JOURNÉES NATIONALES

DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE

10 ans d'évolution de la pratique avancée
Toujours en transition ?

8·9 octobre 2026

CIUP - Maison internationale, 17 Bvd Jourdan - 75014 Paris

10ÈME ÉDITION



jnipa.fr

JNPA ANFIPA

Douleur, mésusage et rôle spécifique de l'IPA dans les parcours complexes

Dr LVOVSCHI

Urgences-SAMU69

présidente CLUD GHC HCL / présidente Board Douleur SFMU



JOURNÉES NATIONALES
DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE
10ème ÉDITION

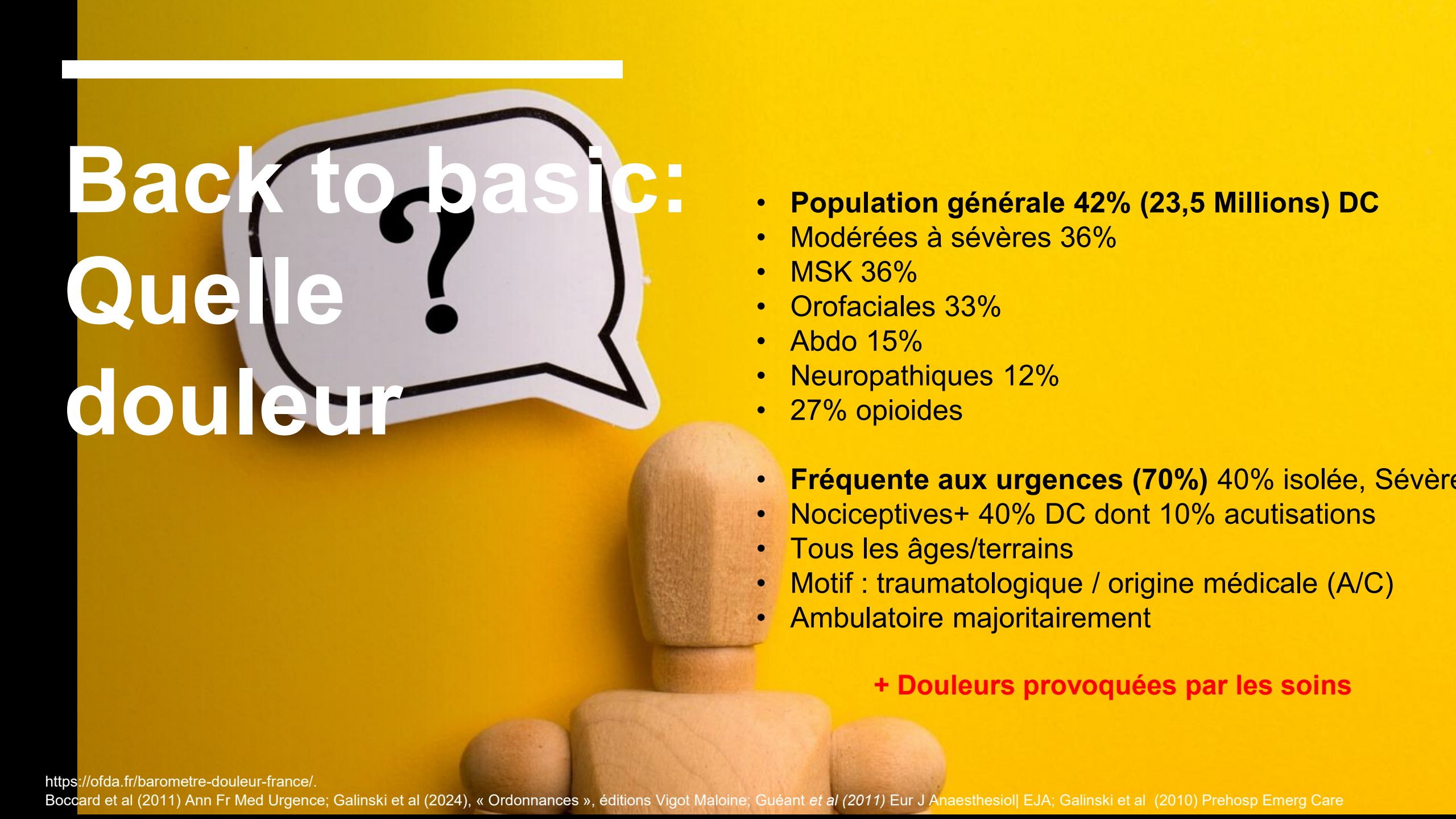
Déclaration de liens d'intérêts

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**



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% opioides

- **Fréquente aux urgences (70%)** 40% isolée, Sévère
- Nociceptives+ 40% DC dont 10% acutisations
- Tous les âges/terrains
- Motif : traumatologique / origine médicale (A/C)
- Ambulatoire majoritairement

+ Douleurs provoquées par les soins

https://ofda.fr/barometre-douleur-france/.

Boccard et al (2011) Ann Fr Med Urgence; Galinski et al (2024), « Ordonnances », éditions Vigot Maloine; Guéant *et al (2011)* Eur J Anaesthesiol| EJA; Galinski et al (2010) Prehosp Emerg Care

Étude réalisée par CSA en ligne du 23 au 28 mai 2018 auprès d'un échantillon nationale représentatif de 1 003 personnes âgées de 18 ans et plus, construit selon la méthode des quotas (sexe, âge, profession de la personne interviewée, région de résidence et taille de l'agglomération)

FONDATION SANOFIESPOIR

CSA RESEARCH

2018 1ère Edition de l'Observatoire des vulnérabilités en France

En 2018, 24% des Français interrogés se définissent comme vulnérables.
Sensation de vulnérabilité qui touche avant tout les femmes (29% se déclarent vulnérables contre 19% des hommes)
et les jeunes **(38% des 18-24 ans se déclarent vulnérables contre 22% des personnes âgées de 65 ans et plus).**

En parallèle, **37% des Français considèrent que la fin de vie est le moment où la vulnérabilité est la plus grande,** loin devant l'adolescence (18%) et l'enfance (11%) qui restent des moments de fragilité.



EXEMPLE de LA CANICULE
Vulnérabilité et risque de consultation aux urgences
Pas que lié au vieillissement

= TIME IS PAIN =PAIN IS DANGER

Aggravation des lésions tissulaires



douleur spontanée aigue sévère

exemple coronaire

Acute Pain



Sympathetic overactivity

Coronary vasoconstriction

↑ HR ↑ PVR, ↑ BP, ↑ cardiac output

Ischemia

Ischemia

Angina

MI

↑ Anxiety, pain

douleur spontanée aigue sévère

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.

fragilité = douleur chronique envahissante
= exposition majorée aux antalgiques

Pain 140 (2008) 224–230

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

Pain, frailty and comorbidity on older men: The CHAMP study

Fiona M. Blyth [a,b,e,*], Stephane Rochat [a,f], Robert G. Cumming [a,b,c], Helen Creasey [a], David J. Handelsman [c], David G. Le Couteur [a,c], Vasi Naganathan [a], Philip N. Sambrook [d], Markus J. Seibel [c], Louise M. Waite [a]

Frailty classification	*N* (%)	Intrusive pain (%)[a]	Unadjusted odds ratio	*p*-Value
Not frail	837 (50)	16.8	1.00 (referent)	
Pre-frail	679 (40.6)	26.3	1.8 (1.4–2.3)	<0.0001
Frail	158 (9.4)	43.9	3.9 (2.7–5.6)	<0.0001

[a] Proportion in each frailty category reporting intrusive pain.

Table 2 Prevalence of intrusive pain by frailty status and unadjusted Odds Ratios for intrusive pain (pain causing moderate to severe interference with activities) by frailty status

Drugs Aging (2013) 30:129–136
DOI 10.1007/s40266-012-0046-8

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Analgesic Use and Frailty among Community-Dwelling Older People

A Population-Based Study

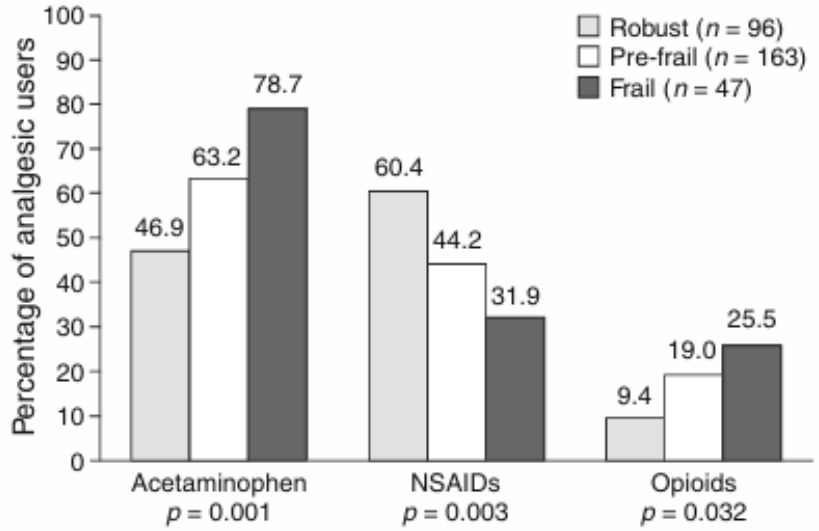
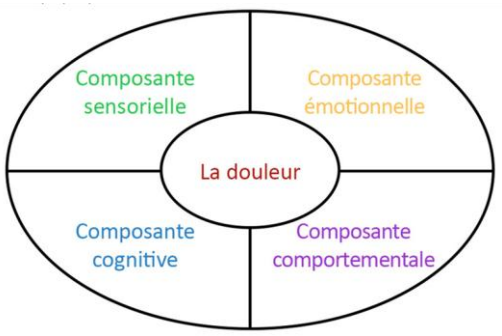
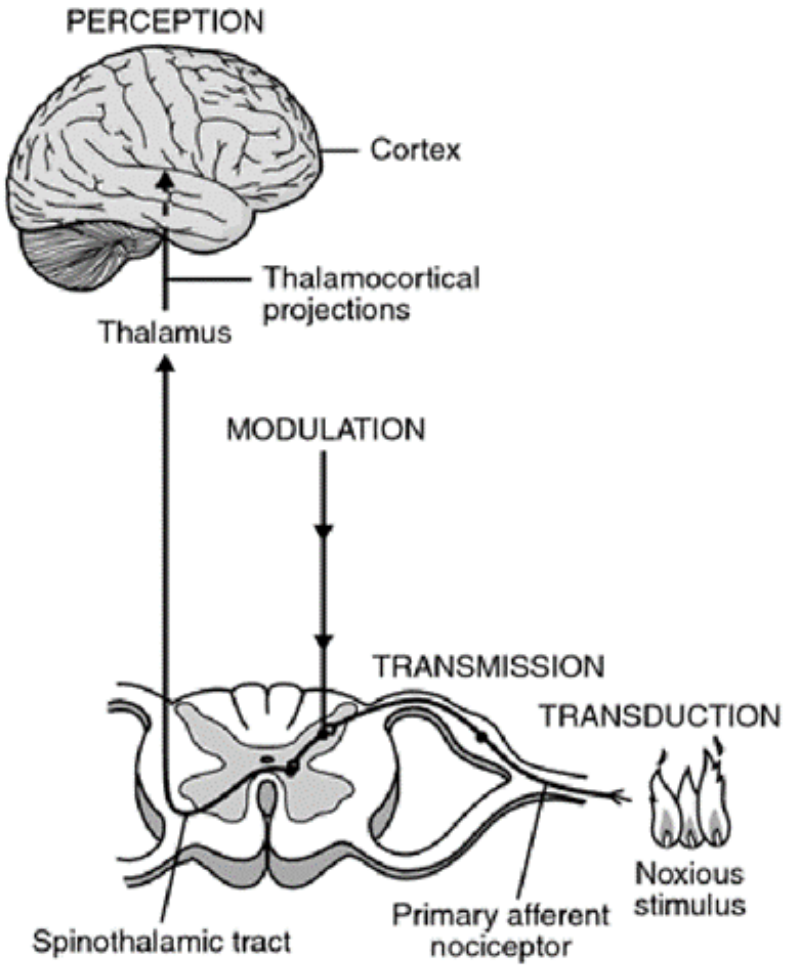


Fig. 1 Point prevalence of analgesic use by frailty status for those using at least one analgesic

Nociception dominante mais ….





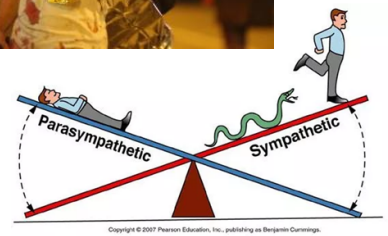
RESEARCH ARTICLE

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





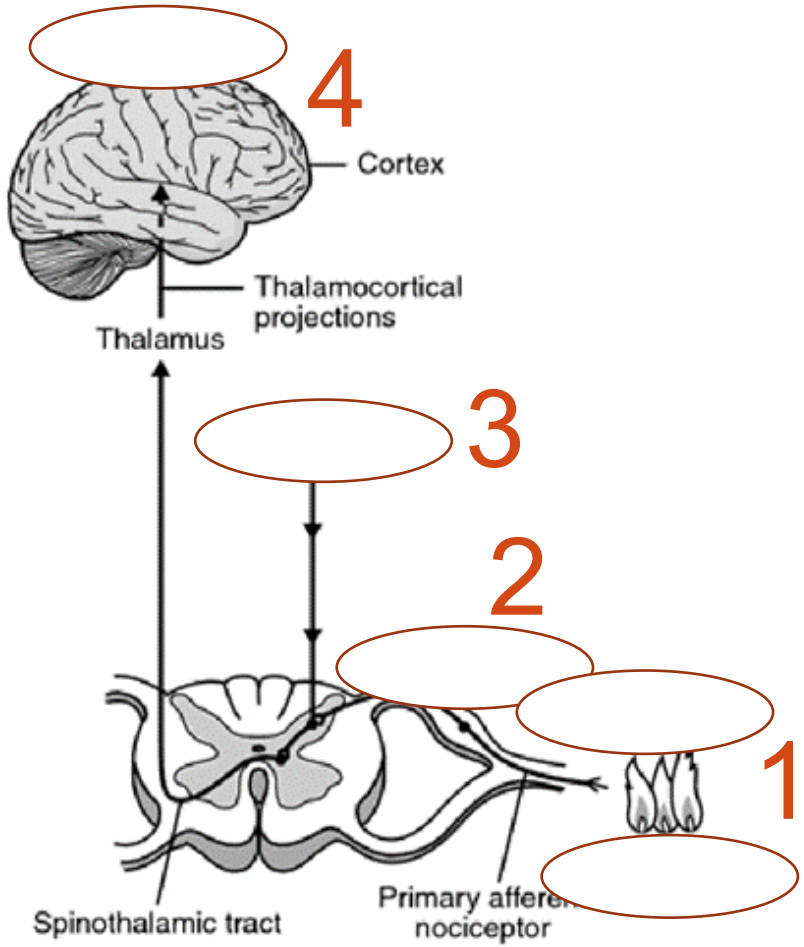
Acute Pain

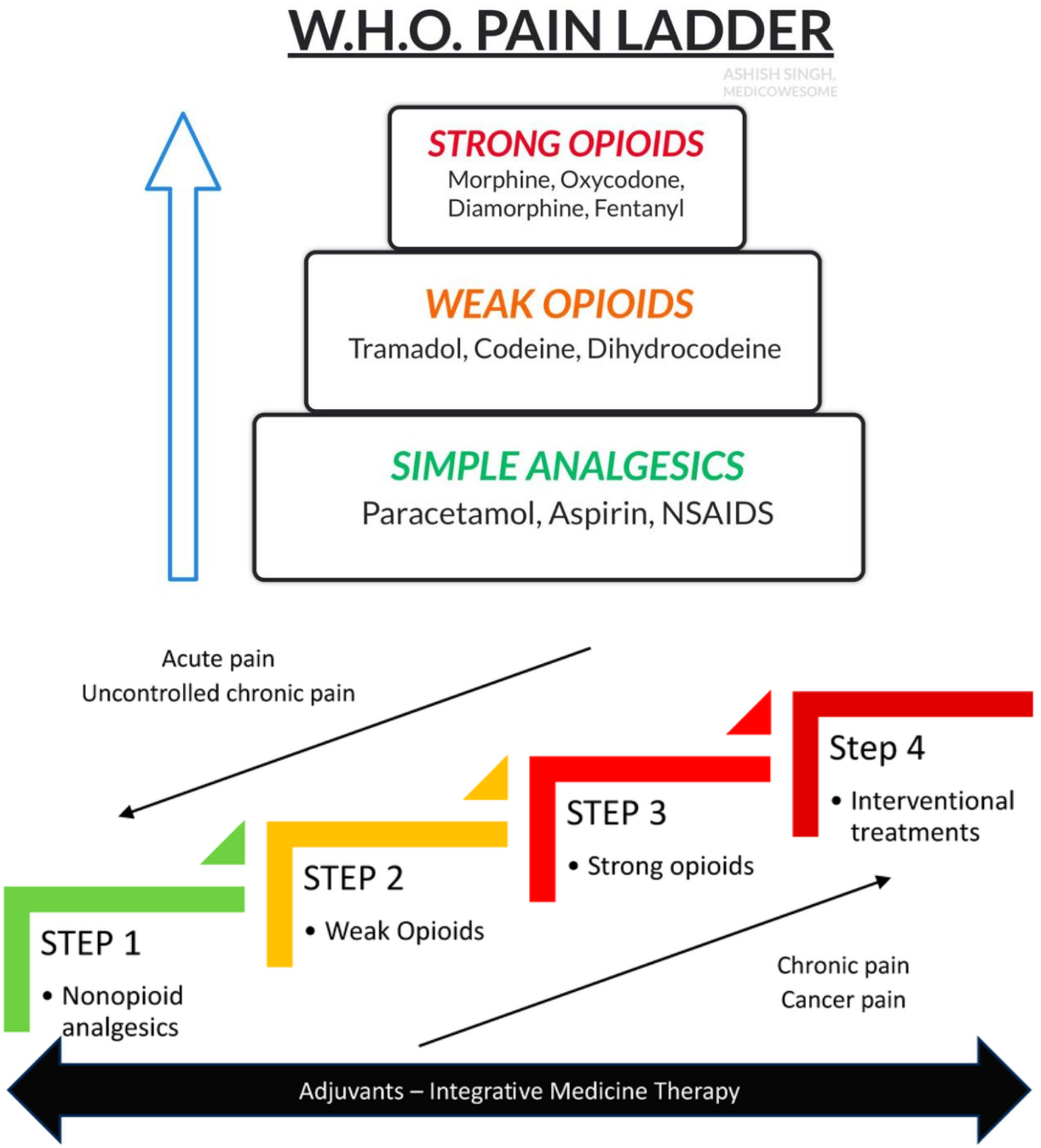
Sympathetic overactivity

↑ 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.

Cibles thérapeutiques





Anxiolytiques

Hypnose

Morphine ?(voie générale)

DISCOURS

Physiq

Morphine (voie générale)

KETAMINE

Nefopam?

Tramadol (voie générale)

MEOPA

Antidépresseurs

Morphine/codeine/tramadol

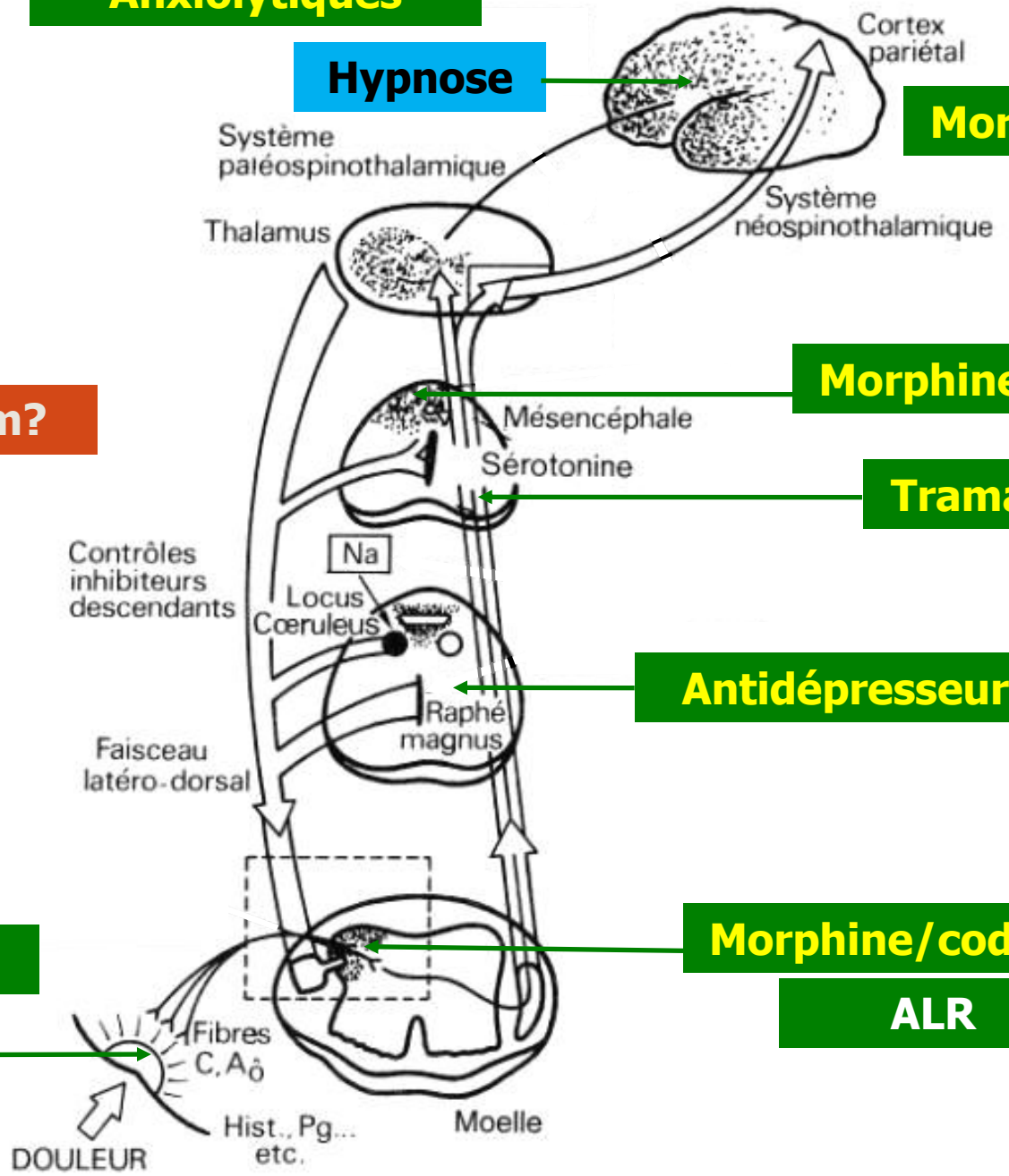
ALR

antispasmodiques

AINS, aspirine

AL

Physiq



Nouvelle classification simplifiée des antalgiques : Boîte à outils compartimentée

1	« antinociceptifs »	• ANM : paracétamol, AINS • OPIOIDES FAIBLE • OPIOIDE FORT
2	« antihyperalgésiques »	• ANTAGONISTE NMDA (kétamine) • antiépileptique : gabapentine prégabaline
3	Modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants	• antidépresseurs tricycliques • IRSN • tramadol
4	Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques	• AL • carbamazépine • capsaïcine
5	MIXTE (nociceptive + neuropathique)	• tramadol • oxycodone

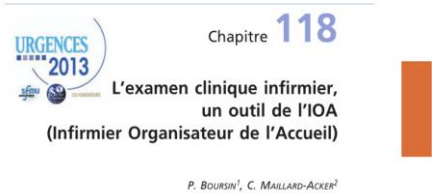
Lussier & Beaulieu IASP Presse 2010

Protocoles d'urgences IDE (1999)

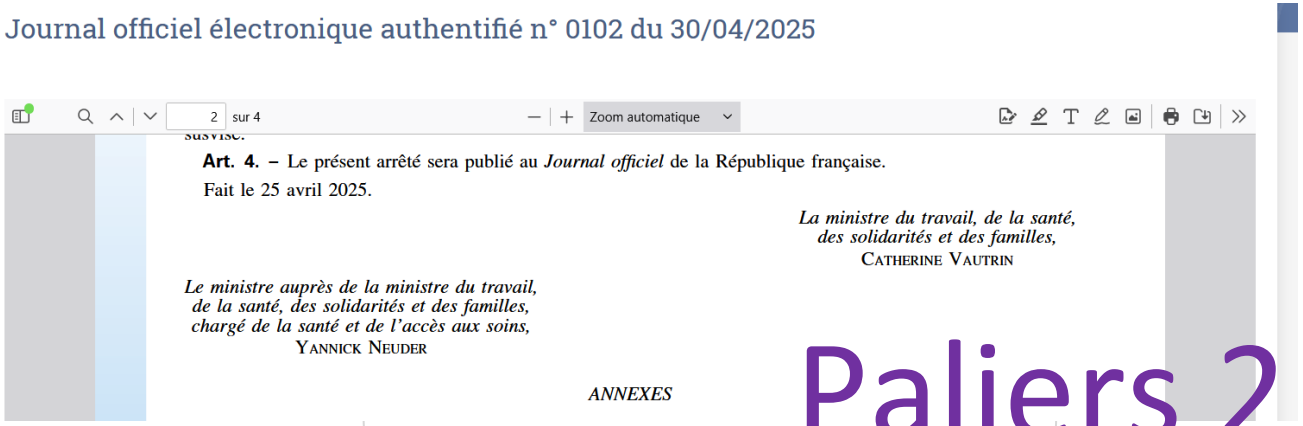
Circulaire n° DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11.02.99
Code de Santé Publique

- 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

2 sur 4 — Zoom automatique

Art. 4. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 avril 2025.

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,
CATHERINE VAUTRIN

Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins,
YANNICK NEUDER

ANNEXES

Paliers 2 / 2 et 3

Bon usage opioïde

Quel opioïde ?

Comment?

Quelle voie ?

Pour qui ?



Recommandations

HAS - 2022

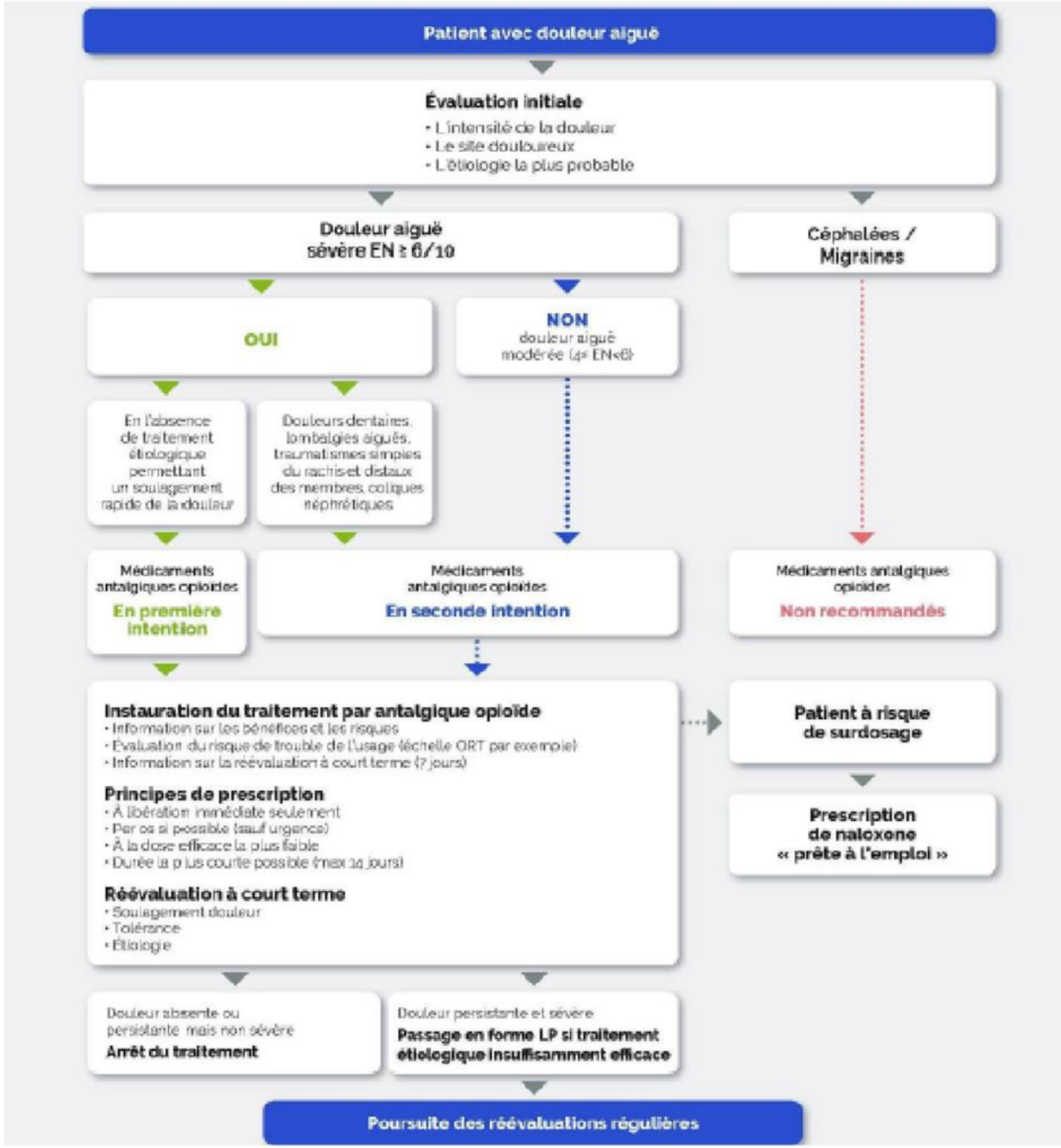
Opioïdes

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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



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



ELSEVIER

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. Foret [1], J. Walther [1], A. Dory [1], P. Le Borgne [2], P. Bilbault [2], B. Gourieux [1]

Résultats

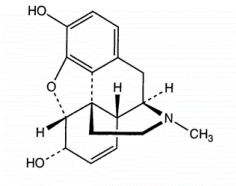
La douleur a été **évaluée pour 88 %** (*n* = 44) (douleur n'a pas été évaluée=barrière de la langue et les troubles cognitifs)
Parmi eux, **80 % sont douloureux** (*n* = 35).
Une prise en charge antalgique a été proposée à 85 % (*n* = 30) des patients douloureux,
47 % (*n* = 14) l'ont acceptée.
Celle-ci 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).

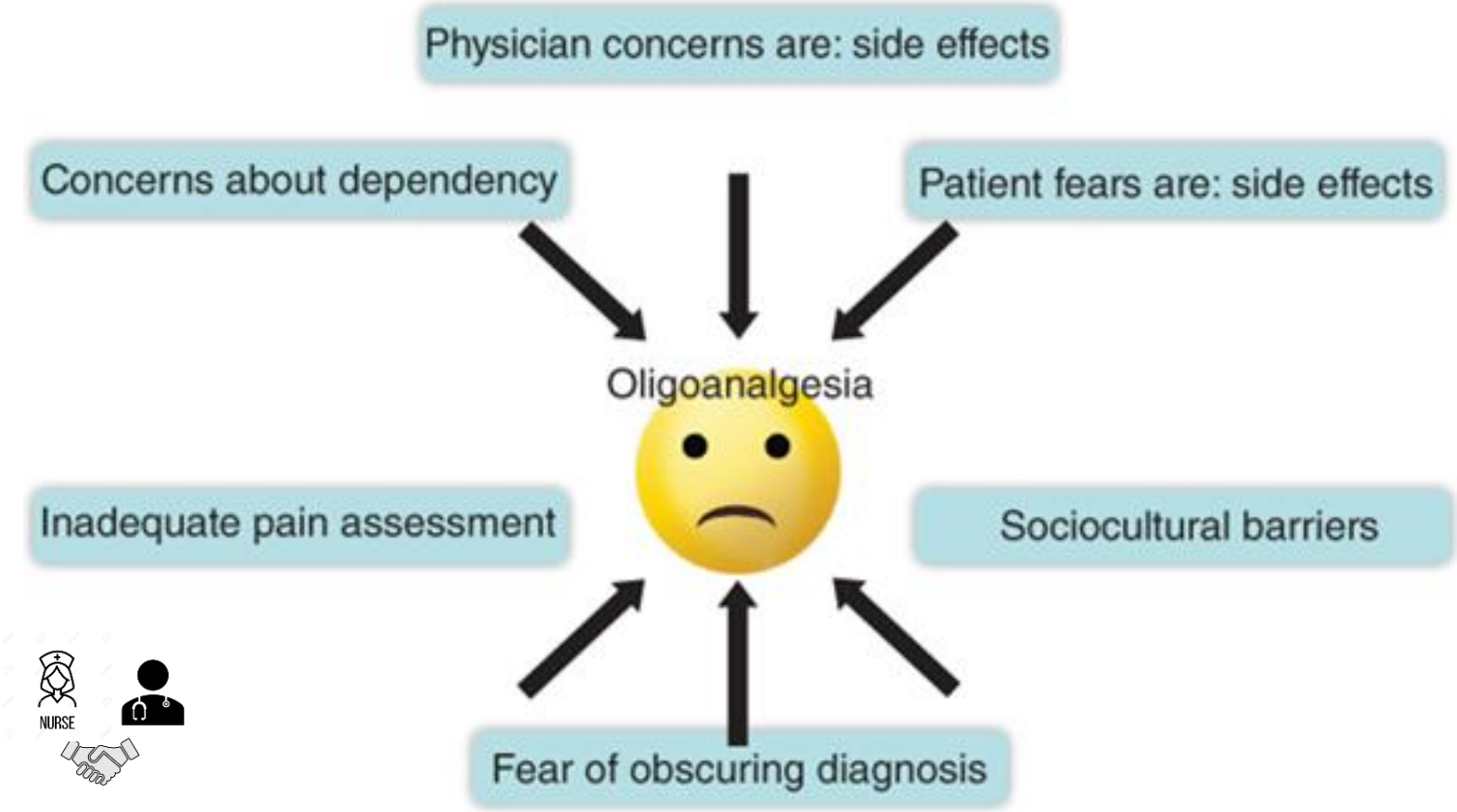
Mme D. Diram.



- Drépanocytaire homozygote, sénégalaise, suivi depuis 5 ans en non splénectomisé, sous valaciclovir et speciafoldine.
- Il a déjà fait un passage en réanimation pour choc septique. Elle a gardé une cirrhose NASH.
- Elle consulte aux urgences avec des douleurs lombaires droites, de l'hypogastre, TA 12/8, EN imprenable, patiente qui ne semble pas comprendre la demande, barrière de langue partielle.
- FC 110/min, 38° de T°. Un picc-line est sur la face antérieure de son biceps gauche.
- Elle réclame de la morphine. Que proposez-vous?

Morphinophobie n°1





Source: Admir Hadzic: Hadzic's Textbook of Regional Anesthesia and Acute Pain Management, Second Edition www.AccessAnesthesiology.com

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 MD[1] | Lucas Oliveira J. e Silva MD, MS[2] | Fernanda Bellolio MD, MS[2] | Caroline E. Freiermuth MD, MSc[3] | Richard T. Griffey MD, MPH[4] | Edmond Hooker MD, DrPH[5] | Timothy B. Jang MD[6] | Andrew C. Meltzer MD MS[7] | Angela M. Mills MD[8,9] | Joan D. Pepper MEd[10] | Steven D. Prakken MD[11] | Michael D. Repplinger MD, PhD[12] | Suneel Upadhye MD, MSc[13] | 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 acuteAbdominal pain?
Ranji SR JAMA 2006;296:1764-74

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.

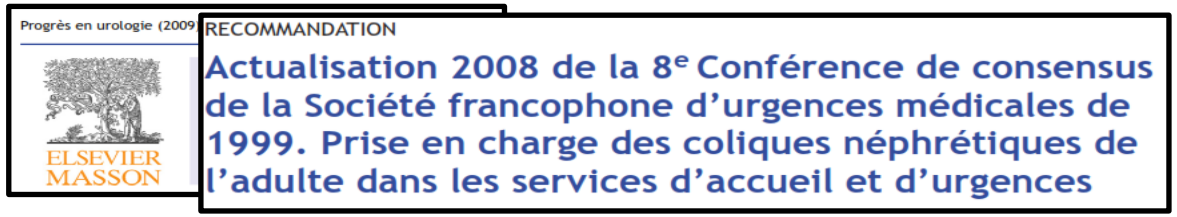
NON-INDICATIONS aux opioïdes

Traitements alternatifs
≠ coA

- Aussi efficaces
- Hyperalgésie
- Ciblage des terrains
- Mésusage

Même EN≥6/10
Recos spécifiques





AINS*

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

Lombalgies

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

Motov, 2018
El Kehbir, 2009
Safdar, 2006
Moisset, 2016



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 kétoprofene, 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
  - Eviter 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 6e 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)**

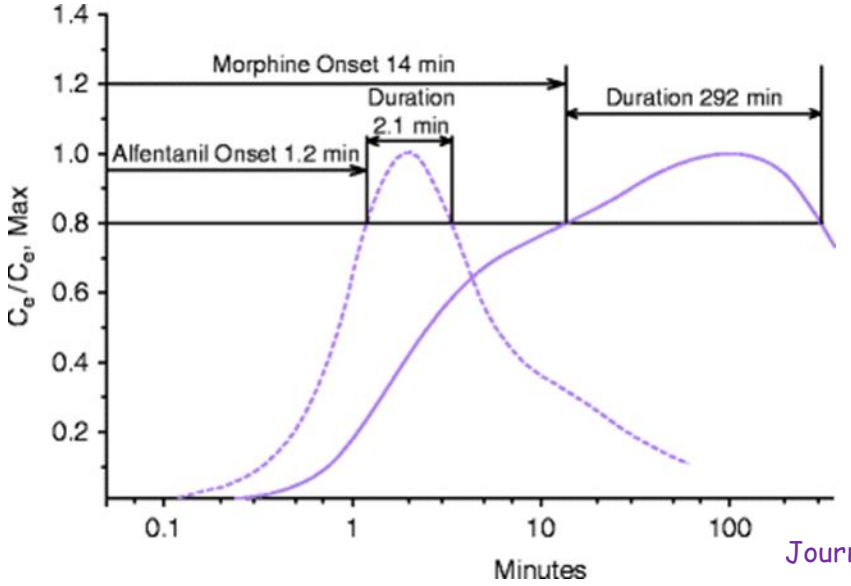
2. **Hyperkaliémie**
   (action directe sur la capture du potassium TCD)
   + induction d'un hyporéninisme avec hypoaldostéronisme)

3. **Néphrite interstitielle (atteinte inflammatoire paradoxale)**

La douleur nociceptive sévère sans étiologie claire

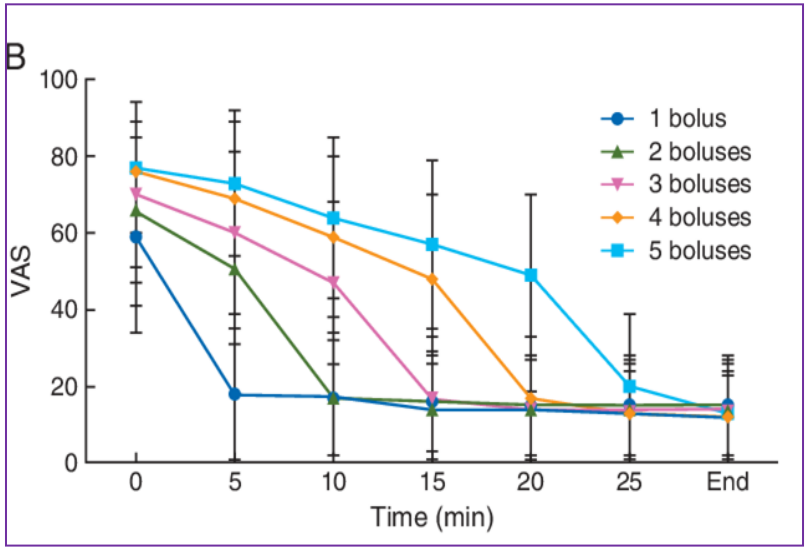
LA MORPHINE=REINE

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

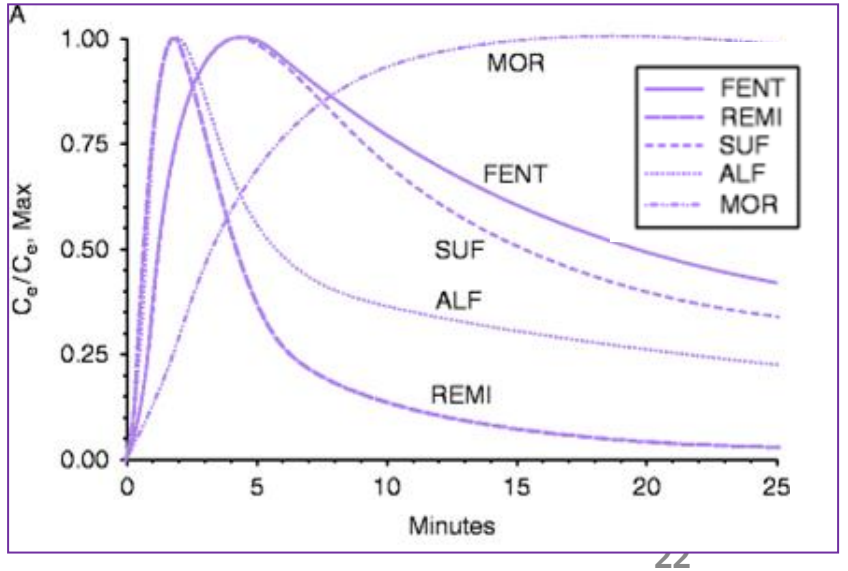




Journal of Pain and Symptom M Vol. 29 No. 5S May 2005



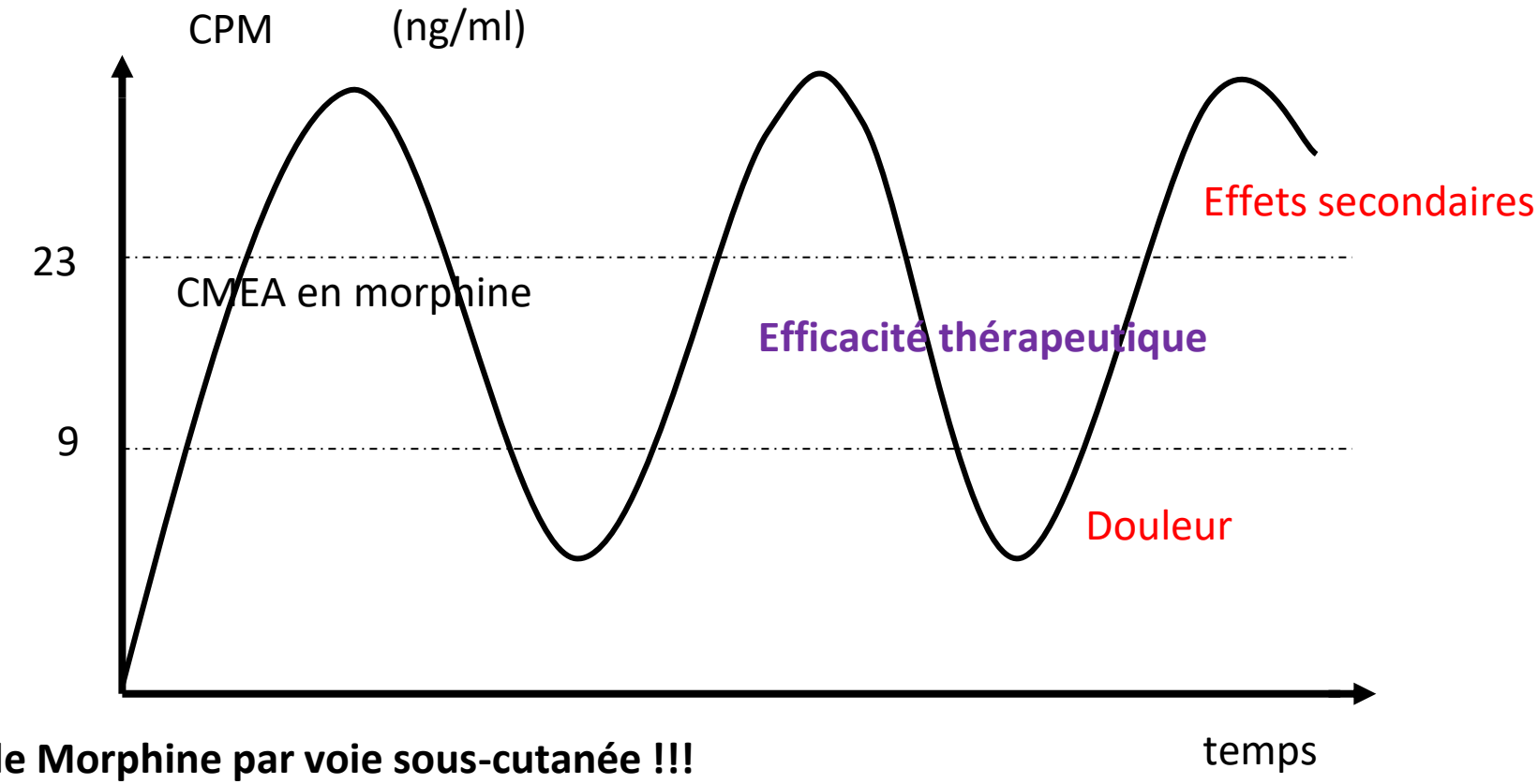
Aubrun et al



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

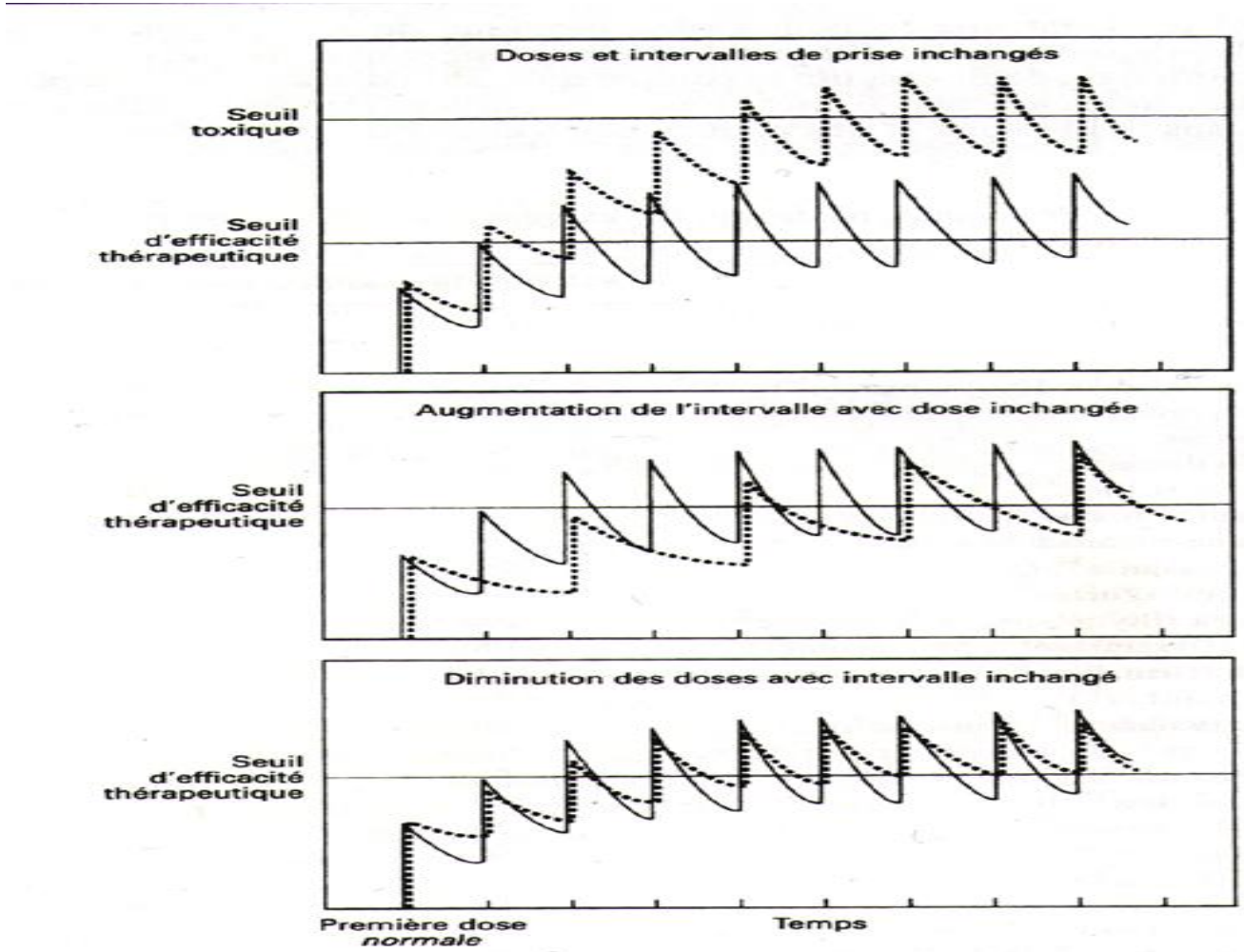
Grade 1-

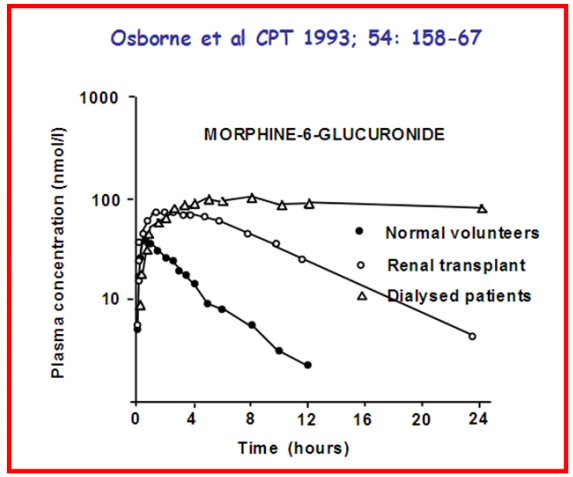




Pas de Morphine par voie sous-cutanée !!!

Adaptation chez l'insuff rénal





Home › Journal Africain d'Hépato-Gastroentérologie › Article

Prise en charge de la douleur chez le cirrhotique : un dilemme ?

Pain management in cirrhosis: a clinical dilemma?

Article / Article | Published: 13 March 2015

Volume 9, pages 68–72 (2015) Cite this article

Save article

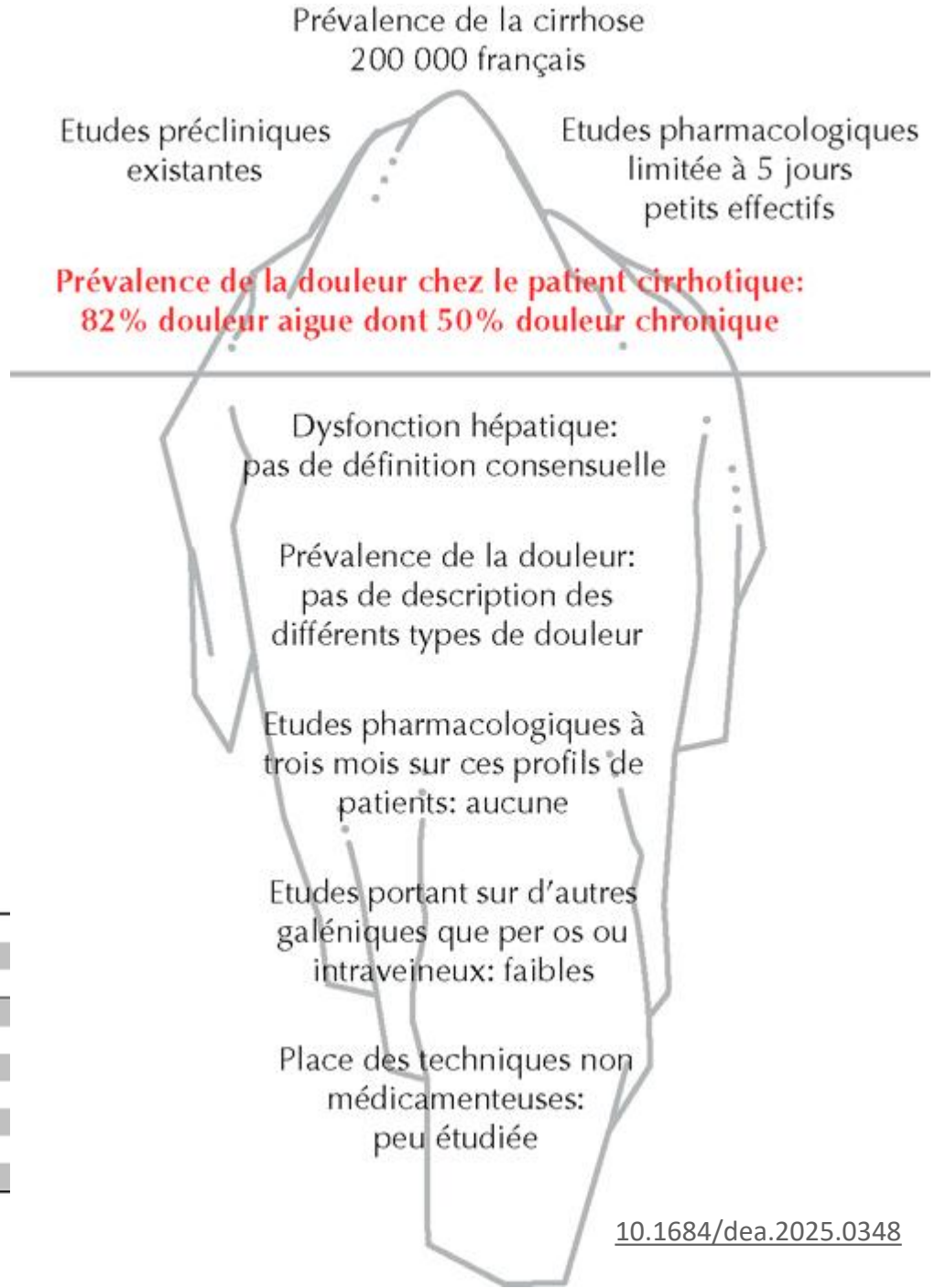
Journal Africain d'Hépato-Gastroentérologie

Résultats

Plusieurs mécanismes altèrent la clearance hépatique en cas de cirrhose: modification des flux vasculaires, shunt porto-systémique, insuffisance hépatocellulaire et hypoalbuminémie. Le paracétamol à une dose ne dépassant pas 2-3g/24h est bien toléré et recommandé en 1re intention. Les AINS sont contre-indiqués. Le tramadol est possible à condition d'espacer les prises et de réduire les doses. Le fentanyl, l'hydromorphone, la morphine sont les opioïdes forts dont la pharmococinétique est la moins altérée; ils peuvent être prescrits en veillant à diminuer les doses pour les premiers et espacer les prises pour la morphine. Parmi les co-analgésiques, les tricycliques à doses réduite, la gabapentine et la prégabaline sont le plus souvent bien tolérés.

VOIE DE METABOLISATION				
Molécule	Cytochrome P 450			
	2C9	2D6	3A4	Notes
Paracétamol			X	5-10% et CYP2E1, CYP1A2,
Codéine		X		
Tramadol	X	X	X	
Morphine				N'utilise pas le cytochrome P
Oxycodone		X		
Fentanyl			X	
Méthadone		*Inhibiteur*	*X*	

Tableau réalisé selon les articles d'Herman RJ et al, Innaurato G et al et de Buyse S et al.



10.1684/dea.2025.0348

STOP BANG

loud Snoring
Tiredness
Observed apnea
high blood Pressure
BMI > 35kg/m²
age > 50
neck > 40 cm
gender



Figure 3. Patient obèse, avec un cou court, élargi, et un léger retrait maxillaire inférieur, caractéristiques morphologiques prédisposant à un syndrome d'apnées du sommeil



Figure 5. Patient avec un syndrome d'apnées du sommeil utilisant un appareil de ventilation à pression positive

Score STOP BANG	N (%) (N =381)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
Tous SAOS (IAH>5)					
>3	180 (47,2)	77,6	57	73,7	62
>4	127 (33,3)	54 ,7	85,9	85,8	54,9
>5	83 (21,8)	35,7	93,9	90,2	48,4
SAOS modéré/ sévère (IAH >15)					
>3	112 (29,4)	88,8	48,2	45,9	89,7
>4	87 (22,8)	69	76	58,7	83,2
>5	58 (15,2)	46	86,6	63	76,4
SAOS Sévère (IAH >30)					
>3	53 (13,9)	94,6	41,2	21,7	97,1
>4	51 (13,4)	91	70,1	34,4	97,8
>5	38 (10)	67,8	83,3	41,3	93,7

1. *Snoring*
   Do you snore loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?
   Yes No
2. *Tired*
   Do you often feel tired, fatigued, or sleepy during daytime?
   Yes No
3. *Observed*
   Has anyone observed you stop breathing during your sleep?
   Yes No
4. Blood *pressure*
   Do you have or are you being treated for high blood pressure?
   Yes No
5. *BMI*
   BMI more than 35 kg/m^2?
   Yes No
6. *Age*
   Age over 50 yr old?
   Yes No
7. *Neck* circumference
   Neck circumference greater than 40 cm?
   Yes No
8. *Gender*
   Gender male?
   Yes No

https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-23/30473

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-

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-

néfopam: pas de reco

AEM Academic Emergency Medicine
A GLOBAL JOURNAL OF EMERGENCY CARE

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 MD[1] | Gregory Mansella MD[2] | Robert Sieber MD[1] | Alexander Ott MD[3] | Christian H. Nickel MD[2] | Roland Bingisser MD[2]

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

La weblettre du « Board Douleur »

MARS 2023

Mme R. Malenpire.



- A une Polyarthrite Rhumatoide depuis 20 ans, et est sous corticoides au long cours, Lamaline® suppositoires à la demande
- marche avec une canne ou en déambulateur cela dépend
- Elle a une dépression de l'âgé mise récemment sous miansérine
- Elle a des douleurs de dos en barre depuis 10j, elle vous la voyez en consultation de contrôle, prévue depuis 6 mois, elle refuse d'aller aux urgences, vous prévoyez un TDM et une stratégie antalgique d'attente car le rendez-vous ne sera pas tout de suite.
- Elle ne comprend pas votre demande de chiffrer sa douleur. Que faites-vous?
- Finalement elle accepte de partir en ambulance….

Opioïdes: Double injonction?

Recommandations

HAS - 2022

Opioïdes

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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

Hydromorphone, oxycodone, morphine, fentanyl

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.0000000000000165.

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.0000000000000165

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.

Confusion par la douleur et risque accru sous-traitement

GERIATRICS/SYSTEMATIC REVIEW/META-ANALYSIS

Risk Factors for Delirium in Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis

Lucas Oliveira J. e Silva, MD; Michelle J. Berning, BS; Jessica A. Stanich, MD; Danielle J. Gerberi, MLS; Mohammad Hassan Murad, MD, MPH; Jin H. Han, MD, MSc; Fernanda Bellolio, MD, MSc*

*Corresponding Author. E-mail: bellolio.fernanda@mayo.edu.

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2003, Vol. 58A, No. 1, 76-81
Copyright 2003 by The Gerontological Society of America

Relationship Between Pain and Opioid Analgesics on the Development of Delirium Following Hip Fracture

Editor's Capsule Summary

What is already known on this topic

Among older adults receiving emergency care, delirium is common, associated with poor outcomes, and often missed.

What question this study addressed

What are the risk factors for delirium on presentation to the emergency department (ED)? What characteristics of ED care are risk factors for the development of delirium during hospitalization?

What this study adds to our knowledge

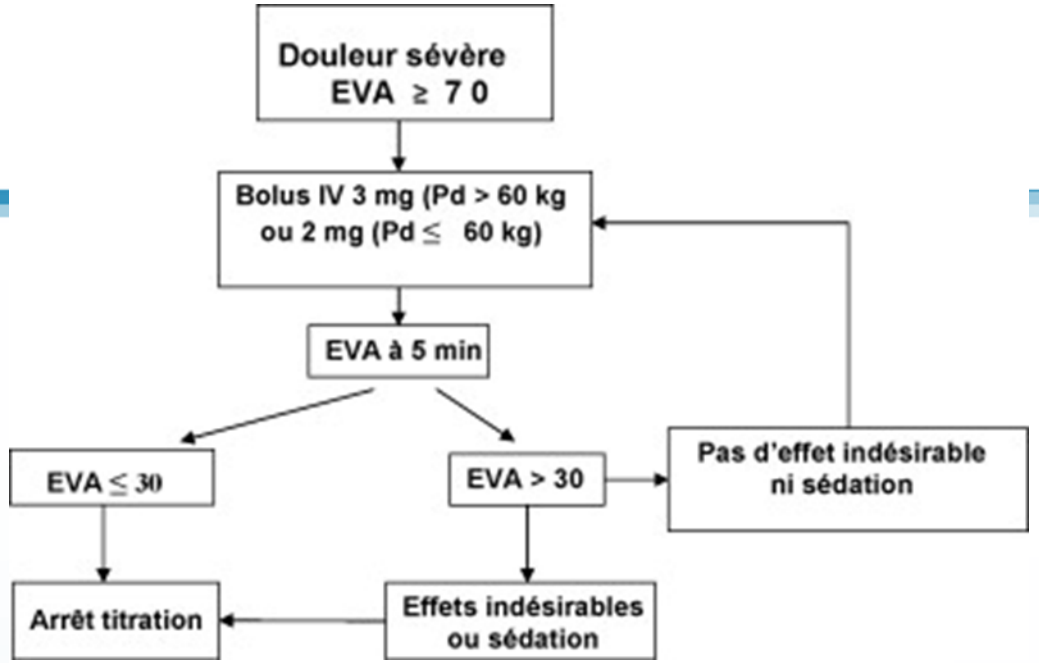
Nursing home residence (4 studies), cognitive impairment (7 studies), hearing impairment (3 studies), and history of stroke (3 studies) were associated with ED delirium. ED length of stay greater than 10 hours (1 study) and severe pain (1 study) were associated with development of delirium during hospitalization.

How this is relevant to clinical practice

These results can inform delirium screening and prevention efforts as well as clinician intuition.

Table 3. Independent Risk Factors for Delirium Following Admission for Hip Fracture That Were Included in the Multiple Logistic Regression Models for Cognitively Intact Patients ($N = 242$)

Risk Factor	Adjusted RR (95% CI)	p Value
Age (y)	1.1 (0.97–1.2)	.2
FIM score 68–88*	0.05 (0.004–0.7)	.02
FIM score 89–91*	0.2 (0.02–1.3)	.08
RAND score 2–3†	5.9 (0.9–40.3)	.07
RAND score 4–15†	1.8 (0.2–19.3)	.6
Heart failure on admiss.	3.1 (0.6–17.0)	.2
Severe pain prior to delirium	9.0 (1.8–45.2)	.01
Parenteral morphine sulfate equivalents/d‡		
10–30 mg	4.4 (0.3–68.6)†	.3
<10 mg	25.2 (1.3–493.3)†	.03





Les experts recommandent d'utiliser un protocole de titration IV en morphine avec des bolus de 2 mg (patient < 60 kg) à 3 mg (patient ≥ 60 kg) toutes les cinq minutes, car il est applicable à toutes les situations d'urgence, y compris chez les sujets âgés.

RFE 2010

Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2017) 18, 234—247

ELSEVIER

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com



CONSENSUS D'EXPERTS

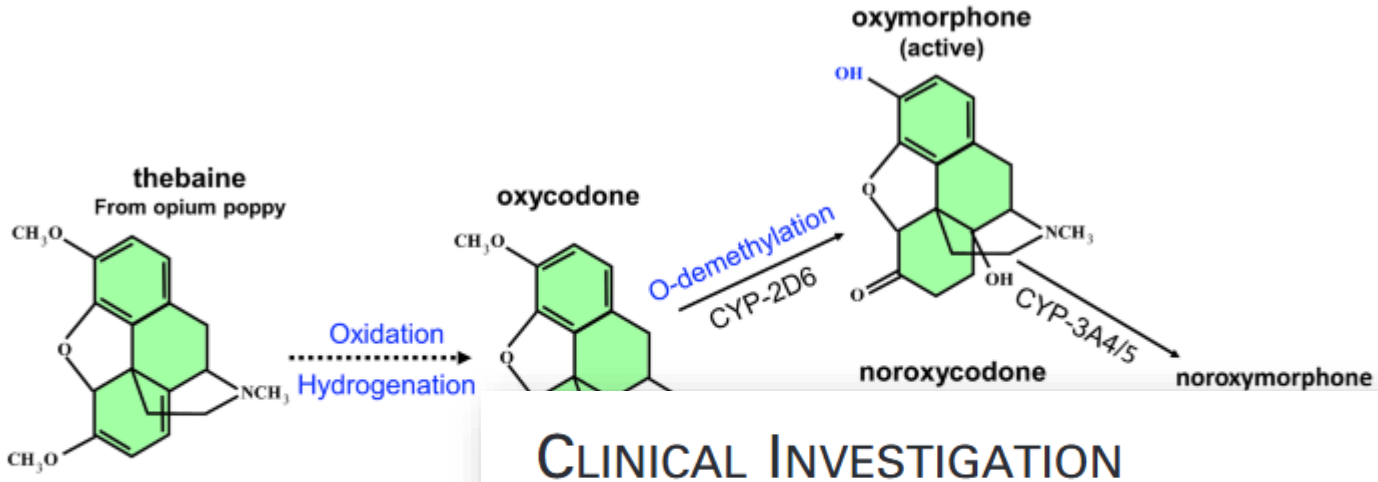
Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie)

Multidisciplinary consensus of experts in pain and geriatrics: Use of analgesics in the management of pain in the elderly (excluding anesthesia)

Françoise Capriz[a], Sylvie Chapiro[b], Laurence David[c], Marie Floccia[d], Cyril Guillaumé[e], Véronique Morel[f], Christine Berlemont[g], Jean-Michel Gautier[h], Brigitte Hérisson[i], Géraldine de Montgazon[j], Philippe Poulain[k], Gisèle Pickering[f,*,l]

Tableau 2 Indication de titration des opioïdes forts en fonction du poids et de la vulnérabilité.

Poids	Patient âgé non vulnérable	Patient âgé vulnérable
≥ 60 kg	3 mg IV	1,5 mg IV
< 60 kg	2 mg IV	1 mg IV
Ou sans distinction de poids	1,5 mg IV	1 mg IV



Lemberg KK, Siiskonen AO, Kontinen VK
Pharmacological characterization of nor
Anesth Analg 106(2):463-470. https://d

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

Canadian Paediatric Society

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

Mme L. Lovaste.



- Obèse, avec un SAS depuis 5 ans non appareillé
- Suivie au centre « Gustave Roussy »pour une leucémie aigue, avec chimiothérapie en HAD cette semaine (C2 AZA VENETOCLAX),
- Elle a régulièrement des coliques néphrétiques sur hyperuricémie chronique
- Elle s'automédique avec du tramadol 50 mg en cas de crise , alors qu'elle a un patch de fentanyl.
- Vous la revoyez à J10 de son dernier passage aux urgences
- Comment menez-vous cette consultation?

Home > European Journal of Clinical Pharmacology > Article

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



Contents lists available at ScienceDirect

Biomedicine & Pharmacotherapy

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

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]



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

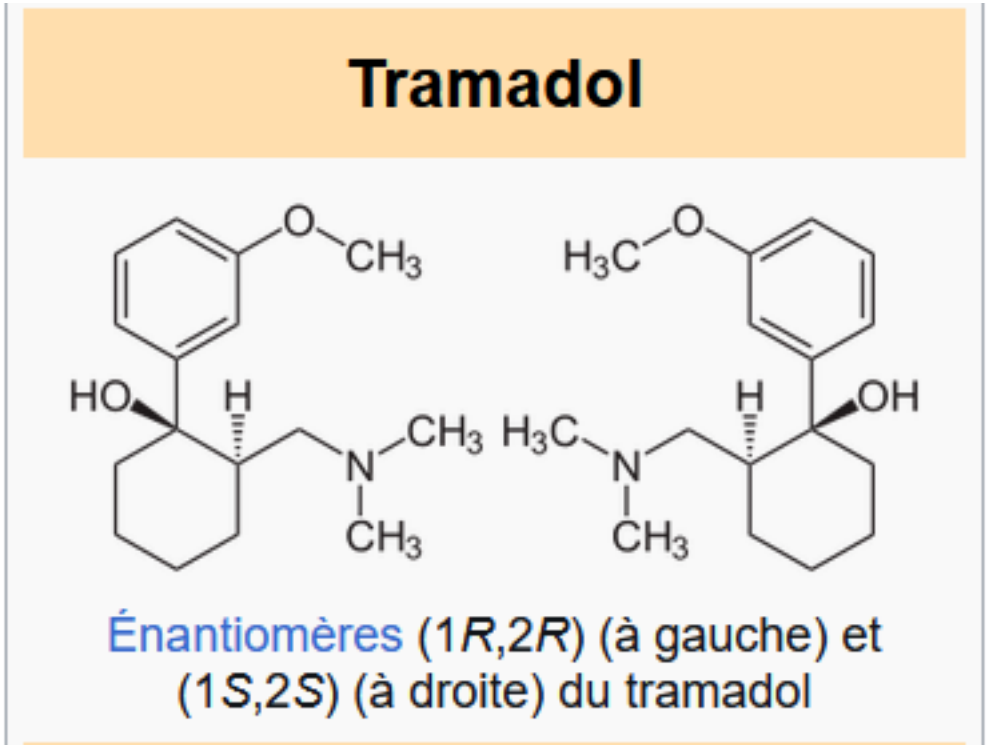
Diagnostic test (●○○○)

- Usual PPI test is 20 or 40 mg omeprazole[c]
- Complete relief is the main criteria as diagnostic test[c]
- PPI is prescribed for ≈ 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]

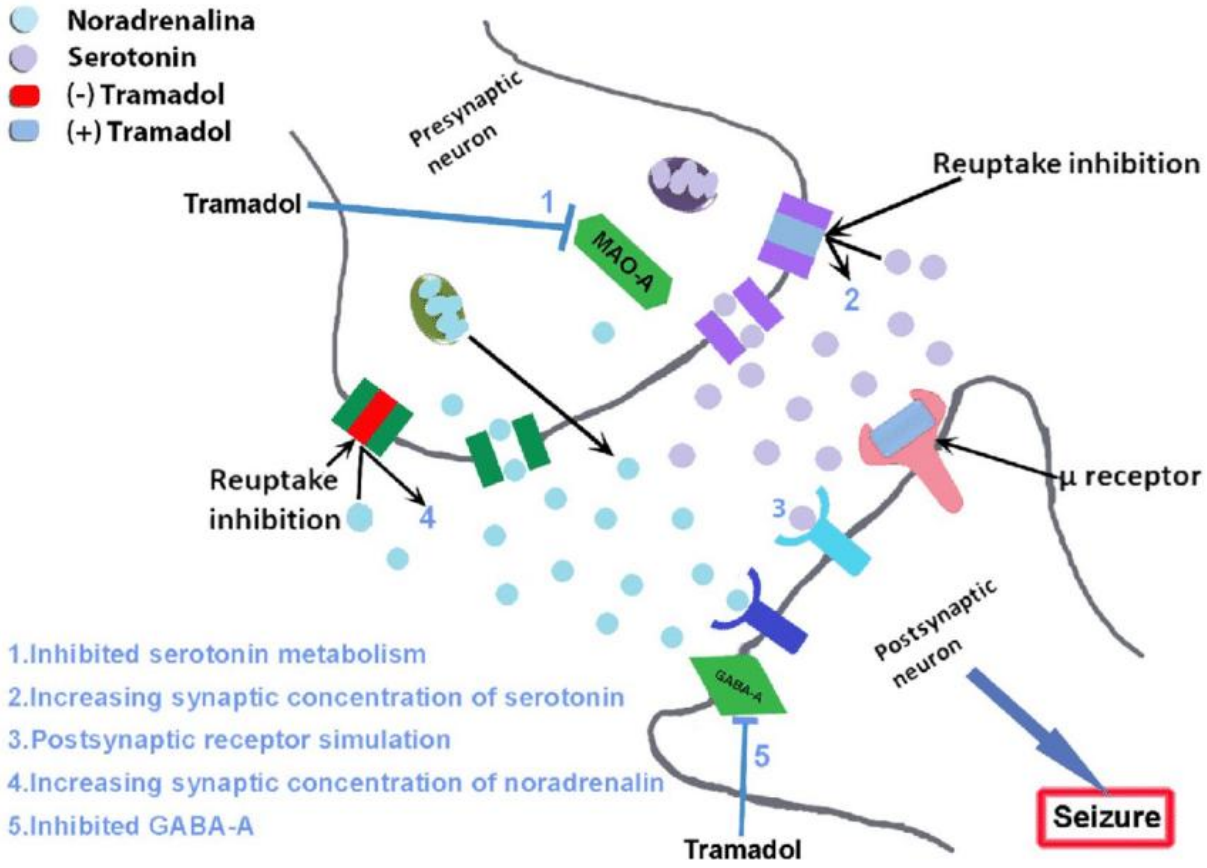
Safety (●●●○)

- 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]

1 modulateur dans le collimateur….



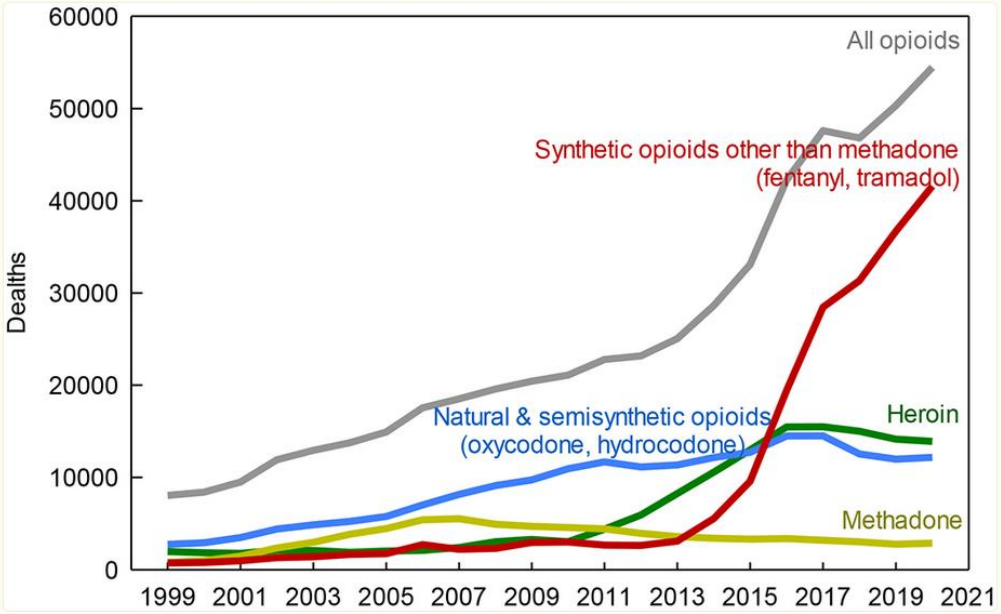
1970
Opioide de synthèse
Racémique



Palier 2
Periph et central
Opioïde faible
Anticholinergiqu
e
Sérotoninergiqu

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

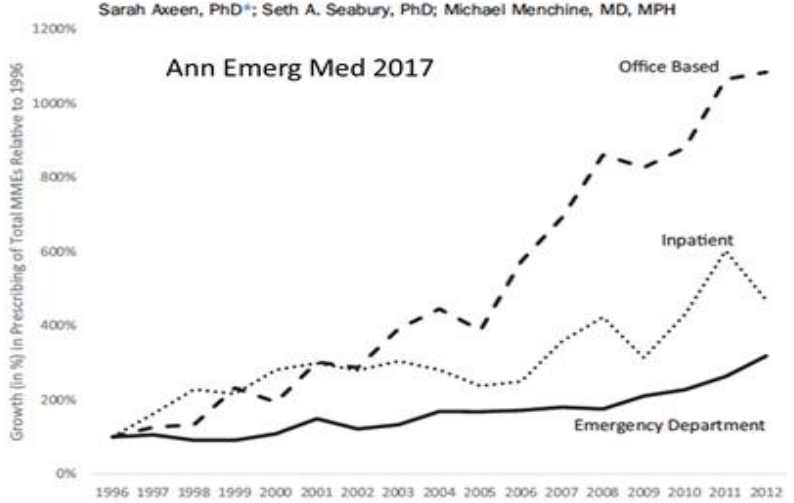
REVIEW

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 Axeen, PhD*; 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]

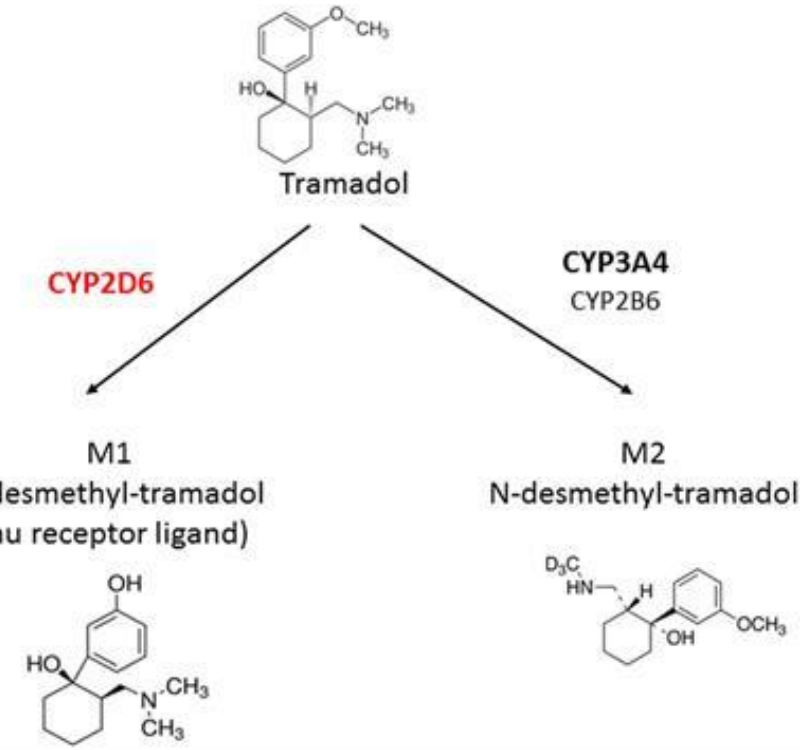
95% 3J, 7cpx5 mg

Daoust R, et al. BMJ Open 2018;8:e022649. doi:10.1136/bmjopen-2018-022649

CONTOURNER LA MORPHINE

TRAMA-DON'T !!!!!

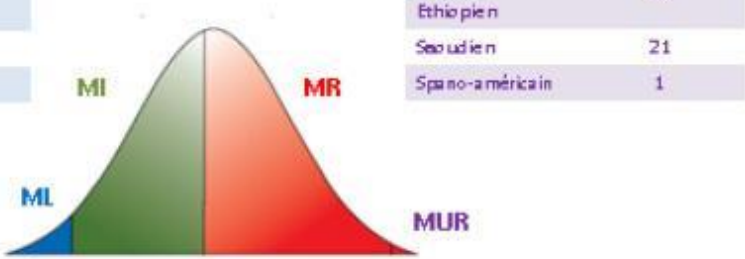
Variabilité génétique dangereuse



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

Groupe ethnique	Fréquence des ML (%)
Caucasien (Europe du nord)	5 – 10
Espagnol	5
Asiatique	1
Afro-américain	1 – 2
Africain/ Ethiopien	1 – 4
Saoudien	1 – 2
Spano-américain	3

Groupe ethnique	Fréquence des MUR (%)
Caucasien (Europe du nord)	1,5 – 3,5
Espagnol	7 - 10
Asiatique	0 - 2
Afro-américain	2
Africain/ Ethiopien	29
Saoudien	21
Spano-américain	1



ML: métaboliseurs lents
Analgésie inadéquate

MR: métaboliseurs rapides
Effets secondaires importants

MUR: métaboliseurs ultra-rapides
Effets secondaires très sévères, surtout si SAOS associé

MI: métaboliseurs intermédiaires (et quelques ML)
Analgésie optimale

Pharmacovigilance/ Pharmacodépendance au tramadol

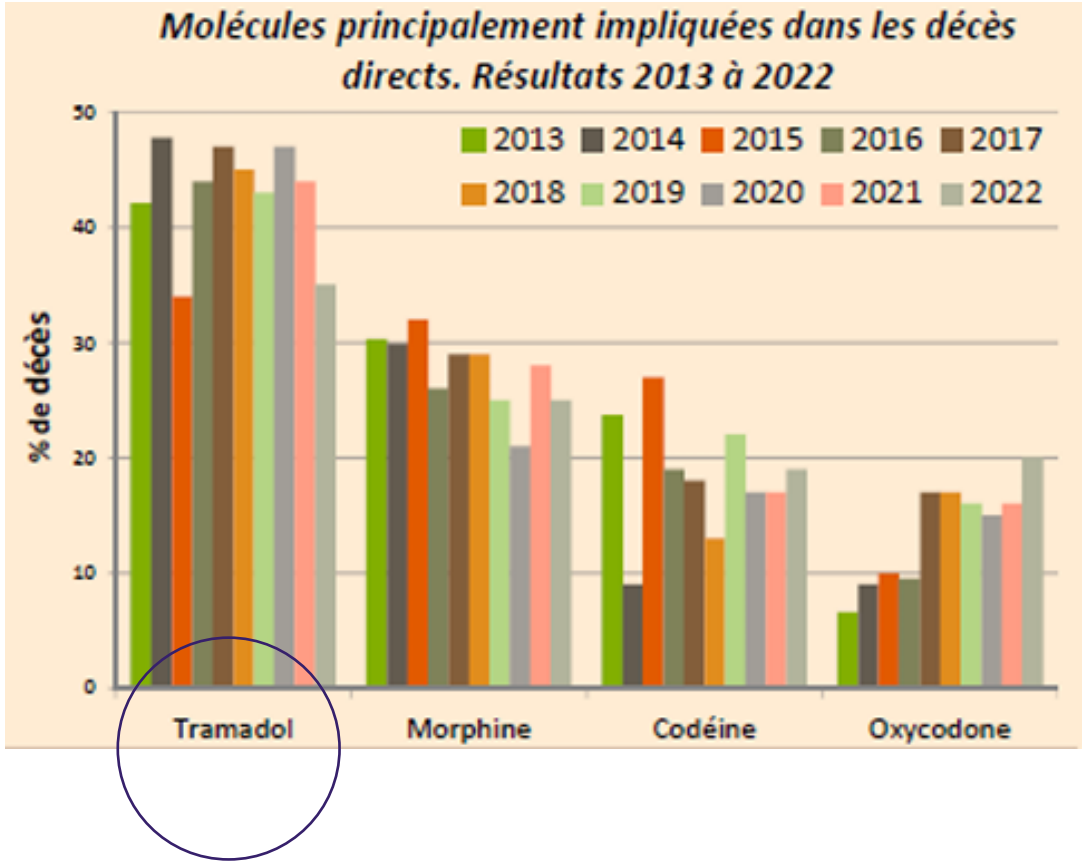
- **139 décès toxiques** par antalgiques en 2022

(Vs 93 en 2015)

- **724 mésusages d'issue fatale** en 2022

(vs 395 en 2015)

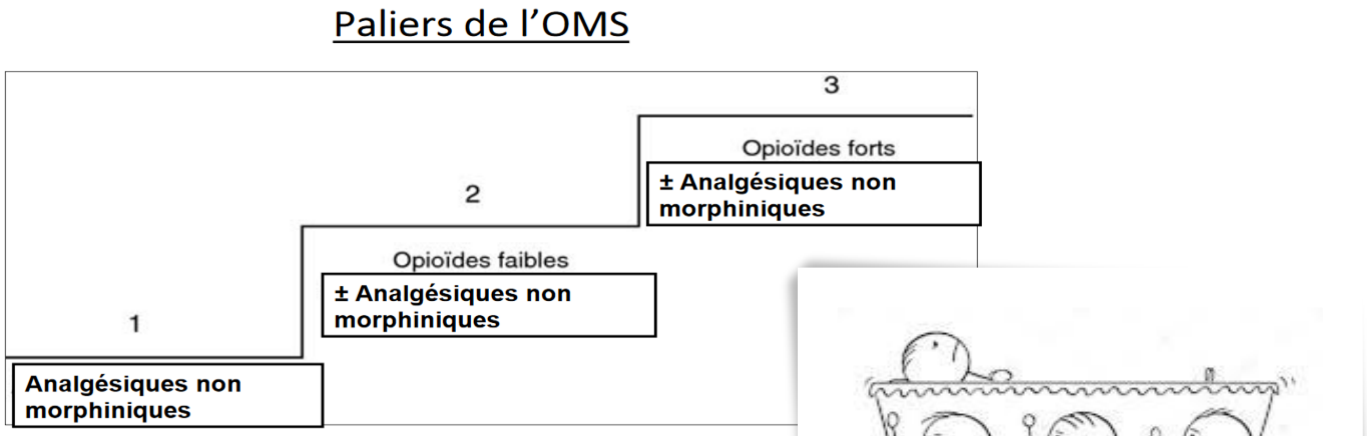
- 2011-2015 **334 affec Psy** (2017 F Moulis) Psychostimulant/ dépendance à 300 mg

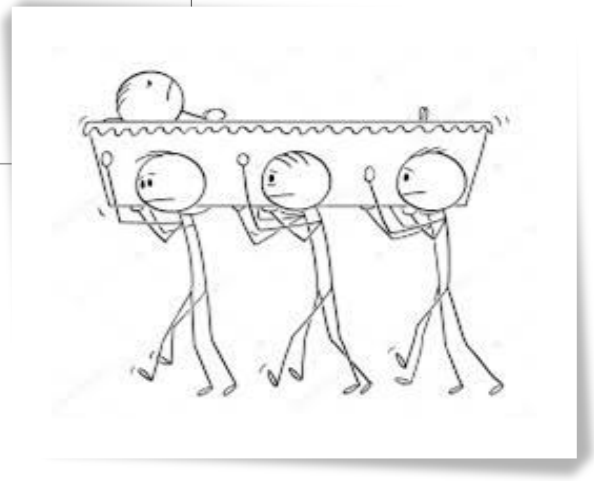


MOINS de tramadol

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

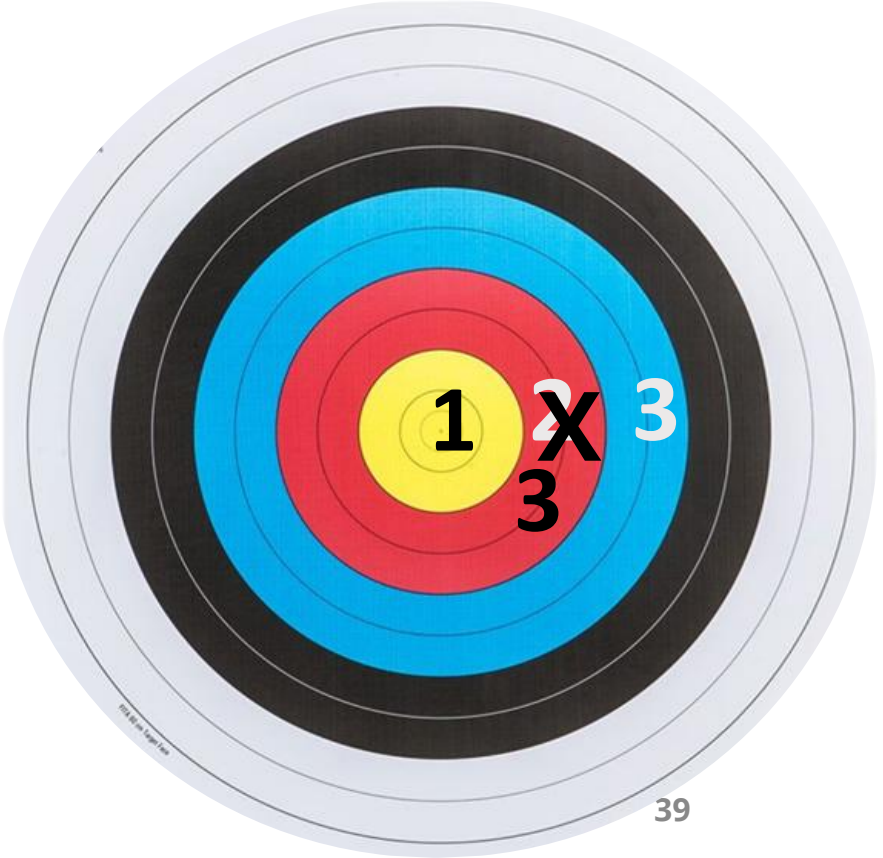
Grade 2+



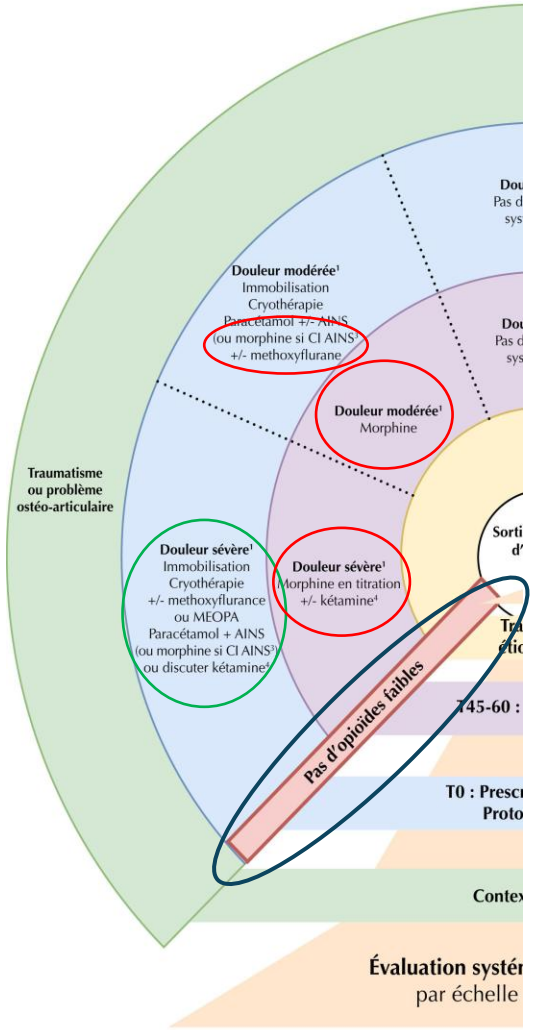


La fin des PALIERS

Inverser/
sauter le 2!

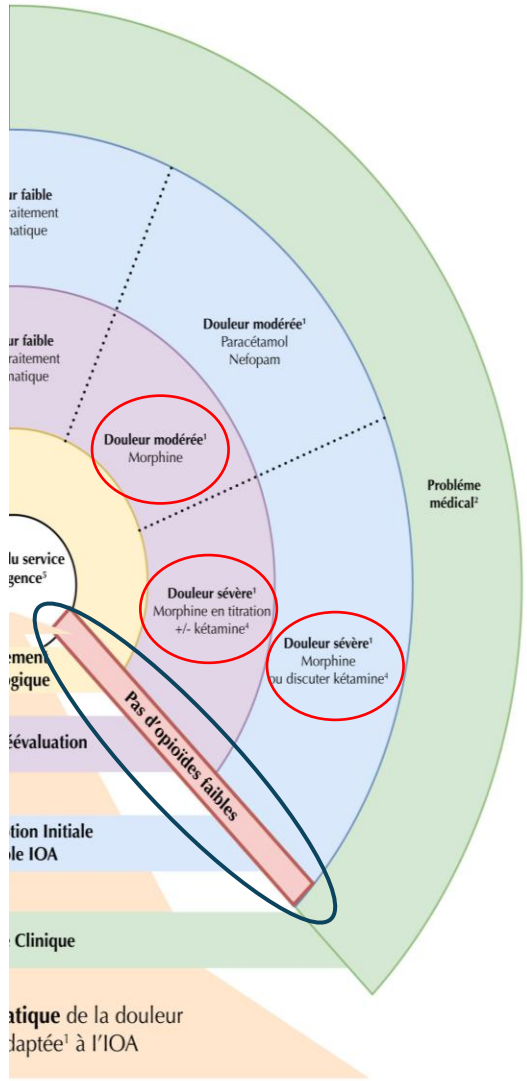


Des opioïdes faibles aux forts



Urg'ARA (2025), livret du médicament

EN	DOULEUR ORIGINE TRAUMATIQUE et OSTEOARTICULAIRE		DOULEUR ORIGINE MÉDICALE	
	ADULTE	SUJET ÂGÉ > 75 ans Ou poids < 50 kg	ADULTE	SUJET ÂGÉ > 75 ans Ou poids < 50 kg
1-2-3	**PARACÉTAMOL 1 g** Orodispersible *(500 mg si poids < 50 kg)* (Si dernière prise > 4h)		**PARACÉTAMOL 1 g** Orodispersible *(500 mg si poids < 50 kg)* (Si dernière prise > 4h)	
	+ IMMOBILISATION + FROID			
4-5-6	**PARACÉTAMOL 1 g** Orodispersible *(500 mg si poids < 50 kg)* (Si dernière prise > 4h)		**PARACÉTAMOL 1 g** Orodispersible *(500 mg si poids < 50 kg)* (Si dernière prise > 4h)	
	+ **AINS** per os Si CI : morphine LI 10 mg	+ **MORPHINE LI 5 mg**	+ **MORPHINE LI 10 mg**	+ **MORPHINE LI 5 mg**
	+ IMMOBILISATION + FROID			
	+/- MÉTHOXYFLURANE (si installation douloureuse ou radio anticipée)			



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**

Il faut probablement **privilégier les opioïdes forts aux opioïdes faibles** dans le traitement des douleurs aigues aux urgences et en pré hospitalier **pour optimiser l'efficacité tout en diminuant les effets secondaires.Grade 2+**

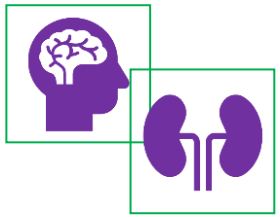
Des opioïdes faibles aux AINS

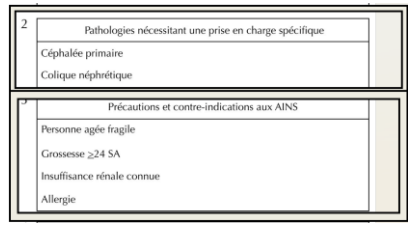
Villoing et al. (2025), JLE

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







#RxSummit

Opioid Risk Tool (ORT)

Mark each box that applies		Female	Male
1.	**Family Hx of substance abuse**		
	Alcohol	1	3
	Illegal drugs	2	3
	Prescription drugs	4	4
2.	**Personal Hx of substance abuse**		
	Alcohol	3	3
	Illegal drugs	4	4
	Prescription drugs	5	5
3.	**Age between 16 & 45 yrs**	1	1
4.	**Hx of preadolescent sexual abuse**	3	0
5.	**Psychologic disease**		
	ADD, OCD, bipolar, schizophrenia	2	2
	Depression	1	1
	Scoring Totals:		

Administer
On initial visit
Prior to opioid therapy

Scoring *(risk)*
0-3: low
4-7: moderate
≥8: high

Webster LR, Webster RM. *Pain Med.* 2005;6:432-42.

25 | © COPE 2013

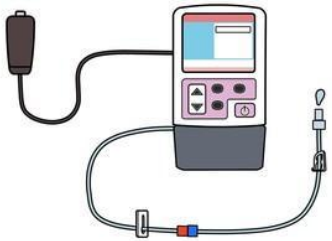
Collaborative for REMS Education

Where is
Ketamine
Risk
Tool
?....

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

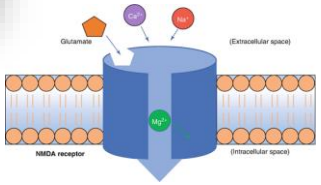
BMC Neurological Research and Practice

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



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !



Dr Virginie-Eve Lvovschi

boarddouleursfmu@gmail.com

https://www.sfmu.org/fr/la-sfmu/les-boards/douleur/



JOURNÉES NATIONALES
DES INFIRMIER.E.S
EN PRATIQUE AVANCÉE

10ÈME ÉDITION