

MARSEILLE CHANOT  
PALAIS DES CONGRÈS & DES EXPOSITIONS  
**JEUDI 21 & VENDREDI 22 MARS**

# COPACAMU 2019

18<sup>ES</sup> JOURNÉES MÉDICALES  
16<sup>ES</sup> JOURNÉES INFIRMIÈRES  
DU COLLÈGE PACA  
DE MÉDECINE  
D'URGENCE



CONFÉRENCES



SYMPOSIA



RETOUR  
D'EXPÉRIENCE



ATELIERS



CAS  
CLINIQUES

EN COLLABORATION AVEC LE COLLÈGE DES URGENTISTES  
DU LANGUEDOC-ROUSSILLON ET LE COLLÈGE  
MIDI-PYRÉNÉES DE MÉDECINE D'URGENCE



[WWW.COPACAMU.COM](http://WWW.COPACAMU.COM)

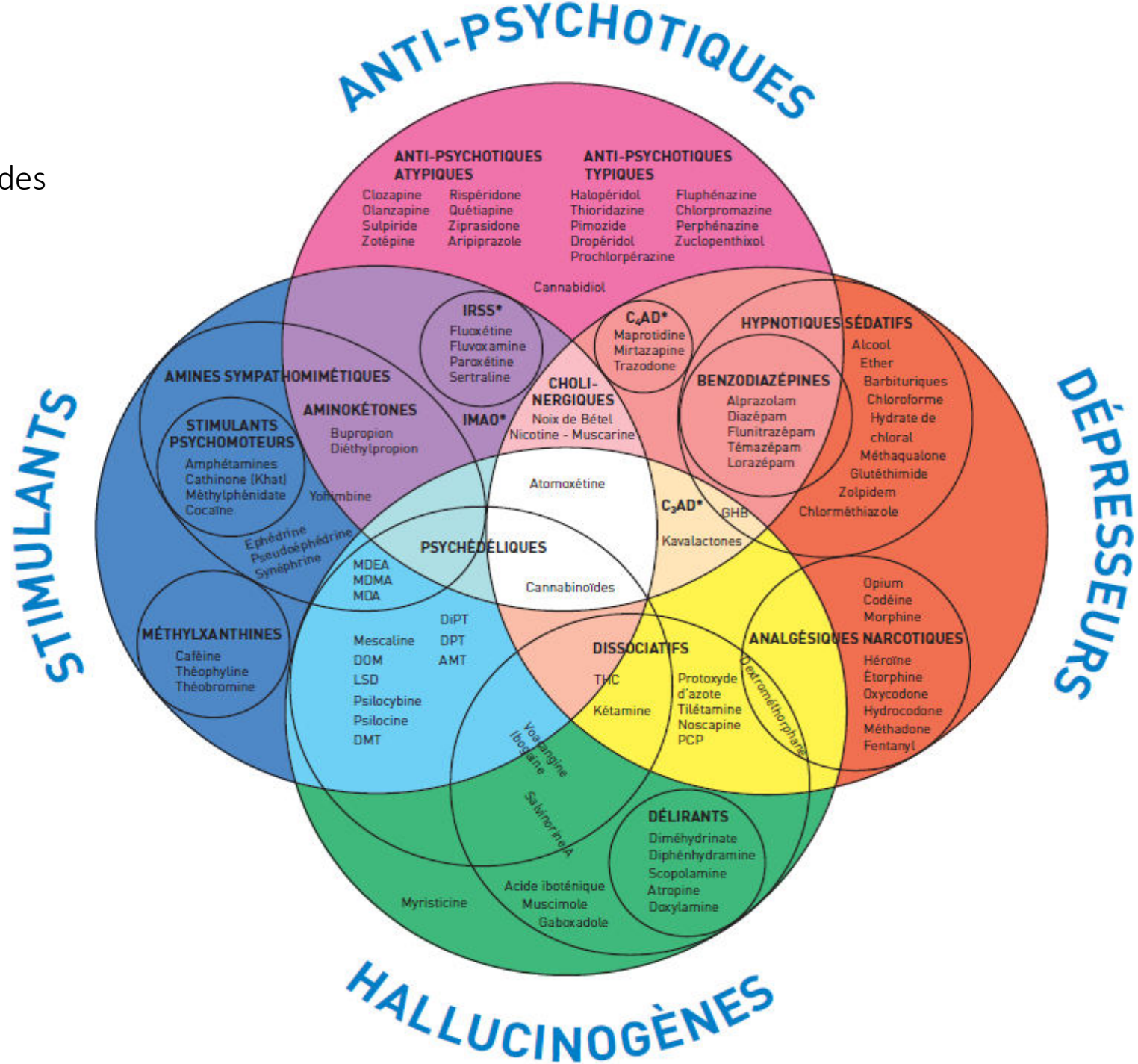
# COPACAMU 2019

18<sup>ES</sup> JOURNÉES MÉDICALES  
16<sup>ES</sup> JOURNÉES INFIRMIÈRES  
DU COLLÈGE PACA  
DE MÉDECINE  
D'URGENCE

## Comment traiter la douleur chez le toxicomane ?

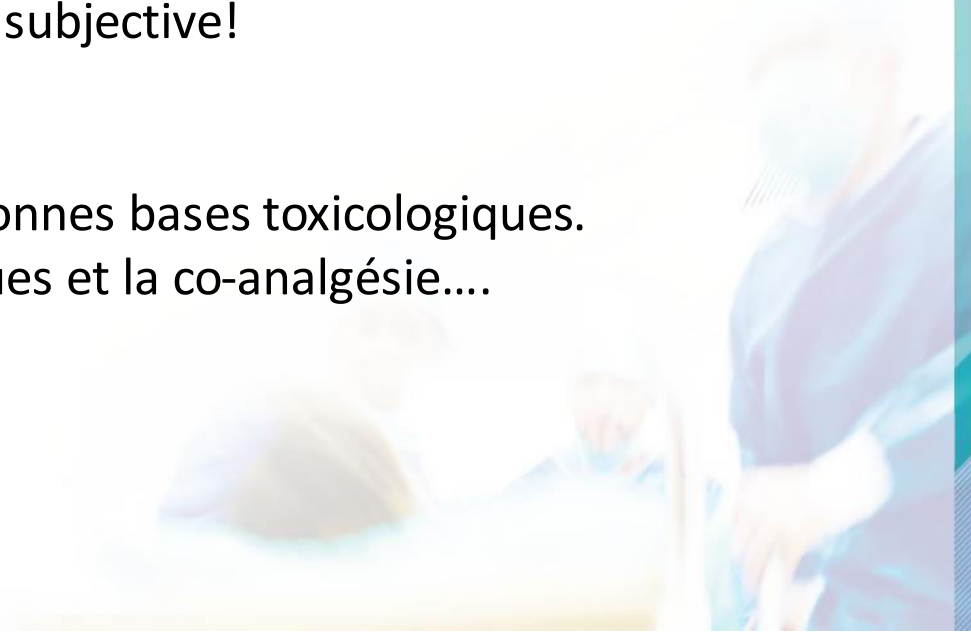
Hans Gadelius  
PHC ELSA, CH Martigues  
Praticien contractuel Urgences Laveran

Diagramme de Venn des psychotropes RESPADD



# Douleur, souffrance et dépendance.

- La RDR est inscrite dans le code de santé publique.
- Polyconsommation de règle: Tabac, alcool, BZD et la palette des psychotropes...
- Traitement de Substitution: une thérapie longue, médico-psycho-sociale.
- L'hyperalgésie est multifactorielle: génétique, culturelle, psychiatrique, toxicologique... La douleur est par définition subjective!
- PEC douleur: un défi !
- EVA et EVS permettent d'évaluer la douleur.
- La réussite: l'alliance thérapeutique, et de bonnes bases toxicologiques.
- Le gold standard : La titration de morphiniques et la co-analgésie....



# Alliance Thérapeutique : Une posture



- L'art de la relation, du lien...
- L'entretien motivationnel : Une méthode de communication centrée sur la personne et visant un changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.
- Modification de paradigme: le patient est un partenaire, expert de sa santé et le médecin de son savoir, dans le non jugement et la non exigence. Pièges, et impasses relationnels.
- Pourquoi faire ? rassurer le patient, qu'il se sente acteur donc moins exigeant et moins anxieux. Evaluation du manque et des posologies, anamnèse pour permettre l'adhésion au soin par la suite....
- L'échec : éviter de renforcer ce sentiment et mécaniquement les consommations.
- Comment faire: interventions brèves à minima et rechercher l'alliance thérapeutique...
- La question ouverte, permission d'informer, permettre un choix éclairé...

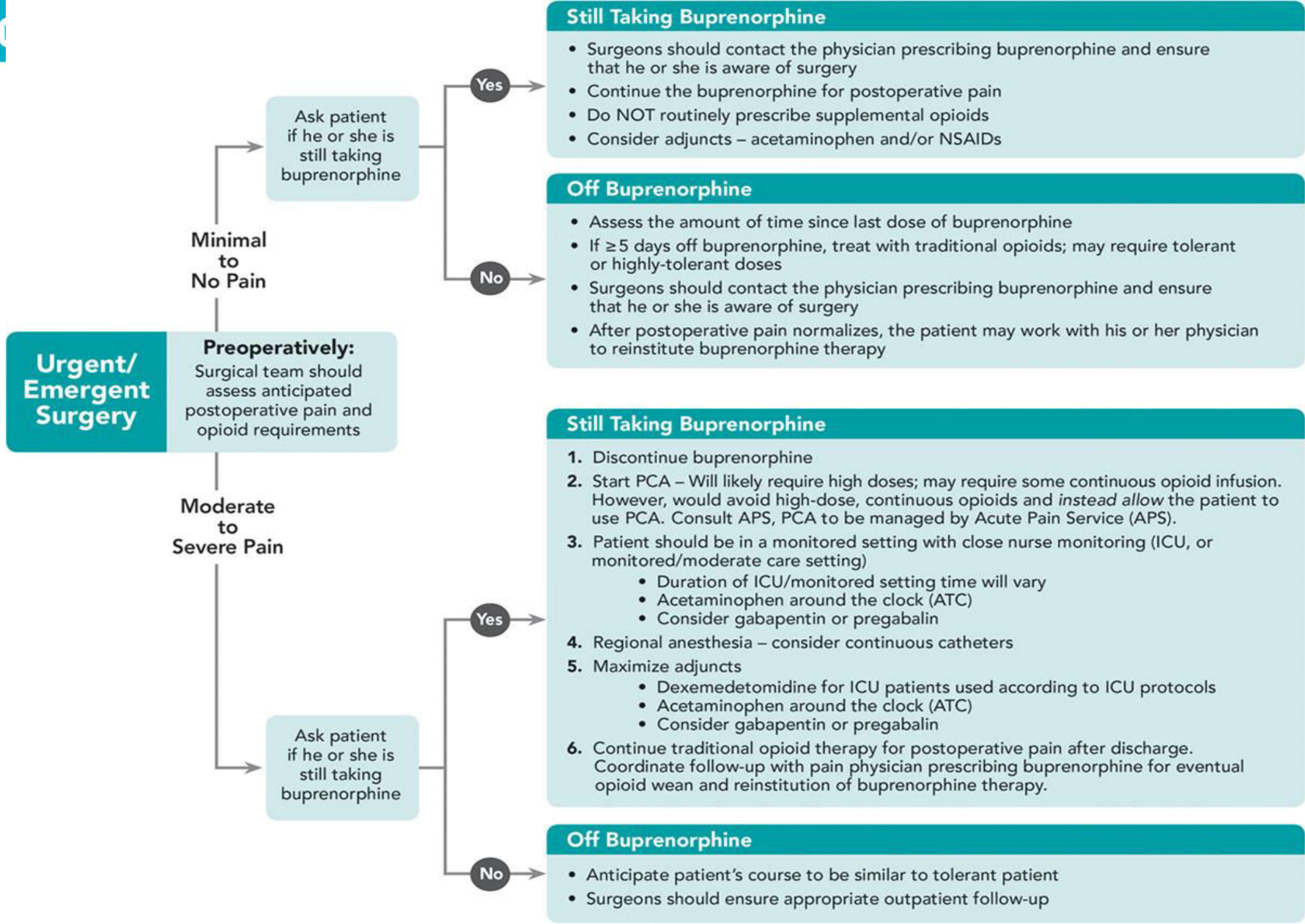
# Les Agonistes

- Méthadone : moyenne national 60 à 80 mg, équivalent morphine ?
- Initiation: Titration sur 5 jours, confort du patient
- Morphine , fentanyl, oxycodone....
- Hyperalgésie: Manque, paliers de réduction, psychostimulants, troubles psychiatriques.
- Anticiper les sevrages: alcool, BZD, tabac
- Titration de la morphine monitorée, Co analgésie
- Discussions éventuellement pluridisciplinaire: anesth., chirurgien, soins palliatifs, addicto.



# L'antagoniste: La Buprenorphine

- Agoniste mu partiel, Antagoniste kappa
- MSO plus sûre: effet plateau et pas d'allongement QT
- Douleur légère et modérée: Privilégier la co analgésie, s'assurer a minima de la continuité de la substitutions, on peut discuter de l'augmentation raisonnable de la burénorphine.
- La titration avec la morphine est possible.
- Différer une chirurgie?
- Pas de consensus pour les douleurs importantes, cf douleur periopératoire (To Stop or Not, That Is the Question: Acute Pain Management for the Patient on Chronic Buprenorphine, Anderson et al, 2017)





## Pour conclure:

- Un allier vaut mieux qu'un ennemi
- L'hyperalgésie est fréquente
- Titration morphine haut dosage en IV ou PCA, surveillée.
- Co analgésie +++
- Intervention pluridisciplinaire
- S'assurer du lien avec le prescripteur principale.

