



Prise en charge des douleurs  
aiguës à l'officine

# Comment utiliser au mieux les analgésiques de la liste B+

Simona Agostini-Ferrier, Véronique Kälin, Jérôme Berger

**Depuis la mi-2021, les pharmacies ont la possibilité de prescrire des analgésiques de palier 1. Comment utiliser au mieux ces principes actifs pour adapter la prescription et le conseil officiel aux besoins du patient ?**

La modification de la loi sur les produits thérapeutiques (LPT) a octroyé aux pharmaciennes et pharmaciens le droit de devenir prescripteurs pour la prise en charge de certaines pathologies courantes. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2021, la liste concernant les médicaments pouvant être conseillés et remis sans ordonnance par les pharmacies (« liste B+ ») a été élargie en termes d'indications et de médicaments, en particulier aux analgésiques de palier I dans l'indication de douleurs aiguës. A ce jour, huit DCI et trente-sept spécialités font partie de cette liste si l'on considère les différents dosages et formes galéniques, hors génériques [1].

## La douleur en chiffres

La prise en charge de la douleur représente un défi médical quotidien, que doivent souvent relever simultanément plusieurs professionnels de santé. Les pharmacies d'officine jouent un rôle clé puisqu'en 2020 en Suisse, 300 000 personnes par jour en moyenne ont visité une pharmacie [2], et que les analgésiques et anti-inflammatoires sont parmi les principales classes de médicaments délivrés. En 2017, le principe actif le plus remis en Suisse a été le paracétamol (4,4 millions d'achats), suivi par l'ibuprofène [3].

Des études de consommation rapportent toutefois que près de la moitié des utilisateurs d'antalgiques OTC (49%) ont une méconnaissance des effets indésirables, et qu'une proportion presque équivalente (44%) consomme des doses plus importantes que celles recommandées [4]. L'ampleur croissante à l'échelle mondiale de la demande d'analgésiques, qu'ils soient prescrits ou en automédication, peut entraîner

un risque de banalisation d'emploi, risque face auquel les pharmaciennes et pharmaciens sont appelés à rester vigilants !

## Quand la douleur peut-elle être prise en charge à l'officine ?

Il est possible de prendre en charge en pharmacie les patientes et patients souffrant de douleurs aiguës d'intensité faible à modérée. Pour rappel, une douleur est aiguë quand la manifestation symptomatique dure depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la remise sans ordonnance les patients qui souffrent de douleurs chroniques, de douleurs neuropathiques et de toutes les douleurs qui nécessitent un diagnostic médical préalable ou qui sont intenses (> 5 sur une échelle de 1 à 10) [1,5]. Toutefois, même en cas de remise d'un traitement antalgique sur prescription médicale, le pharmacien peut proposer un accompagnement tel que soutien à l'adhésion thérapeutique ou en addictovigilance (pour



### Drapeaux rouges

- Intensité > 5 sur une échelle de 1 à 10;
- Douleur qui persiste au repos et en particulier durant la nuit;
- Douleur suite à un traumatisme important;
- Antécédents de cancer;
- Altération de l'état général;
- Fièvre;
- Douleur abdominale d'apparition brutale et localisée;
- Douleur associée à une altération de la vue, nausées, vomissements, paresthésie;
- Douleur irradiant dans le bras gauche.

© stock.adobe.com/leremy

la prévention des mésusages), dispensation de matériel de soins palliatifs, hospitalisation à domicile, écoute active, etc.

Le pharmacien peut être en revanche l'interlocuteur privilégié et de premier recours face à des plaintes telles que céphalées, douleurs menstruelles, dentaires, articulaires, ligamentaires, lombaires, etc. Une intervention appropriée du pharmacien, en plus de soulager le patient, peut réduire de façon significative le risque de chronicisation de la douleur. Les recommandations de prise en charge de la douleur selon les règles de bonnes pratiques sont résumées ici en trois étapes :

- Un triage selon LINDAFF (voir encadré) dans le but d'optimiser la prise en charge thérapeutique et les conseils associés.
- Une identification des éventuels « drapeaux rouges » (red flags) qui pourraient nécessiter une redirection du patient vers une consultation médicale (voir encadré ci-dessus).
- Un suivi du patient avec réévaluation des symptômes douloureux selon l'évolution souhaitée, les actions à entreprendre en cas de persistance ou de péjoration de la douleur [6,7].

### Les différents analgésiques à disposition des pharmaciens

#### Traitements oraux antidouleurs

Nous avons décidé de traiter plus en détail les analgésiques oraux disponibles dans la liste B+, en résumant les généralités et les particularités de ces principes actifs (voir tableau 1). Concernant les formes AINS topiques, il est possible de se référer à

l'article « Conseils de prise en charge et de prévention des blessures du sportif » (voir *pharmaJournal* 8/2021).

#### Analgésiques liste B+ : quels avantages ?

Les médicaments de la liste B+ peuvent être prescrits et délivrés par les pharmaciens en personne en respectant les exigences fixées, notamment l'exclusion des femmes enceintes et allaitantes. La présence physique du patient (sauf impossibilité de déplacement) et la prise en compte des limites d'âge et de la durée de traitement sont nécessaires. Il est fondamental de documenter ce type de remise et de garder une traçabilité de la décision [15].

Bien que de nombreux antalgiques soient déjà disponibles en liste D, le patient a l'avantage d'avoir accès à des médicaments plus dosés, des génériques ou des alternatives de traitement, avec des économies potentielles en termes de temps, de délai (sans rendez-vous préalable) et d'argent (prestation plus économique qu'une consultation médicale). Cette prestation est particulièrement intéressante pour les patients qui ont des franchises élevées.

#### Le paracétamol à la loupe

Le paracétamol est reconnu comme traitement de premier choix dans les douleurs légères à modérées pour les adultes et les enfants, quand la composante inflammatoire n'est pas prépondérante [10]. L'efficacité du paracétamol a été récemment remise en question dans les douleurs liées à l'arthrose et à la lombalgie, indications pour lesquelles un AINS est à préférer [16,17].

Généralement bien toléré, le paracétamol peut toutefois être responsable d'une insuffisance hépatique qui, dans de rares cas, peut conduire à la nécessité d'une greffe, voire au décès du patient. Une hépatotoxicité survient souvent lorsque les posologies ne sont pas respectées ou lorsque plusieurs produits à base de paracétamol sont utilisés simultanément [18]. En 2018 en Suisse, 1188 cas d'intoxications au paracétamol ont été reportés. Depuis l'introduction des comprimés de paracétamol à 1000 mg en Suisse, il a également été constaté une augmentation statistiquement significative des empoisonnements accidentels non intentionnels [19,20]. Il est

donc important de sensibiliser le patient au respect de la posologie et à éviter la redondance involontaire du principe actif.

Enfin, il est nécessaire de prêter attention aux formes effervescentes. En effet, si ces présentations permettent d'atteindre plus rapidement l'effet analgésique, elles contiennent une quantité non négligeable de sel (prendre quatre Dafalgan 1g effervescent par jour équivaut à 5,8g de NaCl). Il convient donc de le déconseiller aux patients présentant un risque cardiovasculaire.

#### Les AINS per os à la loupe

Tous les AINS oraux présentent une efficacité comparable à doses équipotentes. Malgré cela, une grande variabilité interindividuelle existe, concernant majoritairement les effets indésirables plutôt que les bénéfiques. Tous les effets indésirables sont proportionnels aux doses et à la durée de traitement [21]. Indépendamment de la pathologie et du patient, il est recommandé en début de traitement de prescrire la posologie minimale efficace. Le patient peut être invité à gérer lui-même l'administration des doses en fonction de sa douleur (jusqu'à disparition des symptômes) dans la limite de la dose maximale journalière et de l'intervalle de temps à respecter entre les prises. Les AINS ne sont pas recommandés en cas de risque d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque mal compensée ou chez les sujets

#### Exemples de questions pour le triage LINDAFF [8,9]

- Où se situe la douleur ?
- Est-elle localisée ou diffuse ?
- Quelle intensité sur une échelle de 1 à 10 ?
- Depuis quand la douleur est-elle apparue ?
- L'apparition de la douleur est-elle associée à un événement particulier ?
- Est-ce le premier épisode de ce type de douleur ?
- Y a-t-il des facteurs améliorants ou aggravants, notamment le repos ?
- Autres maladies connues ?
- Co-médications ?
- Allergies à certains médicaments ?
- Le patient a-t-il déjà essayé quelque chose (médicamenteux, non-médicamenteux) ?
- Si oui, quelle prise d'analgésiques (médicament, fréquence, posologie, efficacité) ?
- Le patient prend-il des analgésiques tous les jours/régulièrement ?



**Tableau 1.** Analgésiques oraux disponibles sur le marché suisse – caractéristiques et spécificités de la liste B+ [10,11,12,13,14].

DCI	Spécificités liées au mode d'action	Effets indésirables (EI) fréquents et/ou graves	Contre-indications majeures et/ou graves	Interactions médicamenteuses
<b>Acide acétylsalicylique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inhibiteur irréversible COX-1 (et COX-2).</li> <li>Effet antiagrégant plaquettaire à partir de 50 mg/jour (durée d'action environ 1 semaine).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El gastro-intestinaux fréquents.</li> <li>Troubles rénaux.</li> <li>Bronchospasme, asthme.</li> <li>Troubles hématologiques, hémorragies.</li> <li>Syndrome de Reyes (IH grave) lors d'une infection virale.</li> <li>Toxicité foetale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IR sévère (DFG &lt; 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).</li> <li>IH.</li> <li>IC sévère (NYHA III-V).</li> <li>Dès le 6<sup>e</sup> mois de grossesse.</li> <li>Ulcère gastrique/duodénal et maladies intestinales inflammatoires.</li> <li>Antécédent de maladie hémorragique.</li> <li>Bronchospasme provoqué par AINS.</li> <li>Méthotrexate ≥ 15 mg par semaine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autres AINS.</li> <li>AVK et autres anticoagulants oraux.</li> <li>Héparine.</li> <li>Diurétiques.</li> <li>IECA.</li> <li>Sartans.</li> <li>β-bloquants.</li> <li>Antidépresseurs ISRS (augmentation du risque de saignement).</li> <li>Glucocorticoïdes.</li> <li>Acétazolamide.</li> </ul>
<b>Paracétamol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme complexe pas entièrement élucidé. Propriétés analgésiques centrales sans effet anti-inflammatoire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bien toléré, EI rares.</li> <li>Troubles hématologiques rares mais graves.</li> <li>Syndrome de Stevens-Johnson rare mais grave.</li> <li>Hépatotoxicité (surtout si alcoolisme, dénutrition, atteinte hépatique préexistante, surdosage).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles fonctionnels hépatiques graves, hépatite aiguë.</li> <li>Hyperbilirubinémie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation de l'hépatotoxicité avec inducteurs enzymatiques (ex. carbamazépine, millepertuis, alcool), inhibiteurs UDP-glucuronyl-transférase (ex. kétoconazole, naproxène, ézétimibe), substrats glucurono-conjugués (ex. morphine, tramadol, aspirine).</li> <li>Augmentation INR avec AVK, mais reste le médicament de choix sous anticoagulants.</li> </ul>
<b>Métamizole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effet analgésique central et périphérique (inhibiteur COX-1 et COX-2) + Effet spasmolytique direct. Mécanisme d'action largement méconnu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El gastro-intestinaux.</li> <li>Troubles hématologiques rares mais graves.</li> <li>Risque de lésion hépatique grave.</li> <li>Toxicité rénale moindre qu'avec les AINS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédents d'agranulocytose suite à la prise de pyrazolones ou pyrazolidines (par ex. phénylbutazone).</li> <li>Bronchospasme provoqué par AINS.</li> <li>Troubles de l'hématopoïèse.</li> <li>Grossesse, allaitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méthotrexate.</li> <li>Autres AINS.</li> <li>Acide acétylsalicylique (réduit l'effet antiagrégant plaquettaire).</li> <li>Possible induction des CYP2B6 et CYP3A4 → interaction avec p.ex. bupropion,</li> <li>éfavirenz, méthadone, valproate, cyclosporine, tacrolimus, sertraline.</li> </ul>
<b>Acide méfénamique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inhibiteurs réversibles COX-1 et COX-2.</li> <li>Aux plus fortes doses → effet anti-inflammatoire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El gastro-intestinaux : naproxène → diclofénac → ibuprofène.</li> <li>Bronchospasme.</li> <li>Altération de la fonction rénale : diclofénac → ibuprofène → naproxène.</li> <li>Toxicité cardiovasculaire : diclofénac → ibuprofène → naproxène.</li> <li>Réactions cutanées.</li> <li>Syndrome de Stevens-Johnson rare mais grave.</li> <li>Toxicité foetale.</li> <li>Toxicité hématologique rare mais grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IR sévère (DFG &lt; 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> – pour le diclofénac DFG &lt; 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).</li> <li>IH sévère.</li> <li>IC (NYHA III-IV).</li> <li>Ulcère gastrique/duodénal et maladies intestinales inflammatoires.</li> <li>Antécédent de maladie hémorragique.</li> <li>Bronchospasme provoqué par AINS.</li> <li>Dès le 6<sup>e</sup> mois de grossesse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autres AINS et corticoïdes oraux.</li> <li>Acide acétylsalicylique (réduit l'effet antiagrégant plaquettaire).</li> <li>Diurétiques.</li> <li>IECA.</li> <li>Sartans.</li> <li>β-bloquants.</li> <li>Antidépresseurs ISRS (augmentation du risque de saignement).</li> <li>Anticoagulants oraux.</li> <li>Héparine.</li> <li>Méthotrexate &gt;15 mg/semaine (risque accru de toxicité hématologique).</li> </ul>
<b>Ibuprofène</b>				
<b>Diclofénac</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diclofénac plus sélectif pour les COX-2 → plus grande toxicité cardiovasculaire.</li> </ul>			
<b>Naproxène</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Naproxène plus sélectif pour les COX-1 → plus grande toxicité gastro-intestinale</li> </ul>			
<b>Naproxène sodique</b>				



\* Molécule/forme galénique générique.

Abréviations : AVK : antivitaminiques K. DFG : débit de filtration glomérulaire. EBM : Evidence-Based Medicine. GI : gastro-intestinal. GR : gastro-résistant(e). IC : insuffisance cardiaque



Doses usuelles unitaires journalières – Limites d'âge – Autres dosages disponibles (liste D)	Doses maximales journalières pour adultes Durée maximale	Autres remarques Recommandations	Liste B+ Spécialités – Formes galéniques	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants : 15 mg/kg/j.</li> <li>• Enfants &gt; 12 ans et &gt; 40 kg, adultes : 1 à 2 sachets d'Aspégic 500 par prise.</li> <li>• <i>Aspégic (sachet) 100, 250 et 500 mg.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 3000 mg/j.</li> <li>• Sujet âgé, max. 2000 mg/j.</li> <li>• Max. 3 jours sans avis médical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalle de prise : minimum 4h.</li> <li>• Prendre avec beaucoup de liquide (200–300 ml), avec/après un repas.</li> <li>• Les sachets ne contiennent pas de sel.</li> <li>• Déconseillé si métr/o/ménorragie, goutte (effet hyperuricémiant à dose antalgique).</li> <li>• Enfants et adolescents, traitement de 2<sup>e</sup> intention. Ne jamais prescrire chez l'enfant avec infection virale (ex. varicelle).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASPEGIC Forte</b> 1000 mg (sachet)</li> <li>• <b>Seulement &gt;18 ans</b></li> <li>• <b>Max. 1 semaine</b></li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants : 60 mg/kg/j (max. 75 mg/kg/j) en 3 à 4 prises.</li> <li>• 500 mg par prise, adultes et enfants &gt; 9 ans et &gt; 30 kg, 1000 mg par prise, adultes et enfants &gt; 15 ans et &gt; 50 kg.</li> <li>• <i>Panadol* 80, 150, 300, 600 mg (supp); 30 mg/ml (sirop); 100 mg/ml (gttes); 250 (sachet, cpr à croquer); 500 mg (cpr, cpr eff, cpr orodisp, cpr à croquer).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 4000 mg/j. &gt; 12 ans et &gt; 40 kg.</li> <li>• Si &gt; 85 ans dose max. 2000 mg/j.</li> <li>• Si facteurs de risque hépatique (alcool, dénutrition, IH modérée, etc.) max. 2000 mg/j.</li> <li>• <b>Dose journalière pour remise liste B+ max. 3000 mg/j</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> choix de traitement lors de douleurs légères à modérées.</li> <li>• Intervalle de prise : min. 4 h, enfants min. 6 h.</li> <li>• Hépato- et néphrotoxicité en cas de surdosage aigu : adulte = 7,5–10 g; enfant = 140–200 mg/kg, en une prise → antidote : N-acétylcystéine, charbon actif.</li> <li>• Attention à la redondance de principe actif (paracétamol caché dans d'autres produits en automédication).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DAFALGAN</b> 1000 mg (cpr*, cpr eff)</li> <li>• <b>BEN-U-RON</b> 1000 mg (supp)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes, 500 à 1000 mg par prise, 3–4 prises/24 heures.</li> <li>• Pas de dosage disponible en liste D.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 4000 mg/j.</li> <li>• <b>Dose journalière pour remise liste B+ max. 3000 mg/j</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants et adolescents exclus.</li> <li>• Intervalle de prise : <i>non documenté</i>.</li> <li>• Indication officielle : pas un 1<sup>er</sup> choix, fortes douleurs ne répondant pas aux autres mesures.</li> <li>• Absence de données EBM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOVALGIN</b> 500 mg (cpr*), 500 mg/ml (gttes*); 1000 mg (supp)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants &lt; 14 ans : voie orale, 6,5 mg/kg; voie rectale : 12 mg/kg par prise, 2 à 3 fois/j.</li> <li>• Adolescents &gt; 14 ans, adultes : 500 mg 3 fois/j.</li> <li>• Pas de dosage disponible en liste D.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 2000 mg/j.</li> <li>• <b>Dose journalière pour remise liste B+ max. 1500 mg/j.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre avec un repas.</li> <li>• Intervalle de prise : <i>non documenté</i>.</li> <li>• Absence de données EBM.</li> <li>• Absence de preuves d'une efficacité plus grande que les autres AINS dans les douleurs dentaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PONSTAN</b> 125 mg (supp*), 250 mg (caps*), 500 mg (supp*, cpr*)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants &lt; 12 ans : 20 mg/kg/j (max. 30 mg/kg/j) en 3 à 4 prises/24 h.</li> <li>• Adultes et enfants &gt; 12 ans : 400 mg par prise (ponctuellement 600 mg).</li> <li>• <b>Dose unitaire pour remise B+ max. 600 mg.</b></li> <li>• Dosages à 100 mg/5 ml, 200 mg, 200 mg/5 ml, 400 mg, similaires à la liste B+ (en cpr, emballages plus petits).</li> <li>• <i>Algifor* dolo Junior 150 mg/7,5 ml (sachet), Algifor dolo Forte 400 mg/10 ml (sachet).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 2400 mg/j.</li> <li>• <b>Dose journalière pour remise liste B+ max. 1800 mg/j.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre avec un repas, ou à jeun au réveil si bien toléré.</li> <li>• Intervalle de prise : min. 4 h, enfants &lt; 12 ans min. 6 h.</li> <li>• Dose journalière recommandée : max. 1200 mg/j, afin de limiter les risques cardiovasculaires (bon rapport bénéfice/risque).</li> <li>• A dose &gt; 1200 mg/j, risque cardiovasculaire accru.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BRUFEN</b> 200 mg (cpr*); 400 mg (cpr*); 600 mg (cpr*, granulé eff).</li> <li>• <b>SPEDIFEN</b> 400 mg (granulé); 600 mg (granulé)</li> <li>• <b>ALGIFOR Junior</b> 100 mg/5 ml (susp*)</li> <li>• <b>NUROFEN Junior forte</b> 200 mg/5 ml (susp)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants &gt; 1 an, 0,5–2 mg/kg/j en 2 à 3 prises/24 h.</li> <li>• Adultes et enfants &gt; 14 ans (&gt; 18 ans, si 50 mg) : 25 mg (évent. 50 mg) par prise 2 à 3 fois/j.</li> <li>• Dosages à 25 mg, caps et drag, similaires à la liste B+ (emballages plus petits).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dose journalière pour remise liste B+ max. 150 mg/j.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre avec un repas; formes GR avant un repas. Intervalle de prise : min. 4 h.</li> <li>• Dose journalière recommandée : max. 100 mg/j afin de limiter les risques cardiovasculaires.</li> <li>• A dose &gt; 100 mg/j, risque cardiovasculaire accru.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VOLTARENE</b> 12,5 mg (supp*); 15 mg/ml (gttes); 25 mg (drag GR, cpr GR*, caps*, supp); 50 mg/rapide (drag/drag GR, cpr*/cpr GR*, caps*, supp*)</li> <li>• <b>VOLTFAST</b> 50 mg (pdr)</li> <li>• <b>FLECTOR EP</b> 50 mg (granulé)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants &gt; 12 ans : 10–15 mg/kg par prise, max. 15 mg/kg/j.</li> <li>• Adultes : dose initiale 500 mg, puis 250 mg 2 à 3 fois/j.</li> <li>• Pas de dosage disponible en liste D.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1250 mg/j.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre avec un repas.</li> <li>• Intervalle de prise : min. 6 h.</li> <li>• Risque GI accru : évent. associer un IPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PROXEN</b> 250 mg (cpr*); 500 mg (cpr*)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants &gt; 2 ans : 2,5–5 mg/kg par prise, max. 15 mg/kg/j.</li> <li>• Adultes : dose initiale 550 mg, puis 275 mg 2 à 3 fois/j</li> <li>• <i>Aleve</i> 220 mg (cpr).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1375 mg/j.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre avec un repas.</li> <li>• Intervalle de prise : min. 6 h.</li> <li>• Risque GI accru : évent. associer un IPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APRANAX</b> 550 mg (cpr)</li> </ul>	

que. **IECA** : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. **IH** : insuffisance hépatique. **IR** : insuffisance rénale. **ISRS** : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.





âgés de plus de 75 ans. Il faut également éviter d'associer les AINS per os entre eux (majoration des risques sans amélioration des bénéfices) et à d'autres médicaments néphrotoxiques (IECA, diurétiques, sartans, etc.) [22,23].

Lors de recours aux AINS, l'ibuprofène et le naproxène représentent les médicaments de premier choix car ils ont les rapports bénéfices/risques les plus favorables. En particulier, l'ibuprofène présente une balance bénéfices/risques avantageuse jusqu'à une dose maximale de 1200 mg/j (même si selon la liste B+ il est possible de prescrire jusqu'à 1800 mg/j) [10].

De façon surprenante, la liste B+ contient des AINS qui présentent une balance bénéfices/risques défavorable. C'est le cas du diclofénac par voie orale, qui expose à un surcroît de risque cardiovasculaire [10] et du kétoprofène gel par voie topique, qui expose à un risque de photosensibilisation grave et est considéré un médicament à écarter [24].

Dans les cas d'association entre AINS et acide acétylsalicylique en comprimé gastro-résistant, il est conseillé d'espacer la prise d'au moins deux heures pour éviter une diminution de l'effet antiagrégant de l'aspirine.

Enfin, il est possible d'associer – en administrant ensemble ou en décalé – un AINS et le paracétamol, dans le but d'obtenir un effet synergique sans cumul d'effets indésirables. Si le patient présente une sensibilité gastro-intestinale (reflux gastro-œsophagien, etc.), il peut être de bon conseil d'associer un gastro-protecteur pendant le traitement avec AINS, et pour cela l'oméprazole est le mieux évalué [25].

### Le métamizole à la loupe

Le métamizole est un médicament très controversé. Son utilisation présente un risque rare mais grave d'agranulocytose, avec une incidence difficile à évaluer, qui a justifié le retrait du marché dans certains pays ou le refus de l'AMM (France, Suède, etc.). En Suisse, il est officiellement indiqué en cas de «fortes douleurs et forte fièvre ne répondant pas aux autres mesures» [12].

Le mécanisme d'action du métamizole est méconnu mais son efficacité analgésique est comparable aux autres AINS avec une moindre influence sur la fonction rénale et un risque moindre d'hémorragie gastro-intestinale [26]. En plus de l'effet

anti-inflammatoire, des études précliniques ont mis en évidence un effet spasmolytique qui explique son emploi en pratique clinique dans la douleur viscérale colique ou post opératoire. Le métamizole a fait l'objet d'une alerte de pharmacovigilance en 2021, après que des cas de lésions hépatiques ont été observés après quelques jours de traitement. Le patient doit donc être sensibilisé à reconnaître les symptômes évocateurs (ictère, nausées, vomissements, fatigue, troubles épigastriques, etc.).

En raison du mauvais pronostic de l'agranulocytose et bien que cet effet indésirable soit rare, le métamizole est à éviter chez les sujets âgés, en cas de polymorbidité et de maladies auto-immunes. La balance bénéfices/risques du métamizole n'est pas favorable par rapport aux autres AINS [6]: pour cette raison une remise de la part du pharmacien ne peut être justifiée que pour des patients qui ont déjà reçu cette molécule dans une indication spécifique et chez qui le traitement a été bien toléré.

### Conclusion

Ce nouveau droit de prescription accordé au pharmacien comporte aussi des responsabilités et des contraintes en termes de documentation et de temps. Certains des médicaments de la nouvelle liste B+ peuvent être discutables en terme d'EBM (*Evidence-Based Medicine*), mais la création de cette liste a permis d'élargir le choix des traitements à disposition du pharmacien et il devrait continuer de s'élargir. Elle représente aussi la reconnaissance officielle d'un nouveau rôle pour le pharmacien d'officine plus impliqué et plus intégré dans la prise en charge interprofessionnelle du patient. En gardant toujours une approche critique, nous ne pouvons qu'inviter le pharmacien à s'approprier ce nouvel outil, l'utiliser et contribuer ainsi à son évolution et son amélioration. ■

### Adresse de correspondance

D' Jérôme Berger  
Pharmacien chef de la Pharmacie  
Unisanté, Département des Polycliniques  
Rue du Bugnon 44  
1011 Lausanne  
Courriel: Jerome.Berger@unisante.ch

### Références

- [1] Remise simplifiée des médicaments soumis à ordonnance, OFSP, version 07.2021.
- [2] Faits et chiffres, Pharmacies Suisse 2020, PharmaSuisse.
- [3] Groupe Helsana, Rapport sur les médicaments 2018.
- [4] O'Hayon N. et al. Antalgiques en automédication: quels sont les risques? *Rev Med Suisse* 2010; 6: 1338–1341.
- [5] Loi sur les produits thérapeutiques 2019 (LPT).
- [6] Douleur aiguë, Hôpitaux Universitaires Genève, Stratégies 2017.
- [7] Prise en charge à l'officine. Douleurs aiguës, PharmaNews n.188, 10/21.
- [8] Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune, HAS mars 2019.
- [9] Oulhaci de Saussure W. et al., Quand référer aux urgences un patient présentant des douleurs abdominales? *Rev Med Suisse* 2010, 6: 1546–1549.
- [10] Douleur nociceptive chez un adulte. Premiers Choix Prescrire, actualisation novembre 2020.
- [11] NSAIDs: Primary prevention of gastroduodenal toxicity. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), Avril 2019.
- [12] Information sur le médicament. [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch), novembre 2021.
- [13] Remise simplifiée sans ordonnance: indications et médicaments, [i.m@il.Offizin](mailto:i.m@il.Offizin). 31 juillet 2021, n°14.
- [14] Fiche technique Douleur aiguë Paracétamol, Ibuprofène, Diclofénac, Acide acétylsalicylique, pharmaSuisse.
- [15] Remise simplifiée des médicaments soumis à ordonnance: conditions générales, [i.m@il.Offizin](mailto:i.m@il.Offizin). 15 mai 2020, n°9.
- [16] Paracetamol versus placebo for knee and hip osteoarthritis, *Cochrane Library* 2019, Issue 2.
- [17] NICE pathways: «Managing low back pain and sciatica», October 2018.
- [18] Acetaminophen poisoning in adults: treatments, [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), February 2020.
- [19] Hausse d'intoxication au paracétamol, [Toxininfo](http://Toxininfo), [www.toxininfo.ch](http://www.toxininfo.ch), octobre 2020.
- [20] Martinez de la Torre A. et al., National poison center calls before vs after availability of high-dose acetaminophen tablets in Switzerland. *JAMA Network Open* 2020, 3(10): e2022897.
- [21] Chou R. et al., Analgesics for Osteoarthritis: An Update of the 2006 Comparative Effectiveness Review. Agency for Healthcare Research and Quality (US), October 2011, Report No: 11(12)-EHC076-EF.
- [22] ANSM. Rappel des règles de bon usage des AINS, juillet 2013.
- [23] Rollason et al., Prediction by pharmagenetics of safety and efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a review. *Curr Drug Metab* 2014 15(3): 326–343.
- [24] Kétoprofène gel: encore des réactions de photosensibilisation graves. *Vigilances, La Revue Prescrire*, février 2018.
- [25] Fratianni A. et al., Prévention des saignements digestifs hauts sur AINS. *Rev Med Suisse* 2020, 16: 268–271.
- [26] Haschke M. et al., Métamizole: bénéfices et risques par rapport aux AINS. *Forum Med Suisse* 2017, 17(48): 1067–1073.

