



Programme de
GESTION THÉRAPEUTIQUE
des médicaments

DESCRIPTION DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES DANS LES CHU DU QUÉBEC PHASE III - 2011

PROGRAMME DE GESTION THÉRAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS

Analyse descriptive

Le PGTM est une initiative des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec



Approuvé par le comité scientifique du PGTM le 12 juin 2012

AVIS

Les recommandations émises dans ce document au regard d'un médicament donné sont conformes aux informations scientifiques disponibles au moment de la publication. Toutefois, ces recommandations n'ont aucunement pour effet de remplacer le jugement du clinicien. Les recommandations du PGTM sont faites à titre indicatif et n'engagent aucune responsabilité pouvant résulter de leur utilisation. En conséquence, le PGTM ne pourra être tenu responsable de dommages de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation de ces recommandations pour les soins prodigués aux individus ou le diagnostic des maladies.

Le lecteur est prié de prendre note que la version du présent document est à jour au mois de mai de l'année 2013. Le PGTM se réserve le droit en tout temps de modifier ou retirer les documents qui apparaissent sur son site, suite à la publication de nouvelles données.

TABLE DES MATIÈRES

ANALYSE - RÉSUMÉ	4
SECTION 1. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE	11
1.1 BUTS ET OBJECTIFS	11
1.2 MÉTHODOLOGIE	11
SECTION 2. DESCRIPTION DE LA POPULATION	13
2.1 STATISTIQUES	13
TABLEAU 1 - PGTM - POPULATION.....	13
TABLEAU 2 - PGTM - NOMBRE DE PATIENTS AYANT AU MOINS UNE ORDONNANCE ACTIVE D'OPIOÏDE	14
TABLEAU 3 - PGTM - NOMBRE TOTAL D'ORDONNANCES ACTIVES D'OPIOÏDES	15
SECTION 3. STATISTIQUES POPULATION ADULTE	16
TABLEAU 4 - PGTM ADULTE - DESCRIPTION DES OPIOÏDES PRESCRITS	16
TABLEAU 5 - PGTM ADULTE - VOIES D'ADMINISTRATION	17
TABLEAU 6 - PGTM ADULTE - CARACTÉRISTIQUES DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES	17
TABLEAU 7 - PGTM ADULTE - CARACTÉRISTIQUES DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES	18
TABLEAU 8 - PGTM ADULTE - MÉDICATION CONCOMITANTE	19
SECTION 4. STATISTIQUES PÉDIATRIQUES	20
TABLEAU 9 - PGTM PÉDIATRIQUE - DESCRIPTION DES OPIOÏDES PRESCRITS	20
TABLEAU 10 - PGTM PÉDIATRIQUE - VOIES D'ADMINISTRATION	21
TABLEAU 11 - PGTM PÉDIATRIQUE - CARACTÉRISTIQUES DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES	21
TABLEAU 12 - PGTM PÉDIATRIQUE - CARACTÉRISTIQUES DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES	22
TABLEAU 13 - PGTM PÉDIATRIQUE - MÉDICATION CONCOMITANTE	23
SECTION 5. AUTEURS ET RÉVISEURS	24
SECTION 6. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES	25
ANNEXE 1 PROTOCOLE PGTM : ANALYSE DESCRIPTIVE DES OPIOÏDES - MARS 2011.	26
ANNEXE 2 MÉDICAMENTS ÉTUDIÉS.....	28
ANNEXE 3 MÉDICATION CONCOMITANTE ÉTUDIÉE	29

ANALYSE - RÉSUMÉ

Pour donner suite au rapport d'investigation du coroner Ramsey¹ émis en février 2006, les centres hospitaliers universitaires (CHU) du Québec devaient mettre en place des mesures afin d'assurer l'utilisation appropriée et sécuritaire des opioïdes dans leur établissement (prescription, administration, surveillance, traitement de la dépression respiratoire, utilisation du naloxone, etc.)

Afin de soutenir les CHU dans leurs activités, le Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM) avait fait état de la situation à cette époque quant à la prescription des opioïdes dans les centres hospitaliers universitaires. Une première analyse descriptive², réalisée en juin 2006, avait permis de prendre connaissance de l'ampleur de l'utilisation de ces produits et de déterminer certaines caractéristiques des ordonnances d'opioïdes. En 2008, le même type d'analyse³ avait été réalisé afin de vérifier si des changements significatifs avaient eu lieu à la suite de certaines interventions (implantation de programmes, de mesures correctives, de formations, de protocoles, etc.). Il faut préciser qu'en 2008, soit deux ans après la publication du rapport du coroner, les CHU n'en étaient pas tous aux mêmes étapes en ce qui a trait à l'application des nouvelles modalités de prescription des opioïdes. Ceci justifie donc la réalisation, en juin dernier, d'une étude similaire. Les résultats obtenus en 2006 et 2008 servent aujourd'hui de comparateurs pour l'analyse réalisée en juin 2011.

La présente analyse descriptive se veut donc une répétition de l'exercice mené en 2006 et en 2008 afin de permettre une comparaison entre les ordonnances d'opioïdes « pré et post-intervention » dans les CHU du Québec.

Méthodologie

Sur le même modèle méthodologique qu'en 2006 et en 2008, un portrait d'utilisation a été dressé en faisant la recension de toutes les ordonnances actives d'opioïdes lors d'une journée type dans l'ensemble des cinq CHU du Québec. Les ordonnances de médicaments pouvant potentialiser la détresse respiratoire ont également été identifiées.

Résumé des résultats

Plusieurs observations et comparaisons ressortent à la suite de l'analyse des résultats obtenus en 2011 comparativement à ceux de 2006 et 2008. Pour l'analyse de 2011, il a été convenu de devancer la période de collecte par rapport aux études précédentes (début juin *versus* fin juin) afin de cibler une journée de l'année pendant laquelle le débit et les activités sont usuels (*vs* affluence, ouverture des salles d'opération, fermeture de lits) comparativement aux études précédentes qui se tenaient en période estivale pendant laquelle les activités sont réduites.

Ainsi, 1908 patients adultes avaient au moins une ordonnance active d'opioïde inscrite à leur dossier dans l'un des CHU du Québec lors de la collecte de l'information. L'analyse a permis d'étudier 3034 ordonnances d'opioïdes. Le comité scientifique du PGTM a révisé les données agglomérées des cinq CHU et a dégagé les observations et commentaires suivants :

POPULATION ADULTE

Pourcentage de patients ayant une ordonnance active d'opioïdes

- Tout comme en 2006 et en 2008, une forte proportion des patients des CHU avaient au moins une ordonnance active d'opioïde à leur dossier lors de la collecte de l'information (respectivement 49 % de la population adulte en 2011 comparativement à 48 % et 44 % en 2008 et 2006) (soins intensifs 55 % et urgence 21 %). Ainsi, malgré la tenue de l'analyse en 2011, durant une journée pendant laquelle un nombre plus élevé de patients étaient hospitalisés dans nos centres, le pourcentage de patients ayant une ordonnance active d'opioïdes à son dossier est demeuré constant. Ceci confirme la validité des populations étudiées et des résultats obtenus dans les analyses précédentes. Le maintien d'un fort pourcentage d'utilisation d'opioïdes par la population qui fréquente les CHU du Québec justifie ainsi la nécessité de s'assurer d'une utilisation sécuritaire et adéquate de ces médicaments à long terme.

Description des opioïdes prescrits

- L'hydromorphone (42 % des ordonnances) et la morphine (30 % des ordonnances) demeurent les opioïdes les plus fréquemment prescrits à la population adulte en 2011. Depuis 2006, l'utilisation de l'hydromorphone est en augmentation constante (35 % en 2006, 38 % en 2008 et 42 % en 2011). Il n'est cependant pas possible de juger de l'indication de l'opioïde choisi dans le cadre de cette analyse; en effet, l'hydromorphone demeure l'analgésique de prédilection pour la population atteinte d'insuffisance rénale. Il demeure toutefois légitime de questionner la raison de cette croissance (simple habitude de prescription?), puisque de nombreux incidents visant les opioïdes ont été rapportés, particulièrement avec cette molécule. À la suite de l'analyse menée en 2006, les CHU avaient intégré dans leur plan de formation une sensibilisation à la puissance des analgésiques, et particulièrement à celle de l'hydromorphone, certains CHU favorisant la morphine comme opioïde de première intention. D'autres centres, au moyen de divers mécanismes (interventions systématiques, ordonnances préimprimées, tableaux d'équivalence de doses entre les différents opioïdes) s'assurent de la prise en considération des ratios de puissance lors de la prescription des divers agents, sans toutefois favoriser une molécule plutôt que l'autre.

Voies d'administration

- Les voies d'administration orale et sous-cutanée sont privilégiées pour la population adulte, et ce, dans des proportions semblables à celles observées en 2006 et 2008 (51 % PO et 36 % SC). Les autres voies demeurent peu prescrites.

Caractéristiques des ordonnances

- Comparativement à 2006, où 13 % des patients avaient des ordonnances qui mentionnaient deux voies d'administration ou plus du même opioïde à la même dose (ce qui pouvait laisser croire à un manque d'ajustement de la dose en fonction de la voie d'administration lors de la prescription), on remarque une tendance à la baisse de ce pourcentage en 2008, qui persiste en 2011 (9 % des patients). Les plans de formation des CHU, qui proposaient l'utilisation de doses équianalgésiques selon les différentes voies d'administration, ont pu ainsi avoir eu une influence positive à cet effet. Il n'en demeure pas moins que près d'un patient sur dix possède à son profil médicamenteux des ordonnances du même opioïde à la même dose pour deux voies d'administration ou plus.
- On observe également des pourcentages quasi inchangés de patients qui avaient des ordonnances actives pour deux opioïdes différents ou plus (respectivement 21 %, 20 % et 24 % en 2011, 2008 et 2006).

- Tout comme dans notre analyse précédente, la majorité des ordonnances sont prescrites à doses fixes (62 %), soit avec des intervalles fixes (57 %) ou variables (5 %) et la mention « au besoin » (« si douleur » ou « *prn* ») est présente dans 72 % des cas.
- En 2011, le nombre d'ordonnances qui allouait un écart du simple au double ou plus pour la dose à administrer (c.-à-d. hydromorphone 2-4 mg q, etc.) a diminué à 25 % comparativement à 33 % en 2006 et 2008. Tout comme en 2008, il est à noter que l'hydromorphone est l'opioïde le plus souvent retrouvé sur ces ordonnances (plus de 12 % des ordonnances en 2008 et 2011). Plus précisément, 29 % de toutes les ordonnances d'hydromorphone allouaient un écart du simple au double ou plus pour la dose à administrer comparativement à 19 % des ordonnances de morphine. Les données recueillies en 2011 nous ont par ailleurs permis de découvrir un écart de plus du double dans seulement 0,4 % des ordonnances, ce qui est une amélioration par rapport à 2008 (3 %). Une pratique sécuritaire recommandée dans les CHU nous invite à réduire la variation posologique d'une ordonnance d'opioïdes. Malheureusement, les données de la littérature médicale ne nous permettent pas de décrire ce qui est acceptable comme variation posologique afin de préserver une utilisation sécuritaire de ces molécules. Certains CHU ont statué notamment sur les écarts de doses et d'intervalles pouvant être prescrits selon les règles d'utilisation et les modalités de rédaction des ordonnances d'opioïdes en vigueur dans leur centre. Certains CHU ont également inclus ces modalités à l'intérieur d'ordonnances préimprimées.
- La mention d'un maximum (nombre de doses, mg par jour) lors de la rédaction de l'ordonnance est passée de 6 % en 2006 à 9 % en 2008 et a diminué par la suite à 0,2 % en 2011.
- Par ailleurs, l'utilisation d'une échelle de la douleur n'est pas mentionnée plus fréquemment qu'en 2006 et 2008 lors de la rédaction de l'ordonnance (2 % en 2008 et 2011 vs 1 % en 2006). En général, ces mentions se retrouvent inscrites sur les protocoles préimprimés (ex. : analgésie postopératoire) et non sur les ordonnances rédigées couramment. Toutefois, l'évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle analogique fait partie des procédures de soins infirmiers et est donc intégrée dans la pratique du *nursing*, même si la mention n'est pas présente sur l'ordonnance.

Médication concomitante

- L'analyse de la médication concomitante nous a permis d'identifier les médicaments qui risquent de potentialiser une dépression respiratoire de même que la coanalgie prescrite, notamment l'acétaminophène et les AINS. Cependant, la présente étude ne nous permet pas de confirmer que cette médication a bel et bien été administrée, puisque plusieurs des molécules ciblées sont parfois prescrites au besoin.
- Malgré tout, l'utilisation de médication concomitante pouvant accentuer la dépression respiratoire est demeurée inchangée en 2011. Parmi les patients recevant au moins un opioïde, 28 % avaient deux ordonnances de médicaments dépresseurs du SNC à leur dossier, et 30 % en avaient trois ou plus, ce qui reste sensiblement au même niveau que lors de la dernière étude (en 2006 et 2008, respectivement 39 % et 28 % des patients recevaient plus de deux médicaments dépresseurs). Les benzodiazépines et le dimenhydrinate ont encore une fois été les principales molécules identifiées. Cette forte proportion ne fait qu'amplifier l'importance de la mise en place de protocoles de surveillance de l'analgésie ainsi que de protocoles établis pour l'administration de la naloxone, telle qu'elle a été entreprise dans nos CHU. Les CHU se doivent donc de redoubler de vigilance quant à la surveillance des patients qui reçoivent une combinaison de médicaments dépresseurs. À cet effet, une étude sur la qualité de l'acte de *nursing* s'est tenue dans les cinq CHU l'an dernier. Il sera intéressant pour chaque CHU de prendre connaissance des résultats et recommandations qui en découleront.
- La très grande majorité des patients avait au moins une ordonnance active pour un coanalgésique. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des patients ont reçu de l'acétaminophène en concomitance en 2011. En 2008, le PGTM s'interrogeait sur une diminution marquée de l'utilisation des AINS dans la

population analysée par rapport à l'année 2006. En 2011, leur taux d'utilisation a été de 14,7 %, un pourcentage légèrement supérieur comparativement à la première étude menée en 2006 (11 %). Toujours en 2011, le PGTM a vérifié l'utilisation concomitante de gabapentine et de prégabaline, ce qui n'avait pas été fait dans les analyses précédentes. Près de 19 % des patients recevaient ce type de médication. Dans certains CHU, les interventions systématiques privilégiant l'utilisation de coanalgésiques ont donc pu influencer ces données.

POPULATION PÉDIATRIQUE

Le PGTM a analysé 235 ordonnances d'opioïdes dans ses unités pédiatriques, ce qui a permis d'observer des données similaires à celles de 2006 et 2008 :

- La morphine (60 %) et la codéine (15 %) sont demeurées les opioïdes les plus fréquemment prescrits aux enfants. On note par contre une diminution du nombre d'ordonnances de codéine depuis 2006 (27 % en 2006, 23 % en 2008 et 15 % en 2011). Ce pourcentage, plus élevé que chez l'adulte (4 % en 2011), demeure cependant préoccupant, étant donné que la codéine est un promédicament qui doit être métabolisé en morphine par le cytochrome P450 2D6 avant d'atteindre son effet analgésique et qu'environ 10 % de la population adulte et pédiatrique ne peut assurer cette transformation. De plus, on ne connaît pas l'âge exact auquel ce cytochrome termine sa maturation chez l'enfant.
- Les voies d'administration intraveineuse et orale sont privilégiées pour cette population.
- Les ordonnances mentionnent en majorité (86 %) des doses et des intervalles fixes, en faisant abondamment usage de la mention « au besoin » (68 %).
- Onze pour cent (11 %) des jeunes patients avaient deux ordonnances de médicaments dépresseurs du SNC à leur dossier et 11 % en avaient trois ou plus, une proportion plus basse par rapport aux données de 2008 (15 et 14 % en 2008).

Discussion

Cette dernière analyse descriptive menée en 2011 a permis de dresser un portrait comparatif de l'utilisation des opioïdes dans les CHU au cours des cinq dernières années. Malgré le peu de changements obtenus entre les données de 2011 et les deux rapports précédents, nous avons observé quelques améliorations du tableau de prescription des opioïdes, notamment quant à la diminution du nombre d'ordonnances qui allouaient un écart du simple au double ou plus pour la dose à administrer et à la diminution du nombre de patients ayant à leur profil pharmacologique des ordonnances pour deux opioïdes différents ou plus. Il convient toutefois de préciser que les politiques adoptées à cet égard peuvent varier selon le centre, certains CHU ayant accepté un écart maximal du simple au double de la dose à administrer dans certains cas précis.

Il convient toutefois de préciser qu'une telle analyse comporte certaines limites quant à la généralisation des résultats et des effets, puisque la collecte d'information est effectuée au cours d'une seule journée préalablement déterminée. Cependant, les résultats étant très semblables, il est permis de croire qu'ils reflètent la situation habituelle dans les CHU. De plus, il est possible que la méthodologie utilisée dans le cadre d'une analyse descriptive puisse ne pas être suffisamment sensible pour détecter des différences.

Les interventions générales, comme l'élaboration de lignes directrices, de protocoles et de politiques de prescription entreprises dans plusieurs CHU dès 2006 ont été les premières étapes nécessaires à l'élaboration d'un plan visant à améliorer l'utilisation des opioïdes². Il demeure cependant que ce type d'interventions est reconnu pour ne pas modifier très efficacement les habitudes de prescription des

cliniciens. Les statistiques pratiquement inchangées entre les analyses menées en 2006 et en 2008 en ont été la preuve. Cependant, la mise en place d'actions ciblées reconnues comme étant efficaces n'était à ce moment-là qu'en processus d'approbation dans certains CHU, ce qui rendait légitime la tenue de cette troisième étude.

À la suite de l'analyse menée en 2008, le PGTM recommandait donc de poursuivre la mise en place des actions reconnues comme étant efficaces pour améliorer la sécurité de l'utilisation des opioïdes dans les CHU³. Le tableau suivant fait état des divers outils et actions mis en place dans les CHU :

Actions mises en place pour améliorer la sécurité de l'utilisation des opioïdes	% de CHU ayant effectué les actions
Formation et collaboration de pharmaciens à un sous-comité de travail portant sur la sécurité de l'utilisation des opioïdes.	100 %
Conception et diffusion d'ordonnances préimprimées d'opioïdes* - dans différents contextes (ex. : pré-op., post-op., chirurgie, douleur); - dans tous les contextes (ordonnance utilisée pour toutes les prescriptions; de tous les opioïdes dans un CHU).	100 % 20 %
Conception et diffusion de tableaux de doses équivalentes d'opioïdes.	80 %
Conception et diffusion d'ordonnances collectives : - d'opioïdes; - de médicaments touchant à la sécurité des opioïdes (ex. : naloxone).	0 % 60 %
Conception et diffusion d'échelles d'évaluation de la douleur.	100 %
Les résultats des analyses des documents des phases I et II réalisées en 2006 et 2008 ont été présentés à différents comités.	100 %
Des réunions éducatives ont été réalisées auprès des médecins et résidents.	40 %
Des réunions éducatives ont été réalisées auprès des pharmaciens.	100 %
Des réunions éducatives ont été réalisées auprès des infirmières.	100 %
Des règles d'utilisation** ou des modalités de rédaction des ordonnances des opioïdes ont été élaborées.	80 %
Des notes d'intervention ou des opinions pharmaceutiques pré-rédigées ont été élaborées.	60 %

* Aucune information n'est disponible quant au nombre de prescriptions d'opioïdes rédigées sur des ordonnances préimprimées et sur le pourcentage d'utilisation de ces ordonnances par les cliniciens.

** Règles d'utilisation : Une règle d'utilisation des médicaments a pour objectif d'assurer la concordance du processus thérapeutique avec les standards scientifiques reconnus afin d'optimiser l'effet des médicaments. Approuvée par le conseil d'administration d'un établissement et obligatoire, elle contient minimalement les informations suivantes : professionnels visés, indications, contre-indications, directives, précautions à prendre, limites, procédures et méthodes à suivre. (Définition de l'ordre des pharmaciens du Québec)

Le PGTM recommande aux centres hospitaliers, à la lumière des informations recueillies dans leurs établissements, d'établir un plan de diffusion efficace des résultats comparatifs obtenus entre cette analyse et celles réalisées en 2006 et en 2008. Les données individualisées permettront à chaque CHU d'obtenir un portrait de l'évolution des pratiques entourant l'usage des opioïdes, malgré les limites qu'impose une analyse descriptive à l'interprétation des résultats. Il appartient alors à chaque CHU de cibler et de corriger les pratiques à risque. À cet effet, les divers outils et mécanismes proposés au tableau précédent et en vigueur dans un CHU peuvent servir d'exemple à un autre centre pour l'encadrement des pratiques entourant la prescription, la distribution et l'administration des opioïdes. De même, si de nouveaux outils sont créés dans un CHU afin d'améliorer la sécurité de l'utilisation des opioïdes, le PGTM recommande qu'ils soient diffusés aux différents CHU afin que tous puissent profiter de ces améliorations.

Considérant ces faits, le PGTM a émis les recommandations suivantes :

Recommandations PGTM

Cette analyse comparative a permis au PGTM de constater l'évolution des pratiques entourant l'utilisation des opioïdes en général dans les CHU du Québec entre 2008 et 2011. Le maintien d'une forte utilisation d'opioïdes par la population qui fréquente les CHU du Québec justifie la nécessité d'en assurer une utilisation sécuritaire et adéquate de **façon continue**. Ainsi, le PGTM recommande :

- De maintenir actifs les comités de travail sur la sécurité de l'utilisation des opioïdes dans chacun des CHU et de les sensibiliser aux résultats obtenus par cette analyse.
- D'élaborer, de diffuser et d'assurer la **mise en application de façon continue** des règles d'utilisation et des modalités de rédaction des ordonnances d'opioïdes et d'intervenir afin de favoriser l'utilisation des outils permettant l'application de ces règles et modalités, tels que les ordonnances, les notes d'interventions et les opinions préimprimées. À la suite de l'implantation de ces outils, évaluer le pourcentage d'utilisation des outils préimprimés.
- De continuer à encadrer systématiquement, au moyen d'échelles validées, l'évaluation de la douleur et les paramètres de surveillance des patients recevant un opioïde et d'assurer leur suivi tout au long de l'administration de la médication. Évaluer le pourcentage d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur pour tous les patients recevant des opioïdes.
- De mettre en place des mesures visant à limiter les pratiques qui risquent de mettre en jeu la sécurité des patients recevant des analgésiques notamment :
 - Statuer et **intervenir** s'il y a lieu, afin d'assurer le **respect d'un écart limite acceptable** en ce qui concerne notamment les doses et les intervalles pouvant être alloués lors de la prescription d'un opioïde et d'ajuster les doses selon la voie d'administration prescrite. Des règles d'émission et d'exécution d'ordonnances pour les opioïdes, prévoyant des mesures correctives (par exemple, la modification d'une prescription jugée risquée), doivent être en place dans chacun des CHU afin d'appuyer les interventions du pharmacien en présence d'une prescription d'opioïdes jugée risquée;
 - Statuer et **intervenir** s'il y a lieu, afin d'assurer le **respect des ratios de puissance** lors de la prescription à la fois des divers agents et des différentes voies d'administration;

- Assurer la disponibilité d'outils permettant d'identifier les patients présentant des facteurs de risque susceptibles d'accentuer la dépression respiratoire (par exemple, la présence d'une médication concomitante qui risque de potentialiser une dépression respiratoire) afin d'offrir à ces patients un suivi plus étroit **de leur état d'éveil**.
- D'assurer une **formation continue** auprès des prescripteurs et du personnel soignant et de façon particulière auprès des résidents en formation dans les CHU. Le PGTM recommande également de mettre à la disposition des cliniciens divers outils de travail concrets et pratiques visant à appuyer la formation offerte. Outre la diffusion entre les CHU des outils mentionnés dans ce document, un tableau d'équivalences de doses ou un logiciel permettant de calculer des doses équivalentes d'opioïdes en sont quelques exemples.
- De suivre l'**évolution du taux d'incidents et d'accidents** déclarés dans les CHU en relation avec l'utilisation des opioïdes. Tous les cliniciens (médecins, résidents, infirmières et pharmaciens) devraient être régulièrement informés de ces taux et être sensibilisés aux pratiques risquées ayant mené à ces incidents ou accidents. Des correctifs aux profils de pratiques risquées devraient être apportés afin d'éviter la répétition des mêmes erreurs.

SECTION 1. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

1.1 Buts et objectifs

- Faire un suivi de deux études réalisées en juin 2006 et juin 2008 afin de vérifier si les différentes mesures implantées dans les CHU ont influencé l'utilisation des opioïdes.
 - Fournir les éléments pour fins de comparaison avec les rapports publiés en 2006 et 2008.
 - Analyser les changements dans les paramètres en prenant en considération les interventions et les mesures implantées ou non dans les différents CHU.
- Décrire l'utilisation des opioïdes dans les cinq centres hospitaliers universitaires du Québec après l'implantation de mesures, tel que l'a recommandé le coroner dans son rapport.
 - Éventail et fréquence d'utilisation des différentes substances;
 - Écart de doses;
 - Intervalles posologiques;
 - Voies d'administration;
 - Usage simultané de plus d'un opioïde;
 - Utilisation concomitante d'autres classes de médicaments pouvant potentialiser la dépression respiratoire;
 - Utilisation concomitante de coanalgésiques (AINS, acétaminophène).

1.2 Méthodologie

Cf. protocole en annexe

Médicaments étudiés

- Les médicaments de la classe des agonistes opioïdes (28 :08 :08, 28 :08.12, 28 :08.92, 99 :08.28) et les combinaisons (voir en annexe 1) sont étudiés.
- Toutes les voies d'administration sont étudiées (y compris l'analgésie contrôlée par le patient [ACP]).

Exclusions :

Opioïdes utilisés à la salle d'opération;
Opioïdes administrés à la salle d'accouchement (épidurale pendant l'accouchement par exemple);
Opioïdes prescrits pour les patients ambulatoires (cliniques externes).

Médication concomitante étudiée

Pour chacune des ordonnances actives prises en compte, la présence de médication concomitante pouvant potentialiser la dépression respiratoire doit être rapportée.
De plus, la médication utilisée en coanalgésie a été relevée.

Période de collecte

Période de collecte des données : le 9 juin 2011.

Collecte de données

Toutes les ordonnances sont incluses (aucun échantillonnage).

Tous les pavillons du centre hospitalier en question sont inclus.

Confidentialité

À noter que les informations transmises par chacun des CHU au centre responsable de l'analyse étaient dénominisées.

Le rapport rendu public de cette étude ne contient que les données agglomérées des cinq CHU. Chacun des CHU a reçu un rapport individuel contenant ses données et les résultats globaux.

SECTION 2. DESCRIPTION DE LA POPULATION

2.1 Statistiques

Tableau 1 - PGTM - Population

Population	PGTM 2006	PGTM 2008	PGTM 2011
ADULTE : Nombre total de patients	3655	3647	3876
Nombre de patients hospitalisés aux soins intensifs	200	147	192
Nombre de patients inscrits à l'urgence	504	541	535
Nombre de patients en tout sauf ceux de l'urgence-SI	2951	Chx* : 1244 Non Chx* : 1715	Chx* : 1087 Non Chx* : 2062
PÉDIATRIE NÉONATOLOGIE : Nombre total de patients	570	601	821
Nombre de patients hospitalisés en pédiatrie	419	Urg : 36 Chx* : 117 Non Chx* : 224	Urg : 199 Chx* : 97 Non Chx* : 304
Nombre de patients hospitalisés en néonatalogie	125	158	175
Nombre de patients hospitalisés aux soins intensifs pédiatriques	26	66	46
Nombre total de patients dans le CHU	4225	4248	4697

* Chx : unités chirurgicales, Non Chx : unités non chirurgicales

En 2008, au CHUS, la population provenant d'unités chirurgicales n'a pu être distinguée de celle provenant des autres unités de soins non chirurgicaux.

En 2011, au CHUS, la population pédiatrique provenant d'unités chirurgicales n'a pu être distinguée de celle provenant des autres unités de soins non chirurgicaux.

En 2008, au CHUSJ, la donnée concernant le nombre de patients à l'urgence pédiatrique n'était pas disponible.

Tableau 2 - PGTM - Nombre de patients ayant au moins une ordonnance active d'opioïde

Nombre de patients ayant au moins une ordonnance active		PGTM 2006	PGTM 2008	PGTM 2011
ADULTE	Toutes les unités (sauf urgence, SI)	1326 (44 %) (N=2951)	1518 (51 %) (N=2959)	1692 (53,7 %) (N=3149)
	Soins Intensifs	124 (62 %) (N=200)	111 (76 %) (N=147)	106 (55,2 %) (N=192)
	Urgence	155 (31 %) (N=504)	113 (21 %) (N=541)	110 (20,6 %) (N=535)
	Nombre total de patients adultes	1605 (44 %) (N=3655)	1742 (48 %) (N=3647)	1908 (49,2 %) (N=3876)
PÉDIATRIE	Toutes les unités (sauf SI, néonatalogie et urgence)	91(22 %) (N=419)	81(21 %) (N=377)	108 (26,9 %) (N=401)
	Néonatalogie	6 (5 %) (N=125)	9 (6 %) (N=158)	13 (7,4 %) (N=175)
	Soins intensifs	11(42 %) (N=26)	28(42 %) (N=66)	24 (52,2 %) (N=46)
	Urgence*	nd	nd	8 (4,0 %) (N=199)
	Nombre total de patients pédiatriques	108 (19 %) (N=570)	118 (20 %) (N=601)	152 (18,5 %) (N=821)
TOTAL		1713 (41 %) (N=4225)	1860 (44 %) (N=4248)	2060 (43,9 %) (N=4697)

* En 2006 et 2008, les ordonnances d'opioïdes de l'urgence dans les CHU n'ont pu être répertoriées.

Tableau 3 - PGTM - Nombre total d'ordonnances actives d'opioïdes

Nombre total d'ordonnances actives d'opioïdes		PGTM 2006	PGTM 2008	PGTM 2011
ADULTE	Toutes les unités (sauf urgence, SI)	2233	2563	2733
			Chx* : 1206	Chx : 1365
			Non Chx* : 1357	Non Chx : 1368
	Total adulte	2627	2916	3034
PÉDIATRIE	Toutes les unités (sauf SI, néonatalogie et urgence)	130	126	162
				Chx : 79
				Non Chx : 83
	Néonatalogie	7	11	17
	Soins intensifs	16	43	45
	Urgence**	nd	nd	11
	Total pédiatrique	153	180	235
TOTAL		2780	3096	3269

* Chx : unités chirurgicales; Non Chx : unités non chirurgicales

** En 2006 et 2008, les ordonnances d'opioïdes de l'urgence dans les CHU n'ont pu être répertoriées.

SECTION 3. STATISTIQUES POPULATION ADULTE

Tableau 4 - PGTM Adulte - Description des opioïdes prescrits

Nombre d'ordonnances actives d'opioïdes prescrits	PGTM 2006 (N=2627)	PGTM 2008 (N=2916)	PGTM 2011 (N=3034)
Codéine	233 (9 %)	264 (9 %)	127 (4,2 %)
Fentanyl	175 (7 %)	195 (7 %)	233 (7,7 %)
Hydrocodone	8 (0,3 %)	2 (0,1 %)	0 (0 %)
Hydromorphone	910 (35 %)	1119 (38 %)	1262 (41,6 %)
Mépéridine	53 (2 %)	52 (2 %)	17 (0,6 %)
Méthadone	31 (1 %)	36 (1 %)	27 (0,9 %)
Morphine	758 (29 %)	766 (26 %)	916 (30,2 %)
Oxycodone	173 (7 %)	270 (9 %)	291 (9,6 %)
Sufentanyl	3 (0,1 %)	2 (0,1 %)	0 (0 %)
Nalbuphine	2 (0,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Acétaminophène-codéine	242 (9 %)	188 (6 %)	130 (4,3 %)
Acétaminophène-codéine-caféine	19 (1 %)	5 (0,2 %)	10 (0,3 %)
Acétaminophène-oxycodone	20 (1 %)	5 (0,2 %)	0 (0 %)
Tramadol-acétaminophène	0 (0 %)	11 (0,4 %)	18 (0,6 %)
Tramadol	0 (0 %)	1 (0,03 %)	3 (0,1 %)

N : nombre d'ordonnances actives

Tableau 5 - PGTM Adulte - Voies d'administration

Voies d'administration indiquées sur l'ordonnance	PGTM 2006 (N*=2616)	PGTM 2008 (N=2916)	PGTM 2011 (N=3034)
PO (y compris par tube)	1398 (53 %)	1584 (54 %)	1542 (50,8 %)
IV	195 (7 %)	213 (7 %)	219 (7,2 %)
SC	854 (33 %)	952 (33 %)	1081 (35,6 %)
IM	34 (1 %)	27 (1 %)	9 (0,3 %)
Transdermique	99 (4 %)	119 (4 %)	124 (4,1 %)
IR	15 (0,6 %)	3 (0,1 %)	5 (0,2 %)
Épidurale	21 (0,8 %)	18 (1 %)	54 (1,8 %)
FORMULATIONS SPÉCIALES			
Longue action ex : (SR, M-eslon)	124 (5 %)	227 (8 %)	185 (6,1 %)
ACP**	43 (2 %)	65 (2 %)	73 (2,4 %)

**ACP : analgésie contrôlée par le patient

N : nombre d'ordonnances actives

N* : information non disponible pour quelques ordonnances

Tableau 6 - PGTM Adulte - Caractéristiques des ordonnances d'opioïdes

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N=1605)	PGTM 2008 (N=1742)	PGTM 2011 (N=1908)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d'administration ou + <u>du même opioïde à la même dose</u>	210 (13 %)	150 (9 %)	174 (9,1 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d'administration ou + <u>du même opioïde à des doses différentes</u>	191 (12 %)	209 (12 %)	342 (17,9 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 opioïdes <u>différents</u> ou +	393 (24 %)	2 : 319 (18 %)	2 : 379 (19,9 %)
		3 ou + : 31 (2 %)	3 ou + : 32 (1,7 %)

N : nombre de patients ayant au moins une ordonnance active

Tableau 7 - PGTM Adulte - Caractéristiques des ordonnances d'opioïdes

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N*= 2472)	PGTM 2008 (N=2916)	PGTM 2011 (N=3034)	
POSOLOGIE				
Doses fixes – intervalles variables** 5 mg q4-6h (PRN inclus)	7 %	6 %	5,2 %	
Doses variables - intervalles fixes 5-10 mg q6h (PRN inclus)	32 %	29 %	27,8 %	
Doses variables – intervalles variables** 5-10 mg q4-6h (PRN inclus)	7 %	8 %	10,0 %	
Doses fixes et intervalles fixes 10 mg q4h (PRN inclus)	54 %	58 %	56,7 %	
Données manquantes	-	-	0,3 %	
PARTICULARITÉS				
PRN (mention « prn » ou « si douleur », etc.)	82 %	80 %	71,5 %	
Avec mention des dosages selon l'échelle de douleur	1 %	2 %	1,8 %	
Avec mention d'un maximum : nombre de doses, de mg selon un intervalle défini	6 %	9 %	0,2 %	
Avec écart pour la dose de 2X ou + (ex : Hydromorphone 2-4 mg) ***	33 %	33 %	25,0%	
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">2x : 862 (30 %)</td> <td style="text-align: right;">2 x: 747 (24,6 %)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">+2x : 79 (3 %)</td> <td style="text-align: right;">+2x : 13 (0,4 %)</td> </tr> </table>		2x : 862 (30 %)
2x : 862 (30 %)	2 x : 747 (24,6 %)			
+2x : 79 (3 %)	+2x : 13 (0,4 %)			

N : nombre d'ordonnances actives

N* : information non disponible pour certaines ordonnances

** Au CHUS : un intervalle variable sur une ordonnance est inscrit dans le système informatique avec la seule mention du plus petit intervalle (les statistiques du CHUS ne feront donc pas état des ordonnances avec intervalles variables bien que certaines des ordonnances soient rédigées de la sorte.

*** En 2011, il est important de noter que certains CHU permettent, dans leur politique, de doubler la dose d'opioïdes alors que d'autres ne le permettent pas.

Tableau 8 - PGTM Adulte - Médication concomitante

Nombre de patients ayant une ordonnance active d'opioïde comportant	PGTM 2006 (N=1605)	PGTM 2008 (N=1742)	PGTM 2011 (N=1908)
au moins une benzodiazépine	66 %	60 %	57,0 %
au moins un barbiturique	0,4 %	0,1 %	0,6 %
au moins un neuroleptique	24 %	24 %	24,7 %
au moins un antidépresseur	22 %	18 %	21,8 %
dimenhhydrinate	55 %	52 %	56,0 %
métoclopramide*	10 %	11 %	13,7 %
hydroxyzine*	2 %	2 %	1,6 %
diphenhydramine	10 %	10 %	13,9 %
2 dépresseurs du SNC*	29 %	31 %	27,8 %
plus de 2 dépresseurs du SNC*	39 %	28 %	30,4 %
avec acétaminophène	80 %	76 %	84,6 %
avec au moins un AINS	21 %	11 %	14,7 %
gabapentine**	<i>nd</i>	<i>nd</i>	7,1 %
prégabaline**	<i>nd</i>	<i>nd</i>	12,1 %

N : nombre de patients ayant au moins une ordonnance active

* En 2006, les ordonnances d'hydroxyzine et de métoclopramide n'ont pas été répertoriées au CHUS.

** En 2006 et 2008, les ordonnances de gabapentine et de prégabaline n'ont pas été répertoriées.

SECTION 4. STATISTIQUES PÉDIATRIQUES

Tableau 9 - PGTM Pédiatrique - Description des opioïdes prescrits

Nombre de patients pédiatriques ayant au moins une ordonnance active	PGTM 2006 (N=153)	PGTM 2008 (N=180)	PGTM 2011 (N=235)
Codéine	42 (27 %)	41 (23 %)	35 (14,9 %)
Fentanyl	13 (8 %)	22 (12 %)	21 (8,9 %)
Hydrocodone	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)
Hydromorphone	11 (7 %)	19 (11 %)	27 (11,5 %)
Mépidrine	2 (1 %)	2 (1 %)	1 (0,4 %)
Méthadone	1 (1 %)	0 (0 %)	7 (3,0 %)
Morphine	87 (57 %)	92 (51 %)	141 (60,0 %)
Oxycodone	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Sufentanyl	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)
Acétaminophène-codéine	2 (1 %)	2 (1 %)	1 (0,4 %)
Nalbuphine	<i>nd</i>	0 (0 %)	1 (0,4 %)
Levorphanol	<i>nd</i>	0 (0%)	1 (0,4 %)

N : nombre d'ordonnances actives

Tableau 10 - PGTM Pédiatrique - Voies d'administration

Voies d'administration indiquées sur l'ordonnance	PGTM 2006 (N=153)	PGTM 2008 (N=180)	PGTM 2011 (N=235)
PO (y compris par tube)	67(44 %)	73 (41 %)	104 (44,3 %)
IV	74 (48 %)	97 (54 %)	113 (48,1 %)
SC	8 (5 %)	7 (4 %)	13 (5,5 %)
IM	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)
Transdermique	2 (1 %)	2 (1 %)	4 (1,7 %)
IR	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Épidurale	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (0,4 %)
FORMULATIONS SPÉCIALES			
Longue action ex : (SR, M-eslon)	1 (1 %)	3 (2 %)	4 (1,7 %)
ACP	6 (4 %)	10 (6 %)	6 (2,6 %)

N : nombre d'ordonnances actives

Tableau 11 - PGTM Pédiatrique - Caractéristiques des ordonnances d'opioïdes

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N=108)	PGTM 2008 (N=118)	PGTM 2011 (N=152)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d'administration ou + <u>du même opioïde à la même dose</u>	4 (4 %)	9 (8 %)	6 (3,9 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d'administration ou + <u>du même opioïde à des doses différentes</u>	3 (3 %)	2 (2 %)	16 (10,5 %)
Nombre de patients avec des ordonnances pour 2 opioïdes <u>différents</u> ou +	15 (14 %)	2 : 23 (19 %)	2 : 26 (17,1 %)
		3 ou + : 4 (3 %)	3 ou + : 0 (0 %)

N : nombre de patients ayant au moins une ordonnance active

Tableau 12 - PGTM Pédiatrique - Caractéristiques des ordonnances d'opioïdes

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N=153)	PGTM 2008 (N=180)	PGTM 2011 (N=235)
POSOLOGIE			
Doses fixes – intervalles variables** 5 mg q 4-6 h (PRN inclus)	23 (15 %)	20 (11 %)	21 (8,9 %)
Doses variables - intervalles fixes 5-10 mg q 6 h (PRN inclus)	10 (7 %)	12 (7 %)	10 (4,3 %)
Doses variables – intervalles variables** 5-10 mg q 4-6 h (PRN inclus)	2 (1 %)	4 (2 %)	2 (0,9 %)
Doses fixes et intervalles fixes 10 mg q 4 h (PRN inclus)	98 (64 %)	144 (80 %)	202 (86,0 %)
PARTICULARITÉS			
PRN (mention « <i>prn</i> » ou « si douleur », etc.)	81 (53 %)	137 (76 %)	159 (67,7 %)
avec mention des dosages selon l'échelle de douleur	12 (8 %)	2 (1 %)	8 (3,4 %)
avec mention d'un maximum : nombre de doses, de mg selon un intervalle défini	4 (3 %)	6 (3 %)	3 (1,3 %)
Nombre d'ordonnances avec écart pour la dose de 2 X ou + (ex: Hydromorphone 2-4 mg)	6 (4 %)	2x : 8 (4 %)	2x : 10 (4,3 %)
		+ de 2x : 0 (0 %)	+ de 2x : 0 (0 %)

N : nombre d'ordonnances actives d'opioïdes

** Au CHUS : un intervalle variable sur une ordonnance est inscrit dans le système informatique avec la seule mention du plus petit intervalle (les statistiques du CHUS ne feront donc pas état d'ordonnances avec intervalles variables, bien que certaines des ordonnances soient rédigées de la sorte.

Tableau 13 - PGTM Pédiatrique - Médication concomitante

Nombre de patients ayant une ordonnance active d'opioïdes comportant	PGTM 2006 (N=108)	PGTM 2008 (N=118)	PGTM 2011 (N=152)
au moins une benzodiazépine	32 (30 %)	41 (35 %)	46 (30,3 %)
au moins un barbiturique	1 (1 %)	1 (1 %)	4 (2,6 %)
au moins un neuroleptique	3 (3 %)	3 (3 %)	4 (2,6 %)
au moins un antidépresseur	2 (2 %)	6 (5 %)	7 (4,6 %)
dimenhydrinate	45 (42 %)	47 (40 %)	54 (35,5 %)
métoclopramide*	5 (5 %)	6 (5 %)	7 (4,6 %)
hydroxyzine*	7 (6 %)	3 (3 %)	3 (2,0 %)
diphenhydramine	27 (25 %)	24 (20 %)	26 (17,1 %)
2 dépresseurs du SNC*	19 (18 %)	18 (15 %)	16 (10,5 %)
plus de 2 dépresseurs du SNC*	11 (10 %)	16 (14 %)	17 (11,2 %)
avec acétaminophène	90 (83 %)	87 (74 %)	110 (72,4 %)
avec au moins un AINS	14 (13 %)	10 (8 %)	16 (10,5 %)
gabapentine**	<i>nd</i>	<i>nd</i>	9 (5,9 %)
prégabaline**	<i>nd</i>	<i>nd</i>	3 (2,0 %)

N : nombre de patients ayant au moins une ordonnance active

* En 2006, les ordonnances d'hydroxyzine et de métoclopramide n'ont pas été répertoriées au CHUS.

** En 2006 et 2008, les ordonnances de gabapentine et de prégabaline n'ont pas été répertoriées.

SECTION 5. AUTEURS ET RÉVISEURS

Rédaction du document PGTM

Auteurs principaux :

Julie Leblond, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
Nathalie Marcotte, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Révision du document PGTM

Réviseurs (Membres du Comité scientifique du PGTM) :

Dre Louise Deschênes, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
Céline Dupont, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Dr Paul Farand, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
Dr Daniel Froment, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Dr Pierre Gaudreau, Centre hospitalier universitaire, Hôpital Sainte-Justine (CHU-HSJ)
Marie-Claude Michel, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
Élaine Pelletier, Centre hospitalier universitaire, Hôpital Sainte-Justine (CHU-HSJ)
Dr Raghu Rajan, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Martin Turgeon, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
France Varin, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Titre du document :

« Description des ordonnances d'opioïdes dans les CHU du Québec Phase III - 2011 –
Analyse descriptive »

Révisé et approuvé par le Comité scientifique du PGTM le : 12 juin 2012

**Les membres du Comité scientifique du PGTM ne rapportent aucun conflit d'intérêt lors de la
préparation de ce document.**

Collaboration pour la collecte des données :

Vincent Nault (CHUS)
Joëlle St-Pierre, Alice Mathieu Bégin, Jordan Pelletier et Benoit Crevier (CHUM)
Mélody Barreau (CHUQ)
Hao Wang (CUSM)
Géraldine Ottino (CHUSJ)

Révisé et approuvé par le Comité exécutif du PGTM : août 2012

Disponible sur le site web du PGTM :

www.pgtm.qc.ca

SECTION 6. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

1. Coroner en chef, Gouvernement du Québec. Rapport d'investigation du Coroner – A151471. 20 février 2006. 19 p.
2. Programme de gestion thérapeutique des médicaments. Description des ordonnances de narcotiques dans les CHU du Québec – Analyse descriptive. Juin 2006
3. Programme de gestion thérapeutique des médicaments. Description des ordonnances de narcotiques dans les CHU du Québec - Phase II. Juin 2008

ANNEXE 1 PROTOCOLE PGTM : ANALYSE DESCRIPTIVE DES OPIOÏDES - MARS 2011

1. But et objectifs

- ◆ Faire un suivi des deux premières études réalisées en juin 2006 et 2008 afin de vérifier si les différentes mesures implantées dans les CHU ont influencé l'utilisation des opioïdes.
 - Fournir les éléments pour fins de comparaison aux rapports publiés en 2006 et 2008;
 - Analyser les changements dans les paramètres en prenant en considération les interventions, les mesures implantées ou non dans les différents CHU.
- ◆ Décrire l'utilisation des opioïdes dans les cinq centres hospitaliers universitaires du Québec après l'implantation de mesures, tel que l'a recommandé le coroner dans son rapport.
 - Éventail et fréquence d'utilisation des différentes substances;
 - Écart de doses;
 - Intervalles posologiques;
 - Voie d'administration;
 - Usage simultané de plus d'un opioïde;
 - Utilisation concomitante d'autres classes de médicaments pouvant potentialiser la dépression respiratoire;
 - Utilisation concomitante de coanalgésique (AINS, acétaminophène).

2. Médicaments étudiés

- ◆ **Les médicaments de la classe des agonistes opioïdes (28 :08 :08, 28 :08.12, 28 :08.92, 99 :08.28) et les combinaisons (voir en annexe 1) sont étudiés;**
- ◆ **Toutes les voies d'administration sont étudiées (y compris les ACP);**
- ◆ **L'utilisation des opioïdes à la salle d'urgence est particulièrement visée.**

Exclusions :

- Opioïdes utilisés à la salle d'opération;
- Opioïdes à la salle d'accouchement (épidurale pendant l'accouchement par exemple);
- Opioïdes en soins ambulatoires (cliniques externes).

Médication concomitante étudiée

**Pour chacune des ordonnances actives prises en compte, la présence de médication concomitante pouvant potentialiser la dépression respiratoire doit être rapportée.
De plus, la médication utilisée en coanalgésie sera relevée.**

Cf. Annexe 2 pour la liste des médicaments ou de la classe de médicaments à repérer.

3. Période de collecte

Il a été convenu de devancer la période de collecte par rapport aux études précédentes afin de capter une utilisation en situation de pratique « normale » (vs affluence, ouverture des salles d'opération) comparativement aux études précédentes (fin juin). Ce changement de période de collecte devra être pris en considération lors de l'analyse et de la comparaison des données avec celles des rapports des années précédentes.

Repérer toutes les ordonnances actives d'opioïdes le 9 juin 2011

- ◆ Toutes les ordonnances sont incluses (pas d'échantillonnage);
- ◆ Tous les pavillons de votre centre doivent être inclus.

Collecte de données

Le CHU est responsable d'obtenir les informations demandées à la date convenue. Un fichier sera fourni à chacun des CHU et devra être rempli (pour demandes de statistiques) localement. Le fichier devra être transmis au centre responsable de l'étude pour le 1^{er} septembre 2011.

- ✓ Il est important d'isoler les données provenant des **unités et centres pédiatriques**, puisque ces données seront analysées séparément des données relatives aux adultes.

- ✓ **Le nombre de patients hospitalisés au moment de la collecte des données doit être fourni** à des fins de statistiques.

Le détail des ordonnances doit être conservé par le responsable local de chacun des CHU tant que le rapport final n'aura pas été entériné par le comité scientifique du PGTM, puis il pourra être détruit.

N.B. Seul le fichier contenant les statistiques doit être transmis au centre responsable (le détail des ordonnances, doses et posologies sera conservé localement).

Critère : Ordonnance active d'un médicament de l'annexe 1

Information à extraire

Âge

Médicament

Dose

Intervalle posologique

Voie d'administration

Précision : *prn*, régulier, lors du bain, etc.

Type d'unité (médecine, chirurgicale, urgence, soins intensifs)

- ◆ s'assurer qu'il sera possible de repérer les formes à action prolongée;
- ◆ s'assurer que les remarques « spéciales » pourront être consultées, c.-à-d. mention du nombre de doses/mg par intervalle de temps, etc.

4. Sécurité

Des mesures de sécurité locales doivent être adoptées par chacun des centres réalisant la collecte des données afin de protéger les informations recueillies :

- ◆ éviter l'utilisation d'un ordinateur portable,
- ◆ utiliser un fichier sécurisé (avec mot de passe).

ANNEXE 2 MÉDICAMENTS ÉTUDIÉS

Toute la classe 28:08.08

Toute la classe 28:08.12

Classe 28:08.92

Acétaminophène avec codéine (avec ou sans caféine)

Acétaminophène avec oxycodone

Inclure :

Buprénorphine

Hydrocodone

Tramadol avec acétaminophène

Levorphanol

ANNEXE 3 MÉDICATION CONCOMITANTE ÉTUDIÉE

Antidépresseurs 28:16.04
Benzodiazépines 28:24.08
Barbituriques 28:24.04
Neuroleptiques 28:16.08
AINS 28:08.04.08 (ASA DIE (une fois par jour) exclue)
28:08.04.92
Gabapentine 28 :12.92
Pregabaline 28 :12.92

Acétaminophène seule 28:08.92

Hydroxyzine 28:24.92
Diphenhydramine 04:00.00
Dimenhydrinate 56:22.00
Métoclopramide 56:40.00