

AJMU

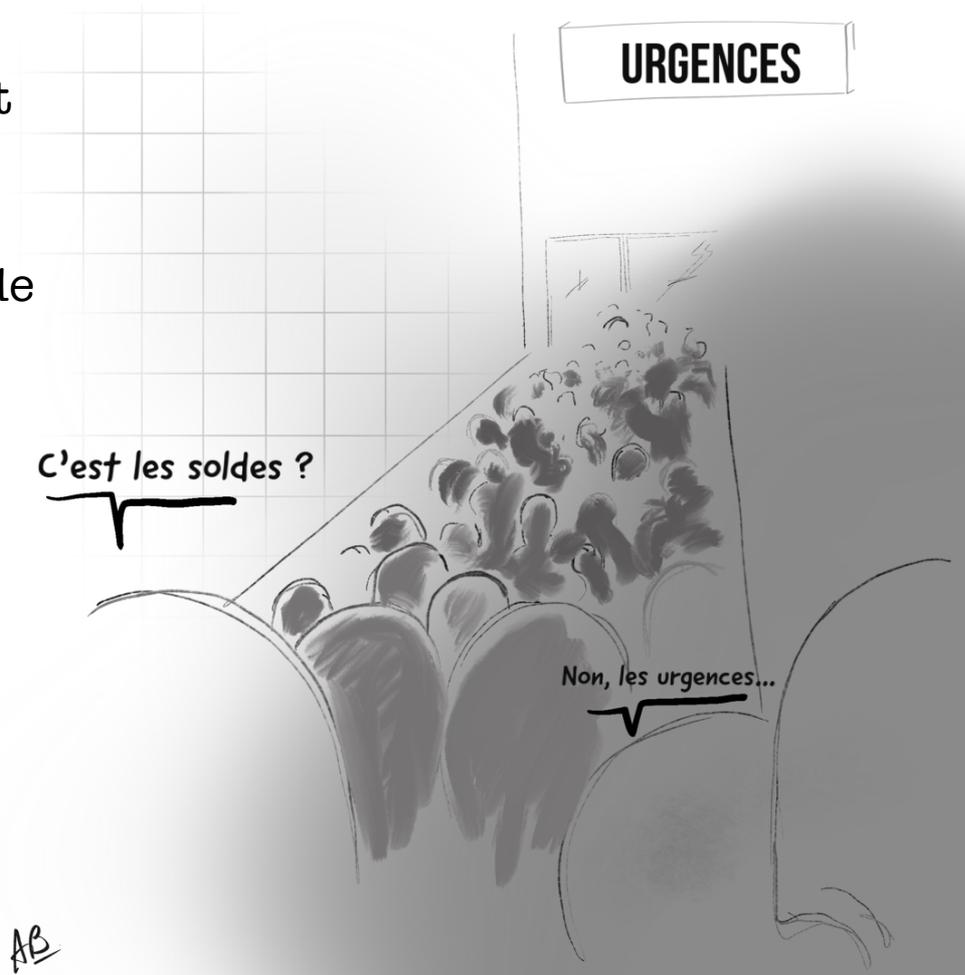
LE MAGAZINE

Licence de remplacement

Changement de la maquette DESMU

SAU : état des lieux

Douleurs et opioïdes





L'EDITO :

C'est le printemps, il fait beau, presque chaud.

C'est la fin du stage, un nouveau va commencer.

La meilleure période de l'année vient de démarrer, les vacances, les week end les voyages.

On n'a plus vraiment la tête à travailler, à se cultiver...

Mais ne vous inquiétez pas l'AJMU reste auprès de vous et continue de bosser sur pleins de beaux projets. On vous briefe sur les dernières actus, quelques fiches de cours pour rester à jour, et des idées cultures pour s'évader...

Finalement c'est peut-être l'occasion de bosser différemment, de moins bachoter mais plutôt d'ouvrir nos perspectives et d'aiguiser notre curiosité.

Une petite histoire, si vous le voulez bien, d'origine hindouiste que l'on m'a racontée :

Autrefois, tous les êtres humains étaient des dieux. Mais ils abusèrent de leurs privilèges et le maître des Dieux décida de leur ôter le pouvoir de divinité.

Il réfléchit alors à une cachette pour ce précieux pouvoir dont les hommes avaient fait mauvais usage. Il réunit son conseil. On lui proposa de l'enfouir profondément sous terre, mais le maître des Dieux savait que les hommes creuseraient toute la Terre. On proposa le fond des océans mais le maître des dieux savait que la curiosité et la convoitise des hommes ne s'arrêteraient pas si facilement.

Lui vint alors une idée : il cacherait ce pouvoir précieux au fin fond du cœur des hommes.

Et depuis tout ce temps, l'Homme a fait le tour du monde, a creusé, a exploré, a plongé, ... à la recherche de quelque chose, qui se trouve en lui-même.

Marion



SOMMAIRE

<u>DOSSIER</u> : <i>Licence de remplacement</i>	3
<u>ACTU'</u> :	5
<i>Changement de la maquette DESMU</i>	5
<i>SAU - Etat des lieux</i>	7
<u>POINT DE COURS</u> : <i>Douleurs et opioïdes</i>	10
<u>« ON A VU, ON A LU »</u>	18
<u>PÊLE MÊLE</u>	20
<u>AGENDA</u>	21
<u>ANNONCES</u>	22
<i>Enquêtes, questionnaires de thèses, ...</i>	22
<i>Offres d'emploi</i>	23
<u>PARTENAIRES</u>	25
<i>Nouveau part' : BNP</i>	25
<i>Partenaires</i>	26

DOSSIER : Licence de remplacement

Puisque dans ce numéro du mois d'Avril on a décidé de te parler de notre maquette de DES et de la situation, catastrophique, des services d'urgence sur l'ensemble du territoire, on s'est dit qu'il serait de bon ton de te reparler de la licence de remplacement, comment et quand l'obtenir.

Petite mise en garde toutefois, si tu me le permets : si je comprends qu'il soit alléchant d'arrondir considérablement ses fins de mois, n'oublie pas que l'un des principaux facteurs de risque de burn-out, c'est le trop gros cumul d'heures de travail. Donc, ne pousse pas tes limites trop loin, fais attention à toi et, comme toujours, si ça ne va pas, tu peux nous contacter.

PETITES GÉNÉRALITÉS

Alors d'abord, quelques règles :

- Pour effectuer un remplacement, l'étudiant en médecine doit d'abord obtenir une licence de remplacement auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de sa faculté d'internat.
- Pendant la durée d'un stage, ni les internes ni les docteurs juniors ne peuvent effectuer de remplacements dans l'entité où ils sont accueillis.
- Aucune autorisation ou aucun renouvellement d'autorisation ne peut être délivré au-delà de la troisième année à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de troisième cycle de médecine préparé par l'étudiant.

OK, ET POUR LA MÉDECINE D'URGENCE, CONCRÈTEMENT ?

Si tu es interne en DES de médecine d'urgence, tu dois remplir les critères suivants :

- avoir validé au moins 5 stages d'un semestre
- DONT OBLIGATOIREMENT :
 - un stage aux urgences
 - un stage au SMUR
 - un stage aux urgences pédiatriques
 - un stage en réanimation

Oui, je sais, tu te dis « ouais ben quand je serai docteur junior quoi ». Alors, déjà, c'est pas vrai, certains auront fait tous ces stages avant.

Et puis, c'est une belle victoire pour tous ceux qui veulent faire une FST, ou prendre une disponibilité avant le docteur junior, qui ont du retard sur leur thèse, qui souhaitent faire un M2... Et imagine, le DES passe à 5 ans. Non j'déconne. Mais imagine quand même.

BON, ET DU COUP, COMMENT JE FAIS POUR OBTENIR MA LICENCE ?

Pour la faire courte, rendez-vous sur le site internet du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du département de ta faculté d'internat. Tu devrais y trouver un questionnaire de demande (ou un mail auquel le demander). Et la liste des pièces justificatives à fournir.

Vu que je suis sympa, je te préviens tout de suite des pièces susceptibles de t'être demandées :

- un certificat de scolarité de l'année en cours
- une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité
- un extrait de casier judiciaire n°3 datant de moins de 3 mois
- des photos d'identité
- un récapitulatif de tes semestres validés, délivré par la faculté de médecine de ton internat

Attention, si tu es Docteur Junior, tu dois aussi faire cette démarche. Le fait d'être thésé ne veut pas dire que tu peux exercer comme sénior librement.

Pour rappel, tu peux trouver ici des offres de remplacement : <https://ajmu.fr/postes/>

Olivia

ACTU' : Changement de la maquette DESMU

On va fêter les 5 ans de notre DESMU ☺ Les premières promos sont sorties ou presque de l'internat. Nous saurons bientôt ce qu'elles sont devenues grâce à la grande enquête DESMU - on vous invite à y répondre d'ailleurs ;)

Et notre DES continue d'évoluer, la maquette vient d'être un peu modifiée, on vous explique.

Un arrêté est paru le 3 mars 2022 au JO portant modification de l'organisation du 3eme cycle. Il parle de l'internat en général et de nombreuses maquettes ont bénéficié d'aménagements.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045317010>

Les modifications seront appliquées pour la promo 2022 du DESMU ; les internes déjà engagés dans le DES ne sont pas concernés.

Très concrètement :

- **objectifs de formation : ajout de l'exercice de la médecine d'urgence en dehors des structures d'urgence (évacuation sanitaire, rassemblement sportif, ...)**

« Former les spécialistes de médecine d'urgence exerçant principalement dans les structures de médecine d'urgence (SMU), préhospitalières (SAMU-CRRA15 et SMUR) et hospitalières (structure des urgences avec leur salle d'accueil des urgences vitales [SAUV] et leur unité d'hospitalisation de courte durée [UHCD]) afin d'évaluer, de prendre en charge et d'orienter les pathologies urgentes médicales et chirurgicales, chez l'adulte et chez l'enfant. Former les spécialistes de médecine d'urgence pour exercer la médecine d'urgence en dehors des structures de médecine d'urgence, notamment en situations sanitaires exceptionnelles, évacuations sanitaires de toutes natures avec nécessité de médicalisation, rassemblement de foule, manifestations de grande ampleur et sportives, etc »

Note : le nombre de CHU était temporairement passé à 2 au lieu de 3. Cependant, un arrêté paru le 17/04/22 l'a repassé à 3 CHU obligatoires

Modification de nos FST préférentielles – pour rappel les FST sont toutes accessibles pour toutes les spécialités en théorie, sur demande motivée, certaines ont des accès préférentiels :

- urgences pédiatriques
- pharmacologie médicale/thérapeutique

Ces deux-là existaient déjà. Nous gagnons à présent :

- médecine du sport
- et une nouvelle FST : médecine de guerre ou situation sanitaire exceptionnelle

On attend les détails de cette FST, mais il semblerait d'ores et déjà que ce soient plutôt les internes militaires qui bénéficient d'un accès privilégié.

Pour mémoire : on peut faire une FST en interCHU. S'il n'y a pas de place dans votre subdivision, vous pouvez faire la demande d'une FST dans une autre subdivision

Détails sur le site: <https://ajmu.fr/fst/>

Marion

ACTU' : SAU - Etat des Lieux

Est-ce vraiment l'actualité ? On pourrait écrire sur le sujet tous les mois encore et encore, quoi de neuf cette fois ci ?

La sonnette d'alarme est une nouvelle fois tirée par les urgentistes de France. La situation catastrophique à Orléans, que nous vous détaillons juste après, nous a poussée à discuter entre nous. Voici un extrait de notre conversation de groupe :

The screenshot shows a WhatsApp group chat with three messages. Each message is from a contact whose name is redacted with a black bar. The messages describe the state of emergency departments (SAU) in different French cities.

Message 1 (10:08): Dites, c'est comment l'ambiance dans vos SU ces dernières semaines ? Sur Lyon Sud, on a 30 patients en relève quand on arrive le matin depuis 2 - 3 semaines, c'est assez lourd de passer la matinée chercher des lits pour commencer à bosser à 13h quoi.

Message 2 (10:09): A Orléans grève des médecins qui démarrent aujourd'hui, des rapports de garde avec plus 60 patients à la relève

Message 3 (10:15): A Rouen, il y eu des messages sur les réseaux sociaux diffusés par la communication du CHU pour inviter les patients à ne pas se rendre aux urgences compte tenu de la situation dramatique. Dimanche matin c'était 80 patients qui étaient présents à 7h du matin. Des articles de presses sortent pour souligner la situation intenable du service. On en est là...

Message 4 (10:22): CME en cours à Angers avec cette grosse problématique à l'ordre de jour 17 patients dans les couloirs ce matin

3 réponses en 10 minutes qui vous donnent une idée de la suite de la conversation... quel constat, quel dépit, quelle tristesse !

FOCUS SUR ORLÉANS : LE SAU ATTEINT LE STADE D'URGENCE DÉPASSÉE #SOSSAU

Le **vendredi 8 avril** les médecins du SAU d'Orléans ont déposé un préavis de grève, après avoir soumis des revendications qui n'ont pas été prises en compte.

Le contexte :

Début avril, 90% du personnel paramédical des urgences du CHR d'Orléans étaient en arrêt de travail, pour épuisement. L'épuisement des soignants et la difficulté des urgences y est en grande partie lié à un aval particulièrement difficile d'accès, avec de nombreux lits fermés, notamment à cause de manque de personnel.

On parle donc concrètement de temps d'attente hors du commun, de patients passant plusieurs jours et nuits sur des brancards aux urgences, de consultation médicale après des dizaines d'heures d'attente. Les risques pour les patients sont majeurs.

La très lourde décision de fermer le service s'était imposée, le SAMU avait pour responsabilité de n'y orienter que les urgences vitales. Il a été demandé à la population de ne se rendre au SAU que pour urgences vitales. La consigne n'a été que très partiellement respectée. Les urgences ont fonctionné tant bien que mal avec l'aide du personnel du bloc, de réanimation et des volontaires de la Protection Civile. A l'issue de cette semaine dramatique, les urgentistes ont déposé leur préavis de grève le 8 avril.

Une **grève hors du commun**, à la (dé-)mesure de la situation : une grève illimitée commence le 9 avril, à 9h00 du matin. Pas de brassard : les médecins ne travailleront que sur réquisition, remise en main propre, de manière nominative, et les réquisitions ne sont pas valables pour les médecins étant déjà en heures supplémentaires.

Une volonté très forte devant la nécessité de faire bouger les choses. Les urgentistes ont trois principales revendications, conditions pour la reprise du travail :

- Chaque service de l'hôpital doit réserver au moins deux lits pour les patients accueillis aux urgences
- Une cellule de gestion des lits doit être mise en place pour que les médecins urgentistes n'aient plus besoin de passer leur journée au téléphone à tenter de placer les patients
- Un patient qui reste plus de 24 heures aux urgences doit être géré par le service concerné

CAS ISOLÉ ? NON

Au niveau national, « on a retrouvé un niveau de fréquentation comparable à 2019 mais entre-temps on a perdu 15 à 20% des lits » a résumé mardi 12 avril le Dr Jean- François Cibien, vice-président de SUdF.

Nous avons tenté d'avoir les chiffres des SAU, un mail a été envoyé à plus de 300 SAU de France le 11/ 04. Les quelques réponses à ce jour montrent unanimement une dégradation de la situation : pour 100% des répondants la situation actuelle est pire que d'habitude.

De plus, le CH d'Orléans n'est pas le seul hôpital en difficulté. De nombreux petits hôpitaux de périphérie ferment régulièrement leurs urgences. Pire, la nuit du 15/04, les urgences du CHU de Grenoble ont réorienté leurs patients dans d'autres centres aux alentours. On parle tout de même des urgences d'un CHU !

Que disent les médias ? Silence assourdissant...

ALORS, RÉSIGNATION ?

NON PLUS !

Je n'ai pas d'espoir déraisonné dans le système, dans les institutions et dans leur pouvoir de changer les choses. Cependant la crise du Covid, notamment lors de la première vague, nous

a montré que les initiatives locales pouvaient être les plus efficaces, les plus pragmatiques, les plus applicables.

Dans ce même mail envoyé à tire larigot aux SAU français, j'interrogeais les chefs de service sur les solutions mises en place ou envisagées.

Aucune méthode ne peut se copier-coller bien sûr mais parmi les méthodes utilisées pour fluidifier l'hospitalisation des patients on retrouve :

- la présence d'un bed manager ou d'une cellule de gestion des lits
- la possibilité de faire des hébergements de patients dans les services d'hospitalisation notamment de chirurgie qui permet une plus grande flexibilité
- une équipe mobile de gériatrie disponible pour évaluer les patients gériatriques et les orienter
- une équipe de liaison de psychiatrie
- la possibilité de reconvocation par les services d'aval pour une prise en charge ambulatoire rapide

J'attends d'avoir plus de réponses à cette enquête pour vous communiquer des chiffres précis.

J'exprime tout mon soutien aux équipes qui éprouvent les plus grandes difficultés, toute mon admiration à celles qui tiennent encore les murs.

Marion

RAPPEL : NOBEDCHALLENGE LANCÉ EN JANVIER 2018

<https://nbc.samu-urgences-de-france.fr/classement/index/index>

Une initiative de SUdF pour recenser chaque jour le nombre de patients passant la nuit sur un brancard aux urgences faute de lit d'aval. Chaque service est invité, après une première identification, à recenser le nombre de patients et le rapporter avant 10 heures quotidiennement.

Un classement est effectué chaque jour et chaque semaine, pour identifier à la fois les services en difficulté mais aussi ceux qui le sont moins : y a-t-il des solutions à partager ?

Cette belle initiative (re-)gagnera en ampleur et en significativité avec l'augmentation du nombre de services participants. Après la crise Covid, un nouvel état des lieux semble nécessaire. Il faut un référent par SAU : à vos ordis !

POINT DE COURS : Douleurs et opioïdes

A l'occasion de la sortie de nouvelles recommandations HAS - mars 2022 – sur l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur, voici un récap (j'aurais aimé dire petit récap, mais j'ai été disert...) pour les urgentistes.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf

RAPPELS

Opioïdes

- Substances illicites : héroïne, nouveaux opioïdes de synthèse...
- Substances médicamenteuses :
 - o Opioïdes forts (palier 3) : morphine, fentanyl, oxycodone, méthadone, buprénorphine
 - o Opioïdes faibles (palier 2) : tramadol, codéine
 - o Traitement de substitution aux opioïdes : buprénorphine, méthadone

Prise en charge de la douleur : priorité de santé publique en France

Mais potentiel abus, dépendance physique, addiction caractérisée, surdosage avec risque vital → Sécuriser l'usage

Prise en charge de la douleur - généralités

Quelle qu'elle soit : approche multimodale, médicamenteuse et non médicamenteuse

Situations douloureuses pour lesquelles l'usage d'opioïdes n'est pas recommandé en 1ère intention :

douleurs dentaires, lombalgies aiguës, traumatisme simple du rachis et distaux des membres, colique néphrétique, migraine (y compris en 2ème intention)

Avant l'initiation d'un traitement par opioïdes il faut définir l'objectif du traitement, les modalités d'arrêt, les modalités de réévaluation du traitement, en fonction de la balance bénéfique/risque expliquée au patient.

Il est recommandé de procéder à une évaluation du risque de trouble de l'usage d'opioïdes (TUO)

- Avant 1^{ère} prescription: opioid risk tool – ORT
- Avant renouvellement : prescription opioid misus index – POMI

Il est aussi recommandé d'évaluer la pertinence d'une prescription de Naloxone prête à l'emploi en cas de mésusage, pour permettre par à tiers de traiter, le cas échéant, un surdosage avec risque vital. (*Même idée que le glucagon chez les diabétiques par exemple*)

Risques liés à l'utilisation des opioïdes

Effets indésirables : troubles digestifs, rétention d'urine, prurit, tremblements, clonies, confusion, troubles de la vigilance, troubles dysléptiques, convulsions, dépression respiratoire

En cas de prise chronique : effets endocriniens, troubles cognitifs et thymiques, troubles de la libido, troubles du sommeil, hyperalgésie

Mésusage : utilisation non conforme à la prescription

Addiction : impossibilité d'arrêter la consommation malgré ses conséquences négatives pour l'individu et/ou son entourage associé à un besoin impérieux de consommer la substance (craving)

Le traitement antalgique au long cours aboutit fréquemment à une dépendance physique, due à la tolérance pharmacologique, entraînant un risque de symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal.

Interactions médicamenteuses/ associations :

- Dépresseurs du SNC : dont benzo et apparentés
- Pregabaline et gabapentine : augmentation du risque de dépression respiratoire
- Pour le tramadol : son effet sérotoninergique est majoré en association avec les triptans et les ISRS
- L'association d'antalgiques opioïdes n'est pas recommandée sauf particularités dans les douleurs cancéreuses.
- L'association opioïde et paracétamol doit induire une vigilance sur la toxicité hépatique
- L'association opioïdes et alcool majore le risque de coma et de dépression respiratoire

Surdosage : somnolence, dépression respiratoire

FR < 10/min → réduction voire arrêt de l'opioïde

+/- antidote : NALOXONE à faire si FR < 8/min et/ou trouble de la vigilance

Le myosis est un signe d'imprégnation en morphine, pas de surdosage.

Prévention du trouble de l'usage

Facteurs de risque :

- Existence de comorbidités psychiatriques
- Existence d'antécédents de trouble de l'usage de substances
- Recours à une dose moyenne quotidienne d'opioïde supérieure à 120mg équivalent morphine orale

- Sexe masculin
- Age du patient jeune

Les médicaments substitutifs des opioïdes (MSO) ne sont ni indiqués ni recommandés pour traiter le trouble de l'usage d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, ...)

Concernant la prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes (TUO) : voir la recommandation détaillée (page 40)

DOULEUR AIGUË

Douleur aiguë chez un patient ne consommant pas d'opioïdes au long cours

Si douleur intense et indication des opioïdes (cf ci-dessus) : analgésie multimodale

NB : Le fentanyl transmuqueux n'est pas indiqué dans la PEC des douleurs aiguës

Règles de prescription : à la dose efficace la plus faible, à libération immédiate uniquement, pour la durée la plus courte possible (max 14 jours). Une réévaluation rapide est recommandée.

En urgence : titration de morphine IV

- Par bolus de 2 mg (poids <60kg) ou 3mg (> 60kg) toutes les 5 à 7 minutes, y compris chez les sujets âgés.
- Certaines douleurs nécessiteront un bolus initial de 0.1 mg/kg pour éviter des délais d'antalgie trop longs, notamment les CVO chez les patients drépanocytaires
- En cas d'insuffisance rénale il faudra adapter les posologies et allonger l'intervalle d'interdose
- Réévaluation rapide
- La voie sous cutanée n'a pas d'intérêt sauf en cas d'impossibilité d'utiliser la voie IV et la voie orale
- La titration de morphine ne permet pas de sédation procédurale (préférer MEOPA, ALR, kétamine, ... selon contexte)

A la sortie des urgences ou d'une hospitalisation courte : s'il y a une indication à poursuivre les opioïdes car traitement étiologique différé ou délai d'action long : prescrire des formes à libération immédiate, à la plus faible posologie possible pendant une durée brève de 2 ou 3 jours.

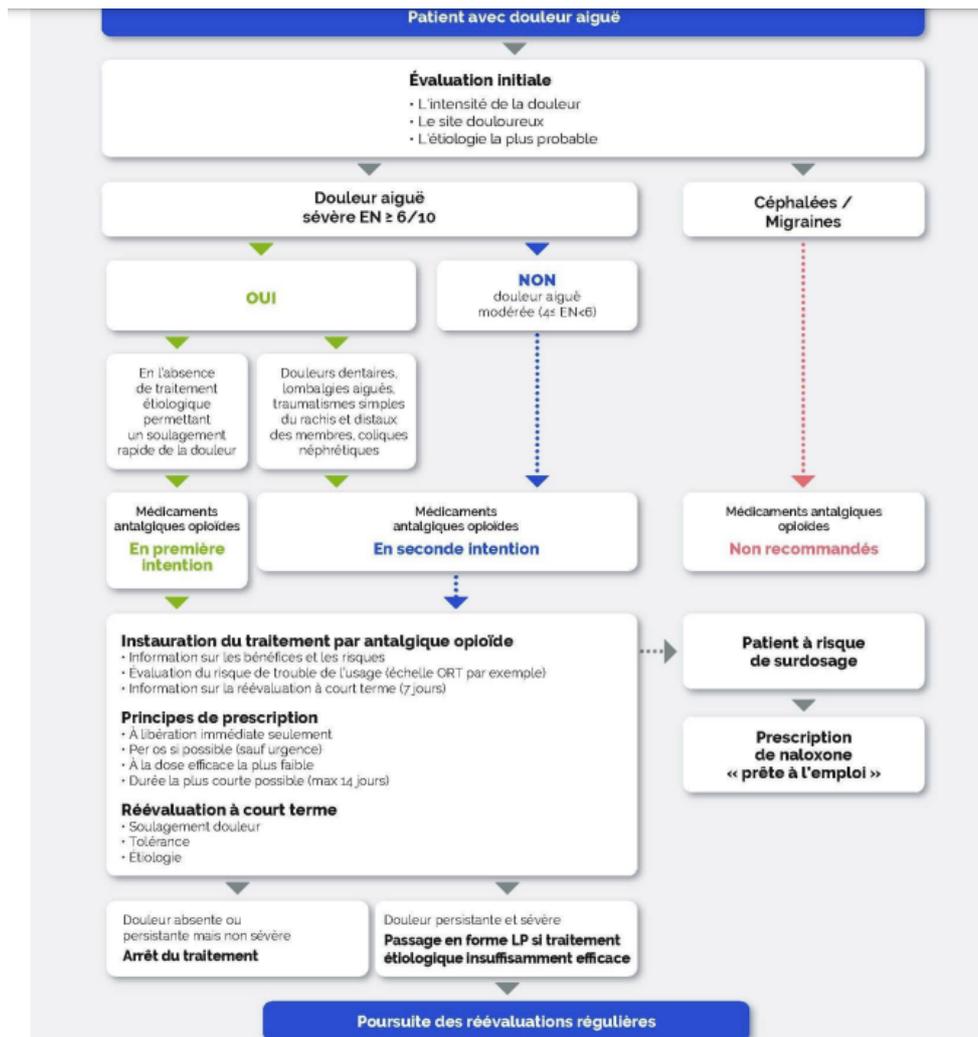


Figure 1. Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde

Cas particulier de la femme enceinte ou allaitante :

- Peu de données sur la tératogénicité
- Utilisation prudente à l'approche du terme en raison du risque de dépression respiratoire maternelle et/ou syndrome de sevrage maternel avec risque pour le fœtus.
- Il est préférable d'utiliser la morphine, aux autres opioïdes, quel que soit le terme
- Le tramadol est possible chez la femme allaitante pendant quelques jours
- La codéine est possible chez la femme allaitante sauf les 2 premières semaines du post partum, pendant une durée brève
- Un certain nombre d'antalgiques opioïdes imposent la suspension de l'allaitement

Douleur aiguë chez un patient déjà sous opioïdes

- Ne pas stigmatiser, même si mésusage. Considérer leur douleur avec le même crédit qu'accordé à tout patient.
- Évaluer leur prise actuelle (prescrite ou non), posologie, voies d'administration... et les autres substances consommées afin d'évaluer les risques d'interactions.

- Rechercher l'existence d'un TUO
 - o Ce trouble de l'usage ne contre indique PAS la prescription d'un antalgique si celui-ci est recommandé. Le soulagement de la douleur reste une priorité et préviendra un risque d'exacerbation de trouble de l'usage.
- Prendre en compte l'existence d'une tolérance aux opioïdes chez ces patients qui nécessitent souvent des posologies plus importantes

En cas de douleur légère : analgésie par un antalgique palier 1

En cas de douleur modérée : adapter les doses d'opioïdes délivrées de manière chronique pendant le temps nécessaire

En cas de douleur sévère : les antalgiques opioïdes les moins puissants, les agonistes partiels et les opioïdes injectables ne sont pas recommandés

- Il faut réaliser une titration avec un opioïde LI, en association avec le traitement en cours
- Le traitement LP chronique peut nécessiter un ajustement temporaire, avec surveillance rapprochée

Douleur chez un patient sous traitement substitutif aux opioïdes (TSO)

Il faut savoir que le traitement substitutif à la dose habituelle n'a pas d'effet antalgique pour le patient substitué douloureux.

- Il faut s'assurer de l'équilibre de la substitution, et vérifier les doses réellement prises
- Privilégier les associations thérapeutiques : AINS, paracétamol, corticoïdes, néfopam, MEOPA, ...
- Évaluer et prendre en charge un trouble psychique ou trouble du sommeil

Si douleur légère ou modérée : poursuite du traitement substitutif et analgésie par traitement non opioïdes (paracétamol, AINS). Il est conseillé de fractionner la dose de TSO en 3 ou 4 prises par jour et d'associer chaque prise à celle de paracétamol.

En cas de douleur intense :

- Patient sous méthadone : **Maintenir la méthadone** de substitution :
 - o Soit en la majorant et en la fractionnant en 3 voire 4 prises
 - o Soit en ajoutant de la morphine LI selon les mêmes modalités qu'un patient non substitué
 - o Il est possible d'ajouter une forme LP
 - o Éviter l'association oxycodone - méthadone
- Patient sous buprénorphine : **Arrêter la buprénorphine**
 - o Et débiter un traitement par un opioïde agoniste complet après 8 à 12 heures (compte tenu de la forte fixation de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes), selon les mêmes modalités que pour un patient non substitué

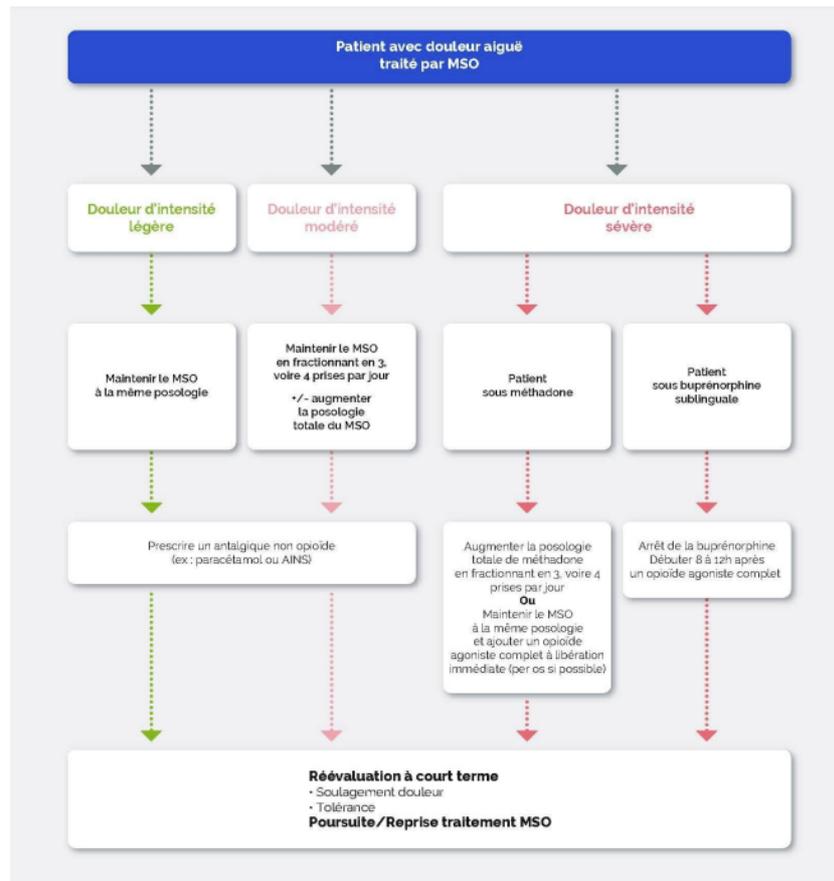


Figure 2. Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde chez les patients traités par médicament de substitution aux opioïdes

DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE

Sans entrer dans le détail quelques règles de bonnes pratiques :

Les antalgiques opioïdes ne doivent être envisagés dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses que lorsque l'ensemble des autres propositions thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été essayés.

Avant d'instaurer un traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse, il est recommandé de réaliser une évaluation biopsychosociale du patient. Cette prescription doit s'inscrire dans une prise en charge multimodale de la douleur du patient.

Le suivi doit être régulier, et évaluer le risque de mésusage.

Prendre des avis spécialisés - médecin de la douleur, addictologue, psychiatre - si besoin.

DOULEUR CHRONIQUE CANCÉREUSE

L'utilisation de faibles doses d'opioïdes puissants peut être préférée d'emblée à l'utilisation de fortes doses d'opioïdes moins puissants.

Les modalités plus précises de traitement sont décrites dans la recommandation. Vous pouvez vous y référer directement (*page 27*).

PRISE EN CHARGE DES SURDOSAGES EN OPIOÏDES

Cliniquement : triade myosis + inconscience + dépression respiratoire

Soit par intoxication volontaire, mésusage, soit par intoxication involontaire notamment dans des erreurs de prescription ou délivrance.

Prise en charge premiers secours

- **Naloxone**, y compris chez la femme enceinte
- Si possible par l'entourage, avant l'arrivée des secours, dans des kits prêts à l'emploi (Naloxone intra nasale)
- NB : la dose de naloxone présente dans ces kits sera insuffisante pour traiter complètement le surdosage : la prise en charge médicalisée reste nécessaire au décours
- Gestes de premiers secours : PLS si respiration ou massage cardiaque externe sinon

Prise en charge médicale

Titration de Naloxone IV puis dose d'entretien IVSE pour lever la dépression respiratoire. Doit permettre d'éviter l'intubation sauf si d'autres complications s'ajoutent.

Il n'est pas recommandé d'utiliser la Naloxone chez un patient déjà intubé

Posologie :

- On trouve des données très variées dans les différents protocoles, des doses allant de 0,04 à 0,4mg à chaque bolus.
- La dose de 0,04mg est une approche sécurisante pour éviter le risque de sevrage brutal notamment chez les patients utilisateurs chroniques d'opioïdes.
- Chez les autres patients il semble licite de titrer de 0,1mg par bolus.
- Concrètement : une ampoule de Naloxone (Narcan) fait 0,4mg/1mL : à diluer avec 9mL de sérum physiologique dans une seringue de 10cc. Titrer de 1 ou 2 mL à chaque fois.

En cas d'abord veineux difficile, la Naloxone est administrable SC ou IM, voire en intra nasale en solution de 1mg/mL.

Délai d'action : IV 30 sec à 2 minutes, durée d'action 20-45 minutes / IM ou SC délai d'action en 2-3 minutes, durée d'action 2 à 3 heures.

Le diagnostic doit être repensé devant l'absence d'amélioration clinique après 10mg.

Une fois le patient ayant récupéré une oxygénation satisfaisante (FR > 10) :

- Soit poursuite du traitement en IVSE : la dose horaire correspond à 2/3 de la dose nécessaire pour obtenir l'amélioration clinique, et peut être augmentée si nécessaire
- L'utilisation d'un traitement IVSE ne doit pas se substituer à une surveillance
- Soit : surveillance et renouvellement des boli si besoin

La surveillance est minimum de 2 heures après la dernière dose de Naloxone, à adapter selon la pharmacologie (demi-vie) de la molécule imputable. Penser à rechercher la présence de patch cutané qui pourrait poursuivre une délivrance d'opiacé

Prise en charge des potentielles conséquences du coma :

- Inhalation : œdème pulmonaire, pneumopathie
- Station au sol prolongée : hypothermie, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aigue

Évaluer le risque de co intoxications

Effets indésirables de la Naloxone :

- Vomissements, frissons, hyperventilation, agitation, anxiété
- Chez les patients cardiovasculaires : risque de tachycardie, hypertension artérielle, OAP
- Risque de sevrage aigu chez les sujets dépendants aux opiacés
- Possibilité de remorphinisation en raison de la demi-vie courte de la Naloxone

La seule contre-indication à l'utilisation de Naloxone est une allergie connue à la Naloxone.

Devant tout coma calme en myosis et bradypnéique, il est légitime de s'interroger sur une cause toxique aux opioïdes. Un test diagnostique et thérapeutique consiste en l'injection de Naloxone : la réversibilité des symptômes sous Naloxone confirmera le diagnostic.

Marion

ON A LU, ON A VU

Parce qu'on est urgentiste, mais pas que !
On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une oeuvre à nous partager ? → contact@ajmu.fr

/LIVRE/ *Le laboureur et les mangeurs de vent* de Boris Cyrulnik

« Méfions-nous de ce qui tranquillise trop, ça engourdit la pensée. »

Un essai sur la pensée paresseuse et la liberté intérieure,
Une mise en garde sur les dangers des certitudes, la facilité du conformisme,
Un plaidoyer sur la nécessité et les bienfaits du doute
Un texte brillant, humain, humaniste et accessible
Écrit par un homme résilient, bienveillant, très inspirant.

Extraits choisis :

« Pour donner des certitudes, il faut que les idées soient claires, quitte à éliminer tout ce qui pourrait les nuancer. »

« Quand la littérature scientifique tâtonne, les écrits totalitaires claironnent. Le doute méthodique mène au choix, gage d'une liberté intérieure. »

« La liberté est angoissante parce que tout choix rend responsable »

Boris
Cyrulnik
*Le laboureur et
les mangeurs de vent*
Liberté intérieure et confortable servitude



Marion

/SERIE/ Avez-vous vu cette nouvelle série ? « *Inventing Anna* » ? Tiré d'une histoire vraie...

L'histoire de cette nana jeune de 26 ans, Russe, figure d'une femme forte déterminée, qui touche du doigt son rêve et se donne les moyens d'y parvenir quoi qu'il en coûte. Anna c'est le genre de femme avec un discours accrocheur, un bagout certain et un charme teinté de fermeté.

Bref une meuf Badass. Elle ne questionne pas, elle impose. C'est donc son histoire. Elle souhaite monter une fondation d'art select pour le « gratin New Yorkais » en partant de rien ou presque, puisqu'elle serait l'héritière d'un oligarque Russe (je pèse mes mots : SERAIT). La série retrace son histoire, sa montée en puissance et puis finalement son procès. On suit Anna tout le long de la série, on se rapproche d'elle et de son savoir-être, en se demandant comment peut-on y croire à ce point ? Anna y croit tellement à ses paillettes et son projet qu'elle amène les plus influents de New York à la suivre. Ils finissent par la propulser sur le devant de la scène. Bref Anna Delvey ou Anna Sorokina est une femme inspirante, qui claque. Elle m'aura donné la pêche pour ces 9 épisodes ! Merci Netflix...



Axelle

/LIVRE/ Le premier jour du reste de ma vie - Virginie Grimaldi

Quand je suis hors de mon quotidien, hors de mes repères traditionnels j'aime lire un bouquin réaliste, une histoire à l'eau de rose. Le bouquin fleur bleu par excellence. J'en suis navrée. Ce registre colle parfaitement avec les petites histoires PEP's et touchante de notre chère Virginie Grimaldi. Et lors de mon départ à Mayotte pour le semestre on m'a offert ce roman : *Le premier jour du reste de ma vie*.

On suit une quadragénaire Marie, qui fait fort les deux premières pages. Elle quitte sa vie de femme rangée, ses filles et son mari infidèle dans un style « femme Badass » (oui j'aime ce mot). Elle le plante à une fête surprise pour son anniversaire qu'elle a soigneusement organisée. Elle part vers l'inconnu (puisqu'elle n'a jamais rien fait d'autre qu'être une femme, une mère, une épouse) sur une croisière. Pas n'importe laquelle ! Une croisière tour du monde pour les personnes seules. Évidemment - vous l'aviez deviné, elle se lie d'amitié avec deux autres protagonistes : Anne 62 ans et Camille 26 ans. Ce trio venant de trois générations est un formidable assemblage et en fait un millésime gouteux. Elles sont attachantes, pleines d'amour et d'humour. Une histoire de vie une histoire d'amitié comme on pourrait en rêver.

A lire sans modération et en cachette =)



Axelle

PÊLE MÊLE

Racontez nous vos meilleures sorties SMUR, vos histoires aux SAU, et partagez vos plus belles photos !

L'inter SMUR de 18H, quand tu finis ta journée à 18h30 ... tu râles un peu quoi,
Mais finalement le SMUR parfois ça décoiffe ☺



SAMU 56 – SMUR Vannes
Golfe du Morbihan ci-contre
Crédit photos Geoffroy Thirion



AGENDA

Pour ne rien louper !

9 mai : Urgences éthyliques
16 mai : Webinar soignant #1 - Traumatologie et triage en MU



EVÉNEMENTS AJMU

SAVE THE DATE : **Congrès des Internes de Médecine d'Urgence** 21 au 22 octobre 2022 à Paris (inscriptions à venir)

Webinaire MACSF à venir (en mai)

CONGRÈS ET FORMATIONS



PROCHAINES JOURNÉES

- 4 mai : journée internationale des pompiers
- 5 mai : journée internationale des sages-femmes
- 6 mai : journée internationale du changement de mot de passe
- 12 mai : journée internationale de l'infirmière
- 20 mai : journée mondiale des abeilles
- 27 mai : journée internationale de la médecine d'urgence**
- 31 mai : journée mondiale sans tabac

ANNONCES : enquêtes et questionnaires de thèse

Un questionnaire de thèse à faire partager à tes collègues jeunes urgentistes ? Envoie nous un mail à contact@ajmu.fr :)

ENQUÊTE DESMU

Merci aux plus de 400 répondants de notre grande enquête ! Nous avons besoin des autres, de vous tous ! Ces chiffres serviront notamment à appuyer nos demandes pour l'amélioration de la maquette, de nos cours, de notre formation. Le DES en 5 ans ? Vous avez forcément une opinion !

C'est juste ici : <https://form.sondage-isni.fr/index.php/451196>

QUESTIONNAIRE DE MÉMOIRE - MÉDECINE ET SANTÉ DE L'ADOLESCENT

Chers et chères co-internes,

Je suis interne en pédiatrie et je réalise un mémoire dans le cadre du DIU de Médecine et Santé de l'Adolescent pour lequel j'aurais besoin de vous !

Ce mémoire porte sur l'expérience et la formation des internes concernant **les troubles s'exprimant par un ou des symptôme(s) physique(s) persistant(s) et non (entièrement) expliqué(s) par des explorations complémentaires** survenant chez les **adolescents** et **jeunes adultes** et ayant un retentissement psycho-social.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire qui vous prendra uniquement 5 min de votre temps si vous acceptez d'y répondre. Ce questionnaire est accessible à tous les internes et docteurs juniors quelle que soit leur spécialité. Pour y participer, il vous suffit de cliquer sur le lien suivant : <https://groupes.renater.fr/limesurvey/index.php/585576?lang=fr>

Il est nécessaire de s'enregistrer de manière à éviter les doublons mais les réponses sont ensuite automatiquement anonymisées. Pensez à vérifier vos spams après l'enregistrement pour accéder au mail qui vous redirigera vers le questionnaire.

Je vous remercie par avance pour votre participation et si vous avez l'occasion de faire suivre ce questionnaire à d'autres internes, n'hésitez pas !

Agathe

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet ajmu.fr



Le **CHU de Grenoble** cherche un urgentiste pour un poste aux urgences / SAMU ou aux urgences pédiatriques

Le service des **urgences pédiatriques de Necker** cherche un CCA pour novembre 2022



La **Clinique Saint Pierre à Perpignan** cherche des urgentistes pour des remplacements mais aussi pour un poste aux urgences

La **Clinique Claude Bernard à Albi** cherche des urgentistes pour des remplacements en mai





L'Hôpital de la Timone à Marseille recrute des urgentistes

La Polyclinique Sainte Marguerite à Auxerre recrute des urgentistes pour son Centre de Soins Non Programmés



L'Hôpital Foch à Suresnes cherche un urgentiste

Le site de Longjumeau du Groupe Hospitalier Nord Essonne cherche un urgentiste



Crédit photos

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Essonne_\(département\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Essonne_(département))

<https://www.suresnes.fr/ma-ville/decouvrir/presentation-de-la-ville/>

<https://www.ot-auxerre.fr>

<https://www.marseille.fr/decouvrir-marseille>

https://fr.wikipedia.org/wiki/Cité_épiscopale_d%27Albi

<https://en.wikipedia.org/wiki/Perpignan>

<https://www.lalsace.fr/actualite/2016/12/17/a-l-hopital-necker-le-premier-robot-chirurgical>

<https://www.grenoble-tourisme.com/fr/decouvrir/lessentiel/le-telepherique/>

NOUVEAU PART' :



BNP PARIBAS

L'AJMU est ravie de te présenter notre nouveau partenaire : la BNP.

POURQUOI CHANGER DE BANQUE POUR LA BNP ?

La BNP a l'habitude d'accompagner les internes. En signant avec la BNP tu auras plusieurs services offerts (par exemple : frais bancaires gratuits jusqu'à la fin de l'internat, 80€ de versés pour l'ouverture d'un premier compte chez BNP Paribas, ...)

Tu pourras souscrire à des crédits :

- besoin de changer d'ordinateur mais tu n'as pas 1000€ sur ton compte ? Tu peux souscrire à **Prélib Campus** par exemple, qui permet un prêt de 1000€ sur 12 mois à 0% : au lieu de déboursier 1000€ d'un coup, tu payes 83,33€ par mois pendant un an
- Des difficultés à assumer les frais d'inscription à la fac, payer ton logement, payer le transport et aussi partir en vacances (parce que oui, il est important de souffler et de décompresser) ? Tu peux souscrire à un **Crédit Etudiant** à 0,80%
- Tu as envie de t'installer dans un chez toi qui t'appartient ? D'investir dans l'immobilier ? Tu peux souscrire à un **crédit immobilier**. Il est souvent difficile d'évaluer sa capacité d'emprunt en tant qu'interne : le salaire de base est bas, mais très variable selon les gardes (c'est particulièrement le cas pour la médecine d'urgence). Il est important d'avoir affaire à un conseiller qui s'y connaît
- Des difficultés à trouver un logement en location ? **Garantme** t'aide à constituer un dossier locatif, et peut se porter garant pour vous

COMMENT OUVRIR MON COMPTE ?

Clique sur le lien suivant [AJMU \(désavantages.bnpparibas\)](https://ajmu.désavantages.bnpparibas) pour devenir client BNP via notre partenariat.

Il est important de sélectionner comme agence de rattachement **Paris St Marcel, 50 bd Saint Marcel 75005 Paris**, afin d'être en lien avec un conseiller qui connaît parfaitement le statut des internes et notre partenariat !

Bien sûr, toutes les démarches peuvent se faire en ligne, tu n'auras pas besoin de te déplacer sur Paris. Tu pourras également changer par la suite l'agence de rattachement

PARTENAIRES

