

Intervenant

Dr Virginie Eve LVOVSCHI

Urg-SMUR Hôpital Edouard Herriot-Lyon

INSERM U1290

Board Douleur SFMU

RECOMMANDATIONS SFMU 2025



« On fait quoi
Maintenant ? »

Les RECOs 2010

Actualisation

Divisée en 2 tomes

Ann. Fr. Med. Urgence (2011) 1:57-71
DOI 10.1007/s13341-010-0019-9

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

**Recommandations formalisées d'experts 2010 :
sédation et analgésie en structure d'urgence
(réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999)**



**Société française d'anesthésie et de réanimation
Société française de médecine d'urgence**

B. Vivien • F. Adnet • V. Bounes • G. Chéron • X. Combes • J.-S. David • J.-F. Diependaele • J.-J. Eledjam • B. Eon • J.-P. Fontaine •
M. Freysz • P. Michelet • G. Orliaguet • A. Puidupin • A. Ricard-Hibon • B. Riou • E. Wiel • J.-E. De La Coussaye



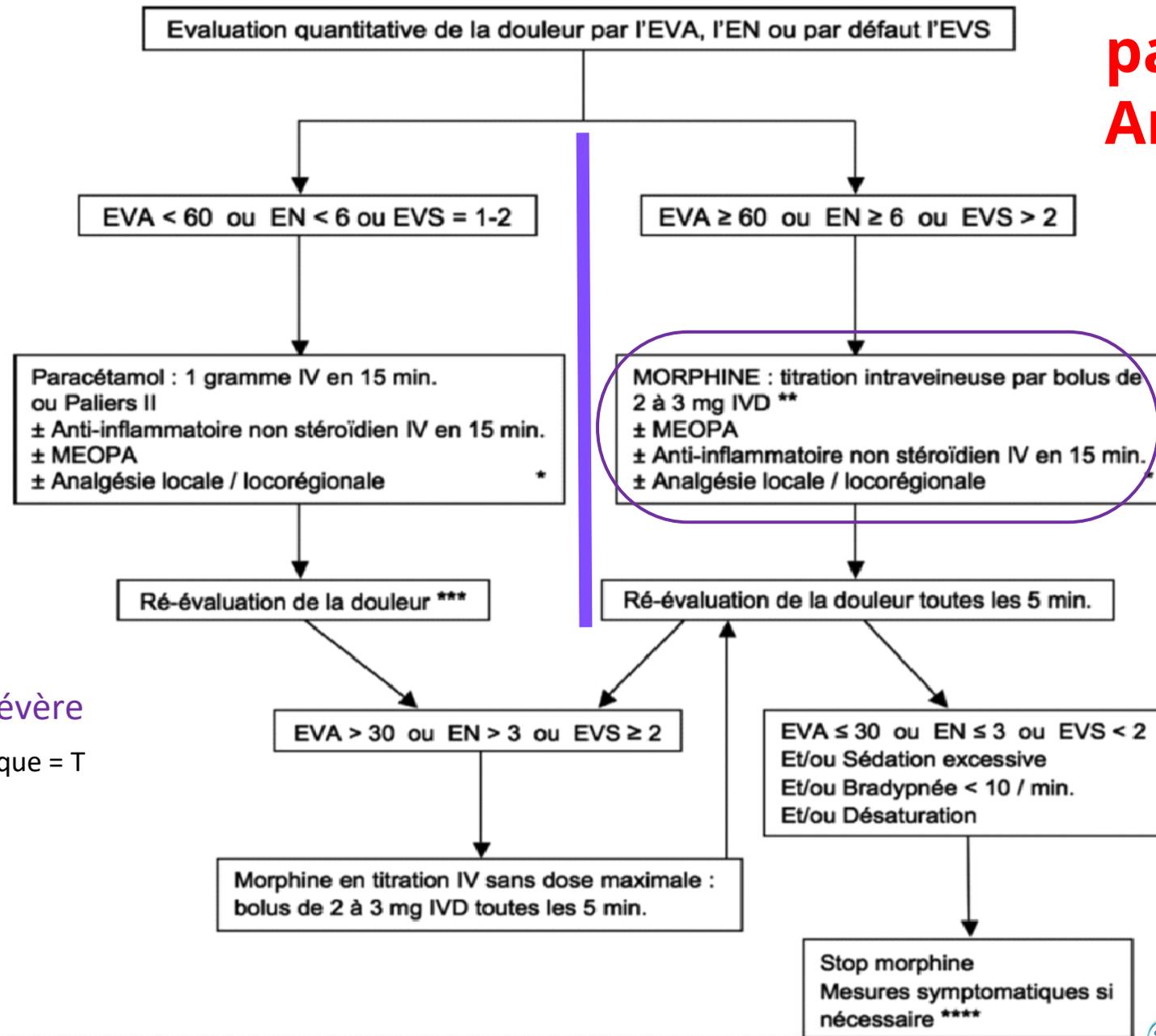
1 ANALGESIE



2 SEDATION PROCEDURALE
(objectif 2025)



partie Analgésie

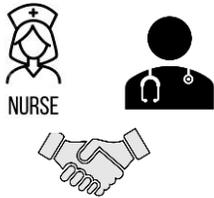


- Douleur sévère Vs Non Sévère
- Meilleure balance bénéfique / risque = T en morphine 1^{ère} int
- Multimodalité 1+/-
- Critère d'arrêt: Soulagé
- Critère d'arrêt 2: Effets Sec

Oligo-Analgésie

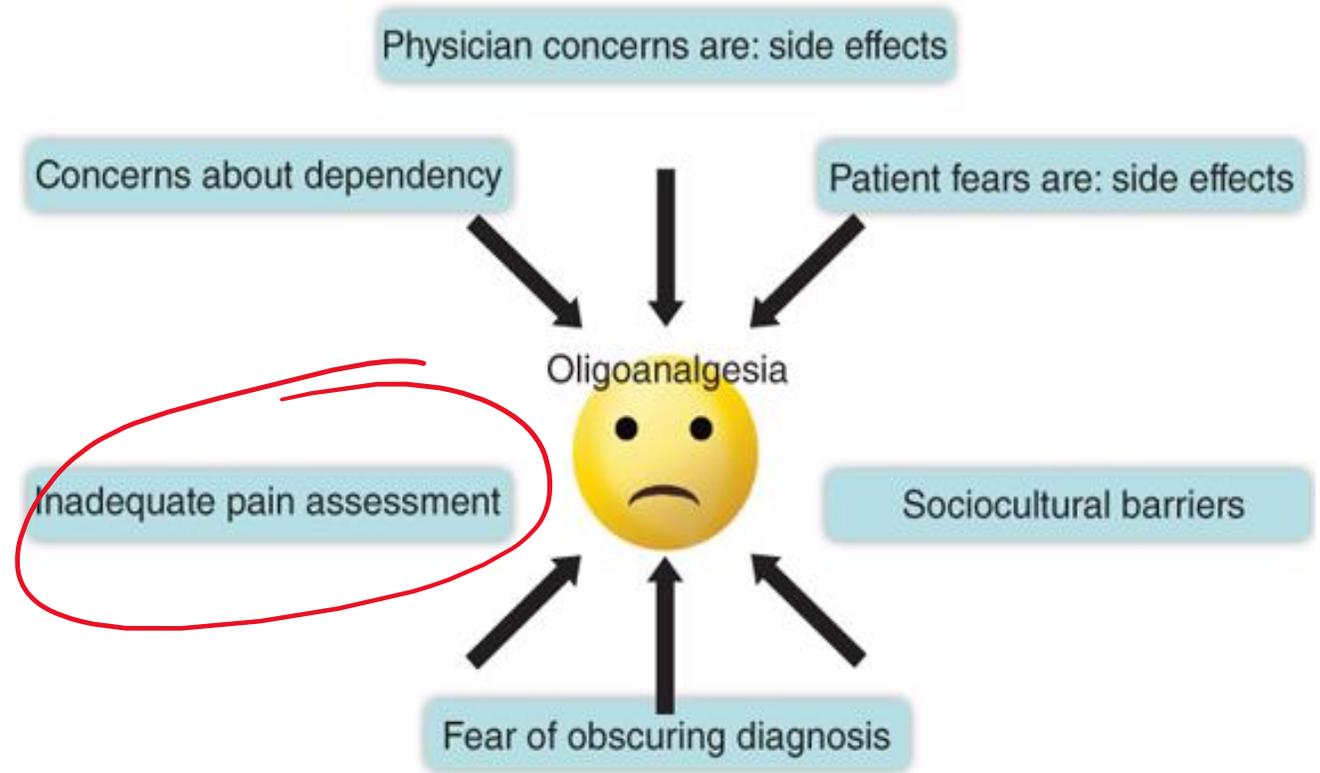
TRIADÉ de l'échec

- sousEv
- sousTTT
- OligoM



Depuis 30 ans
Echec /douleurs sévères

Sous-évaluation et morphino-phobie



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

Ce qui change / ce qui reste



RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS

De la Société Française de Médecine d'Urgence

Prise en charge de la douleur aiguë en urgence

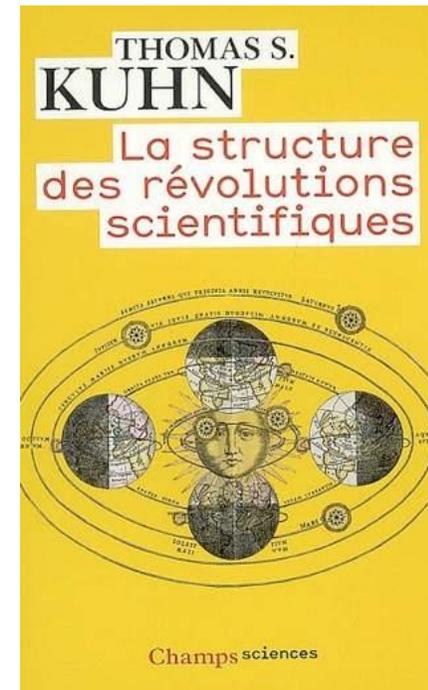
2024

Nouveau contexte

- ✓ **Scientifique** (douleur et pharma)
- ✓ **Sociétaire** (épidémio et addictovigilance)

Molécules, Voies d'administrations, Assoc, « Fit filière », l'Après

- ⇒ **Changements de paradigme?**
- ⇒ **Impact traumato/ douleurs abdominales**
- ⇒ **Meilleure balance standardisation/individualisation**
- ⇒ **Meilleure intégration parcours de soin global**
- ⇒ **OPIOIDES**
- ⇒ **AINS/KETAMINE**



RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS

De la Société Française de Médecine d'Urgence

Prise en charge de la douleur aiguë en urgence

2024

=> Urgences intra OU extra hospitalières

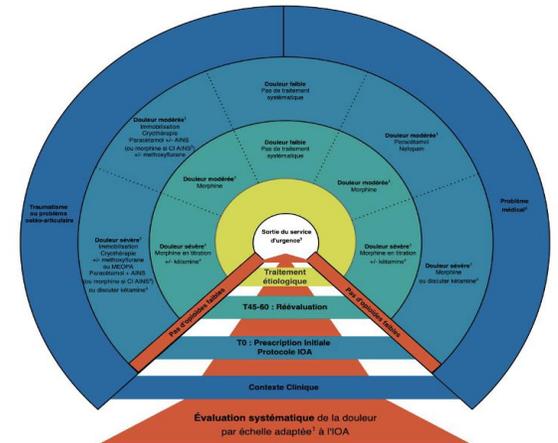
patients adultes
spontanée/induite

SANS drépanocytaires
(recommandations spécifiques)

3 champs



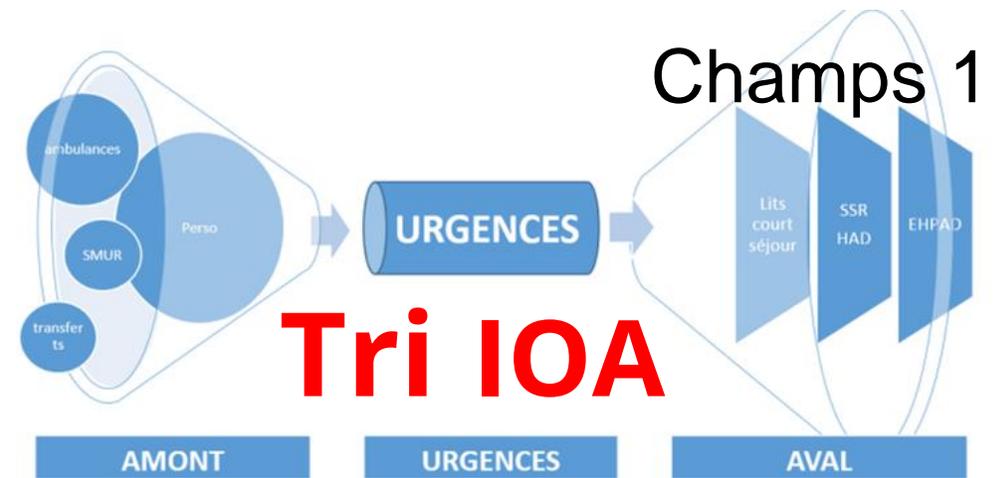
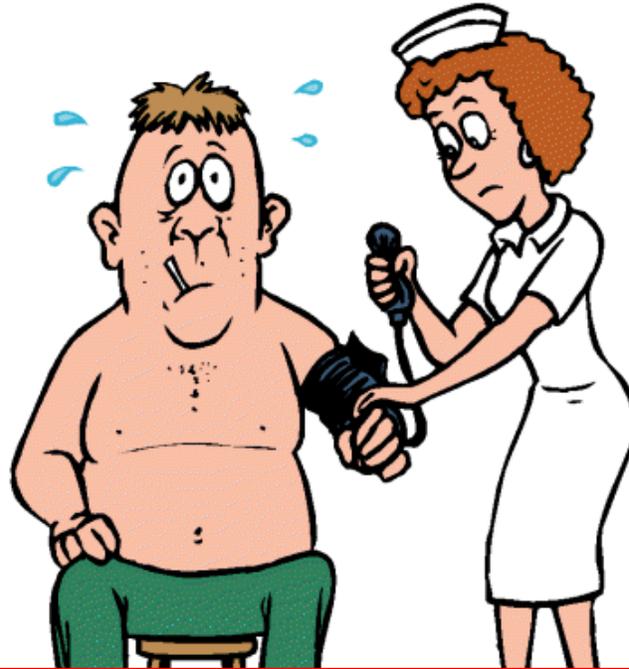
PAIN MEASUREMENT SCALE



=> 1 schéma récapitulatif non algorithmique : « no pain tunnel »

Evaluation Objectif routine

- EVA/EN= 5^{ème} signe vital

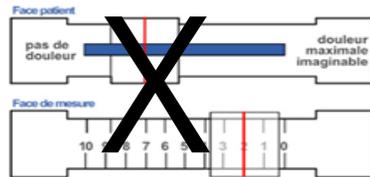


Il est recommandé d'utiliser un **protocole anticipé d'antalgie** par les IOA pour améliorer la prise en charge antalgique
GRADE 1+ accord fort

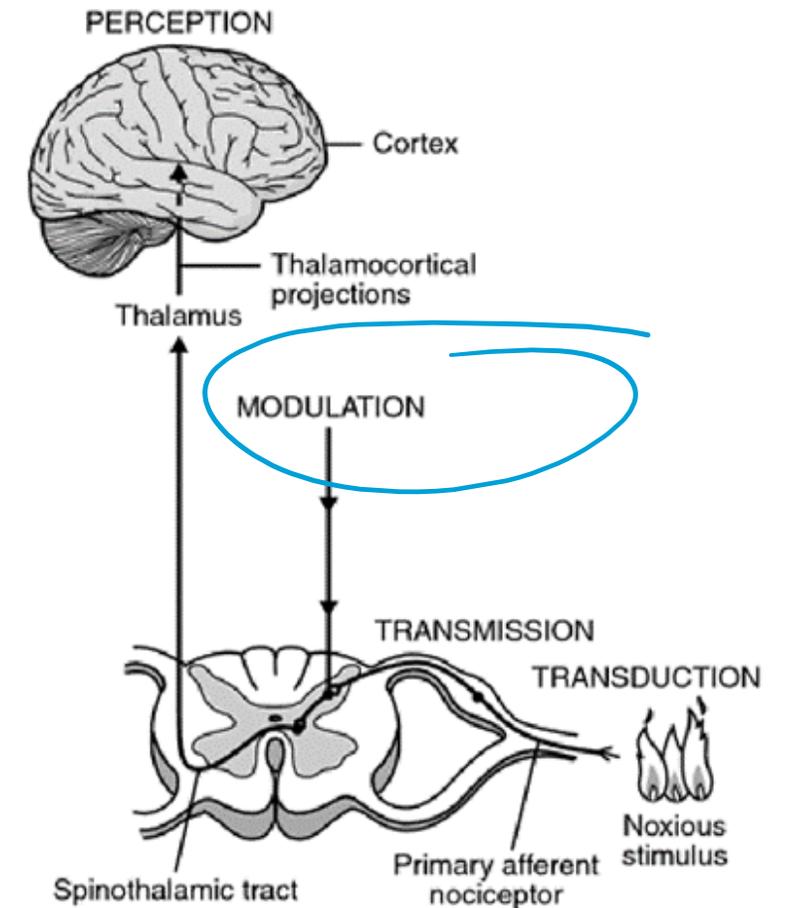
Douleurs induites aussi

Il est recommandé d'utiliser l'échelle numérique pour l'évaluation de la douleur chez les patients communicants.

Grade 1+



Nociception dominante
mais



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

Hydroxyzine

Anxiété !!!!



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

2^e intention
+
pas d'anxiolyse systématique



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

Grade 2+

Les experts suggèrent d'utiliser **algoplus 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)

*Tout patient non communicant
Frasca et al 2017 – Soin primaire
MAIS Pas de validation spécifique aux urgences*

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

Frasca et al Eur J Pain 2017

IMPACT DU CROWDING



Throughout the study period, 13,758 patients reported severe pain at ED triage. The median waiting room time was 28 minutes (IQR 8 to 72 minutes). A total of 6,746 (49%) patients received pain medication while in the ED. Of those, 4,052 (60%) were treated with narcotic analgesia. Of the patients who were treated, the median time from triage to administration of first pain medication was 74 minutes (IQR 34 to 142 minutes)

Ann Emerg Med. 2008 Jan;51(1):1-5. Epub 2007 Oct 25.

Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.

Pines JM¹, Hollander JE.

« facteurs de risques »

Traumatologie
Douleurs abdominales
Âges Extrêmes
Femmes
Ethnie? Monde anglosaxon





Les experts suggèrent la création d'une **organisation spécifique** au sein des structures d'urgences pour les patients présentant une **douleur d'intensité sévère** afin de ne pas retarder les prises en charge et améliorer la qualité des soins.

Avis d'experts

Les experts suggèrent que **certaines pathologies douloureuses** traumatiques puissent bénéficier de **filières dédiées** même en cas de douleurs plus modérées (fractures de l'extrémité supérieure du fémur ; traumatologie distale ambulatoire).

Avis d'experts

FASTER



Better

French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
CARDIO-CIRCULATOIRE						
1						
2	PAS ≤ 70 mm Hg	PAS ≤ 90 mm Hg ou ≤ 100 mm Hg et FC > 100/mn	1-10 ans : TAS ≤ 70 mm Hg (+ âge en année x 2)	TAS ≤ 100 mm Hg et FC ≤ 100/mn (FC/TAS ≤ 1)		
2		durée ≤ 24 h et/ou cyanose/déficit moteur		durée ≥ 24 h		
3B	ECG anormal typique SCA	ECG anormal non typique de SCA	ECG N mais coronarien ou ≥ 3 facteurs de risque	ECG N et douleur typique de SCA	ECG N et douleur atypique de SCA	
3B						
3B	FC ≥ 180 /mn	FC ≥ 130/mn ou ≥ 110/mn et TAS < 110 mm Hg	avant 1 an : FC ≥ 180/mn; après 1 an : FC ≥ 160/mn	FC ≥ 110/mn et TAS ≥ 110 mm Hg		
3B		FC ≤ 40/mn	avant 1 an : FC ≤ 80/mn; après 1 an : FC ≤ 60/mn	FC 40-50/mn et signes associés	FC 40-50/mn sans signes associés	
3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/mn	dyspnée sévère ou FR 30-40, SpO2 86-90%				
3B		Choc(s) électrique(s) ressent(i)s		avis référent (MAO, MCO)		
3B					OMI chronique	
4	FC ≥ 180/mn	FC ≥ 140/mn		malaise		
4		TAS IOA ≥ 220 mm Hg ou ≥ 180 et SF associés		TAS IOA ≥ 180 mm Hg		
4				signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
INFECTIOLOGIE						
4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures				exposition ≥ 48 h
5		t ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion / céphalée / purpura		signes associés d'AEG, hypotension, shock index ≥ 1		
5				avec risque vital de contagie (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contagie (rougeole, varicelle...)

Des filières de PEC qui influent

Ideal ED patient journey models (within EDs)

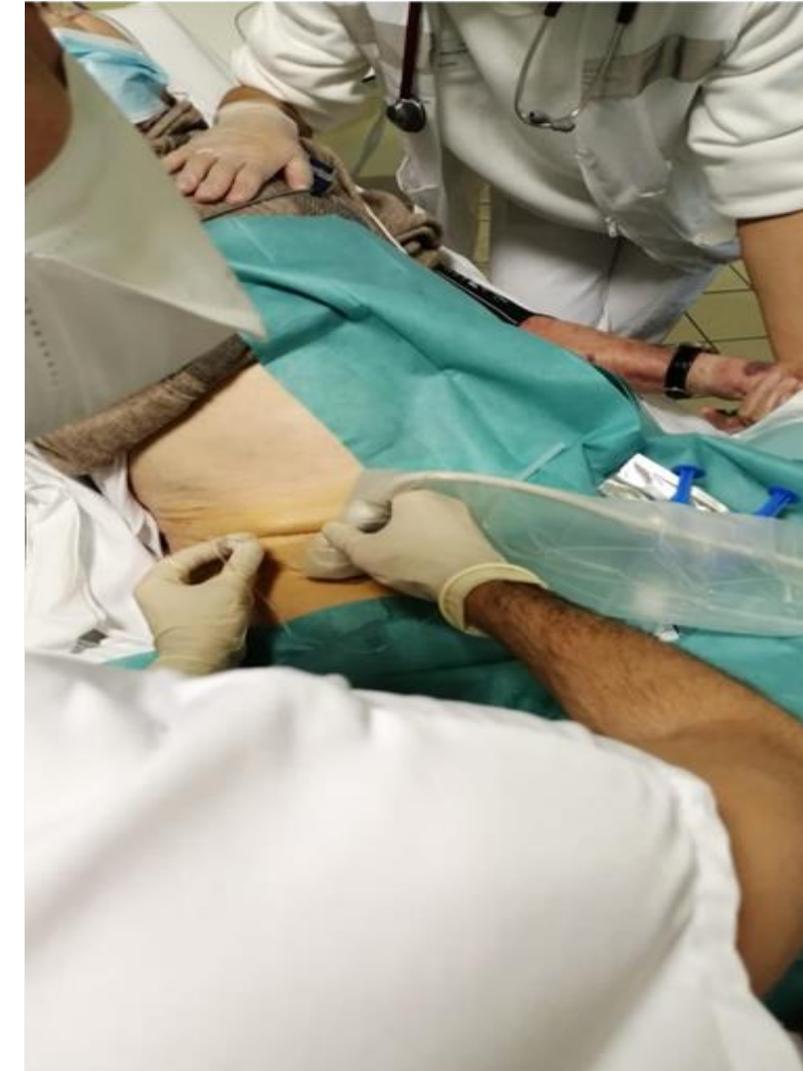
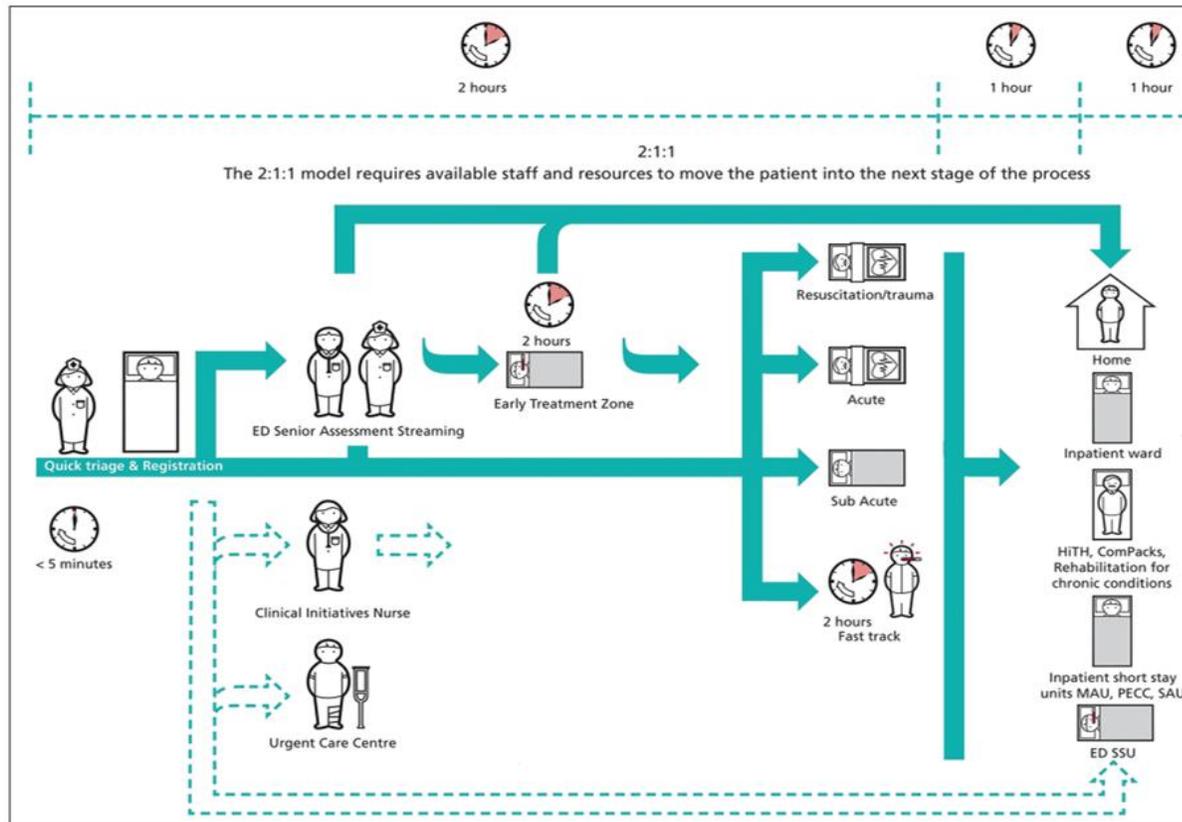


Figure 2: The ideal patient journey with streaming to models of care within emergency department and external to emergency department^[49]

Nouvelle OLIGO A = Douleur abdominale

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. Devambe · 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

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.

Afin d'obtenir une analgésie plus rapide, il faut probablement privilégier les **morphiniques par voie intraveineuse** à la voie orale **en 1ère intention** chez les patients consultant aux urgences pour une **douleur traumatique sévère**.

Grade 2+



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



Bon usage opioïde

Quels opioïdes ?

Comment?

Pour qui ?

Pour combien de temps ?

Bons mariages

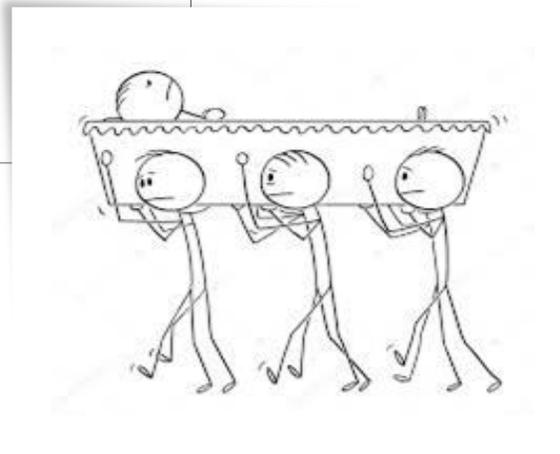
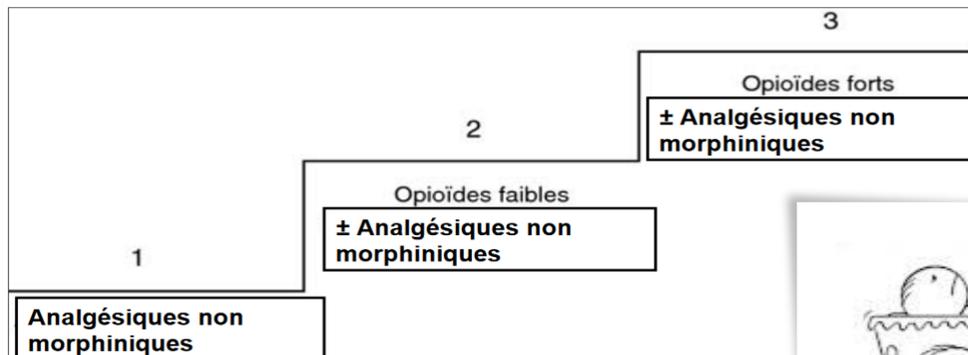


OPIOIDES FORTS > OPIOIDES FAIBLES

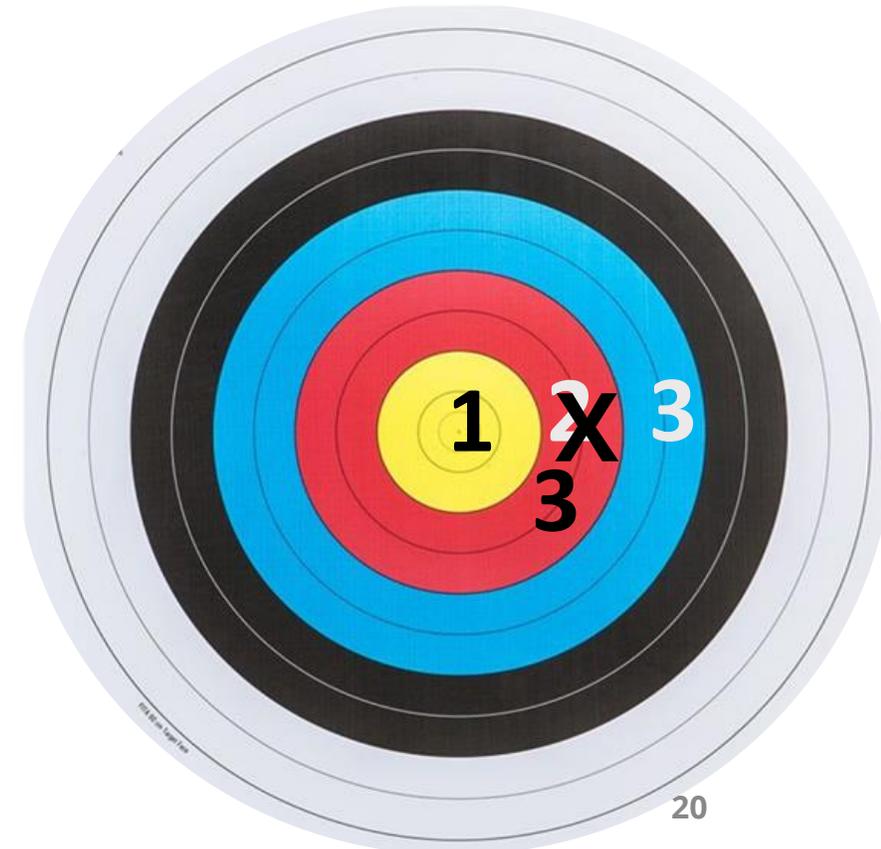
Il faut probablement **privilégier les opioïdes forts aux opioïdes faibles** dans le traitement des douleurs aiguës aux urgences et en pré hospitalier **pour optimiser l'efficacité tout en diminuant les effets secondaires.**

Grade 2+

Paliers de l'OMS



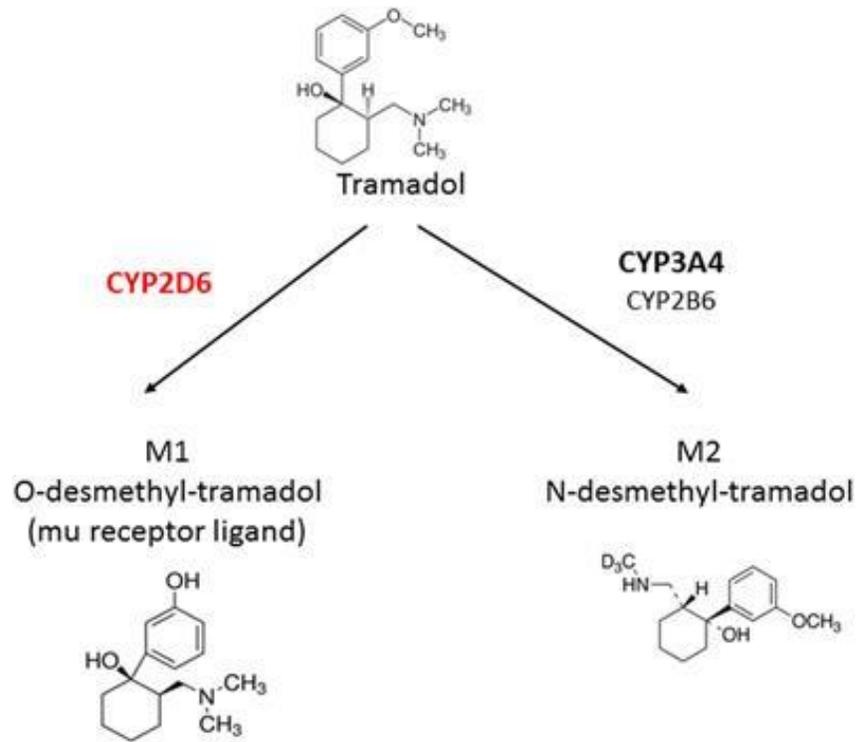
La fin des PALIERS
Inverser/
sauter le 2!



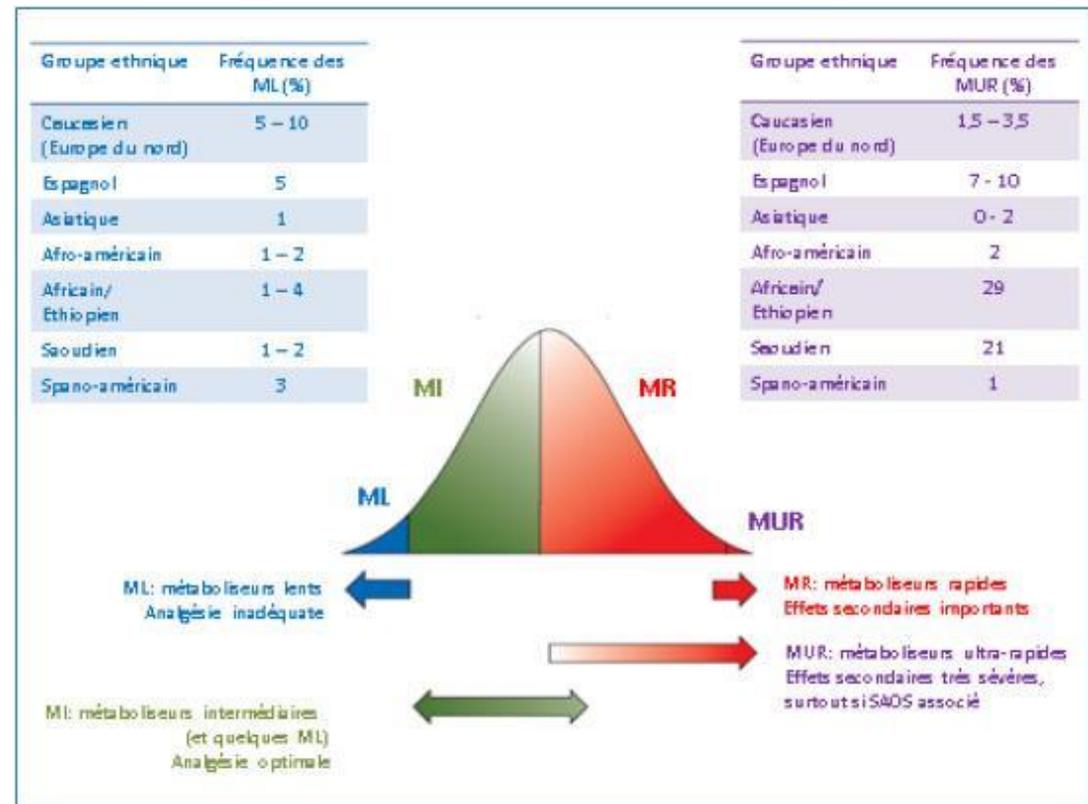
CONTOURNER LA MORPHINE

TRAMA-DON'T !!!!

Variabilité génétique dangereuse

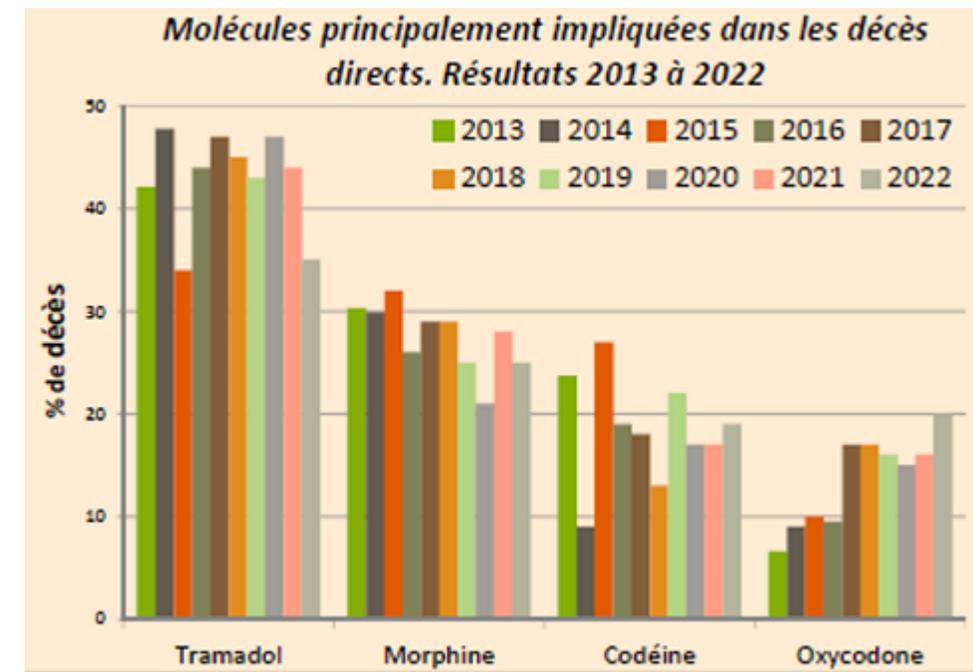
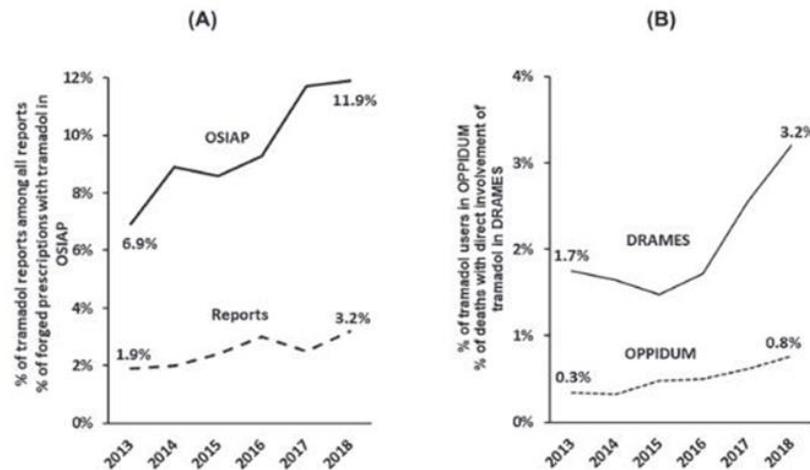


- Le métabolite M1 a 200X > d'affinité pour μ
- Action sur la recapture noradrénaline et sérotonine



Tramadol en France

Increase of high-risk tramadol use and harmful consequences in France from 2013 to 2018: Evidence from the triangulation of addictovigilance data



139 décès toxiques par antalgiques en 2022
Vs 93 en 2015

724 mésusages d'issue fatale en 2022
vs 395 en 2015

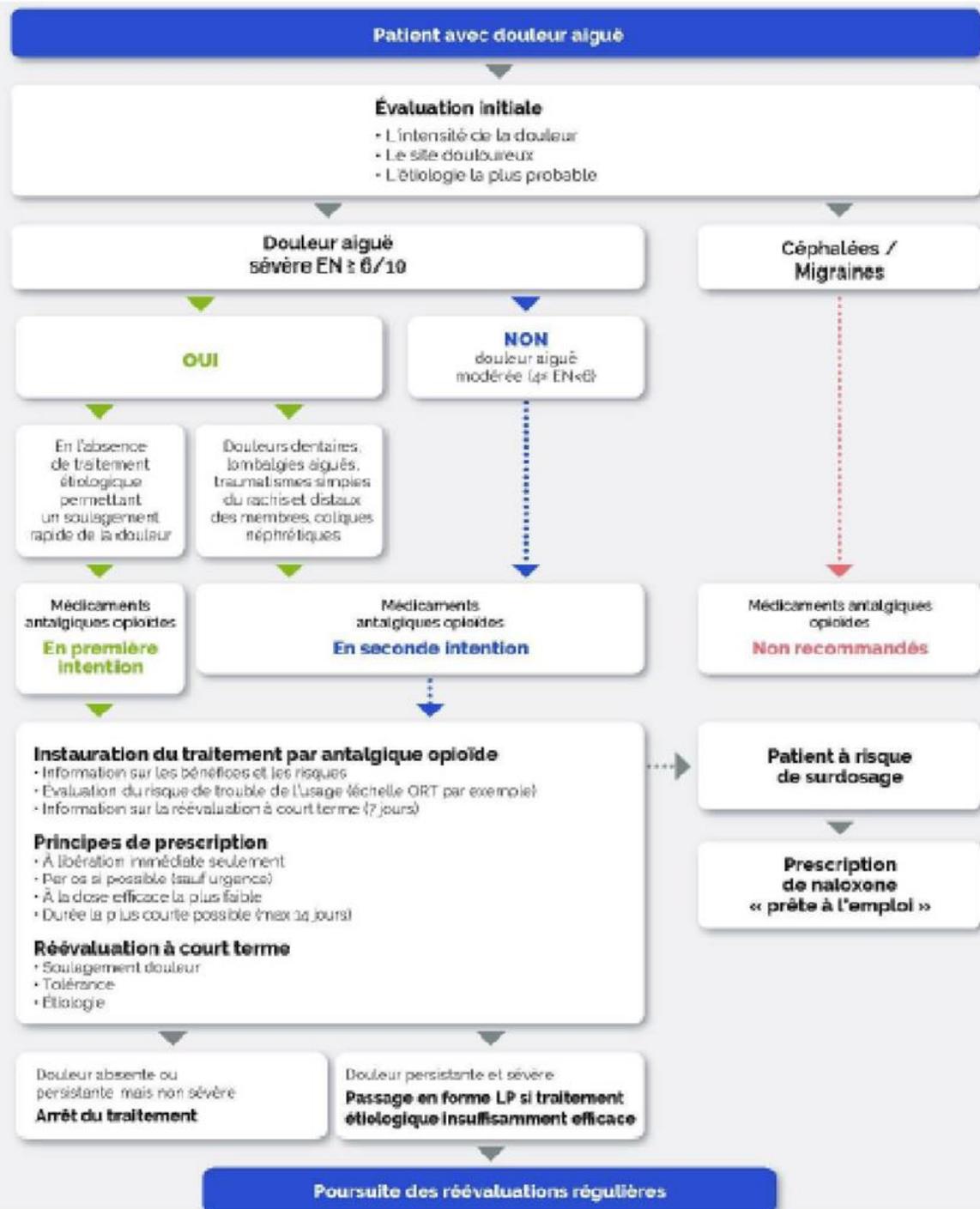
Recommandations HAS - 2022 Opioides



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

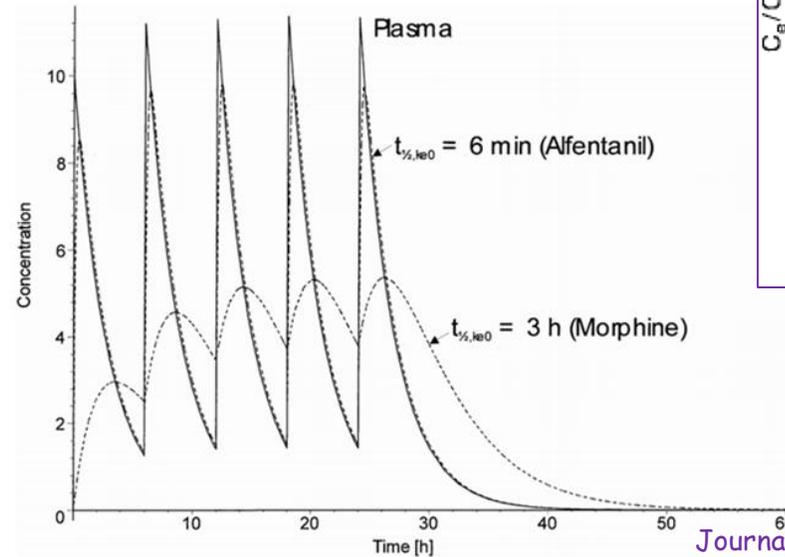
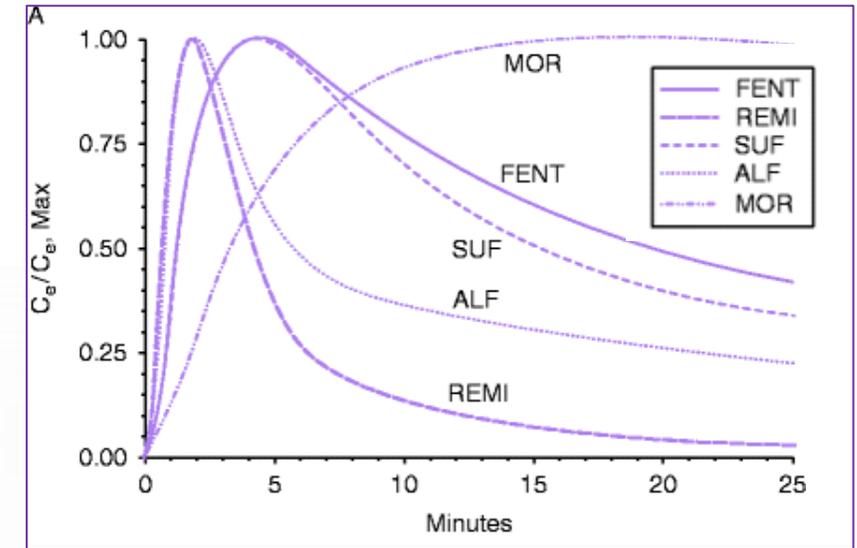
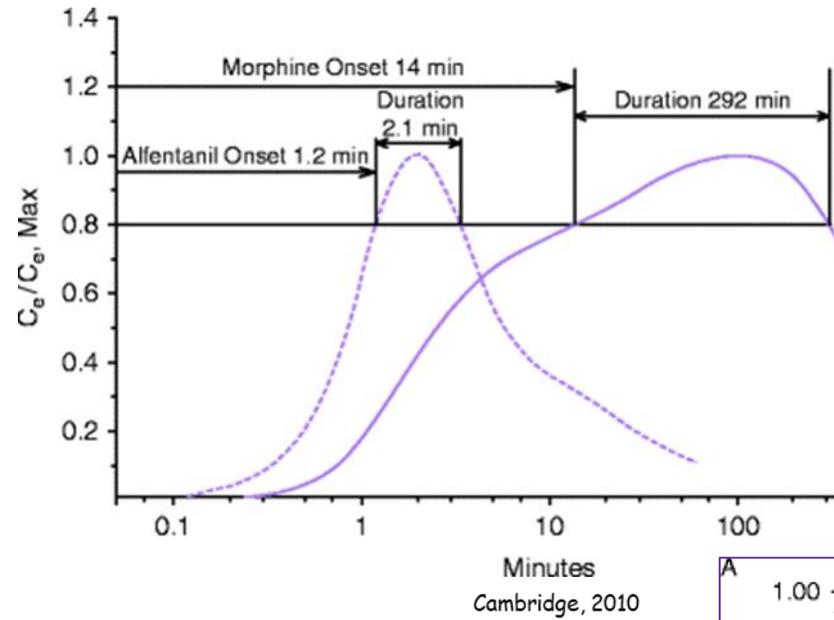
RECOMMANDATION

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



QUELS OPIACÉS FORTS ET COMMENT??

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



MORPHINE en titration IV domine encore

Afin d'obtenir une analgésie plus rapide, il faut probablement privilégier les **morphiniques par voie intraveineuse** à la voie orale **en 1ère intention** chez les patients consultant aux urgences pour une **douleur traumatique sévère**.

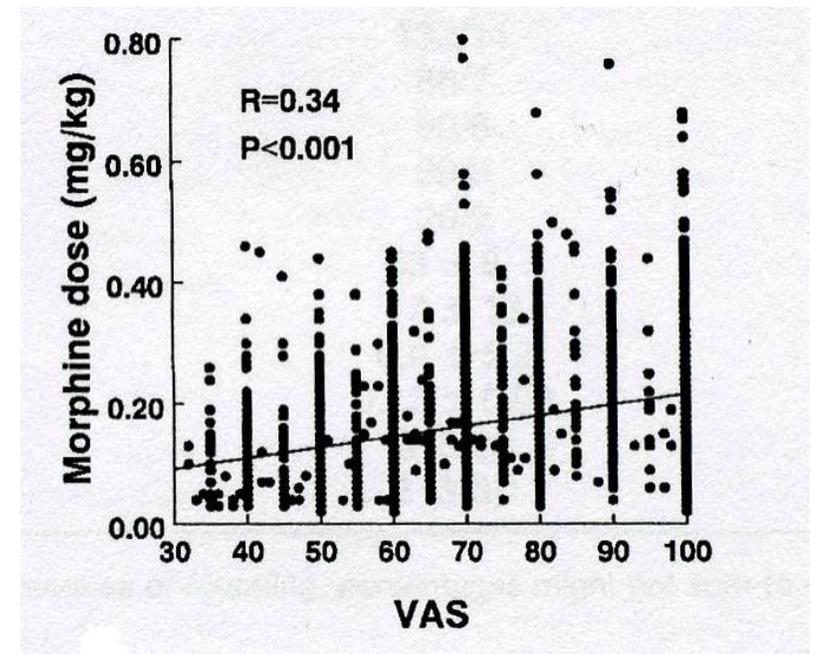
Grade 2+

Les experts suggèrent d'utiliser la **morphine en titration IV**, plutôt qu'en dose unique, pour les patients naïfs en morphine ayant une douleur aiguë aux urgences.

Avis d'expert

- Variabilité inter-individuelle
 - Variabilité intra-individuelle
 - Dose thérapeutique proche de dose toxique
- = **Optimisation individuelle de la dose**

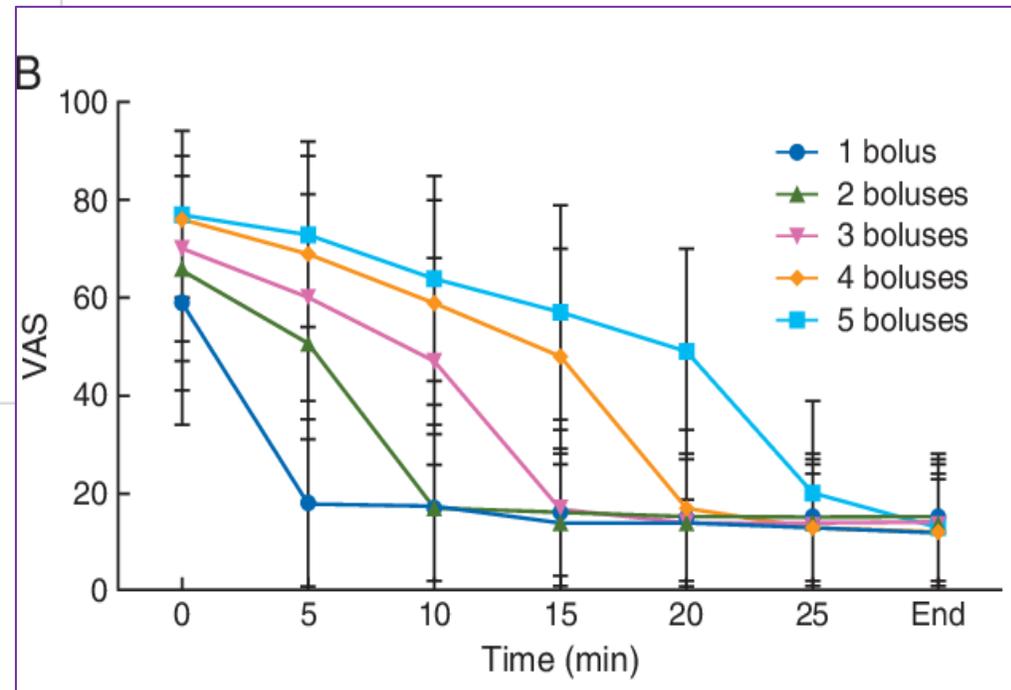
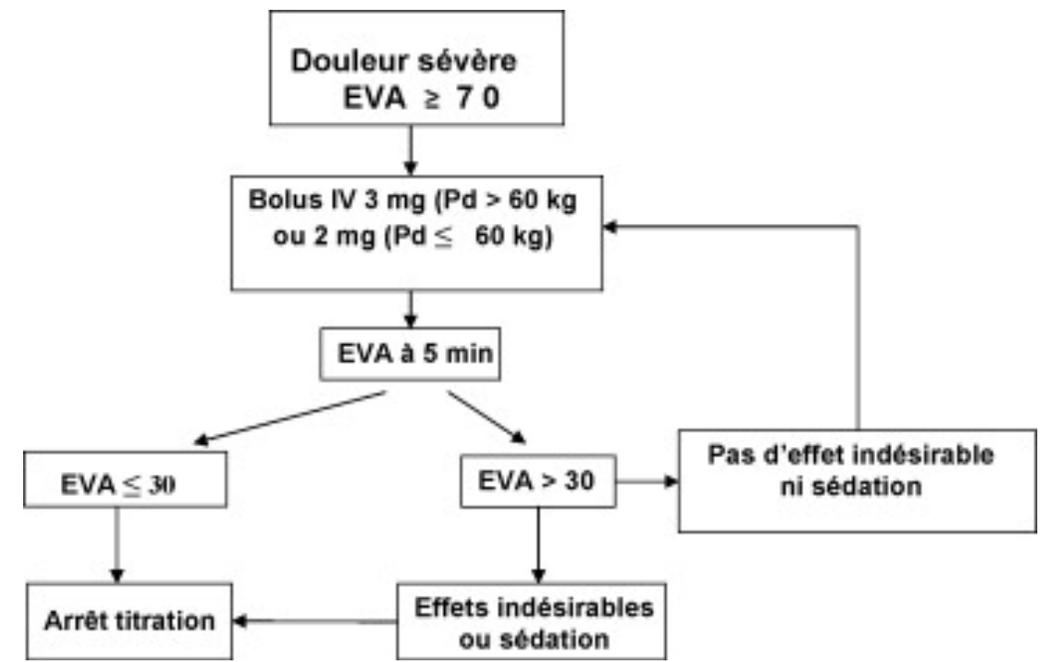
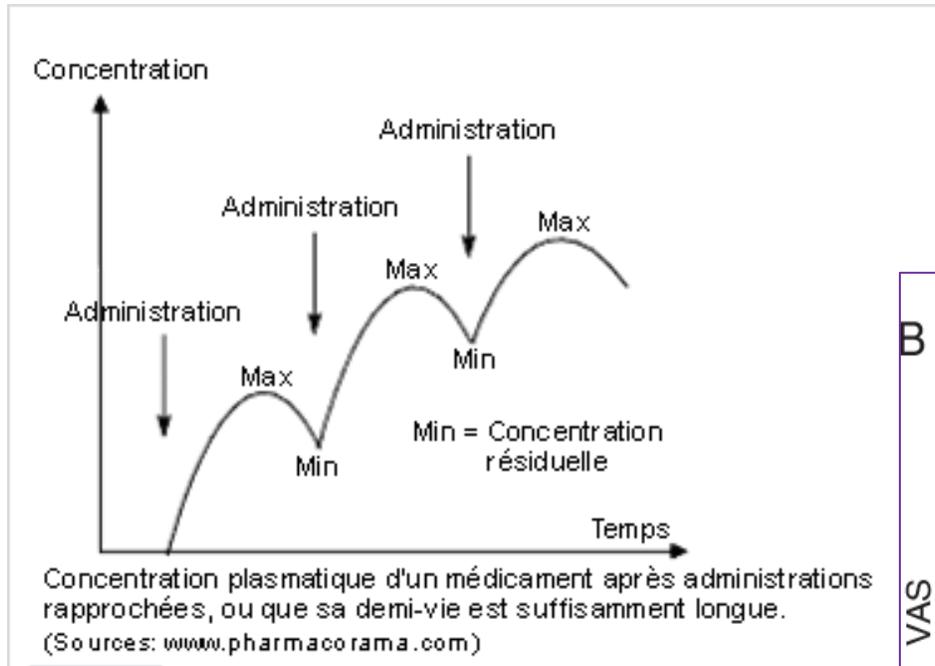
IV > PO en T



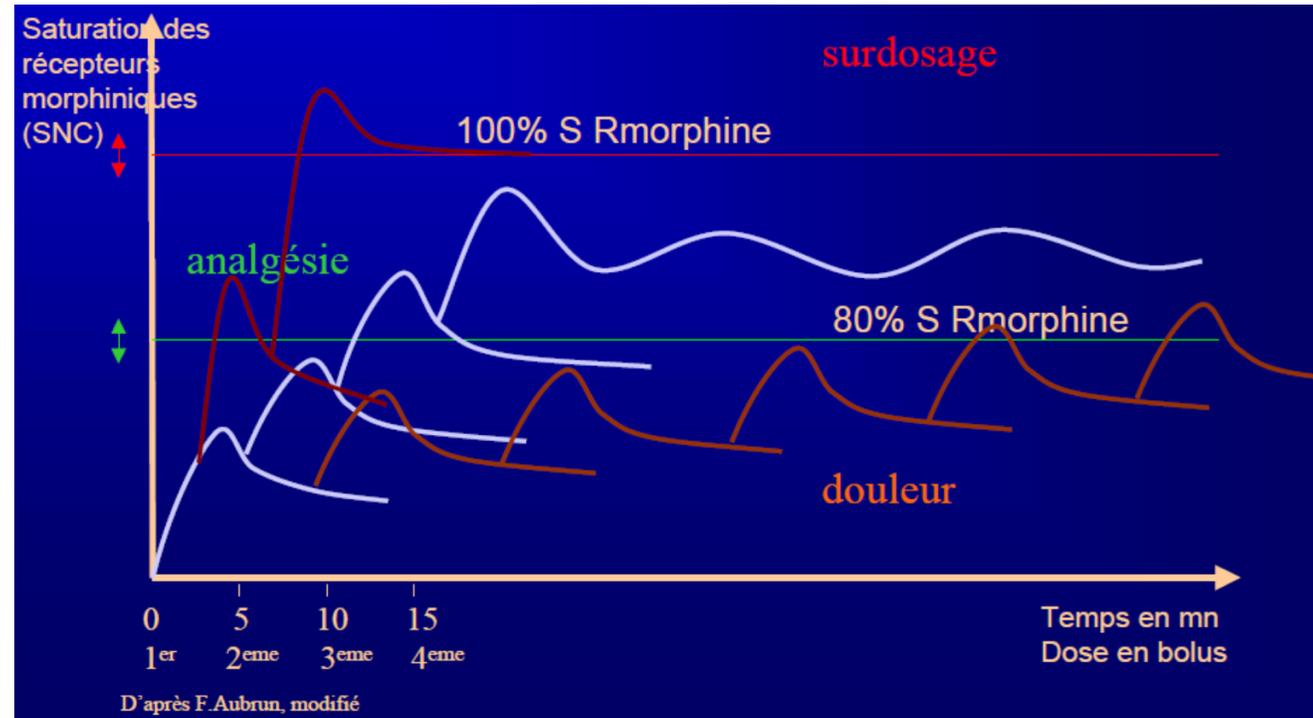
Aubrun et al. Anesthesiology 2003

Titration IV Morphine

Comprendre le principe



Titration IV Morphine risques de la dose de charge



	Ricard-Hibon SMUR 0,05 mg/kg n = 214	Galinski SMUR 0,1 mg/kg n = 54	Lvovski SAU Bolus 3mg n = 621	Bounes SMUR 0,1 mg/kg n = 53
Nausée-vomissement	7 %	23 %	4 %	12 %
Hypotension	0,5 %	0 %	---	---
Sédation	1,5 %	11 %	3 %	4 %
Dépression respiratoire	0 %	0	3 %	2 %
Rétention urine	---	---	3 %	---
TOTAL	9 %	38 %	11 %	19 %

POUR QUI?



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

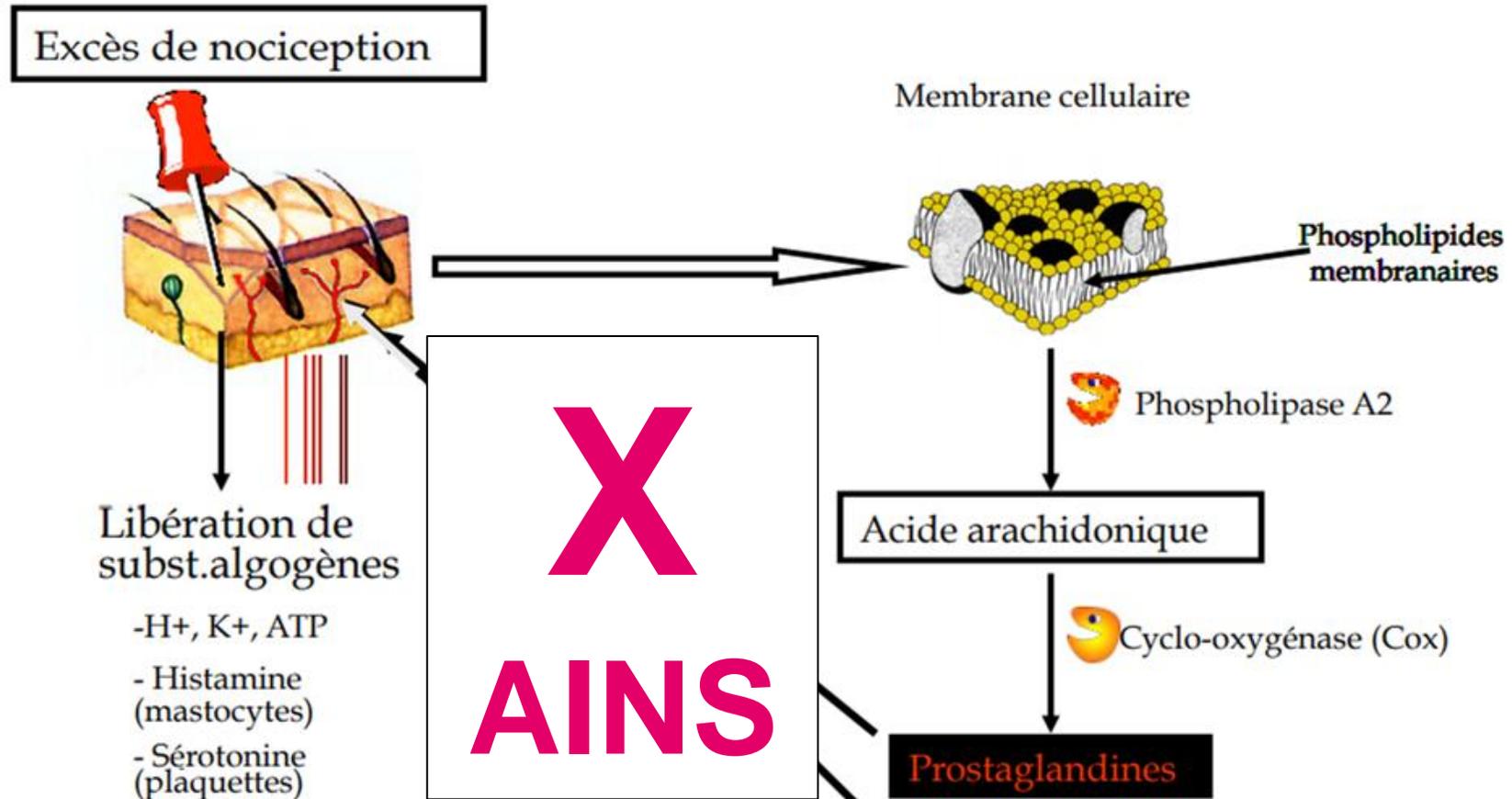
Il ne faut probablement pas utiliser d'**opiacées** dans la prise en charge des **céphalées primaires** aux urgences

Grade 2



La douleur nociceptive?

la composante inflammatoire

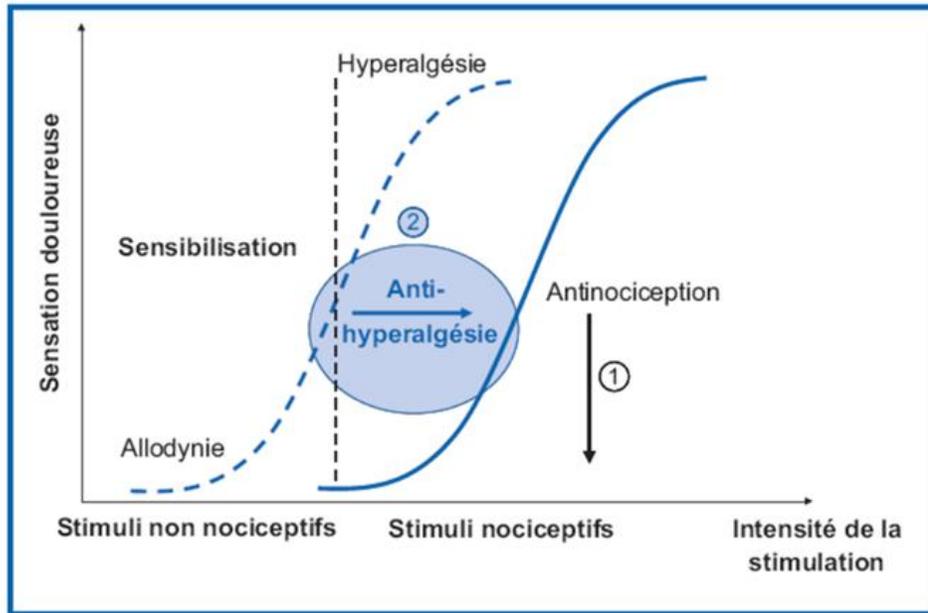


Les prostaglandines abaissent le seuil de sensibilité des nocicepteurs



HYPERALGESIE AUX OPIOIDES

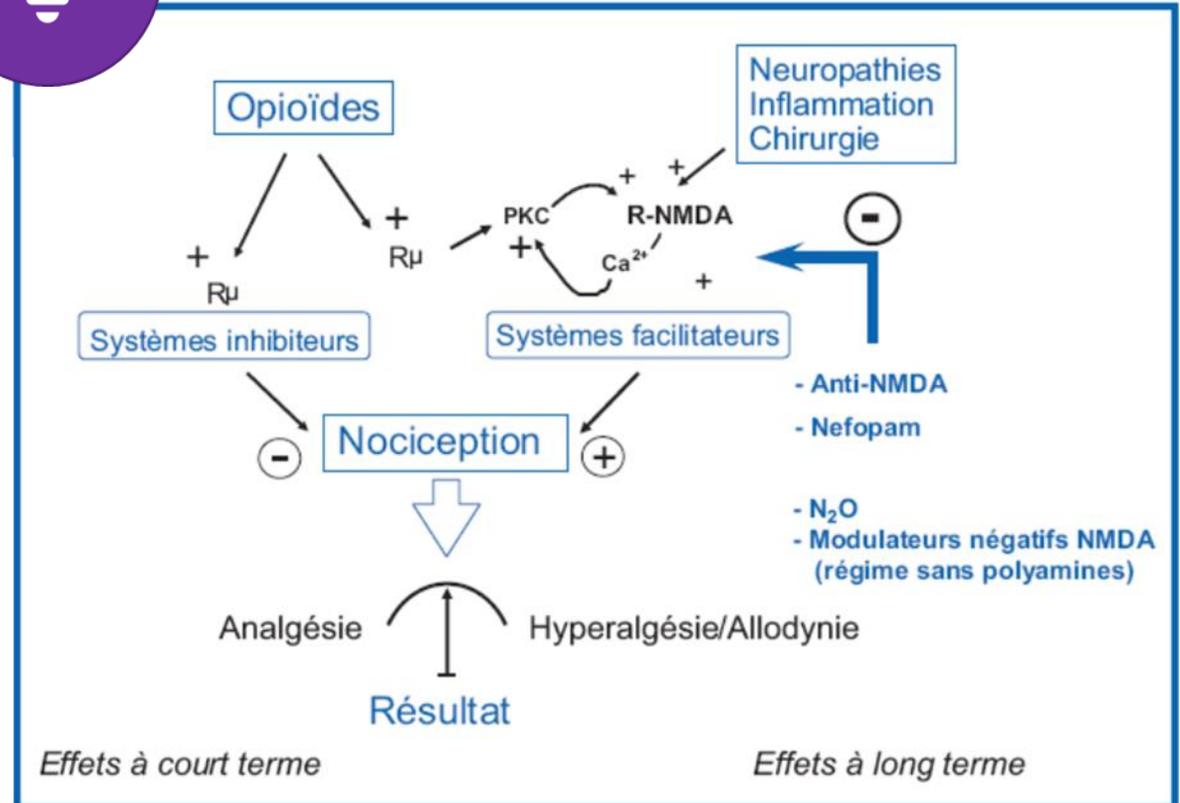
Mécanismes



Sandkühler J. *Physiol Rev* 2009

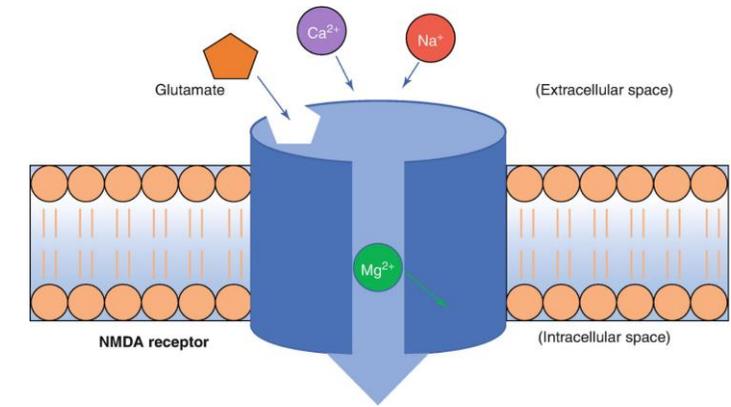


Action



D'après Simonnet et Rivat *Neuroreport* 2003

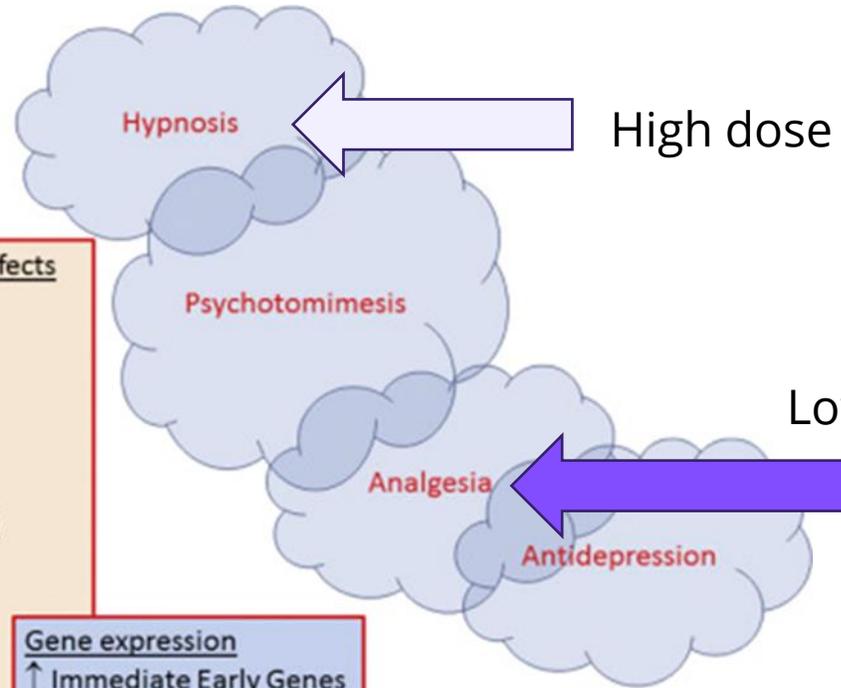
+ Action Kétamine intéressante



NMDA

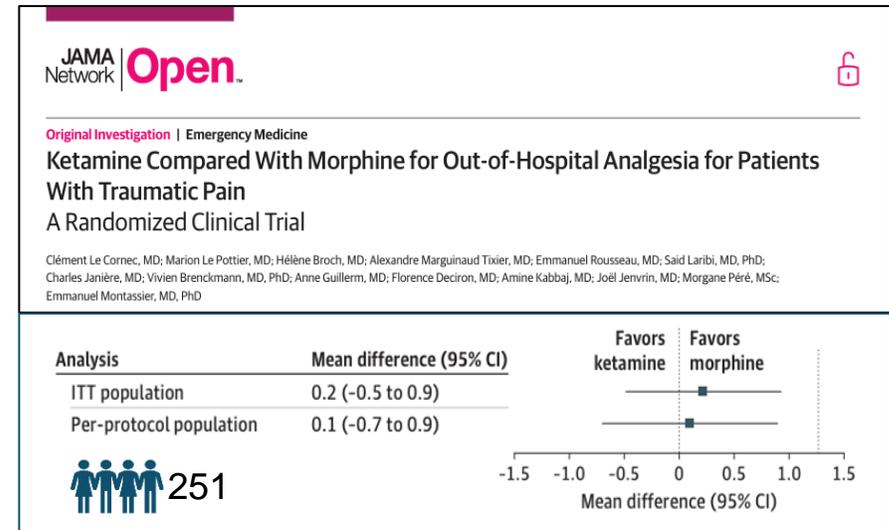
- Channel effects**
- ↓ NMDA
 - ↓ HCN1
 - ↓ nACh
 - ↓ L-type Ca

- 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



NON-INDICATIONS aux opioïdes

Traitements alternatifs

≠ coA

- Aussi efficaces
- Hyperalgésie
- Ciblage des terrains
- Mésusage

Même EN $\geq 6/10$
Recos spécifiques



Progrès en urologie (2009) RECOMMANDATION



Actualisation 2008 de la 8^e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences

AINS*

Céphalées

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

Coliques Neph

- 2^e 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

Craintes

Contraindications 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**



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

TTT ciblés TRAUMA

Il est probablement recommandé d'utiliser le **MEOPA** à la phase initiale, seule ou en association pour les **patients traumatisés douloureux ou lors d'un soin douloureux**.

Grade 2

Il est probablement recommandé d'utiliser le **methoxyflurane** à la phase initiale, seule ou en association pour les **patients traumatisés avec une douleur modérée à sévère**

Grade 2

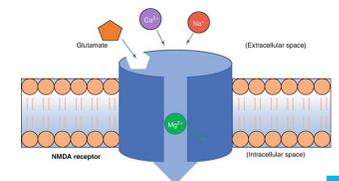
Partout

Les experts suggèrent que la **kétamine** puisse être utilisée en première ligne en alternative à la morphine à dose analgésique (**0,15 à 0,3 mg/kg**) en IV lente sur **15 min**

Avis d'expert



**PRODUITS
DANGEREUX POUR
L'ENVIRONNEMENT**



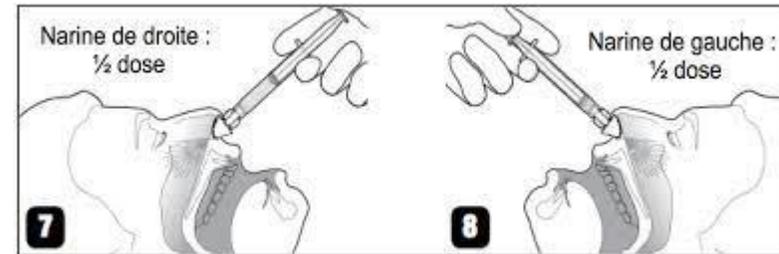
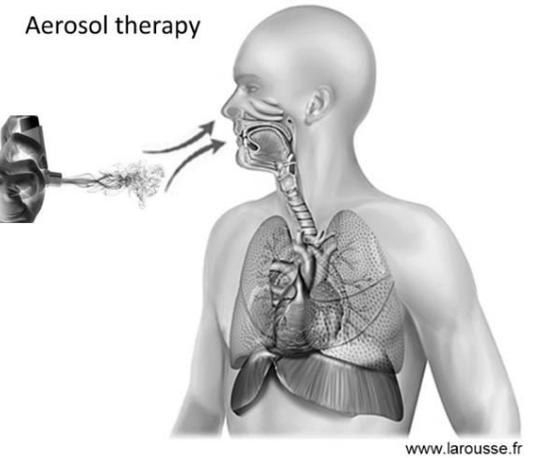
ALTERNATIVES opioïdes en Trauma

Les experts suggèrent que la **voie inhalée** puisse être une **alternative** chez les patients consultant **aux urgences pour une douleur traumatique sévère.**

Avis d'expert (accord fort)

Il faut probablement proposer **le sufentanyl intranasal** chez les patients adultes consultant **aux urgences pour une douleur aigue**

Grade 2+ (accord fort)

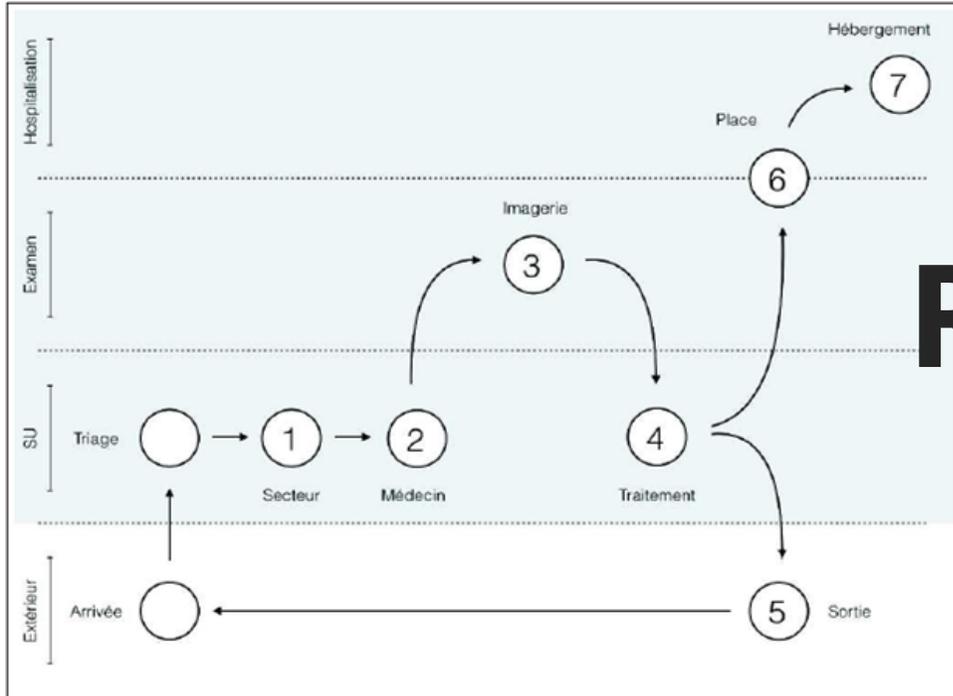


~~recos~~
~~Fentanyl préhosp~~

Un séjour est un circuit complexe = un parcours = nombreux moments à risques

Le circuit patient en structure des urgences

Pierre-Géraud Claret



RE-EVALUER

Les experts suggèrent que l'intensité de la douleur soit **réévaluée fréquemment** pour en permettre une meilleure prise en charge.

Avis d'experts

FIGURE 1.2. – Circuit patient en SU et articles présentés (les chiffres correspondent aux numéros des articles). SU : structure des urgences.

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



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 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 weblettr du « Board **Douleur** »

MARS 2023



Synonyme ?



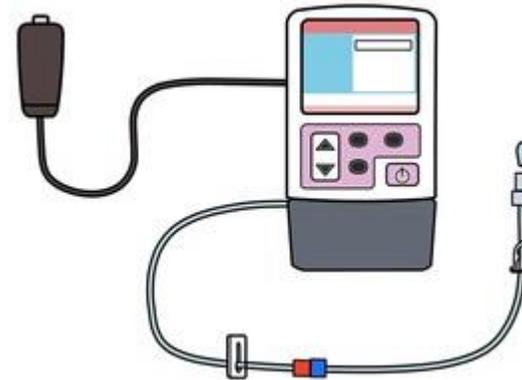


Après soulagement par morphiniques d'une douleur **non traumatique**, il faut probablement privilégier un relais analgésique par l'administration **d'opioïdes forts contrôlée par le patient** plutôt que par le soignant, afin d'améliorer l'efficacité antalgique et la satisfaction patient

Grade 2

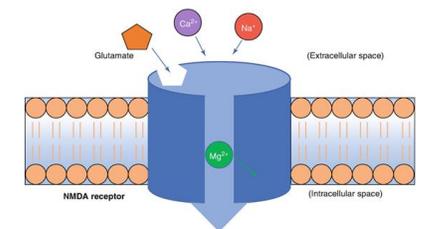
Après soulagement par morphiniques d'une douleur **traumatique**, les experts suggèrent de privilégier un relais analgésique par l'administration **d'opioïdes forts contrôlée par le patient** plutôt que par le soignant, afin d'améliorer l'efficacité antalgique et la satisfaction du patient.

Grade 2



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

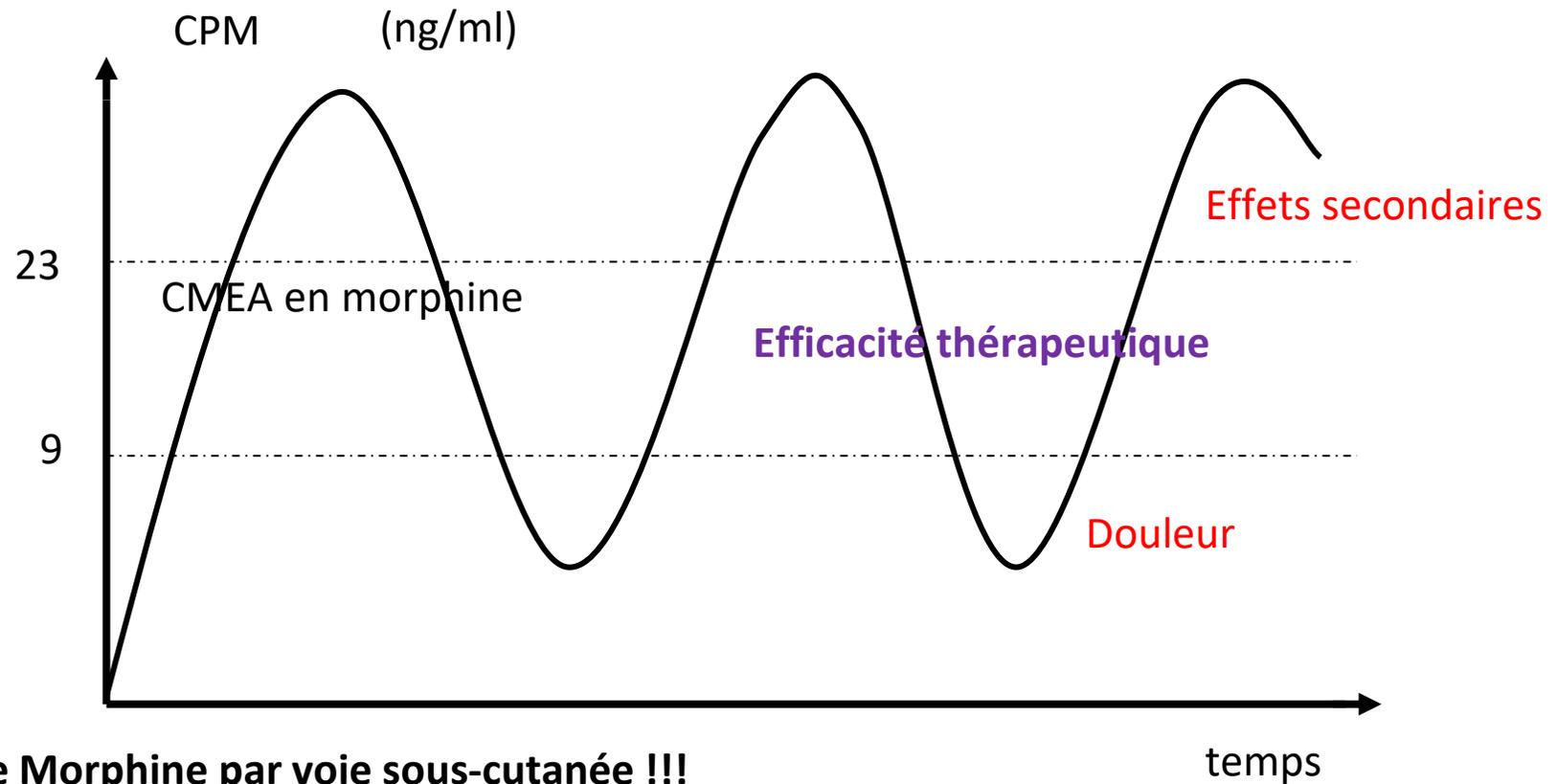


Douleur réfractaire?

Alternatives à la PCA?

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

Grade 1-



Pas de Morphine par voie sous-cutanée !!!

Opioides Intra/préH

Déf intensité

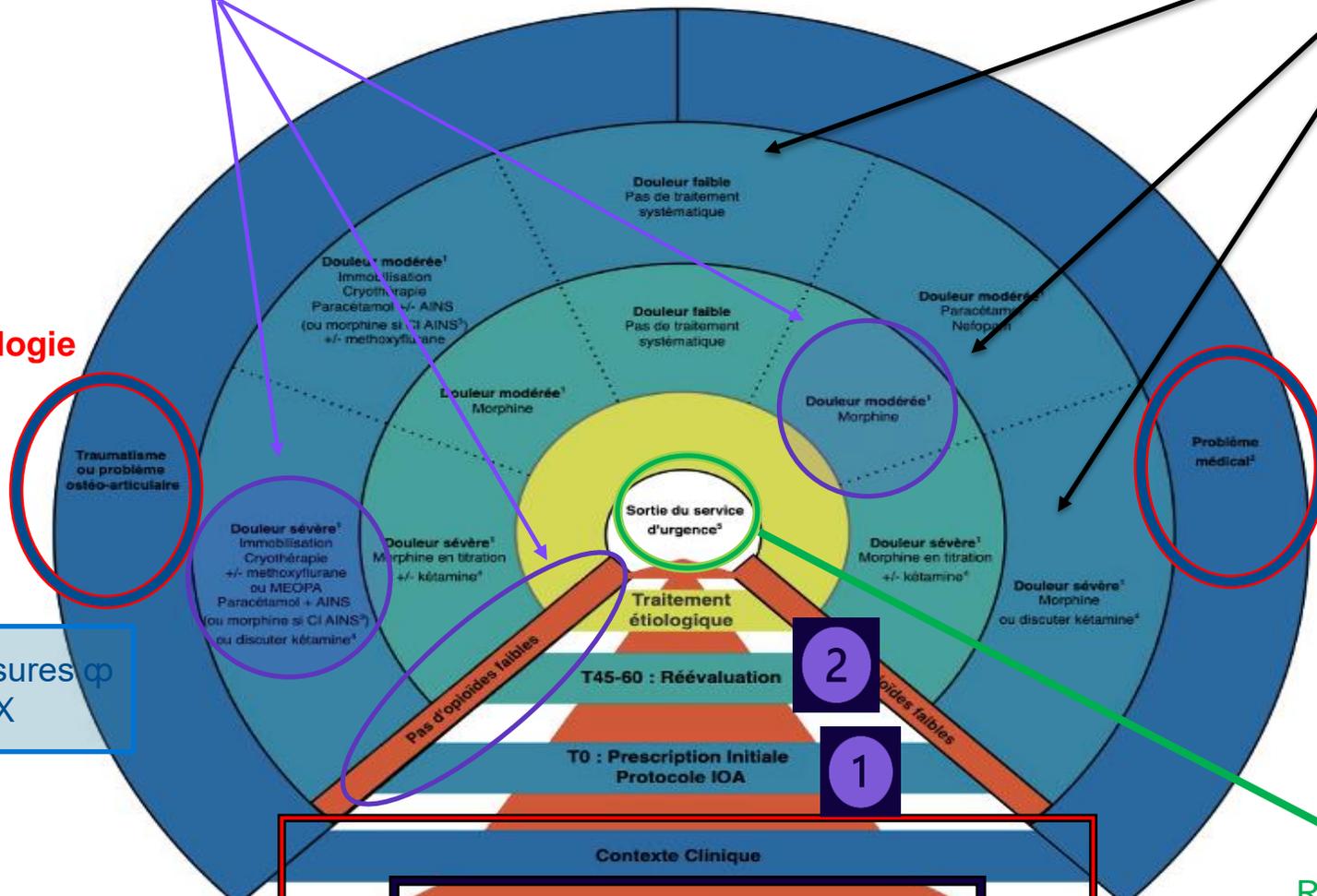
Échelle	Douleur modérée	Douleur sévère
EN	≥ 4	≥ 6
EVS	≥ 2	= 4
EOC	≥ 4	pas de seuil
AlgoPlus®	≥ 2	pas de seuil

Pathologies nécessitant une prise en charge spécifique
Céphalée primaire
Colique néphrétique

Précaution et contre-indications aux AINS
Personne âgée fragile
Grossesse ≥24 SA
Insuffisance rénale connue
Allergie AINS/ KETA low dose

Modalités d'administration de la kétamine
Faible dose
Dose maximum totale 0,5 mg/kg

Typologie

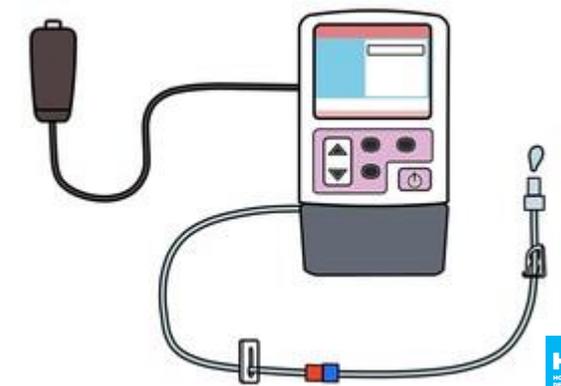


Mesures μ MTX

Évaluation systématique de la douleur par échelle adaptée¹ à l'IOA

Tri IOA

Relais Opioides IntraH





MERCI

Dr Virginie-Eve Lvovschi
boarddouleursfm@gmail.com

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



Méthode recos 2024

PICO, GRADE (Biblio: 20 ans / PRISMA)

2 ans, 2 tours de votes, amendements

19 questions

=> 35 recommandations

5 avec niveau de preuve élevé (GRADE 1), 1+/1- (« **il (ne) faut...** »)

13 avec niveau de preuve faible (GRADE 2) 2+/2- (« **il (ne) faut probablement...** »)

17 avis d'experts

=> 4 « absence de recommandation »

=> 1 schéma récapitulatif non algorithmique : « no pain tunnel »

Retenir une recommandation

>50% dans le même sens

<20% une opinion contraire

Accord fort

> 70% des experts sont d'accord

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

Grade 2

Il faut probablement en **limiter la durée de prescription**, afin de réduire le mésusage.

Grade 2

3 à 5 jours
Limiter les
Formes LP



Les experts suggèrent de **réévaluer le risque de dépendance** aux opioïdes avant et après la sortie des urgences.

Avis d'experts

Opioid Risk Tool (ORT) for Narcotic Abuse

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

ORT entre 4 et 8?

Hypnose, musique et VR

pas de recos

+

•

$$\text{DÉCEPTION} = \frac{\text{ESPÉRANCE}}{\text{RÉALITÉ}}$$

Traitements physiques = avis d'expert seulement

Les experts suggèrent que le contrôle de l'analgésie repose sur l'administration en systématique **de thérapeutiques non opioïdes** associés à des opioïdes forts à la demande

Avis d'expert