ANNÉE 2021

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée sous forme de

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALISÉES
EN PHARMACIE HOSPITALIERE

présentée par

Elise RENARD

Pertinence de la prescription d'opiacés au CHU de Rennes

Thèse soutenue à Rennes
le 15/10/2021
devant le jury composé de :

Pr Isabelle MOREL
PU-PH – Rennes / Président

Dr Isabelle CARDIET
PH - Rennes / Directeur de thèse

Dr Dominique NAVAS
MCU-PH - Nantes / *examinateur*

Pr Hélène BELOEIL
PU-PH - Rennes / *examinateur*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée sous forme de

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALISÉES
EN PHARMACIE HOSPITALIERE

présentée par

Elise RENARD

Pertinence de la prescription d'opiacés au CHU de Rennes

Thèse soutenue à Rennes
le 15/10/2021

devant le jury composé de :

Pr Isabelle MOREL
PU-PH – Rennes / Président

Dr Isabelle CARDIET
PH - Rennes / Directeur de thèse

Dr Dominique NAVAS
MCU-PH - Nantes / *examinateur*

Pr Hélène BELOEIL
PU-PH - Rennes / *examinateur*

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS DE LA FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE RENNES

PROFESSEURS

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
BOUSTIE	Joël	X	HDR		
DONNIO	Pierre Yves	X	HDR	X	
FAILI	Ahmad		HDR		X
FARDEL	Olivier	X	HDR	X	
FELDEN	Brice	X	HDR		X
GAMBAROTA	Giulio		HDR		
GOUGEON	Anne	X	HDR		
LAGENTE	Vincent	X	HDR		X
LE CORRE	Pascal	X	HDR	X	X
LORANT (BOICHOT)	Elisabeth		HDR		
MOREL	Isabelle	X	HDR	X	
PORÉE	François-Hugues	X	HDR		X
SERGENT	Odile	X	HDR		X
SPARFEL-BERLIVET	Lydie	X	HDR		
TOMASI	Sophie	X	HDR		X
VERNHET	Laurent	X	HDR		

PROFESSEURS ASSOCIES

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
BUREAU	Loïc	X			
DAVOUST	Noëlle	X			X

PROFESSEURS EMERITES

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
GUILLOUZO	André		HDR		
URIAC	Philippe	X	HDR		X

MAITRES DE CONFERENCES

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
ABASQ-PAOFAI	Marie-Laurence				
ANINAT	Caroline	X	HDR		
AUGAGNEUR	Yoann		HDR		
BACLE	Astrid	X		X	X
BEGRICHE	Karima				
BOUSARGHIN	Latifa		HDR		
BRANDHONNEUR	Nolwenn				X
BRUYERE	Arnaud	X			X
BUNETEL	Laurence	X			
CHOLLET-KRUGLER	Marylène	X			
COLLIN	Xavier	X			X
DELALANDE	Olivier				X
DELMAIL	David		HDR		
DION	Sarah	X			
DOLLO	Gilles	X	HDR	X	X
GADAIS	Charlène				
GICQUEL	Thomas	X	HDR	X	
GILOT	David		HDR		
GOUAULT	Nicolas		HDR		X
HITTI	Eric				X
JEAN	Mickaël	X			X
JOANNES	Audrey				
LECUREUR	Valérie		HDR		
LE FERREC	Eric	X	HDR		
LE GALL-DAVID	Sandrine				
LE PABIC	Hélène				X
LEGOUIN-GARGADENNEC	Béatrice				
LOHEZIC-LE DEVEHAT	Françoise	X	HDR		
MARTIN-CHOULY	Corinne		HDR		
NOURY	Fanny				
PINEL-MARIE	Marie-Laure				
PODECHARD	Normand				X
POTIN	Sophie	X		X	
RENAULT	Jacques	X	HDR		X
ROUILLON	Astrid		HDR		X

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE (AHU)

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
AUTIER	Brice	X		X	X
LE DARÉ	Brendan	X		X	X
MENARD	Guillaume	X		X	X

ATER

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
KOWOUVI	Koffi	X			

LRU

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
AFONSO	Damien				
BELLAMRI	Nessrine	X			
FONTANEL	Didier	X			

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Isabelle Morel, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle Cardiet, merci d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Ton dynamisme, ta disponibilité et tes encouragements m'ont aidé à avancer tout au long du projet. Ton œil expert et tes conseils ont été précieux et m'ont permis de grandir professionnellement. Pour tout ce que tu m'as appris en stage et durant ce travail, merci !

A Madame le Docteur Dominique Navas, pour avoir accepté de juger ce travail, recevez ici mes plus sincères remerciements.

A Madame le Professeur Hélène Beloeil, merci pour l'aide et les conseils apportés lors de ce travail, et pour me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde gratitude.

A toute l'équipe de l'hôpital Laennec de Nantes, pour m'avoir fait découvrir le monde de la pharmacie hospitalière et m'avoir dispensé mes premiers enseignements. A toute l'équipe de l'internat pour cet excellent semestre passé tous ensemble, de la découverte de Nantes aux soirées folles, en passant par nos moments posés dans le salon !

A toute l'équipe de Saint Brieuc, secrétaire, préparateurs, et pharmaciens. Votre bonne humeur et vos enseignements ont contribué à rendre ce semestre inoubliable. Votre cadeau sera prochainement utilisé pour profiter des vacances ! A tout l'internat, qui a rendu ce semestre encore plus fou avec ces nombreuses soirées sushis/améliorés/tonus… La Gazette a vécu ses plus belles heures avec vous tous !

A toute l'équipe de Cholet, pour m'avoir fait découvrir le monde du DM et de la stérilisation. Mention très spéciale pour cette équipe incroyable d'externes, sans qui le semestre n'aurait pas été pareil ! Aux filles de l'internat, pour nos sessions de sport, de restau, et de bons moments ensemble.

A toute l'équipe de Poitiers, préparateurs et pharmaciens, avec qui le stage est passé en un clin d'œil. Merci à toi Delphine pour m'avoir fait partager ton univers en réa et aux urgences. Merci aux réanimateurs pour leur gentillesse et leur confiance, nos discussions n'ont fait qu'accroitre mon envie de travailler dans un service de soins. A tous mes co-internes, j'ai passé un semestre juste incroyable avec vous ! J'ai adoré nos moments tous ensembles, dans ce grand bureau… A bientôt sur Poitiers !

A toute l'équipe de Vannes, secrétaires, préparateurs, assistantes et pharmaciens pour tous ces bons moments passés ensemble. Je n'oublierai ni le bureau du rire, ni les frites du jeudi ! Merci pour vos encouragements tout au long de ce travail, et vos enseignements durant ce semestre.

A toute l'équipe de Rennes, secrétaires, préparateurs, assistants et pharmaciens. Je tiens à vous remercier pour votre formation, pour nos discussions enrichissantes, et pour les opportunités que vous m'avez offertes. Merci également pour tous ces bons moments ensemble. J'ai hâte de faire partie de l'équipe !

A tous mes co-internes que j'ai eu la chance d'avoir durant mes semestres à Nantes, Poitiers et Rennes durant ces 4 années. Pour l'équipe de l'hôpital sud en PCBU, l'équipe du temps de mon stage au COMEDIMS, aux pioupious et pioupioupious avec qui j'aurai le plaisir de travailler, ainsi que l'équipe de l'isolateur de l'hiver 2020 bien sûr. A tous les plus vieux qui m'ont aidé pour avoir le concours et pendant l'internat.

A tous ceux dont j'ai croisé la route à la fac, mes amies, et surtout à Pauline et Marie Sophie. Incroyable de se dire que sans vous, je n'en serai pas là ! Merci d'avoir rendu nos révisions si géniales.

A tous les amis que je me suis fait durant l'internat. Je commencerai par toi Lady Charlotte, tu es une de mes plus belles rencontres. Hâte de venir te voir à Nouméa ! Ensuite vient bien sur mon wedding planner, Alex, sans qui ma vie serait bien plus calme… ;) Merci pour tous ces bons moments partagés ensemble, et trop hâte de t'embêter au CHU !

A notre super team, j'ai nommé Simon Mathilde et Leila. Merci pour ces années partagées ensemble, de la BU au CHU, en passant par nos moultes soirées raclette/tonus/brunch/thés. Oui cela fait très nourriture, mais c'est ça qu'est bon. Hâte de découvrir notre nouveau QG chez les Cadiou Vély pour y faire encore plus de soirées ! Cette fois Leila, on aura tous une chambre d'amis.

A tout le groupe de médecine : François, Déborah, Romain, Astrid, Paul, Marion, Cynthia, Seb, Alice, Pauline, pour nos années de folies ensembles (désolée, impossible de résumer tout ce qu'on a fait !), et pour nos futurs bons moments à venir.

Au Trévi Club, avec qui j'adore passer du temps : Jérémy, Manue, Babouche, Chloé, Clabour, Raphael, Marine, Hugo, Laura, Mathieu, Pierre, Seb, Gilles, Camille… Hâte de rencontrer vos petites merveilles !

Au GGBG, pour ces bientôt 14 ans d'amitiés : Guillaume, Théo, Morgane, Julien, Anne Sophie, Lucas, Angie, Pierre, Jenna, Alvaro, Alix Anne, Max, Etienne, Anna, Quentin, Ilona, Loraine. Je n'aurai jamais cru vivre des années lycées si dingues, par contre une chose était sure : que l'on continuerait de se voir ! Et effectivement après tout ce temps, on est toujours ensemble, en témoignent nos joyeuses retrouvailles à chaque fois.

A mes témoins, Marie, Lise et Marine. Merci pour votre amitié si précieuse les filles. Malgré notre manque de temps, elle demeure intacte mais je vais profiter de la fin de mes études pour vous voir davantage, parce que vous me manquez !

Aux Breton, qui m'ont accueilli comme leur propre fille. Merci pour votre soutien indéfectible depuis le début de nos études, et pour tout ce que vous avez fait pour nous. A nous 3, on devrait réussir à maintenir Yann sain et sauf ! A Loïc et Clarisse, pour nos escapades ensemble, de Londres à Dzaoudzi. A bientôt pour de nouvelles aventures dans l'Océan Indien avec le petit Raphael. A Laure ma sœur de cocooning et Benji, pour tous les bons moments, et pour tous nos futurs instants potagers avec Céleste au printemps.

A Papa et Maman, pour votre amour et soutien sans faille tout au long de ma vie. Voilà Papa je ne suis pas experte en plantes grâce à la pharmacie, mais je vais aider des gens, comme vous. Me voilà arrivée au bout du chemin et c'est grâce à vous. A Adèle et Aubin, mes petits troubadours, j'ai si hâte que vous reveniez en Bretagne pour vous voir plus souvent. A ma petite Didi. Désolée, tu seras toujours mon petit bébé ! A Anne Sophie et Axelle, mes cousines chéries, pour cette enfance et ces vacances merveilleuses tous ensemble. Je serai toujours là pour vous, sachez-le. A Papi, notre pilier. Merci de nous faire le plaisir d'être toujours là, t'écouter raconter des histoires est toujours un grand bonheur. A Mamie et Viviane, j'espère que de là-haut, vous êtes fières de moi.

A toi chéri, pour ton soutien pendant nos études, et ta patience lors de mes quelques changements d'humeur ;) Toi aussi tu m'as permis de survivre ces dernières années, en me nourrissant quotidiennement et en me donnant de ta joie de vivre. Parce ce que ton sourire est la plus belle chose que j'ai jamais vue, je compte bien en profiter pour le restant de nos jours.

SERMENT DE GALIEN

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SOMMAIRE

Liste des enseignants-chercheurs de la faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Rennes 2

Remerciements 4

Serment de Galien 7

Sommaire 8

Liste des documents annexés 11

Liste des figures et tableaux 12

Abréviations 14

Introduction 15

I. Rhumatologie 17

A. Déroulement du processus d'audit en Rhumatologie 17

B. Audit préliminaire 18

1. Déroulement de l'audit 18

2. Principaux résultats 18

a) Profil des patients 18

b) Primo prescriptions 18

c) Molécules prescrites 20

d) Indications 21

e) Ordonnances de sortie contenant un opiacé 21

3. Discussion 22

C. Audit ciblé 22

1. Déroulement de l'audit 22

2. Principaux résultats 22

a) Lombalgies 22

b) Radiculalgies 26

c) Lomboradiculalgies 32

d) Fractures ostéoporotiques 34

3. Discussion 39

a) Recommandations 40

b) Ecarts, éléments de réflexion et propositions 43

D. Audit de réévaluation 48

1. Déroulement de l'audit 48

2. Principaux résultats 49

3. Discussion 53

II. Maladies infectieuses 56

A. Déroulement du processus d'audit en Maladies Infectieuses 56

B. Audit préliminaire 57

1. Déroulement de l'audit 57

2. Principaux résultats 57

a) Profil des patients 57

b) Indications des opiacés 58

c) Primo prescriptions 59

d) Molécules prescrites 59

e) Voie IV/PO 60

f) Gestion des effets indésirables 60

g) Evaluation de la douleur 60

h) Ordonnances de sortie contenant un opiacé 61

3. Discussion 61

4. Axes d'amélioration 62

C. Audit de réévaluation 64

1. Déroulement de l'audit 64

2. Principaux résultats 64

a) Profil des patients 64

b) Indications 65

c) Primo prescriptions 65

d) Molécules prescrites 66

e) Voie IV/PO 66

f) Gestion des effets indésirables 66

g) Evaluation de la douleur 66

h) Ordonnances de sortie contenant un opiacé 67

3. Discussion 68

4. Axes d'amélioration 69

Discussion générale et perspectives 71

Conclusion 74

Bibliographie 75

Annexes 79

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES

Annexe 1 : Opioid Risk Tool

Annexe 2 : Echelle POMI

Annexe 3 : Echelle Verbale Simple

Annexe 4 : Questionnaire DN4

Annexe 5 : Protocole du CLUD sur la prise en charge antalgique aigue

Annexe 6 : Plaquette patient « Traitement de la douleur par des morphiniques »

Annexe 7 : Instruction de travail relative aux entretiens patient

Annexe 8 : Surveillances des morphiniques

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures :

Figure 1: Part des patients naïfs ou non d'opiacés lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie 19

Figure 2: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie 20

Figure 3: Répartition des indications lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie 21

Figure 4: Présence d'un opiacé sur l'ordonnance de sortie lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie 21

Figure 5: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients lombalgiques 24

Figure 6: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients radiculalgiques 28

Figure 7: Présence d'un opiacé sur l'ordonnance de sortie 31

Figure 8: Patients sortants avec un score d'EN ≤3 31

Figure 9: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients lomboradiculalgiques 33

Figure 10: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients souffrant de fractures ostéoporotiques 37

Figure 11: Répartition des molécules anti ostéoporotiques prescrites pour les patients souffrant de fractures ostéoporotiques 38

Figure 12: Echelle Numérique (SFETD) 43

Figure 13: Répartition des indications lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie 49

Figure 14: Répartition des indications lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses 58

Figure 15: Part des primo prescriptions lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses 59

Figure 16: Répartition des indications lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses 65

Figure 17: Part des primo prescriptions lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses 65

Figure 18: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses 66

Figure 19: Présence d'un opiacé sur l'ordonnance de sortie lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses 67

Liste des tableaux :

Tableau 1: Caractéristiques des patients lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie..... 18

Tableau 2: Caractéristiques des patients lombalgiques..... 23

Tableau 3: Répartition des molécules prescrites pour les patients lombalgiques..... 23

Tableau 4: Suivi de la douleur des patients lombalgiques 25

Tableau 5: Caractéristiques des patients radiculalgiques 27

Tableau 6: Répartition des molécules prescrites pour les patients radiculalgiques 28

Tableau 7 : Suivi de la douleur des patients radiculalgiques 30

Tableau 8: Caractéristiques des patients lomboradiculalgiques..... 32

Tableau 9: Répartition des molécules prescrites pour les patients lomboradiculalgiques..... 32

Tableau 10: Suivi de la douleur des patients lomboradiculalgiques 34

Tableau 11 : Caractéristiques des patients souffrant de fractures ostéoporotiques 35

Tableau 12: Répartition des molécules prescrites pour les patients souffrant de fractures ostéoporotiques 36

Tableau 13: Suivi de la douleur des patients souffrant de fractures ostéoporotiques..... 38

Tableau 14: Caractéristiques des patients lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie..... 49

Tableau 15: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie... 50

Tableau 16: Suivi de la douleur lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie..... 52

Tableau 17: Caractéristiques des patients lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses..... 57

Tableau 18: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses 59

Tableau 19: Suivi de la douleur lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses..... 60

Tableau 20: Caractéristiques des patients lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses .. 64

Tableau 21: Suivi de la douleur lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses 66

ABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroidien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de soins

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CLUD : Comité de Lutte Contre la Douleur

COFER : Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DPI : Dossier Patient Informatisé

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Visuelle Simple

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

HTA : Hypertension Artérielle

IV : Intra Veineux

LLS : Lettre de Liaison de sortie

LP : Libération Prolongée

OFMA : Observatoire Français des Médicaments Antalgiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCA: Patient Controlled Analgesia

PO: Per Os

RCP : Résumé de Caractéristique des Produits

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

UDS : Unités De Soins

INTRODUCTION

Les opiacés sont des substances naturelles issues du pavot à opium ou des analogues de synthèse, utilisés pour leurs propriétés analgésiques (1).

Les opiacés forts comme la morphine et l'oxycodone ont comme indication principale le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres antalgiques de niveau plus faible. Quant aux opiacés faibles (tramadol, codéine), ils sont indiqués dans le traitement des douleurs d'intensité modérée à sévère (2) (3).

Leur excellente efficacité a contribué à l'amélioration de la prise en charge antalgique, qui est un enjeu important de santé publique en France. Leur consommation a ainsi explosé dans les années 1990, époque à laquelle différents plans de lutte contre la douleur se sont succédé.

Cependant, cette classe médicamenteuse est associée à un haut risque de dépendance et d'abus (2), menant certains utilisateurs à un mésusage de ces substances. Le mésusage pourrait se définir comme une utilisation inappropriée du médicament (4), par exemple en dose plus importante, plus fréquemment que prescrit ou dans un autre but que l'antalgie.

La deuxième conséquence addictologique de l'usage prolongé des morphiniques est le phénomène dit de tolérance, ou « pharmacodépendance ». Ce terme désigne un processus aboutissant à une perte progressive d'effet, ou la nécessité d'augmenter les doses pour conserver les mêmes effets.

Les Etats Unis vivent une véritable crise (5) (6) (7) liée aux opiacés, avec une augmentation très rapide du nombre d'overdoses mortelles. Ainsi, le nombre de décès est passé de 70 000 en 2017 (5) à plus de 93 000 en 2020 (8). Afin d'éviter une telle situation en France, l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a pour préoccupation la surveillance et la prévention des effets indésirables liées à ces médicaments (9). Un état des lieux publié en février 2019 (9) montre que la France est classée 3^{e} en Europe en terme de consommation d'opiacés faibles et 6^{e} pour les opiacés forts. Bien que la situation ne soit pas aussi préoccupante qu'en Amérique du Nord, on peut tout de même noter qu'en 2015, 17,1% des Français se sont vu prescrire un opiacé et que cette tendance est en augmentation. En 2017, le tramadol était le plus utilisé des opiacés, pour des indications majoritairement en rapport avec la Rhumatologie. Enfin, une autre étude (10) montre une augmentation de la morbi-mortalité entre 2004 et 2017 en France, avec une augmentation de 146 % des décès liés aux morphiniques durant cette période.

Suite à ce rapport de février 2019, l'ANSM a émis plusieurs recommandations. Parmi celles-ci, on peut citer le développement des échanges interdisciplinaires pour sécuriser la prise en charge du patient, et la communication auprès des patients eux-mêmes. Une autre mesure serait de promouvoir les dernières recommandations de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (11) à propos de l'utilisation des opiacés et les outils mis à disposition (Annexe 1 et 2) par l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) (12).

En 2019, une thèse sur la sécurisation du circuit des opioïdes au CHU de Rennes avait mis en exergue une consommation importante d'opiacés dans les services de Rhumatologie et de Maladies Infectieuses, sans s'intéresser en détail à la pertinence de ces prescriptions (13).

Ce travail a donc pour objet d'évaluer les indications et le suivi des patients pris en charge dans ces services, afin de proposer, au vu des recommandations en vigueur, des axes d'améliorations propres à chaque spécialité.
La présentation des résultats est déclinée par service, suivie d'une discussion et de propositions d'amélioration.

I. RHUMATOLOGIE

Le service de Rhumatologie est un service d'hospitalisation conventionnelle qui comprend 24 lits. Les rhumatologues prennent en charge de nombreuses pathologies avec une composante algique, ce qui multiplie les pratiques au sein du service.

A. Déroulement du processus d'audit en Rhumatologie

Le but de l'audit était d'objectiver la pertinence de la prescription des opiacés selon les situations et de les comparer aux recommandations en vigueur. Le recueil de données a été réalisé à partir du Dossier Patient Informatisé (DPI) via le logiciel DxCare. Tous les patients pour lesquels un opiacé de palier II ou III était prescrit ont été inclus dans l'étude.

La grille d'audit reprend :

- L'identité des patients : nom, prénom, date de naissance
- Leurs antécédents
- Le motif d'hospitalisation
- L'indication du traitement antalgique
- Si le patient est naïf d'opiacé ou non
- L'évaluation de la douleur à l'instauration des opiacés et à la sortie du patient
- Les modalités de prescription de l'antalgique : molécule, posologie, fréquence, voie d'administration, en si besoin/systématique, durée de traitement
- La traçabilité des prises de l'antalgique par les infirmières
- Les prescriptions associées (autres antalgiques, corticoïdes, laxatifs, anti émétiques, psychotropes)
- L'utilisation d'un questionnaire de surveillance des opiacés : sédation et fréquence respiratoire
- L'ordonnance de sortie.

Cette grille a été testée pendant 2 semaines consécutives, et a évolué au fur et à mesure du travail.

3 audits se sont succédé sur 18 mois, de novembre 2019 à avril 2021, avec chacun des objectifs différents. Les résultats ont été présentés à chaque étape, à au moins un médecin du service. Ces rendez-vous permettaient à la fois de communiquer sur notre travail et d'adapter nos recherches en fonction des besoins exprimés par le service.

B. Audit préliminaire

1. Déroulement de l'audit

Ce premier audit s'est déroulé du 25/11/2019 au 22/12/2019. Toutes les ordonnances du service contenant un opiacé faible ou fort sur cette période ont ainsi été incluses, ce qui a permis de faire une photographie des pratiques concernant cette classe thérapeutique. Ces résultats préliminaires ont été présentés au chef de service qui au vu des premiers constats a proposé de réorienter l'étude. Seuls les éléments essentiels sont ici présentés.

2. Principaux résultats

a) Profil des patients

Le tableau ci-dessous présente quelques caractéristiques des 57 patients inclus dans cette enquête. La répartition hommes/femmes était homogène et la moyenne d'âge de 63 ans. Les comorbidités telles que l'insuffisance rénale et l'hypertension artérielle (HTA) sont prises en compte par les rhumatologues dans leurs choix de thérapeutiques antalgiques.

Tableau 1: Caractéristiques des patients lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie

Nombre de patients	**57**
Sexe ratio	1/1
Nombre de patients moyen avec une prescription d'opiacé par jour	17 (71% des patients hospitalisés)
Moyenne d'âge (années)	63 [27-88]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	51 (89,5%)
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m²)	4 (7%)
Nombre de patients dialysés	2 (3,5%)
Nombre de patients souffrant d'hypertension artérielle	2 (3,5%)

b) Primo prescriptions

La prise en charge antalgique d'un patient est d'abord conditionnée par ses traitements en cours. Ce tableau présente la part des patients naïfs de tout traitement opiacé et celle de ceux déjà sous morphinique. La première catégorie correspond donc aux primo prescriptions d'opiacés réalisées dans le service.

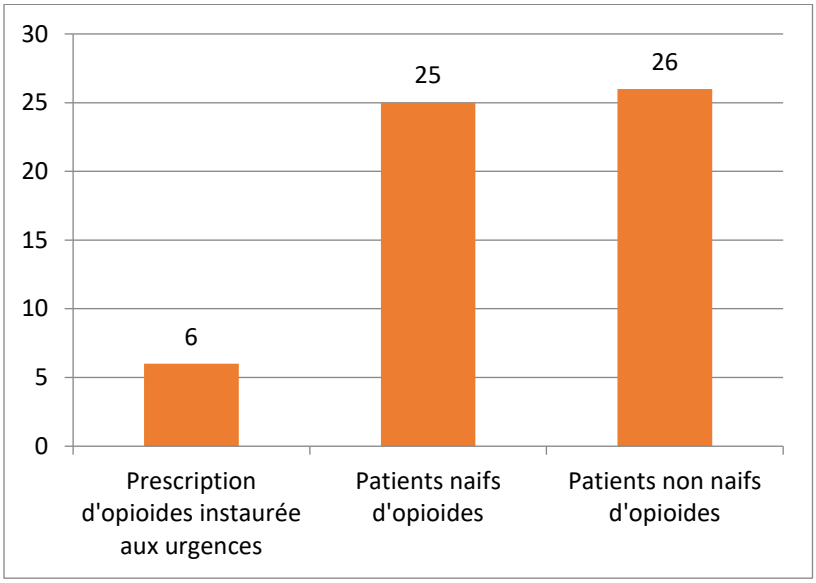


Figure 1: Part des patients naïfs ou non d'opiacés lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie

Ainsi, 25 patients sur 57 (44%) étaient naïfs d'opiacés. Ces primo prescriptions nécessitent une vigilance accrue : un titrage doit être fait afin de choisir la posologie efficace la plus faible possible, la surveillance médicale doit être renforcée, et la gestion des effets indésirables optimisée.

Les 26 patients déjà sous opiacés ont vu leurs prescriptions reconduites. Il n'est pas possible de chiffrer la proportion de traitement antalgique strictement identique au traitement personnel du patient car l'information précise de la posologie prise par le patient au domicile n'y est pas toujours renseignée. Les patients traités à domicile par un opiacé faible non référencé au CHU ont été majoritairement « switchés » par de l'oxycodone.

6 patients ont été adressés en Rhumatologie à la suite de leur passage aux urgences où ils ont reçu des opiacés (tramadol, morphine en titration, oxycodone). Ceux-ci ont été poursuivis dans le service de Rhumatologie, avec pour 2 patients une association de tramadol et d'oxycodone.

c) *Molécules prescrites*

Voici résumée la répartition des molécules prescrites lors de cet audit :

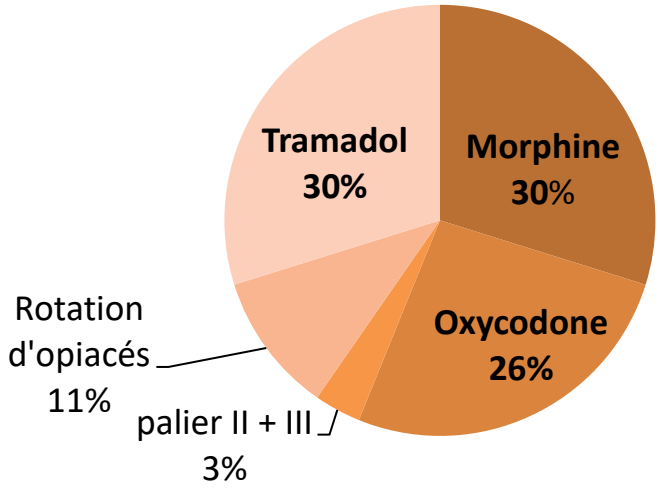


Figure 2: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie

Le tramadol, la morphine et l'oxycodone sont les molécules qui sont retrouvées dans les prescriptions du service, presque à parts égales.

2 ordonnances (3%) contenaient une association de palier 2 et de palier 3. L'une des 2 prescriptions sera retrouvée telle quelle à la sortie.

11% des patients ont eu différents paliers III dans le cadre d'une rotation des opiacés. La raison majoritairement retrouvée est la difficulté de gestion d'effets indésirables.

d) Indications

De très nombreuses indications ont été identifiées au décours de l'analyse des dossiers médicaux. Le détail est présenté sur la figure suivante :

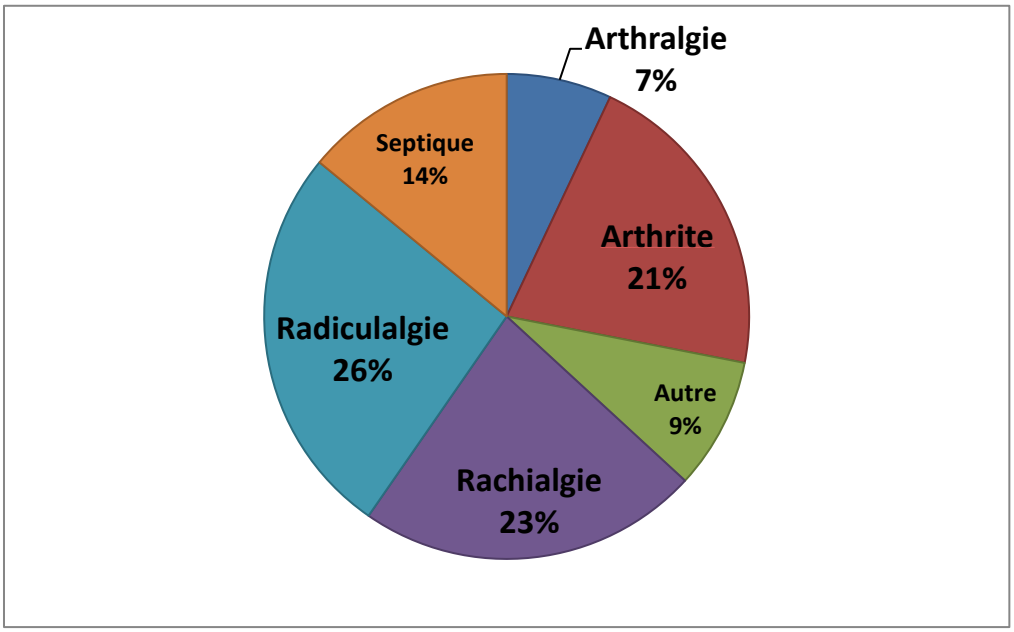


Figure 3: Répartition des indications lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie

Presque 50% des indications étaient liées à des douleurs d'origine axiale, avec 26% de radiculalgies et 23% de rachialgies. Les douleurs dues à de l'arthrite représentent 21% et sont 3e par ordre de fréquence des indications retrouvées.

e) Ordonnances de sortie contenant un opiacé

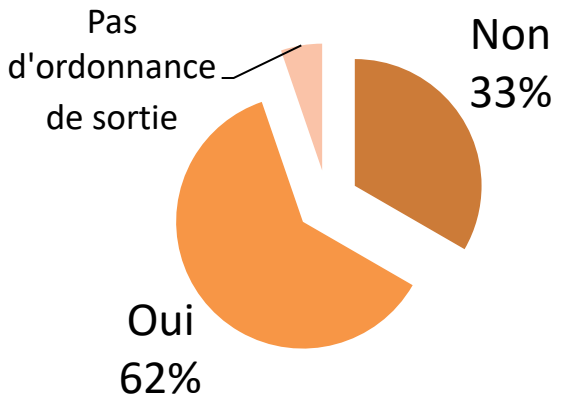


Figure 4: Présence d'un opiacé sur l'ordonnance de sortie lors de l'audit préliminaire en Rhumatologie

Les 2/3 des ordonnances de sortie trouvées sur DxCare comprenaient un opiacé. Les durées de prescription étaient en majorité longues (1 mois), sans notion de réévaluation à conduire par le médecin traitant.

5% des ordonnances manquent au dossier médical du patient dans cet audit, malgré une réanalyse à 6 semaines après la fin de celui-ci.

Dans le dernier tiers, l'opiacé n'est pas poursuivi en ville.

Il est également à noter certaines discordances entre le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) et l'ordonnance de sortie concernant les molécules prescrites et la durée de prescription. Le choix a été fait de présenter les chiffres en tenant compte des ordonnances de sortie, et non du CRH.

3. Discussion

L'ensemble des résultats a été présenté au chef de service de Rhumatologie en février 2020. La classification d'indications proposée manquait de précision par rapport aux diverses étiologies des rachialgies, à savoir si l'origine était fracturaire ou non. Pour la suite de ce travail, il a été suggéré de se concentrer sur les indications suivantes : les lombalgies, les radiculalgies, et les fractures ostéoporotiques. La recherche d'optimisation des prescriptions a également été demandée.

C. ***Audit ciblé***

1. Déroulement de l'audit

De début mars à fin avril 2020, tous les patients souffrant des pathologies citées ont été inclus dans l'audit. Le nombre de patients observés étant de 35 malgré ces 2 mois d'observations, il a été décidé de compiler ces patients avec ceux de l'audit préliminaire. L'objectif de ce deuxième audit est de comparer la prise en charge du service avec les recommandations en vigueur.

2. Principaux résultats

a) Lombalgies

Les patients lombalgiques étaient au nombre de 10, avec une répartition de 5 lors de l'audit préliminaire et 5 lors de l'audit ciblé. Un premier critère d'exclusion a été instauré : celui du contexte oncologique. En effet, les patients atteints de cancers bénéficient d'une prise en charge antalgique différente de celle des patients de Rhumatologie. Le deuxième critère

d'exclusion est l'étiologie fracturaire, qui sera traitée ultérieurement en cas de fractures ostéoporotiques. Ainsi, seules les lombalgies mécaniques/dégénératives sont ici présentées afin de pouvoir comparer directement leurs traitements.

- Caractéristiques des patients :

Tableau 2: Caractéristiques des patients lombalgiques

Sexe ratio	3 femmes, 7 hommes
Moyenne d'âge (années)	66 ans [47 ; 95]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	3
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 90 ml/min /1,73m^2)	5
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m^2)	2
Nombre de patients souffrant d'hypertension artérielle	2
Nombre de patients naïfs d'opiacés	5
Lombalgie aiguë	7
Lombalgie chronique	3

70% des patients étaient des hommes, et la moyenne d'âge des patients se situait aux alentours de 66 ans. 80% des patients avaient une fonction rénale normale ou légèrement diminuée, et 20% souffraient d'HTA. La moitié ne s'était jamais vu prescrire de morphiniques. La majorité d'entre eux (70%) avait été hospitalisé dans le cadre d'une lombalgie aiguë.

- Prescriptions d'opiacés :

Tableau 3: Répartition des molécules prescrites pour les patients lombalgiques

Tramadol	4
Oxycodone	1
Morphine	3
Rotation des opiacés	1
Pas d'opiacé	1

Pour rappel, 2 méthodologies différentes ont été utilisées pour recueillir ces données : inclusion de toutes les prescriptions d'opiacés pour le premier, et de toutes les prescriptions concernant les lombalgies pour le second. C'est la raison pour laquelle on retrouve un patient n'ayant pas d'opiacé.

Cette absence d'opiacé est notable, d'autant plus qu'une estimation de la douleur sur l'échelle numérique était à 8. Cette patiente était nauséeuse au domicile avec du paracétamol codéiné, et n'a pas souhaité reprendre de morphiniques lors de l'hospitalisation.

La répartition était équilibrée entre les prescriptions de palier 2 et de palier 3, avec une prescription de tramadol chez 4 patients et une prescription de morphine ou d'oxycodone chez 5 patients. Une prescription a fait l'objet d'une rotation d'opiacés, en commençant par de la morphine en intra veineux (IV) avant un relai per os (PO) avec de l'oxycodone.

- <u>Répartition des co-antalgiques prescrits :</u>

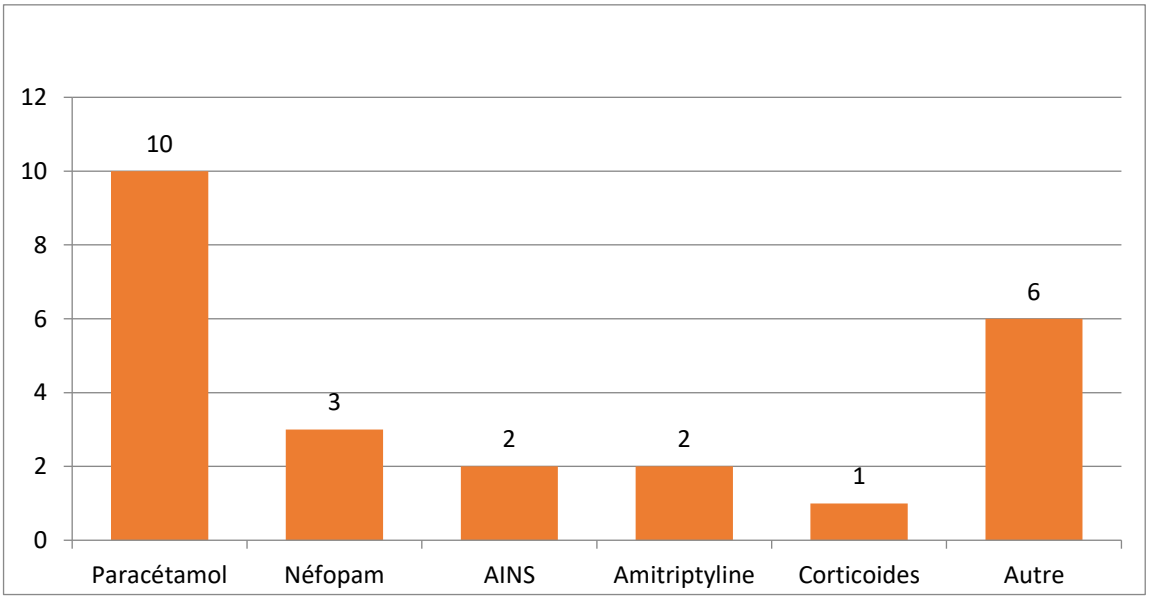


Figure 5: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients lombalgiques

Le paracétamol était prescrit chez les 10 patients, mais de façon systématique chez seulement 3 d'entre eux. La posologie majoritaire était à 4g par jour, sans tenir compte de l'âge de certains patients.

Par ordre décroissant, venait ensuite le néfopam qui concerne 30% des prescriptions, puis des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme le kétoprofène à la dose de 100mg*2/jour ou sous forme libération prolongée (LP) 100mg*2/jour. Ce faible taux de

prescription d'AINS était expliqué dans le dossier patient pour 2 d'entre eux par le fait qu'ils présentaient une HTA ; pour un autre patient, il était fait mention d'une allergie.

Le Laroxyl® (amitriptyline), un antidépresseur de la famille des tricycliques, a été retrouvé chez 2 patients. Il était utilisé aussi bien pour son action sur des douleurs neuropathiques que pour son effet sédatif. Une cure courte de corticoïdes était prescrite chez un patient. Enfin, il est à noter que 6 patients avaient un traitement par psychotropes, qu'ils s'agissent d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs.

- Gestion des effets indésirables

Concernant la prise en charge des effets indésirables provoqués par les morphiniques, 6 patients étaient sous laxatifs, en majorité sous macrogol 3350 mg. Une seule prescription d'antiémétiques par métoclopramide a été relevée.

- Suivi de la douleur

Le suivi de la douleur fait partie des missions infirmières. Celles-ci peuvent ainsi tracer le score de la douleur via un questionnaire disponible dans DxCare, dans l'onglet « Suivi douleur ». Différents outils peuvent être utilisés : l'échelle numérique (EN) avec un score de 1 à 10, l'échelle visuelle analogique (EVA) de 10 à 100, l'échelle verbale simple (EVS) de 0 à 4 ou encore algoplus de 0 à 5. Il est recommandé d'utiliser la même échelle pour effectuer le suivi du patient et pouvoir comparer ses scores tout au long de l'hospitalisation.

Tableau 4: Suivi de la douleur des patients lombalgiques

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	10/10
EN arrivée ≥ EN sortie	10/10
Diminution moyenne sur EN	3,5
Nombre de patients sortants avec EN > 4	4

Tous les patients lombalgiques ont bénéficié de la même méthode d'évaluation de la douleur à leur entrée et à leur sortie du service, à savoir l'EN. 100% ont vu leurs douleurs diminuer au cours de l'hospitalisation, avec une moyenne de 3,5 du score sur l'EN. Le nombre de patients sortants avec une EN>4 était de 4.

- Ordonnances de sortie

Sur les 10 patients, l'ordonnance de sortie mentionnait un opiacé pour seulement 3 d'entre eux. Ce chiffre est à pondérer du fait qu'une lettre de liaison de sortie (LLS) faisait mention d'un traitement par morphinique, mais il n'apparaissait pas sur l'ordonnance. Par ailleurs, les opiacés étant prescrits sur une ordonnance sécurisée, ils peuvent ne pas figurer sur la prescription de sortie éditée à partir du logiciel DxCare, ce qui peut biaiser les données des prescriptions de sortie. Cependant, afin d'homogénéiser le recueil de données, il a été décidé de se fier à l'ordonnance de sortie éditée via DxCare apparaissant dans le dossier patient.

Les 3 patients étaient hospitalisés dans le cadre de lombalgies, dont une chronique. Dans tous les cas, il s'agissait de poursuivre le traitement administré lors de l'hospitalisation, sans diminution de posologie, pour un mois. Il n'est pas fait mention de réévaluation à faire à distance par le médecin traitant, ni de décroissance des posologies à prévoir.

2 de ces patients sont sortis avec un EN<3, ce qui aurait pu conduire à une adaptation du traitement antalgique.

b) Radiculalgies

29 patients souffraient de radiculalgies, avec une répartition presque homogène de 15 patients lors de l'audit préliminaire, et 14 lors de l'audit ciblé. Pour rappel, la radiculalgie est une manifestation douloureuse provoquée par la compression d'une racine nerveuse. Cette douleur s'inscrit dans la catégorie des douleurs neuropathiques et fait donc l'objet de recommandations spécifiques.

- Caractéristiques des patients :

Tableau 5: Caractéristiques des patients radiculalgiques

Sexe ratio	14 femmes, 15 hommes
Moyenne d'âge (années)	65 [28 ; 93]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	16
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 90 ml/min /1,73m^2)	8
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m^2)	4
Nombre de patients ayant une clairance rénale inférieure à 45 ml/min/1,73m^2	1
Nombre de patients souffrant d'hypertension artérielle	8
Nombre de patients naïfs d'opiacés	7
Radiculalgies aiguës	19
Radiculalgies chroniques	10

Le sexe ratio était équilibré dans ce syndrome, et la moyenne d'âge était de 66 ans. 83% des patients avaient une fonction rénale normale ou légèrement diminuée, et aucun ne souffrait d'insuffisance rénale sévère. Un seul patient avait une insuffisance rénale modérée avec une clairance de 44 ml/min, et n'était donc pas sujet à une contre-indication vis-à-vis d'un traitement antalgique. 28% souffraient d'hypertension artérielle et auraient dû faire l'objet d'une surveillance de la tension en cas d'introduction d'AINS.

Seuls 7 patients (24%) ayant des radiculalgies étaient naïfs d'opiacés : il s'agissait de symptômes aigus pour 4 d'entre eux, et de symptômes chroniques chez les 3 autres. Ces patients avaient été traités précédemment par du paracétamol, avec plus ou moins des AINS en cure courte comme le kétoprofène.

Sur l'ensemble des 29 patients, les radiculalgies aiguës étaient majoritairement retrouvées, de l'ordre de 66%.

➢ Prescription d'opiacés :

Tableau 6: Répartition des molécules prescrites pour les patients radiculalgiques

Tramadol	3
Oxycodone	13
Morphine	9
Rotation d'opiacés	2
Palier II + III	2

On remarque que 45% des ordonnances d'opiacés comprenaient de l'oxycodone, tout particulièrement prescrite lors de l'audit ciblé (9 patients). Le tramadol était au contraire prescrit exclusivement lors de l'audit préliminaire. Ces différences peuvent s'expliquer par le changement de l'équipe de prescripteurs entre ces deux périodes, avec possiblement des différences de pratiques.

Dans chaque période d'observation, il est à noter une prescription contenant un opiacé de palier II et un opiacé de palier III (tramadol + oxycodone dans un cas, opium + morphine dans l'autre)

- Répartition des co-antalgiques prescrits :

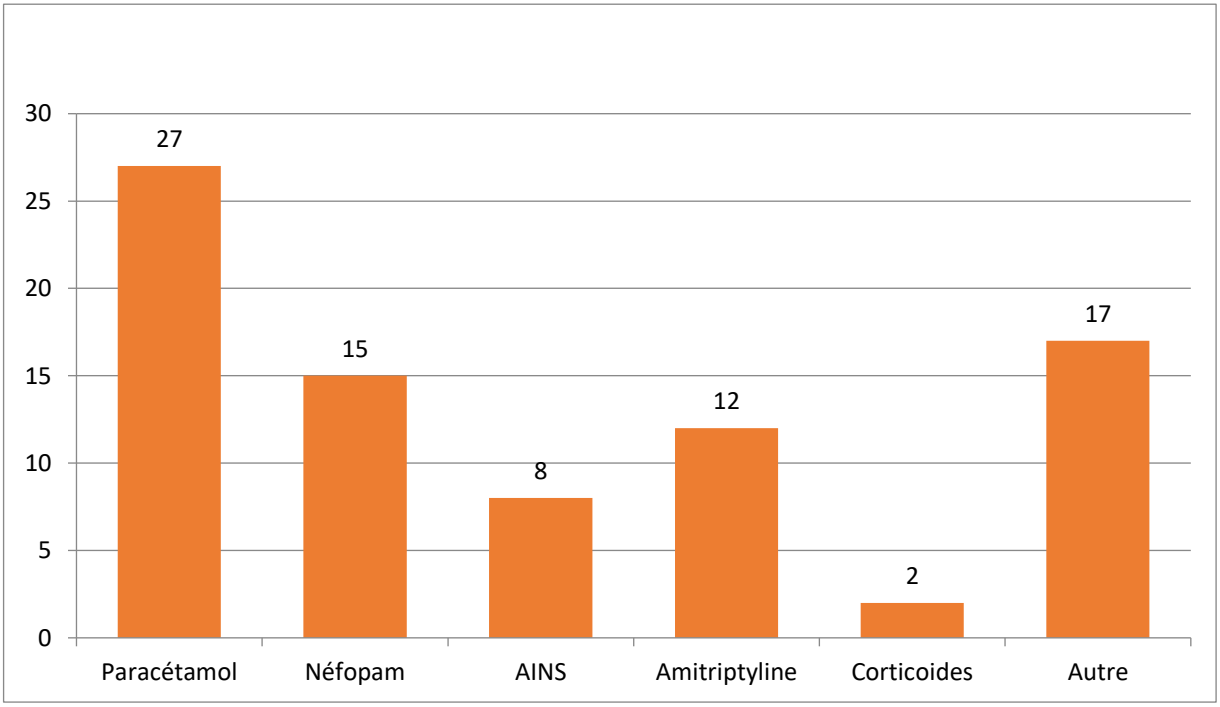


Figure 6: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients radiculalgiques

Sur les 27 prescriptions de paracétamol, seules 5 étaient en systématique. Pour les 2 derniers patients, l'absence de paracétamol était justifiée par le souhait de ne pas masquer une possible fièvre.

Le néfopam était associé dans 15 cas soit 52% des prescriptions.

Les AINS, traitement recommandé lors de radiculalgies, n'étaient prescrits que dans 28% des cas également. Il s'agissait de kétoprofène ou de naproxène indifféremment. Ce faible taux de prescriptions d'AINS peut trouver différentes explications. La première d'entre elles est liée aux comorbidités telles que des antécédents cardiaques ou une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle nécessitant des précautions d'emploi voire une contre-indication à l'utilisation des AINS. Ensuite, la 2^{e} période d'observation correspond au début de la pandémie à Covid-19 : il était alors suggéré de ne pas utiliser d'AINS. Malgré cela, la répartition des prescriptions de ces molécules était strictement identique entre la 1^{ere} et la 2nde période. La raison majoritairement retrouvée était l'inefficacité du traitement par AINS en ville ou aux urgences pour 9 patients : ils ne sont donc pas reconduits dans le service.

Le Laroxyl® (amitriptyline) était prescrit chez 12 patients, dont 4 étaient associées avec de la prégabaline. L'amitriptyline était sous forme buvable (avec des gouttes à prendre sur tout le nycthémère ou seulement le soir), ou en comprimés avec des introductions à 25 ou 75 mg. Les posologies de prégabaline allaient de 25 mg par jour à 100 mg deux fois par jour pour une patiente dont c'était le traitement habituel. Chez cette patiente, bien que l'ajout d'amitriptyline se soit avéré efficace, l'ordonnance de sortie n'en contenait pas.

Seules 2 cures courtes de corticoïdes ont été prescrites. En revanche, la proportion de patients sous psychotropes est importante (59%), avec des antidépresseurs, des anxiolytiques, des hypnotiques, des neuroleptiques, et de l'aide au sevrage alcoolique. En moyenne, les patients concernés ont reçu 1,7 médicaments psychotropes. 2 patients avaient jusqu'à 5 lignes de traitement.

- <u>Infiltrations et kinésithérapie :</u>

Les infiltrations épidurales de corticoïdes et la kinésithérapie figurent parmi les autres moyens à la disposition des prescripteurs en matière d'antalgie. Leur place dans la stratégie thérapeutique a été évaluée lors de l'audit ciblé. Ainsi sur 14 patients, 8 ont bénéficié d'infiltrations, et tous ont bénéficié de kinésithérapie. 9 ont débuté cette prise en charge durant l'hospitalisation, et les 5 autres devaient en bénéficier en ville, à distance de l'épisode douloureux.

- Gestion des effets indésirables :

21 patients (72%) ont reçu des laxatifs durant la période d'observation. Bien que la majorité fût traitée avec des macrogols, certains ont reçu du Lansoyl ® (paraffine liquide), des suppositoires d'Eductyl® ou encore du Moventig® (naloxégol oxalate) qui est un traitement pour la constipation induite par les opiacés, si la réponse aux laxatifs est insuffisante. Un de ces patients avait également des mesures diététiques spécifiques pour renforcer l'action des médicaments laxatifs.

Seules 3 prescriptions de métoclopramide en si besoin ont été observées.

- Suivi de la douleur :

Tableau 7 : Suivi de la douleur des patients radiculalgiques

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	27/29
EN (ou EVS) arrivée ≥ EN (ou EVS) sortie	24/27
Diminution moyenne sur EN	3,3
Nombre de patients sortants avec EN > 4	13/26

Pour 2 patients, l'échelle utilisée entre l'instauration et la fin de traitement était différente. Pour les 27 autres dossiers, l'EN était majoritairement utilisée puisque l'EVS ne concernait qu'un patient.

Malgré une diminution de 3.3 points en moyenne sur l'EN, le taux de patients sortants avec un EN>4 était élevé (50%).

- Ordonnances de sortie :

Un patient n'avait pas d'ordonnance de sortie. Sur les 28 autres, un morphinique était prescrit à la sortie chez 17 patients (61%), soit le double des patients lombalgiques. Ce chiffre est de plus sous-estimé, en effet 3 comptes rendus d'hospitalisation faisaient mention de sortie sous opiacés, mais ceux-ci n'apparaissaient pas sur l'ordonnance.

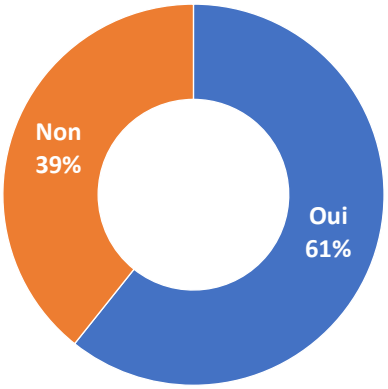


Figure 7: Présence d'un opiacé sur l'ordonnance de sortie

Dans cette indication, 3 ordonnances étaient valables pour une durée courte (moins de 14 jours) et l'une d'entre elles mentionnait explicitement que la réévaluation devait être faite par le médecin traitant.

14 patients au total avaient une douleur cotée sur l'EN ≤3 en sortant, dont 10 pour lesquels EN=0. Parmi ces patients avec un score d'EN ≤3, 8 avaient une prescription de sortie contenant des opiacés.

Concernant les patients avec EN=0, 5 patients s'étaient vu prescrire des morphiniques à domicile. Il est à noter que ce phénomène n'a été observé que sur la première période d'observation.

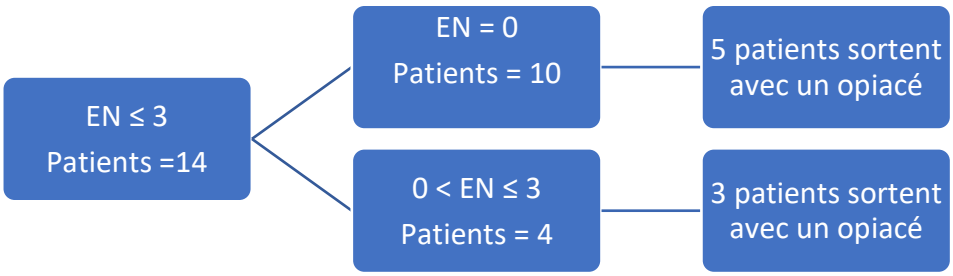


Figure 8: Patients sortants avec un score d'EN ≤3

De plus, 2 patients avaient une EVS à 2 à la sortie. L'un est sorti avec des opiacés, l'autre non.

c) *Lomboradiculalgies*

Seuls 5 patients lors de la 2e période d'observation avaient des symptômes mixtes de lombalgies et de radiculalgies.

- Caractéristiques des patients :

Tableau 8: Caractéristiques des patients lomboradiculalgiques

Sexe ratio	2 femmes, 3 hommes
Moyenne d'âge (années)	56 [36 ; 87]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	3
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 90 ml/min /1,73m²)	2
Nombre de patients souffrant d'hypertension artérielle	3
Nombre de patients naïfs d'opiacés	0
Lomboradiculalgies aiguës	1
Lomboradiculalgies chroniques	4

Bien que le nombre de patient soit faible, certaines tendances se distinguent :

- Aucun patient ne souffrait d'insuffisance rénale modérée ou sévère
- Tous étaient déjà sous opiacés (en majorité du tramadol)
- 80% avaient des symptômes de lomboradiculalgies de façon chronique

- Prescription d'opiacés :

Tableau 9: Répartition des molécules prescrites pour les patients lomboradiculalgiques

Tramadol	0
Oxycodone	4
Morphine	1

Tous les patients souffrant de ces symptômes avaient une prescription d'opiacés. Ceux arrivés sous tramadol étaient switchés par de l'oxycodone ou de la morphine. Il n'y avait aucune prescription de tramadol ni aucune rotation d'opiacés lors de ces 5 hospitalisations.

- Répartition des co-antalgiques prescrits :

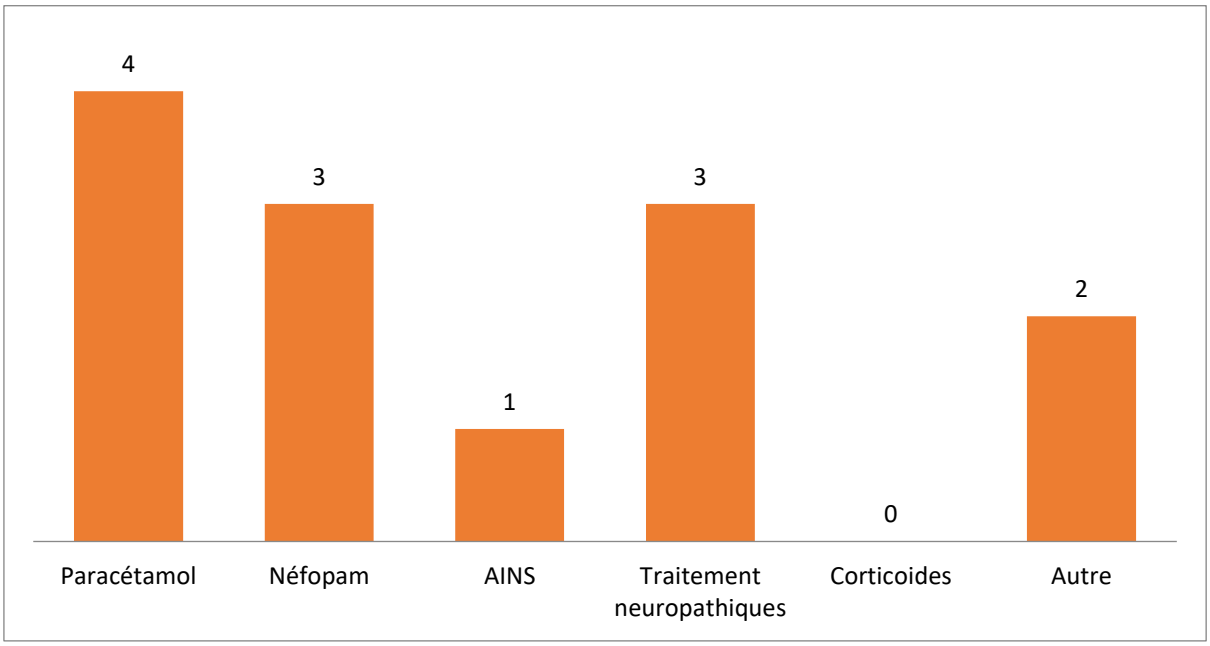


Figure 9: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients lomboradiculalgiques

80% des patients avaient du paracétamol, et seulement 50 % entre eux l'avaient en systématique. Le néfopam était prescrit dans 60% des cas. Une seule prescription de naproxène a été relevée malgré l'absence de contre-indication dans cet échantillon de patients. Un patient a bénéficié d'ibuprofène au domicile puis de kétoprofène aux urgences, mais cette prescription n'a pas été reconduite.

60% des patients ont bénéficié d'un traitement spécifique pour les douleurs neuropathiques. En revanche, ces prescriptions manquaient d'homogénéité : on trouvait aussi bien de l'amitriptyline que de la prégabaline ou de la duloxétine.

Aucune prescription de corticoïdes n'a été relevée dans cette catégorie de patients.

Seulement 40 % des patients étaient sous psychotropes, alors que la proportion des patients lombalgiques et radiculalgiques étaient de l'ordre de 60 %.

- Infiltrations et kinésithérapie ;

Tous les patients avaient une ordonnance pour de la kinésithérapie, dont 80% à réaliser après le retour à domicile.

3 patients sur 5 ont bénéficié d'au moins une infiltration lors de l'hospitalisation.

- Gestion des effets indésirables :

La constipation liée aux opiacés était prise en charge par des laxatifs dans 80% des cas, avec des macrogols en majorité. Lorsque cela s'avérait insuffisant, des prescriptions de Lansoyl® (paraffine liquide) et d'Eductyl étaient ajoutées. Une seule prescription d'anti émétique par métoclopramide a été relevée.

- Suivi de la douleur :

Tableau 10: Suivi de la douleur des patients lomboradiculalgiques

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	4/5
EN (ou EVS) arrivée ≥ EN (ou EVS) sortie	4/4
Diminution moyenne sur EN	4,25
Nombre de patients sortants avec EN > 4	2/5

Un patient a été évalué via une EVS au début de son hospitalisation et via l'EN à la sortie, ce qui ne permet pas de comparaison entre les 2 scores. Il n'est donc pas pris en compte dans les calculs des 2e et 3e lignes du tableau.

Pour les 4 autres patients, le score de l'EN à la sortie était systématiquement inférieur à celui à l'arrivée dans le service, avec en moyenne une diminution de 4,25 points.

A la sortie, sur les 5 scores d'EN, 2 étaient tout de même supérieurs à 4 et justifiaient une prise en charge par opiacés à domicile.

- Ordonnances de sortie :

3 ordonnances de sortie comportaient un opiacé, et ce sans durée raccourcie ou notion de réévaluation à faire en ville. Un patient de plus devait en bénéficier, mais cela ne figurait que dans le CRH et non sur l'ordonnance de sortie. Sur ces 3 ordonnances, 2 patients avaient un score d'EN égal à 1 et 2 respectivement.

d) Fractures ostéoporotiques

14 patients ont été pris en charge pour des douleurs liées à des fractures dorsales récentes d'origine ostéoporotique. 29% (4 patients) provenaient de l'audit préliminaire et 71% (10 patients) du deuxième audit.

- Caractéristiques des patients :

Tableau 11 : Caractéristiques des patients souffrant de fractures ostéoporotiques

Sexe ratio	12 femmes, 2 hommes
Moyenne d'âge (années)	78 [61 ; 90]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	6
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 90 ml/min /1,73m^2)	5
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m^2)	2
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale sévère (<30 ml/min/1,73m^2)	1
Nombre de patients souffrant d'hypertension artérielle	4
Nombre de patients naïfs d'opiacés	8
Douleurs aiguës	9
Douleurs chroniques	5

La grande majorité des patients souffrant de fractures ostéoporotiques était des femmes (87%), avec une moyenne d'âge de 78 ans. Malgré cette moyenne d'âge plus élevée, la plupart des patients (79%) avait une fonction rénale normale ou légèrement diminuée. Un seul présentait une insuffisance rénale sévère, et 4 avaient de l'hypertension artérielle parmi leurs antécédents médicaux.

Les patients souffraient de douleurs chroniques (plus de 3 mois) dans 64% des cas. 57% des malades étaient naïfs d'opiacés. Les autres avaient eu indifféremment : de l'oxycodone, de la morphine en libération immédiate, ou encore de l'Izalgi® (opium+paracétamol).

- Prescription d'opiacés :

Tableau 12: Répartition des molécules prescrites pour les patients souffrant de fractures ostéoporotiques

Tramadol	2
Oxycodone	6
Morphine	1
Rotation des opiacés	2
Palier II + III	1
Pas d'opiacé	2
Total	14

Les patients ont bénéficié d'une prise en charge antalgique hétérogène avec des paliers II, des paliers III, parfois les deux associés ou encore sans opiacé. Globalement, les prescriptions étaient en regard des scores de douleur selon l'EN : pas d'opiacé pour des scores < 3, du tramadol entre 3 et 6, de l'oxycodone pour des scores au-dessus de 6. Quelques prescriptions y dérogeaient tout de même : des paliers III étaient retrouvés pour des scores à 5, et une instauration a été faite malgré un score à 1. Une ordonnance contenait une association de palier II et III : après discussion autour de l'âge, le prescripteur a switché le tramadol pour de l'oxycodone, sans suspendre le premier.

La rotation des opiacés observée chez 2 patients faisait suite à une intolérance à la morphine : ils ont été basculés vers de l'oxycodone.

➢ Répartition des co-antalgiques prescrits :

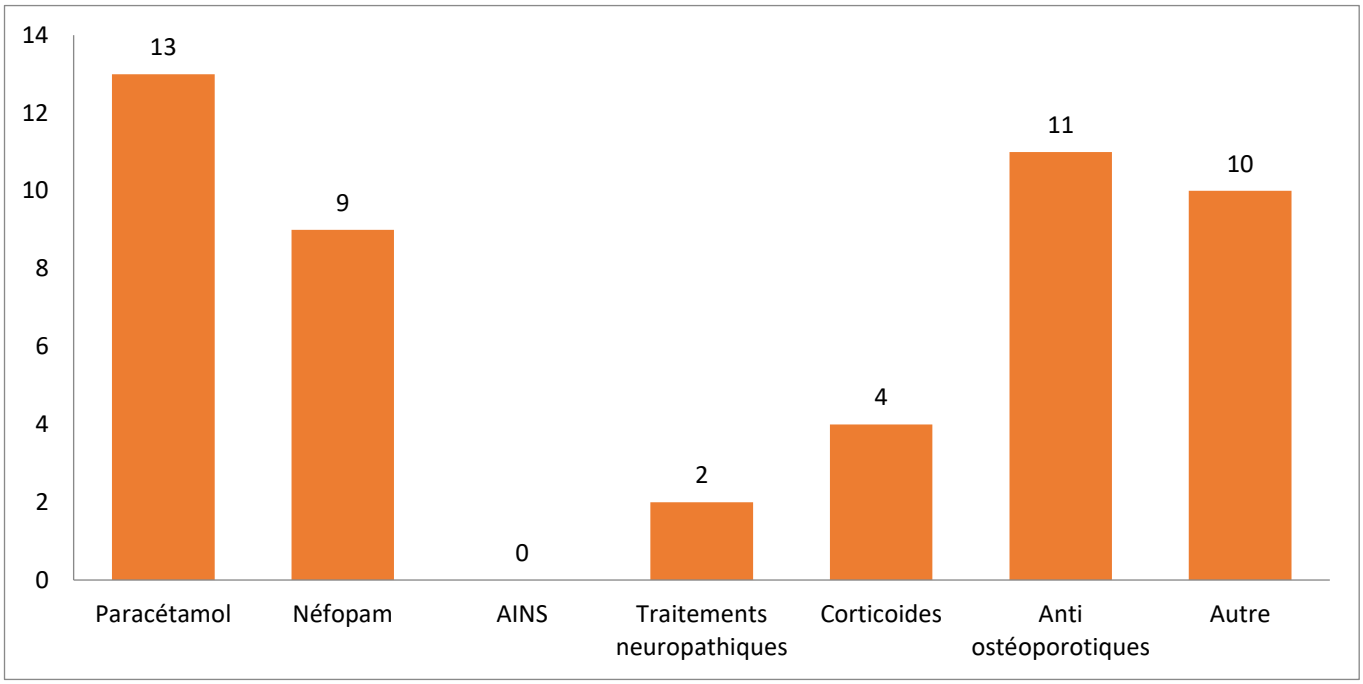


Figure 10: Répartition des co antalgiques prescrits chez les patients souffrant de fractures ostéoporotiques

Presque la totalité des patients avait du paracétamol, mais pour 64% d'entre eux il n'était pas prescrit en systématique. 5 patients (36%) bénéficiaient donc d'une analgésie multimodale. Le néfopam concernait 9 patients et était majoritairement prescrit en si besoin.

Aucun AINS n'a été prescrit, et les corticoïdes étaient les traitements habituels des patients (bronchopneumopathie chronique obstructive, polyarthrite rhumatoïde, allogreffe). Pour un seul patient souffrant de pseudo polyarthrite rhizomélique, les corticoïdes ont été suspendus car responsables de la fracture ostéoporotique.

Seuls 2 traitements par duloxétine ont été relevés pour les traitements de douleurs neuropathiques, des symptômes pouvant être associés à la fracture rachidienne. Au moins un autre patient souffrait de tels symptômes, et auraient pu bénéficier de cette prise en charge.

Le traitement étiologique de ces fractures, à savoir un traitement anti ostéoporotique, était retrouvé chez 11 patients. Certains pouvaient alors avoir jusqu'à deux médicaments différents parmi lesquels :

- La vitamine D per os (Uvedose®, ZymaD®, Adrigyl®) : 8 patients
- Le calcium per os (Calcidose®) : 3 patients
- Le tériparatide en sous cutané (Forsteo®) : 2 patients
- L'acide zolédronique en perfusion annuelle : 6 patients

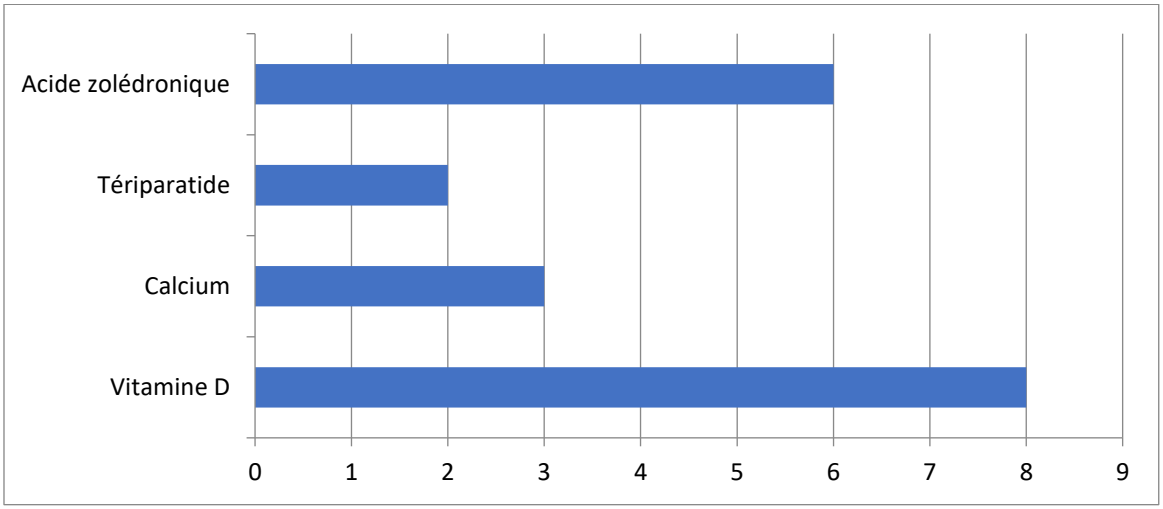


Figure 11: Répartition des molécules anti ostéoporotiques prescrites pour les patients souffrant de fractures ostéoporotiques

- Infiltrations et kinésithérapie ;

Aucune infiltration n'a été réalisée chez ces patients, ce qui n'est en effet pas recommandé. En revanche, la reprise de la mobilité a pu être se faire grâce à l'aide de kinésithérapeutes.

- Gestion des effets indésirables :

4 patients souffrant de nausées/vomissements se sont vu prescrire du métoclopramide ou de la dompéridone. 10 patients (71%) avaient des laxatifs, avec généralement plusieurs lignes parmi : macrogols, Lansoyl®, Eductyl®, des lavements par Microlax® ou Normacol®, et même du Moventig® pour l'un d'entre eux.

- Suivi de la douleur :

Tableau 13: Suivi de la douleur des patients souffrant de fractures ostéoporotiques

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	12/14
EN (ou EVS) arrivée ≥ EN (ou EVS) sortie	9/12
Diminution moyenne sur EN	2,94
Nombre de patients sortants avec EN ≥ 4	8/13

L'échelle utilisée pour l'évaluation de la douleur était identique à l'entrée et à la sortie chez 86% des patients (n=12). Pour les 2 derniers, l'EN et l'EVS ont été utilisées entre ces différents moments de l'hospitalisation.

Pour les 12 dont l'EN a été utilisée, 9 présentaient une diminution de la douleur au moment de la sortie, en moyenne de 2,94 points.

13 patients avaient un score de douleur évalué par l'EN à la sortie : il était supérieur ou égal à 4 pour 62% d'entre eux.

La traçabilité des prises d'opiacés prescrits en si besoin n'était pas effective pour 3 d'entre eux.

- Ordonnances de sortie :

75% des patients ayant un opiacé au cours de l'hospitalisation (9 patients sur 12) sont sortis avec. Voici des éléments de réflexion pour les 3 qui n'en avaient pas :

- Le CRH du premier mentionnait la poursuite des stupéfiants, mais ceux-ci ne figuraient pas sur l'ordonnance de sortie
- Le second a souffert d'un syndrome confusionnel important imputé à l'utilisation de l'oxycodone, d'où son abandon
- L'arrêt des opiacés pour le dernier n'était pas justifié puisque le score de douleur était égal à 6 au moment de la sortie.

2 ordonnances mentionnaient de l'oxycodone en sortie alors que l'EN était à 0 et qu'aucune prise de ces médicaments en libération immédiate n'a été retrouvée. Ces patients étaient donc de bons candidats à une réduction des doses de morphiniques voire à un arrêt de ces thérapeutiques.

L'EN moyen de sortie pour les patients avec une ordonnance de morphinique était de 4,3. En ôtant les 2 patients avec un EN à 0 qui n'auraient pas dû en avoir, on obtient un score d'EN à 5,6 qui justifie cette prise en charge à domicile.

3. Discussion

Une réunion avec tous les rhumatologues du service a pu être organisée afin de discuter des résultats. Afin de mieux comprendre l'objet des discussions, voici une synthèse des recommandations dans les pathologies ciblées et sur la prise en charge de la douleur de manière générale.

a) Recommandations

- Lombalgies

La littérature est très riche concernant les rachialgies de façon générale. Plus spécifiquement, la plupart des recommandations en termes de lombalgies sont classifiées en fonction du caractère aigu ou chronique de la douleur. En voici un résumé :

- Douleurs aiguës :

1/ En 1ere ligne figure le paracétamol (14). Celui-ci doit être prescrit aux posologies maximales tolérées, et adaptées à la condition physiologique du patient (âge, fonction rénale, hépatique).

2/ Les AINS sont prescrits en 2e ligne (15). Une attention particulière doit être portée à la durée du traitement pour privilégier des cures courtes, et ce à la dose minimale efficace. En cas d'utilisation prolongée, le rapport bénéfice/risque doit être réévalué régulièrement. Il est important de prendre en compte les traitements associés. Les antiagrégants plaquettaires et anticoagulants augmentent le risque hémorragique, ce qui contre indique théoriquement la prise d'AINS. Les diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), et sartans augmentent le risque d'insuffisance rénale : c'est une interaction à prendre en compte (16) (17).

3/ Après plusieurs semaines de traitement bien conduits, une réévaluation de la douleur doit être faite. En cas d'efficacité insuffisante, il est possible d'ajouter une prescription d'opiacé faible (15) (18). Des infiltrations facettaires (19) peuvent être réalisées, et des traitements non médicamenteux proposés (20).

Dans tous les cas, il est important de prévenir les récidives en respectant des mesures d'hygiène vertébrale (21).

- Douleurs chroniques :

Les lombalgies chroniques peuvent se définir par la persistance de douleurs invalidantes au-delà de 3 mois, et concernent 5% des cas selon le Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER) (22). Les différentes lignes de traitement antalgiques suivent les paliers proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (23):

1/ Il est recommandé d'initier le traitement antalgique par des paliers de niveau 1 en association, comme le paracétamol, et les AINS (24).

2/ Des médicaments de paliers 2 peuvent être prescrits en cas d'efficacité insuffisante (24).

3/ En cas d'échec des paliers 1 et 2 bien conduits et une élimination d'un syndrome dépressif (25), les opiacés forts sont possibles en cure courte (26). Cette recommandation est faible (27) . La non-supériorité des opiacés est également démontrée dans l'essai clinique randomisé SPACE mené en 2018. (28)

Ces traitements peuvent s'accompagner de psychotropes pour traiter le retentissement psychologique associé à cette pathologie. Des traitements locaux peuvent également être proposés. En revanche la place des myorelaxants est à discuter, d'autant que certains ont été retirés du marché (29). Les corticoïdes par voie systémique ne sont pas recommandés (14).

- Radiculalgies

Les radiculalgies bénéficient d'un champ de thérapeutique plus étendu, du fait du caractère neuropathique de la douleur. Il convient d'abord de distinguer une atteinte compliquée ou non. En effet, la présence de sciatique paralysante ou de syndrome de la queue de cheval (30) doit conduire à une hospitalisation d'urgence pour discuter d'une intervention chirurgicale. En l'absence de ces symptômes, la prise en charge est médicale.

1/ La première ligne de traitement peut se composer d'antalgiques de palier I, d'AINS et d'opiacés faibles (27)

2/ En cas de soulagement insuffisant, une injection locale de corticoïdes est indiquée (généralement par la voie épidurale). La HAS considère cependant que cette pratique doit être réservée aux radiculalgies évoluant depuis plusieurs mois, et résistantes au traitement médical (14). En cas d'échec ou de contre-indication aux injections, les morphiniques de palier III per os peuvent être prescrits (31).

3/ Si les symptômes persistent, des examens d'imagerie seront prescrits pour discuter d'une éventuelle prise en charge chirurgicale (32).

Les morphiniques ne sont globalement pas recommandés (33) car leur utilisation dans cette indication ne repose sur aucun essai clinique. De plus, le risque d'effets secondaires et notamment d'addiction est élevé. Aucune différence n'a été notée en termes d'efficacité entre les paliers II et III (34)

Les douleurs radiculaires font l'objet de recommandations particulières. En effet, la composante neuropathique de ces douleurs rend les traitements antalgiques usuels moins efficaces. Les traitements antalgiques médicamenteux des neuropathies reposent de manière consensuelle (11) sur l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture des monoamines ou des antiépileptiques de type gabapentinoïdes (prégabaline, gabapentine). Du fait de l'efficacité souvent incomplète des traitements, des

associations d'analgésiques de mécanismes d'action complémentaires peuvent être proposées. Il est conseillé d'augmenter progressivement la posologie de ces molécules pour évaluer la tolérance (35) (36) . La dose doit dépendre de la physiopathologie du patient, en particulier son âge. Depuis, les recommandations anglaises (33) ne sont plus en faveur des gabapentinoïdes, du fait d'un manque d'efficacité et d'une augmentation des effets indésirables versus placebo. En France, la prégabaline est prescrite depuis le 24/05/2021 au moyen d'une ordonnance sécurisée, afin de limiter le risque de mésusage (37).
Les auteurs d'une méta analyse publiée en 2015 (38) émettent des recommandations faibles à propos des opiacés de palier II et III (utilisation en 3e ligne). Toujours d'après cette publication, l'utilisation locale de patch de lidocaïne et de capsaïcine est recommandée en 2e ligne. Dans une synthèse des recommandations françaises concernant le traitement des douleurs neuropathiques, le tramadol ne devrait être utilisé qu'en 2e intention et les opiacés forts en 3e intention (39). Quelle que soit la recommandation, les opiacés de palier III ne devraient être utilisés qu'en dernier recours.

- Fractures ostéoporotiques

Il n'existe pas de recommandations précises à propos de l'antalgie en cas de fractures ostéoporotiques. Celles que l'on trouve sont relatives à la prévention et au traitement étiologique de ces fractures, avec tout l'arsenal des anti-ostéoporotiques connus. L'antalgie d'une fracture doit suivre les règles classiques de l'antalgie et perdurer le temps de la consolidation. Cela ne devrait donc pas dépasser les 3 mois.

- Evaluation de la douleur

La prise en charge de la douleur de manière générale passe par son évaluation via des échelles et questionnaires validés. Ainsi, différents outils existent pour identifier, qualifier, décrire ou quantifier une douleur. On peut distinguer l'auto-évaluation et l'hétéroévaluation, cette dernière étant destinée aux adultes non communiquant ou aux enfants de moins de 4 ans. Dans le cadre de nos audits, la majorité des patients pouvaient bénéficier de l'autoévaluation. Les échelles les plus utilisées dans ce cadre sont l'échelle numérique (de 1 à 10), l'échelle visuelle analogique (10 à 100), et l'échelle verbale simple (0 à 4).

Pour l'échelle numérique, le patient est sollicité pour entourer le chiffre qui décrit le mieux l'intensité de sa douleur entre 0 et 10



Figure 12: Echelle Numérique (SFETD)

L'échelle verbale simple : à la demande du soignant, le patient exprime l'intensité de la douleur ressentie qui va ainsi correspondre à un score (Annexe 3)

- Absence de douleur : 0
- Douleur faible : 1
- Douleur modérée : 2
- Douleur intense : 3
- Douleur extrêmement intense : 4

Par conséquent, l'utilisation de la même échelle tout au long de l'hospitalisation permet de pouvoir suivre l'évolution de la douleur du patient et ainsi améliorer sa prise en charge.

Un autre outil est employé pour rechercher une douleur neuropathique : le questionnaire DN4 (Annexe 4). Les items permettent de caractériser la douleur et s'intéressent à ce qui la provoque. Une fois ce type de douleur objectivée, les thérapeutiques adaptées peuvent alors être prescrites.

➢ <u>Ordonnance de sortie</u>

Elles sont faites via le logiciel DxCare et sont tracées dans le dossier patient informatisé. En revanche, les ordonnances de stupéfiants sont sous format papier et n'apparaissent donc pas dans le DPI.

b) Ecarts, éléments de réflexion et propositions

De façon générale, les grandes lignes des recommandations semblent respectées. En analysant plus finement, il apparait néanmoins deux axes de travail principaux pour améliorer la prise en charge antalgique tout en épargnant les morphiniques : l'analgésie multimodale et l'ordonnance de sortie. En effet l'analgésie multimodale n'est pas toujours correctement faite, puisque toutes les lignes de palier I possibles ne sont pas toujours co-prescrites avec les paliers III. Certaines classes médicamenteuses comme les AINS ou le néfopam sont volontairement écartées de l'arsenal thérapeutique, même si cela ne semble pas justifié au vu des résumés des caractéristiques du produit (RCP). D'autres traitements comme les anti-

épileptiques, plus difficiles à manier et de délai d'action plus long, sont moins prescrits. Ensuite, les ordonnances de sortie ne mettent pas en avant la nécessité de réévaluer ce traitement par le médecin traitant, qui risque alors de prolonger l'ordonnance. Or, une prescription de longue durée augmente les risques de dépendance et de tolérance aux morphiniques. Un projet d'entretien patient a été mis en place afin de faire diminuer cette durée de traitement.

Voici les détails de notre analyse sur la prise en charge antalgique lors de cet audit et les écarts constatés. Ceux-ci sont agrémentés des pistes de réflexion apportées par l'équipe médicale, et de nos propositions.

- Paracétamol

Le paracétamol, qui devrait être utilisé dans toutes les indications présentées est prescrit chez 93% des patients, ce qui semble être excellent. Cependant, seuls 14 patients de l'audit (24%) le reçoivent de façon systématique : l'analgésie multimodale n'est pas respectée. Il est possible que les paliers III aient été utilisés en dehors de la prise régulière de paracétamol.

Ce point a bien été compris de la part des rhumatologues, qui se sont engagés à davantage prescrire de façon systématique le paracétamol. Ainsi, le choix ne sera plus laissé aux infirmières d'administrer ou non cette molécule.

- Néfopam

Le néfopam était prescrit chez 30 patients (55%). Cette molécule ne peut pas être prescrite dans tous les cas, puisqu'elle ne possède une autorisation de mise sur le marché (AMM) que dans les douleurs aiguës ou post opératoires (40). L'équipe de Rhumatologie nous a fait part de ses freins concernant son utilisation chez la personne âgée. Effectivement, ce médicament est déconseillé chez cette population, qui représente une part importante des patients dans notre audit. Il a cependant été convenu de garder le néfopam dans l'arsenal thérapeutique pour le traitement des douleurs aiguës, en cure courte, chez les patients ne souffrant ni de convulsions, ni de rétention vésicale, ni de glaucome à angle fermé (principales contre-indications).

- AINS

Seuls 11 patients (19%) ont bénéficié de cette classe thérapeutique, qu'il s'agisse d'Ibuprofène, naproxène ou kétoprofène. En majorité, les patients ont reçu le traitement par voie PO ; une seule voie IV a été notée, un prolongement d'une prescription des urgences. Bien qu'il soit logique qu'aucun des patients ostéoporotiques n'en ai reçu, les AINS ont une AMM dans le traitement des douleurs (41), des lombalgies et radiculalgies (16) (17). Il est

donc surprenant de constater de faibles taux de prescription concernant les lombalgiques, radiculalgiques, lomboradiculalgiques, avec respectivement 20%, 28% et 20%.

Les AINS doivent être utilisés lorsque les symptômes sont aigus, ce qui concernait 70% des patients lombalgiques et 66% des radiculalgiques.

Les RCP des molécules retrouvées dans l'audit mentionnent un certain nombre de contre-indications ou de précautions d'emploi relatives à leur utilisation. De nombreuses situations cliniques ne sont pas compatibles avec ces molécules (42) : l'insuffisance rénale aiguë, l'insuffisance cardiaque de stade IV, les faibles poids, une hypertension artérielle non contrôlée… L'utilisation du kétoprofène semble la plus délétère (43).

Différentes interactions médicamenteuses sont à signaler, du fait du risque :

- D'hyperkaliémie (diurétiques hyperkaliémiants, IEC, sartans, héparines)
- D'hémorragie digestive (anticoagulants oraux, héparines)
- D'insuffisance rénale (IEC, sartans, diurétiques) par diminution de la filtration glomérulaire.

Ces effets sont plus marqués chez les patients âgés. Bien que la pharmacocinétique de ces médicaments ne soit pas changée chez ces patients, il est recommandé de les éviter, particulièrement en cas de longue durée de traitement.

Ce sont ces différents arguments que les rhumatologues nous ont exposé pour expliquer le faible nombre de prescriptions. Il a donc été important de rappeler que sur une courte période, les AINS sont efficaces et peuvent aider à passer le cap douloureux. Cela s'accompagne d'une surveillance clinico-biologique si le patient est insuffisant rénal ou hypertendu, déjà réalisée pour tout patient hospitalisé (ionogramme, créatininémie, prise de la pression artérielle). De plus, tous les patients n'étaient pas insuffisants rénaux ou hypertendus. Si les AINS ont déjà été utilisés avant l'hospitalisation, cela ne doit pas empêcher de les reprendre, puisque l'observance ne peut être totalement fiable pour un patient à domicile et qu'un changement de molécule dans la même classe peut apporter l'efficacité recherchée.

Cet argumentaire a néanmoins montré les limites de la grille d'audit : celle-ci ne prend pas en compte la notion d'insuffisance rénale aiguë ou chronique, et n'a pas permis de relever les co-prescriptions des antihypertenseurs ou anticoagulants susceptibles de contre indiquer l'utilisation des AINS. Cela aurait aidé à établir le chiffre précis de patients théoriquement candidats à un traitement par AINS.

Les rhumatologues sont toujours peu enclins à les utiliser mais sont prêts à le faire chez les patients jeunes sans antécédent.

- Douleurs neuropathiques

Un traitement contre les douleurs neuropathiques en systémique a été retrouvé chez 19 patients (33%). Ce chiffre est faible compte tenu du nombre de patients souffrant de radiculalgies. La grande majorité était représentée par de l'amitriptyline, à la fois pour son action sur ces douleurs et pour son action sédative, utile pour aider les patients agités à dormir la nuit. Cet antidépresseur tricyclique peut nécessiter 2 à 4 semaines avant d'être efficace. Parmi les 16 prescriptions d'amitriptyline, 14 sont administrées en solution buvable et 2 en comprimés. La posologie moyenne de la solution buvable était de 10 gouttes le soir (soit 10 mg), ce qui correspond aux posologies initiales recommandées. Une seule ordonnance avait un rythme de 3 prises par jour alors que le RCP prévoit jusqu'à 2 administrations par jour. Du fait de cet effet sédatif, l'amitriptyline doit être administrée le soir, ce qui est toujours le cas dans l'audit. De façon plus anecdotique, de la prégabaline ou de la duloxétine ont été initiée, parfois à des posologies très élevées (par exemple : de la prégabaline 50 mg 3 fois par jour). Ces classes thérapeutiques semblent moins maitrisées, ce qui a été confirmé lors de l'entrevue avec les rhumatologues.

Il est pourtant important de savoir prescrire ces molécules, qui sont plus adaptées chez le patient âgé que l'amitriptyline, et pouvant potentiellement agir plus rapidement. Dans ce contexte, un point sera fait auprès des rhumatologues concernant les douleurs neuropathiques par l'équipe du Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) du CHU.

- Scores de douleur

La douleur des patients a bien été évaluée régulièrement tout au long de leur prise en charge. Cependant, il n'a pas toujours été possible de comparer leurs scores de douleur entre l'entrée et la sortie du service de Rhumatologie, du fait de l'utilisation de différentes échelles. En effet, on retrouve à la fois l'EVS et l'EN chez ces patients. Ainsi, il serait judicieux de promouvoir l'utilisation d'une seule échelle, à savoir l'EN, déjà largement majoritaire dans le service. Cette idée n'a cependant pas pu être discutée avec les infirmières du service mais devrait pouvoir être abordée lors d'une future réunion avec la cadre du service.

- Score DN4

Le questionnaire DN4 est disponible sur DxCare et son résultat peut être tracé dans le DPI. Malgré cette possibilité, il est à noter qu'aucun patient n'en a bénéficié. Cependant, la discussion nous a appris que le DN4 était bien connu et réalisé, mais sans traçabilité. Les principaux freins à son utilisation sont la méconnaissance de sa disponibilité dans le DPI ou du chemin d'accès, ainsi que le manque de temps. Les prescripteurs doivent veiller à en faire la mention dans le CRH.

- Ordonnance de sortie

Lors de l'entrevue avec les professionnels du service, nous avons évoqué les discordances entre les médicaments de sortie mentionnés dans la LLS et les ordonnances de sortie. Les rhumatologues ont confirmé la possibilité de trouver des opiacés dans la LLS (liste exhaustive) et leur absence dans l'ordonnance de sortie du DPI à cause du format papier. Le premier problème est de constater que le dossier patient n'est pas complet, ce qui pose un problème médico-légal. Deuxièmement, cela rend les données collectées difficilement interprétables : l'absence des ordonnances sécurisées dans le DPI a faussé les statistiques de l'audit en sous estimant le taux de patients ayant des opiacés à la sortie. Cette ordonnance doit tenir compte du score de douleur le plus récent, or 21 prescriptions ont été faites malgré un score faible. Pourtant, les opiacés ne devraient pas être prescrits pour des scores d'EN<4 (Annexe 5). Cette ordonnance de sortie doit être la plus courte possible afin que le patient la renouvelle chez son médecin traitant. Aucune d'entre elles n'étaient de courte durée (15 jours) ou comportaient une notion de réévaluation à faire par le généraliste. La réunion a permis de faire part à l'équipe de l'idée d'apposer la mention « A réévaluer » sur les lignes de morphiniques, ou au moins limiter la durée de validité de l'ordonnance.

Une autre suggestion a été faite à l'équipe médicale : celle d'une intervention pharmaceutique auprès des patients sortants avec des opiacés. Une plaquette patient, déjà validée par le CLUD, a été proposée comme support d'entretien de sortie (Annexe 6). Cette démarche a été mise en place en avril 2021 et le choix de l'intervenant s'est porté sur les externes en pharmacie en stage dans le service de Rhumatologie. En effet, il est nécessaire que cette mission soit remplie par quelqu'un présent dans le service, qui connait l'équipe soignante et peut se montrer réactive en cas de sortie non prévue. Une formation a été faite pour chaque externe. Cette formation comportait :

- Une partie théorique (but de l'entretien, informations à rechercher dans le DPI, réalisation de l'entretien, utilisation de la plaquette)
- Une partie pratique : après avoir observé un entretien réalisé par un pharmacien, les rôles s'inversent à l'entretien suivant. Si ce dernier est satisfaisant, l'externe en pharmacie peut réaliser de façon autonome les entretiens. En cas de besoin, de l'aide peut être fournie par le pharmacien en charge de la Rhumatologie.

Une instruction de travail a été rédigée afin d'aider les externes à intervenir, celle-ci est en cours de validation (Annexe 7). Celle-ci reprend les différentes étapes de l'entretien à savoir la sélection du patient, la préparation de l'entretien, et l'entretien en lui-même. En attendant la création d'un compte rendu disponible dans le DPI, un résumé nous est communiqué par mail et les données sont également consignées dans un tableur. L'accord des patients est ensuite

recueilli pour être contacté à distance de l'entretien et ainsi connaitre l'évolution de la prise en charge antalgique.

- Surveillance des morphiniques

Les opiacés peuvent provoquer de graves effets indésirables, comme une sédation ou une diminution de la fréquence respiratoire. Ces 2 paramètres sont monitorés et leurs résultats peuvent être consignés dans un questionnaire intitulé « Surveillances des morphiniques », disponible sur le logiciel de prescription (Annexe 8). Dans l'audit, aucun patient n'en a bénéficié, malgré une période d'observation étendue. Ce questionnaire n'est peut-être pas connu de l'équipe soignante. Ce point précis devrait être abordé prochainement avec la cadre de l'unité.

L'analgésie multimodale a été facile à expliquer et a bien été comprise par le service. Les rhumatologues vont essayer d'utiliser davantage certaines classes jusqu'alors sous prescrites, et prescrire de façon systématique le paracétamol à doses adaptées. Le projet de sortie est désormais connu du service, mais nécessite d'être rappelé à chaque changement de semestre pour les nouveaux internes. Afin de poursuivre cette action, des formations devront également être dispensées aux externes de pharmacie et de médecine. L'impact de cette activité sera mesuré grâce au suivi téléphonique des patients, qui pourront nous informer de l'évolution de leur prise en charge antalgique et donner leur avis sur l'entretien.

Suite à la réunion avec les rhumatologues, un nouvel audit a été réalisé afin de mesurer l'évolution des pratiques.

D. Audit de réévaluation

1. Déroulement de l'audit

L'audit de réévaluation s'est déroulé du 5 au 25 avril 2021, soit 6 semaines après la réunion avec l'équipe de rhumatologues. Tous les patients souffrant de lombalgies, radiculalgies, lomboradiculalgies et fractures ostéoporotiques ont été inclus, soit un total de 22 patients.

Parallèlement, les patients vus en entretien de sortie étaient rappelés à leur domicile pour le suivi.

2. Principaux résultats

Les 4 indications ont été retrouvées sur la période d'observation, mais contrairement à l'audit ciblé ce sont les lomboradiculalgies qui étaient les plus largement représentées avec 59% des patients.

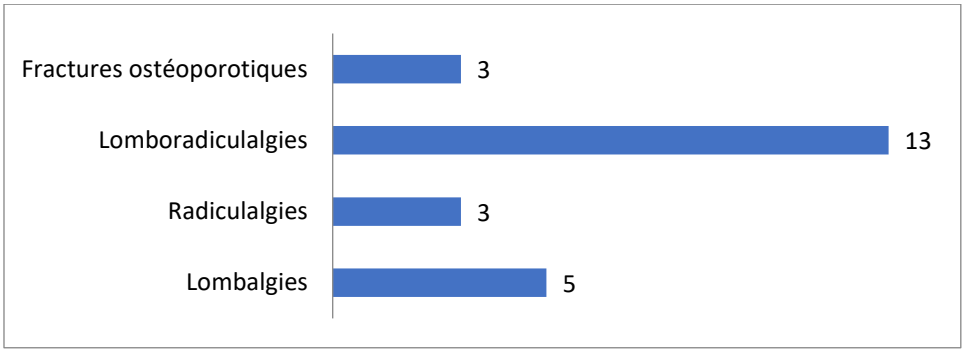


Figure 13: Répartition des indications lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie

Le faible nombre de patients ne permettra pas de faire une comparaison directe par rapport à l'audit précédent, mais donnera une tendance concernant la prise en charge. Il est à noter qu'un patient souffrant de lombosciatique n'a pas souhaité de traitement antalgique, il est donc exclu des statistiques concernant les médicaments.

- Caractéristiques des patients :

Tableau 14: Caractéristiques des patients lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie

Sexe ratio	11 femmes, 11 hommes
Moyenne d'âge (années)	66 [27 ; 91]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	11
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 90 ml/min /1,73m^2)	9
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m^2)	2
Nombre de patients souffrant d'hypertension artérielle	7
Nombre de patients naïfs d'opiacés	6
Douleurs aiguës	14
Douleurs chroniques	8

Il y avait autant d'hommes que de femmes dans cet audit de réévaluation. La moyenne d'âge était de 66 ans, ce qui était proche de la moyenne des patients lombalgiques (66 ans) et radiculalgiques (65 ans). 90% des patients avaient une clairance rénale supérieure à 72 ml/min, et 10% une clairance aux alentours de 50 ml/min. 32% des patients étaient hypertendus, et 27% n'avaient jamais reçu d'opiacés avant l'hospitalisation. La majorité des patients (64%) souffraient d'une douleur aiguë.

- Prescriptions d'opiacés :

Tableau 15: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie

Tramadol	2
Oxycodone	9
Morphine	7
Opium	1
Pas d'opiacé	3
Total	22

La molécule la plus prescrite était l'oxycodone (41%), devant la morphine (32%) et le tramadol (9%). Il est à noter la présence d'opium pour une des prescriptions. Il est également important de constater que le taux de patients pris en charge sans opiacés était identique au taux dans l'ensemble de l'audit ciblé (14%).

- Gestion des effets indésirables :

Après avoir exclu les 3 patients n'ayant pas d'opiacés, il s'avère que 89% des patients avaient une co-prescription de laxatifs. Ce taux est supérieur à celui de chacune des pathologies étudiées dans l'audit ciblé. Le taux de prescription d'anti émétique s'élevait à 11%, ce qui est proche des résultats pour les lombalgiques et radiculalgiques dans l'audit précédent.

- Paracétamol :

Le paracétamol était prescrit chez les 21 patients de cet audit. 73% des prescriptions étaient en systématique, soit presque 3 fois le taux observé lors du précédent audit (24%). Les posologies n'étaient pas toujours adaptées à l'âge ou au poids du patient et nécessitaient encore des interventions pharmaceutiques.

- Néfopam :

Le néfopam a été prescrit, de façon systématique ou non chez 11 patients (52%), ce qui est comparable au dernier taux relevé (55%). Ce chiffre doit cependant être nuancé puisque dans 6 cas, une contre-indication empêchait son utilisation (âge > 65 ans, hypertrophie prostatique). Il y a en revanche 4 patients pour lesquels aucune explication n'a été retrouvée dans le dossier patient pouvant justifier cette absence de traitement.

- AINS :

Seuls 4 patients ont bénéficié d'AINS, tous souffrant de lomboradiculalgies. En excluant ceux souffrant de fractures ostéoporotiques, le patient refusant tout traitement et les patients douloureux chroniques, il restait 9 patients. En analysant ces 9 dossiers, voici les éléments qui ont pu motiver la non-prescription d'AINS :

- Une grossesse,
- De l'asthme,
- Une cardiopathie ischémique,
- Un rein unique,
- 2 patients souffrant entre autres d'HTA et AOMI mais avec un bilan rénal normal,
- La co-prescription d'anti-agrégants plaquettaires,
- Un patient souffrant d'HTA avec une clairance rénale à 52 ml/min,
- Un patient ayant un terrain vasculaire avec une clairance rénale à 50 ml/min

- Douleurs neuropathiques

Ce sont 12 patients qui ont reçu un traitement contre les douleurs neuropathiques (57%). Il est difficile d'estimer le nombre total de candidats à cette classe d'antidouleurs puisque le DN4 n'était pas tracé systématiquement. L'un d'entre eux avait du clonazépam en gouttes, dont l'utilisation dans cette indication ne fait pas l'objet de recommandation (44). Il s'agissait de son traitement habituel, instauré depuis 2015. 10 patients (83%) avaient de l'amitriptyline buvable, et 3 (25%) de la prégabaline en 2 prises par jour, dont 2 en association avec l'amiptrityline. Cette co-prescription avait été débutée en ville dans les 2 cas. Les changements de posologie ont toujours été correctement menés de façon progressive, en regard de la tolérance du patient.

- Suivi de la douleur :

Tableau 16: Suivi de la douleur lors de l'audit de réévaluation en Rhumatologie

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	21/22
EN arrivée ≥ EN sortie	19/21
Diminution moyenne sur EN	3,2
Nombre de patients sortants avec EN ≥ 4	9

La grande majorité des patients (95%) a été évaluée avec la même échelle de douleur entre leur entrée et leur sortie d'hospitalisation. Pour les 21 dont les scores étaient comparables, ce sont 19 (90%) d'entre eux qui ont vu leur score diminuer au cours de l'hospitalisation, avec une moyenne de 3,2 points. 9 patients sont sortis avec un score d'EN≥ 4 et pouvaient nécessiter des opiacés.

- Ordonnance de sortie

16 ordonnances de sortie comportaient un opiacé, et un 17e patient avait un opiacé évoqué dans son compte rendu d'hospitalisation. Sur les 16 ordonnances avec opiacés, 8 étaient justifiées (50%) avec un score d'EN≥ 4. 7 ordonnances en revanche ont été faites malgré un score d'EN égal à 3, à 2 ou même 0 pour 5 d'entre elles. La dernière ordonnance avec un opiacé était en regard d'une EVS à 1.

Au moins 2 ordonnances étaient de courte durée (15 jours) et portaient la mention « A réévaluer par le médecin traitant ». C'est vers ce genre d'ordonnance que pourraient tendre à terme les ordonnances de sortie du service.

- Entretien de sortie

Depuis avril 2021, ce sont 9 patients qui ont pu bénéficier de cette prise en charge. Ce très faible chiffre peut s'expliquer par de multiples raisons, la principale étant de manquer la sortie du patient. En effet, l'équipe médicale n'a pas toujours le réflexe de prévenir l'externe en pharmacie. De plus, l'externe n'étant présente que le matin dans le service, toutes les sorties l'après-midi ne sont pas vues. Beaucoup de patients très âgés ne sont pas inclus : ils ne gèreront pas leur traitement et/ou peuvent souffrir de démence. Enfin, de nombreux retours se font en Soins de Suite et Réadaptation (SSR). Afin d'augmenter le nombre de patients vus, les externes de médecine seront bientôt sollicités car présents en grand nombre toute la journée.

A la suite de l'entretien, les retours des patients sont unanimes : ils sont très satisfaits d'avoir des informations sur cette thématique. Tous les patients ont ensuite souhaité être rappelés pour leur suivi.

Lors de rappels téléphoniques, 66% étaient toujours sous opiacés. En effet, leurs médecins traitants avaient renouvelé leurs ordonnances malgré une douleur en diminution d'après les patients, ou certains étaient toujours douloureux mais ne prenaient aucun palier I. L'un des médecins généralistes a supprimé un des éléments de l'analgésie multimodale, le néfopam, sous prétexte qu'il n'a aucune efficacité.

3. Discussion

L'analgésie multimodale a plus ou moins été faite lors de cet audit de réévaluation. La prescription de paracétamol en systématique a plus que triplé en 6 semaines, ce qui montre que ce message a été accepté et appliqué par les prescripteurs. Ainsi, il n'est pas rare de lire dans les comptes rendus d'hospitalisation que le paracétamol est prescrit en systématique dans le but de « potentialiser l'efficacité du traitement morphinique ». Le nombre d'interventions pharmaceutiques pour l'application d'une posologie adaptée au poids et à l'âge du patient a certes diminué mais semble toujours nécessaire. L'âge est pourtant bien pris en compte dans les prescriptions de néfopam, puisqu'aucun patient de plus de 65 ans n'en bénéficie. Au-delà du respect des contre-indications concernant le néfopam, il n'a pas été utilisé toutes les fois où cela aurait été possible. La rédaction de protocoles pourrait être proposée, afin de toujours prescrire paracétamol et néfopam dans les situations aiguës et en l'absence de contre-indications.

Les réflexions apportées par les rhumatologues ont permis d'élaborer une grille d'audit plus précise, permettant le recueil des comorbidités et des co-médications par anti-hypertenseurs ou anti coagulants par exemple. Un motif a ainsi pu être mis en évidence dans chacune des 9 situations où les AINS ne sont pas prescrits. Certaines peuvent être discutables : en effet bien qu'il faille surveiller un traitement par AINS chez les patients hypertendus, leur utilisation n'est contre indiquée que si l'HTA n'est pas contrôlée.

Les médicaments utilisés pour les douleurs neuropathiques ont été correctement utilisés, à l'exception d'une prescription d'amitriptyline en 4 prises par jour. Pour les 10 patients chez qui ces thérapeutiques sont absentes, 6 avaient un score d'EN à 0 ou une EVS à 1 et n'en avaient donc pas besoin. Concernant les 4 derniers, il s'agissait de patients lombalgiques ne souffrant pas de douleurs neuropathiques.

L'analgésie multimodale est également passée par la prescription de topiques (patch de lidocaïne) et d'infiltrations épidurales de corticoïdes. Des moyens non médicamenteux complètent l'arsenal thérapeutique : la kinésithérapie, la balnéothérapie… Certains patients vont également bénéficier d'un suivi psychologique pour compléter leur prise en charge (14).

Concernant la sortie des patients, on peut malheureusement toujours noter l'existence d'ordonnances de sortie malgré des niveaux de douleur à 0. Il aurait probablement été plus pertinent de prendre en compte la moyenne des scores durant l'hospitalisation et pas seulement celui au moment de la sortie pour comprendre le choix des rhumatologues. Néanmoins, l'une d'elle a pourtant été faite alors qu'aucune interdose n'a été tracée comme administrée durant le séjour. Cet aspect peut donc encore être amélioré.

Bien que le nombre d'ordonnances de sortie contenant un opiacé soit encore un peu élevé, les prescripteurs diminuent régulièrement les posologies de morphiniques en cours d'hospitalisations pour débuter le sevrage et le précisent dans les CRH. Certains contiennent également la notion de réévaluation à faire par le médecin traitant, preuve que notre message a bien été entendu.

Le bilan des entretiens patients ne semble pas très positif, nos efforts étant freinés par le lien avec la ville. Fort de ce constat, il serait intéressant de sensibiliser les médecins généralistes à cette thématique afin d'améliorer ces retours. Une proposition serait de contacter les médecins traitants avant la sortie du patient pour discuter de l'antalgie en cours et d'évoquer la plaquette patient comme support pour la réévaluation du traitement. La réalisation d'entretien opiacés va progressivement s'inscrire dans les habitudes du service et le nombre de patients devraient progressivement augmenter. Ces différents éléments devraient à terme diminuer cette proportion de patients sous opiacés à 3 mois.

Pour la suite de ce projet, il serait profitable aux patients et à l'équipe de Rhumatologie de le faire perdurer. La question à se poser est la suivante : quel interne/pharmacien pourra s'impliquer ? L'idéal serait de pouvoir déployer un pharmacien clinicien dans le service. En attendant, les externes de pharmacie seront formés par le pharmacien en charge du service. Ceux-ci pourront à leur tour former les externes de médecine, qui seront alors sensibilisés au sujet au cours de leur cursus universitaire. Enfin, afin d'améliorer la traçabilité de l'activité pharmaceutique, il est évoqué la possibilité de faire un compte rendu qui serait disponible dans DxCare.

Au cours de l'audit, une patiente a présenté un épisode de surdosage avec une faible dose de morphine : 10mg matin et soir. Elle a souffert de bradypnée, myosis bilatéral réactif et désaturation à 84%, qui ont été traités avec succès grâce à la naloxone. Bien qu'elle soit très

âgée, elle ne présentait pas d'autres comorbidités. Cet exemple doit rappeler à tous que cette classe d'antalgique peut être responsable de graves effets indésirables, même à faibles posologies.

II. MALADIES INFECTIEUSES

Le service des Maladies Infectieuses du CHU de Rennes compte 22 lits où sont hospitalisés des patients pour des infections sévères. L'antalgie n'est pas un motif d'hospitalisation dans cette unité de soins.

A. Déroulement du processus d'audit en Maladies Infectieuses

L'objectif de ces audits était également de s'interroger sur la pertinence des prescriptions d'opiacés dans ce service. De la même façon, le recueil de données a pu être effectué à partir du DPI et toutes les prescriptions d'opiacés ont été incluses. La grille a repris les informations suivantes :

- L'identité des patients : nom, prénom, date de naissance
- Leurs antécédents
- Le motif d'hospitalisation
- L'indication du traitement antalgique
- L'identité du prescripteur
- Si le patient est naïf d'opiacé ou non
- L'évaluation de la douleur à l'instauration des opiacés et à la sortie du patient
- Les modalités de prescription de l'antalgique : molécule, posologie, fréquence, voie d'administration, en si besoin/systématique, durée de traitement
- La traçabilité des prises de l'antalgique par les infirmières
- Les prescriptions associées (autres antalgiques, corticoïdes, laxatifs, anti émétiques)
- L'utilisation d'un questionnaire de surveillance des opiacés : sédation et fréquence respiratoire
- L'ordonnance de sortie.

La différence par rapport au précédent service est l'ajout de l'identité du prescripteur. En effet, les patients de Maladies Infectieuses peuvent provenir de services très variés et leurs ordonnances peuvent donc émaner de différents prescripteurs, contrairement aux patients de Rhumatologie qui viennent majoritairement du domicile.

B. Audit préliminaire

1. Déroulement de l'audit

Un premier audit a eu lieu sur une période de 4 semaines, du 25/11/2019 au 22/12/2019. Toutes les ordonnances contenant un opiacé de palier II ou III ont été incluses afin de dresser un premier constat des pratiques dans ce service.

2. Principaux résultats

a) Profil des patients

Tableau 17: Caractéristiques des patients lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses

Nombre de patients	37
Sexe ratio	10 femmes, 27 hommes
Nombre de patients moyen avec une prescription d'opiacé par jour	8 (36% des patients hospitalisés)
Moyenne d'âge (années)	60 [22-86]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	20 (54%)
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 89 ml/min /1,73m^2)	11 (30%)
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m^2)	2
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale modérée (30 à 44 ml/min/1,73m^2)	1
Nombre de patients dialysés	2

37 patients ont été inclus dans l'audit avec une moyenne d'âge de 60 ans. Le nombre de patients moyen avec une prescription d'opiacé était de 8 soit 36% des patients hospitalisés. 84% des patients étaient normo rénaux ou légèrement insuffisants rénaux.

b) Indications des opiacés

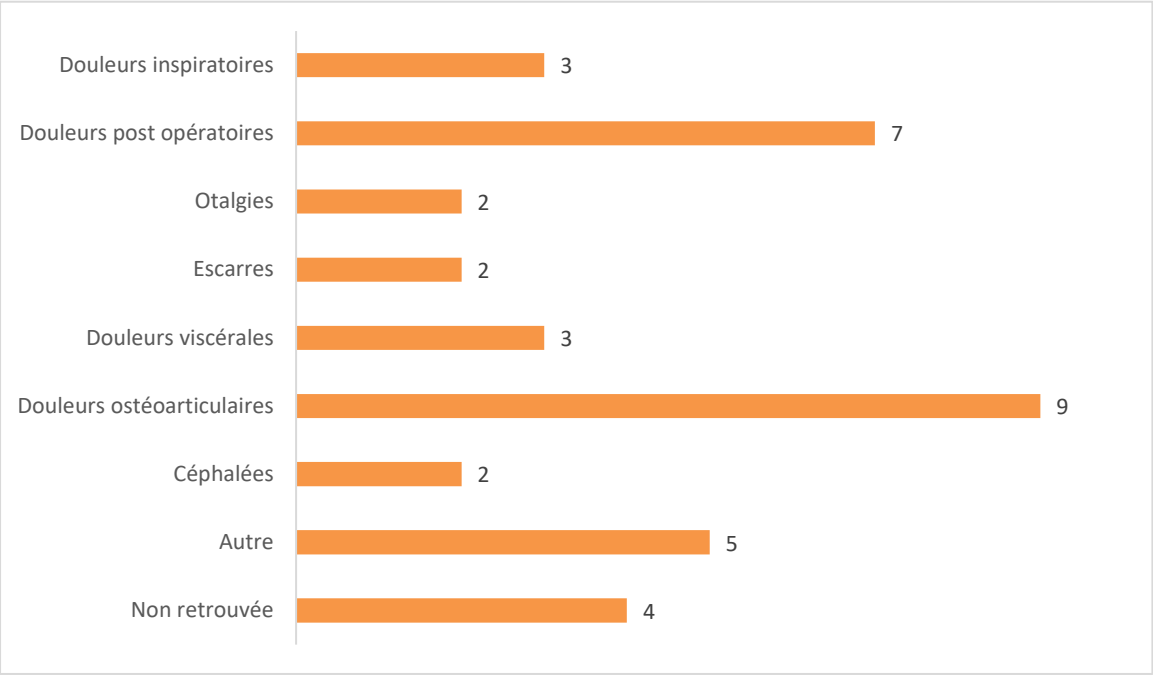


Figure 14: Répartition des indications lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

De multiples indications pour l'utilisation des opiacés ont été retrouvées. Les principales étaient en lien avec des douleurs ostéoarticulaires, et des douleurs post opératoires.

Ces douleurs post opératoires pouvaient être dues :

- A des amputations d'orteils, de tibia ou encore ilio abdominale,
- A des changements de valve mitrale,
- A la mise en place d'un espaceur au niveau de la hanche,
- En regard du site d'une arthrodèse.

Moins fréquemment, les opiacés étaient prescrits pour des douleurs respiratoires liées à la tuberculose et pour des douleurs viscérales. Enfin, 2 patients ont été traités dans chacune de ces indications : des otalgies, des douleurs d'escarres et des céphalées.

D'autres indications n'ont pas pu être regroupées et ont été classées dans « autre » :

- Mal perforant plantaire,
- Plaies et ulcères sur les membres inférieurs,
- Placards inflammatoires en regard de fistule,
- Douleurs liées à des embols au niveau des pieds.

Il est à noter qu'aucune indication n'a pu être trouvée chez 4 patients (11%).

c) Primo prescriptions

Le nombre de patient naïfs d'opiacés s'élevait à 23. Il s'agissait donc de la première prise d'opiacés pour 62% des patients de l'audit.

Concernant les 14 autres patients, les infectiologues ont poursuivi un traitement par opiacé déjà instauré. Pour au moins 4 patients, il s'agissait de transfert d'autres unités de soins (UDS) et le traitement n'a pas été modifié.

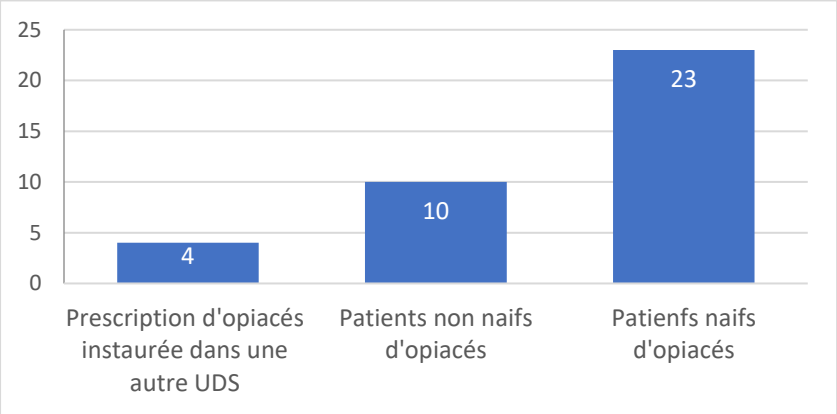


Figure 15: Part des primo prescriptions lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses

d) Molécules prescrites

La répartition du nombre de prescription par molécule était la suivante :

Tableau 18: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses

Tramadol	23
Oxycodone	8
Morphine	3
Association d'opiacés	3
Total	37

La grande majorité des prescriptions était à base de tramadol à 62%. L'oxycodone représentait 22% des ordonnances, et la morphine 8%. Les derniers 8% étaient des ordonnances combinant du tramadol et de l'oxycodone ou encore du fentanyl avec de l'oxycodone.

e) Voie IV/PO

Sur les 37 patients, 4 ont reçu l'opiacé par voie IV. Les différentes justifications de l'utilisation de cette voie étaient :

- Patient en contexte de soins palliatifs pour qui tous les traitements étaient prescrits en IV
- Instauration aux urgences sur avis neurochirurgical
- Troubles digestifs rendant la voie PO impossible
- Période post chirurgicale

f) Gestion des effets indésirables

12 patients (32%) avaient au moins une prescription de laxatifs. Il s'agissait majoritairement de macrogols, mais certains avaient également des lavements par Normacol® ou Microlax®. 2 avaient un anti émétique, du métoclopramide ou de l'ondansétron. Ce dernier était prescrit dans un contexte post opératoire.

g) Evaluation de la douleur

Les patients ont majoritairement été évalués grâce à l'EN. A l'entrée dans le service, seuls 2 patients ont bénéficié d'une autre échelle : l'EVS pour l'un, Algoplus pour l'autre. Ce dernier patient était hospitalisé dans le service de Maladies Infectieuses dans un contexte palliatif, qui justifiait l'utilisation de cette échelle.

Devant la part importante de primo prescriptions, il était important de savoir si les instaurations d'opiacés étaient bien corrélées avec l'évaluation de la douleur. Un traitement antalgique est inapproprié si le score d'EN≤3 sans antalgique. Il s'avère que 14 prescriptions étaient dans ce cas de figure, et ne semblaient donc pas justifiées.

Les antalgiques prescrits en si besoin ont été administrés au moins une fois pour 26 patients. Inversement, 11 patients (30%) n'avaient aucune traçabilité dans leur DPI ce qui laisse un doute sur leur réelle administration.

Tableau 19: Suivi de la douleur lors de l'audit préliminaire en Maladies Infectieuses

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	34/37
EN arrivée ≥ EN sortie	32/34
Diminution moyenne sur EN	2
Nombre de patients sortants avec EN ou EVA ≥ 4	5

3 patients n'ont pas été testés via la même échelle de douleur entre le début et la fin de l'hospitalisation dans le service. En effet, des échelles comme l'EVA, Algoplus et EVS ont été utilisées avec l'EN. Il a donc été possible de mesurer l'évolution de la douleur pour 34 patients. 32 d'entre eux ont vu leur douleur diminuer, et ce avec une moyenne de 2 sur l'EN. Seulement 5 patients sont sortis avec un score ≥ 4 qui justifient la poursuite d'un traitement par opiacé.

h) Ordonnances de sortie contenant un opiacé

Il a été retrouvé dans l'audit 21 ordonnances de sortie avec un opiacé soit 57% des patients. Parmi ces 21 ordonnances, 18 sont corrélées à des scores d'EN<4 voire EN=0 pour 14 d'entre elles (66%).

Les opiacés étaient en monothérapie pour au moins 2 ordonnances de sortie, l'analgésie multimodale n'était donc pas respectée.

3. Discussion

Le service de Maladies Infectieuses a été audité puisqu'un précédent audit avait mis en évidence une consommation élevée d'opiacés. Les infectiologues attribuaient cela à une importante population de toxicomanes dans le service. Cette théorie n'a pas pu être étayée dans cet audit, puisqu'un seul patient était sous méthadone. Ce dernier s'est vu prescrire en plus de son traitement substitutif du tramadol dans le cadre de douleurs inspiratoires liées à la tuberculose.

Il n'a pas toujours été aisé de trouver les indications des antalgiques dans les dossiers, et certaines des indications peuvent être discutées. Les opiacés ne sont par exemple pas recommandés pour les céphalées (45) (11), et aucune recommandation ne suggère leur utilisation dans le cadre de douleurs respiratoires. Il est en revanche possible de les utiliser dans le cadre des otites externes (46), qui sont responsables d'otalgies très importantes. Pour 4 patients, il n'a pas été possible de connaitre l'indication. Aucune pathologie douloureuse n'était notée dans leurs antécédents, et aucune observation médicale ou paramédicale n'en faisait mention.

La part des patients naïfs était importante (62%). Les prescriptions émanaient aussi bien de médecins infectiologues que d'internes de chirurgie ou d'internes de garde. La fonction du prescripteur n'est donc pas corrélée à ce taux de primo-prescriptions.

La prescription d'opiacés comme de tout antalgique doit tenir compte de la douleur objectivée : il était donc surprenant de trouver 14 ordonnances d'opiacés malgré un score

d'EN≤3 sans antalgique. Il est néanmoins important de souligner que l'analgésie multimodale est difficile à réaliser dans le service des Maladies Infectieuses. En effet, il est important de ne pas masquer la fièvre chez ces patients, ce qui limite l'utilisation d'antipyrétique comme le paracétamol. Malgré cette recommandation, 78% des patients ont reçu du paracétamol à un moment donné de leur hospitalisation, de façon systématique ou non. Les AINS risquant de compliquer les états infectieux, ils n'ont pas été retrouvés au cours de l'audit.

Parmi les opiacés prescrits, on remarque une large part pour le tramadol. Cela peut s'expliquer par le fait que les scores de douleurs étaient faibles, et parce que certains prescripteurs sont des internes de chirurgie ou d'anesthésie. En effet, les prescriptions pour les douleurs post opératoires sont majoritairement réalisées par le service de chirurgie, où cette molécule fait partie des protocoles de prise en charge.

Le recours à la voie IV pour les opiacés était une inquiétude des membres du CLUD puisque le service de Maladies Infectieuses ne dispose pas de pompe PCA (Patient Controlled Analgesia). Les résultats ont cependant montré que peu de patients étaient concernés (11%) et que les raisons motivant ce choix de voie d'administration étaient valables.

Concernant la gestion des effets indésirables, le taux de prescription de laxatifs semble très faible. Une explication issue des observations est la co-prescription d'antibiotiques responsables de diarrhées. Il n'y avait donc pas d'indication à ajouter un laxatif chez ces patients.

L'étude de l'administration des prises de morphiniques en si besoin a montré un faible taux de traçabilité par les infirmières. 2 hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces chiffres : l'administration n'a pas toujours été tracée, ou les patients ne souffraient pas donc n'avaient pas besoin du traitement. On pourrait pencher pour la seconde hypothèse étant donné que seuls 5 patients avaient un score d'EN≥ 4 à la sortie. Ce petit nombre de patients douloureux n'a pourtant pas empêché la sortie de 18 patients sous opiacés en ayant un score d'EN<4. Ce qui est le plus problématique est le fait que sur ces 18 prescriptions, 14 ont été faites en regard d'un score d'EN à 0.

4. Axes d'amélioration

L'ensemble des résultats a été présenté à un médecin infectiologue et à une infirmière référente de la douleur du service. Certains points ne nécessitaient pas de discussion particulière, comme le taux de primo prescriptions ou l'utilisation de la voie IV. D'autres en revanche méritaient plus d'attention.

- Les indications :

Beaucoup ont été très difficiles à déterminer, avec peu de justifications dans les observations médicales ou paramédicales. Alerté sur cet aspect, le prescripteur s'est engagé à communiquer auprès de ses collègues pour clarifier le motif de prescription des antalgiques. La multitude d'indications retrouvées n'était pas surprenante pour lui, et les cas d'opiacés dans le cadre de céphalées sont trop peu nombreux pour être évoqués en réunion de service.

- L'évaluation de la douleur :

Le médecin infectiologue était relativement surpris du nombre de prescriptions de morphiniques alors que la douleur n'était pas toujours objectivée. Ce point sera abordé avec les autres prescripteurs.

- L'analgésie multimodale :

Pour les raisons déjà évoquées, il est difficile d'utiliser le paracétamol ou les AINS lors d'une infection. Le nombre de prescriptions de paracétamol était déjà plus important que ce qu'imaginait le service. Le seul palier I encore exploitable serait le néfopam, mais il est déjà utilisé chez 38% des patients. Il pourrait l'être plus largement mais les infectiologues respectent les contre-indications, à savoir le glaucome, les troubles urétroprostatiques et les convulsions. Ces dernières peuvent être provoquées par certains antibiotiques comme le linézolide, qui est largement utilisé : l'association avec le néfopam n'est donc pas recommandée dans de nombreux cas. Un travail bibliographique a été effectué à la demande des infectiologues afin de savoir si l'on peut s'affranchir de ces contre-indications, mais le sujet n'est pas abordé dans les bases de données. Néanmoins, les prescripteurs s'engagent à prescrire cette molécule dès que cela est possible, et ce de façon systématique.

- La traçabilité de l'administration des prises :

L'infirmière du réseau douleur du service était surprise du faible taux de traçabilité des opiacés en si besoin. Son analyse était plutôt que la traçabilité n'était pas toujours faite, car chronophage. Ce sujet sera abordé avec les autres infirmières afin d'insister sur l'importance de ce suivi pour les patients.

- Les ordonnances de sortie :

Afin de limiter le grand nombre d'ordonnances de sortie contenant un opiacé de façon non justifiée, plusieurs idées ont été formulées. Tout d'abord, la douleur du patient pourrait être évoquée lors du staff hebdomadaire réunissant le personnel médical et paramédical. Ainsi, une adaptation du traitement antalgique pourrait être faite régulièrement au cours de l'hospitalisation, en se basant sur des traçabilités plus fiables des prises. Ensuite, une idée

de « check list de sortie » a été évoquée. Ce document, déjà en cours de rédaction par un des infectiologues, contient la liste des points à valider afin de préparer la sortie d'un patient. Il serait donc possible d'agrémenter cette liste avec la notion de réévaluation du traitement antalgique, pour éviter la rédaction d'ordonnances sécurisées non justifiées.

C. Audit de réévaluation

Cet audit a été réalisé après que d'autres prescripteurs aient été informés du projet, des chiffres, et des propositions d'améliorations déjà formulées.

1. Déroulement de l'audit

L'audit de réévaluation s'est déroulé du 5 au 25 avril 2021, incluant 20 patients sous opiacés.

2. Principaux résultats

a) Profil des patients

Tableau 20: Caractéristiques des patients lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

Nombre de patients	20
Sexe ratio	10 femmes, 10 hommes
Moyenne d'âge (années)	63 [33 ; 86]
Nombre de patients ayant une fonction rénale normale	14 (70%)
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère (60 à 89 ml/min /1,73m^2)	3
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée (45-59 ml/min/1,73m^2)	1
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale modérée (30 à 44 ml/min/1,73m^2)	1
Nombre de patients ayant une insuffisance rénale sévère (15 à 29 ml/min/1,73m^2)	1

Le nombre de patients sous opiacés est bien inférieur à celui du premier audit. La période d'observation est plus courte, mais ne peut expliquer à elle seule cette diminution. Il y avait autant d'hommes que de femmes, d'une moyenne d'âge de 63 ans. 70% avaient une fonction rénale normale, et un seul patient souffrait d'une insuffisance rénale sévère.

Le profil des patients lors de cet audit ne permettra pas une comparaison directe avec l'audit préliminaire puisque les populations semblent différentes.

b) Indications

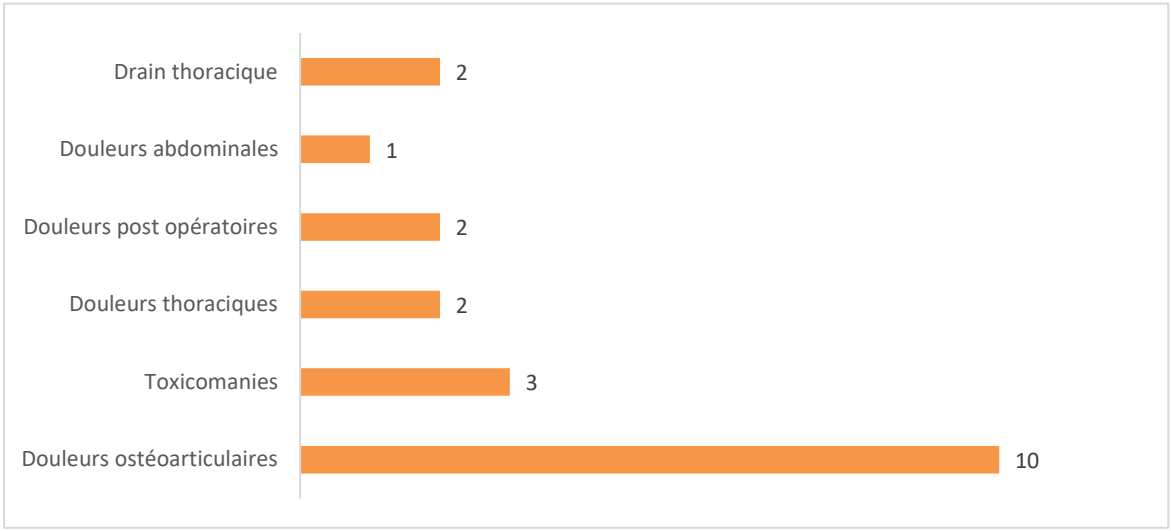


Figure 16: Répartition des indications lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

Parmi les indications retrouvées, les douleurs ostéoarticulaires représentaient 50% des patients, suivies du traitement des toxicomanies pour 15%. Des douleurs liées à la présence de drain thoracique, douleurs post opératoires et douleurs thoraciques inspiratoires représentaient chacune 10% des patients. Enfin, un seul patient était traité par morphinique pour des douleurs abdominales. Toutes les indications au traitement antalgique ont pu être identifiées.

c) Primo prescriptions

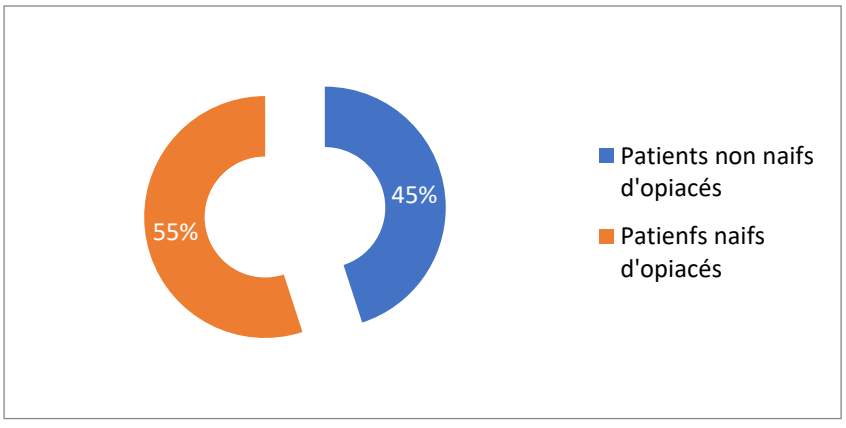


Figure 17: Part des primo prescriptions lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

Les patients n'ayant jamais eu d'opiacés avant le service des Maladies Infectieuses représentaient 55% des prescriptions. Pour les autres patients, leurs traitements par morphiniques avaient débuté à domicile ou dans un autre service de soins.

d) Molécules prescrites

La répartition du nombre de prescription par molécule était la suivante :

Tramadol	2
Oxycodone	10
Morphine	5
Rotation des opiacés	3
Total	20

Figure 18: Répartition des molécules prescrites lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

Contrairement au premier audit, l'oxycodone et la morphine étaient majoritairement prescrits, représentant respectivement 50% et 25% des ordonnances. Seulement 10% des patients étaient sous tramadol. Les patients restants se sont vu prescrire différents morphiniques au cours de leur hospitalisation : 2 ont bénéficié d'une rotation des opiacés, et le dernier est passé d'un palier III à un palier II lorsque sa douleur a diminué.

e) Voie IV/PO

Seul 1 patient avait des opiacés prescrits en IV car des douleurs pharyngiennes importantes liées à une infection au SARS Cov 2 empêchaient la voie orale.

f) Gestion des effets indésirables

Les laxatifs étaient prescrits chez 12 patients (60%), souvent à base de macrogols. Des lavements par Microlax® et Normacol® ont été utilisés, ainsi que des suppositoires d'Eductyl®. 6 patients étaient sous anti émétique, dont 83% sous ondansétron.

g) Evaluation de la douleur

Un patient n'a pas eu d'évaluation de sa douleur pendant la semaine précédant sa sortie et est donc exclu des statistiques comparant le score entre ces deux moments. Les calculs ont donc été faits sur la base de 19 patients.

Tableau 21: Suivi de la douleur lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

Utilisation de la même échelle entre l'arrivée et la sortie du patient	18/19
EN arrivée ≥ EN sortie	18/18
Diminution moyenne sur EN	2
Nombre de patients sortants avec EN ou EVA ≥ 4	3

Un patient a été évalué par l'EN à son entrée et à l'EVS pour la sortie. Pour tous les patients évalués par l'EN, le score a toujours diminué entre le début et la fin de l'hospitalisation de 2 en moyenne. A la sortie, 3 patients avaient un score ≥ 4.

h) Ordonnances de sortie contenant un opiacé

Voici les différentes situations à la sortie des patients :

- 10 patients (50%) avaient une ordonnance de sortie contenant un opiacé, généralement pour 28 jours. Un seul a vu la posologie de son morphinique diminuer avant la sortie
- 6 patients (30%) n'avaient pas d'opiacés sur l'ordonnance de sortie, mais pour 2 d'entre eux des opiacés étaient mentionnés dans la LLS.
- 4 patients (20%) n'avaient pas d'ordonnances de sortie enregistrées dans le DPI, mais pour 3 d'entre eux un opiacé figurait dans la LLS.

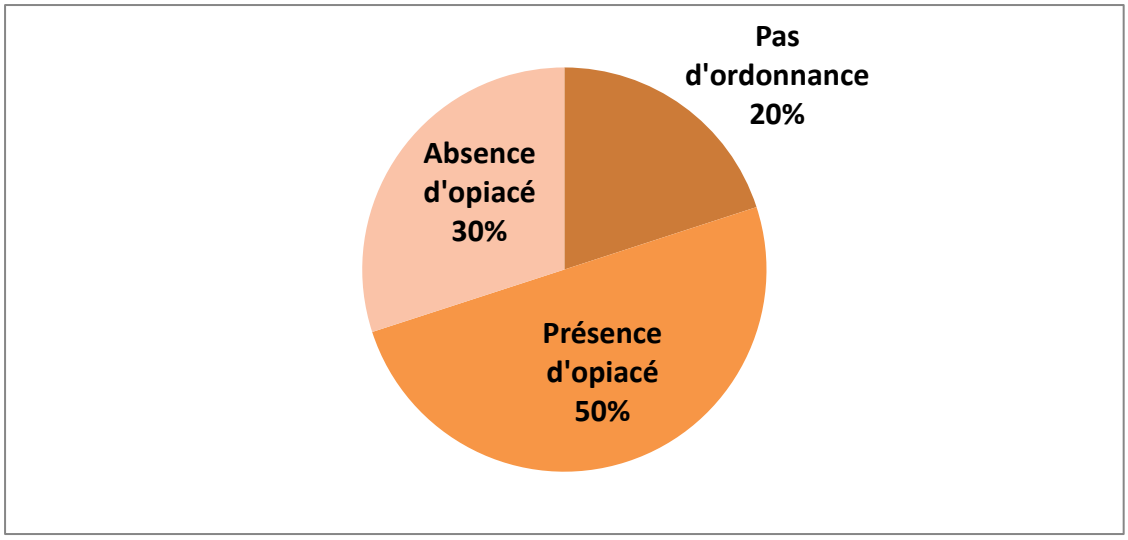


Figure 19: Présence d'un opiacé sur l'ordonnance de sortie lors de l'audit de réévaluation en Maladies Infectieuses

Ainsi, le pourcentage de patients avec un morphinique à la sortie était de 50% en prenant uniquement en compte les ordonnances, mais s'élevait à 75% en y ajoutant les éléments figurant sur les LLS.

Pour les 10 patients avec un opiacé prescrit sur l'ordonnance de sortie, 6 avaient un score d'EN nul, et auraient en théorie pu s'en passer.

3. Discussion

Tout d'abord, cet audit a recruté un faible nombre de patients, de par sa courte durée. Il était cependant important de le réaliser durant le semestre où la communication s'est faite auprès du service, avant le changement d'internes.

Les patients ne semblaient malheureusement pas comparables avec le premier audit, en terme de sexe ratio et de fonction rénale. D'autres différences ont été mises en évidence, comme les indications ou le choix des molécules.

Les indications relevées ont mis en évidence les toxicomanies évoquées dès le début de l'audit par les prescripteurs, avec 15% des prescriptions. En revanche, les douleurs ostéoarticulaires étaient toujours majoritaires (lombalgies, spondylodiscite, chondrocalcinose, polyarthrite rhumatoïde…). Contrairement au premier audit, toutes les indications ont pu être identifiées, les prescripteurs les ayant explicitées dans le DPI. Cependant, des douleurs thoraciques ont de nouveau motivé la prescription d'opiacés alors que ce n'est pas recommandé. Certaines prescriptions ont même été détournées afin de traiter des maux de gorge.

Le taux de primo prescriptions a diminué entre les audits, passant de 62 à 55% des prescriptions. Il n'est pas possible de savoir si cette diminution est significative devant ce faible nombre de patient, mais cette tendance est encourageante.

Les paliers III ont été prescrits en majorité dans ce nouvel audit, alors que le tramadol était largement représenté dans le premier. Cela pourrait s'expliquer par la diminution des indications en rapport avec des services de chirurgie, puisque les douleurs post opératoires ne représentaient plus que 10% des indications, versus 19% lors de l'audit préliminaire. Les prescripteurs du service ont également changé, puisque ces audits ont été réalisés à plus d'un an d'intervalle. En analysant plus finement les prescriptions de paliers III dans le service, on remarque hélas que 7 d'entre elles (39%) étaient associées à un score de douleur à 0. Ce point reste donc à améliorer.

Un seul patient n'a bénéficié d'aucune autre co antalgie par palier I. Les 19 autres (95%) avaient au moins du paracétamol en si besoin, toujours pour éviter de masquer de la fièvre. Pour 11 d'entre eux (55%), le néfopam y était associé. Les patients sans néfopam étaient soit âgés (n=3), souffraient d'épilepsie (n=1) ou de glaucome (n=1). Aucune explication n'a été trouvée pour les 5 autres patients. En augmentant nettement la co prescription de paliers I, les prescripteurs améliorent l'analgésie multimodale.

La traçabilité des prises en si besoin a également augmenté, passant d'au moins une prise tracée pour 70% des patients à 100% des patients. Ainsi, on peut penser que le rappel fait à

ce sujet a motivé les équipes pour améliorer cet acte. Les médecins ont donc une traçabilité plus exhaustive des prises et peuvent en théorie plus facilement adapter les prescriptions.

Le message concernant l'utilisation d'une échelle de douleur unique au cours de l'hospitalisation est également bien passé : 95% des patients ont été évalués par l'EN au cours de leur hospitalisation.

Avec 50% d'ordonnances de sortie contenant un opiacé, on pourrait conclure à une légère amélioration par rapport à l'audit préliminaire (57%). Malheureusement, ce chiffre est largement sous-estimé du fait qu'il manquait 4 ordonnances, et que si l'on prenait en compte les LLS cela pourrait s'élever à 75% des patients. Pour rappel, seuls 25% des patients semblaient éligibles à la poursuite du traitement par opiacé au vu des scores de douleur. On peut également citer le cas d'un patient ayant souffert de troubles de la vigilance liés aux morphiniques au cours de son séjour, mais qui malgré la suspension du traitement, s'est vu reconduire ces traitements à son retour à domicile. La réévaluation du traitement antalgique reste donc un point à améliorer. Néanmoins, certains dossiers sont encourageants, avec la notion de diminution progressive au cours de l'hospitalisation, et de réévaluation antalgique lors d'un suivi en hôpital de jour.

4. Axes d'amélioration

Malgré une franche progression sur les notions d'indications, d'analgésie multimodale ou encore de traçabilité, 2 axes doivent faire l'objet d'un suivi approfondi.

- <u>La prise en compte de l'évaluation de la douleur à l'entrée du service</u>

Ce point précis a été évoqué lors de la présentation des résultats de l'audit préliminaire. Néanmoins, devant l'augmentation de la part des paliers III dans l'audit de réévaluation, il parait de nouveau important d'en faire part au service. Sur les 7 ordonnances corrélées à EN=0, 5 étaient des primo prescriptions, principalement en si besoin. Le staff hebdomadaire en collaboration avec les paramédicaux devraient aider à diminuer ce nombre d'ordonnances ne semblant pas justifiées.

- <u>La réévaluation antalgique avant la sortie</u>

Après discussion avec les prescripteurs, l'idée de la check liste de sortie n'a pas été adoptée par les internes car ceux-ci étaient d'une part très occupés en cette période de pandémie, d'autre part expérimentés et n'estimant pas en avoir besoin. Il a été évoqué comme nouvelle piste le fait d'avoir des prescriptions d'antalgiques de courte durée, afin de les réévaluer plus régulièrement. Un système d'alerte sur le logiciel lorsque la prescription n'a pas été modifiée

depuis un certain temps a également été évoqué, mais il existe déjà beaucoup de message « pop up » pour les prescripteurs, qui ne sont pas toujours pris en compte. Enfin, la dernière idée était d'impliquer les externes de pharmacie présents dans le service. Ces derniers pourraient vérifier l'intérêt des médicaments de l'ordonnance de sortie, en interrogeant le patient et en analysant les traçabilités. La réévaluation serait donc faite avant la sortie, et éviterait aux internes la rédaction de nombreuses ordonnances sécurisées inutiles. Pour les patients nécessitant une prescription de morphinique lors du retour à domicile, un entretien patient pourrait être développé sur les mêmes bases que ceux réalisés dans le service de Rhumatologie.

DISCUSSION GENERALE ET PERSPECTIVES

Les audits menés dans les services de Rhumatologie et de Maladies Infectieuses ont permis de dresser des constats similaires. Tout d'abord, l'analgésie multimodale n'est pas toujours appliquée : le morphinique peut ainsi être administré en monothérapie si les antalgiques de paliers I sont prescrits en si besoin. L'intérêt des différents paliers I n'est pas toujours compris, alors que cette mesure est nécessaire pour pouvoir diminuer à terme les doses d'opiacés. Ensuite, on constate que la réévaluation du traitement n'est que peu réalisée, malgré une bonne évaluation de la douleur par l'équipe paramédicale. Fatalement, cela aboutit en un nombre important de patients sortants avec des opiacés alors que cela n'est pas nécessaire. Le suivi téléphonique des patients vus en entretiens a montré que cette réévaluation du traitement n'est pas toujours effectuée par le médecin traitant, qui a tendance à renouveler l'ordonnance. Les patients sortants peuvent ainsi être sous opiacés durant des mois, augmentant fortement les risques de dépendance. Fort de ce constat, il est donc souhaitable de limiter au maximum ces ordonnances de sortie contenant un morphinique.

Afin de limiter ces risques, des rappels sur l'analgésie de façon générale ont pu être faits. Tout d'abord, l'indication doit pouvoir être facilement identifiable, et doit être justifiée par un score de douleur >3. Cette évaluation de la douleur doit idéalement être faite en utilisant la même échelle tout au long de l'hospitalisation. Une traçabilité exhaustive des interdoses permet de réaliser la réévaluation du traitement, afin de pouvoir diminuer dès que possible les posologies des morphiniques.

L'analgésie multimodale quand elle est possible, doit permettre de diminuer le recours aux morphiniques ou du moins leurs posologies. Les possibilités thérapeutiques ont pu être étudiées précisément en Rhumatologie dans le cadre des 4 indications sélectionnées. La prescription de façon systématique du paracétamol quand cela est possible est déjà un bon début de modification des pratiques. Le recours au néfopam reste l'objet de discussions dans les services de Rhumatologie et de Maladies Infectieuses car cette classe souffre de quelques contre-indications, qu'il convient de vérifier au préalable. Malgré notre intervention, les AINS et les traitements contre les douleurs neuropathiques dans le service de Rhumatologie sont également toujours sous prescrits. Des actions plus ciblées seront envisagées après concertation avec le CLUD.

Le dernier axe d'amélioration s'articulait autour des ordonnances de sortie comprenant un opiacé sans justification notoire. La présentation des audits auprès des équipes a permis une prise de conscience en la matière, avec des efforts en termes de prescription raccourcie, de

posologies diminuées ou décroissantes et de réévaluation à faire par le médecin traitant. Ces prescriptions restent cependant encore trop rares. De plus, d'autres solutions que celles présentées devront être trouvées pour augmenter la réévaluation des morphiniques à la sortie. Pour les patients sortants de Rhumatologie avec une prescription de morphinique, un entretien patient a été proposé. Cette activité pharmaceutique a non seulement permis de renforcer les échanges avec les rhumatologues, mais également de s'assurer de la réévaluation du traitement avant la sortie. Après avoir informé le patient vis-à-vis de son traitement, une attention particulière est portée sur le fait qu'il ne doit être pris que pendant la période douloureuse et régulièrement réévalué. L'objectif est de rendre le patient acteur de son traitement, notamment de la gestion de la prise des interdoses par rapport à sa douleur. La plaquette patient doit servir de support avec son généraliste pour aider à la diminution des prises. Les patients ont tous été satisfaits des entretiens, mais les résultats du suivi ne sont pas encore ceux escomptés. Un nombre plus conséquent de patients et un suivi rallongé devraient donner de meilleurs indicateurs.

On pourrait imaginer une extension des entretiens patients à d'autres services, à commencer par les Maladies Infectieuses. La formation des externes de pharmacie à la réalisation de ces entretiens pourrait ainsi être réalisée à plus grande échelle. Ceux-ci pourraient également avoir la charge de la vérification de la réévaluation du traitement par morphinique avant la sortie des patients. Cela pourrait offrir un gage de sécurité supplémentaire pour les patients et les soignants, et un gain de temps pour les soignants en diminuant le nombre d'ordonnances sécurisées à rédiger.

En vue d'améliorer les résultats des entretiens patient, un travail avec les médecins de ville semble indispensable. En effet, tous les acteurs du parcours de soins du patient doivent être sensibilisés à la déprescription des morphiniques. La plaquette étant un moyen indirect de communiquer avec eux sur le sujet, il pourrait être intéressant de prendre contact avec le médecin traitant avant la sortie du patient. Cela pourrait être sous la forme d'un appel téléphonique pour l'informer de la démarche, ou sous la forme d'un compte rendu d'entretien. La plupart des CRH mentionnaient la réalisation de l'entretien morphinique pour les patients concernés, ce qui est un bon début.

Ce travail a montré les grandes tendances en matière de chiffres, mais ceux-ci sont à prendre avec précaution du fait du faible nombre de patients dans chaque audit. Les durées d'observations ont pu être courtes, et les critères parfois drastiques en matière d'inclusion. En Rhumatologie par exemple, beaucoup de patients souffraient d'un cancer et n'ont donc pas été inclus. La durée moyenne de séjour en Maladies Infectieuses étant plus longue en qu'en Rhumatologie, la durée d'observation aurait pu être allongée. La comparaison entre les audits d'états des lieux et de réévaluation doit donc prendre cette donnée en compte.

Le fait de se baser sur l'ordonnance de sortie dans le DPI s'est également avéré être discutable, du fait des différences avec le contenu de la LLS. Lors d'un éventuel prochain audit, il faudrait plutôt se fier à la LLS en attendant d'être sûr que les ordonnances sécurisées soient bien tracées dans le DPI comme le prévoit les textes (47).

Le contexte de pandémie à coronavirus depuis mars 2020 en France a fortement perturbé le déroulement de ce travail, à plusieurs niveaux. En effet, lors de l'audit ciblé (mars et avril 2020), une diminution des hospitalisations des patients de Rhumatologie a été réalisée pour pouvoir accueillir des patients atteints de pneumopathie à SARS Cov 2, et limiter l'utilisation de chambres doubles. Durant cette période, les AINS ont été évités autant que possible, puisque pouvant potentiellement aggraver les symptômes de la maladie due au coronavirus : les pratiques courantes étaient donc modifiées (48) (49). Enfin, la pandémie a largement compliqué la communication avec les services : les réunions n'étant pas autorisées, il aura fallu plusieurs mois avant de pouvoir s'entretenir avec les équipes de Rhumatologie et de Maladies Infectieuses. Un seul médecin infectiologue a pu être rencontré du fait de la forte implication durant cette période pour tout le service. Les rhumatologues quant à eux, ont été aussi largement sollicités pour suppléer dans les unités en besoin d'aide médicale. Les entretiens patient ont donc débuté tardivement en Rhumatologie, ce qui est une des raisons au faible nombre de patients vus.

Malgré cela, le travail a pu être mené à son terme avec la mise en place des mesures sus citées, avec un retour très positif de la part des équipes soignantes et des patients.

CONCLUSION

Bien que beaucoup d'ordonnances soient justifiées, les modalités de prescriptions restent perfectibles. Parmi les mesures mises en place, certaines commencent à donner des résultats intéressants mais d'autres ne sont pas encore totalement intégrées aux habitudes des équipes soignantes. De futurs audits permettront de connaitre l'impact des diverses actions en cours pour la sécurité du patient vis-à-vis de son traitement par morphinique.

La lutte contre la crise des opiacés s'est intensifiée depuis le début de ce travail au niveau national, avec par exemple en 2020 la réduction de la durée de prescription du tramadol à 3 mois (50), afin de promouvoir sa réévaluation. Bien que le sujet soit très décrit dans les médias, peu d'activités pharmaceutiques en rapport avec le bon usage des morphiniques sont décrites en France. En effet, pour le moment au vu de la littérature, on trouve un pharmacien clinicien évaluant le mésusage dans un service d'oncologie (51), et un autre travail relatif à la mise en place d'entretiens patient dans le parcours de chirurgie (52).

Au CHU de Rennes, ce travail a permis l'élaboration d'une action pluridisciplinaire grâce au concours des prescripteurs et des infirmières des services concernés. Pour le bénéfice des patients, il sera important que les pharmaciens perpétuent cette collaboration avec les services pour envisager d'autres activités de pharmacie clinique(53). En effet, l'implication du pharmacien clinicien sur la thématique des opiacés en est encore à ses balbutiements, mais se développera nécessairement au vu de cette crise sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Opiacés : définition, effets et utilisations des opiacés - Ooreka [Internet]. Ooreka.fr. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: //medicament.ooreka.fr/astuce/voir/524223/opiaces

2. Joëlle - 2019 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/reco332_cadrage_opioides_2019_11_07_vd.pdf

3. Livret-opioides-V3-ISBN-sept.20-BAT-1-200908.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/06/Livret-opioides-V3-ISBN-sept.20-BAT-1-200908.pdf

4. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Mésusage [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/mesusage

5. vih.org la rédaction de. «Crise des opioïdes» aux États-Unis: une occasion historique pour la réduction des risques? [Internet]. vih.org. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://vih.org/20200123/crise-des-opioides-aux-etats-unis-une-occasion-historique-pour-la-reduction-des-risques/

6. Lyden J, Binswanger IA. The United States opioid epidemic. Semin Perinatol. avr 2019;43(3):123-31.

7. Hudgins JD, Porter JJ, Monuteaux MC, Bourgeois FT. Prescription opioid use and misuse among adolescents and young adults in the United States: A national survey study. Alegria M, éditeur. PLOS Med. 5 nov 2019;16(11):e1002922.

8. Les morts par overdose au plus haut en 2020 aux Etats-Unis avec 93.000 victimes [Internet]. Sciences et Avenir. 2021 [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/les-morts-par-overdose-au-plus-haut-en-2020-aux-etats-unis-avec-93-000-victimes_155827

9. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - ANSM [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: tablea

10. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. Eur J Pain. janv 2019;23(1):124-34.

11. recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf

12. Accueil [Internet]. OFMA. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: http://www.ofma.fr/

13. GUILLOIS G. f56900df-de38-4709-ba17-9d91ccd5dbd0.pdf [Internet]. Rennes 1; [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/f56900df-de38-4709-ba17-9d91ccd5dbd0?inline

14. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

15. On behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care, van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Gil del Real MT, et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. mars 2006;15(S2):s169-91.

16. Résumé des caractéristiques du produit - NAPROXENE SODIQUE EG 550 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62047793&typedoc=R#RcpContreindications

17. Résumé des caractéristiques du produit - BI PROFENID LP 100 mg, comprimé sécable à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61165486&typedoc=R

18. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. Eur J Pain. 2021;25(2):275-95.

19. Infiltration facettaire – Service d'anesthésie [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.anesthesie-sj.be/fr/infiltration-facettaire/

20. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet. juin 2018;391(10137):2368-83.

21. Contre le mal de dos, bouger plus ne suffit pas [Internet]. OFMA. 2020 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: http://www.ofma.fr/contre-le-mal-de-dos-bouger-plus-ne-suffit-pas-lombalgie/

22. Rachialgies [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: http://www.lecofer.org/item-cours-1-3-0.php

23. Anekar AA, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/

24. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain Clinical Practice Guidelines [Internet]. Guideline Central. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.guidelinecentral.com/summaries/guideline-for-the-evidence-informed-primary-care-management-of-low-back-pain/#section-420

25. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Rev Rhum. mars 2002;69(3):338-43.

26. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 27 août 2013;(8):CD004959.

27. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. :29.

28. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen AC, DeRonne B, Goldsmith ES, et al. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. JAMA. 6 mars 2018;319(9):872.

29. Lettre-aux-Professionnels-de-sant.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: https://www.sanofi.sn/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Africa-Middle-East/Sanofi-CM/Home/nos-programmes/accompagner-les-professionnels-de-sante/Informations-sur-le-thiocolchicoside/Lettre-aux-Professionnels-de-sant.pdf?la=fr

30. Futura DS et. Syndrome de la queue de cheval [Internet]. Futura. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-syndrome-queue-cheval-15582/

31. Chalès PG, Bertin PP. Comment prendre en charge une radiculalgie après une chirurgie discale ? 2017;34.

32. Traitement chirurgical des douleurs radiculaires par techniques minimales invasives [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-92/traitement-chirurgical-des-douleurs-radiculaires-par-techniques-minimales-invasives

33. National Guideline Centre (Great Britain), National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain), Royal College of Physicians of London. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management : assessment and non-invasive treatments [Internet]. 2016 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401577/

34. Wambeke PV, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LES DOULEURS LOMBAIRES ET RADICULAIRES. :41.

35. Résumé des caractéristiques du produit - LAROXYL 40 mg/ml, solution buvable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68969066&typedoc=R#RcpPosoAdmin

36. RCP Lyrica 25 mg. anx_149470_fr.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201120149470/anx_149470_fr.pdf

37. Actualité - Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage - ANSM [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage

38. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 1 févr 2015;14(2):162-73.

39. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte M-H, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur Analgésie. juin 2020;33(2):101-12.

40. Résumé des caractéristiques du produit - NEFOPAM MYLAN 20 mg/2 ml, solution injectable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62227567&typedoc=R#RcpIndicTherap

41. Résumé des caractéristiques du produit - IBUPROFENE ARROW 200 mg, comprimé enrobé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61249824&typedoc=R

42. Risser A, Donovan D, Heintzman J, Page T. NSAID Prescribing Precautions. Am Fam Physician. 15 déc 2009;80(12):1371-8.

43. Schjerning A-M, McGettigan P, Gislason G. Cardiovascular effects and safety of (non-aspirin) NSAIDs. Nat Rev Cardiol. sept 2020;17(9):574-84.

44. Corrigan R, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 16 mai 2012 [cité 31 août 2021]; Disponible sur: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009486.pub2

45. Orr SL, Friedman BW, Christie S, Minen MT, Bamford C, Kelley NE, et al. Management of Adults With Acute Migraine in the Emergency Department: The American Headache Society Evidence Assessment of Parenteral Pharmacotherapies. Headache J Head Face Pain. juin 2016;56(6):911-40.

46. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA. Clinical Practice Guideline. Head Neck Surg. :24.

47. dossier_patient_-_guide_2014.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/dossier_patient_-_guide_ev_v2014.pdf

48. Rothuizen DLE, Livio F. Traitements aggravant une infection par le COVID-19 : vraiment ? Rev MÉDICALE SUISSE. 2020;3.

49. Robb CT, Goepp M, Rossi AG, Yao C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, prostaglandins, and COVID-19. Br J Pharmacol. nov 2020;177(21):4899-920.

50. Arrêté du 13 janvier 2020 fixant la durée de prescription des médicaments à base de tramadol administrés par voie orale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041405871

51. Fulcrand - 2019 - Place du pharmacien clinicien dans l'évalua3on du .pdf [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2020/11/SFPC-2020_Me%CC%81susage-o.pdf

52. Mizab D. Bon usage des opioïdes en post-opératoire [Internet]. Aix Marseille Université; 12032021 [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03178849/document

53. Lexique de la Pharmacie Clinique 2021. Pharm Hosp Clin. juin 2021;56(2):119-23.

ANNEXES

Annexe 1: Opioid Risk Tool

ECHELLE ORT : EVALUATION DU RISQUE DE MÉSUSAGE
AVANT PRESCRIPTION D'UN ANTALGIQUE OPIOÏDE

Antécédent familial d'abus d'une substance :	Femme	Homme
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Autre	4	4

Antécédent personnel d'abus d'une substance :	Femme	Homme
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments d'ordonnance	5	5

Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)	1	1

TROUBLE PSYCHOLOGIQUE	Femme	Homme
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0
Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
Dépression	1	1

Score :		Score :	

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7, le risque est élevé.
Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec par exemple l'échelle POMI.

Référence : Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool.. Pain Medicine. 2005;6:432-42,

Annexe 2 : Echelle POMI

ECHELLE POMI : DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNÉ(S) PAR CES QUESTIONS : **codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone**	**Oui**	**Non**
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITÉ PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	☐	☐
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUVELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESSENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	☐	☐
/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLÈMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?	☐	☐
Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	☐	☐
Score :		

Compter 1 point par réponse positive. Faire la somme des réponses positives. Si le score est ≥ 2, il est possible que vous présentiez un usage à risque de ce traitement antalgique. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien en cas d'automédication.

Référence : Knisely JS et coll. 2008. Prescription Opioid Misuse Index: A Brief Questionnaire to Assess Misuse. Journal of Substance Abuse Treatment 35 (4): 380-386.

Annexe 3: Echelle Verbale Simple

SFETD
Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

EVS
Schéma Verbal Simple

Quel type d'échelle ?
Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation.

Pour quel patient ?
Pour tous les patients adultes, notamment ceux pour qui l'utilisation d'autres échelles telles que l'échelle visuelle analogique ou l'échelle numérique ne sont pas possibles.

Pour quelle douleur ?
Pour tout type de douleur.

Comment l'utiliser ?
Le soignant demande au patient **d'évaluer l'intensité de la douleur** au moment présent selon ces consignes ci-dessous.

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	**0** absente	**1** faible	**2** modérée	**3** intense	**4** extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	**0** absente	**1** faible	**2** modérée	**3** intense	**4** extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	**0** absente	**1** faible	**2** modérée	**3** intense	**4** extrêmement intense

Références bibliographiques

ANAES. Services des recommandations et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. *In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.*

Annexe 4 : DN4

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif
(sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

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

Annexe 5 : Protocole du CLUD sur la prise en charge antalgique aigue

CHU Rennes	**Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire**	Codification : CLUD PM 05 Opiacés
		Version : 2
Service émetteur : **CLUD**	Date d'application : 28/04/2017	Pages : 1/13

Rédacteur(s)	Approbateur(s	Gestionnaire	Destinataire(s)
* Pr Hélène Beloeil, Présidente du CLUD * Pr Virginie Gandemer * Dr Géraldine Texier * Anne Sophie Restif, IRD * Bernadette Pédrono, IRD	* CLUD : * COMEDIMS :	* Laurence Beaudoin	* Personnel médical et paramédical des unités de Soins

Sommaire

Pour accéder directement à la page que vous souhaitez : tapez Ctrl et cliquez sur le numéro de page

Modification depuis la version précédente 2
But et objet 2
Information 2
Exigences à appliquer 2
1)Avertissement 2
2)Cadre réglementaire 2
Responsabilités 2
Définitions 3
Actions et méthodes 3
1)Mode d'administration 3
2)Prise en charge du patient en situation de douleur déséquilibrée (douleur aigue) 4
a)Evaluation de la douleur et enquête étiologique : 4
b) EVA ou EN ≥ 7 (ou EVS > 3 ou Algoplus à > 3) : 5
c) EVA ou EN entre 4 et 6 6
3)La rotation des opiacés : 6
4)Opiacés et insuffisances rénales et hépatiques : 7
a)Insuffisance rénale 7
b)Insuffisance hépatique 7
5)Surveillance du traitement 8
Annexes 10
Documentation et renvois 12

CHU Rennes	Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire	Codification : CLUD PM 05 Opiacés
		Version : 2
Service émetteur : CLUD	Date d'application : 28/04/2017	Pages : 2/13

Modifications depuis la version précédente

2ème version du protocole *« Administration des opioïdes chez les adultes présentant des douleurs aiguës » CLUD 2011*, qui a été divisé en 2 protocoles :
« Administrer des opiacés chez les adultes présentant des douleurs aiguës sévères ou modérées rebelles en postopératoire »
« Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire »

But et objet

- Ce document décline les règles du bon usage des opiacés administrés chez des adultes traité au long court par opiacé fort et présentant des douleurs aigues.
- Toutes les indications de molécules, de posologie et d'espace entre les administrations demandent une prescription individuelle du médecin référent en charge du patient. Ces prescriptions peuvent, le cas échéant, être faites par anticipation.
- Délai et durée d'action des opiacés
- Indications sur les équivalences analgésiques des opiacés entre les différentes voies d'administration
- Indications sur les équivalences analgésiques entre les opiacés

Information

Toutes **les indications** de ce protocole apparaissant **en grisé** comme ce texte sont de la **responsabilité médicale** et doivent être prescrites par le médecin en charge du patient.

Exigences à appliquer

1) Avertissement

Toutes les indications d'équivalences analgésiques et tables de conversion sont **données à titre indicatif**. Les différences inter individuelles demandent à évaluer méthodiquement tout changement de prescription.
En dehors de la surveillance systématique de l'évaluation chiffrée de l'intensité de la douleur chez tous les patients douloureux ou traités par antalgiques : **une évaluation de la douleur et une surveillance des effets indésirables doivent être impératives dans l'heure qui suit l'administration d'une interdose, d'une autre molécule ou d'une autre voie d'administration. (cf protocole « *surveiller un traitement opiacés chez les adultes »CLUD*)**

2) Cadre réglementaire

Procédure d'administration des produits par pousse seringue électrique.
Respect des textes professionnels en vigueur
Code de la Santé Publique
Décret infirmier, définition du rôle propre : évaluation de la douleur, surveillance de l'administration des thérapeutiques
Respect de la prescription médicale
Respect des règles d'hygiène

Responsabilités

- Les médecins des Unités de Soins pour les prescriptions
- Les IDE des Unités de Soins pour l'administration et la surveillance
- Les Cadres des Unités de Soins pour la diffusion

CHU Rennes	Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire	Codification : CLUD PM 05 Opiacés
		Version : 2
Service émetteur : CLUD	Date d'application : 28/04/2017	Pages : 3/13

Définitions

La douleur aiguë se définit par une douleur de moins de 3 mois chez l'adulte (et de moins de 1 mois chez l'enfant).
Il faut rester vigilant à l'apparition une douleur aigue (signe d'alarme) chez un patient douloureux chronique traité par opiacé fort.
Douleurs induites : La **douleur induite** est une douleur prévisible, fréquente, de durée limitée associée à un geste ou à un soin réalisé pour le bien du patient dans des conditions de survenue **prévisibles et susceptibles d'être prévenues** par des mesures adaptées.
Interdose ou bolus :
C'est une **dose supplémentaire** d'opiacés à **libération immédiate** administrée dans les intervalles de prescription de la dose du débit de base.
Délai d'action : Les délais d'action mentionnés dans ce document représentent le délai nécessaire pour obtenir habituellement le maximum d'action du médicament (C max)

Les opiacés forts (palier 3) agonistes purs (**morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone**) n'ont **pas d'effet plafond.** Il n'existe donc **pas de posologie maximale** : c'est l'intensité de la douleur qui guide l'augmentation de la dose de morphine, à la différence des opiacés faibles (palier 2) et/ou des opiacés forts (palier 3) agonistes antagonistes (comme la nalbuphine).

Actions et méthodes

1) **Mode d'administration**

Les modes d'administrations sont :

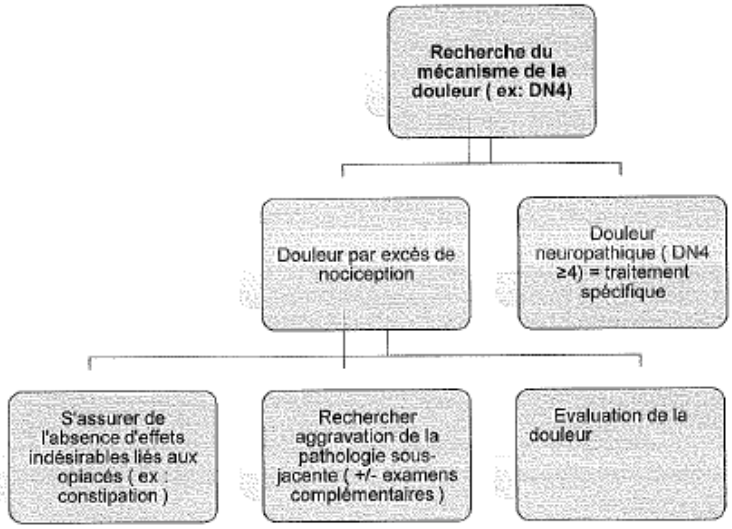
- Per os
- Injectable.

Dans le cadre du mode injectable, les voies d'administration parentérale (intraveineuse centrale ou périphérique) ou sous-cutanée (épidermoclyse) sont utilisées. Les dispositifs permettant l'administration en continu de l'opiacé sont les pompes par analgésie continu (**PCA**) et les pousses seringues électriques (**PSE**). **La PCA est le dispositif à privilégier**. En son absence, utiliser à défaut une PSE.
Quelques soit le dispositif parentéral, utilisation obligatoire des robinets avec **valve anti-reflux** connectés au plus près du patient.
Privilégier la concentration de **1 mg / 1 ml.**

(Cf. *Utiliser des opiacés chez les adultes présentant des douleurs aiguës sévères ou modérées rebelles en postopératoire* – Protocole CLUD)

2) Prise en charge du patient en situation de douleur déséquilibrée (douleur aigue)

a) Evaluation de la douleur et enquête étiologique :



b) **Patient présentant une douleur EVA ou EN ≥ 7 (ou EVS > 3 ou Algoplus à > 3) :**

- Conversion de posologie journalière habituelle en IV : cf tableau de conversion Annexe B
- **Rechercher l'heure de la dernière prise du traitement** per os libération prolongée ou recherche la présence d'un patch de fentanyl transdermique (Durogesic®) toujours en place.

  - **Si prise d'un traitement à libération prolongée datant de moins de 8 heures :**
    - Mise en place d'une posologie de chlorhydrate de morphine continue correspondant à 30 voire 50 % de la posologie journalière convertie
    - Et mise en place de bolus de chlorhydrate de morphine correspondant au 1/6ème de la posologie journalière convertie et majorée de 30 à 50 %
    - Puis à l'horaire habituel de prise du comprimé à libération prolongée : augmenter la posologie de chlorhydrate de morphine continue déjà en place en additionnant avec la posologie journalière habituelle convertie

Par exemple :
Patient traité par Skénan® LP 30 mg à 8h et 20 h = 60 mg par jour
Arrive en urgences à 11h, il a pris son dernier Skénan® à 8 heures
Conversion Skénan® 60 mg par jour per os = Chlorhydrate de morphine 20 mg jour (IV)
30 % à 50 % du 20 mg converti = 6 à 10 mg IV
Donc à 11 h :
- *Mettre en place un débit de base de 6 à 10 mg par 24h soit 0,2 à 0,4 mg par heure*
- *Bolus correspondant au 1/6ème de la posologie journalière = 4 à 5 mg*

Puis à 20 h :
- *Augmenter le débit de base : dose journalière convertie et majorée de 30 à 50 % = 20mg + 6 à 10mg = 26 à 30 mg = 1 à 1.2mg/h (et poursuite des bolus de 4 à 5mg).*

  - **Si prise du dernier opiacé fort datant de plus de 8 heures :**
    - Mise en place **immédiatement** d'une posologie journalière de chlorhydrate de morphine convertie majorée de 30 à 50 %
    - Associer des bolus de 1/6ème de cette posologie journalière majorée

  - **Si patch transdermique en place :**
    - Oter le patch et noter l'heure de retrait
    - Mise en place immédiate d'une posologie de chlorhydrate de morphine continue correspondant à 30 voire 50 % de la posologie journalière convertie
    - Et mise en place immédiate de bolus de chlorhydrate de Morphine correspondant au 1/6ème de la posologie journalière convertie et majorée de 30 à 50 %
    - Puis 12 heures après le retrait du patch : augmenter la posologie de chlorhydrate de morphine continue déjà en place en additionnant avec la posologie journalière habituelle convertie

Par exemple :
Patient porteur d'un patch de Durogésic® 25 ug/h toutes les 72 heures
Arrive en urgences à 11h, le patch est en place
Retrait du patch à 11h
Conversion Durogésic® 25ug/h = Chlorhydrate de morphine 20 mg jour
30 % à 50 % du 20 mg converti = 6 à 10 mg IV
Donc à 11h :

- *Mettre en place un débit de base de 6 à 10 mg par 24h = 0,2 à 0,4 mg par heure*
- *Dose journalière convertie et majorer de 30 à 50 % = 26 à 30 mg*
- *Bolus correspondant au 1/6ème de cette posologie journalière majorée = 4 à 5 mg*

Puis à 23h :

- *Additionner pour le débit de base la posologie habituelle convertie à la majoration de 30 à 50% = 20mg + 6 à 10mg = augmenter le débit de base de 26 à 30 mg par 24h soit 1 à 1,2 mg /h (et poursuite des bolus de 4 à 5mg).*

c) **Patient présentant une douleur entre EN 4 et 6**

⇨ **Utiliser les tableaux d'équi-analgésies et des opiacés forts entre eux : cf Annexe B**

- **Tenter de conserver la voie per os ou patch :**
  Proposer une majoration de 30 à 50 % de la posologie journalière habituelle et adapter les interdoses au 1/6ème de celle-ci
- **Si voie per os et ou maintien du patch inenvisageable et ou impossible :** cf chapitre précédent

3) **La rotation des opiacés :**

La rotation des opiacés se définit par le changement d'un opiacé par un autre ou par le changement de la voie d'administration pour un même opiacé et se pratique en cas de diminution du rapport bénéfice/risque.

Indications :

- Survenue d'effets indésirables rebelles (troubles des fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies, nausées), malgré un traitement symptomatique adéquat.
- Amélioration de la qualité de vie en modifiant la forme galénique ou la voie d'administration.
- Survenue exceptionnelle d'un phénomène de résistance aux opiacés qui se définit par l'absence d'efficacité de l'opiacé mais également par une absence d'effet indésirable malgré une augmentation massive et rapide des doses de l'opiacé.

Réalisation :

- Il est possible de réaliser une rotation des opiacés entre tous les agonistes purs : morphine, oxycodone, hydromorphone.
- Il n'y a pas de critères de choix validés permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opiacés et dehors des précautions d'emploi et des contre-indications.
- La rotation doit tenir compte des doses d'équi-analgésie (mais il est conseillé de privilégier la sécurité à la rapidité en prenant donc la valeur la plus faible des coefficients de conversion).
- Dans le contexte de la douleur aigue, la rotation ne doit pas être effectuée vers du Fentanyl Transdermique car il est réservé aux douleurs équilibrées.

En pratique :

- Convertir la posologie du nouvel opioïde à partir d'une table d'équi-antalgie : *cf Annexe B.*
- Déterminer l'état clinique du patient : âge, fragilité, insuffisance rénale, insuffisance hépatique
  - Si patient jeune, sans critères de fragilités, sans IR ou IH : équianalgésie de la valeur de la conversion
  - Si patient âgé ou très jeune, IR , IH, fragile : réduction de 25 % de la valeur de conversion
- Puis réevaluer l'intensité de la douleur, l'efficacité du traitement et les effets indésirables et ajuster les posologies en fonction.
- Si changement de voie d'administration : *cf paragraphe VI « Conversion de voie ».*

4) Opiacés et insuffisances rénales et hépatiques :

a) Insuffisance rénale

L'opiacé à privilégier en cas d'insuffisance rénale est le **FENTANYL** car celui-ci est métabolisé au niveau hépatique en **métabolite inactif** ; seul 7 à 10% du Fentanyl est éliminé sous forme libre dans les urines. Il n'y a donc moins de risque d'accumulation en cas d'insuffisance rénale.
A contrario, la morphine est métabolisée en métabolites actifs (M6G++, M3G +/-) dont l'élimination est urinaire : risque d'accumulation en cas d'IR, et ce **quel que soit le mode d'administration.**
De même pour l'oxycodone qui est métabolisé en nor-oxycodone (inactif) et oxymorphone (actif) dont l'élimination principale est-elle aussi rénale. Donc même risque d'accumulation en cas d'IR.
Hydromorphone : peu de données sont retrouvées dans la littérature
Pour les patients dialysés : le fentanyl n'est pas dialysé donc à privilégier chez ces patients.
L'usage de la morphine et de l'oxycodone peut être envisagée avec prudence chez l'insuffisant rénal en réduisant de 30 à 50 % les posologies. En cas de douleur de fond équilibrée, il faudra toutefois tendre à utiliser le fentanyl transdermique.

b) Insuffisance hépatique

La morphine est métabolisée de façon importante en dérivés glucuronoconjugés qui subissent un cycle entéro-hépatique. Le 6-glucuronide et la normorphine sont deux métabolites actifs de la substance mère.

L'oxycodone est métabolisée en noroxycodone et en oxymorphone ; l'oxymorphone possède une activité antalgique, mais les faibles concentrations plasmatiques retrouvées ne sont pas considérées comme contribuant à l'activité pharmacologique de l'oxycodone
L'effet de premier passage hépatique est faible. La demi-vie d'élimination est en moyenne de 4,5 heures, et l'état d'équilibre est atteint en environ 24 heures.

Ces 2 molécules sont donc **à utiliser avec précaution en cas d'insuffisance hépatocellulaire sévère**.

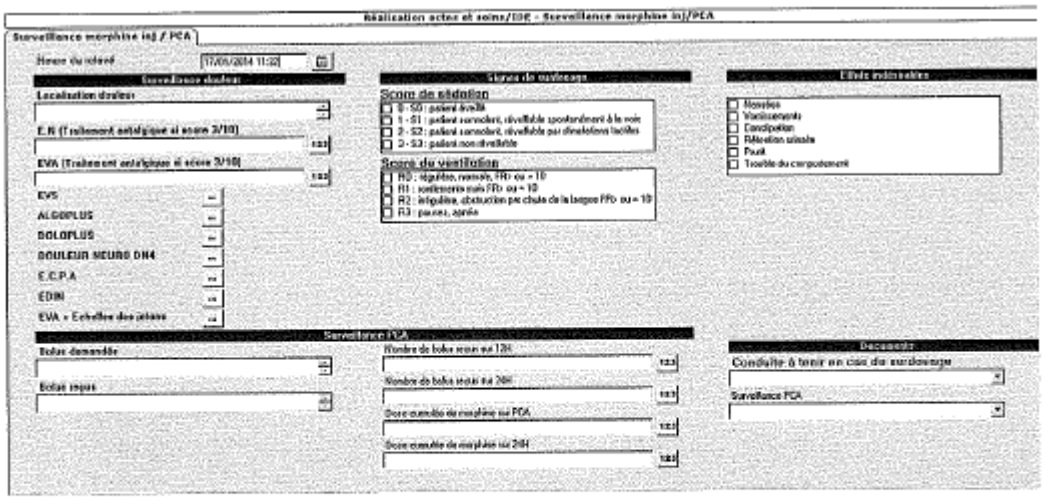
5) Surveillance du traitement

1. Evaluation de la douleur	En fonction de la clinique du patient utiliser soit des échelles d'autoévaluations unidimensionnelles (prioritaires) soit des échelles d'hétéro-évaluations *Cf « Evaluer la douleur de l'adulte- CLUD»*
2. Evaluation du risque de surdosage	• **Sédation** : la somnolence est un signe d'appel précoce qui intervient bien avant la dépression respiratoire

Score de sédation	
S0	patient éveillé
S1	somnolent, réveillable spontanément à la voix
S2	somnolent, réveillable par stimulations tactiles
S3	non réveillable

• **Fréquence respiratoire** : la dépression respiratoire due à la morphine est induite par une diminution de la fréquence respiratoire

Score de ventilation	
R0	régulière, normale, FR≥10
R1	ronflements mais FR≥10
R2	irrégulière, obstruction par chute de la langue ou FR<10
R3	pauses, apnée



3. Effets indésirables	▪ **Constipation** : o La constipation induite par les opiacés est une complication quasi systématique. Elle nécessite un **traitement préventif systématique et des règles hygiéno-diététiques** et requérant les **compétences de l'ensemble de l'équipe** : médecin, infirmier, aide-soignant, diététicien et masseur-kinésithérapeute. o En première intention, il faut prescrire systématiquement un laxatif osmotique par voie orale (type lactulose, macrogol)

	○ Au 3ème jour sans selle, il faut augmenter la posologie du laxatif (osmotique ou stimulant) et y adjoindre un traitement par suppositoire ○ Dans tous les cas de **traitement opioïde** prévu pour être **prolongé** ou au 4ème jour sans selle, il faut se référer au document rédigé par l'EMASP et mettre en place **un traitement médicamenteux** ▪ **Nausées et vomissements** ○ Prévention en péri opératoire : Si morphine en injectable : administration systématique de dropéridol avec la morphine Toujours prévoir une prescription d'ondansétron 4 mg en IVL si traitement systématique insuffisant Si administration per os : traitement préventif par ondansétron per os 4mg (max 4 mg x3/jour). Ils ne surviennent qu'au début du traitement par opiacés et cèdent après quelques jours. ○ Prévention en dehors du périopératoire : Si prise per os possible : Motilium® Dompéridone 10 mg 3 fois par jour Si prise per os impossible : Primperan® Métoclopramide 10 mg 3 fois par jour ▪ **Confusion, hallucinations, cauchemars, excitation** (Rotation des opiacés) ▪ **Somnolence réactionnelle**: Elle apparaît au début ou en cas de changement de traitement. Elle est souvent transitoire et disparaît en quelques jours (48h). Elle est souvent due à : la dette de sommeil, une insuffisance rénale ou d'autres traitements (benzodiazépines) Dans ce cas il convient de faire la part des choses entre cette somnolence réactionnelle et le surdosage par la mesure de la fréquence respiratoire. Le score de rudkin peut être discriminant entre somnolence et sédation. ▪ **Clonies** : Rotation des opiacés ▪ **Rétention urinaire** : sondage évacuateur voire à demeure à réévaluer après quelques jours et rotation des opiacés ▪ **Prurit** : rotation des opiacés et/ou antihistaminiques (en pratique pédiatrique discussion de la nalbuphine) ▪ **Hyperalgésie** : discuter de la mise en place de kétamine, il est dans ce cas indispensable de recourir à un avis spécialisé ▪ **Xérostomie (Sécheresse buccale) :** Stimuler la salivation (chewing-gum, bonbon à sucer, citron…) Hydratation buccale et nasale par : humidificateur, atomiseur d'eau minérale sur le visage et la bouche, soins de bouche à l'eau fraîche et goût apprécié par le patient Discuter de l'usage des gels de salive artificiel (artisial, aequasyal)
4. Observance du traitement	Le myosis serré est un signe d'imprégnation aux opiacés et non un signe de surdosage
5. Tolérance	La tolérance est la nécessité d'augmenter les posologies pour obtenir de nouveau un soulagement acceptable de la douleur. Il convient de rester vigilant à une augmentation de la douleur due à l'aggravation de la pathologie sous-jacente.
6. Sevrage	L'apparition de signes de sevrage : sueurs, frissons, agitations, douleurs abdominales, nausées, vomissements… est à surveiller chez le patient sous opiacé au long court. Il n'y a pas de syndrome de sevrage chez les patients traités de façon courte (moins de 5 jours) par les opiacés. Le syndrome de sevrage se prévient par une décroissance **lente et progressive** des opiacés quand l'arrêt des opiacés est envisagé. Cette décroissance dépend de la posologie d'opiacé en cours et de l'ancienneté du traitement.

CHU Rennes	Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire	Codification : CLUD PM 05 Opiacés
		Version : 2
Service émetteur : CLUD	Date d'application : 28/04/2017	Pages : 10/13

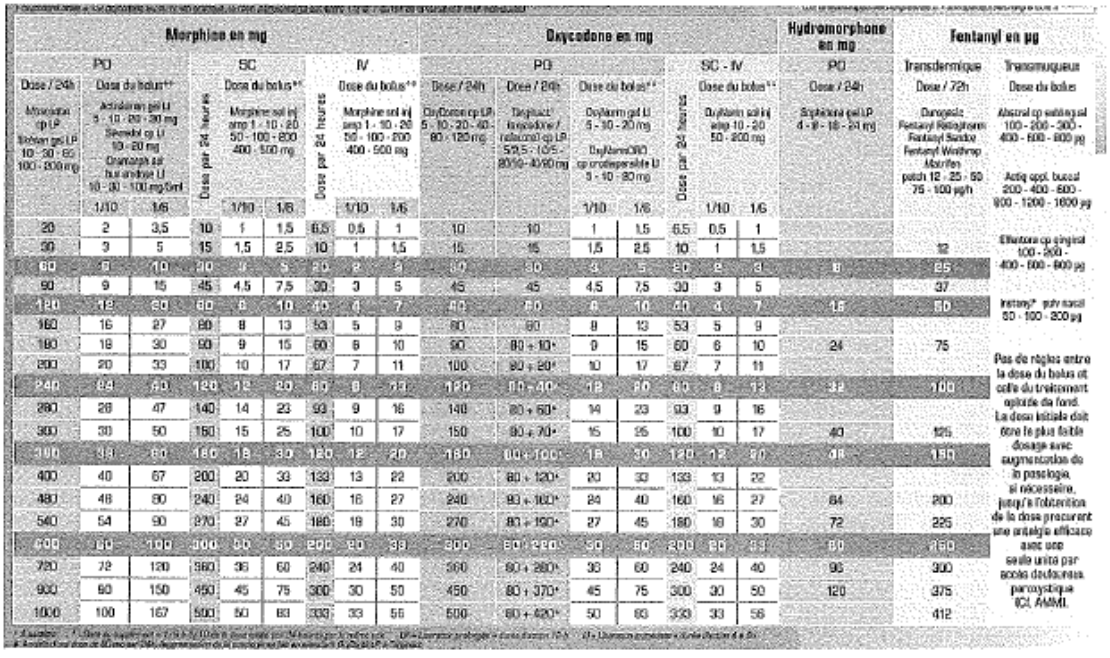
7. Fréquence de la surveillance selon la voie d'administration

	Injectable	Per os ou transdermique
Surveillance classique	Toutes les 4 heures	Toutes les 8 heures
Surveillance rapprochée après : o l'installation d'un traitement initial o un changement de seringue ou de poche o un changement de posologie o une inter dose	Toutes les 30 minutes pendant 2 heures Puis reprendre fréquence habituelle	30 minutes à 1 heure après Puis reprendre fréquence habituelle

CHU Rennes	Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire	Codification : CLUD PM 05 Opiacés
		Version : 2
Service émetteur : CLUD	Date d'application : 28/04/2017	Pages : 11/13

Annexes

Annexe B : Tableau de conversion des opiacés forts



Morphine en mg									Oxycodone en mg							Hydromorphone en mg	Fentanyl en µg	
PO			SC			IV			PO			SC - IV				PO	Transdermique	Transmuqueux
Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose / 24h	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose du bolus**		Dose par 24 heures		Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus
Moscatan cp LP Skénan gé LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Actiskénan gél LI 5 - 10 - 20 - 30 mg Sevredol cp LI 10 - 20 mg Oramorph sir hui ardoise LI 10 - 30 - 100 mg/5ml		Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg			Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg			OxyContin cp LP 5 - 10 - 20 - 40 - 80 - 120 mg	Targnuct (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gél LI 5 - 10 - 20 mg OxyNormCRD cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg		OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg			Sophidone gel LP 8 - 16 - 24 mg	Durogesic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Abstral patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg Actiq appl. buccal 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg Effentora cp sublingual 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg Instanyl* pulv nasal 50 - 100 - 200 µg
	1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6				1/10	1/6					
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	10	1	1,5	6,5	0,5	1			
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5		12	
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8	25	
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5		37	
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16	50	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9			
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10*	9	15	60	6	10	24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20*	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40*	12	20	80	8	13	32	100	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60*	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70*	15	25	100	10	17	40	125	
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100*	18	30	120	12	20	48	150	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120*	20	33	133	13	22			
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	80 + 160*	24	40	160	16	27	64	200	
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	80 + 190*	27	45	180	18	30	72	225	
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	80 + 220*	30	50	200	20	33	80	250	
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	80 + 280*	36	60	240	24	40	96	300	
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	80 + 370*	45	75	300	30	50	120	375	
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	80 + 420*	50	83	333	33	56		412	

Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être la plus faible dosage avec augmentation de la posologie si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une antalgie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (CI, AMM).

Annexe C : Délais, durée d'action et précautions d'emploi des différents opiacés

Opiacés– Libération prolongée			
	Délai d'action	**Durée d'action**	**Précautions - Recommandations**
Sulfate de morphine Skénan®LP **Gélules** (10, 30, 60, 100 mg) **Chlorhydrate d'hydromorphone** Sophidone® LP **Gélules** (4, 8, 24 mg)	2h	12h	Microgranules à libération prolongée ▪ Le contenu de la gélule peut être mélangé dans l'alimentation ou la boisson ▪ A éviter dans GPE ou GPR **Ne jamais écraser les microgranules**
Chlorhydrate d'oxycodone Oxycodone® LP **Comprimés** (5, 10, 20, 40, 80 mg)	1/2h – 1h	12h	Comprimés enrobés à libération prolongée ▪ Avaler le comprimé entier sans le casser, ni le couper, ni l'écraser
Fentanyl **Patch transdermique** Durogésic® (12, 25, 50, 75, 100 µg/h)	12h	72h (parfois 48h en fonction de la variabilité pondérale des patients)	1 patch toutes les 72 heures ▪ **Ne doit pas être coupé** ▪ Appliquer le dispositif sur une peau saine, propre, totalement sèche et non pileuse, éviter les plis, ... ▪ Appuyer fortement avec la paume de la main durant 30 s, **Ne pas frotter** ▪ Changer d'emplacement à chaque renouvellement de préférence : torse, haut du bras, omoplate. ▪ Douches autorisées ▪ L'hyperthermie peut accélérer le passage plasmatique → **surveiller** l'apparition de signes de surdosage et envisager le changement de la molécule dès que possible
Opiacés – Libération immédiate			
	Délai d'action	**Durée d'action**	**Précautions - Recommandations**
Sulfate de morphine Actiskénan® **Gélules** (5, 10, 20 mg)	45 à 60 min	4h	Les gélules peuvent être données en même temps que la forme LP. ▪ Le contenu de la gélule peut être mélangé dans l'alimentation ou la boisson ▪ A éviter dans GPE ou GPR
Chlorhydrate d'oxycodone Oxynormoro®-Oxynorm® **Comprimés orodispersibles** 5, 10, 20 mg Oxynorm® **Solution buvable** 10mg/ml	30 à 45 min	4h	▪ Le comprimé se délite rapidement (environ 30s) dans la bouche et est ensuite avalé. ▪ Possibilité de le prendre sans eau
Sulfate de morphine Oramorph® **Solution buvable** en conditionnement plastique unidose : 10 mg / 5 ml	45 min	4h	▪ Peut-être avalée pure ▪ Peut-être mélangée à l'alimentation ou à la boisson. Goût légèrement amer : mélanger avec un liquide sucré pour masquer l'amertume ▪ Peut-être passée dans les sondes gastriques ou de gastrostomie. ▪ Rincer la sonde avec 30 à 50 ml d'eau.

CHU Rennes	Utiliser des opiacés dans la douleur aigue chez le patient traité par opiacés forts au long court en dehors du péri-opératoire	Codification : CLUD PM 05 Opiacés
		Version : 2
Service émetteur : CLUD	Date d'application : 28/04/2017	Pages : 13/13

Opiacés injectables			
Chlorhydrate de Morphine **Ampoules** de 10 mg / 1 ml ou 50 mg/ 5 ml ou 100 mg / 5 ml	**Délai d'action**	**Durée d'action**	**Précautions - Recommandations**
IV bolus	5 à 10 min	4 h	Possibilité de renouveler après 1 heure suivant l'évaluation de la douleur et la prescription
IV continue	5 à 10 min	Continue 24h / 24	Diluer la morphine avec du sérum physiologique pour éviter la formation de microcristaux
Bolus SC	30 à 45 min	4 h	En SC si plusieurs bolus / 24 h : laisser l'aiguille en place
SC continue	30 à 45 min	Continue 24h / 24	Poser l'épicrânienne biseau vers le bas pour une meilleure diffusion de la morphine dans le tissu sous cutané
Chlorhydrate d'oxycodone Oxynorm® **Ampoules** de 20mg/2ml ou 50mg/1ml	**Délai d'action**	**Durée d'action**	**Précautions - Recommandations**
IV	5 à 10 min	4 h	A partir de 18 ans

Documentation et renvois

- *« Evaluer la douleur de l'adulte – CLUD 2017»*
- *« Administrer des opiacés chez les adultes présentant des douleurs aiguës sévères ou modérées rebelles– CLUD 2017»*
- *« Utiliser des opiacés forts dans la douleur cancéreuse chez l'adulte en dehors du péri-opératoire- CLUD 2017»*
- *« Utiliser des opiacés dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte en dehors du péri-opératoire – CLUD 2017»*
- *« Surveiller un traitement par opiacés chez les adultes – CLUD 2017»*

Enregistrements

Site intranet CLUD

Annexe 6 : Plaquette patient « Traitement de la douleur par des morphiniques »

TRAITEMENT DE LA DOULEUR PAR DES MORPHINIQUES

CARNET DE SUIVI

Carnet appartenant à
Nom.....Prénom.....Né(e) le...../...../.....

J'ai plusieurs traitements morphiniques contre la douleur…

Douleur de fond
= permanente

→ Morphinique LP
(à libération prolongée)

.....

A prendre à heure fixe, quelle que soit la douleur.

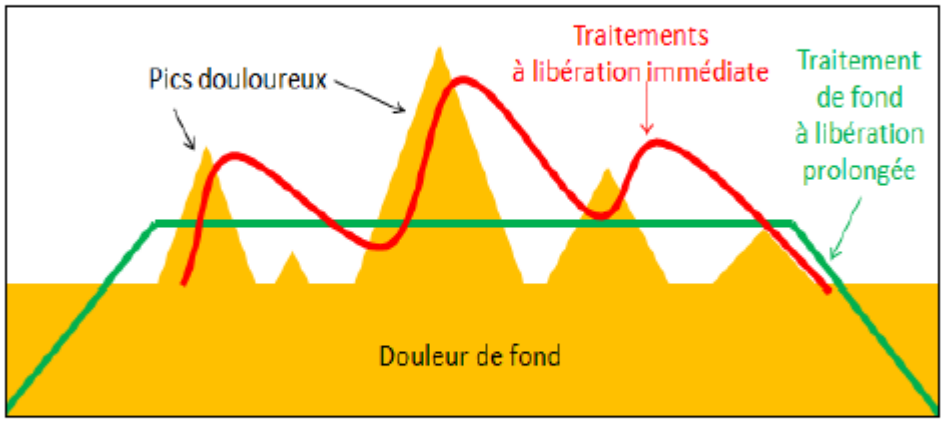
AÏE!

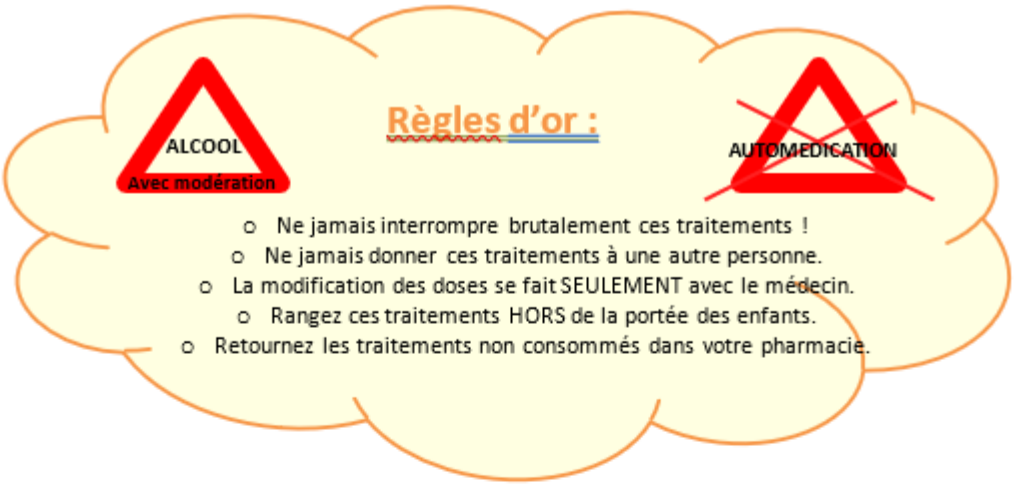
Pics douloureux
(spontanés, après
un soin ou un mouvement)

→ Morphinique LI
à libération immédiate

.....

A prendre uniquement si douleurs supplémentaires !





Comment prendre mon traitement ?

➢ Pour évaluer ma douleur, voici une échelle numérique.

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

Si ma douleur atteint au moins **4**, **je prends** immédiatement mon traitement d'action rapide, même si je viens de prendre mon traitement de fond.

Si ma douleur atteint **2 ou 3**, **j'ai le choix** de prendre ce traitement.

➢ Morphiniques à libération prolongée contre la douleur de fond



→ Comprimés ou gélules : toutes les 12 h



→ Patches : toutes les 72 h (3 jours), sur peau saine et accessible

➢ Morphiniques à libération immédiate contre les pics douloureux



→ Comprimés ou gélules :
toutes les …… h, max …… fois/jour.

Début d'action possible en 20-30 min

Quels effets indésirables puis-je ressentir ?

➢ Constipation

Elle peut survenir dès le début du traitement même pour des petites doses de morphiniques. Pour cela, mon médecin m'a prescrit un laxatif : ……



De plus, j'essaie d'avoir une alimentation équilibrée et variée riche en eau, fibres, fruits et légumes. Je maintiens une activité physique dans la mesure du possible.



➢ Nausées et vomissements

Ils peuvent subvenir lors des premiers jours de traitement. Pour cela, mon médecin m'a prescrit : ……

➢ Fatigue, sommeil, somnolence

Au début du traitement, je peux ressentir un peu de somnolence. J'évite les activités demandant trop de concentration.



➢ Autres effets

Je peux avoir des difficultés à uriner, des sueurs, faire des cauchemars.



➢ Je contacte mon médecin **traitant**, si j'ai besoin de prendre plus de médicaments que prescrits ou si je ressens trop d'effets indésirables.



➢ Si je suis trop somnolent ou que je ressens des difficultés à respirer, j'appelle le 15 ou le 112.

Je note tous les morphiniques que je prends.

➢ Pour évaluer sa douleur, voici une échelle numérique.

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

Si ma douleur atteint au moins **4**, **je prends** immédiatement mon traitement d'action rapide, même si je viens de prendre mon traitement de fond.

Si ma douleur atteint **2 ou 3**, **j'ai le choix** de prendre ce traitement.

Date	Heure	Douleur (0 à 10)	Médicament pris	Dose

➢ J'ai ressenti certains effets indésirables : ……

……

➢ J'ai repéré un(des) facteur(s) déclenchant(s) de pics douloureux : ……

Annexe 7 : Instruction de travail relative aux entretiens patient

CHU Rennes	**Entretien patient : gérer son traitement par opiacé à domicile**	Codification : [Référence]
		Version : 1
Emetteur : COMEDIMS	Date d'approbation : [Date fin étape 2]	Pages : 1/1

Rédacteur :	Approbateur :	Gestionnaire :	Destinataires :
Elise Renard, interne de pharmacie	*COMEDIMS*		*Externes de pharmacie et de médecines* *Pharmaciens cliniciens* *Personnel médical et paramédical des unités de soins*

But et objet

Ce document décrit le déroulement des entretiens patient relatifs aux opiacés, à destination des patients hospitalisés dans les unités de soins proposant ce dispositif.

Définition

Entretien patient (SFPC) : Échange entre un patient et un pharmacien (ou un membre habilité de son équipe pharmaceutique) permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation. Un entretien pharmaceutique se décline selon des objectifs prédéfinis et adaptés au patient.

DPI : Dossier Patient Informatisé
EHPAD : Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes
SSR : Soins de Suite et Réadaptation

Actions et méthodes

1. Sélection des patients

Quotidiennement, l'externe de pharmacie doit regarder les ordonnances des patients hospitalisés dans le service et identifier ceux qui ont des lignes de morphiniques.
Après confirmation de l'équipe médicale de la sortie du patient sous opiacé, il faut s'assurer que le patient rentre au domicile et non en SSR ou à l'EHPAD.

2. Préparation de l'entretien

A l'aide du DPI, il s'agit d'identifier l'indication du traitement, de consigner les molécules prescrites et la posologie et de savoir si le patient souffre d'effets indésirables. Il faut regarder les scores de douleur et voir si l'ordonnance de sortie est déjà disponible.
Avant tout entretien, il convient d'en discuter avec le prescripteur en charge du patient afin de le prévenir et de pouvoir discuter du dossier. Cela permet de vérifier si le patient est interrogeable, et si une diminution de posologie est envisageable avant la sortie. Si un tiers l'aidera à la maison, il est conseillé de l'inclure lors de l'entretien.

3. L'entretien

Après s'être présenté ainsi que la raison de cette visite auprès du patient, celui-ci doit accepter l'entretien avant de poursuivre. Après une prise de contact en évoquant l'indication, c'est la plaquette patient qui servira de support pour la suite. Voici les différents points qui seront abordés :

- Page 1 : le nom du médicament, la différence entre la forme immédiate et la libération prolongée à l'aide d'un schéma représentants les pics douloureux au cours de la journée et la posologie

CHU Rennes	Entretien patient : gérer son traitement par opiacé à domicile	Codification : [Référence]
		Version : 1
Emetteur : COMEDIMS	Date d'approbation : [Date fin étape 2]	Pages : 1/1

Rédacteur :	Approbateur :	Gestionnaire :	Destinataires :
Elise Renard, interne de pharmacie	*COMEDIMS*		*Externes de pharmacie et de médecines* *Pharmaciens cliniciens* *Personnel médical et paramédical des unités de soins*

- Page 2 : des rappels sur les règles générales vis-à-vis de ce traitement (pas d'automédication associée, ne pas prendre d'alcool etc)
- Page 3 : les différents effets indésirables possibles et leurs traitements, ainsi que la conduite à tenir en cas d'évènements graves
- Page 4 : un tableau servant au patient à noter sa douleur en fonction des médicaments pris. Cela peut être un support avec le médecin généraliste pour adapter la posologie des traitements antalgiques.

Le fil conducteur de cette entrevue est de rappeler au patient que les morphiniques ne sont pas anodins, qu'ils seront prescrits tant que la douleur l'exigera mais seront ensuite progressivement diminués jusqu'à leur arrêt. Ces notions, ainsi que la plaquette, doivent lui permettre d'en discuter avec son médecin généraliste.
L'entretien se termine après avoir répondu aux questions du patient

4. Le compte rendu

A la suite de l'entretien, un mail récapitulatif est à envoyer à l'équipe de pharmaciens impliqués.

5. Le suivi téléphonique

Pour les patients qui le souhaitent, une prise de contact est effectuée par le pharmacien clinicien afin de connaitre l'évolution de la prise en charge antalgique et de dispenser des conseils.

Documentation et renvois

Traitement de la douleur par des morphiniques : carnet de suivi

Annexe 8 : Surveillances des morphiniques

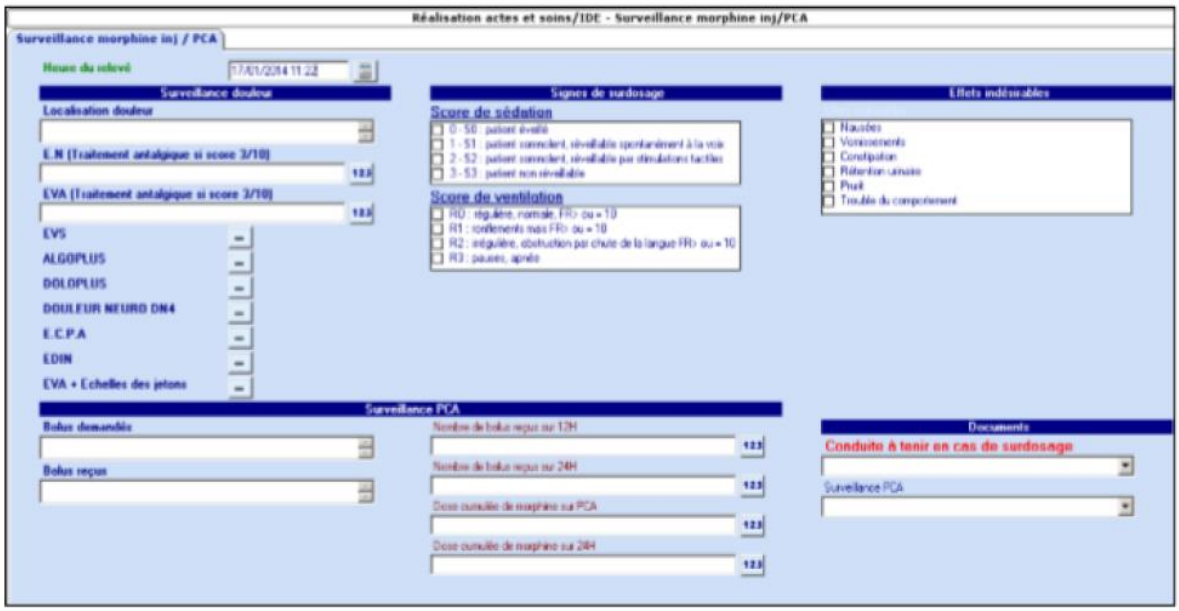
- **Sédation** : la somnolence est un signe d'appel précoce qui intervient bien avant la dépression respiratoire

Score de sédation	
S0	patient éveillé
S1	somnolent, réveillable spontanément à la voix
S2	somnolent, réveillable par stimulations tactiles
S3	non réveillable

- **Fréquence respiratoire** : la dépression respiratoire due à la morphine est induite par une diminution de la fréquence respiratoire

Score de ventilation	
R0	régulière, normale, FR≥10
R1	ronflements mais FR≥10
R2	irrégulière, obstruction par chute de la langue ou FR<10
R3	pauses, apnée

TRACABILITE DANS DOSSIER INFORMATISE



U.F.R. DE PHARMACIE DE RENNES

N°

RENARD Elise - Pertinence de la prescription des opiacés au CHU de Rennes

104 feuilles, 19 figures, 21 tableaux. 30 cm - Thèse : Pharmacie ; Rennes 1 ; 2021

Face à la crise des opiacés, la pertinence de leurs prescriptions a été évaluée dans les services de Rhumatologie et Maladies infectieuses du CHU de Rennes. Malgré un respect global des recommandations en vigueur, certains points peuvent être perfectionnés : un travail pluridisciplinaire a donc été instauré pour proposer des axes d'amélioration. Ainsi, l'analgésie multimodale doit être renforcée afin de permettre de diminuer les posologies de morphiniques. L'ordonnance de sortie doit tenir compte de la douleur, sous peine de prescrire des opiacés à des patients peu/non douloureux et ainsi augmenter le risque de mésusage. Pour diminuer ce risque, des entretiens patient ont été mis en place en Rhumatologie. Le but est de leur expliquer les modalités de leur traitement par opiacés, et d'effectuer un suivi lors du retour à domicile. Un audit permettra d'évaluer à terme l'efficacité des mesures proposées.

Facing the opiate crisis, the relevance of their prescriptions was evaluated in the Rheumatology and Infectious Diseases departments of the University Hospital of Rennes. Despite overall compliance with current recommendations, certain points could be improved: a multidisciplinary approach was therefore established to propose areas for improvement. Thus, multimodal analgesia must be reinforced in order to reduce the dosage of opioates. The discharge prescription must take pain into account, otherwise opiates will be prescribed to patients with little or no pain and thus increase the risk of misuse. To reduce this risk, patient interviews have been set up in Rheumatology. The aim is to explain to them the modalities of their opiate treatment, and to follow up on their return home. An audit will allow the effectiveness of the proposed measures to be evaluated in the long term.

Rubrique de classement : PHARMACIE

Mots-clés : Opiacé, crise des opiacés, mésusage, tramadol, morphine, oxycodone, bon usage, analgésie multimodale, entretien patient

Mots-clés anglais MeSH : Opiate, opiate crisis, misuse, tramadol, morphine, oxycodone, proper use, multimodal analgesia, patient interview

JURY : Président : Pr I. MOREL

Assesseurs : Dr I. CARDIET [directeur de thèse]
Dr D. NAVAS HOUSSAIS
Pr H. BELOEIL