N = 247

1/3 dans le groupe analgésie périmédullaire:

OR = 0.7 [0.54 - 0.90]

Etiologies des décès

EP, cardiaques, AVC => 45%

Infectieux => 31%

Autres => 24%

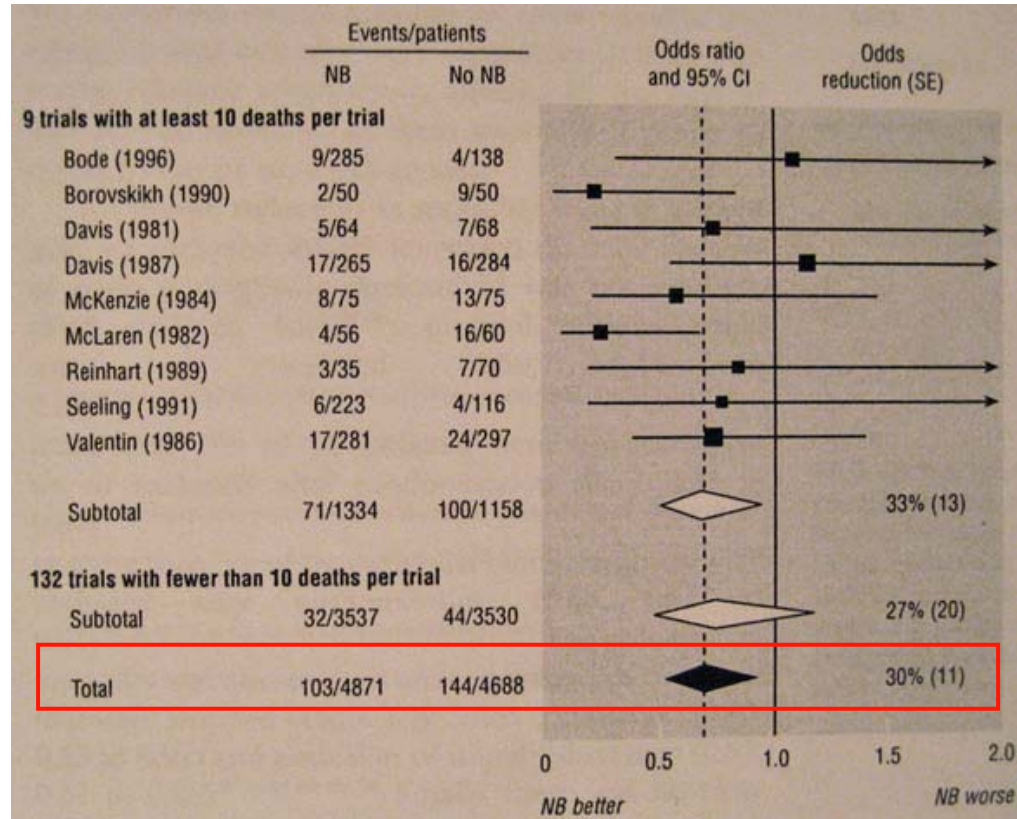


Fig 1 Effect of neuraxial blockade (NB) on postoperative mortality within 30 days of randomisation. Diamonds denote 95% confidence intervals for odds ratios of combined trial results. The vertical dashed line represents the overall pooled result. Size of shaded boxes is proportional to number of events. The overall event rates after adjusting for uneven randomisation⁹³ were 113/5811 (1.9%) versus 158/5667 (2.8%). χ^2 test for heterogeneity between individual trials P=0.5

Epidural analgesia improves outcome after multiple rib fractures.

Eileen M et al Surgery 2004;136:426-30

Traumatisme thoracique avec plus de 3 fractures de côtes
Analgesie péridurale versus analgesie systémique par morphine

Table II. Unadjusted outcome parameters

	<i>Epidural</i> (<i>n</i> = 22)	<i>Opioids</i> (<i>n</i> = 24)	<i>P value</i>
Pneumonia	4 (18%)	9 (38%)	.15
No. of vent days*	8 ± 16	9 ± 26	.41
ARDS	10 (45%)	6 (25%)	.15
Mortality	2 (9%)	1 (4.2%)	.50
LOS (d)*	18 ± 16	16 ± 13	.60
LICU (d)*	10 ± 15	12 ± 26	.78

ARDS, Acute respiratory distress syndrome; *LOS*, length of hospital stay; *LICU*, length of intensive care unit stay.

*Mean ± SD.

Epidural analgesia improves outcome after multiple rib fractures.

Eileen M et al Surgery 2004;136:426-30

Traumatisme thoracique avec plus de 3 fractures de côtes Analgésie péridurale versus analgésie systémique par morphine

Table II. Unadjusted outcome parameters

	<i>Epidural</i> (n = 22)	<i>Opioids</i> (n = 24)	<i>P value</i>
Pneumonia	4 (18%)	9 (38%)	.15
No. of vent days*	8 ± 16	9 ± 26	.41
ARDS	10 (45%)	6 (25%)	.15
Mortality	2 (9%)	1 (4.2%)	.50
LOS (d)*	18 ± 16	16 ± 13	.60
LICU (d)*	10 ± 15	12 ± 26	.78

ARDS, Acute respiratory distress syndrome; LOS, length of hospital stay;
LICU, length of intensive care unit stay.

*Mean ± SD

Table III. Adjusted outcome parameters (On pulmonary lesions)

	<i>OR/IRR</i>	<i>95% CI</i>	<i>P value</i>
Nosocomial pneumonia*	OR, 6.0	1.0-35	.05
Ventilator days†	IRR, 2.0	1.6-2.6	<.001

*Modification de la perception de la douleur
à distance lésion tissulaire*

Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination.

Taddio et al. Lancet 1997;349 : 599-603.

Circoncision avec anesthésie locale (EMLA) vs sans anesthésie (placebo).

ET

Impact sur une douleur provoquée par une vaccination plusieurs mois après

Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination.

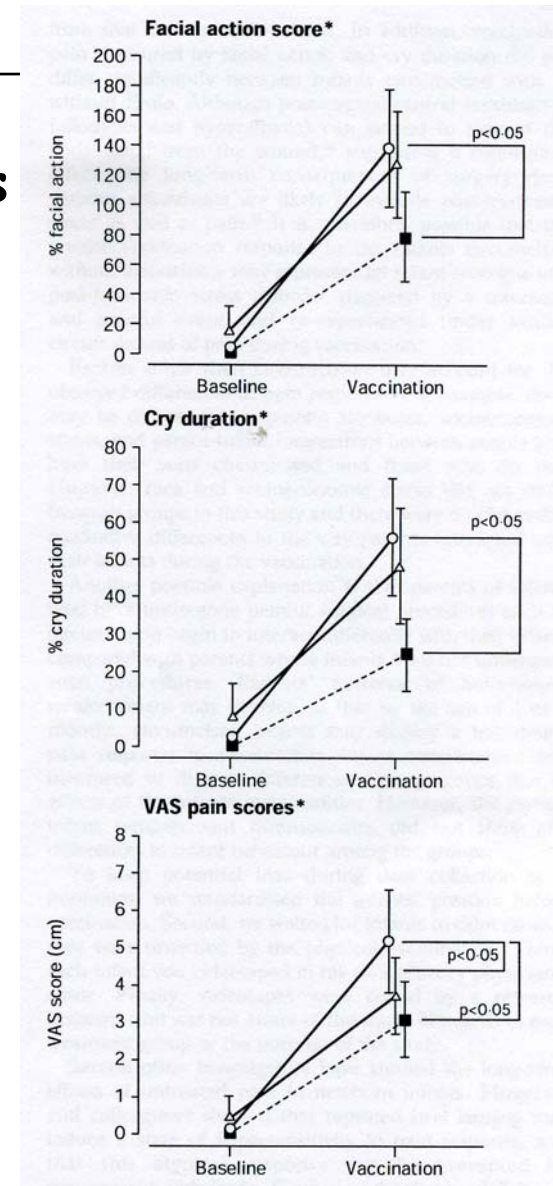
Taddio et al. Lancet 1997;349 : 599-603.

Circoncision avec anesthésie locale (EMLA) vs sans anesthésie (placebo).

ET

Impact sur une douleur provoquée par une vaccination plusieurs mois après

Scores de douleur lors de la vaccination sont plus élevés dans le groupe placebo.



Douleur aiguë et douleur chronique

**Incidence de la douleur chronique postopératoire
dépend de la nature de la chirurgie:**

Chirurgie	Incidence -%
Chirurgie Thoracique	22 to 67
Chirurgie du sein	11 to 57
Cholecystectomie	3 to 56
Amputation	30 to 80
Hernie inguinale	37

« Facteurs prédictifs » de la douleur chronique postopératoire

Après chirurgie thoracique,
Incidence de la douleur chronique : **58 %**

Un facteur prédictif: **Intensité de la douleur dans les 3 jours postopératoires**

Katz et al Clin J Pain 1996;12:50-5

Douleurs chroniques et traumatismes

Après traumatisme

Prévalence de la douleur à 12 mois > **60%**.

Rivara et al Arch Surg 2008;143:282-7

Traumatismes osseux et douleurs modérées ou sévères

Prévalence à 6 mois = **30%**.

Williamson et al. J Orthop Trauma 2009;23:139-44

**STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR AIGUE EN URGENCE**

Les modalités: Quatre paramètres

1 - La douleur :

- 1.1 - Intensité de la douleur :

=> Modérée ou intense à sévère

- 1.2 - La nature de la douleur :

=> Spontanée ou provoquées par un acte.

•Les modalités

2 - La pathologie :

. 2.1- Analgésie « spécifique »:

- Colique néphrétique: AINS de 1ère intention
- Crise migraineuse: paracétamol-AINS ou triptan
- Algie vasculaire de la face: O₂ et/ou triptan SC

.2.2 - Traitement étiologique - effet antalgique

- Reperfusion coronarienne précoce dans l'IDM.

•Les modalités

3- Le patient :

La nature du traitement doit être adaptée au patient.

- Patient âgée (>75ans)
- Grossesse
- Insuffisant rénal
-

•Les modalités

4 - Le contexte :

L'utilisation de morphiniques = Mise en place de modalités de surveillance clinique très strictes

Si ces conditions ne sont pas réunies, titration intraveineuse à risque de survenue d'effets secondaires graves.

Mesure de l'intensité

Evaluation de l'intensité

Echelle fiable, reproductible et validée

Référence: Autoévaluation

Chez l'adulte, 3 échelles disponibles:

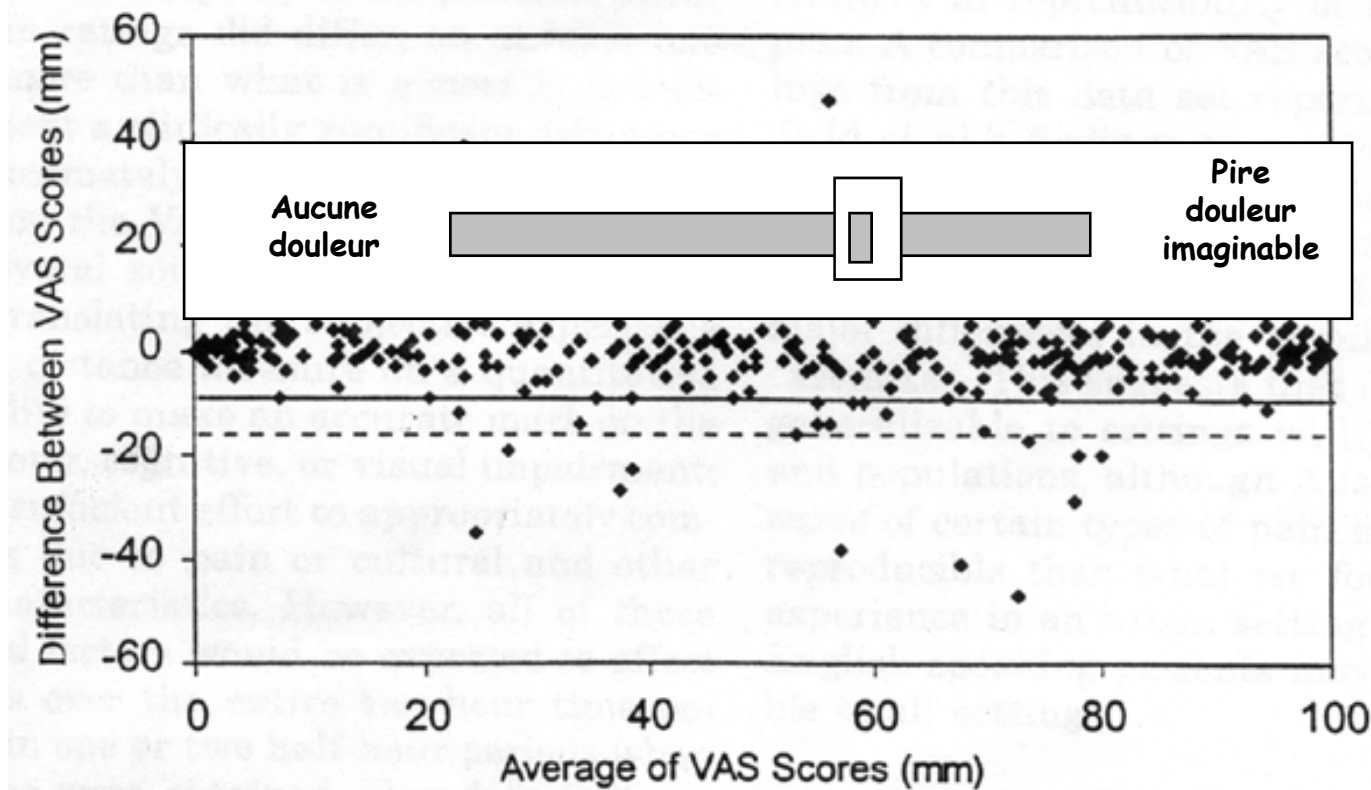
- Echelle visuelle analogique (EVA)
- Echelle numérique (EN)
- Echelle verbale simple (EVS).

Taux de faisabilité en urgence: 83 à 94 %.

Echelle Visuelle Analogique - EVA

Fiabilité: Reproductibilité de la mesure

Variation de EVA entre 2 evaluations à 1 min d'intervalle



**$\Delta EVA: 2 \text{ à } 9$
 mm**

Echelle Visuelle Analogique - EVA

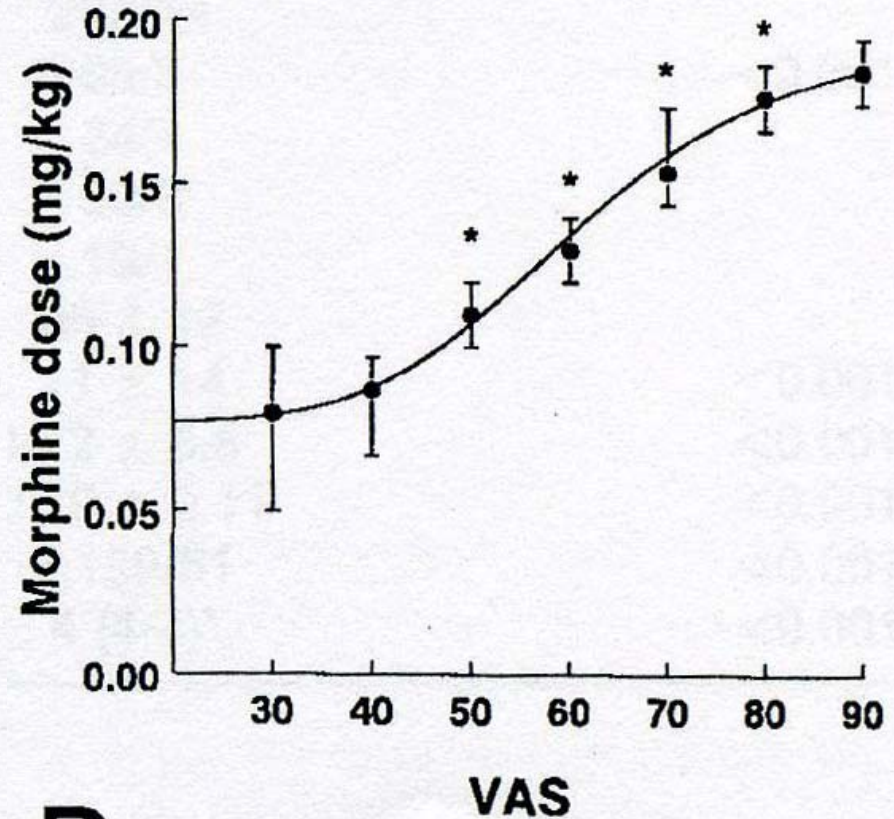
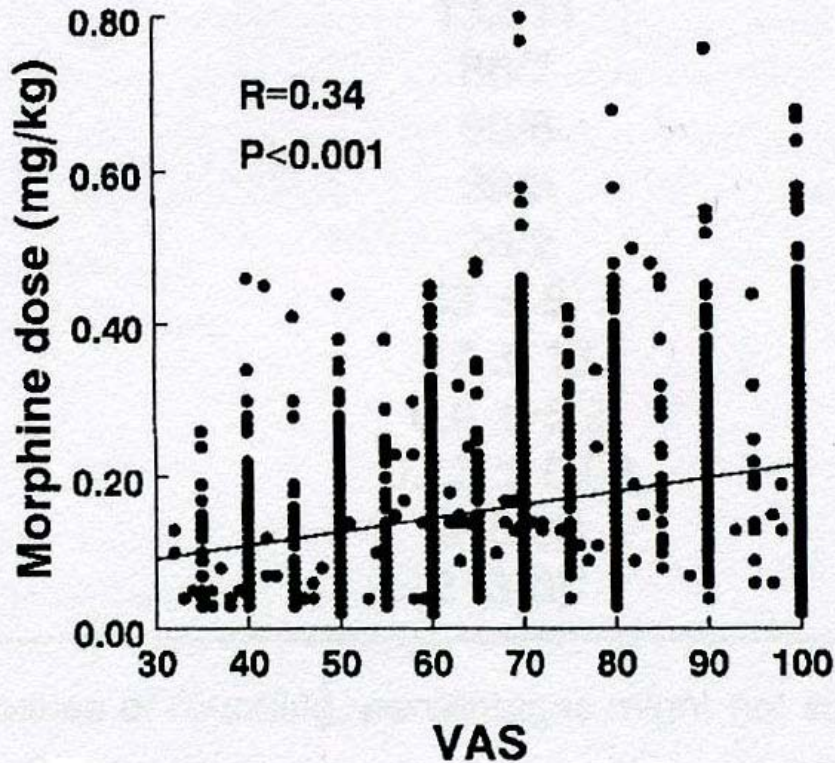
INTERPRETATION CLINIQUE :

Variation de EVA vs évolution de la douleur ressentie
évolution après traitement (*« beaucoup moins » à « beaucoup plus »*):

**Variation EVA moyenne ≥ 13 mm
= Changement cliniquement significatif**

Todd Ann Emerg Med 1996

Corrélation positive entre EVA initiale et consommation totale de morphine en postopératoire



Echelle Numérique (EN)

Demander au patient: Quel est le niveau de douleur entre 0 et 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur la pire imaginable.

Haute concordance avec l'EVA

Bijur et al., Acad Emerg Med 2003

Echelle Verbale Simple (EVS)

-Chaque descripteur est associé à une valeur numérique

0 = Pas de douleur

1 = Faible

2 = Modérée

3 = Intense

4 = sévère

Défaut: Manque de sensibilité

Indication: EN ou EVA non utilisables

CLASSIFICATION DE L'INTENSITE

$EVA/EN \leq 30/100$ ou $EVS \leq 2$ Faible à modérée

$30 < EVA/EN < 60$ ou $EVS = 3$ Intense

$EVA/EN \geq 60$ or $EVS = 4$ Sévère

Objectif Thérapeutique

$EVA/EN \leq 30/100$ or $EVS \leq 2$

Hétéroévaluation

**Hétéroévaluation = Mauvaise
évaluation de la douleur MAIS
Parfois indispensable**

ALGOPLUS: personnes âgées non communicantes

ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

- | | Oui | Non |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 – Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliants, pleurs, yeux fermés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Plaintes: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Traitement si score \geq 2/5

Rat et al. Eur J Pain 2011

Hétéroévaluation de la douleur chez l'enfant

EVENDOL

Evaluation de la douleur de l'enfant de la naissance à 7 ans aux urgences, Si l'autoévaluation n'est pas possible

	<i>Absent</i>	<i>Faible ou passager</i>	<i>Moyen ou la moitié du temps</i>	<i>Fort ou quasi permanent</i>
<u>Expression vocale:</u> <i>Pleure/crie/gémit/dit qu'il a mal</i>	0	1	2	3
<u>Mimique:</u> <i>Front plissé /les sourcils froncés /la bouche crispée</i>	0	1	2	3
<u>Mouvements:</u> <i>s'agite/se raidit/se crispe</i>	0	1	2	3
<u>Positions:</u> <i>Attitude inhabituelle /antalgique/se protège /reste immobile</i>	0	1	2	3
<u>Relation avec l'environnement:</u> <i>Peut être consolé/ s'intéresse aux jeux /communique avec l'entourage</i>	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3

Seuil de traitement : score \geq 4/15

Fournier-Charriere et al Soumis

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
PRINCIPES THERAPEUTIQUES

2 CONCEPTS PHARMACOLOGIQUES

I - ANALGÉSIE MULTIMODALE

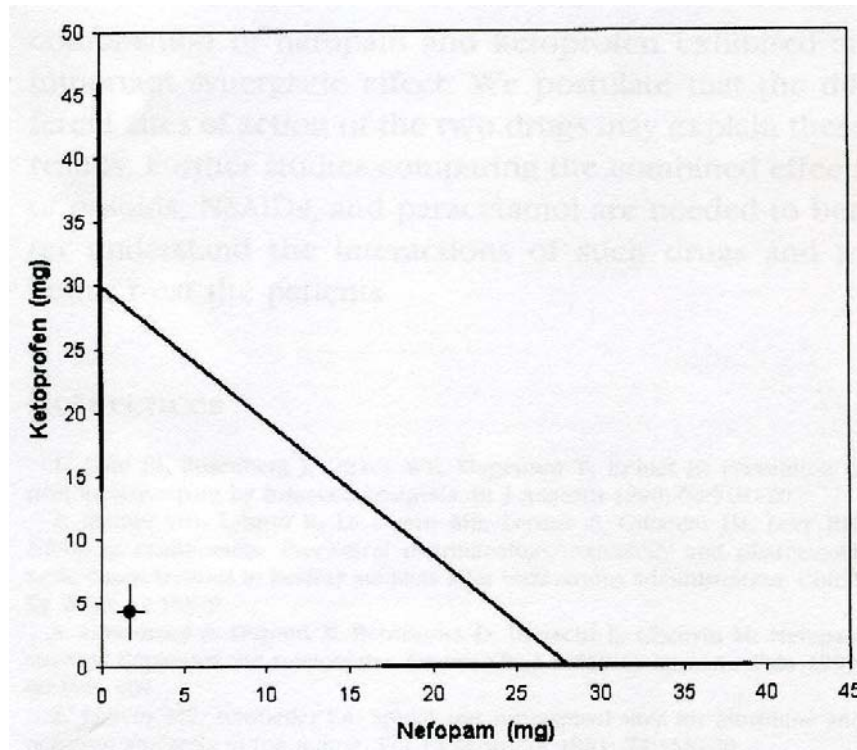
Association d'antalgiques de mode d'action différent dont l'effet est additif ou synergique

II - TITRATION

Variabilité interindividuelle

Posologie adaptée aux besoins du patient

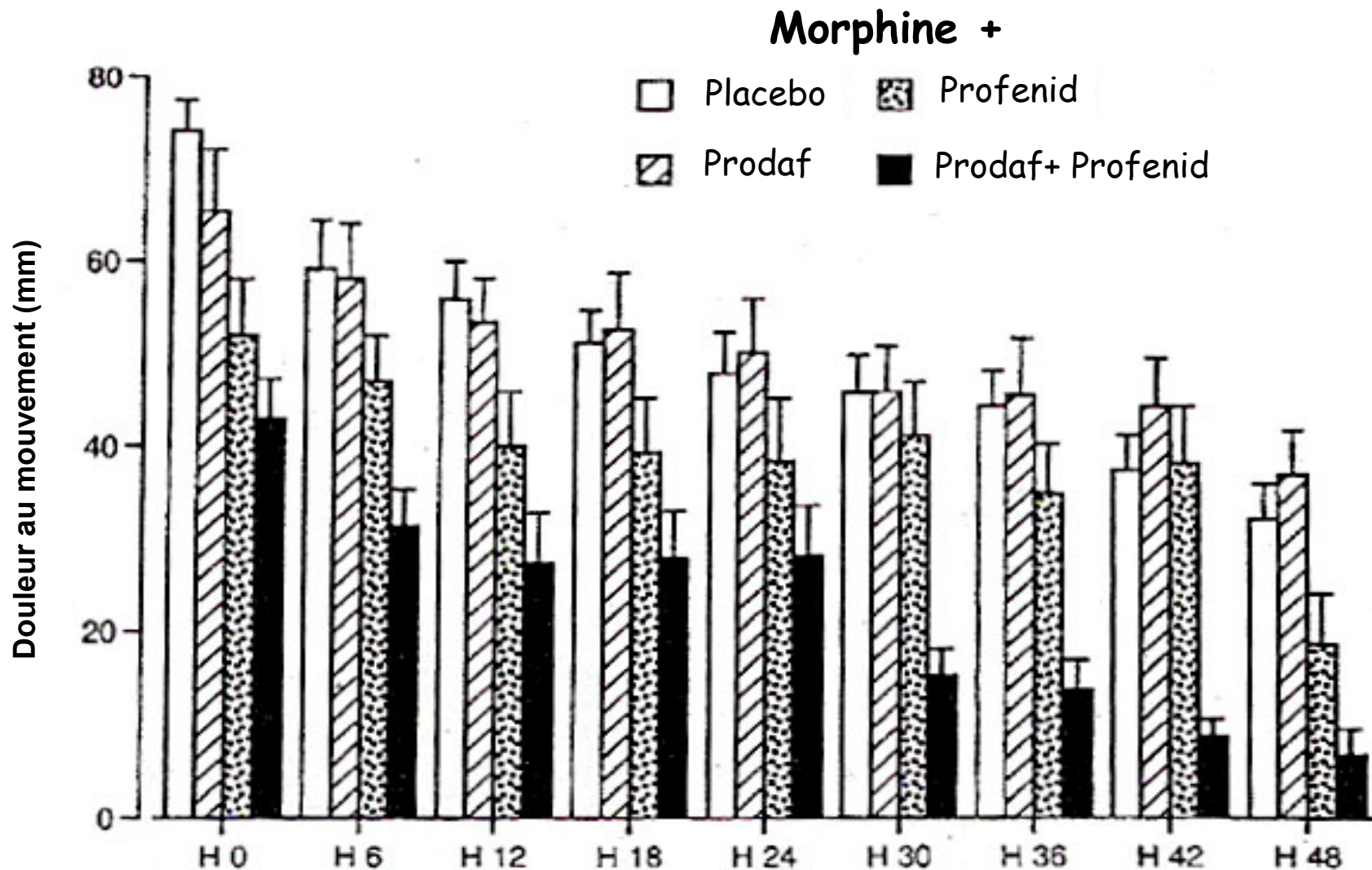
ACTION SYNERGIQUE ENTRE DEUX ANTALGIQUES



ED50 Nefopam:	28 mg
ketopropene:	30 mg
Nefopam + Ketopropene:	1.75 et 4.3 mg

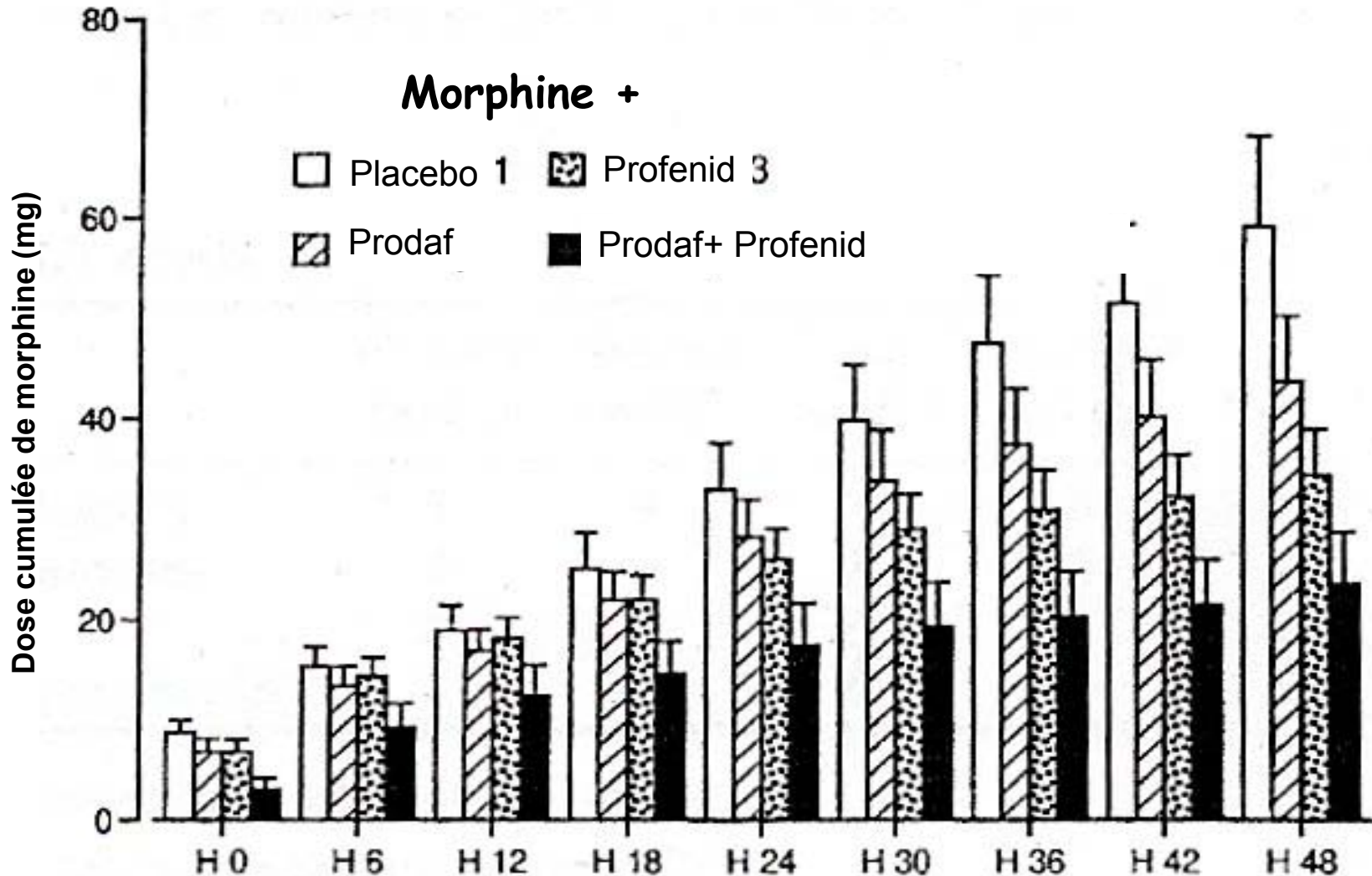
ANALGESIE MULTIMODALE

En pratique clinique: analgésie postopératoire



ANALGESIE MULTIMODALE

En pratique clinique: analgésie postopératoire



TITRATION DE MORPHINE

Morphine: Morphinique de référence

Indication: Douleurs sévères

Recommandations formalisées d'Experts 2010 (SFMU-SFAR)



The Opium Poppy.

From *Flora von Deutschland, Österreich und der Schweiz*
by Dr. Otto Wilhelm Thomé.

Courtesy of Kurt Stüber.

Morphine: Morphinique de référence

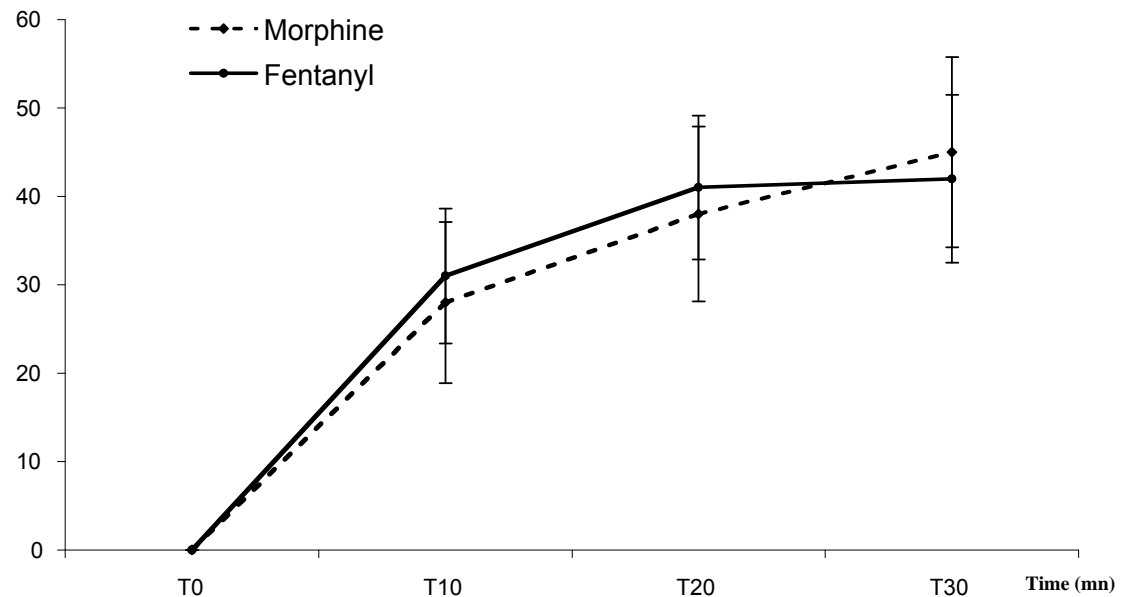
Indication: Douleurs sévères

Recommandations formalisées d'Experts 2010 (SFMU-SFAR)

Morphine versus fentanyl

$$\Delta \text{VAS} = \text{VAS}(T_0) - \text{VAS}(T)$$

p = NS



TITRATION DE MORPHINE AUX URGENCES

Lvovschi V et al. Intravenous morphine titration to treat severe pain in ED. AmJEmMed 2008 ;26 :676-82

Efficacité d'une titration par morphine intraveineuse

EVA \geq 70/100.

Protocole thérapeutique : 3mg (2 si poids <60 kg) / 5 min

Objectif: EVA \leq 30

N = 621 patients

TITRATION DE MORPHINE AUX URGENCES

RESULTATS

- 1- Nombre bolus (Médiane) = 3
- 2- Deux variables associées au non soulagement :
 - Déviation majeure par rapport au protocole (OR : 17)
 - Survenue d'effets indésirables (OR :13).
 - . Taux d'effets indésirables = 11%
 - . Aucun effet sévère.
- 3- Taux de succès (N=514) = 99%.

Lvovschi et al AmJEmMed 2008 ;26 :676-82

MODALITE D'UTILISATION DE LA MORPHINE AUX URGENCES

2 grands principes:

- 1/ Titration**
- 2/ Surveillance programmée**

Surveillance : Sédation (EDS)

Fréquence respiratoire (Score respiratoire)

Douleur



Information et formation du personnel soignant

MODALITE D'UTILISATION DE LA MORPHINE AUX URGENCES

Pas de contre-indication à une analgésie efficace

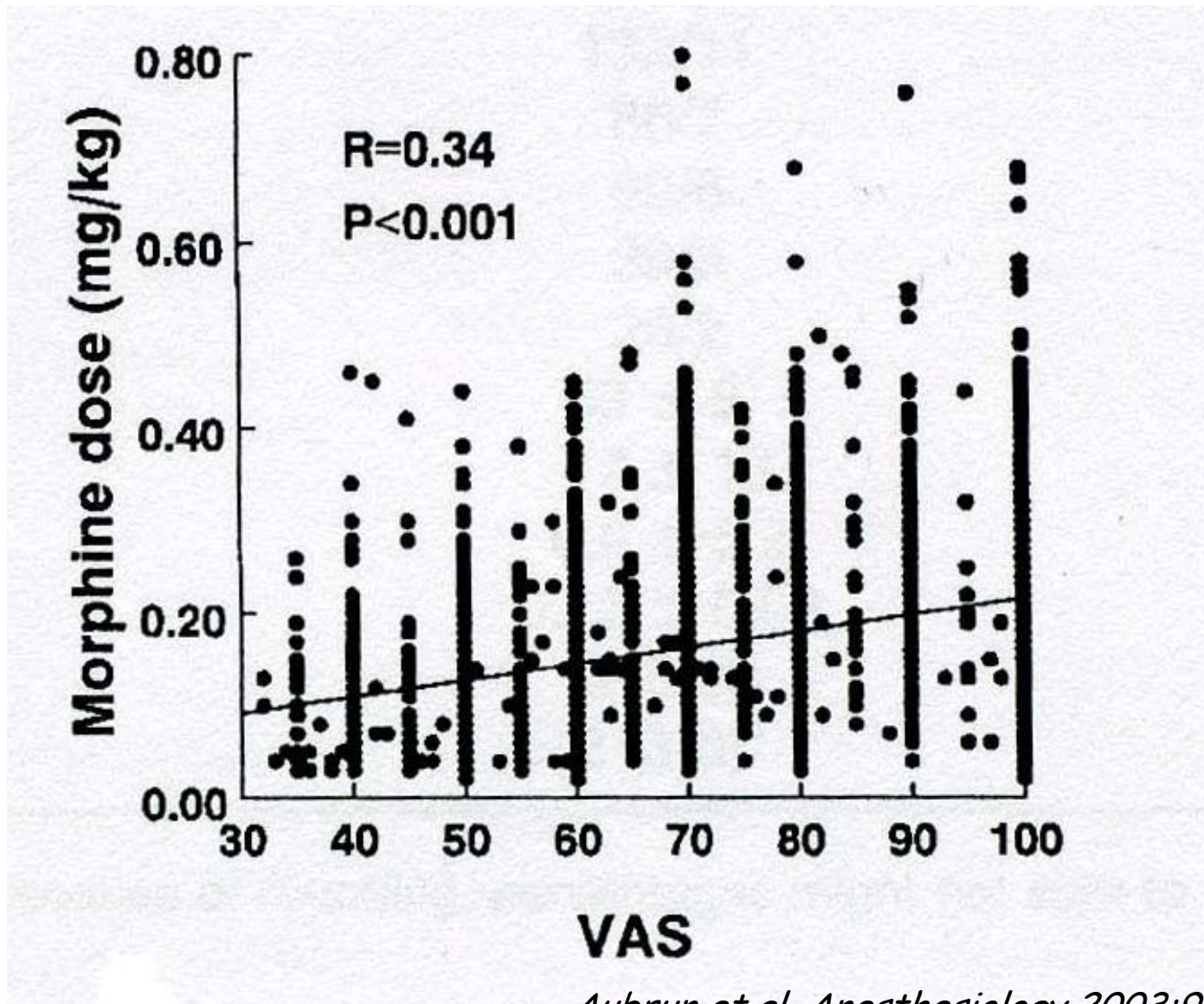
Exemple: Prise en charge des douleurs abdominales :

=> Pas de retard diagnostique ou thérapeutique

Pace S Acad Emerg Med 1996;3:1086-92

Attard BMJ 1992;305:554-6

Titration : Modalité incontournable



Principes du protocole de titration par morphine aux urgences

Pas de posologie définie a priori
Pas de dose maximale.

Induction

- Chlorhydrate de morphine : 3 mg (2 si poids \leq 60 kg)
- Toutes les 5 minutes

Objectif thérapeutique: EVA/EN \leq 30 ou EVS \leq 2

Respect du délai entre les injections et de la posologie

Entretien: Plusieurs modalités :

- Analgésie Contrôlée par le Patient (PCA)
- Voie sous-cutanée
- Voie orale

Principes du protocole de titration par morphine aux urgences

SURVEILLANCE : ELLE EST CLINIQUE

1 - Pendant la titration : Toutes les 5 minutes,
Avant chaque bolus

- Intensité douloureuse
- Fréquence respiratoire
- Niveau de sédation (Echelle de Sédation)
- Effets indésirables

2 - Après la titration : Pendant 2 h après le dernier bolus
Toutes les 15 minutes
Mêmes paramètres.

Principes du protocole de titration par morphine aux urgences

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES

Sédation (score de sédation ≥ 2)/Score respiratoire $\geq R1$

- Arrêt des injections de morphine
- Oxygénation nasale
- NALOXONE : 1 à 2 $\mu\text{g}/\text{kg}$ / 3 min IVD.

o Objectif : FR > 12 c/mn

Nausées intenses à sévères et/ou vomissements:

- Dropéridol (Droleptan[®]): A : 1,25 mg IVD
- Ondansetron (Zophren[®]) : A : 4 à 8 mg ivl

Ne pas associer de sédatif

Principes du protocole de titration par morphine aux urgences

Précautions

- 1/ Variations de sensibilité interindividuelle
- 2/ Personnes âgées (critères de fragilité):
 - Altération de la fonction rénale
 - Troubles de la communication,
 - âge extrême
- 3/ Insuffisance rénale
- 4/ Ne pas associer de sédatif

= > Adaptation

Antagoniste: Naloxone (Narcan®) (toujours disponible)

**Douleur provoquées par les
soins ou les actes aux urgences**

Douleur provoquées par les soins ou les actes

PREVALENCE : 47%

Particularité: Douleurs prévisibles => prévention possible

Stratégie:

I Répertorier ces actes:

-Actes fréquents modérément douloureux:

ponctions diverses (veineuse, artérielle, lombaire),
sondages (gastrique, urinaire).

-Actes moins fréquents très douloureux:

parages et sutures de plaies
réduction de luxation ou de fracture.

Douleur provoquées par les soins ou les actes

II - Modalités antalgiques adaptées à chaque situation

- **Anticiper**: ex: ponction veineuse chez l'enfant et pose de crème EMLA.

- **Adapter**: Certains actes nécessitent des niveaux de sédation important.: CEE,
Réduction/immobilisation de fracture

Douleur provoquées par les soins ou les actes

Urgences pédiatriques: critères permettant d'anticiper une ponction veineuse => Application d'EMLA, par IAO.

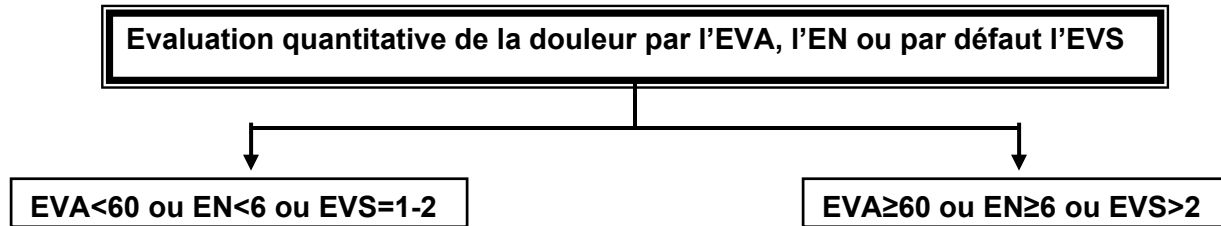
- 1 - Intolérance digestive totale depuis plus de 24 h
- 2 - Fièvre si durée >3j chez enfant <2ans
- 3 - Fièvre si durée >5jours chez enfant > 2ans
- 4 - Fièvre et douleur abdominale
- 5 - Fièvre et brûlure mictionnelle
- 6 - Crise drépanocytaire
- 7 - Boiterie non traumatique
- 8 - Comportement anormale
- 9 - Syndrome hémorragique, sauf urgence vitale
- 10 - Purpura non fébrile
- 11 - Hypothermie
- 12 - Hypotonie
- 13 - Convulsion
- 14 - Crise d'asthme sévère sans risque vital
- 15 - Malaise < 1an
- 16 - Enfant adressé par médecin pour bilan

Douleur provoquées par les soins ou les actes

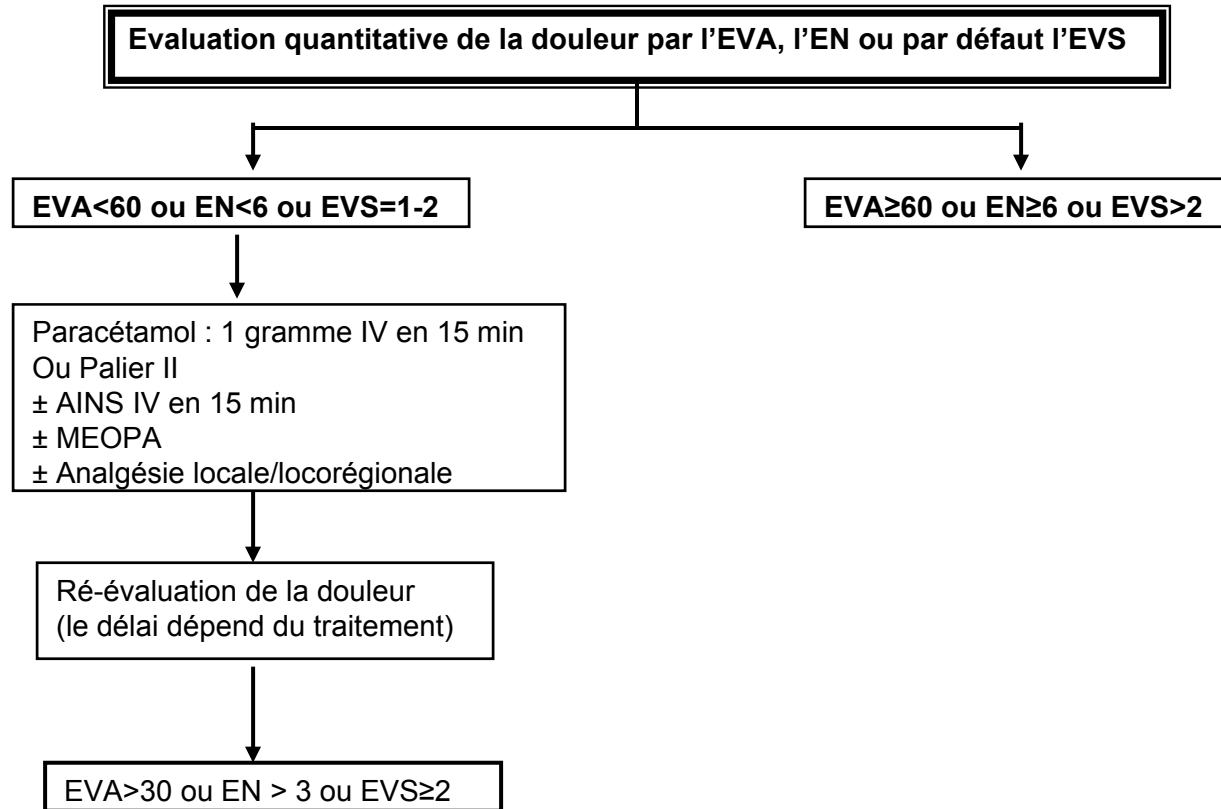
Gestes douloureux envisagés et analgésie préventive possible

Gestes envisagés	Traitements proposés
Ponctions veineuses	EMLA (au moins 90 mn avant), MEOPA, Distraction
Ponction artérielle	En urgence : AL, EMLA (délai disponible?)
Pose d'une voie veineuse centrale	EMLA, MEOPA, AL. Repérage échographique.
Ponction lombaire (PL)	EMLA, MEOPA, Prévention des céphalées post-ponctions : Aiguille fine et atraumatique mandrin en place avant retrait de l'aiguille.
Sonde naso-gastrique	1 - Anesthésie de la muqueuse nasale par lidocaïne 5%; 2 - Anesthésie de l'oropharynx gel de lidocaïne®2% 3- Gel de lidocaïne 2% sur la sonde
Sonde vésicale	Gel 2% spécifique intra-urétral
Mobilisation d'un traumatisé de membre	MEOPA, Morphine titrée anticipée, ALR, Sédation
Parage, exploration de plaie	MEOPA, AL, ALR

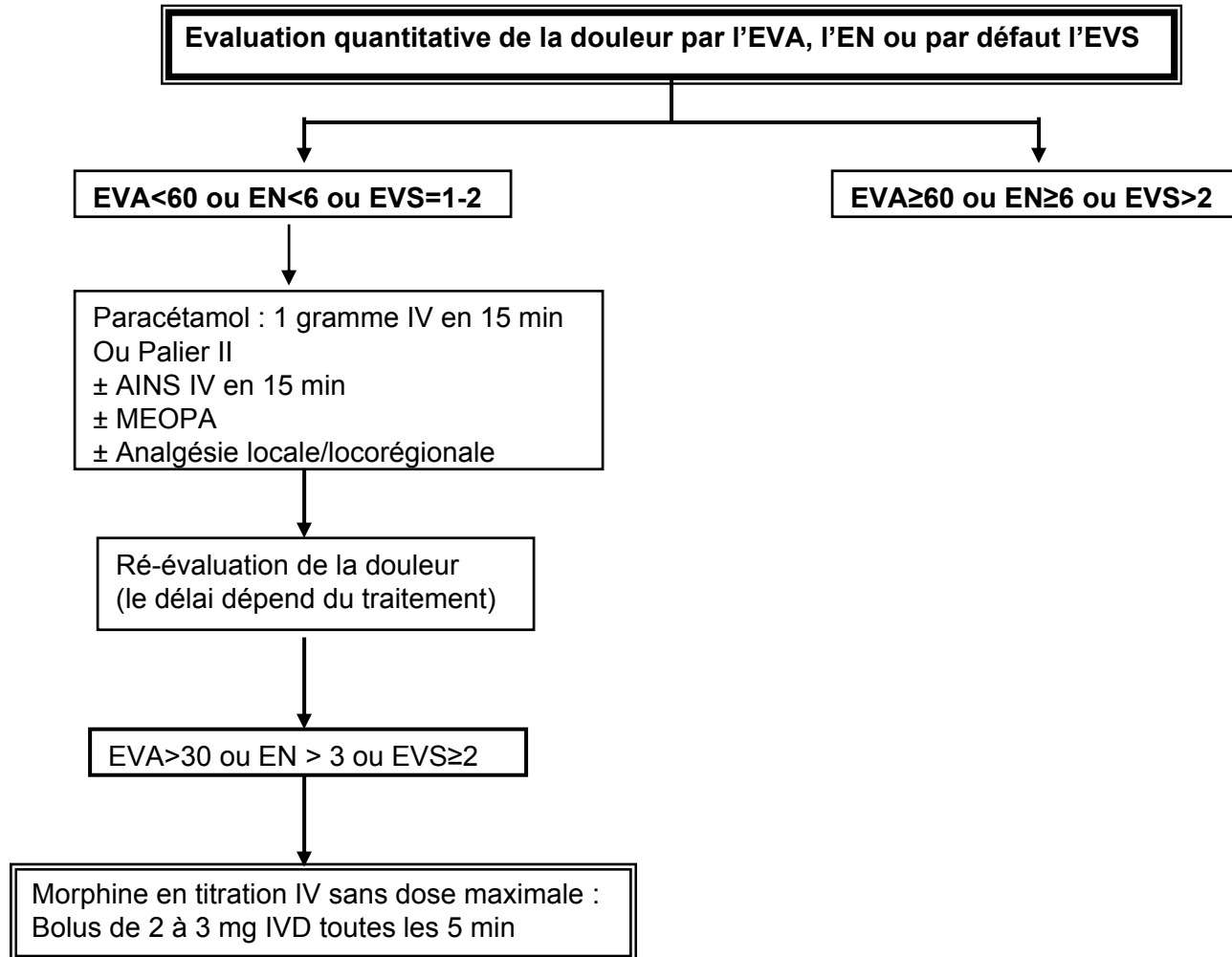
Algorithme de prise en charge de la douleur aux urgences en fonction de l'intensité [SFMU-SFAR 2010]



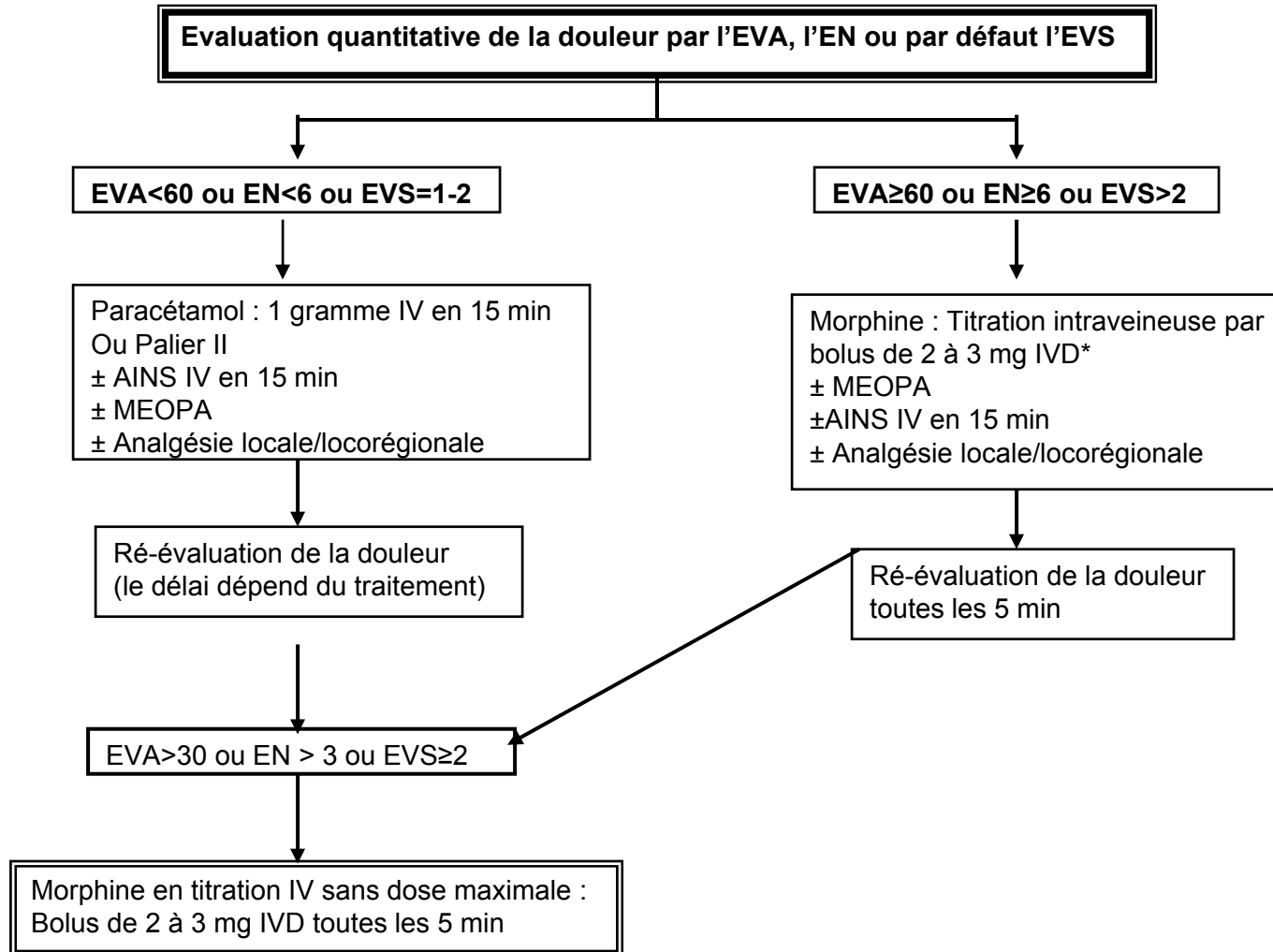
Algorithme de prise en charge de la douleur aux urgences en fonction de l'intensité [SFMU-SFAR 2010]



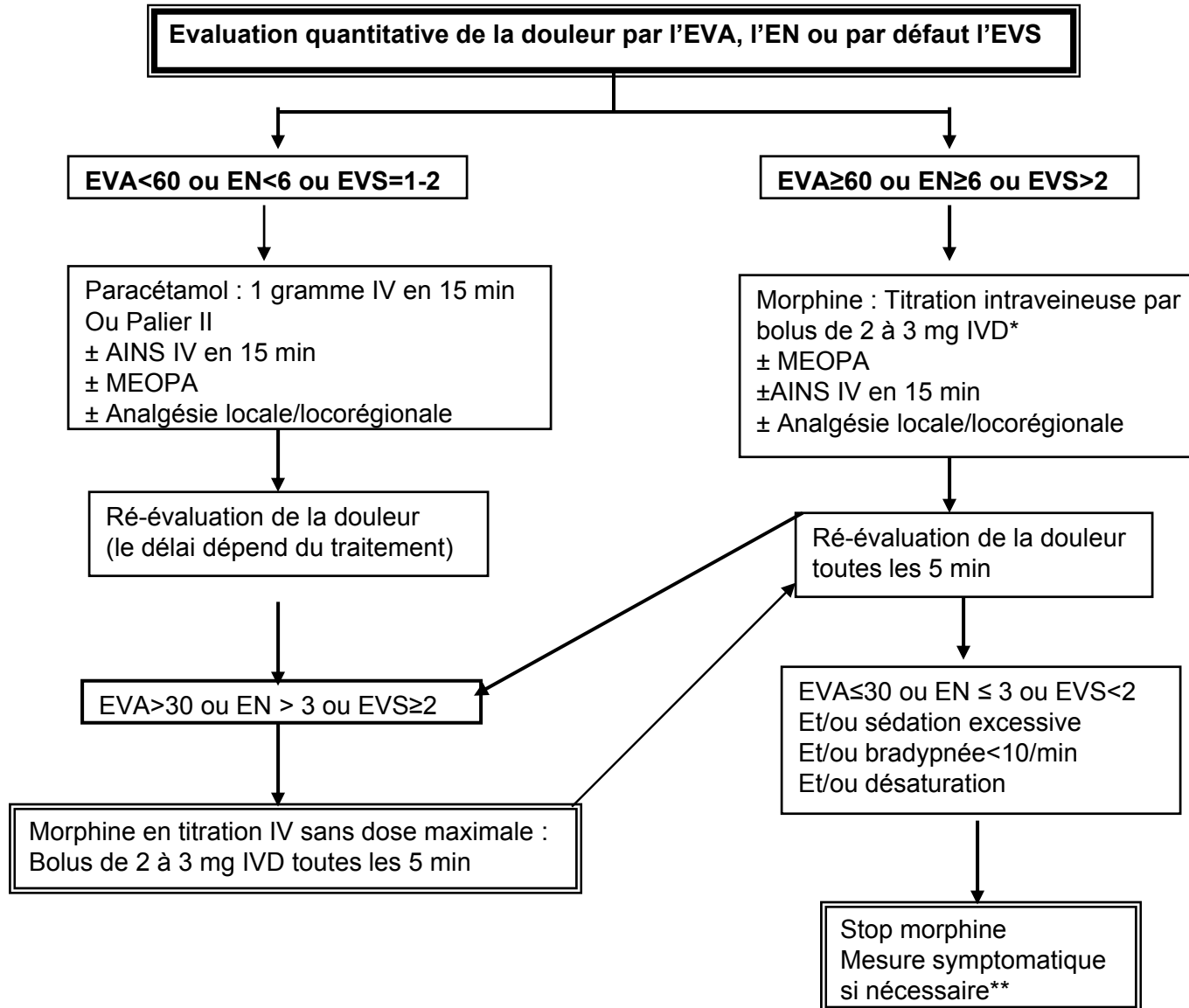
Algorithme de prise en charge de la douleur aux urgences en fonction de l'intensité [SFMU-SFAR 2010]



Algorithme de prise en charge de la douleur aux urgences en fonction de l'intensité [SFMU-SFAR 2010]



Algorithme de prise en charge de la douleur aux urgences en fonction de l'intensité [SFMU-SFAR 2010]



CONCLUSION

- 1 - Forte prévalence de la douleur aux urgences
- 2 - Oligoanalgésie
- 3- Nécessiter de traiter la douleur
- 4 - Evaluation systématique et régulière
- 5 - Analgésie multimodale adaptée à chaque patient et chaque pathologie
- 6 - Information et formation des soignants
- 7 - Morphine: antalgique de référence lors des douleurs sévères
- 8 - Anticipation de la prise en charge de la douleur = Protocoles