



Comportements violents envers autrui sous l'effet de médicaments

Résumé

- Les comportements violents envers autrui sont parfois causés par un médicament, selon des mécanismes souvent mal connus, parfois complexes.

- Des observations détaillées ont parfois décrit des conséquences graves allant jusqu'à l'homicide.

- De très nombreux médicaments neuropsychotropes sont impliqués : médicaments utilisés dans le sevrage tabagique, antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine, dérivés amphétaminiques, benzodiazépines, agonistes dopaminergiques.

- D'autres substances non utilisées comme psychotropes sont impliquées aussi : des corticoïdes ; des anti-infectieux, tels que la *méfloquine*, l'*éfavirenz*, l'*atazanavir*, la *ribavirine*, les interférons alfa ; la *testostérone* ; un antiasthmatique : le *montélukast*, etc.

- Les données ne permettent pas d'estimation fiable de la fréquence des troubles. Des antécédents de troubles du comportement ne sont rapportés que dans certains cas.

- En pratique, informer les patients traités par des médicaments qui exposent à des comportements violents peut rendre service. Il est judicieux de s'enquérir auprès de ces patients d'éventuels changements de comportement, et de les inciter à avertir leur entourage, pour que ces changements soient repérés et que les conséquences puissent être prévenues. L'augmentation du risque par l'alcool est à rappeler.

Rev Prescrire 2014 ; 34 (364) : 110-113.

Certains comportements violents sont d'origine médicamenteuse (1,2). Les mécanismes en jeu sont complexes et mal connus, et l'analyse des données impliquant des médicaments est souvent délicate (lire en encadré page 111).

Quels sont les principaux médicaments impliqués ?

Pour répondre à cette question nous avons réalisé une synthèse selon la méthode habituelle de *Prescrire*, rappelée page 112. La plupart des données recensées sont issues de la notification spontanée, ce qui ne permet pas d'estimer la fréquence d'apparition des troubles.

Des conséquences parfois dramatiques

Les manifestations d'agressivité exposent à des conséquences graves pour le patient et son entourage.

Plusieurs cas d'homicides associés ou non à des suicides ont été imputés à la prise de médicaments, surtout des antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) : la *fluoxétine*, le *citalopram*. Dans certains cas, les antidépresseurs étaient associés à la prise de substances dites illicites (sans précision) (3).

En 1989, un homme a tué par balle 8 personnes et en a blessé 12 autres avant de se suicider sur son lieu de travail, aux États-Unis d'Amérique. Cet homme prenait de la *fluoxétine* depuis 4 semaines. L'affaire a été jugée en 1994, ce qui a été l'occasion de rendre publics des documents industriels sur les liens entre antidépresseurs et accès de violence (2).

D'autres procès ont eu lieu depuis, dont celui d'un homme de 60 ans prenant de la *paroxétine* et qui avait tué 3 membres de sa famille avant de se suicider.

L'analyse de chaque cas quant au rôle du médicament est délicate (2).

Chez des enfants aussi

Une équipe suédoise a analysé les notifications d'effets indésirables psychiques chez des patients âgés de moins de 18 ans, enregistrées dans la base de pharmacovigilance suédoise sur une période de 10 ans (4).

744 effets indésirables psychiques dont 69 manifestations d'agressivité ont été recensés chez des enfants le plus souvent âgés de 6 ans à 12 ans. La plupart des notifications concernaient des garçons : 52 notifications versus 17 filles. Ces effets indésirables ont été imputés surtout au *méthylphénidate*, un amphétaminique ; au *modafinil*, un psychostimulant non amphétaminique ; à l'*atomoxétine*, un inhibiteur dit sélectif de la recapture de la noradrénaline ; à un corticoïde inhalé (4).

De nombreux psychotropes en cause

Les notifications impliquent de nombreux psychotropes, de divers types.

Médicaments du sevrage tabagique, antidépresseurs, stimulants. Une équipe a réalisé une analyse de la base de données étatsunienne de pharmacovigilance de la FDA entre 2004 et 2009 (5). Au total, 1 937 notifications de comportements violents envers autrui ont été enregistrées dans la base de données : 387 homicides, 404 agressions physiques, 27 abus physiques, 896 idées d'homicides et 223 cas de symptômes de violence.

31 substances étaient associées à une plus grande fréquence de notifications de comportements violents. Globalement, les substances les plus souvent suspectées étaient par ordre décroissant : des substances utilisées dans le sevrage tabagique, à savoir la *varénicline*, la *bupropione*, les substituts nicotiques ; des antidépresseurs, en particulier la *fluoxétine*, la *paroxétine*, la *fluvoxamine*, la *venlafaxine*, la *desvenlafaxine*, la *sertraline*, l'*escitalopram*, le *citalopram*, la *mirtazapine*, la *duloxétine* ; deux médicaments

utilisés dans les hyperactivités avec déficit de l'attention, l'*atomoxétine* et le *méthylphénidate* ; un antiépileptique, le *lévétiracétam* ; des neuroleptiques, notamment la *quétiapine*, l'*aripiprazole*, la *ziprasidone*, la *rispéridone* ; des benzodiazépines ou substances apparentées telles que le *triazolam*, le *zolpidem*, l'*eszopiclone*, le *diazépam*, l'*alprazolam*, le *clonazépam*.

Les patients avaient un âge médian de 36 ans, environ 60 % étaient des hommes.

Base française : 76 substances désignées. Le Centre régional de pharmacovigilance de Toulouse a analysé les observations de comportements violents au sein de la base française de pharmacovigilance (6,7). Les comportements violents notifiés étaient des agitations, des agressions physiques ou verbales, des tentatives de meurtres, des meurtres. Une analyse cas/non-cas à partir de cette base de données a comparé les observations de patients atteints de comportement violent et de ceux non atteints de ce trouble quant à la fréquence d'exposition à un médicament ou à un groupe pharmacologique. 56 observations de comportements violents, chez 48 hommes et 8 femmes âgés en moyenne de 46 ans, ont été retenues. 3 patients ont commis un meurtre. 3 patients ont eu de nouveau un comportement violent à la suite d'une nouvelle prise du médicament suspect. Des patients avaient d'autres facteurs de risque : des antécédents de troubles psychiatriques 25 fois, une prise d'alcool 8 fois (6,7). 11 des 56 patients ayant eu un comportement violent envers autrui ont aussi manifesté une auto-agressivité : 6 patients se sont automutilés, 3 autres patients se sont suicidés, 2 ont fait une tentative de suicide et 1 a eu des pensées suicidaires (6,7).

Après analyse, un lien entre un comportement violent et 76 substances a été mis en évidence.

Benzodiazépines, agonistes dopaminergiques, neuroleptiques, antiépileptiques. Les médicaments en cause étaient dans plus de la moitié des cas des médicaments neuropsychotropes, avec surtout par ordre de fréquence : des benzodiazépines (16 fois), des agonistes dopaminergiques (13 fois) ; des antidépresseurs sérotoninergiques (4 fois) ; des antiépileptiques : le *topiramate*, la *gabapentine* (4 fois) ; le *bipéridène*, un atropinique ; des neuroleptiques : l'*olanzapine*, l'*aripiprazole* (4 fois) ; et aussi la *varénicline*, le *rimonabant*, le *benfluorex*. ▶▶

Comportements violents, agressivité : une pharmacovigilance difficile

Des troubles émotionnels conduisent certaines personnes à agresser autrui de façon verbale ou physique avec des conséquences graves, parfois mortelles (1). Ce comportement peut être jugé adapté quand il s'agit d'une réaction défensive face à une situation dramatique. Mais parfois, la réaction est disproportionnée. L'agresseur ne contrôle pas ses pulsions agressives et réagit de façon inappropriée et excessive, dépassant largement la réponse communément acceptée.

Les manifestations d'humeur explosive durent en général moins de 30 minutes, et immédiatement après, les personnes ressentent un soulagement, une fatigue, une dysphorie, un sentiment de culpabilité ou de l'embarras (1).

Problèmes de vocabulaire dans les observations. Notre recherche documentaire a été confrontée au vocabulaire utilisé pour décrire les observations de comportements violents imputables à un médicament.

Divers termes descriptifs peuvent être rassemblés sous un même terme de codage, ce qui fait perdre de l'information. Parfois les observations de violence ou d'agression en première lecture sont difficiles à repérer (2). La plupart du temps, ces manifestations de violence sont regroupées sous les termes d'"hostilité", d'"irritabilité" ou d'"agitation". Ces termes recouvrent à la fois des violences verbales ou des agressions physiques et traduisent aussi bien une irritabilité qu'un homicide (1,2). Les agressions physiques sont d'intensité variable : pousser, frapper, utiliser une arme contre quelqu'un, tuer. Les agressions verbales se traduisent par des débordements verbaux, insultes, menaces, cris, pertes de contrôle accompagnées parfois de jets d'objets.

Facteurs neuropsychiques et organiques. Les causes non médicamenteuses à évoquer sont très nombreuses. Divers troubles neuropsychiques sont à l'origine de troubles du comportement, qui, dans certaines circonstances, sont de nature agressive, voire violente : un retard mental ; une démence ; un syndrome autistique ; des troubles de

l'anxiété généralisée ; une hyperactivité avec déficit de l'attention ; certaines schizophrénies ; des troubles dépressifs majeurs ; des troubles bipolaires ; des troubles oppositionnels (1,3,4).

Des facteurs psychosociaux, comme le vécu d'événements traumatisants pour soi-même ou pour un proche, un stress posttraumatique, semblent parfois impliqués (1,4).

Des lésions cérébrales ischémiques ou traumatiques comme notamment certaines épilepsies, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien sont susceptibles de provoquer des comportements agressifs (1,4).

Les hypoglycémies graves exposent à des comportements agressifs (4).

Des patients répondent par des comportements violents à des douleurs (1,4).

Causes toxiques ou médicamenteuses. Certaines substances sont connues pour exposer à des manifestations d'agressivité : l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes (4). Les sevrages de cannabis, d'alcool, d'opioïdes, de benzodiazépines, d'antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) exposent les patients à des irritabilités (2,5à7).

Les médicaments impliqués sont nombreux (lire ci-contre).

©Prescrire

Extraits de la veille documentaire Prescrire.

- 1- Coccaro E "Intermittent explosive disorder in adults : Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis" (mise à jour novembre 2013) UpToDate, Waltham 2013 ; version 21.10 : 13 pages
- 2- Prescrire Rédaction "Antidépresseurs IRS et violence" *Rev Prescrire* 2008 ; 28 (296) : 431-432.
- 3- Prescrire Rédaction "rispéridone (Risperdal®, Risperdaloro)". Troubles du comportement chez les enfants avec retard mental ou autisme : pas de progrès" *Rev Prescrire* 2006 ; 26 (268) : 6-7 (version complète sur le site www.prescrire.org : 6 pages).
- 4- Anderson PD et Bokor G "Forensic aspect of drug-induced violence" *J Pharm Pract* 2012 ; 25 (1) : 41-49.
- 5- Prescrire Rédaction "Le syndrome de sevrage alcoolique. Le prévenir, le prévenir, le repérer et le traiter" *Rev Prescrire* 2006 ; 26 (275) : 592-601.
- 6- Prescrire Rédaction "Effets indésirables du cannabis" *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (321) : 515-522.
- 7- "Diazepam". In "Martindale The complete drug reference" The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 12 novembre 2013 : 61 pages.

► Parmi les antiépileptiques, l'*acide valproïque*, la *prégabaline*, la *lamotrigine*, la *vigabatrine*, le *felbamate* et le *stiripentol*, sont connus par ailleurs pour exposer aussi à des comportements violents (8 à 11).

Les anticholinestérasiques, tels que le *donépézil*, la *galantamine*, la *rivastigmine*, utilisés dans la maladie d'Alzheimer, exposent aussi à des comportements violents (12).

Anti-infectieux, corticoïdes, etc.

L'analyse du Centre régional de pharmacovigilance de Toulouse a aussi mis en évidence d'autres médicaments qui ne sont pas utilisés en tant que psychotropes (6,7).

Il s'agissait par ordre décroissant de fréquence : d'anti-infectieux tels que la *méfloquine*, l'*éfavirenz*, l'*atazanavir*, la *ribavirine*, l'*interféron alfa*, etc. ; d'un anti-leucotriène utilisé dans l'asthme, le *montélukast* ; de corticoïdes ; de l'*isotrétinoïne* ; d'inhibiteurs de la pompe à protons, etc.

Par ailleurs, plusieurs centaines d'observations d'idées de meurtre chez des personnes sous *interféron alfa*, *peginterféron alfa* ou sous *ribavirine* ont été recensées par les firmes qui les commercialisent ou par des agences du médicament (13).

Testostérone. L'agence étatsunienne du médicament a fait état de quelques observations d'effets indésirables, dont l'agressivité, chez des enfants exposés involontairement à la *testostérone*, par contact cutané direct avec un adulte s'appliquant un gel de *testostérone* (14). Les troubles ont régressé après l'arrêt de l'exposition.

Hypoglycémies par insuline. Les médicaments qui induisent des hypoglycémies exposent à des manifestations de violence. L'équipe de chercheurs étatsuniens indépendants de Rxisk, a analysé des effets indésirables psychiques imputés à l'*insuline* enregistrés dans la base de pharmacovigilance de la FDA entre 2004 et 2012, notamment des actes de violence (15). Ils ont recensé pour l'*insuline lispro* par exemple 6 homicides, 90 actes de violence physique ou verbale (des asphyxies, des actes de délinquance, des pyromanies, des lacérations cutanées, etc.), 47 agitations, 32 irritabilités (15).

Atropiniques. Les médicaments ayant des effets atropiniques, telles l'*atropine* et la *scopolamine*, sont connus pour exposer à des confusions et à des troubles du comportement, comme des agitations, des irritabilités, des agressivités (16). Ils sont principalement utilisés en thérapeutique : comme antiparkinsoniens, le *bipéridène*, le *trihexyphénydyle*, la *trospatine* ; comme antispasmodiques utilisés notamment dans les douleurs digestives et les incontinences urinaires, le *tiémonium*, le *clidinium*, le *trospium*, le *flavoxate*, l'*oxybutynine*, la *solifénacine*, la *toltérodine* ; comme bronchodilatateurs, l'*ipratropium*, le *tiotropium* ; etc.

Les antidépresseurs imipraminiques et la plupart des antihistaminiques H1 sédatifs ont des effets atropiniques.

Les patients âgés sont particulièrement sensibles aux effets indésirables centraux des atropiniques (16).

Diéthylstilbestrol après exposition in utero ? On sait que l'exposition in utero au *diéthylstilbestrol* (alias *DES*) a des effets à long terme (17). Des troubles psychiques font peut-être partie de ces effets. Des études animales ont mis en évidence un comportement agressif plus fréquent chez les souris exposées au *DES* pendant la gestation que chez les souris non exposées (doses non précises).

Dans l'espèce humaine, le suivi à long terme d'un essai randomisé, et d'études épidémiologiques ont mis en évidence un risque de survenue à l'adolescence ou à l'âge adulte de troubles psychiques plus important après exposition in utero au *DES* (17).

Addition de risques de comportements violents

L'association d'un médicament exposant à des comportements violents avec une substance ayant cet effet, en particulier l'alcool et certaines substances illicites, majore ce risque.

Plusieurs cas de comportements violents ont été imputés à l'association d'alcool ou de substances illicites avec divers médicaments, notamment des benzodiazépines (telles que la *flunitrazépam*), la *bupropione*, des antidépresseurs sérotoninergiques, etc. (3,18,19).

En pratique

Les troubles du comportement ont parfois une origine médicamenteuse. L'apparition d'un comportement violent ou son aggravation récente justifie d'évoquer le rôle des médicaments pris par le patient. Leur arrêt est à envisager, en tenant compte des conséquences de cette décision sur la santé du patient.

Quand un médicament connu pour exposer à des comportements violents est envisagé, il est judicieux d'informer les patients et de les inciter à avertir leur entourage afin de les inviter à rester attentifs à des changements de comportement, en particulier à l'apparition d'une agressivité, d'une irritabilité, d'une agitation. Au cours du suivi, il est prudent de s'enquérir de changements de comportement et de rappeler que l'alcool augmente le risque.

Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction, sans aucun conflit d'intérêts ©Prescrire

Recherche documentaire

Notre recherche documentaire a reposé sur le suivi prospectif et continu des sommaires des principales revues internationales, des *Current Contents-Clinical Medicine* et des bulletins de l'*International Society of Drug Bulletins (ISDB)* mis en œuvre au sein du Centre de documentation *Prescrire* ; ainsi que sur la consultation systématique d'ouvrages de base en pharmacologie clinique (*Martindale The complete drug reference*). Nous avons par ailleurs interrogé les bases de données Embase (1996-semaine 47 de 2013), Medline (1946-2^e semaine de novembre 2013) et nous avons consulté les sites de l'ANSM, l'EMA, OEDT, Rxisk, MHRA pour la dernière fois le 12 juillet 2013.

Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les méthodes habituelles de *Prescrire* : notamment, vérification de la sélection des documents et de leur analyse, relecture externe, contrôles de qualité multiples.

1- Coccaro E "Intermittent explosive disorder in adults : Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis" (mise à jour novembre 2013) UpToDate, Waltham 2013 ; version 21.10 : 13 pages.

2- Prescrire Rédaction "Antidépresseurs IRS et violence" *Rev Prescrire* 2008 ; 28 (296) : 431-432.

3- Herxheimer A et coll. "Case histories as evidence" *Int J Risk Saf Med* 2012 ; 24 : 23-29.

4- Bygdell M et coll. "Psychiatric adverse drug reactions reported during a 10-year period in the Swedish pediatric population" *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012 ; 21 : 79-86.

5- Moore TJ et coll. "Prescription drugs associated with reports of violence towards others" *PLoS One* 2010 ; 5 (12) : 5 pages.

6- Rouve N et coll. "Prescribed drugs and violence : a case/noncase study in the French pharmacovigilance database" *Eur J Clin Pharmacol* 2011 ; 67 (11) : 1189-1198.

7- Prescrire Rédaction "Comportement violent : parfois dû au médicament" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (313) : 828.

8- Shaw SC et Fletcher AP "Aggression as an adverse drug reaction" *Adverse Drug React Toxicol Rev* 2000 ; 19 (1) : 35-45.

9- "Valproate". In : "Martindale The complete drug reference" The Pharmaceutical Press, London. Site

www.medicinescomplete.com consulté le 12 juillet 2013 : 83 pages.

10- "Stiripentol". In : "Martindale The complete drug reference" The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 12 juillet 2013 : 3 pages.

11- Prescrire Rédaction "Trégabaline et milnacipran : AMM refusée dans la fibromyalgie" *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (320) : 422-423.

12- Prescrire Rédaction "12-5-2. Patient sous anticholinestérasique" *Rev Prescrire* 2013 ; 33 (362 suppl. interactions médicamenteuses).

13- "Mordgedanken unter Interferonen und Ribavirin (Copegus®, Rebeto®)" *Arznei-Telegramm* 2010 ; 41 (10) : 108.

14- Prescrire Rédaction "Testostérone gel : des enfants exposés par contact avec un adulte" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (309) : 505.

15- Rxisk. Making medicines safer for all of us "Humalog (insulin lispro)" non daté. Site www.rxisk.org consulté le 12 juillet 2013 : 3 pages.

16- Prescrire Rédaction "Fiche M1. Le syndrome atropinique en bref" *Rev Prescrire* 2013 ; 33 (362 suppl. interactions médicamenteuses).

17- Prescrire Rédaction "Troubles psychiques après exposition in utero au DES" *Rev Prescrire* 2011 ; 31 (333) : 513-516.

18- Chandler P et Herxheimer A "Unexpected aggressive behavior : interaction of bupropion and alcohol" *Int J Risk Saf Med* 2011 ; 23 : 133-137.

19- Daderman AM et Lidberg L "Flunitrazepam (Rohypnol) abuse in combination with alcohol causes premeditated, grievous violence in male juvenile offenders" *J Am Acad Psychiatry Law* 1999 ; 27 (1) : 83-99.

DCI	France	Belgique	Suisse
acide valproïque	DEPAKINE® ou autre	DEPAKINE® ou autre	DEPAKINE® ou autre
alprazolam	XANAX® ou autre	XANAX® ou autre	XANAX®
aripiprazole	ABILIFY®	ABILIFY®	ABILIFY®
atazanavir	REYATAZ®	REYATAZ®	REYATAZ®
atomoxétine	STRATTERA® (autorisé)	STRATTERA®	STRATTERA®
atropine injectable	ATROPINE SULFATE LAVOISIER® ou autre	ATROPINE SULFATE STEROP® ou autre	ATROPINUM SULF SINTETICA® ou autre
benfluorex	ex-MEDIATOR® ou autre	—	ex-MEDIAAXAL®
blpéridène	AKINETON LP®	AKINETON®	AKINETON®
bupropione alias amfébutamone	ZYBAN LP®	ZYBAN®, WELLBUTRIN®	ZYBAN®, WELLBUTRIN XR®
citalopram	SEROPRAM® ou autre	CIPRAMIL® ou autre	SEROPRAM® ou autre
cildinium	(a)	—	(a)
clonazépam	RIVOTRIL®	RIVOTRIL®	RIVOTRIL®
désvenlafaxine	—	—	—
diazépam	VALIUM® ou autre	VALIUM® ou autre	VALIUM® ou autre
diéthylstilbestrol alias DES	DISTILBÈNE®	ex-DISTILBÈNE® ou autre	ex-OESTROSTILBÈNE®
donépézil	ARICEPT® ou autre	ARICEPT® ou autre	ARICEPT® ou autre
duloxétine	CYMBALTA®	CYMBALTA®, YENTREVE®	CYMBALTA®
éfavirenz	SUSTIVA®	STOCRIN®	STOCRIN®
escitalopram	SEROPLEX®	SIPRALEXA®	CIPRALEX®
eszopiclone	—	—	—
fébamate	TALOXIA®	TALOXIA®	TALOXIA®
flavoxate	URISPAS®	URISPAS®	URISPAS®
flunitrazépam	ex-ROHYPNOL® ou autre	FLUNITRAZEPAM EG®	ROHYPNOL®
fluoxétine	PROZAC® ou autre	PROZAC® ou autre	FLUCTINE® ou autre
fluvoxamine	FLOXYFRAL® ou autre	FLOXYFRAL® ou autre	FLOXYFRAL® ou autre
gabapentine	NEURONTIN® ou autre	NEURONTIN® ou autre	NEURONTIN® ou autre
galantamine	REMINYL® ou autre	REMINYL® ou autre	REMINYL®
insuline lispro	HUMALOG®	HUMALOG®	HUMALOG®
Interféron alfa	ROFERON A®, INTRONA®	ROFERON A®, INTRONA®	ROFERON A®, INTRONA®
ipratropium inhalé	ATROVENT® ou autre	ATROVENT® ou autre	ATROVENT® ou autre
isotrétinoïne orale	PROCURTA® ou autre	ROACCUTANE® ou autre	ROACCUTAN® ou autre
lamotrigine	LAMICTAL® ou autre	LAMICTAL® ou autre	LAMICTAL® ou autre
lévétiracétam	KEPPRA® ou autre	KEPPRA® ou autre	KEPPRA® ou autre
mélloquine	LARIAM®	LARIAM®	LARIAM® ou autre

a- En association seulement.

b- Associé à la colchicine et à la poudre d'opium dans Colchimax®.

DCI	France	Belgique	Suisse
méthylphénidate	RITALINE® ou autre	RILATINE® ou autre	RITALINE® ou autre
mirtazapine	NORSET® ou autre	REMERGON® ou autre	REMERON® ou autre
modafinil	MODIODAL® ou autre	PROVIGIL®	MODASOMIL®
montélukast	SINGULAIR® ou autre	SINGULAIR® ou autre	SINGULAIR® ou autre
olanzapine	ZYPREXA® ou autre	ZYPREXA® ou autre	ZYPREXA® ou autre
oxybutynine	DITROPAN® ou autre	DITROPAN® ou autre	DITROPAN® ou autre
paroxétine	DEROXAT® ou autre	SEROXAT® ou autre	DEROXAT® ou autre
peginterféron alfa	PEGASYS®, VIRAFERONPEG®	PEGASYS®, PEGINTRON®	PEGASYS®, PEGINTRON PEN® ou autre
prégabaline	LYRICA®	LYRICA®	LYRICA®
quétiapine	XEROQUEL LP®	SEROQUEL® ou autre	SEROQUEL® ou autre
ribavirine	REBETOL® ou autre	REBETOL® ou autre	REBETOL® ou autre
rimonabant	ex-ACOMPLIA®	ex-ACOMPLIA®	ex-ACOMPLIA®
rispéridone	RISPERDAL®, RISPERDALORO® ou autre	RISPERDAL® ou autre	RISPERDAL® ou autre
rivastigmine	EXELON® ou autre	EXELON®	EXELON®
scopolamine alias hyoscine	SCOPOLAMINE COOPER® ou autre	SCOPOLAMINE HBR STEROP®	BUSCOPAN®
scopolamine transdermique	SCOPODERM TTS®	—	ex-SCOPODERM TTS®
sertraline	ZOLOFT® ou autre	SERLAIN® ou autre	ZOLOFT® ou autre
solfénacine	VESICARE®	VESICARE®	VESICARE®
stiripentol	DIACOMIT®	DIACOMIT®	—
testostérone locale	ANDROGEL® ou autre	ANDROGEL® ou autre	TESTOGEL® ou autre
tiémonium	ex-VISCERALGINE® (b)	—	—
tiotropium	SPIRIVA®, SPIRIVA RESPIMAT®	SPIRIVA®, SPIRIVA RESPIMAT®	SPIRIVA®
tottérodine	DETRUSITOL®	DETRUSITOL®	DETRUSITOL SR® ou autre
topiramate	EPITOMAX® ou autre	TOPAMAX® ou autre	TOPAMAX® ou autre
triazolam	ex-HALCION®	HALCION®	HALCION®
trihexyphénidyle	ARTANE® ou autre	ARTANE®	ex-ARTANE®
tropatépine	LEPTICUR®	—	—
tropium	CERIS®	—	SPASMO-URGENINE NEO®
varénicline	CHAMPIX®	CHAMPIX®	CHAMPIX®
venlafaxine	EFFEXOR LP® ou autre	EFEXOR® ou autre	EFEXOR ER® ou autre
vigabatrine	SABRIL®	SABRIL®	SABRIL®
ziprasidone	—	—	—
zolpidem	STILNOX® ou autre	STILNOCT® ou autre	STILNOX® ou autre

Échelle de Bristol

Type 1		Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer.
Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite.
Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.
Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).
Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées.
Type 7		Pas de morceau solide, entièrement liquide.

	5. TONUS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tonus habituel (normal, hypo ou hypertonique). 0 0 0 ➤ Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux. 1 1 1 ➤ Accentuation spontanée du tonus au repos. 2 2 2 ➤ Mêmes signes que 2 avec mimique douloureuse. 3 3 3 ➤ Mêmes signes que 2 avec cris et/ou pleurs. 4 4 4 			
	6. MIMIQUES, EXPRESSIONS DU VISAGE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Faciès détendu ou faciès inquiet habituel. 0 0 0 ➤ Faciès inquiet inhabituel. 1 1 1 ➤ Mimique douloureuse lors des manipulations. 2 2 2 ➤ Mimique douloureuse spontanée. 3 3 3 ➤ Mêmes signes que 1-2-3 accompagné de manifestations neurovégétatives. 4 4 4 			
	7. EXPRESSION DU CORPS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Peu de capacité à s'exprimer et/ou agir de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Mouvements stéréotypés ou hyperactivité de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Recrudescence de mouvements spontanés. 1 1 1 ➤ Etat d'agitation inhabituel ou prostration. 2 2 2 ➤ Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse. 3 3 3 ➤ Mêmes signes que 1-2 ou 3 avec cris et/ou pleurs. 4 4 4 			
	8. INTERACTION LORS DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acceptation du contact et/ou aide partielle lors des soins (habillage...). 0 0 0 ➤ Réaction d'appréhension habituelle au toucher. 0 0 0 ➤ Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher. 1 1 1 ➤ Réaction d'opposition ou de retrait. 2 2 2 ➤ Réaction de repli. 3 3 3 			
TOTAL					

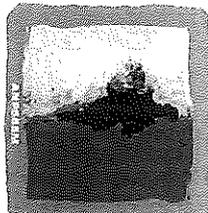
EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ DES SUJETS DYSCOMMUNICANTS (EDD)

NOM :

Prénom :

			Date		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	1. PLAINTES SOMATIQUES	Emissions vocales et/ou pleurs et/ou cris : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Habituels ou absence habituelle. ➤ Intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris. ➤ Provoqués par les manipulations. ➤ Spontanés tout à fait inhabituels. ➤ Avec manifestations neurovégétatives. 	0	0	0
			1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	2. TROUBLES DU SOMMEIL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sommeil habituel ➤ Sommeil agité ➤ Insomnies (troubles de l'endormissement et/ou réveil nocturne) ➤ Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil). 	0	0	0
			1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	3. IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aucune zone douloureuse. ➤ Zone sensible localisée lors des soins. ➤ Zone douloureuse révélée par la palpation. ➤ Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen. ➤ Zone douloureuse désignée de façon spontanée. ➤ Examen impossible du fait de la douleur. 	0	0	0
			1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
			5	5	5
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	4. TROUBLES DU COMPORTEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle. 	0	0	0
		Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto et/ou hétéro-agression) :			
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Passagère. ➤ Durable. 	1	1	1
			2	2	2
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaction de panique (hurlements, réactions neurovégétatives). 	3	3	3
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actes d'automutilation. 	4	4	4	

	5. TONUS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tonus habituel (normal, hypo ou hypertonique). ✓ Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux. ✓ Accentuation spontanée du tonus au repos. ✓ Mêmes signes que 2 avec mimique douloureuse. ✓ Mêmes signes que 2 avec cris et/ou pleurs. 	0	1	0	0	0
	6. MIMIQUES, EXPRESSIONS DU VISAGE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle. ✓ Faciès détendu ou faciès inquiet habituel. ✓ Mimique douloureuse lors des manipulations. ✓ Mimique douloureuse spontanée. ✓ Mêmes signes que 1-2-3 accompagné de manifestations neurovégétatives. 	0	0	0	0	0
	7. EXPRESSION DU CORPS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle. ✓ Peu de capacité à s'exprimer et/ou agir de manière habituelle. ✓ Mouvements stéréotypés ou hyperactivité de manière habituelle. ✓ Recrudescence de mouvements spontanés. ✓ Etat d'agitation inhabituel ou prostration. ✓ Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse. ✓ Mêmes signes que 1-2 ou 3 avec cris et/ou pleurs. 	0	0	0	0	0
	8. INTERACTIONS LORS DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acceptation du contact et/ou aide partielle lors des soins (habillage...). ✓ Réaction d'appréhension habituelle au toucher. ✓ Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher. ✓ Réaction d'opposition ou de retrait. ✓ Réaction de repli. 	0	0	0	0	0
TOTAL							



EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ DES SUJETS DYSCOMMUNICANTS (EDD)

NOM :
Prénom :

RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR		Date				
RETENTISSEMENT SOMATIQUE						
Emissions vocales et/ou pleurs et/ou cris :						
1. PLAINTES SOMATIQUES	1	Habituels ou absence habituelle.	0	1	0	1
	2	Intensités ou apparition de pleurs et/ou cris.	0	1	0	1
	3	Provoqués par les manipulations. Spontanés tout à fait inhabituels. Avec manifestations neurovégétatives.	0	1	0	1
2. TROUBLES DU SOMMEIL	1	Sommeil habituel	0	1	0	1
	2	Sommeil agité insomnies (troubles de l'endormissement et/ou réveil nocturne)	0	1	0	1
	3	Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil).	0	1	0	1
3. IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	1	Aucune zone douloureuse.	0	1	0	1
	2	Zone sensible localisée lors des soins.	0	1	0	1
	3	Zone douloureuse révélée par la palpation. Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen. Zone douloureuse désignée de façon spontanée. Examen impossible du fait de la douleur.	0	1	0	1
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL						
4. TROUBLES DU COMPORTEMENT	1	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle. Déstabilisation (cris, fuite, évanouissement, stéréotypie, auto et/ou hétéro-agression) :	0	1	0	1
	2	Durable.	0	1	0	1
	3	Réaction de panique (hurllements, réactions neurovégétatives).	0	1	0	1
4	Actes d'automutilation.	0	1	0	1	

	5. TONUS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tonus habituel (normal, hypo ou hypertonique). 0 0 0 ➤ Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux. 1 1 1 ➤ Accentuation spontanée du tonus au repos. 2 2 2 ➤ Mêmes signes que 2 avec mimique douloureuse. 3 3 3 ➤ Mêmes signes que 2 avec cris et/ou pleurs. 4 4 4 			
	6. MIMIQUES, EXPRESSIONS DU VISAGE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Faciès détendu ou faciès inquiet habituel. 0 0 0 ➤ Faciès inquiet inhabituel. 1 1 1 ➤ Mimique douloureuse lors des manipulations. 2 2 2 ➤ Mimique douloureuse spontanée. 3 3 3 ➤ Mêmes signes que 1-2-3 accompagné de manifestations neurovégétatives. 4 4 4 			
	7. EXPRESSION DU CORPS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Peu de capacité à s'exprimer et/ou agir de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Mouvements stéréotypés ou hyperactivité de manière habituelle. 0 0 0 ➤ Recrudescence de mouvements spontanés. 1 1 1 ➤ Etat d'agitation inhabituel ou prostration. 2 2 2 ➤ Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse. 3 3 3 ➤ Mêmes signes que 1-2 ou 3 avec cris et/ou pleurs. 4 4 4 			
	8. INTERACTION LORS DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acceptation du contact et/ou aide partielle lors des soins (habillage...). 0 0 0 ➤ Réaction d'appréhension habituelle au toucher. 0 0 0 ➤ Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher. 1 1 1 ➤ Réaction d'opposition ou de retrait. 2 2 2 ➤ Réaction de repli. 3 3 3 			
TOTAL					

EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ DES SUJETS DYSCOMMUNICANTS (EDD)

NOM :

Prénom :

			Date		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	1. PLAINTES SOMATIQUES	Emissions vocales et/ou pleurs et/ou cris : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Habituels ou absence habituelle. ➤ Intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris. ➤ Provoqués par les manipulations. ➤ Spontanés tout à fait inhabituels. ➤ Avec manifestations neurovégétatives. 	0	0	0
			1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
	2. TROUBLES DU SOMMEIL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sommeil habituel ➤ Sommeil agité ➤ Insomnies (troubles de l'endormissement et/ou réveil nocturne) ➤ Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil). 	0	0	0
			1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
	3. IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aucune zone douloureuse. ➤ Zone sensible localisée lors des soins. ➤ Zone douloureuse révélée par la palpation. ➤ Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen. ➤ Zone douloureuse désignée de façon spontanée. ➤ Examen impossible du fait de la douleur. 	0	0	0
			1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
			5	5	5
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	4. TROUBLES DU COMPORTEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle. 	0	0	0
		Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto et/ou hétéro-agression) :			
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Passagère. ➤ Durable. 	1	1	1
			2	2	2
				3	3
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaction de panique (hurlements, réactions neurovégétatives). 	3	3	3
			4	4	4
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actes d'automutilation. 	4	4	4

Probabilité clinique de thrombose veineuse profonde selon le Score de Wells

Paramètres cliniques	scores
△ Cancer évolutif au cours des six derniers mois (traitement actif ou palliatif)	1
△ Paralysie, parésie ou immobilisation récente (par un plâtre) des membres inf.	1
△ Alitement récent de plus de 3 jours ou intervention chirurgicale importante dans les 4 dernières semaines	1
△ Douleur à la pression sur le trajet du système veineux profond	1
△ Œdème de tout le membre inférieur	1
△ Gonflement du mollet de plus de 3 cm par rapport au membre sain (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale)	1
△ Œdème à godet (plus important au niveau du membre atteint)	1
△ Veines collatérales superficielles (non variqueuses)	1
△ Autre diagnostic aussi ou plus probable que celui d'une thrombophlébite profonde	-2

Liste des diagnostics différentiels de la TPP (AIDE MÉMOIRE)

- a. Étirement et déchirure musculaire
- b. Lymphangite-obstruction lymphatique
- c. Insuffisance veineuse chronique-varicosité
- d. Kyste de Baker
- e. Cellulite
- f. Affections au genou
- g. Atteinte artérielle

SCORE : * Probabilité modérée à élevée : 2 ou plus
 * Probabilité faible : ≤ à 1