

CAPP-INFO

Bulletin d'information du CAPP

(Contact Avis Pharmacologique et Pharmaceutique)

N° 59, juillet 2011

Tel : Pharmacie : 079-55-31080

Gérontopharmacologie : 079-55-38360

PRINCIPES GENERAUX POUR UNE PRESCRIPTION OPTIMALE DE LA MORPHINE

(remplace le Capp-Info 12, juin 2000)

I. INTRODUCTION

La morphine est un très vieux médicament, dont l'utilité pour traiter les fortes douleurs nociceptives reste entière, malgré la synthèse de nombreux autres opiacés (1, 2).

Ce document propose d'harmoniser la rédaction des ordres médicaux concernant cet analgésique, afin de simplifier la communication entre le médecin prescripteur et les infirmier(e)s et ainsi d'optimiser l'efficacité et la sécurité des traitements à base de morphine.

(...) Quel praticien donnerait aujourd'hui le quinquina en poudre ou en extrait, de préférence au sulfate de quinine ou à la salicine? Quel médecin, instruit et expérimenté, n'estime pas la morphine au-dessus de toutes les anciennes préparations d'opium, ne reconnaît pas la strychnine comme le plus énergique des excitants du système nerveux, n'a pas recours à l'iode pour combattre les lésions de la nutrition, etc. ?

Mais le succès dans les sciences ne sont que des encouragements à mieux faire (...)

F Magendie, Décembre 1835

FORMULAIRE

POUR

LA PRÉPARATION ET L'EMPLOI

DE PLUSIEURS

NOUVEAUX MÉDICAMENTS,

Tels que la Morphine, la Codéine, l'acide Prussique, la Strychnine, la VÉRATRINE, l'Éther hydrocyanique, le Sulfate de Quinine, la Cinchonine, l'Émétique, la Salicine, le Brôme, l'Iode, l'Iodure de Mercure, le Cyanure de Potassium, l'Huile de Croton tiglium, les Sels d'Or, les Sels de Platine, le Chlore, les Chlorures de Chaux et de Soude, les Bi-Carbonates Alcalins, la Grenadine, le Phosphore, l'acide lactique, l'Huile volatile de Moutarde, etc., etc. ;

PAR F. MAGENDIE,

Membre de l'Institut, titulaire de l'Académie royale de Médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de médecine au collège royal de France, etc., etc.

HUITIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE.

— 0000 —

A PARIS,

CHEZ MÉQUIGNON - MARVIS, PÈRE ET FILS,
LIBRAIRES-ÉDITEURS, RUE DU JARDINET, N° 13.

—

JANVIER 1835.

http://www.pharmacoclin.ch/infomedic/cappinfo.html

II. PRINCIPES GENERAUX

La morphine est un antalgique majeur (3,4).

Elle doit être donnée **per os (PO)**, sauf en cas de dysphagie, vomissements, iléus et troubles de l'absorption intestinale.

Elle doit être donnée **toutes les 4 heures** (6x/j) : p.ex : 6h, 10h, 14h, 18h, 22h, 2h lors de la titration.

La dose initiale est en principe de **6 x 2.5 mg PO** pour un **patient âgé et malade** (5,6). Si le patient âgé ne présente aucune co-morbidité, la dose initiale est de 6 x 5 mg PO ; pour un adulte jeune, la dose initiale est de 6 x 10 mg PO.

Doses de réserve : 10% de la dose quotidienne à répéter toutes les heures si le patient est algique entre les prises régulières, au maximum trois réserves par 24h. Si le patient est encore algique après la 3^{ème} réserve, appeler le médecin pour une nouvelle évaluation et une adaptation de l'antalgie.

Lors de doses faibles, la règle des 10% peut s'avérer difficile à exécuter. Arrondir le calcul des réserves afin d'utiliser la présentation galénique offrant le dosage le plus proche des 10% de la dose journalière. Par exemple, pour un traitement de 6 x 2.5 mg/j PO, la réserve sera, par commodité, de 2.5mg, au maximum 3x/24h (plutôt que 1.5mg).

Augmentation de la dose:

Par paliers de 30% de la dose journalière précédente **ou**

Additionner à la dose journalière les doses de réserve et diviser ce chiffre par 6 pour obtenir la nouvelle dose.

Lors des augmentations de doses faibles, la règle des 30% d'augmentation peut s'avérer difficile à exécuter. Passer à des chiffres ronds comme p.ex. : 2.5/ 5/ 7.5 mg par dose. Arrondir aussi le calcul des réserves (voir ci-dessus).

Ne pas oublier d'adapter les doses de réserve (10% de la nouvelle dose/24h, sauf pour les doses journalières faibles, voir ci-dessus).

En cas d'insuffisance rénale (clairance de la créatinine calculée <30 ml/min), la buprénorphine (Temgesic) est l'opiacé de 1^{er} choix en raison de l'absence de métabolites actifs et de son élimination principalement dans les selles. Néanmoins, la morphine, **-à dose adaptée et sous surveillance clinique-**, peut être utilisée dans certaines situations, malgré une Cl<30ml/min.

Rappel :

Avant toute prescription d'antalgique et au cours du suivi, l'évaluation de la douleur est améliorée par l'utilisation d'outils standardisés (7-9).

III. EFFETS INDESIRABLES

Constipation: constante et dose-dépendante (10).

Donner systématiquement un laxatif stimulant (bisacodyl, Prontolax), éventuellement associé à un laxatif osmotique : macrogol et électrolytes (Movicol) ou lactitol (Importal). **Réévaluer le transit régulièrement.**

Nausées, vomissements: peuvent être présents les trois à quatre premiers jours. Par anticipation, prescrire en réserve du métoclopramide (Paspertin[®]) 3 x 10 à 20 mg/j PO ou par voie rectale, pour une durée de quatre jours. Si ceci est inefficace : l'halopéridol (Haldol[®]) 2 x 0.5 à 1 mg/j PO ou par voie sous-cutanée (sous-cut) peut être prescrit. Les « sétrons » (ondansétron, générique aux HUG) ne sont pas indiqués comme traitement de première ligne des nausées et vomissements de début de traitement d'opiacés, en raison de leur coût trop élevé.

Avertir également le patient de la possibilité d'une **somnolence et d'une sécheresse de bouche.**

Signes de toxicité : souvent secondaires à l'accumulation de métabolites actifs (facteurs de risque : hautes doses de morphine, insuffisance rénale, déshydratation) :

Symptômes : myoclonies, delirium, hallucinations, hyperalgésie, nausées sévères.

Que faire en cas de toxicité ? Dans l'ordre (11) :

- 1) Hydrater
- 2) Exclure et corriger d'autres facteurs aggravants
- 3) Diminuer les doses de morphine
ou si les signes de toxicité persistent après avoir tenté les mesures précédentes,
- 4) Pratiquer une rotation d'opiacés (hydromorphone, buprénorphine).

IV. PRODUITS DISPONIBLES AUX HUG

La morphine est disponible sous la forme de **deux sels différents** : le sulfate pentahydraté (**morphine sulfate**) et le chlorhydrate trihydrique (**morphine HCl**). Ces deux sels ont presque le même poids moléculaire, ainsi **aucun calcul de conversion n'est nécessaire** pour passer d'un sel à l'autre (pour plus d'informations, consulter le document de la Pharmacie : <http://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/utilismedic/morphine.pdf>).

MORPHINE À COURTE DURÉE D'ACTION

- **Comprimés de morphine sulfate** : comprimés sécables à action rapide à 10 mg et 20 mg de morphine sulfate pentahydraté. **Le plus simple à utiliser !**

Dose	N° art.	Libellé
10 mg	97248	Sevredol cpr 10 mg (1 x 20)
20 mg	97249	Sevredol cpr 20 mg (1 x 20)



- **Solutions de morphine chlorhydrate (morphine HCl)**

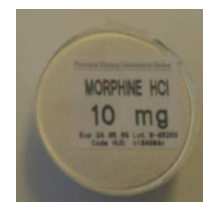
La morphine solution est destinée aux patients ayant des difficultés à avaler des comprimés ou porteurs de sondes entérales et pour initier le traitement à 2,5mg par dose.

La gamme des solutions de morphine chlorhydrate disponibles aux HUG est composée de :

- **doses unitaires** aux dosages les plus courants, destinées à faciliter le travail infirmier et à augmenter la sécurité d'administration de la solution de morphine
- **flacons multi-doses** à 3 concentrations différentes

Doses unitaires

Dose	N° art.	Libellé
2.5 mg	104981	Morphine HCl sol. doses unitaires 2.5 mg (1 x 12)
5 mg	104982	Morphine HCl sol. doses unitaires 5 mg (1 x 12)
10 mg	104984	Morphine HCl sol. doses unitaires 10 mg (1 x 12)
20 mg	106859	Morphine HCl sol. doses unitaires 20 mg (1 x 12)
30 mg	106861	Morphine HCl sol. doses unitaires 30 mg (1 x 12)
50 mg	106863	Morphine HCl sol. doses unitaires 50 mg (1 x 12)



Flacons

Concentration		N° art.	Libellé
1 mg/ml	(0.1%)	321	Morphine HCl sol 200 ml 0.1% (bout)
10 mg/ml	(1%)	6404 106827	Morphine HCl sol 30 ml 1% (bout) Morphine HCl sol 100 ml 1% (bout)
20 mg/ml	(2%)	7564 106828	Morphine HCl sol 30 ml 2% (bout) Morphine HCl sol 100 ml 2% (bout)

- **Solutions de morphine pour la voie parentérale**



Ampoules

Dosage		N° art.	Libellé
0.4 mg/ml	(0.04%)	7821	Morphine HCl amp 4mg=10ml (1 x 10)
1 mg/ml	(0.1%)	5244 405055	Morphine HCl amp 1mg=1ml (1 x 10) Morphine HCl amp 10mg=10ml (1 x 10)
10 mg/ml	(1%)	141032	Morphine HCl amp 10mg=1ml (1 x 10)
20 mg/ml	(2%)	320	Morphine HCl amp 20mg=1ml (1 x 10)
50 mg/ml	(5%)	417773	Morphine sulfate fiol 100mg=2ml (1 x 10)

Flexs pour perfusion

Dosage		N° art.	Libellé
1 mg/ml	(0.1%)	417782	Morphine sulfate flex 1mg/ml 100ml (pce)

MORPHINE À LONGUE DURÉE D'ACTION

Libellé	N° art.	Présentation	Galénique
MST Continus cpr ret 10 mg (1 x 60)	9005	 <p>MST CONTINUS® 30 mg 60 comprimés Comprimés retard Analgésique puissant à effet prolongé (env. 12 h)</p>	Morphine sulfate prise dans une matrice à libération prolongée
MST Continus cpr ret 30 mg (1 x 60)	9006		
MST Continus cpr ret 60 mg (1 x 60)	9004		
MST Continus cpr ret 100 mg (1 x 60)	9003		
MST Continus cpr ret 200 mg (1 x 60)	104921		
MST Continus susp ret sachet 20 mg (1 x 30)	69324	 <p>MST CONTINUS® 30 mg 30 sachets Suspension retard Analgésique puissant à effet prolongé (env. 12 h)</p>	Morphine sulfate liée en tant que cation à une résine échangeuse
MST Continus susp ret sachet 30 mg (1 x 30)	69325		
MST Continus susp ret sachet 60 mg (1 x 30)	91992		

V. CONVERSIONS***Une fois la douleur maîtrisée, comment passer au MST ?***

Dose identique à la dose totale par 24h de morphine à courte durée d'action ;

Diviser cette dose totale par 3, à **administrer chaque 8 heures** (contrairement aux recommandations du fabricant qui propose, chez l'adulte jeune, une administration toutes les 12 heures, cf. Compendium).

Donner la première dose de MST en même temps que la dernière dose de morphine à courte durée d'action (l'impossibilité actuelle de spécifier les heures de début et de fin de traitement dans PresCo, le logiciel de prescription connectée des HUG, nécessite une communication orale avec les infirmières pour rappeler cette consigne).

Réserve : morphine à courte durée d'action, 10% de la dose quotidienne, à répéter 3 fois.

En cas de contre-indication à la voie orale, comment passer à la morphine par voie sous-cutanée ?

Pour passer de la **morphine PO à la forme sous-cutanée**, diviser la dose orale journalière par 2 (patient en bon état général) ou par 3 (patient en mauvais état général) et titrer cliniquement. Doses fractionnées toutes les 4 heures ou administration continue (voir technique de soins GRESI http://soins.hcuge.ch/techniques_soins/techniques/injections_perfusions/admin_morphine_intra.html).

VI. SAISIE ET RELEVÉ DES ORDRES DANS LE DOSSIER PATIENT INTEGRE (DPI) DES HUG

Dans la majorité des services des HUG, la prescription et le relevé des ordres médicaux sont ou seront informatisés en 2011 au moyen du logiciel PresCo. Une directive institutionnelle définit les modalités d'utilisation des supports de prescription en vigueur aux HUG depuis 2010 (<http://dirimed.hug-ge.ch/library/pdf/DirectivePrescriptionv7.pdf>).

Pour les personnes hospitalisées et leur entourage, la prise en soins est d'autant plus réussie qu'elle se passe **sans crise ou complication**. Une documentation écrite soigneuse aide à maintenir une ligne de conduite cohérente, en dépit des changements fréquents d'intervenants (médecin de garde, changements d'équipes, personnel intérimaire) ou de services et en cas de séjour prolongé. Outre le fait qu'une bonne documentation diminue le risque de parcours hospitalier chaotique et le risque de iatrogénie, elle augmente l'efficacité de toute l'équipe médico-soignante.

On privilégiera les préparations appartenant à la Liste HUG des médicaments (dans PresCo : reconnaissables à leur icône jaune).

Dans PresCo, il est indispensable de rédiger les prescriptions au moyen des champs structurés. Eviter autant que possible les prescriptions en texte libre qui doivent être retranscrites manuellement (augmentation du risque d'erreur) dans l'échéancier des interventions infirmières.

Avant de signer les ordres, le médecin rédige la note de prescription, essentielle pour une **bonne continuité des soins**. Il s'agit de :

- Saisir l'information de manière structurée : **Anamnèse, Observations, Discussion, Plan.**
- **Documenter** le plan thérapeutique en précisant, selon l'acronyme **SMART** :
 - ☞ l'objectif thérapeutique **Spécifique** (en termes concrets) ;
 - ☞ l'évaluation de l'effet du traitement qui sera faite (**Mesures**) ;
 - ☞ quelles sont les informations données au patient (y compris les **Alternatives** thérapeutiques et comment le patient a exprimé son **Accord**) ;
 - ☞ les conditions nécessaires à la **Réalisation** de l'objectif et la durée prévue du traitement (**Temps**).

VII. EXEMPLE DE PRESCRIPTION ET DU RELEVÉ DE L'ORDRE DANS LE DOSSIER PATIENT INTÈGRE (DPI) DES HUG

Voici un exemple du déroulement de la prescription pour un patient admis pour douleurs néoplasiques.

J1 : on reprend le traitement de morphine prescrit à domicile, avec une réserve équivalente à 10% de la dose journalière.

Dose journalière de morphine 180 mg/j.

Réserve = ~10 % de 180 mg = 18mg (arrondi à 20mg, à répéter au maximum 3x/j).

Afin d'éviter la constipation induite par les opiacés et d'anticiper de possibles nausées, le médecin a aussi prescrit des laxatifs à administrer d'office et un antiémétique en réserve.

L'ordre paraît ainsi sur la feuille d'ordre informatisée :

☐ Ordres actifs	
PO	
bisacodyl	Prontolax cp 10 mg 1x/j (par jour: 10 mg) PO (soir)
macrogol + sels laxatifs	Movicol pdre orale 1 sach 2x/j PO (matin, soir)
morphine	Sevredol cp 30 mg 1x/4h (par jour: 180 mg) PO
En réserve	
métoclopramide	Paspertin cp 10 mg 3x/j (max) PO en réserve jusqu'au 28/01/2011 y compris - si nausées
morphine	Sevredol cp 20 mg 3x/j maximum PO en réserve - si douleur incidente

Avant de signer les ordres, le médecin rédige la **note de prescription**.

Exemple de note de prescription : Pour un patient admis pour nausées et douleurs abdominales ; cancer gastrique T4,N3,M1. TTT habituel : morphine 180mg/j.

A : Se plaint de nausées et de douleurs constantes avec crampes par moment.

O: Patient prostré, bouche sèche, signe du pli cutané +, abdomen distendu, bruits présents mais diminués, douleur à la palpation du quadrant sup G. EVA 9/10.

D : Déshydratation. Douleur encore mal contrôlée.

P : Améliorer l'antalgie. Suivi par EVA minimum 2x/j (au repos, à la mobilisation) et surveillance du transit. Objectif douleur, EVA < 5/10 ; Reprise du ttt habituel, puis augmentation morphine si nécessaire. En cas de douleur incidente, réserve de morphine, à adapter selon évaluation.

Prévention constipation : Movicol, Prontolax ; objectif: exonération 1x/48h au minimum, à évaluer.

Prévention vomissements : Paspertin en réserve x 3 jours.

Déshydratation : bilan hydrique : objectif 1,5 L po/j.

J2 : Le patient a pris toutes ses réserves et est encore très algique (EVA 7/10) après 24h.

On décide d'augmenter la morphine de 30%, soit

180mg + 30% de 180mg, ou 180 + 60 = 240 mg/j.

Réserve = ~10% de 240mg (soit 24mg arrondi à 25mg). Les comprimés de Sevredol n'existant pas en 25mg, plusieurs solutions s'offrent à nous :

- administrer un comprimé de Sevredol à 20mg et un demi comprimé de Sevredol 10mg. Dans ce cas, on jette le demi-comprimé restant dans une poubelle à médicament ou éventuellement dans une boîte sécurisée pour objets tranchants.
- remplacer les comprimés de Sevredol par de la morphine solution.

Ci-dessous, l'écran de prescription dans Presco, avant signature des ordres (la pastille verte indique que l'ordre est à l'état de brouillon, visible chez le prescripteur uniquement).

☐ Ordres actifs

PO

bisacodyl Prontolax cp 10 mg 1x/j (par jour: 10 mg) PO (soir)

macrogol + sels laxatifs Movicol pdre orale 1 sach 2x/j PO (matin, soir)

● morphine Sevredol cp 30 mg 1x/4h (par jour: 180 mg) PO

● morphine Sevredol cp 40 mg 1x/4h (par jour: 240 mg) PO

En réserve

métoclopramide Paspertin cp 10 mg 3x/j (max) PO en réserve jusqu'au 28/01/2011 y compris - si nausées

● morphine Sevredol cp 20 mg 3x/j maximum PO en réserve - si douleur incidente

● morphine Morphine solution 25 mg 3x/j (max) PO en réserve - si douleur incidente

Avant de signer les ordres, rédaction de la note de prescription, par exemple :

A : Pt encore très algique (douleur 7/10), demande s'il faut changer de médic.
O : Nausées contrôlées après prise de Paspertin. Pas de vomissement. Pli cut, muqueuses ok. Une selle ce matin. Consistance molle, pas de sang. Abdomen souple, douleur à la palpation profonde du quadrant supérieur gauche. Bruits présents.
D : Antalgie à améliorer. Pt d'accord d'augmenter Mo plutôt que de changer d'opioïde.
P : Augmentation du Sevredol à 240mg/j avec réserves de morphine solution 3 x 25mg. Suivi EVA 2x/j. But : EVA <5.
Maintien du Paspertin en réserve. Poursuite du Prontolax et Movicol aux mêmes doses.

Rappels :

- Chaque patient a le droit à l'autodétermination.
- Le médecin a un devoir d'information !
- Il sollicite la participation et la collaboration du patient à toutes les décisions qui le concernent. Cela suppose qu'une communication ouverte et empathique s'installe et que le médecin soit prêt à informer des possibilités et des limites des interventions proposées, ainsi que des alternatives possibles (12, 13).
- La prise de morphine inquiète parfois patients ou familles. La brochure « Morphine, parlons-en » (14) peut les aider à mieux comprendre et accepter ce traitement.

J5 : Douleur maîtrisée, passage au MST, doses identiques ; 3 x 80mg/j

☐ Ordres actifs

PO

bisacodyl Prontolax cp 10 mg 1x/j (par jour: 10 mg) PO (soir)

macrogol + sels laxatifs Movicol pdre orale 1 sach 2x/j PO (matin, soir)

morphine sulfate MST Continus cp retard 80 mg 3x/j (par jour: 240 mg) PO

En réserve

métoclopramide Paspertin cp 10 mg 3x/j (max) PO en réserve jusqu'au 28/01/2011 y compris - si nausées

morphine Morphine solution 25 mg 3x/j (max) PO en réserve - si douleur incidente

☐ Ordres stoppés ou terminés dans les 48 heures

STOP

morphine Sevredol cp 30 mg 1x/4h (par jour: 180 mg) PO

STOP

morphine Sevredol cp 40 mg 1x/4h (par jour: 240 mg) PO

Rappel:

- Il peut être nécessaire et utile de parler directement aux infirmières pour leur rappeler que la première dose de MST se donne avec la dernière dose de morphine. La prescription faite à l'ordinateur au moyen du logiciel PresCo ne dispense pas médecins et infirmier(e)s de se parler !

Voici ce qui apparaît dans l'échéancier du DPI utilisé par les infirmier(e)s pour planifier les soins. Cet écran permet à l'infirmier(e) de valider la distribution et la prise des médicaments.

Date planifiée	Libellé de la prescription	Heure planifiée	Effectué	Heure réelle	Non effectué
31/01/11	Ordre médical stoppé! morphine Morphine solution 2.5 mg 3x/j (max) PO en réserve dès le 09/12/2010	Sur 24H [®]		R!	
31/01/11	Ordre médical stoppé! morphine Morphine solution 2.5 mg 6x/j (par jour: 15 mg) PO dès le 09/12/2010	14:00	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31/01/11	morphine sulfate MST Continus cp retard 80 mg 3x/j (par jour: 240 mg) PO [[MST 80mg = 1cp MST à 60mg et 2 cp de MST à 10mg]]	22:00			

A noter le commentaire ajouté par l'infirmier(e) (reconnaisable par les doubles parenthèses-crochets) pour spécifier comment obtenir la dose de 80mg de MST avec les dosages disponibles aux HUG.

J10 : Le patient développe une dysphagie : passage de la morphine per os à la morphine sous-cutanée. Diviser 240mg par deux (la biodisponibilité de la morphine par voie parentérale étant plus grande que par voie orale).

Réserve ~10 % de 120 mg = 12mg. En injectable, il est possible de prélever la dose de morphine au mg près.

☐ Ordres actifs

Sous-cut

morphine HCl Morphine HCl inject 20 mg 6x/j (par jour: 120 mg) sous-cut

En réserve

morphine HCl Morphine HCl inject 12 mg 3x/j (max) sous-cut en réserve - si douleur incidente

VII. QUE RETENIR ?

- ☞ Après échec des antalgiques de pallier 1 et 2 de l'OMS (15), la morphine est l'opiacé de premier choix pour les douleurs nociceptives en raison de sa facilité d'administration et de son faible coût.
- ☞ La morphine doit être administrée à intervalle fixe.
- ☞ Toute prescription de morphine doit s'accompagner de la prescription d'un laxatif irritant et/ou d'un laxatif osmotique (à administrer d'office).
- ☞ En début de traitement et pendant environ trois à quatre jours, prescrire un antiémétique en réserve.
- ☞ Une bonne hydratation diminue le risque de surdosage (signes de surdosage : somnolence, état confusionnel ou myoclonies).
- ☞ Le passage de la voie orale à la voie parentérale nécessite une réduction de dose.
- ☞ En cas de clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min, la morphine peut être administrée, mais à faible dose, et requiert une surveillance attentive en raison du risque de surdosage.
- ☞ La saisie de notes de prescription au moment d'un changement du traitement médicamenteux est essentielle pour une bonne continuité des soins.
- ☞ Les notes de prescription seront structurées (**A**namnèse, **O**bservations, **D**iscussion, **P**lan).
- ☞ Le plan thérapeutique mentionnera l'objectif spécifique du traitement ainsi que le suivi prévu (surveillances, mesures objectives et cadre temporel).
- ☞ Le médecin a un devoir d'information. Documenter les informations données au patient, notamment concernant les alternatives thérapeutiques et l'accord du patient aux traitements prescrits.
- ☞ La prescription faite à l'ordinateur au moyen du logiciel PresCo ne dispense pas médecins et infirmier(e)s de se parler ! Au contraire, une bonne communication d'équipe est au cœur des soins hospitaliers de qualité (16).

VII. REFERENCES

- 1/ Northern and Yorkshire Drug and Therapeutics Centre. Opioid analgesia in cancer. Regional Drug and Therapeutics Center. Drug Update Feb. 2009; 63: 1-2. http://www.nyrdtc.nhs.uk/docs/dud/DU_63_OPIOID.pdf
- 2/ NHS. Pain overview Data Focussed Commentary. Up-dated April 2010
http://www.npc.nhs.uk/therapeutics/pain/overview/resources/dfc_pain_overview.pdf
- 3/ British Journal of Cancer (2001) 84(5), 587–593. http://www.eapcnet.org/download/forPublications/BJC_Francais.pdf
- 4/ NPS Newsletter N°69 A planned approach to prescribing opioids June 2010
http://www.nps.org.au/_data/assets/pdf_file/0003/88302/NPS_News_69.pdf
- 5/ FRAILTY 2009 : Clinical Practice Guidelines and Protocols in British Columbia 2009 Frailty in Older Adults – Early Identification and Management <http://www.bcguidelines.ca/gpac/pdf/frailty>.
- 6/ UK 2000 Measurement of outcome in Rehabilitation : National Library of Guidelines UK 2000 Measurement of outcome in Rehabilitation <http://www.bsrm.co.uk/ClinicalGuidance/OutcomeMeasuresB3.pdf>
- 7/ Réseau Douleur HUG, http://reseaudouleur.hug-ge.ch/reconnaitre/reconnaitre_mesurer.html
- 8/ Pesonen A, Kauppila T, Tarkkila P et al. Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. Acta Anaesthesiol Scand. 2009 May;53(5):657-64.
- 9/ ONTARIO 2008 Action cancer Ontario <http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc16-2s.pdf>
- 10/ Kalso E, Edwards JE, Moore RA, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. Pain. 2004 Dec;112(3):372-80.
- 11/ N Cherny, C Ripamonti *et al* and the Expert working Group of the Research Network of the EAPC. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine. An evidence-based report
Journal of Clinical Oncology 2001; 19(9): 2542–2554.
<http://www.eapcnet.org/download/forPublications/JCOStrategiesAdverseEffects.pdf>
- 12/ Académie suisse des sciences médicales. Droit des patientes et des patients à l'autodétermination, principes médico-éthiques de l'ASSM. Basel, 2005. <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html>
- 13/ Directions des HUG. Charte du patient, valeurs éthiques et déontologiques des professionnels qui travaillent aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Genève, 2007
http://www.hug-ge.ch/soins/charte_patient.html
- 14/ Réseau HUG douleur La morphine, parlons-en. Genève, 2006. http://www.hug-ge.ch/library/pdf/Actualite_sante/brochure_morphine.pdf. Disponible au magasin des HUG (Qualiac: article n° 132339).
- 15/ OMS 2011 Cancer WHO's Pain Relief Ladder <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- 16/ NIH 2004 Improving end of life care <http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024PDF.pdf>

VIII. AUTRES RESSOURCES:

- Royal College of Physicians 2007 The assessment of pain in older people.
http://www.britishpainsociety.org/book_pain_older_people.pdf
- Newton 2009 <http://www.library.nhs.uk/emergency/ViewResource.aspx?resID=266669>
- Australian Government National Health & Research Council 2010 Acute Pain Management, Scientific Evidence 3rd edition
<http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp104syn.htm>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008 Control of pain in adults with cancer. <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf>
- National Library of Guidelines UK 2007 The assessment of pain in older people : concise guidance to good practice.
http://www.britishpainsociety.org/book_pain_older_people.pdf
- NHS Quality Improvement Scotland 2006 Management of Chronic Pain in Adults cf Appendix 1)
http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/best_practice_statement/management_of_chronic_pain_in_.asp
- X
- NPS Prescribing Practice Review 51:Opioids in chronic non-cancer pain: use a planned approach
http://www.nps.org.au/health_professionals/publications/prescribing_practice_review/current/prescribing_practice_review_51
Pdf: http://www.nps.org.au/_data/assets/pdf_file/0012/89886/PPR_51_FINA.pdf
- European association for palliative care: publications. <http://www.eapcnet.org/publications/research.html>
- Johnson MJ, McDonagh TA, Harkness A et al. Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure—a pilot study. Eur J Heart Fail. 2002 Dec;4(6):753-6.
- Abernethy AP, Currow DC, Frith P et al. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. BMJ, 2003 Sep 6;327(7414):523-8. Comment in: BMJ. 2003 Nov 29;327(7426):1288; author reply 1288-9.

Pour toute question : EMASP ☎ 56204

Responsables de mise à jour : NV, VM (juillet 2011).