

JOURNÉES NATIONALES

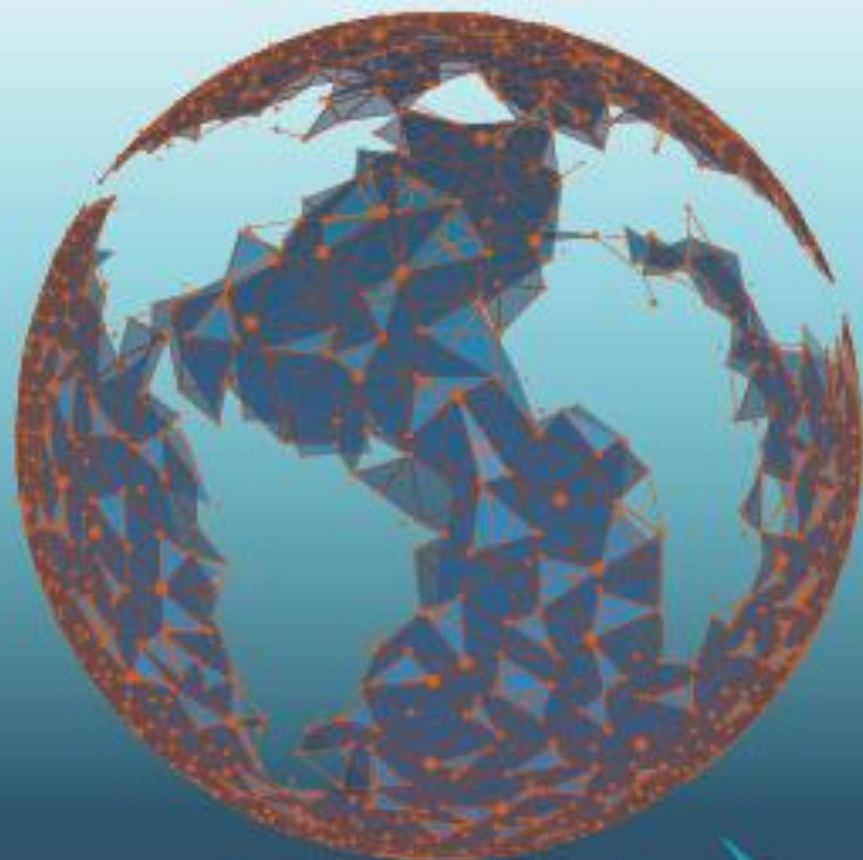
DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE



IPA D'ICI ET D'AILLEURS
inspirations, innovations et partages

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS
Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^E

13-14 NOV
2025



jnipa.fr

ANFIPA
ASSOCIATION
NATIONALE FRANÇAISE
DES INFIRMIER.E.S
EN PRATIQUE AVANCÉE

Gestion de la douleur

Dr LVOVSCHI

Urgences-SAMU69

présidente CLUD GHC HCL / présidente Board Douleur SFMU



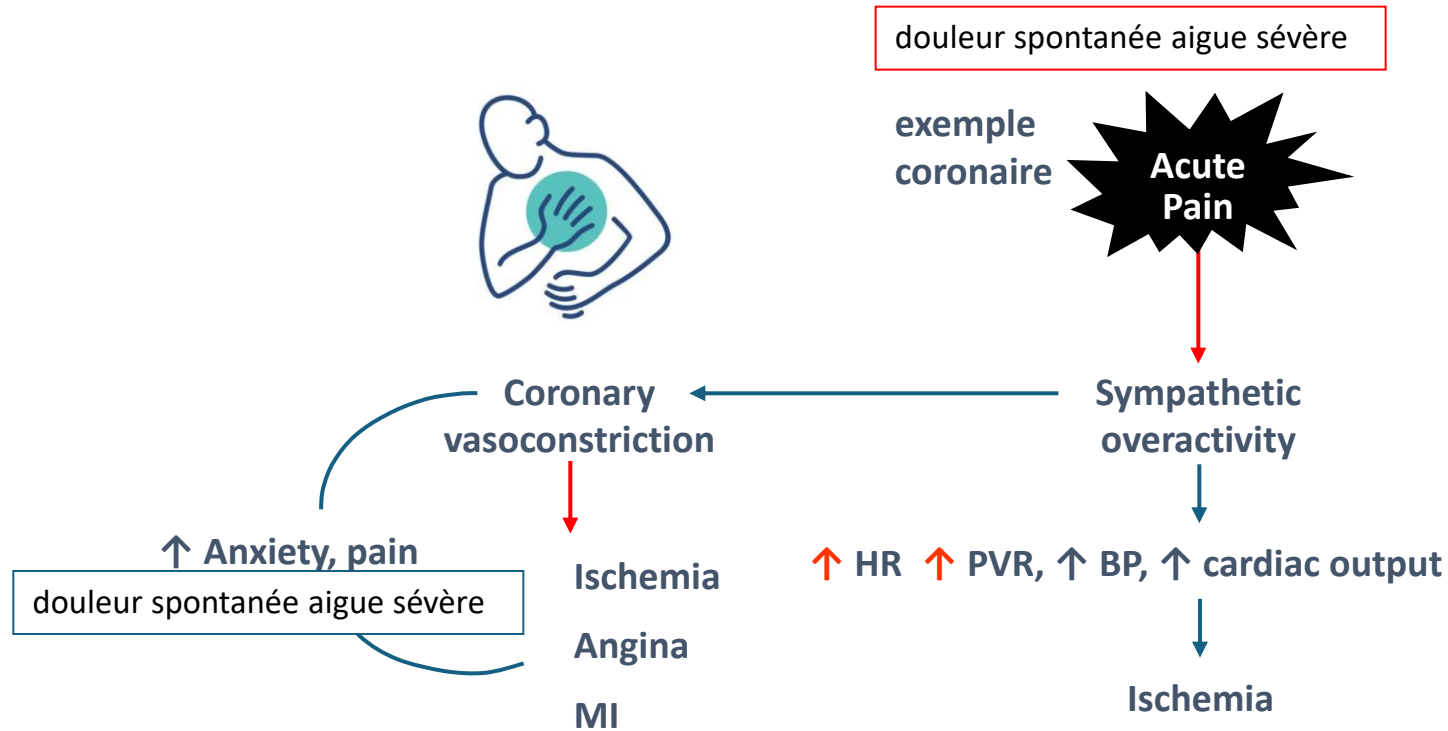
Déclaration de vos liens d'intérêts

Je soussigné(e) **Virginie-Eve Lvovschi**, déclare avoir eu au cours des cinq dernières années :

Une participation active à **plusieurs comités scientifiques, webinaires, avec Sanofi, Eumedica, Viatris, UPSA, Ethypharm**

= TIME IS PAIN = PAIN IS DANGER

Aggravation des lésions tissulaires



MI = myocardial infarction;

HR = heart rate; PVR = peripheral vascular resistance; BP = blood pressure

Cousins M, Power I. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. 4th ed; 1999:447–491.

Bowler DB, et al. In: Cousins MJ, Phillips GD, eds. *Acute Pain Management*; 1986:187–236.

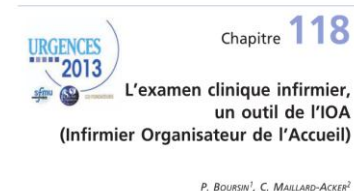
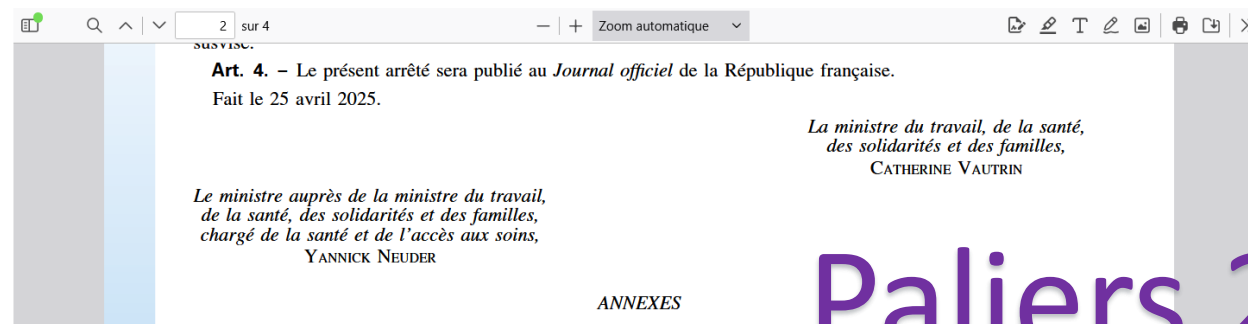


Protocoles d'urgences IDE (1999)

Circulaire n° DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11.02.99
Code de Santé Publique

- Relative à la mise en place de **protocoles de prise en charge de la douleur aiguë** par des équipes pluridisciplinaires **médicales et soignantes** des établissements de santé et institutions médico-sociales
- La **prescription médicale** qui est un préalable réglementaire à la préparation et à l'administration d'un traitement médicamenteux, **peut être remplacée en cas d'urgence par l'application d'un protocole**, daté, signé, validé dans le service et connu de tous.
- La prescription doit être **confirmée ultérieurement par écrit**.

Journal officiel électronique authentifié n° 0102 du 30/04/2025



Paliers 2 / 2 et 3

Impact clinique de la pharmacologie des antalgiques

Traduction dans les guidelines




PLAN

- Douleur= quelle douleur? Qui?
- Nouvelles définitions en antalgie
- Enjeux à moyen/long terme sur le parcours-patient
- Opioides et sécurité immédiate
- Opioides et risques en santé publique
(Crise US/ Les prodrogues de synthèse en F)
- Le retour des AINS

=> [Key messages/innovations](#)

Back to basic: Quelle douleur



- **Population générale 42% (23,5 Millions) DC**
 - Modérées à sévères 36%
 - MSK 36%
 - Orofaciales 33%
 - Abdo 15%
 - Neuropathiques 12%
 - 27% opioïdes
-
- **Fréquente aux urgences (70%)** 40% isolée, Sévère 4
 - Nociceptives+ 40% DC dont 10% acutisations
 - Tous les âges/terrains
 - Motif : traumatologique / origine médicale (A/C)
 - Ambulatoire majoritairement

+ Douleurs provoquées par les soins

50 patients sur une durée totale de 14 h d'observation



Le Pharmacien Clinicien

Volume 59, Issue 2, June 2024, Page e48



EP-043

Évaluation des pratiques professionnelles de la prise en charge de la douleur aux urgences adultes

E. Foret¹, J. Walther¹, A. Dory¹, P. Le Borgne², P. Bilbault², B. Gourieux¹

Résultats

La douleur a été **évaluée pour 88 %** ($n = 44$) (douleur n'a pas été évaluée=barrière de la langue et les troubles cognitifs)

Parmi eux, **80 % sont douloureux** ($n = 35$).

Une prise en charge antalgique a été proposée à 85 % ($n = 30$) des patients douloureux, **47 %** ($n = 14$) l'ont acceptée.

Celle-ci était **non conforme au protocole dans 50 %** ($n = 7$) des cas : 6 de ces patients ont reçu un **traitement de puissance inférieure à celui recommandé**.

Le protocole antalgique IOA est connu de 89 % des médecins/IDE ($n = 43$).

Mr D. Ou.

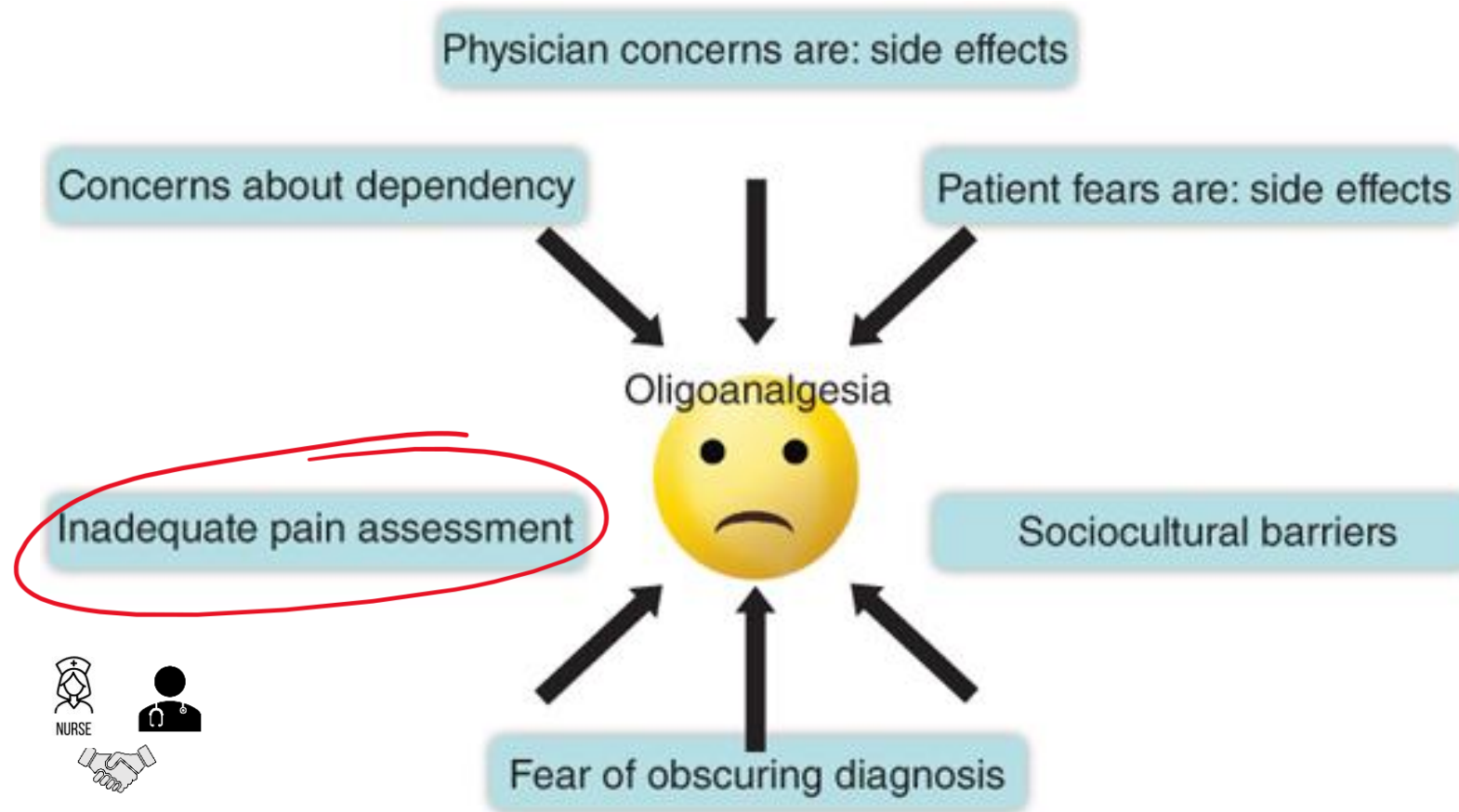
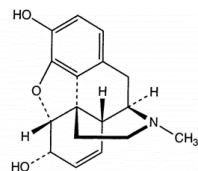


- Drépanocytaire homozygote, sénégalais, suivi depuis 5 ans en F, non splénectomisé, sous valaciclovir et speciafoldine.
- aussi suivi au centre Léon Bérard pour une leucémie aigue, avec chimiothérapie en HAD cette semaine (C2 AZA VENETOCLAX), suivi en psychiatrie de ville pour un état limite.
- Il a déjà fait un passage en réanimation pour choc septique et un autre pour intoxication alcoolique massive et à la carbamazepine.
- Il consulte aux urgences avec des douleurs de cuisse, de l'hypogastre, lombaires basses, TA 12/8, EN imprenable, patient qui ne semble pas comprendre la demande, barrière de langue partielle.
- FC 110/min, 39° de T°, il a des traces de scarifications sur les 2 bras. Un picc-line est sur la face antérieure de son biceps gauche. Il s'automédic avec du tramadol 50 mg en cas de crise, alors qu'il a un patch de fentanyl, sans effet ce jour.



Morphinophobie

n°1



International Association for the Study of Pain (IASP)

Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, Milton, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982

- **une expérience**
- sensorielle
- **et** émotionnelle
- désagréable
- associée
- **ou ressemblant** à celle associée
- à une lésion tissulaire
- réelle ou potentielle



« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou **décrite en termes d'une telle lésion** »
IASP 1979

International Association for the Study of Pain (IASP)

Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, Milton, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982

- **une expérience**
- sensorielle
- **et** émotionnelle
- désagréable
- associée
- **ou ressemblant** à celle associée
- à une lésion tissulaire
- réelle ou potentielle

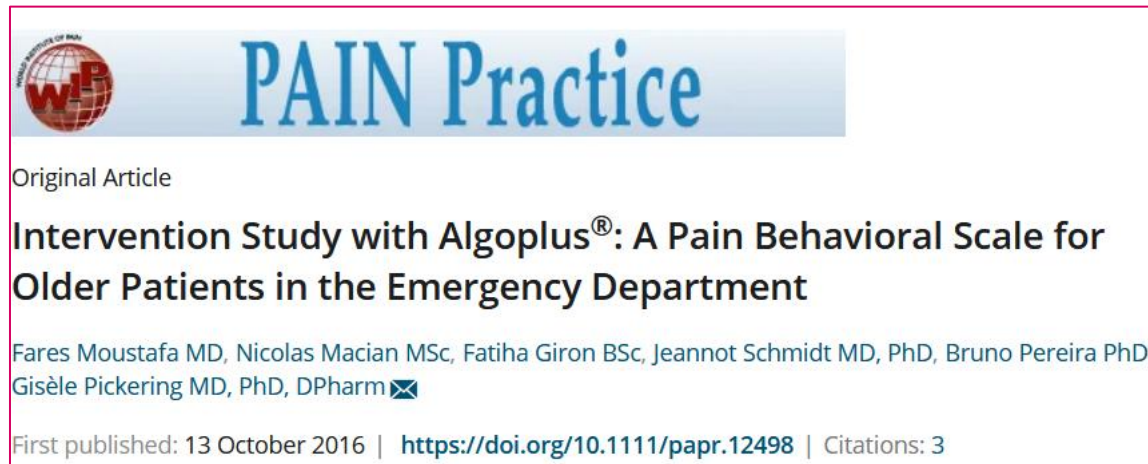


Il est probablement recommandé d'utiliser une **échelle d'hétéro-évaluation** dans l'évaluation de la douleur chez le **patient non communicant**.

Grade 2+



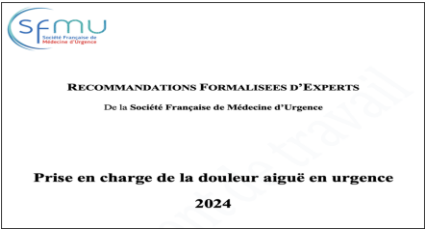
HÉTÉRO-ÉVALUATION ALTERNATIVE?



**ALGOPLUS pour les âgés
et les autres ??????**

Les experts suggèrent d'utiliser **algotplus** ou **BOS3** chez le patient non communicant et âgé de plus de 65 ans; et BOS3 chez le patient non communicant âgé de moins de 65 ans

Avis d'Expert



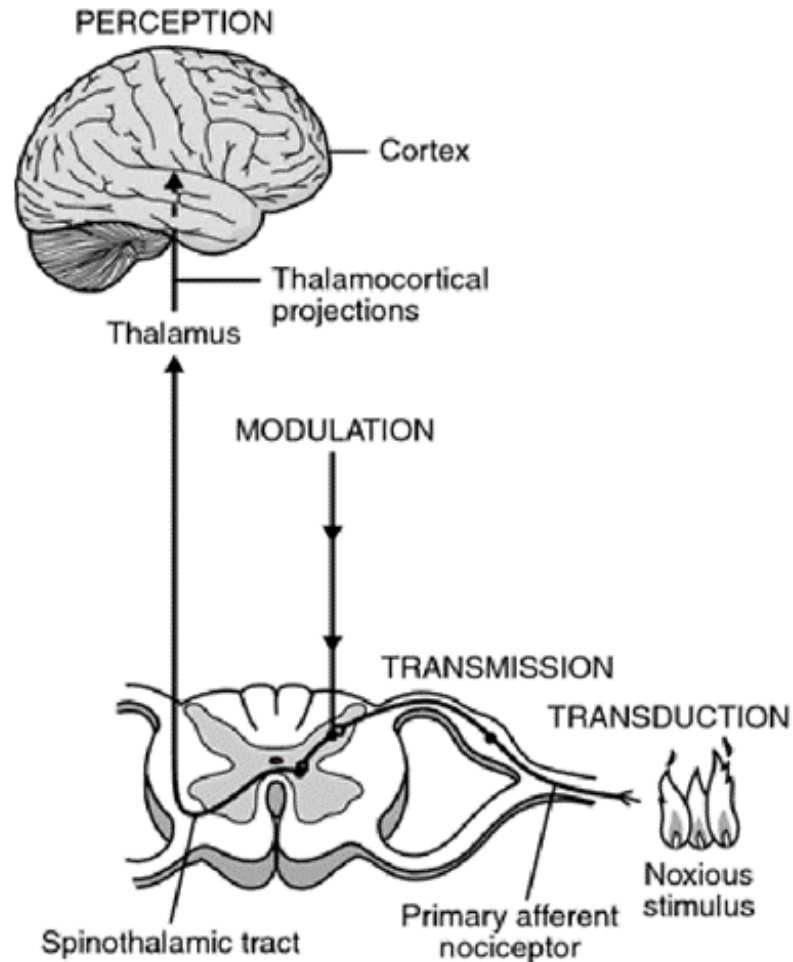
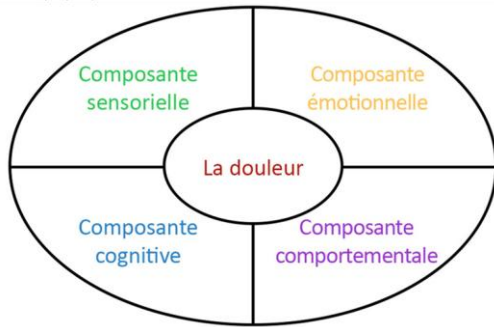
ECHELLE D'OBSERVATION COMPORTEMENTALE (EOC = BOS)

Pour chaque item, indiquer la situation décrivant au mieux l'état du patient		
Gémissements, plaintes Pleurs, gémissements, cris avec ou sans larme	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Front ridé, faciès tendu Expression du visage, expression du regard, grimace douloureuse	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Position antalgique pour protéger une partie du corps au repos, assis ou couché. Recherche active d'une position inhabituelle, ou utilisation spontanée et continue d'une position protectrice pour une douleur présumée d'une partie du corps	Absent	0
	Faible	1
Mouvements précautionneux Lors d'une sollicitation, réaction de défense coordonnée d'une partie du corps présumée douloureuse, ou évitement de l'utilisation d'une partie du corps	Absent	0
	Faible	1
Aggressivité/agitation ou mutisme/prostration Communication plus importante révélée par une agitation ou une communication révélée par l'absence de mouvement ou évitement.	Absent	0
	Notable	2
Score total : Douleur si score ≥ 3		



Tout patient non communicant
Frasca et al Eur J Pain 2017 – Soins primaires
MAIS Pas de validation spécifique aux urgences

Nociception dominante mais

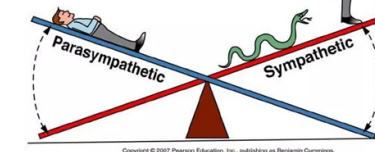


RESEARCH ARTICLE

A prospective study of patients with low back pain attending a Canadian emergency department: Why they came and what happened?

Gregory N. Kawchuk^{1✉*}, Jacob Aaskov^{2‡}, Matthew Mohler^{1‡}, Justin Lowes^{3‡}, Maureen Kruhlak^{3‡}, Stephanie Couperthwaite^{3‡}, Esther H. Yang^{3✉}, Cristina Villa-Roel^{3‡}, Brian H. Rowe^{3,4✉}

2022
PLOS ONE



Sympathetic overactivity

↑ HR ↑ PVR, ↑ BP, ↑ cardiac output

HR = heart rate; PVR = peripheral vascular resistance; BP = blood pressure
Cousins M, Power I. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. 4th ed; 1999:447–491.
Bowler DB, et al. In: Cousins MJ, Phillips GD, eds. *Acute Pain Management*; 1986:187–236.

- **Expérience personnelle influencée** par des facteurs
 - biologiques,
 - psychologiques
 - sociaux
- **≠ que nociception**
- Rôle des expériences de vie, apprentissage
- Effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.



Auto-EVALUATION DE 3 DIMENSIONS

■ Donnez une note à votre douleur:

0 -----> 10

0: absence de douleur

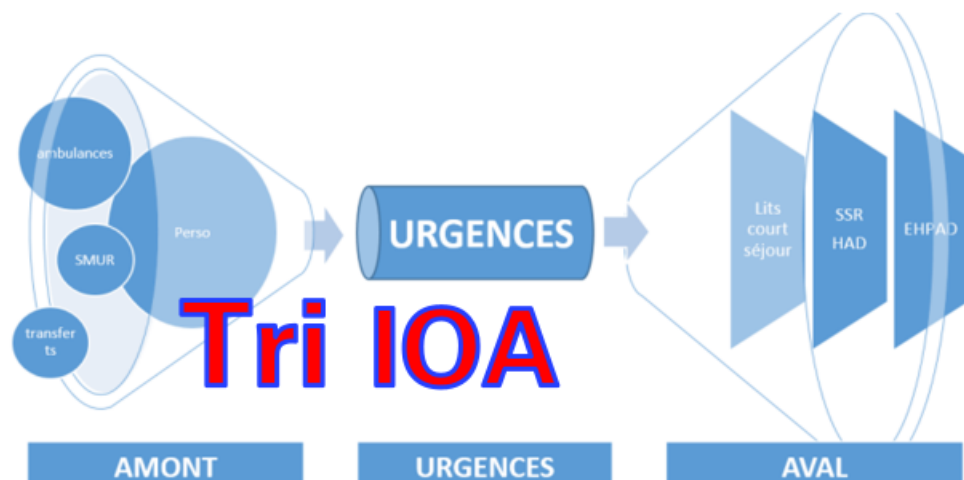
10: douleur la plus forte imaginable



Green, S.M. **There Is Oligo-Evidence for Oligoanalgesia.**
Ann. Emerg. Med. 2012, 60, 212–214

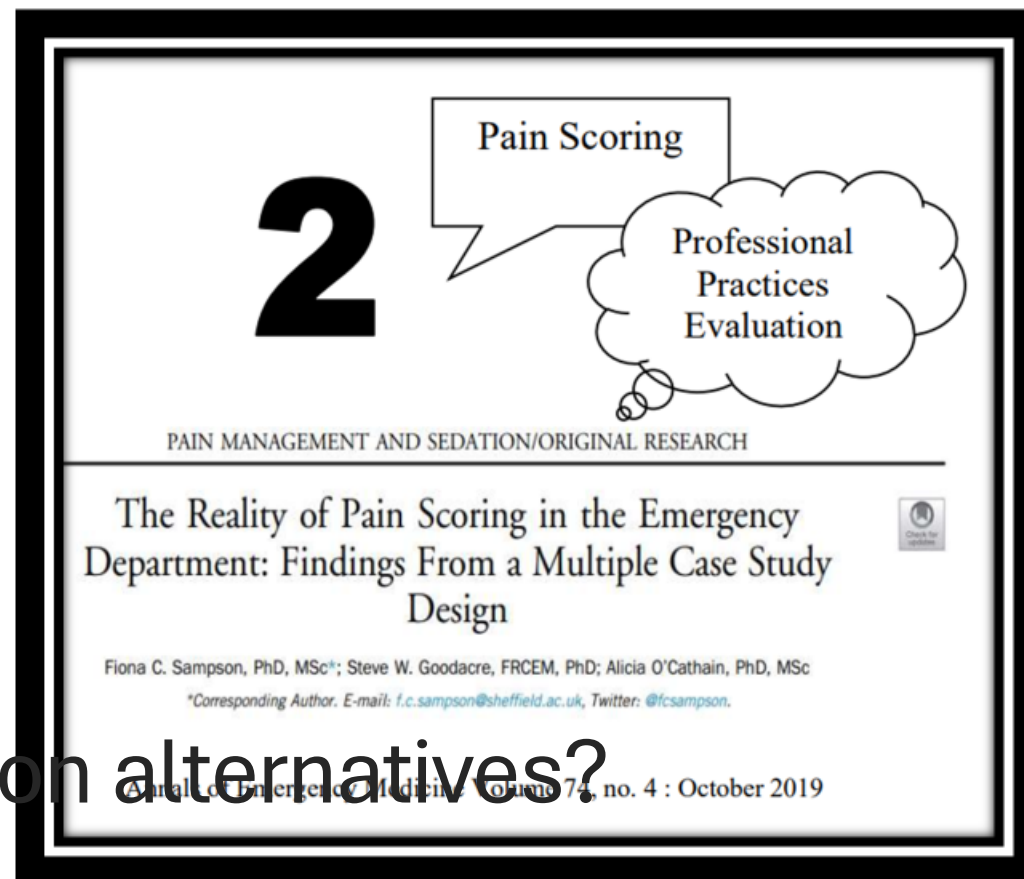
Green, S.M.; Krauss, B.S. **The Numeric Scoring of Pain:**
This Practice Rates a Zero Out of Ten. Ann. Emerg. Med. 2016, 67, 573–575

EN devient Polémique ?



**Le patient et le soignant interprètent
les outils pour d'autres but
que l'expression de la douleur
UPGRADING vs DOWNGRADING**

Essais d'évaluation alternatives?





LE NOL[®] (NOCICEPTION LEVEL[®] INDEX)

Pléthysmographie

10 min de calibrage au calme

**Non réalisable aux
urgences!**



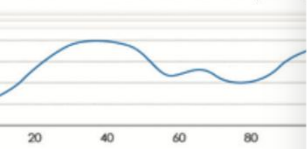
LE NOL[®] (NOCICEPTION EX)

ORIGINAL RESEARCH • RECHERCHE ORIGINALE

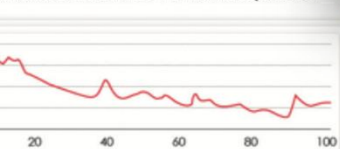
Vital Signs Are Not Associated with Self-Reported Acute Pain Intensity in the Emergency Department

Raoul Daoust, MD, MSc^{*†}; Jean Paquet, PhD^{*‡}; Benoit Bailey, MD, MSc^{†§}; Gilles Lavigne, DMD, PhD^{†¶}; Éric Piette, MD, MSc^{*†}; Karine Sanogo, MD^{||}; Jean-Marc Chauny, MD, MSc^{*†}

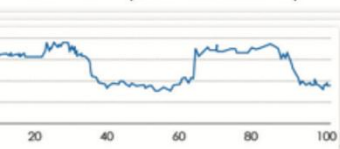
PERIPHERAL TEMPERATURE (TEMP)



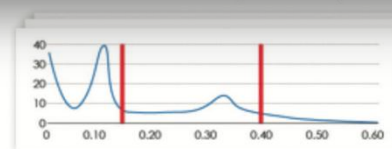
GALVANIC SKIN RESPONSE (GSR):
BASAL LEVEL AND PEAK FREQUENCY



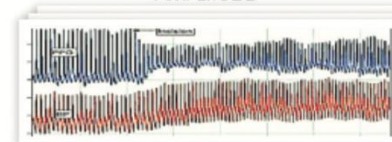
MOVEMENT (ACCELEROMETER)



HIGH FREQUENCY (0.15-0.4 Hz)



PHOTOPLETHYSMOGRAPH (PPG)
AMPLITUDE



DOUBLE-ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR PAR AUTO ET HÉTÉROÉVALUATION, CHEZ DES ADULTES VIGILS SANS TROUBLE NEURO-COGNITIF : PRÉVALENCE ET ÉTUDE CAS-TÉMOIN

Congrès SFMU 06 Juin 2025

Dépit Audrey – IPA Urgences – HCL – Hôpital de la Croix-Rousse

Co-auteur(e)s: Bénédicte CLÉMENT (Hôpital Croix-Rousse), Pierre PRADAT (Hôpital Croix-Rousse), Élise PRUDHOMME (Hôpital Croix-Rousse), Romain HERNU (Hôpital Croix-Rousse), Virginie-Eve LVOVSCHI (Hôpital Edouard Herriot, INSERM)

Variable	Régression univariée		Régression multivariée	
	OR [IC]	p	OR [IC]	p
Nombre de consultations en 2023	1.57 [1.2-2.06]	< 0.001	1.53 [0.9 – 2.36]	0.05
Score d'autoévaluation à l'entrée (par 2 points supplémentaires)	2.12 [1.61 – 2.78]	< 0.001	1.89[1.19 – 2.99]	0.006
Durée de passage aux urgences (par 4h supplémentaire)	1.25 [1.08 – 1.45]	0.002	1.76 [1.27 – 2.44]	< 0.001
Motif de recours : douleur aiguë	3.45 [1.59 – 7.5]	0.001	2.58 [0.5 – 12]	0.2
Pathologie psychiatrique	3.02 [1.39 – 6.53]	0.005	7.65 [1.73 – 33.7]	0.007
Présence de 3 pathologies chroniques	2.5 [1.07 – 5.8]	0.003	1.48 [0.4 – 5.42]	0.5



1. Mesure de la satisfaction?

> J Emerg Nurs. 2017 Nov;43(6):553-559. doi: 10.1016/j.jen.2017.03.022. Epub 2017 May 17.

Influences on Patient Satisfaction Among Patients Who Use Emergency Departments Frequently for Pain-Related Complaints

Patricia Newcomb ¹, Marian Wilson ², Ralph Baine ², Terence McCarthy ², Nicholas Penny ², Caroline Nixon ², Justin Orren ²

2. intégrer la demande d'antalgique?

PAIN MANAGEMENT AND SEDATION/ORIGINAL RESEARCH

Efficacy of an Acute Pain Titration Protocol Driven by Patient Response to a Simple Query: Do You Want More Pain Medication?

Andrew K. Chang, MD, MS*; Polly E. Bijur, PhD; Lynne Holden, MD; E. John Gallagher, MD

*Corresponding Author. E-mail: achang@montefiore.org.

3. Evaluation de l'anxiété :

ECHELLE NUMERIQUE DE L'ANXIETE (EN)

Donner le chiffre correspondant à votre évaluation

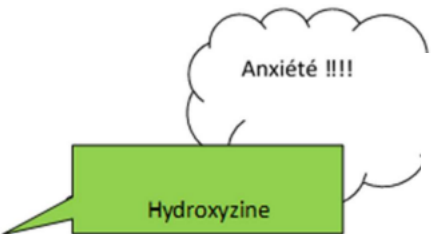
De votre anxiété entre 0 (aucune anxiété) et 10 (anxiété maximale imaginable)

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DE L'ANXIETE (EVA)

Tracer sur la ligne un trait vertical correspondant à l'intensité ressentie



2



2è intention
+

pas d'anxiolyse systématique

Hydroxyzine for lowering patient's anxiety during prehospital morphine analgesia: A prospective randomized double blind study

Charles-Henri Houze-Cerfon, MD, Frédéric Balen, MD, Vanessa Houze-Cerfon, MsC, Julie Motuel, MD, Florent Battefort, MD, Vincent Bounes, PhD, The American Journal of Emergency Medicine Volume 50, December 2021, Pages 753–757

Nouveaux cadres nosog à risques

Received: 23 February 2022 | Revised: 18 March 2022 | Accepted: 19 March 2022
DOI: 10.1111/acem.14495

ORIGINAL CONTRIBUTION

CME



Guidelines for Reasonable and Appropriate Care in the Emergency Department 2 (GRACE-2): Low-risk, recurrent abdominal pain in the emergency department

Joshua S. Broder MD¹ | Lucas Oliveira J. e Silva MD, MS² | Fernanda Bellolio MD, MS² | Caroline E. Freiermuth MD, MSc³ | Richard T. Griffey MD, MPH⁴ | Edmond Hooker MD, DrPH⁵ | Timothy B. Jang MD⁶ | Andrew C. Meltzer MD MS⁷ | Angela M. Mills MD^{8,9} | Joan D. Pepper MEd¹⁰ | Steven D. Pratkanis MD¹¹ | Michael D. Repplinger MD, PhD¹² | Suneel Upadhye MD, MSc¹³ | Christopher R. Carpenter MD, MSc^{4,9}

Ann. Fr. Med. Urgence (2022) 12:4-11
DOI 10.3166/afmu-2022-0371

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Association entre douleur abdominale intense et diagnostic d'urgence chirurgicale

Association between Severe Abdominal Pain and Surgical Emergency Diagnosis

M. Moreau · J. Boize · H. Devambez · N. Cury · J.-E. Galimard · Y. Yordanov · P.-C. Thiebaud

Reçu le 24 septembre 2021 ; accepté le 3 janvier 2022
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

= Douleur abdominale

Do opioids affect the clinical evaluation of patients with acute Abdominal pain?

Ranji SR JAMA 2006;296:1764-74

EBEM/Rational Clinical Examination Abstract

Table 2. Management error.

Population type	Risk Difference	95% CI	NNH/NNT*
Adult	+0.3% (absolute increase)	-4.1 to +4.7	NNH=333
Pediatric	-0.8% (absolute decrease)	-8.6 to +6.9	NNT=125
Combined (adult+pediatric)	+0.1% (absolute increase)	-3.6 to +3.8	NNH=909
Combined (adult+pediatric) in studies with adequate analgesia	-0.2% (absolute decrease)	-4.0 to +3.6	NNT=500

NNH, Number needed to harm; NNT, number needed to treat.

*NNT represents a potential benefit of opiate administration in avoiding delay to operative management.

Efficacy of phloroglucinol for treatment of abdominal pain: a systematic review of literature and meta-analysis of randomised controlled trials versus placebo

Review | Published: 19 January 2018

Volume 74, pages 541–548, (2018) [Cite this article](#)

[Download PDF](#) 

 Access provided by Hospices CIVIL LYON Documentation Centrale



European Journal of Clinical
Pharmacology

[Aims and scope](#) →

[Submit manuscript](#) →

De l'effet placebo au mésusage Faux traitements étiologiques de la douleur

Patient with
upper gastro-
intestinal tract
disorder



HOSPITAL
Emergency department



PRIMARY CARE

PROTON-PUMP INHIBITOR

As pain killer (●●○○○)

- No studies on specific level of pain
- Patients VAS ≥ 20 mm^a:
 - Pantoprazole 2-4 hours IV infusion significantly decreased VAS at 30 and 60 min
 - Pantoprazole 2-4 hours IV infusion less effective than Ranitidine
- Patients VAS ≥ 50 mm^b:
 - Pantoprazole IV after a conventional GI cocktail treatment did not add value

Diagnostic test (●○○○○)

- Usual PPI test is 20 or 40 mg omeprazole^c
- Complete relief is the main criteria as diagnostic test^c
- PPI is prescribed for $\approx 20\%$ patients with non-cardiac chest pain in the ED and higher than 70% when gastrointestinal disease is suspected^d
- PPI test has a low specificity compared to other diagnostic-tests in chest pain patients^c
- Poor additional value of PPI test in a primary care population with a large prevalence of GERD^e

Safety (●●●○○)

- Low risk of serious allergic events^f
- Single IV infusion of 40 mg of pantoprazole: no adverse effects at 30 and 60 min^g
- Single IV infusion of 40 mg of pantoprazole: higher bloating with pantoprazole compared to 50 mg ranitidine^g



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Biomedicine & Pharmacotherapy

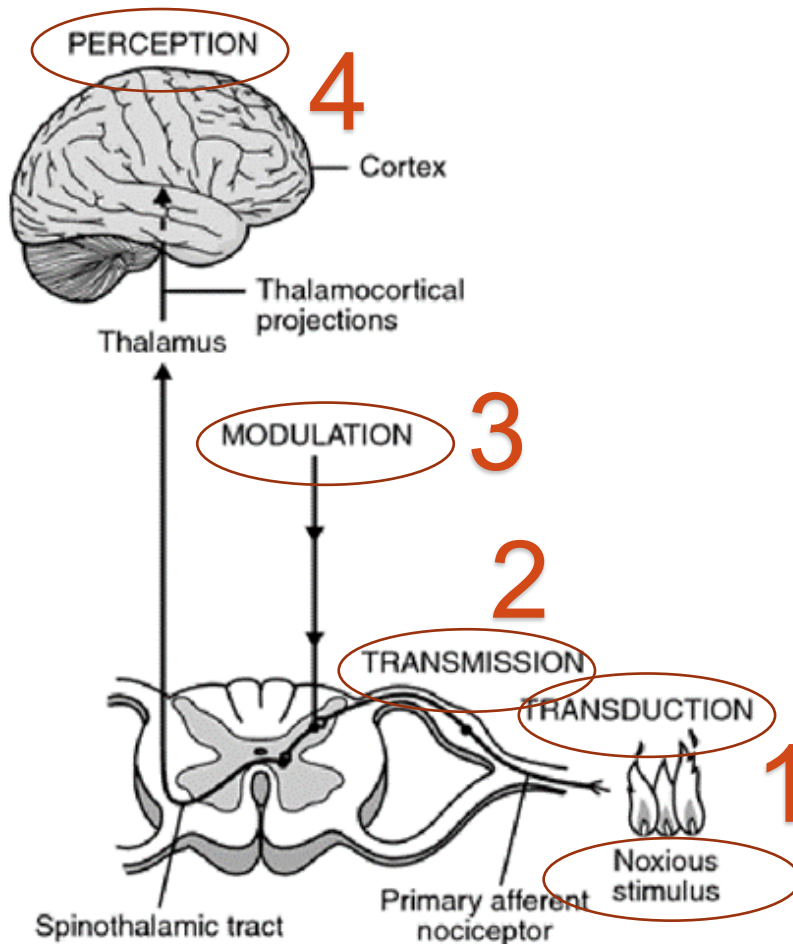
journal homepage: www.elsevier.com/locate/biopharm



Relevance of early management by proton-pump inhibitor in acute upper gastro-intestinal tract disorder: A scoping review

Florence Carrouel ^{a,*}, Mikhail Dziadzko ^{b,c}, Charles Grégoire ^{d,e}, Michel Galinski ^{f,g},
Claude Dussart ^a, Virginie-Eve Lvovschi ^{b,h}

Cibles thérapeutiques



W.H.O. PAIN LADDER

ASHISH SINGH,
MEDICOWESOME



STRONG OPIOIDS

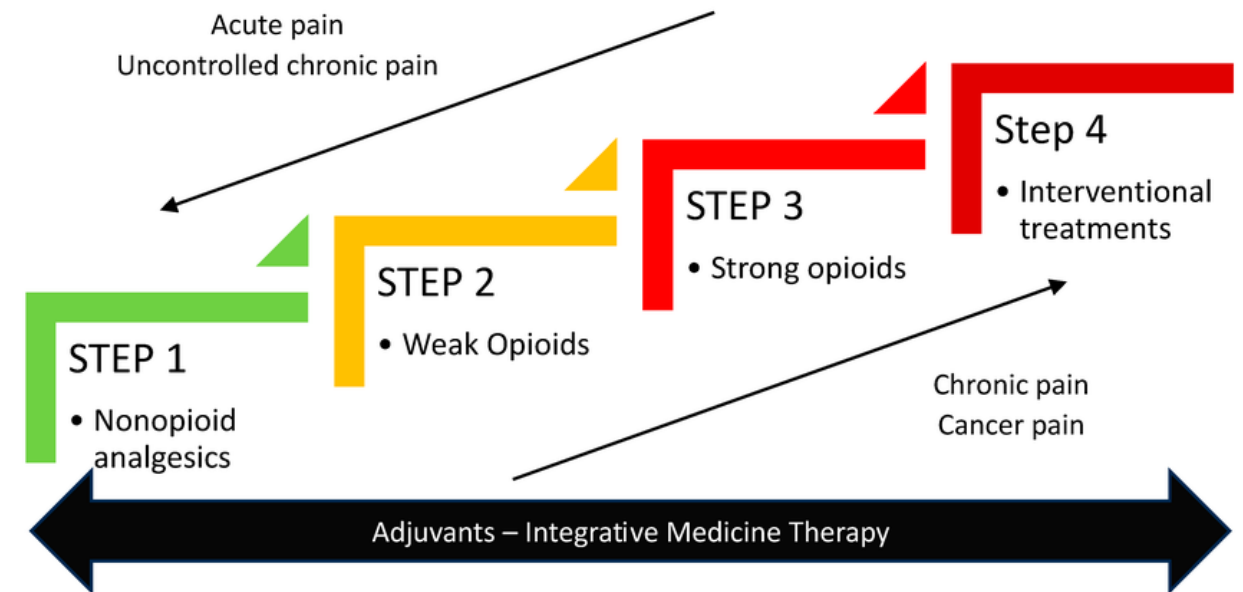
Morphine, Oxycodone,
Diamorphine, Fentanyl

WEAK OPIOIDS

Tramadol, Codeine, Dihydrocodeine

SIMPLE ANALGESICS

Paracetamol, Aspirin, NSAIDS



Anxiolytiques

Hypnose

Morphine ?(voie générale)

DISCOURS

Physiq

Nefopam?

Morphine (voie générale)

KETAMINE

Tramadol (voie générale)

MEOPA

Antidépresseurs

antispasmodiques

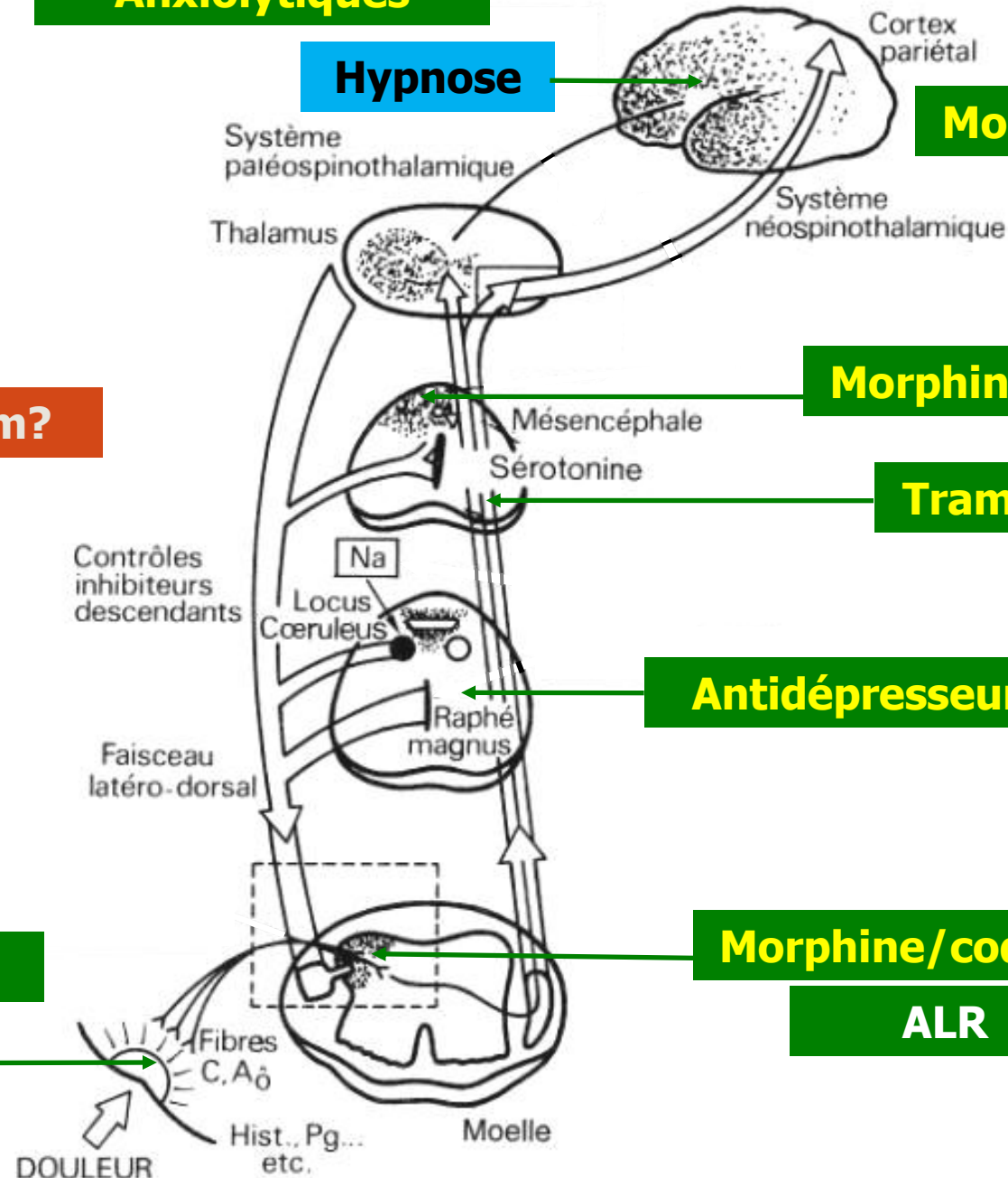
Morphine/codeine/tramadol

ALR

AL

**AINS,
aspirine**

Physiq



Nouvelle classification simplifiée des antalgiques : Boîte à outils compartimentée

1	« antinociceptifs »	<ul style="list-style-type: none">• ANM : paracétamol, AINS• OPIOIDES FAIBLE• OPIOIDE FORT
2	« antihyperalgésiques »	<ul style="list-style-type: none">• ANTAGONISTE NMDA (kétamine)• antiépileptique : gabapentine prégabaline
3	Modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants	<ul style="list-style-type: none">• antidépresseurs tricycliques• IRSN• tramadol
4	Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques	<ul style="list-style-type: none">• AL• carbamazépine• capsaïcine
5	MIXTE (nociceptive + neuropathique)	<ul style="list-style-type: none">• tramadol• oxycodone



Stratégie médicamenteuse en cas de douleur sévère: règles générales en aigu

Démarche de DIAG d'intensité Ubiquitaire

Ttt d'attaque +/- Ttt de fond

SECURITE

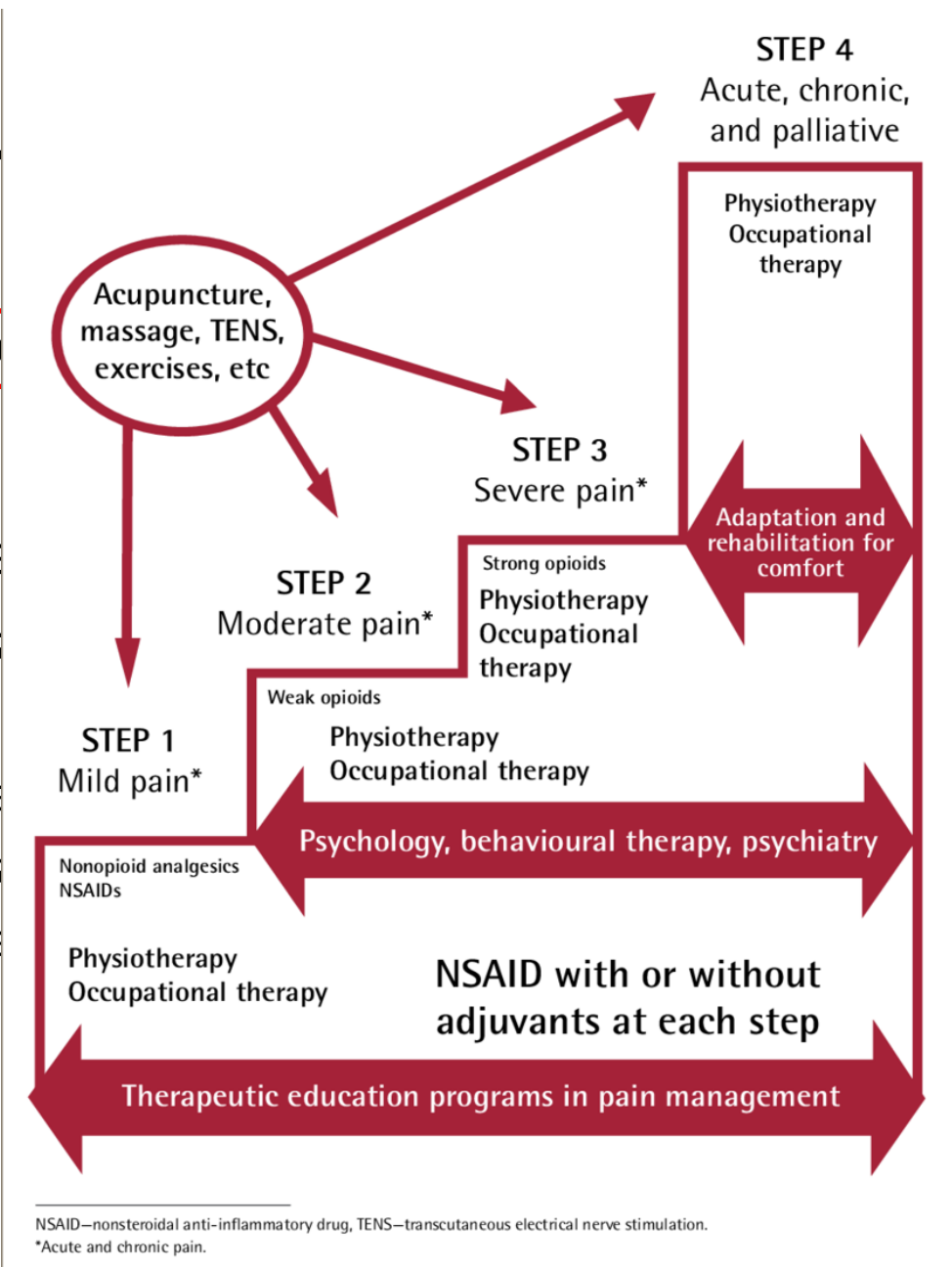
1. Adaptation aux plus près des besoins : Titration de l'effet
2. Associations possibles (analgésie multimodale)
 - Délai d'action court
 - Durée d'action courte
 - Effets secondaires minimales
 - Interactions médicamenteuses faibles



Stratégie règles gér

Démarche de D

1. Ada
 2. Ass
- Délai
 - Durée
 - Effets
 - Intera



douleur sévère:

tt de fond

SECURITE

ration de l'effet
odale)

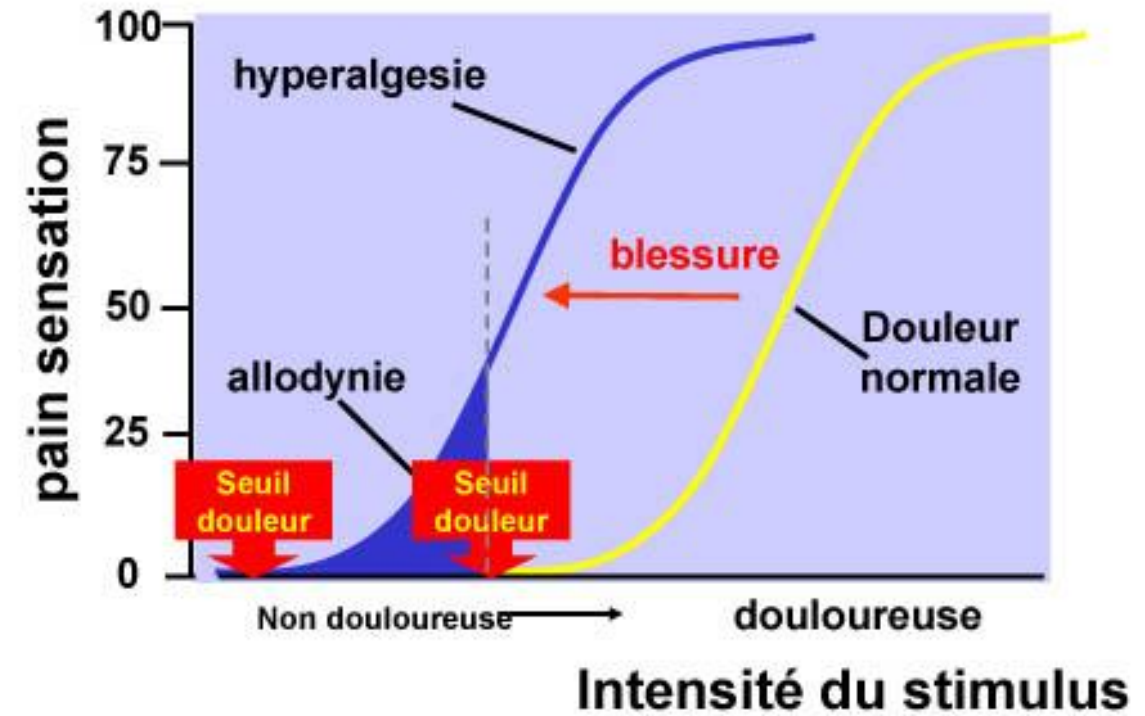
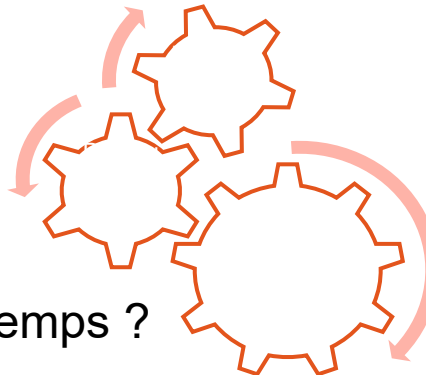
Trajectoire douleur

3 étapes possibles d'un évènement douloureux

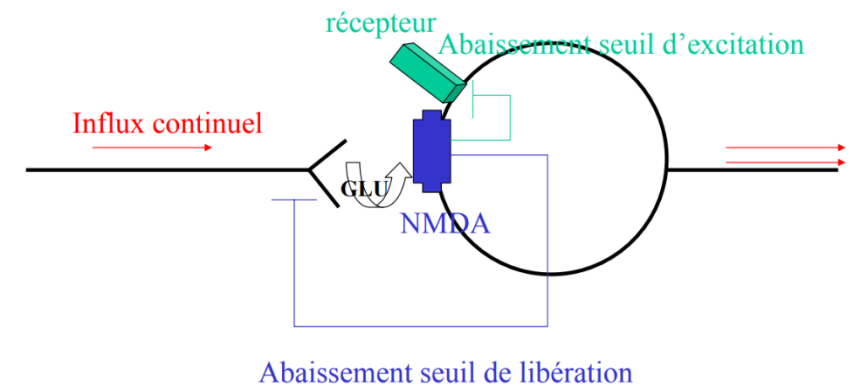
Evènement douloureux						
Douleur aiguë isolée	Douleurs aiguës récurrentes		Douleur chronique			
Glutamate ↓ AMPA NORMALGESIE	AAE ↓ NK1	SP ↓ NMDA (Ca ⁺⁺ , PKC, NO) HYPERALGESIE	Gène d'expression précoce (c-fos) MEMORISATION			
0 milliseconde années	secondes		minutes	heures	jours	mois

=> Quid des douleurs qui se pérennisent plus d'une semaine

=> Quid des douleurs récurrentes mais moins longtemps ?



Cervero & Laird (1996)



PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

A prospective study of patients with low back pain attending a Canadian emergency department: Why they came and what happened?

Gregory N. Kawchuk^{1☯*}, Jacob Aaskov^{2‡}, Matthew Mohler^{1‡}, Justin Lowes^{3‡},
Maureen Kruhlak^{3‡}, Stephanie Couperthwaite^{3‡}, Esther H. Yang^{3☯}, Cristina Villa-Roel^{3‡},
Brian H. Rowe^{3,4☯}

PLOS





The American Journal of Emergency Medicine

Volume 84, October 2024, Pages 33-38



Emergency department length of stay and re-presentation rates in patients with low back pain: A medical record review study

Xiaotian Xu MPhy^{a b}  , Qiuzhe Chen PhD^{a b}, Crystian B. Oliveira PhD^{a b},
Chris G. Maher DMedSc^{a b}, Gustavo C. Machado PhD^{a b}

PLOS



The American Journal of Emergency Medicine

Volume 84, October 2024, Pages 33-38



Emergency department length of stay and re-p back



Academic Emergency Medicine
A GLOBAL JOURNAL OF EMERGENCY CARE

SYSTEMATIC REVIEW |  Free Access

Xiaotian

Chris G. M

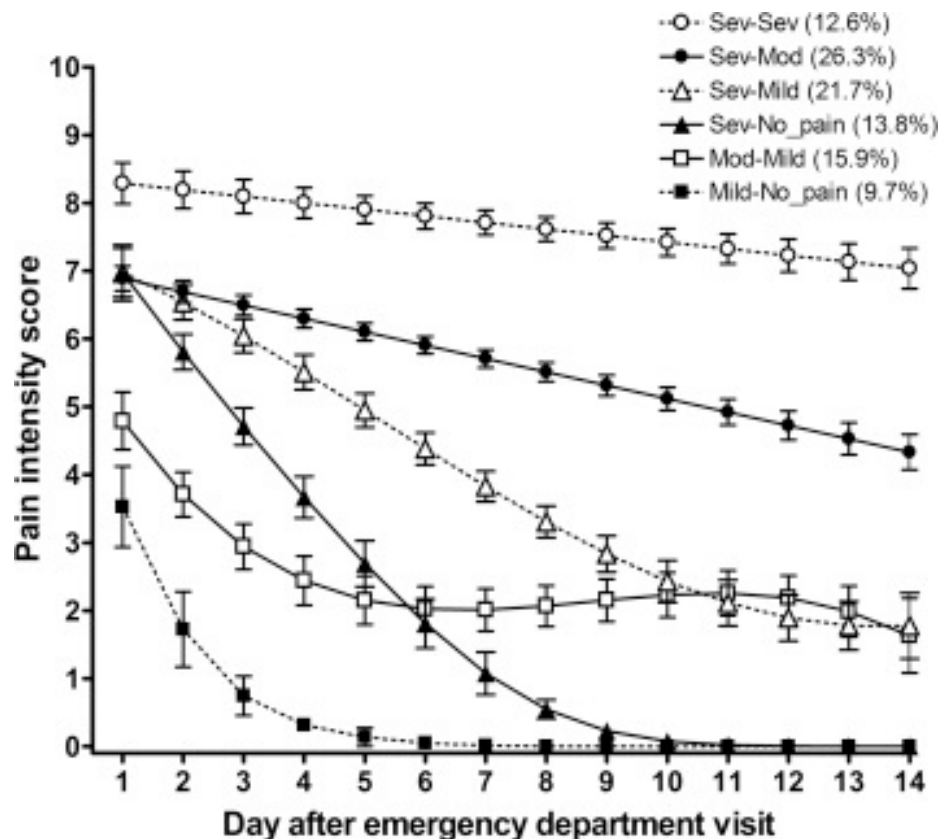
Depression and anxiety screening in emergency department patients with recurrent abdominal pain: An evidence synthesis for a clinical practice guideline

Lucas Oliveira J. e Silva MD, MSc✉, Steven D. Prakken MD, Andrew C. Meltzer MD, Joshua S. Broder MD, Danielle J. Gerberi MLS, Suneel Upadhye MD, MSc, Christopher R. Carpenter MD, MSc, Fernanda Bellolio MD, MSc

Devenir du patient douloureux aigu

data épidémiologiques

- Des données surtout américaines (USA/Canada+++)=> traumatologie (crash)/ lombalgie
- Les douleurs abdominales en France => Colique néphrétique / D recurr aspécifiques / Quelques données de thèse (CF 2022)



Motif de reconsultation
Douleur abdominale
Traumatisme du membre supérieur
Traumatisme du membre inférieur
Douleur de la fosse lombaire ou flanc
Douleur thoracique
Traumatisme crânien sans perte de connaissance
Céphalées
Dermabrasion/ plaie
Conseil/ consultation/ renouvellement d'ordonnance
Epistaxis



2005: >1/3 des patients gardent des douleurs à j 7 .
Les femmes souffrant de douleurs sévères musculosquelettiques >1 semaine sont moins susceptibles de voir leur douleur régresser et de reprendre leurs activités normales à J7

BMJ Open Relationship between acute pain trajectories after an emergency department visit and chronic pain: a Canadian prospective cohort study

Raoul Daoust ^{1,2}, Jean Paquet,¹ Alexis Cournoyer,^{2,3} Éric Piette,² Judy Morris,³ Justine Lessard,^{1,2} Gilles Lavigne,⁴ Jean-Marc Chauny³

12% à M3 se chronicise

Table 3

Results of univariate and multivariable logistic regressions to predict chronic pain (pain intensity ≥ 4) at the 3-month follow-up

Baseline characteristics	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR* (95% CI)	Adjusted OR† (95% CI)
Age	1.00 (0.97 to 1.02)	0.99 (0.96 to 1.01)	0.99 (0.97 to 1.02)
Sex (female)	1.40 (0.69 to 2.86)	1.52 (0.71 to 3.25)	1.54 (0.71 to 3.34)
Type of pain condition‡			
Fracture	2.51 (0.63 to 10.0)	2.08 (0.48 to 8.93)	1.91 (0.43 to 8.50)
Back/neck pain	3.39 (0.91 to 12.6)	3.32 (0.84 to 13.0)	3.03 (0.76 to 12.1)
Other musculoskeletal pain	3.08 (0.85 to 11.6)	3.33 (0.85 to 13.1)	3.62 (0.91 to 14.5)
Other pain§	Reference	Reference	Reference
Patients having severe-moderate or severe-severe acute pain trajectories	4.69 (2.11 to 10.5)	5.14 (2.23 to 11.8)	
Patients having severe-severe acute pain trajectory	7.52 (3.27 to 17.3)		8.24 (3.39 to 20.0)

• ORs in bold are significant at $p < 0.001$.

• *Adjusted for all predictive variables including severe-moderate or severe-severe acute pain trajectories.

• †Adjusted for all predictive variables including severe-severe acute pain trajectory.

Chronicisation des douleurs abdominales aiguës non traumatiques vues aux urgences : incidence et facteurs prédictifs

Chronicization of Non-Traumatic Acute Abdominal Pain in Emergency Department: Incidence and Predictive Factors

G. Durand · V. Bounes · D. Lauque

Reçu le 27 octobre 2014; accepté le 15 mai 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Conclusions:

1 patient sur 5 se chronicise

3 mois après la sortie des urgences

⇒ l'âge et la gravité clinique (à l'arrivée)

⇒ comme l'absence de diagnostic organique retrouvé
sont des facteurs de risque



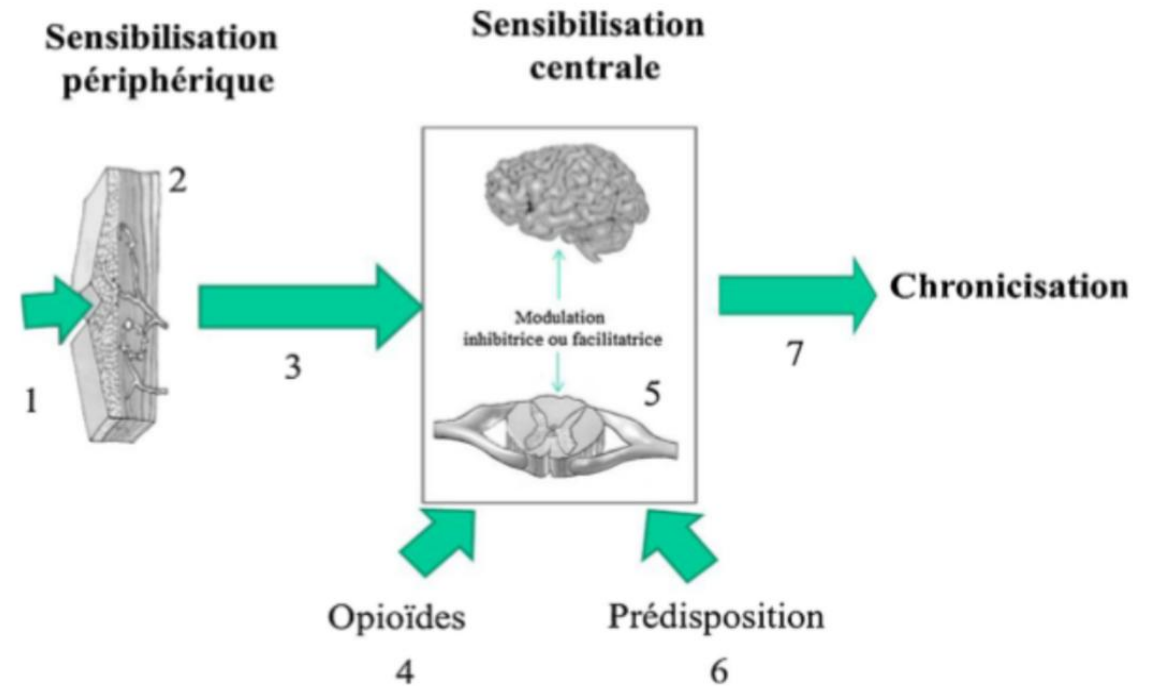
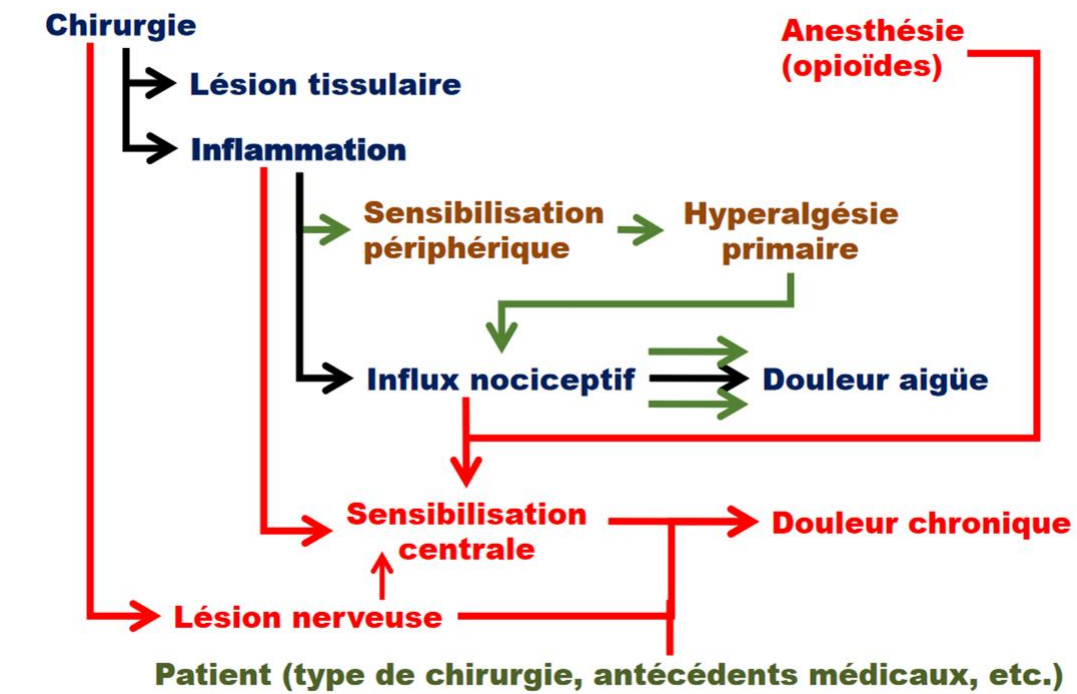
The role of emotions reported in the emergency department in four-month chronic pain development: Effects of sadness and anger

Claire Pilet^{a,*}, Cédric Gil-Jardiné^b, Juliane Tortes Saint Jammes^c, Emmanuel Lagarde^c, Sylviane Lafont^{a,*}, Michel Galinski^b, for the SOFTER IV group collaborators



Douleurs post-opératoires

Chirurgie peut chroniciser une douleur



catastrophisme?

Tableau 2.

Analgésie anticipée pour des procédures douloureuses.

Procédure	Traitement
Ponction veineuse (prélèvement sanguin, cathétérisation)	Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste) MEOPA en fonction du patient et de son état Distraction
Ponction pour anesthésie locorégionale	Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste) MEOPA en fonction du patient et de son état Lidocaïne 1 % en sous-cutanée sans adrénaline au point de ponction
Ponction artérielle	En urgence : lidocaïne 1 % en sous-cutanée sans adrénaline au point de ponction Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste)
Cathétérisation d'une veine centrale	Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste) MEOPA en fonction du patient et de son état Lidocaïne 1 % en sous-cutanée sans adrénaline au point de ponction Localisation par échographie
Ponction lombaire	Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste) MEOPA en fonction du patient et de son état Prévention des céphalées post-ponction : aiguille fine (25 ou 26 G) ; aiguille atraumatique (pointe-crayon) ; remise en place du mandrin avant de retirer l'aiguille
Pose d'une sonde nasogastrique	Repérer la narine la plus « perméable » 5 ml de lidocaïne 2 % gel dans la narine 5 minutes avant la pose, le patient se gargarise avec le gel quand il atteint le pharynx puis l'avale
Pose d'une sonde vésicale	5 ml de lidocaïne 2 % gel spécifique administré dans l'urètre 5 minutes avant le geste
Geste (réduction, alignement, immobilisation) sur un membre fracturé et/ou luxé	Sédation procédurale Sédation : kétamine $1,0 \pm 0,5$ mg/kg intraveineux Ou propofol $1,0 \pm 0,5$ mg/kg intraveineux (patient stable, absence de contre-indication, préoxygénation) Anesthésie locorégionale si possible
Choc électrique externe pour trouble du rythme chez un patient conscient	Sédation procédurale Sédation : propofol 0,5 à 0,8 mg/kg (alternative : anesthésie générale et intubation orotrachéale)
Exploration et suture de plaies	MEOPA Anesthésie locale ou locorégionale

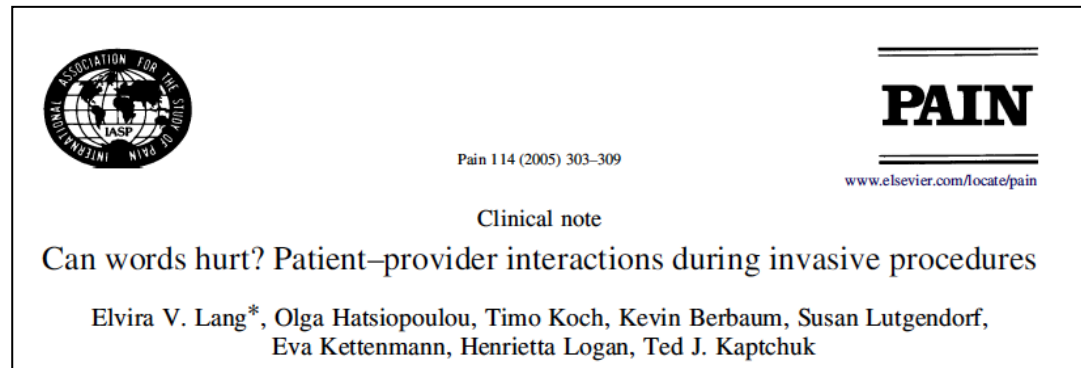
Relation Soignant-Soigné: maîtrise de la communication

Les mots peuvent faire mal

1. Valable pour la PEC de toutes les douleurs
2. Anti-Nocebo < Placebo < Distraction < Hypnose (compétences ↑)
3. L'anxiété du patient amplifie les conséquences
4. mais aussi la suggestibilité (lieux+++)

Effets du discours des soignants sur la douleur induite.

Résultats: N = 159 patients prévenus avec discours « négatif »



	Cas	témoin
EVA douleur	3.9	2.8
EVA anxiété	4.4	3.2

Consolidation des souvenirs douloureux/ dépassement des stratégies de coping

Moyens non médicamenteux

Empathie/réassurance
Placebo
Distraction/ musicothérapie
Toucher soignant
Objets transitionnels
Hypnose
Cryothérapie
Immobilisation
Brancards spécifiques

**Compétences relationnelles
contextualisation**



Technologies de pointe

HYPNOSE

1. Adhésion du patient++++
2. Hypnose conversationnelle < hypnose formelle
3. Attention Sortie d'hypnose même légère



Zone
thérapeutique

Hypnose=formation



- > écho-guidage? Faciliter/ raccourcir le geste
- > matériel d'immobilisation ?
- > objets connectés? Réalité virtuelle

Traiter dans le doute?



Algorithme pour optimiser la détection et la prise en charge de la douleur chez les patients âgés

Une auto-évaluation de la douleur est-elle possible ?

NON

Hétéro-évaluation rapide avec Algoplus

Score = 0

Score = 1

Score ≥ 2

Hétéro-évaluation complète avec Dolopus, ECPA, PACSLAC...

Traiter ?

Traiter

Réévaluer

OUI

Préférer l'auto-évaluation avec EVS*

Score ≥ 2

Score < 2

* EVS à 5 points

Version française d'après Bonin-Guillaume S et Rat P. OBM Geriatrics 2020

Abréviations : EVS : Échelle Verbale Simple ; ECPA : Échelle Comportementale pour Personnes Âgées ; PACSLAC : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate.

MISE AU POINT

Évaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ?

Pain assessment in the elderly: where do we stand in 2021?

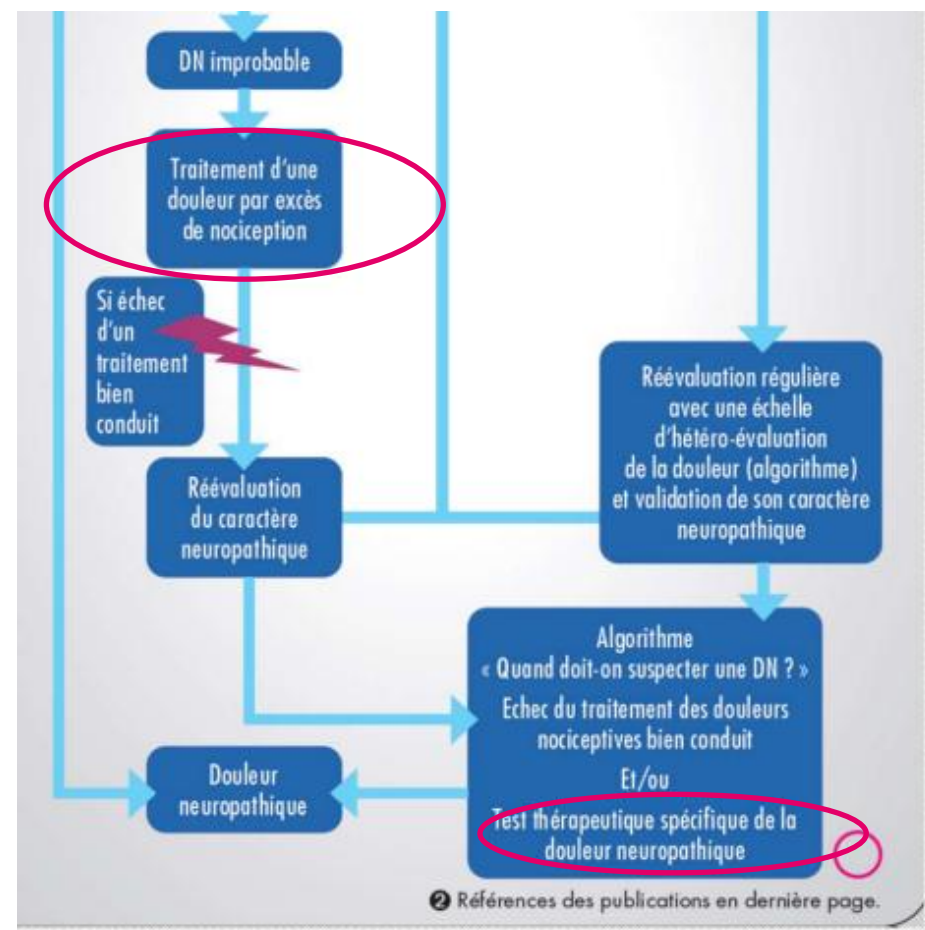
Capriz et al. Revue de Gériatrie, 2021

Avec le soutien de

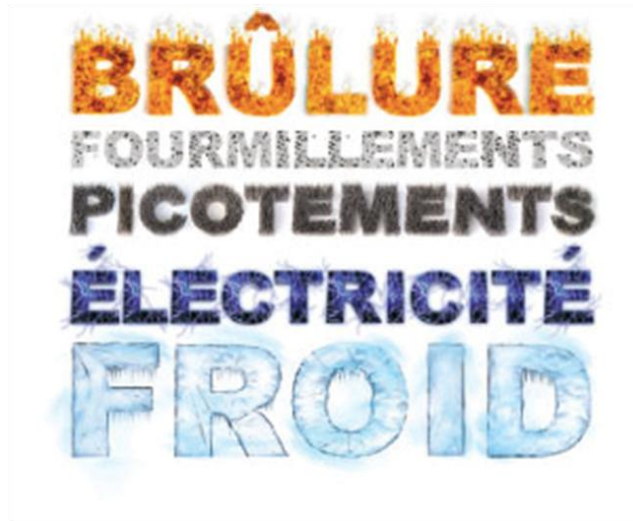


KIT DOULEUR NEUROPATHIQUE de la personne âgée

www.doloplus.fr



Détection DOULEUR NEUROPATHIQUE



Bouhassira D et al. *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

- 1 - Brûlure
- 2 - Sensation de froid douloureux
- 3 - Décharges électriques

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2: La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

- 4 - Fourmillements
- 5 - Picotements
- 6 - Engourdissement
- 7 - Démangeaisons

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence?

- 8 - Hypoesthésie au tact
- 9 - Hypoesthésie à la piqûre

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

- 10 - Le frottement

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DN4?

Original Contribution

Prevalence of neuropathic pain in emergency patients: an observational study

François Lecomte MD ^{a, b} ✉, Nathalie Gault MD ^{b, c}, Victoria Koné MD ^{b, c}, Cécile Lafoix MD ^{b, c}, Christine Ginsburg MD ^{a, b}, Yann-Erick Claessens MD, PhD ^{a, b}, Jean-Louis Pourriat MD, PhD ^{a, b}, Gwenaëlle Vidal-Trecan MD, PhD ^{b, c}



The American Journal of Emergency Medicine

Volume 30, Issue 9, November 2012, Pages 1877-1883



Original Contribution

Morphine consumption is not modified in patients with severe pain and classified by the DN4 score as neuropathic ☆

Virginie Lvovschi MD ^a ✉, Amandine Arhan MD ^{b, c}, Gaëlle Juillien MD ^{b, c}, Viviane Montout MD ^{b, c}, Mouhssine Bendahou MD ^{b, c}, Hélène Goulet MD ^{b, c}, Khaled Saïdi MD ^{b, c}, Bruno Riou MD, PhD ^{b, c}

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

Log in

PubMed.gov

Neuropathic Emergency department

Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save

Email

Send to

Sorted by: Best match

Display options

MY NCBI FILTERS

4 results

0 articles aux urgences

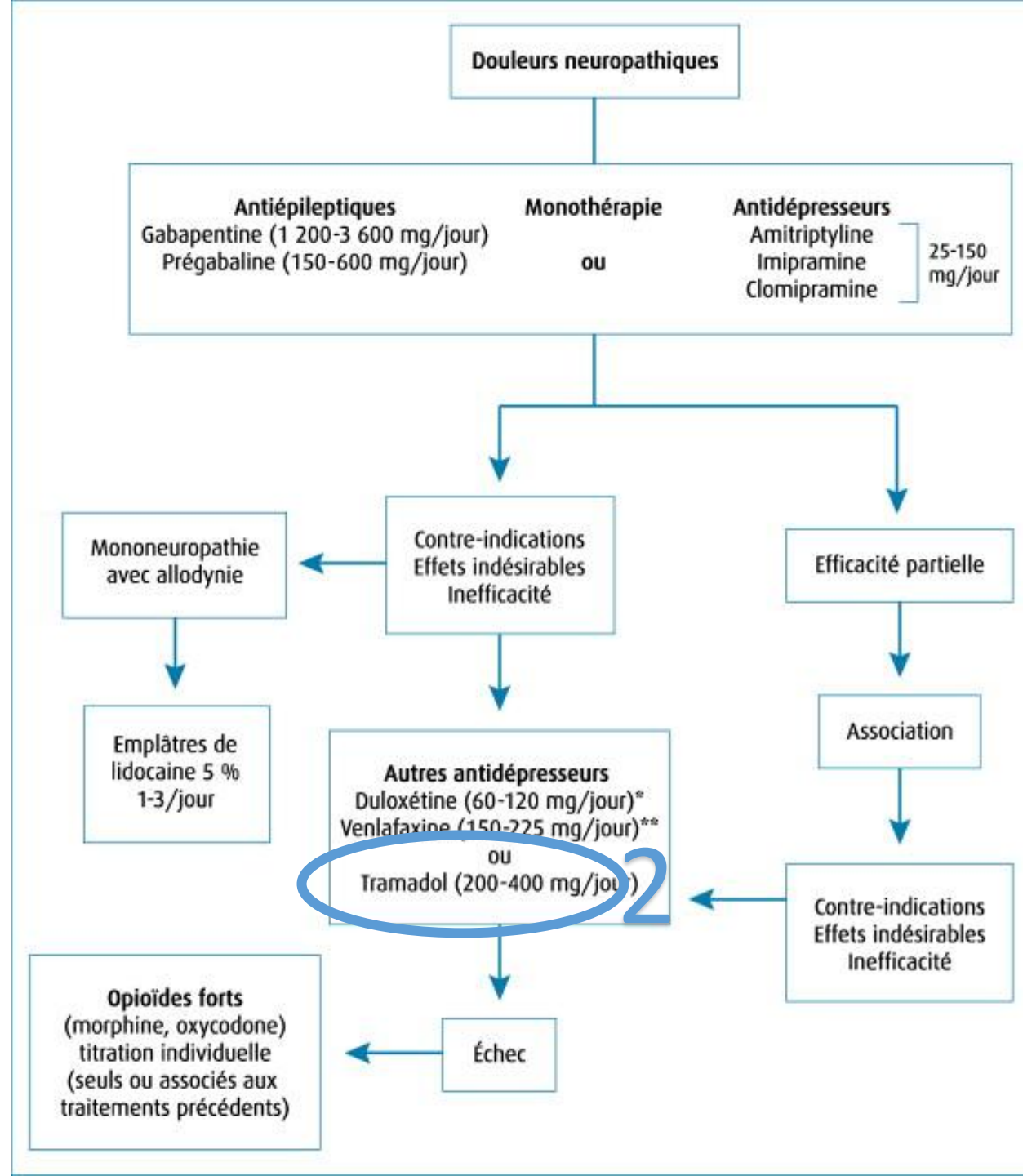


Oui mais pour quel objectif?

Laroxyl IV à la place des Morphiniques?

Et si DN4 pos?

3



1

2

+ Action Kétamine intéressante

NMDA

Channel effects

- ↓ NMDA
- ↓ HCN1
- ↓ nACh
- ↓ L-type Ca

Neuromodulation effects

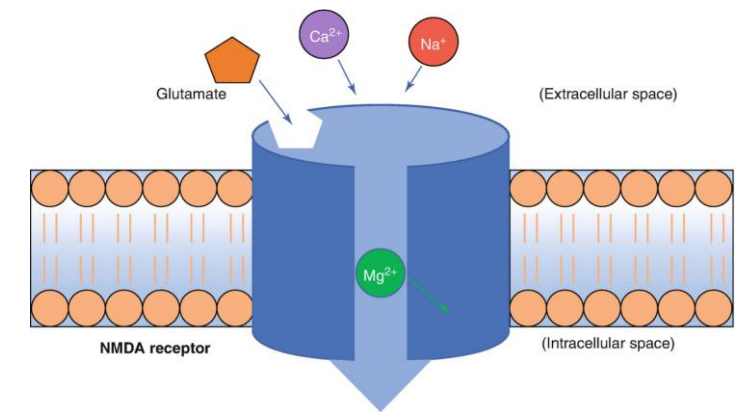
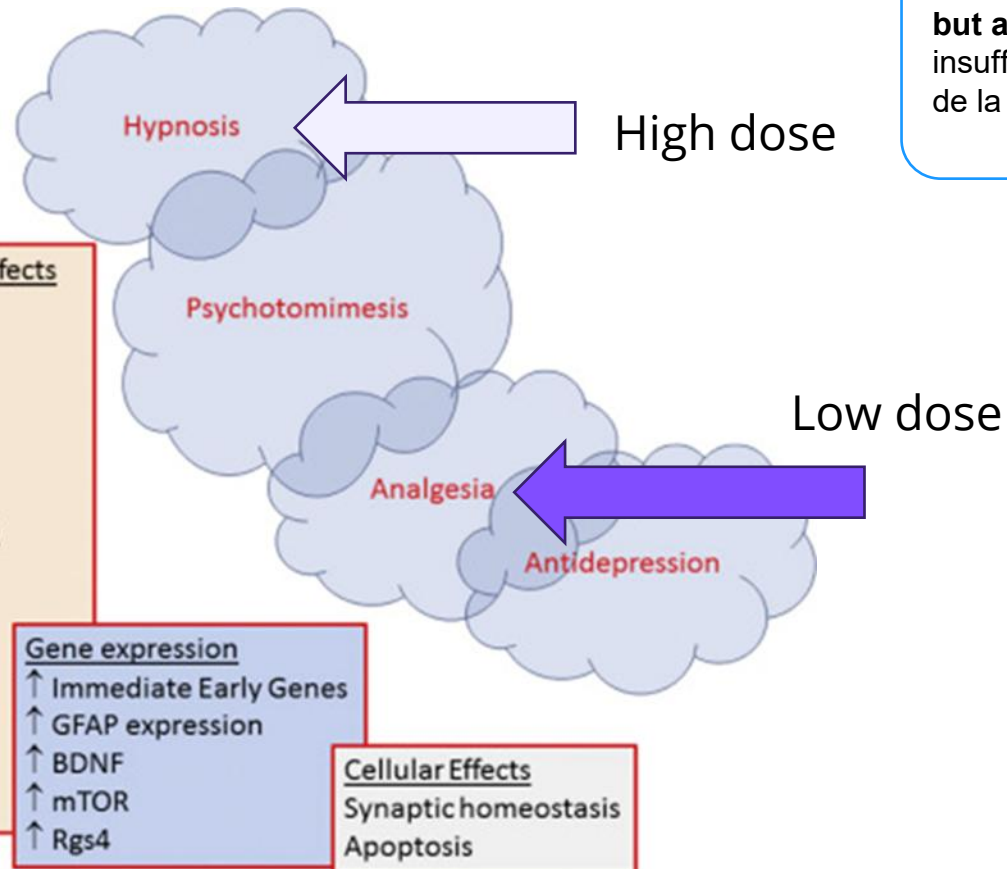
- ↑ Glutamate
- ↑ Noradrenaline
- ↑ Dopamine
- ↑ Cortical ACh
- ↓ Pontine ACh
- ↕ Opioids & ERK1/2
- ↕ mGluR
- ↕ Neurosteroids
- ↓ NOX
- ↑ AMPAR insertion
- ↑ NMDAR1 phosphorylation and expression

Gene expression

- ↑ Immediate Early Genes
- ↑ GFAP expression
- ↑ BDNF
- ↑ mTOR
- ↑ Rgs4

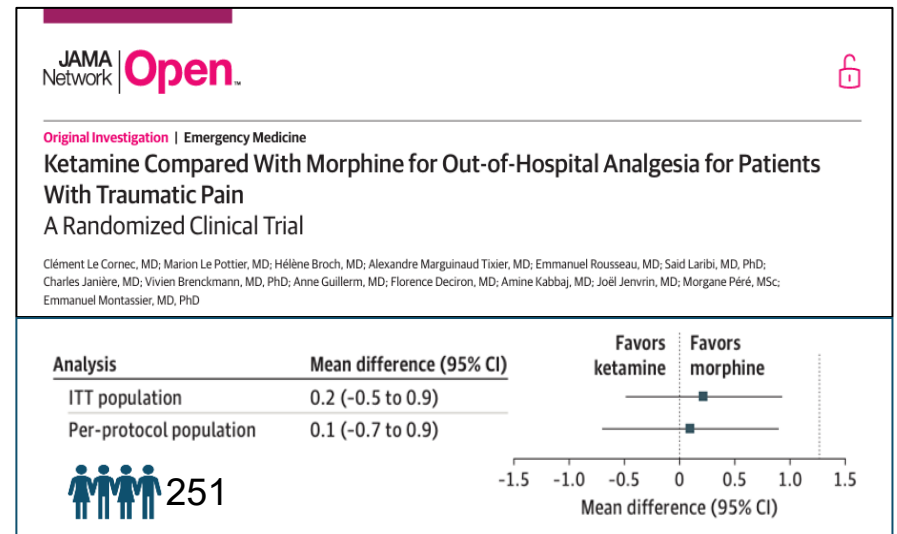
Cellular Effects

- Synaptic homeostasis
- Apoptosis



Les experts suggèrent de discuter l'ajout **d'une dose de kétamine à but antalgique(0.2 mg/kg)** pendant une titration morphinique insuffisamment efficace, dans le but d'améliorer la réduction d'intensité de la douleur.

Avis d'expert



+ Action Kétamine intéressante

NMDA

Channel effects

- ↓ NMDA
- ↓ HCN1
- ↓ nACh
- ↓ L-type Ca

Neuromodulation effects

- ↑ Glutamate
- ↑ Noradrenaline
- ↑ Dopamine
- ↑ Cortical ACh
- ↓ Pontine ACh

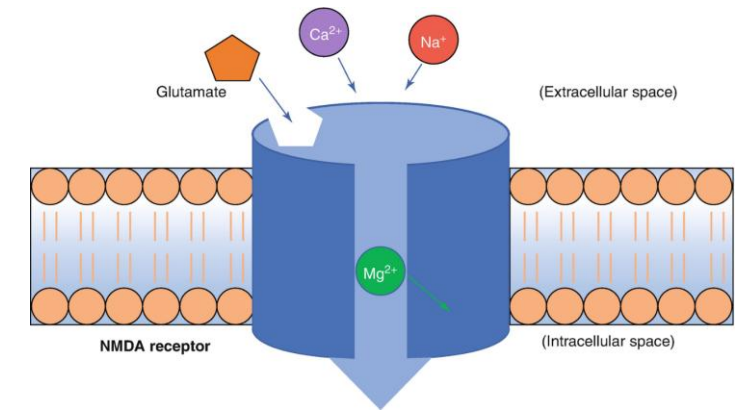
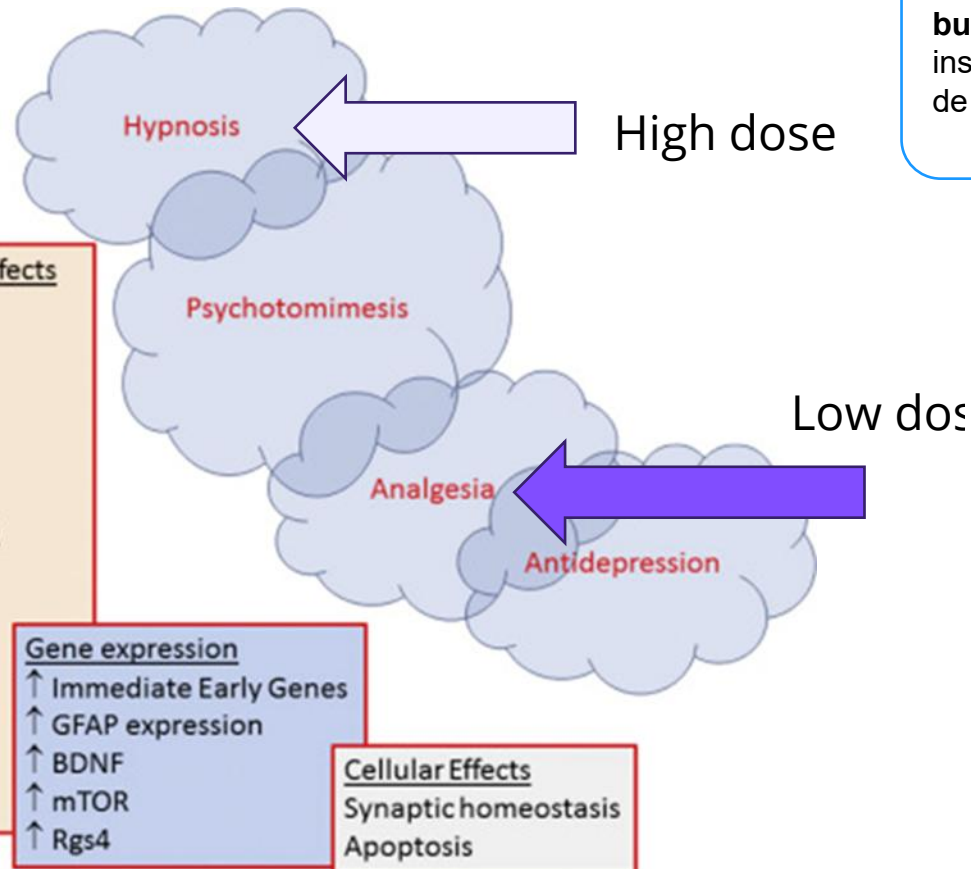
- ↕ Opioids & ERK1/2
- ↕ mGluR
- ↕ Neurosteroids
- ↓ NOX
- ↑ AMPAR insertion
- ↑ NMDAR1 phosphorylation and expression

Gene expression

- ↑ Immediate Early Genes
- ↑ GFAP expression
- ↑ BDNF
- ↑ mTOR
- ↑ Rgs4

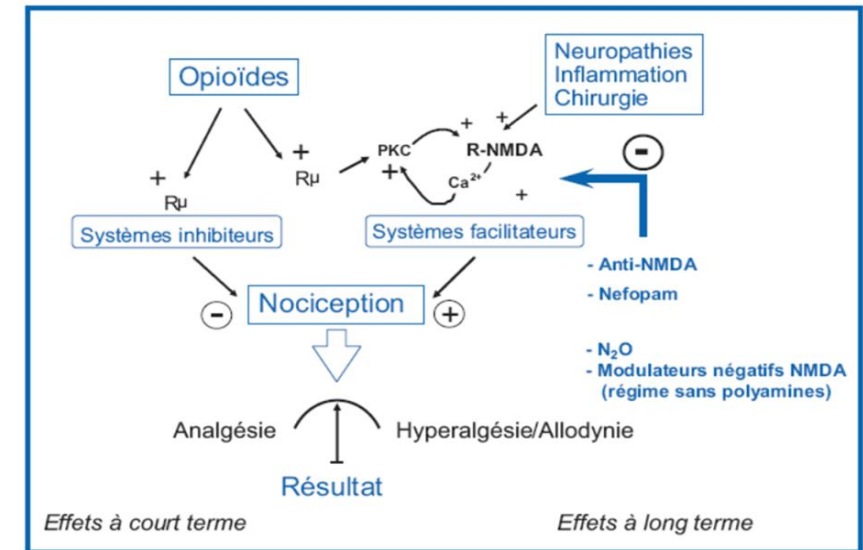
Cellular Effects

- Synaptic homeostasis
- Apoptosis



Les experts suggèrent de discuter l'ajout **d'une dose de kétamine à but antalgique (0.2 mg/kg)** pendant une titration morphinique insuffisamment efficace, dans le but d'améliorer la réduction d'intensité de la douleur.

Avis d'expert



D'après Simonnet et Rivat Neuroreport 2003

Bon usage opioïde

Quel opioïde ?

Comment?

Quelle voie ?

Pour qui ?





Recommandations

HAS - 2022

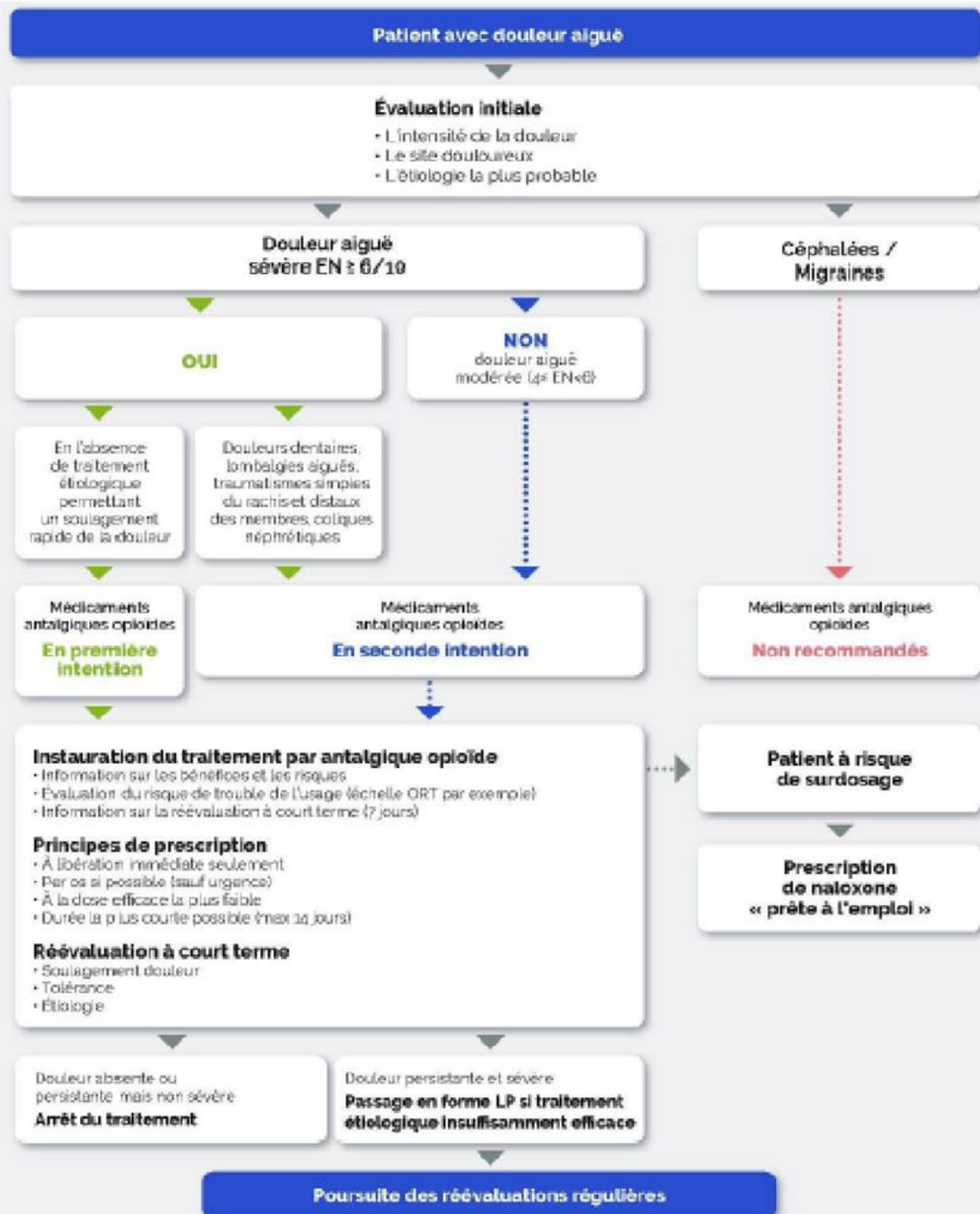
Opiïdes



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

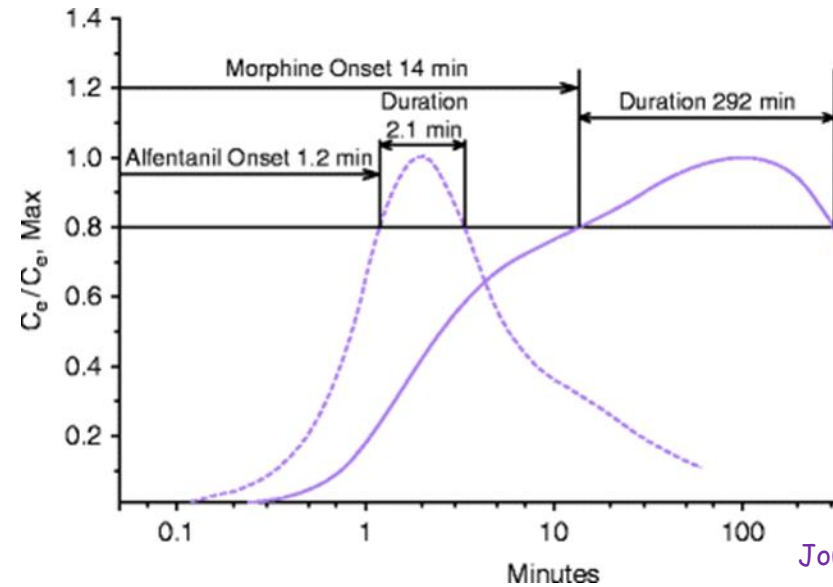
Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses



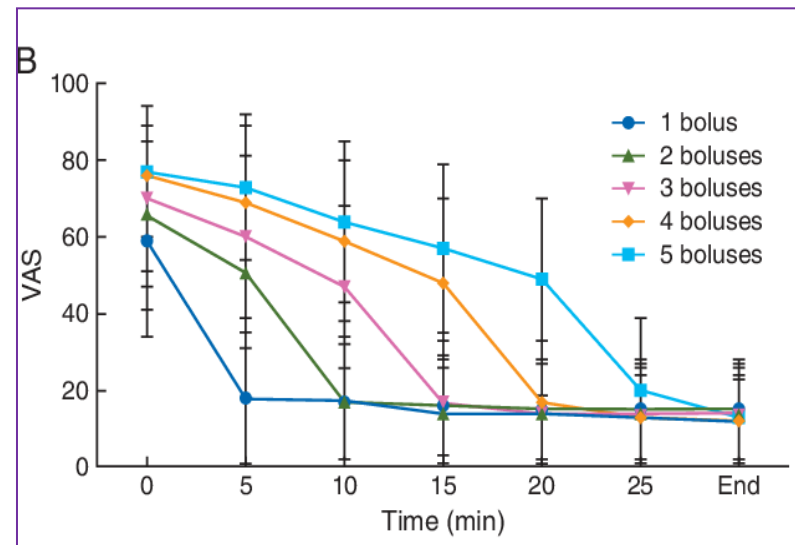
La douleur nociceptive sévère sans étiologie claire

LA MORPHINE=REINE

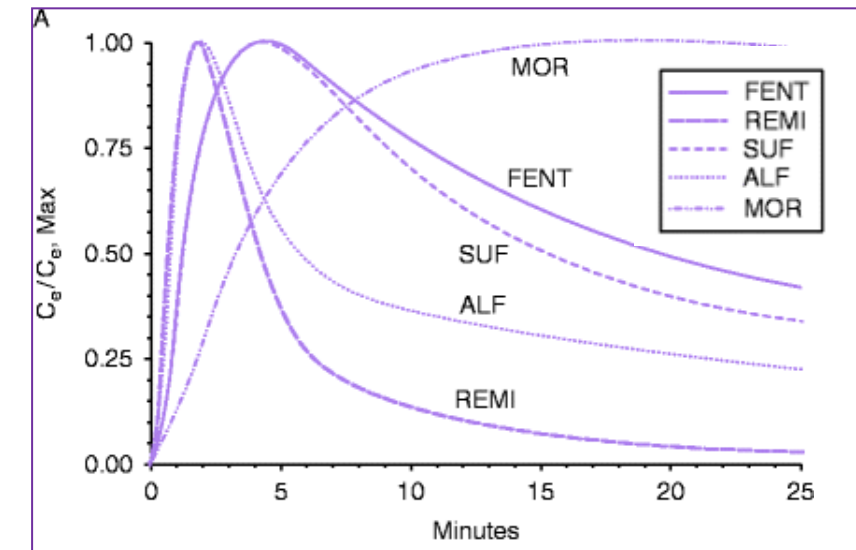
- Délai d'action court
- Durée suffisamment longue
- Sécurité
- Data pharmacologiques robustes



Journal of Pain and Symptom M Vol. 29 No. 5S May 2005

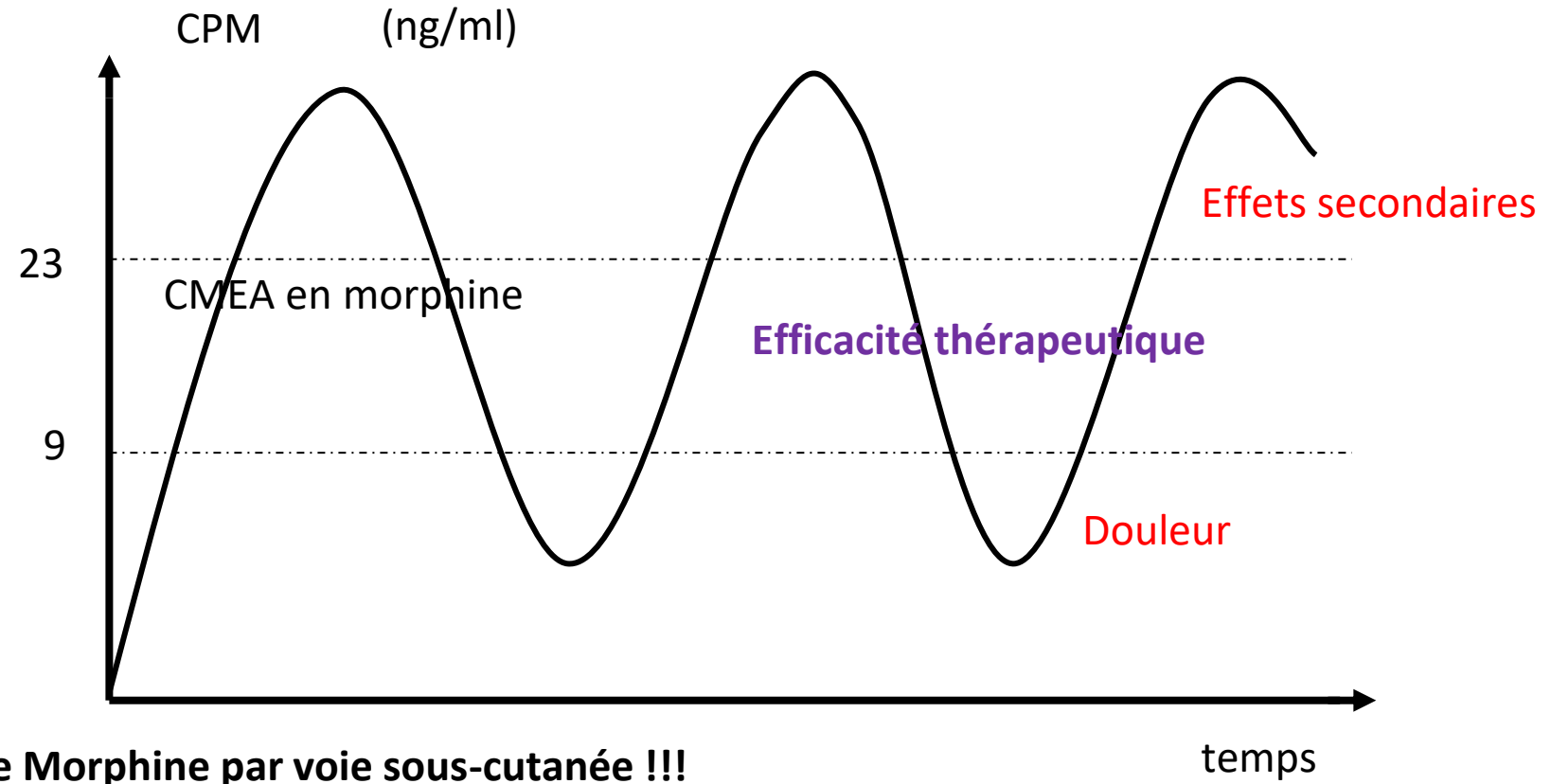


Aubrun et al



Il ne faut pas utiliser les voies intramusculaires et sous-cutanées.

Grade 1-



Prévention des douleurs provoquées

Situations de dlrs provoquées	Traitements proposés
Ponctions : veineuse, artérielle, ALR	MEOPA ± Crème anesthésiante en fonction du délai accessible MEOPA ± Crème anesthésiante selon délai
Ponction lombaire	Crème anesthésiante post-ponctions : Aiguille (25 ou 26 G) et atraumatique (crayon), et mandrin remis en place avant retrait de l'aiguille.
Sonde nasale nasique	Compresse imprégnée de lidocaine 5% naphazoline : méchage nasal OU spray lidocaine 5% 10 à 12 pulvérisations (adulte) intranasal.
Sonde vésicale	Gel 2% spécifique : injection par le méat
Mobilisation d'un traumatisé de membre	MEOPA, précédé de morphine titrée : à adapter en fonction du geste voire ALR
Réfection de pansement	MEOPA, précédé de morphine titrée
Exploration de plaie et suture	ALR si accessible, MEOPA

Une titration IV avec quoi? Co-Analgésies? Epargne?

Il n'est **pas recommandé** d'ajouter de **codéine**, **de nalbuphine** ou de **tramadol** lorsqu'une titration morphinique est recommandée, dans le but de réduire le délai de soulagement, de diminuer la consommation de morphine, ou de réduire le risque de complication.

Grade 1-

néfopam: pas de reco



2022

ORIGINAL CONTRIBUTION

Intravenous acetaminophen does not reduce morphine use for pain relief in emergency department patients: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial

Bruno Minotti MD¹ | Gregory Mansella MD² | Robert Sieber MD¹ | Alexander Ott MD³ | Christian H. Nickel MD² | Roland Bingisser MD²

Il n'est probablement **pas recommandé** d'ajouter systématiquement **une dose de paracétamol** lorsqu'une titration morphinique est indiquée, dans le but de réduire le délai de soulagement, de diminuer la consommation de morphine, ou de réduire le risque de complication.

Grade 2-

La weblette du « Board **Douleur** »

MARS 2023



Symptôme

Opioïdes: Double injonction?

Recommandations

HAS - 2022

Opioïdes



Hydromorphone, oxycodone, morphine, fentanyl

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses

RESEARCH

Recent opioid use and fall-related injury among older patients with trauma

Raoul Daoust MD MSc, Jean Paquet PhD, Lynne Moore PhD, Marcel Émond MD MSc, Sophie Gosselin MD, Gilles Lavigne DMD PhD, Manon Choinière PhD, Aline Boulanger MD, Jean-Marc Mac-Thiong MD, Jean-Marc Chauny MD MSc

Cite as: CMAJ 2018 April 23;190:E500-6. doi: 10.1503/cmaj.171286

OR>5



> J Healthc Qual. 2019 Sep/Oct;41(5):e47-e53. doi: 10.1097/JHQ.000000000000165.

Narcotic Pain Control for Ureterolithiasis Is Associated With Unnecessary Repeat Imaging in the Emergency Department

Kyle Garcia, Hannah Pham, Pranav Sharma

PMID: 30358635 DOI: 10.1097/JHQ.000000000000165

Home > Canadian Journal of Emergency Medicine > Article

Opioid and non-opioid pain relief after an emergency department acute pain visit

Original Research | Published: 04 January 2021

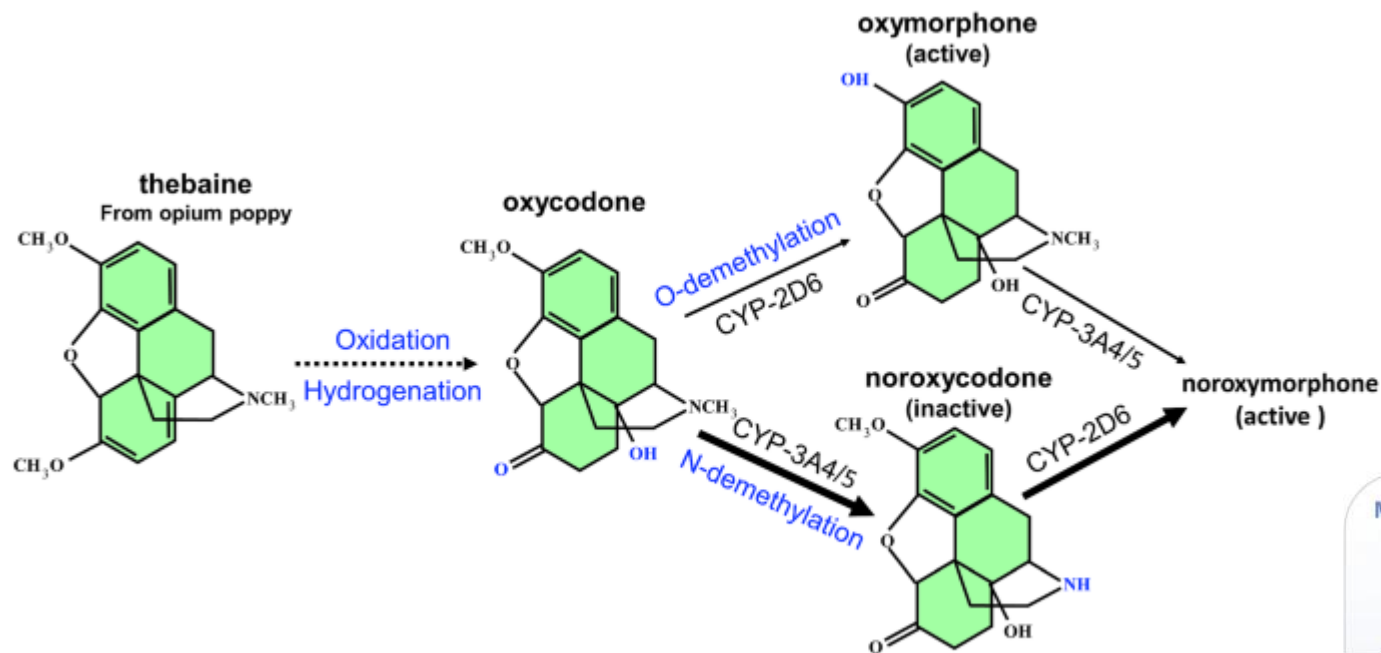
Volume 23, pages 342–350, (2021) [Cite this article](#)

Results

A total of 381 participants completed the **14-day diary**; 50% were women and median age was 54 years (IQR = 43–66). Average daily pain intensity before pain medication intake was significantly higher for patients who used opioids (5.9; 95% CI 5.7–6.2) as compared to non-opioid analgesics (4.2; 95% CI 4.0–4.5) or no pain medication (2.2; 95% CI 1.9–2.5). Controlling for pain intensity, patients using opioids were more likely to report a pain relief (OR = 1.3; 95% CI 1.1–1.8) as compared to those who used non-opioid analgesics.

Conclusion

Overall, opioids appear to be effective and used as intended by the prescribing physician.



Lemberg KK, Siiskonen AO, Kontinen VK, Yli-Kauhaluoma JT, Kalso EA (2008)
Pharmacological characterization of noroxymorphone as a new opioid for spinal analgesia.
Anesth Analg 106(2):463-470. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181605a15>



Paediatrics & Child Health, 2021, 120–123
doi: 10.1093/pch/pxaa133
Position Statement

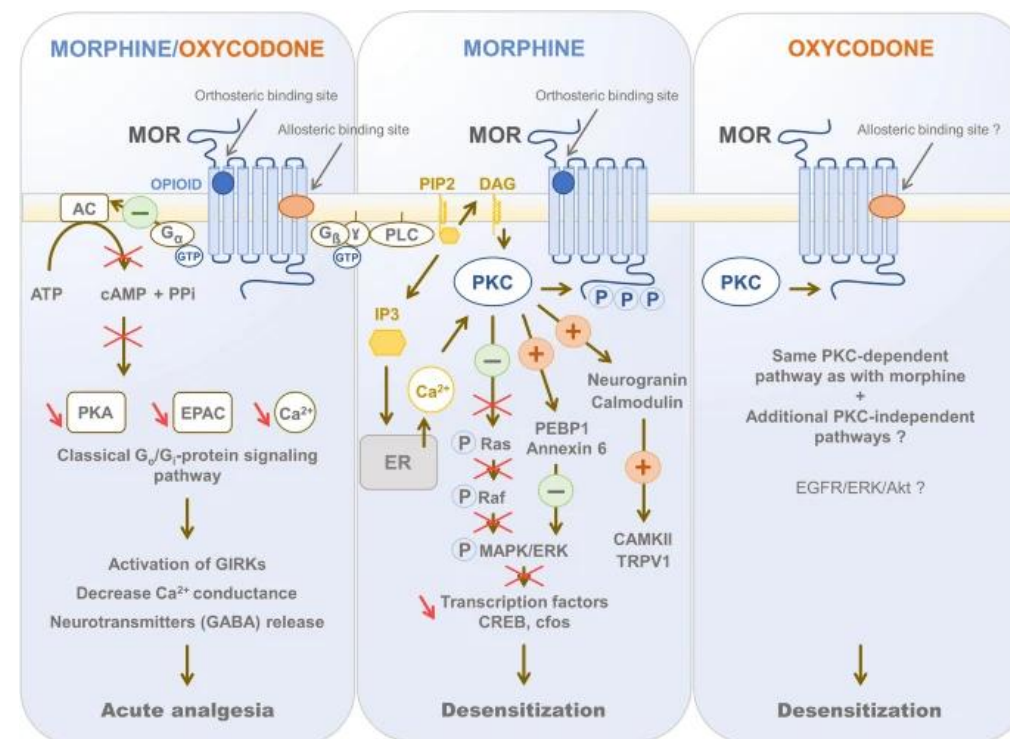
OXFORD

Position Statement

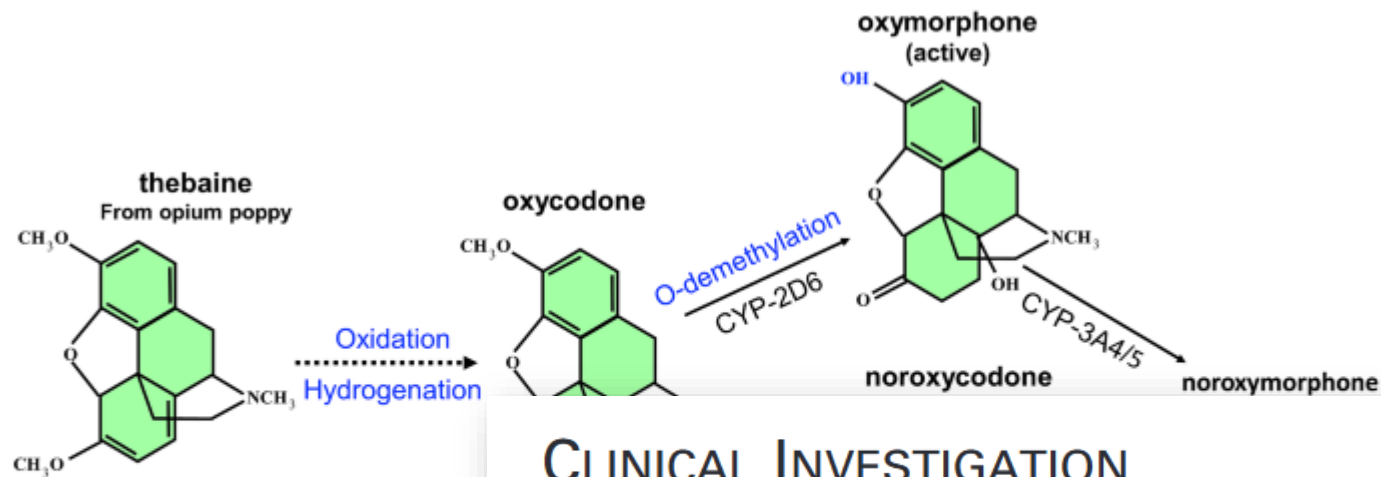
The use of oral opioids to control children's pain in the post-codeine era

Michael J. Rieder, Geert 't Jong

Canadian Paediatric Society, Drug Therapy and Hazardous Substances Committee, Ottawa, Ontario



Kibaly, C. *Cell Mol Neurobiol* **41**, 899–926 (2021)
<https://doi.org/10.1007/s10571-020-01013-y>



Lemberg KK, Siiskonen AO, Kontinen VK
Pharmacological characterization of nor
Anesth Analg 106(2):463-470. <https://doi.org/10.1097/00000539-200702000-00010>



Position Statement

The use of oral opioids to control children's pain in the post-codeine era

Michael J. Rieder, Geert 't Jong

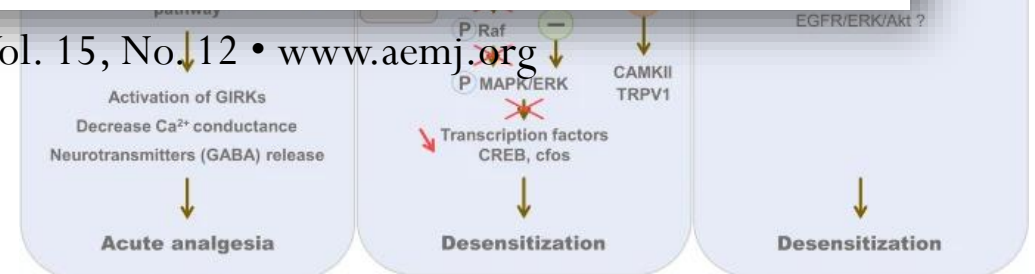
Canadian Paediatric Society, Drug Therapy and Hazardous Substances Committee, Ottawa, Ontario

CLINICAL INVESTIGATION

Oral versus Intravenous Opioid Dosing for the Initial Treatment of Acute Musculoskeletal Pain in the Emergency Department

James R. Miner, MD, Johanna Moore, MD, Richard O. Gray, MD, Lisa Skinner, MD, Michelle H. Biros, MS, MD

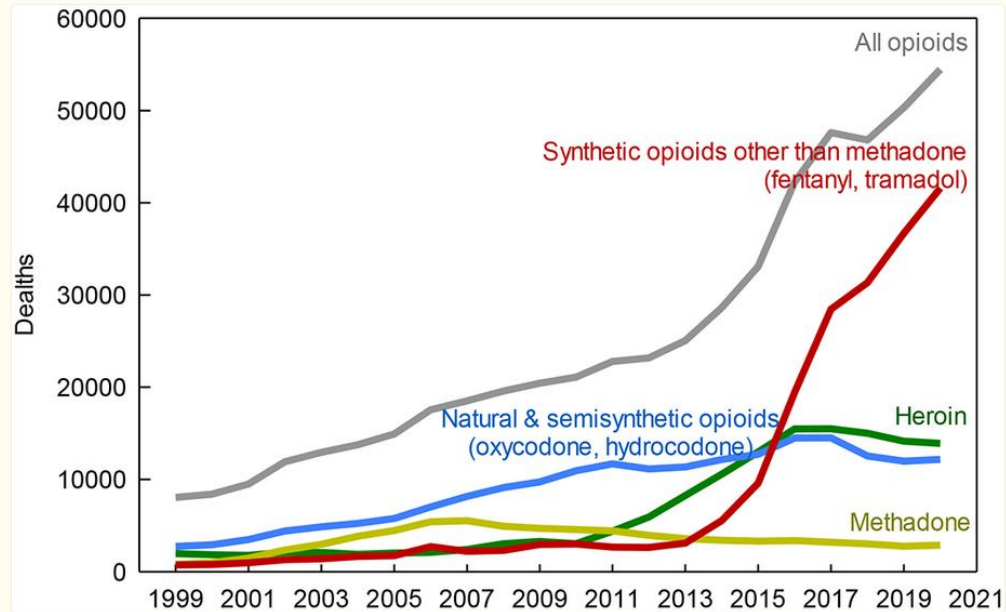
ACAD EMERG MED • December 2008, Vol. 15, No. 12 • www.aemj.org



Kibaly, C. *Cell Mol Neurobiol* **41**, 899–926 (2021)
<https://doi.org/10.1007/s10571-020-01013-y>

My understanding of the opioid crisis

Figure 1.



[Open in a new tab](#)

United States drug overdose deaths involving opioids 1999–2020 (November), by type of opioid.

Data are accessed at <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>

Pain Ther (2018) 7:13–21
https://doi.org/10.1007/s40122-018-0097-6



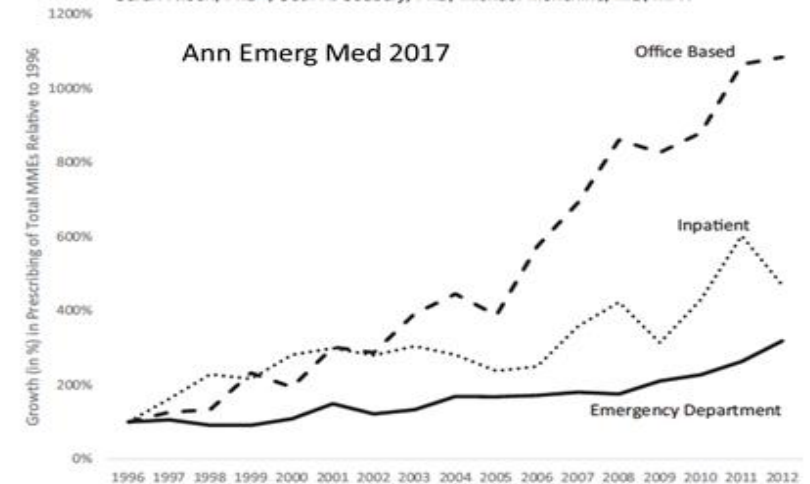
REVIEW

A Brief History of the Opioid Epidemic and Strategies for Pain Medicine

Mark R. Jones · Omar Viswanath · Jacquelin Peck · Alan D. Kaye ·
Jatinder S. Gill · Thomas T. Simopoulos

Emergency Department Contribution to the Prescription Opioid Epidemic

Sarah Axen, PhD^a; Seth A. Seabury, PhD; Michael Menchine, MD, MPH



Open access

Research

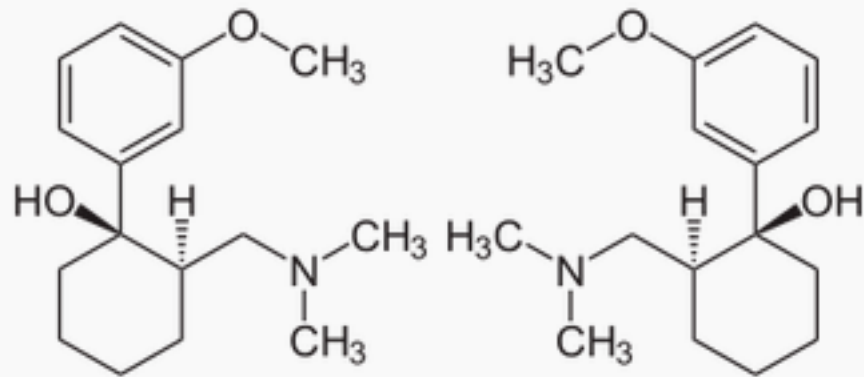
BMJ Open Quantity of opioids consumed following an emergency department visit for acute pain: a Canadian prospective cohort study

Raoul Daoust,^{1,2} Jean Paquet,¹ Alexis Cournoyer,^{1,2} Éric Piette,^{1,2} Judy Morris,^{1,2}
Sophie Gosselin,³ Marcel Émond,^{4,5} Gilles Lavigne,^{6,7} Jacques Lee,⁸
Jean-Marc Chauny^{1,2}

95% 3J, 7cpx5 mg

1 modulateur dans le collimateur....

Tramadol

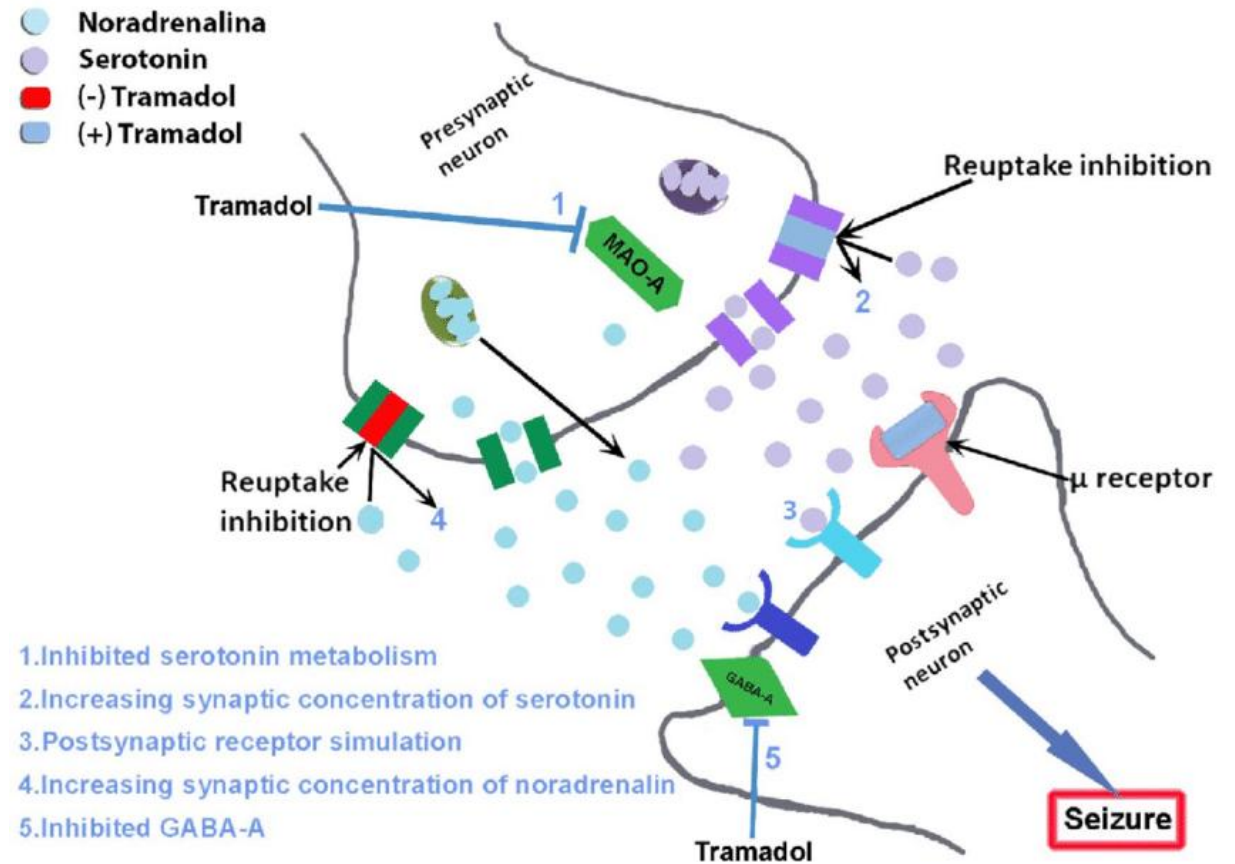


Énantiomères (1*R*,2*R*) (à gauche) et (1*S*,2*S*) (à droite) du tramadol

1970

Opiode de synthèse

Racémique



Palier 2

Periph et central

Opiode faible

Anticholinergique

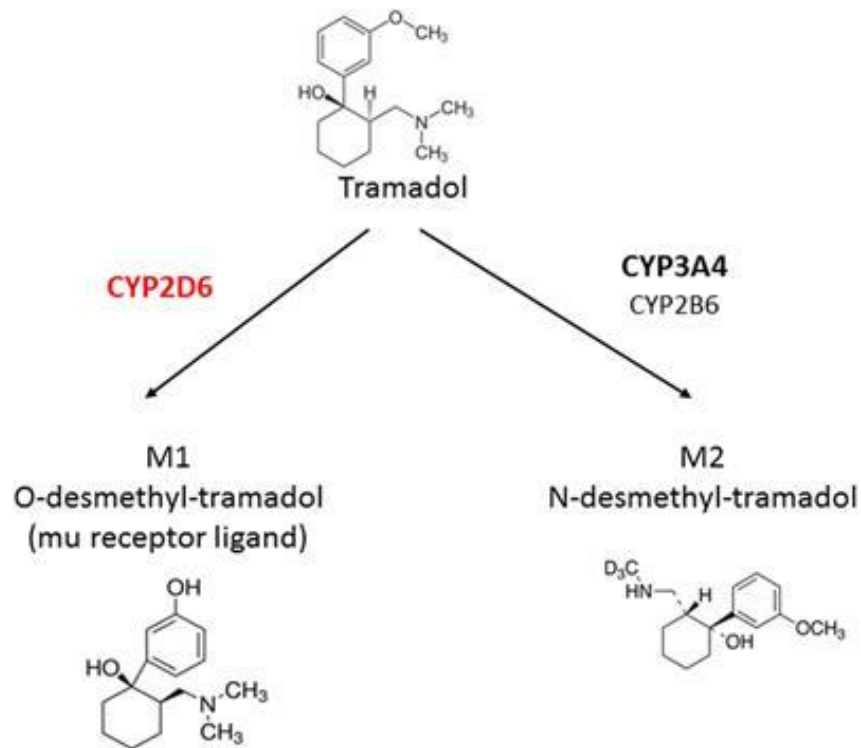
Sérotoninergique

....

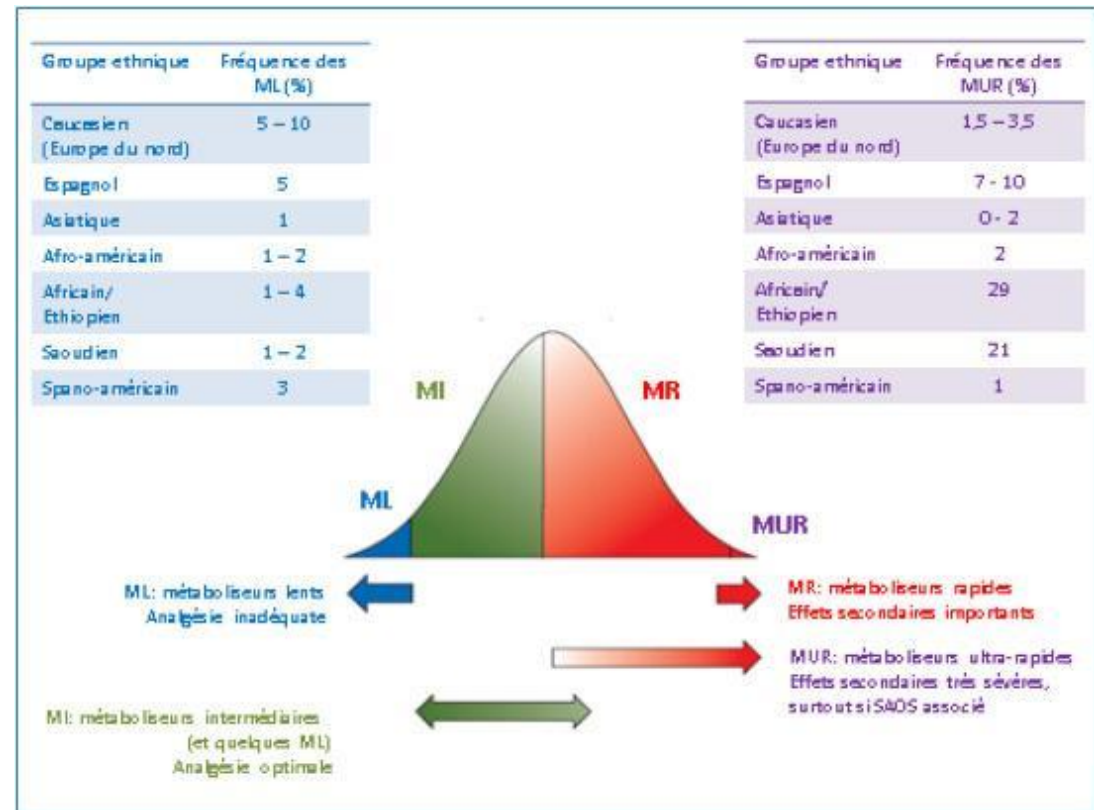
CONTOURNER LA MORPHINE

TRAMA-DON'T !!!!!

Variabilité génétique dangereuse

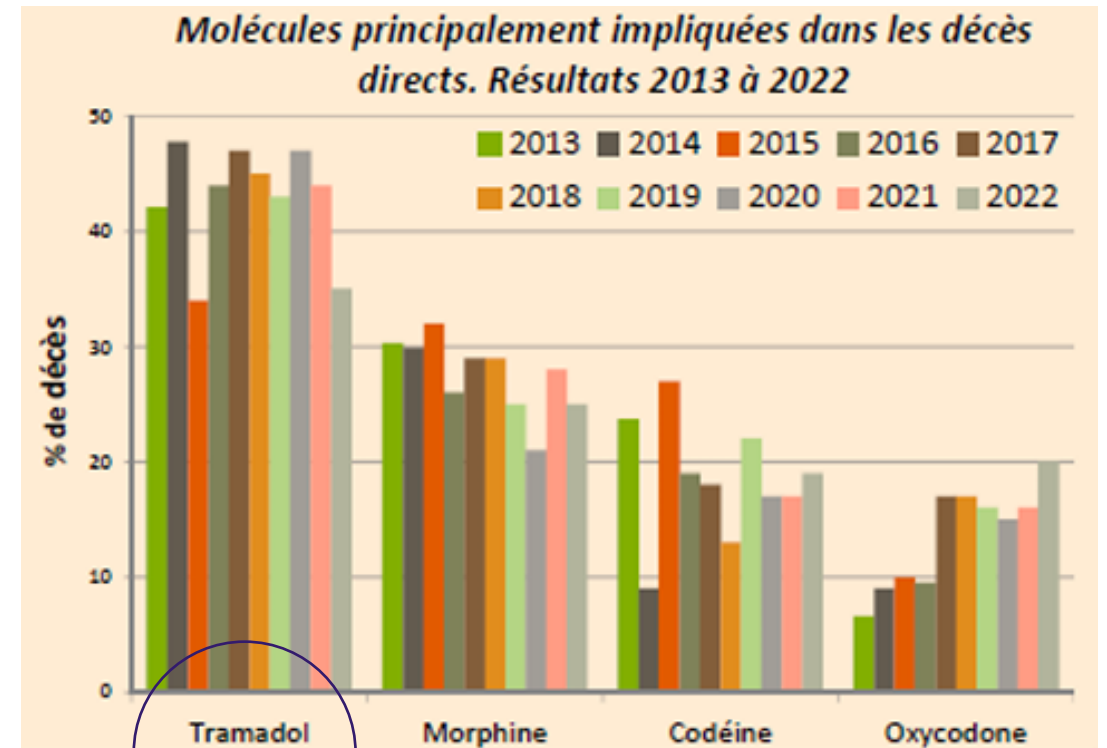


- Le métabolite M1 a 200X > d'affinité pour μ
- Action sur la recapture noradrénaline et sérotonine



●●●● Pharmacovigilance/ Pharmacodépendance au tramadol

- **139 décès toxiques** par antalgiques en 2022 (Vs 93 en 2015)
- **724 mésusages d'issue fatale** en 2022 (vs 395 en 2015)
- 2011-2015 **334 affec Psy** (2017 F Moulis)
Psychostimulant/ dépendance à 300 mg

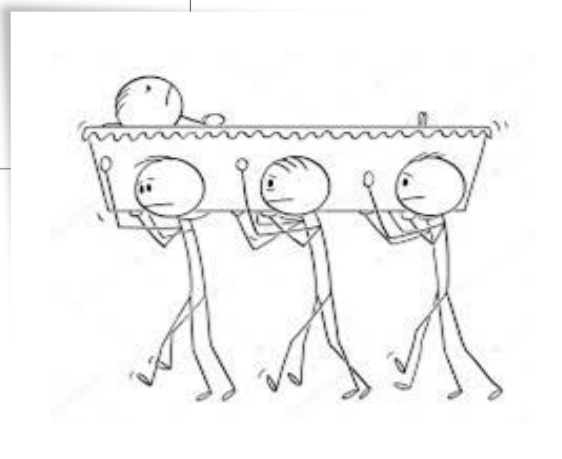
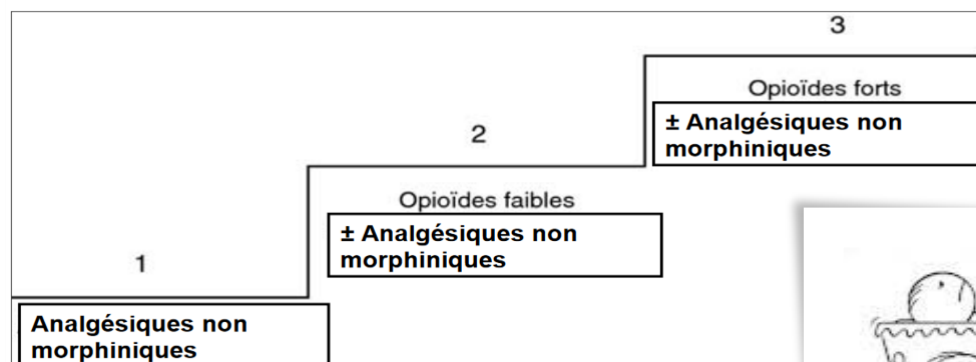


MOINS de tramadol

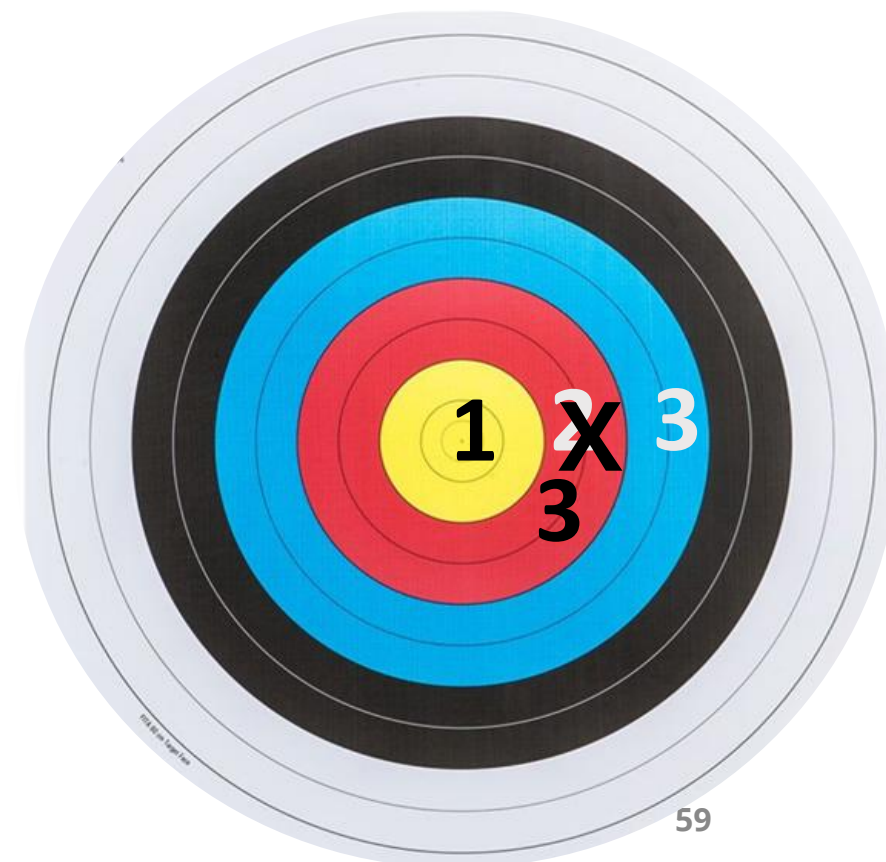
Il faut probablement **privilégier les opioïdes forts aux opioïdes faibles** dans le traitement des douleurs aiguës aux urgences et en pré hospitalier **pour optimiser l'efficacité tout en diminuant les effets secondaires.**

Grade 2+

Paliers de l'OMS



La fin des PALIERS
Inverser/
sauter le 2!

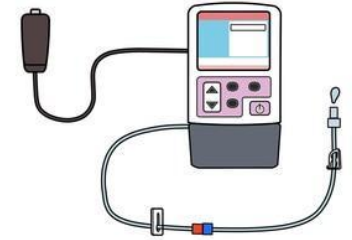




Après soulagement par morphiniques d'une douleur **traumatique**, les experts suggèrent de privilégier un relais analgésique par l'administration **d'opioïdes forts contrôlée par le patient** plutôt que par le soignant, afin d'améliorer l'efficacité antalgique et la satisfaction du patient.

Idem DLr médicale

Grade 2



v/s



Il faut probablement limiter la prescription **d'opioïdes forts**, en sortie des urgences, à **certaines pathologies** aiguës dont le diagnostic est certain.
Il faut probablement en **limiter la durée de prescription**, afin de réduire le mésusage

Grade 2

3 à 5 jours
Limiter les Formes LP



Prévenir l'hyperalgésie?

Diener et al.
Neurological Research and Practice (2022) 4:37
<https://doi.org/10.1186/s42466-022-00200-0>



Neurological Research
and Practice

GUIDELINES

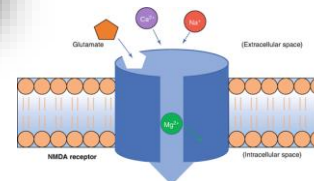
Open Access

Management of medication overuse (MO) and medication overuse headache (MOH) S1 guideline



Il ne faut probablement pas utiliser d'**opiacées** dans la prise en charge des **céphalées primaires** aux urgences

Grade 2



Opioid Risk Tool (ORT)

Mark each box that applies		Female	Male
1. Family Hx of substance abuse			
Alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
Illegal drugs	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
Prescription drugs	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
2. Personal Hx of substance abuse			
Alcohol	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
Illegal drugs	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
Prescription drugs	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
3. Age between 16 & 45 yrs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
4. Hx of preadolescent sexual abuse	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	
5. Psychologic disease			
ADD, OCD, bipolar, schizophrenia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Depression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	

Scoring Totals:

Administer
On initial visit
Prior to opioid therapy
Scoring (risk)
0-3: low
4-7: moderate
≥8: high

Where is
Ketamine
Risk
Tool
?....

NON-INDICATIONS aux opioïdes

Traitements alternatifs

≠ coA

- Aussi efficaces
- Hyperalgésie
- Ciblage des terrains
- Mésusage

Même EN \geq 6/10
Recos spécifiques



Céphalées

- Pas d'opiacés
- Hyperalgésie 2ndaire
- Abus d'antalgique
- Recommandations spécifiques

Coliques Neph

- 2è intention
- Littérature abondante
- Recommandations spécifiques
- Rôle dans le parcours de soin: Orientation TDM

AINS*

Lombalgies

- Le plus tard possible
- Le plus réévalué possible
- Chronicisation
- Dlr Neuropathiq
- Recommandations spécifiques



Management of acute pericarditis: treatment and follow-up

Vol. 15, N° 16 - 13 Sep 2017



Prof. Ivaylo Rilkov Daskalov



Dr. Tatyana Valova-Ilieva



European Heart Journal (2015) 36, 2921–2964
doi:10.1093/eurheartj/ehv318

ESC GUIDELINES

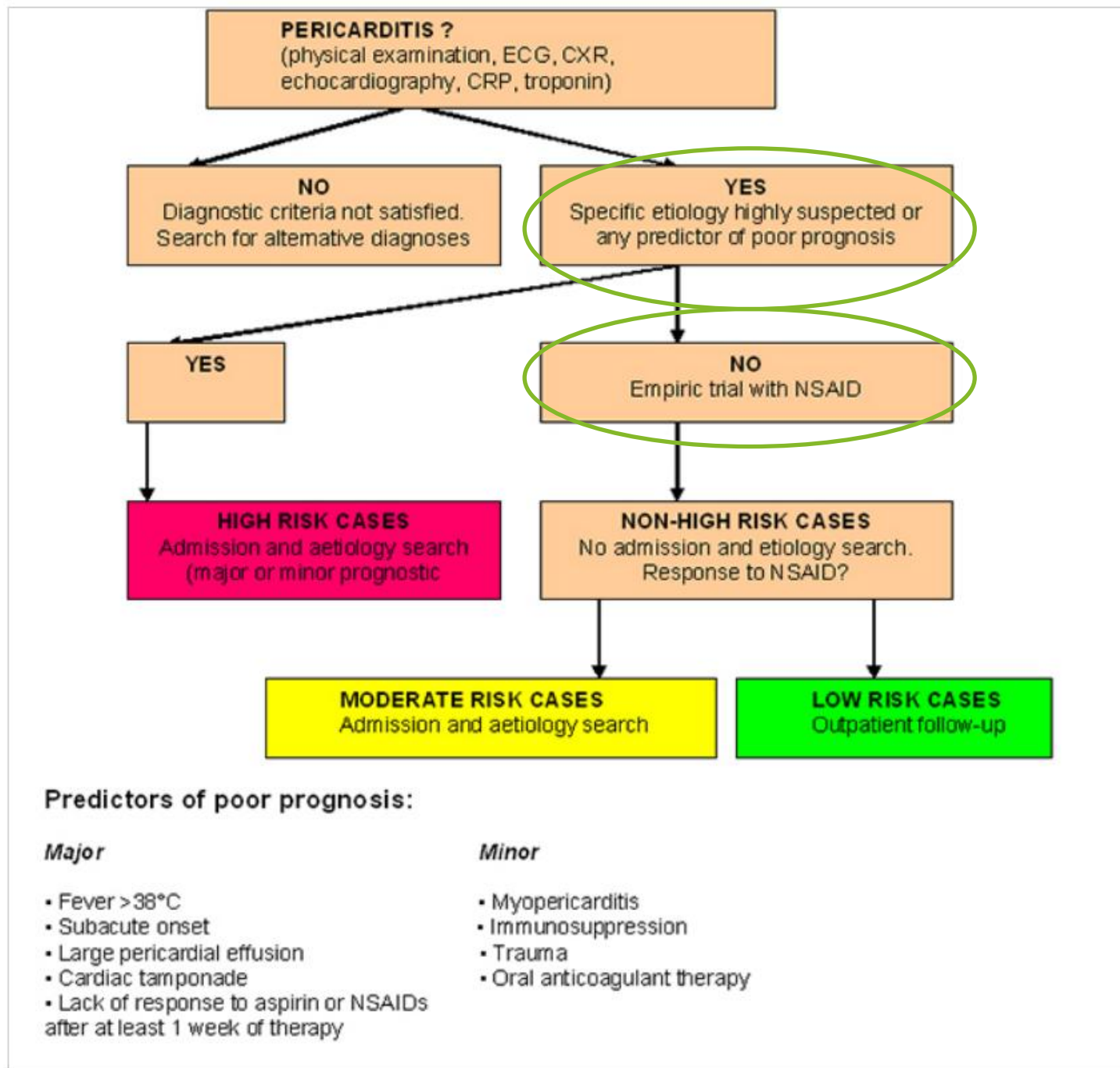


2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases

The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Figure 1. Proposed Triage of Acute Pericarditis.





PUBLIÉ LE 18/04/2019 - MIS À JOUR LE 28/04/2023

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves

49 cas année 2000, pour le kétoprofène, jeunes, peau et ORL

Informations pour les patients et les professionnels de santé

- Privilégiez l'utilisation du paracétamol en cas de douleur et/ou de fièvre, notamment dans un contexte d'infection courante comme une angine, une rhinopharyngite, une otite, une toux, une infection pulmonaire, une infection dentaire, une lésion cutanée ou la varicelle.
- A retenir pour un bon usage des AINS en cas de douleur et/ou fièvre :
 - Prescrire et utiliser les AINS à la dose la plus faible possible et sur la durée la plus courte possible (3 jours si fièvre, 5 jours si douleurs)
 - Arrêter le traitement dès la disparition des symptômes
 - Ne pas prendre en même temps un autre AINS
 - Éviter les AINS en cas de varicelle.
- Parents, si la température de votre enfant ne dépasse pas 38,5° C, il n'est pas nécessaire de lui donner un médicament contre la fièvre. Des gestes simples permettent de le soulager, avant d'envisager l'administration d'un médicament contre la fièvre : lui enlever des épaisseurs de vêtements, sans le déshabiller complètement ; l'installer dans une pièce fraîche et aérée (entre 18 et 20°C). Donnez-lui souvent à boire de l'eau fraîche, même s'il ne vous le demande pas.

Si vous êtes actuellement traité au long cours par un anti-inflammatoire non stéroïdien, par exemple pour une pathologie rhumatismale, n'arrêtez pas votre traitement et rapprochez-vous de votre médecin si vous avez des doutes, notamment en cas de fièvre.

Tous les AINS sont contre-indiqués à partir du début du 6^e mois de grossesse et leur utilisation doit se faire avec précaution avant cette période.



POUR EN
SAVOIR
PLUS



Rénotoxicité des AINS

AINS sont responsables de 7 % de toutes les insuffisances rénales aiguë (IRA) et de 15 % à 35 % des IRA par néphrotoxiques.

1. Baisse du flux sanguin rénal (PGE2)= une insuffisance rénale aiguë

Chez un sujet déshydraté :

L' AINS interfère avec les prostaglandines (vasoconstriction)

2. Rétention sodique (medulla)

3. Hyperkaliémie

(action directe sur la capture du potassium TCD)

+ induction d'un hyporéninisme avec hypoaldostéronisme)

3. Néphrite interstitielle (atteinte inflammatoire paradoxale)

Craintes des AINS

Contrindications vs idées reçues

- Allergie
- Ulcère GD évolutif
- Hemorr active
- Insuff Hepatique
- Insuff rénale
- Insuff cardiaque sévère
- Fernand Vidal
- Goutte
- Allaitement

- Retard de Cicatrisation
- Guérison
- Sepsis sévère
- Toutes les femmes enceintes
- Covid
-

⇒ **Inutile ou dangereux?**

⇒ **Poso mini et temps mini**

⇒ **Eviter les plus de 75 ans**

Il est recommandé d'utiliser les **opioïdes forts** pour soulager les **douleurs abdominales modérées à sévères** aux urgences sans traitement étiologique immédiat. le prescripteur devra prendre en compte les contre-indications.

Grade 1



OLIGO-ANALGESIE vs **INDIVIDUALISATION**

Chez les patients présentant une douleur **de l'appareil musculo-squelettique** aux urgences, il est probablement recommandé de prescrire des **anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS).

Grade 2

Démarche moderne: 10 points clefs?

1ere évaluation avec
1ere prescription
puis réévaluation
précoce (T45?)

Le patient est-il
fragile ou dys-
communiquant?

Le patient désire-t 'il
un traitement
médicamenteux?

Le patient a-t-il des
risques
supplémentaires de
sous-traitement?

Caractériser la
douleur: possible?
Traitement
étiologique
immédiat?

Le patient est-il
candidat à une filière
ambulatoire?

Traiter dans le doute

Logique de
personnalisation:
type/dose

Le moins d'opioïdes
faibles possibles

Le moins d'opioïdes
possibles à la sortie
des urgences

**Le temps
c'est de la douleur**



CCL: Prévention du risque de chronicisation de la douleur ?

Approche complète pour limiter la douleur à moyen terme

- 1 Détection/ Défaut d'évaluation intensité (non comm)
Sous utilisation des opioïdes majeurs (opiophobie)
Difficultés diagnostiques
- 2 Retard d'accès
Rupture de prise en charge antalgique
Pas de protocole contre douleurs induites
Une communication inadaptée (formation
Urg: Crowding : pas assez de temps, pas de filières
Peu d'implication du patient dans les traitements de relais
- 3 Mésusage Opioïdes, Co-A
Trop faible recours (AINS, antineuropathiques, anti NMDA)

« facteurs de risques »



Tjrs Sévère
/Traumatologie
/Âges Extrêmes / Femmes
/ Précarité

« facteurs de Vigilance »

Dlr Abdo
Céphalées
Musculosquelettique
Tox
Douleurs induites

- 
- ⇒ **Quelle stratégie non médicamenteuse moderne avec Écoconception?**
 - ⇒ **Rôle IPA en sus des Inf ressources douleur?**



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !



Dr Virginie-Eve Lvovschi

boarddouleursfmu@gmail.com

jnipa.fr

<https://www.sfmus.org/fr/la-sfmus/les-boards/douleur/>