



Programme de  
**GESTION THÉRAPEUTIQUE**  
des médicaments

DESCRIPTION DES  
ORDONNANCES DE  
NARCOTIQUES  
DANS LES CHU  
DU QUÉBEC  
PHASE II - 2008

PGTM

---

*Analyse descriptive*



## AVIS

---

**Le document émet des recommandations en regard d'un médicament donné, le tout, en respect des informations scientifiques disponibles au moment de sa 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 ainsi aucune responsabilité pouvant résulter de leurs utilisations. En conséquence, le PGTM ne pourra être tenu responsable de tout dommage, de quelque nature que ce soit en regard à l'utilisation de ces recommandations pour les soins ou le diagnostic des individus.**

---

## TABLE DES MATIÈRES

<b>ANALYSE - RÉSUMÉ</b> .....	<b>4</b>
<b>SECTION 1. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>9</b>
1.1 Buts et objectifs .....	9
1.2 Méthodologie .....	9
<b>SECTION 2. DESCRIPTION DE LA POPULATION</b> .....	<b>10</b>
2.1 Statistiques .....	10
<b>SECTION 3. STATISTIQUES POPULATION ADULTE</b> .....	<b>12</b>
<b>SECTION 4. STATISTIQUES PÉDIATRIQUES</b> .....	<b>16</b>
<b>SECTION 5. AUTEURS ET RÉVISEURS</b> .....	<b>19</b>
<b>SECTION 6. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES</b> .....	<b>20</b>
<b>ANNEXE 1 PROTOCOLE PGTM ANALYSE DESCRIPTIVE OPIACÉS MARS 2008</b> .....	<b>21</b>
<b>ANNEXE 2 MÉDICAMENTS ÉTUDIÉS</b> .....	<b>23</b>
<b>ANNEXE 3 MÉDICATION CONCOMITANTE ÉTUDIÉE</b> .....	<b>24</b>



## **ANALYSE - RÉSUMÉ**

---

Pour donner suite au rapport d'investigation du coroner Ramsey<sup>1</sup> 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 opiacés 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 opiacés dans les centres hospitaliers universitaires. Cette analyse descriptive<sup>2</sup>, réalisée en juin 2006, avait permis de prendre connaissance de l'ampleur de l'utilisation de ces produits, d'identifier certaines caractéristiques des ordonnances d'opiacés, et elle sert aujourd'hui de comparateur à une analyse « post-intervention » réalisée en juin dernier (c'est-à-dire après l'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 sont pas tous aux mêmes étapes en ce qui a trait à l'application de nouvelles modalités de prescription des opiacés. Néanmoins, la présente analyse descriptive se veut une répétition de l'exercice mené en 2006 afin de permettre une comparaison entre les ordonnances de narcotiques « pré et post-intervention » dans les CHU du Québec.

### **MÉTHODOLOGIE**

En appliquant la même méthodologie qu'en 2006, nous avons dressé un portrait d'utilisation en faisant la recension de toutes les ordonnances de narcotiques actives 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 analysées.

### **RÉSULTATS**

Plusieurs observations et comparaisons ressortent à la suite de l'analyse des résultats obtenus en 2008 comparativement à ceux de 2006. Il faut encore une fois noter que certains résultats ont pu être influencés par la fermeture de lits dans les CHU à cette période. De plus, malgré les limites qu'impose une analyse descriptive quant à l'interprétation des résultats, il n'en demeure pas moins que certaines observations relevées portent à croire que la sécurité de l'utilisation des narcotiques dans les CHU du Québec pourrait encore être améliorée.

### **OBSERVATIONS – COMMENTAIRES**

Ainsi, 1742 patients adultes avaient au moins une ordonnance active d'opiacé à leur dossier dans l'un des CHU du Québec lors de la collecte de l'information. Le PGTM a étudié 2908 ordonnances d'opiacés pour procéder à cette analyse. Son comité scientifique a révisé les données agglomérées des cinq CHU, et il a dégagé les observations et commentaires suivants :

## **POPULATION ADULTE**

### ***Pourcentage de patients ayant une ordonnance active de narcotiques***

- ◆ Tout comme en 2006, une forte proportion des patients des CHU avait une ordonnance d'opiacé active à leur dossier lors de la collecte de l'information (48 % de la population adulte en 2008 alors que le pourcentage s'élevait à 44 % en 2006) (soins intensifs 76 %, urgence 21 %). Le maintien d'un fort pourcentage d'utilisation des narcotiques par la population qui fréquente les CHU du Québec justifie ainsi la nécessité de s'assurer d'une utilisation à long terme sécuritaire et adéquate de ces médicaments.

### ***Description des narcotiques prescrits***

- ◆ L'hydromorphe (38 % des ordonnances) et la morphine (26 % des ordonnances) représentent, encore en 2008, les opiacés les plus fréquemment prescrits à la population adulte. Bien qu'il ne soit pas possible de juger de l'indication du narcotique choisi dans le cadre de cette analyse, les recommandations de divers comités favorisent la morphine comme narcotique de première intention. Les CHU ont d'ailleurs intégré dans leur plan de formation un point visant à s'assurer que les prescripteurs et le personnel soignant soient sensibilisés à la puissance des analgésiques, et particulièrement à celle de l'hydromorphe.

### ***Voies d'administration***

- ◆ Les voies d'administration orale et sous-cutanée sont privilégiées pour la population adulte et ce, dans les mêmes proportions qu'en 2006 (54 % PO et 33 % SC). Les autres voies demeurent peu prescrites. Rappelons toutefois que la fermeture de lits en chirurgie à cette période de l'année peut avoir contribué au faible nombre de prescriptions d'analgésie contrôlée par le patient et que l'exclusion de l'analyse des unités d'obstétrique peut expliquer le faible nombre de prescriptions par voie péridurale.

### ***Caractéristiques des ordonnances***

- ◆ Comparativement à 2006, où 13 % des patients avaient des ordonnances qui mentionnaient deux voies d'administration ou plus du même opiacé à la même dose (ce qui pouvait laisser croire à un « non-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 (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.
- ◆ On observe également des pourcentages quasi inchangés de patients qui avaient des ordonnances actives pour deux opiacés différents ou plus (20 % comparativement à 24 % en 2006). De plus, il est possible que la mise à jour de certains dossiers-patients n'était pas encore terminée lors de l'étude des ordonnances d'opiacés (ordonnance non cessée dans le profil médicamenteux du patient au département de pharmacie).
- ◆ Tout comme dans notre analyse précédente, la majorité des ordonnances sont prescrites à intervalles fixes, soit avec des doses fixes ou variables et la mention « au besoin » (« si douleur » ou « prn ») est présente dans 80 % des cas.
- ◆ Encore en 2008, on a observé que 33 % des ordonnances allouaient un écart du double ou plus pour la dose à administrer (c.-à-d.. hydromorphe 2-4 mg q...). Ce pourcentage est demeuré le même qu'en 2006. Il est à noter que l'hydromorphe est le narcotique le plus souvent retrouvé sur ces ordonnances (plus de 12 % des ordonnances en 2008). Les données recueillies en 2008 nous ont par ailleurs permis d'identifier un écart de plus du double dans 3 % des ordonnances. Pourtant une pratique sécuritaire recommandée dans les CHU nous invite à réduire la variation posologique d'une ordonnance d'opiacés. Certains CHU ont statué notamment sur « l'acceptabilité » des écarts et intervalles de doses importants par l'élaboration de mécanismes de substitution automatique ou d'opinions pharmaceutiques.

- ◆ 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.
- ◆ Par ailleurs, l'utilisation d'une échelle de la douleur n'est pas mentionnée plus fréquemment qu'en 2006 lors de la rédaction de l'ordonnance (2 % vs 1 % en 2006). En général, ces mentions se retrouvent dans les protocoles préimprimés (ex. : analgésie postopératoire). Ainsi, en 2008, on a pu observer un pourcentage plus élevé d'utilisation d'une échelle de douleur aux unités chirurgicales de nos CHU. Il n'en demeure pas moins que l'évaluation de base de la douleur avant et pendant l'utilisation d'une analgésie à base de narcotiques est une étape cruciale qui fait partie du plan d'intervention des CHU de manière à ce que l'ordonnance de narcotique soit individualisée en fonction des besoins et caractéristiques des patients.

### ***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 coanalgésie prescrite, notamment l'acétaminophène et les AINS.
- ◆ L'utilisation de médication concomitante pouvant accentuer la dépression respiratoire est demeurée inchangée. Parmi les patients recevant au moins un opiacé, 31 % avaient deux ordonnances de médicaments déprimeurs du SNC à leur dossier et 28 % en avaient trois ou plus (comparativement à 39 % en 2006). 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.
- ◆ La très grande majorité des patients avaient au moins une ordonnance active pour un coanalgésique. Le PGTM s'interroge par contre sur la diminution marquée de l'utilisation des AINS dans la population analysée en 2008.

## **POPULATION PÉDIATRIQUE**

Le PGTM a analysé 180 ordonnances d'opiacés dans ses unités pédiatriques, permettant d'observer des données similaires à celles de 2006 :

- ◆ La morphine et la codéine sont demeurées les opiacés les plus fréquemment prescrits aux enfants.
- ◆ Les voies d'administration intraveineuse et orale sont privilégiées pour cette population.
- ◆ Les ordonnances mentionnent en majorité (80 %) des doses et des intervalles fixes, en faisant abondamment usage de la mention « au besoin » (53 % en 2006 vs 76 % en 2008).
- ◆ Quinze pour cent (15 %) des jeunes patients avaient deux ordonnances de médicaments déprimeurs du SNC à leur dossier et 14 % en avaient trois ou plus, un taux qui s'inscrit dans les proportions de 2006.

## DISCUSSION

Cette seconde analyse descriptive menée en 2008 a donc permis de dresser un portrait comparatif de l'utilisation des opiacés dans les CHU. Depuis 2006, ces établissements ont élaboré divers plans d'intervention. Il faut toutefois souligner qu'ils en sont encore au stade du déploiement et de la diffusion de leurs interventions, ce qui explique, entre autres, le peu de changements observés en 2008 par rapport à la situation initiale de 2006.

Les interventions générales, comme l'élaboration de lignes directrices, de protocoles et de politiques de prescription, entreprises dans plusieurs CHU sans nécessairement être achevées, sont les premières étapes nécessaires à l'élaboration d'un plan visant à améliorer l'utilisation des narcotiques. Il demeure cependant que ce type d'interventions (élaboration de documents, diffusion passive d'information) est reconnu pour ne pas modifier très efficacement les habitudes de prescription des cliniciens. Ces interventions ne se traduisent donc pas en changements réels et significatifs dans la sécurité d'utilisation de ces substances ; les statistiques pratiquement inchangées entre l'analyse PGTM 2006 et 2008 en sont une preuve.

Le PGTM recommande donc, une fois les protocoles, guides de pratiques et autres documents officiels approuvés par les autorités concernées du CHU, de mettre en place des actions reconnues comme étant plus efficaces. Quelques centres ont eu l'occasion d'entreprendre des interventions plus ciblées qui ont obtenu des résultats intéressants sur certains paramètres. Les documents élaborés dans le CHU accompagnés du rapport de l'analyse descriptive (résultats locaux) effectuée par le PGTM serviront de base à certaines interventions comme :

- ◆ Des rencontres éducatives interactives (selon les besoins spécifiques des cliniciens, départements) : ces rencontres peuvent notamment donner lieu à une rétroaction sur les résultats de l'analyse descriptive basée sur les résultats globaux (PGTM) comme comparateur.
- ◆ *L'Academic detailing*, ou rencontres en petits groupes pour aborder des problèmes spécifiques, a démontré une certaine efficacité pour modifier les habitudes de prescription. Ces rencontres peuvent s'adresser aux résidents en médecine, au personnel infirmier ou à tout autre groupe concerné par la prescription, l'administration, la distribution et l'utilisation des narcotiques.
- ◆ L'utilisation d'outils informatiques (rappel, aide-mémoire lors de la validation de l'ordonnance) est aussi efficace pour corriger certains problèmes : écart de doses, ajustement de doses selon la voie d'administration, utilisation simultanée de plusieurs narcotiques.
- ◆ L'intervention systématique pour refuser les trop grands écarts de doses, pour exiger un ajustement des doses lors de l'utilisation de deux voies d'administration du même narcotique, pour limiter le nombre de dépresseurs du système nerveux central ou pour suggérer l'utilisation d'acétaminophène ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien en coanalgie. Plusieurs de ces interventions peuvent être protocolisées et entérinées par le comité de pharmacologie du CHU, ce qui rend plus facile leur application.

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

### **RECOMMANDATIONS PGTM**

Cette analyse comparative a permis au PGTM de constater le peu de changements entourant l'utilisation des opiacés en général dans les CHU du Québec entre 2006 et 2008. Les données individualisées permettront à chaque CHU d'établir, de cibler ou de modifier son plan d'intervention. Les recommandations émises en 2006 sont encore de mise dans plusieurs domaines : statuer sur l'acceptabilité d'importants intervalles de doses, recommander un suivi plus étroit des patients recevant une médication concomitante qui risque de potentialiser une dépression respiratoire et utiliser une échelle de douleur de façon courante.

Le PGTM recommande aux centres hospitaliers, à la lumière des informations recueillies dans leurs établissements, de diffuser les résultats comparatifs entre cette analyse et celle réalisée en 2006. L'implantation d'interventions plus ciblées et efficaces doit maintenant être prise en considération afin qu'une influence significative sur la qualité de l'utilisation des narcotiques, due à un changement concret dans les habitudes de prescription des cliniciens, se fasse sentir.

De plus, le maintien d'une forte utilisation de narcotiques pour la population qui fréquente les CHU du Québec justifie la nécessité d'en assurer une utilisation sécuritaire et adéquate à long terme ; ainsi, le PGTM recommande la tenue d'une seconde analyse comparative en juin 2010 afin de s'assurer d'un effet tangible des mesures correctives mises de l'avant.



## **SECTION 1. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE**

---

### **1.1 Buts et objectifs**

- ◆ Fournir les éléments aux fins de comparaison avec le rapport publié en 2006.
- ◆ 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 opiacés 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 opiacé
  - 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 opiacés (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))

#### Exclusion :

Narcotiques utilisés à la salle d'opération

Narcotiques administrés à la salle d'accouchement (épidurale pendant l'accouchement par exemple)

Narcotiques 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 des données : le 26 juin 2008.

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 dénominalisées.

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
<b>ADULTE : Nombre total de patients</b>	3655	3647
Nombre de patients hospitalisés aux soins intensifs	200	147
Nombre de patients inscrits à l'urgence	504	541
Nombre de patients en tout sauf de l'urgence - SI	2951	Chx* : 1244
		Non-Chx* : 1715
<b>PÉDIATRIE NÉONATOLOGIE : Nombre total de patients</b>	570	601
Nombre de patients hospitalisés en pédiatrie	419	Urg : 36
		Chx* : 117
		Non Chx* : 224
Nombre de patients hospitalisés en néonatalogie	125	158
Nombre de patients hospitalisés aux soins intensifs pédiatriques	26	66
<b>Nombre total de patients dans le CHU</b>	4225	4248

\* 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

Tableau 2 PGTM – Nombre de patients ayant au moins une ordonnance active de narcotique

Nombre de patients ayant au moins une ordonnance active		PGTM 2006	PGTM 2008
<b>ADULTE</b>	Toutes les unités (sauf urgence, SI)	1326 (44 %) (N=2951)	1518 (5 %) (N=2959)
	Soins Intensifs	124 (62 %) (N=200)	111 (76 %) (N=147)
	Urgence	155 (3 %) (N=504)	113 (2 %) (N=541)
	<b>Nombre total de patients adultes</b>	1605 (4 %) (N= 3655)	1742 (48 %) (N= 3647)
<b>PÉDIATRIE</b>	Toutes les unités (sauf SI et néonate)*	91(22 %) (N=419)	81(21 %) (n=377)
	Néonatalogie	6 (5 %) (N=125)	9 (6 %) (N=158)
	Soins intensifs	11(42 %) (N=26)	28(42 %) (N=66)
	<b>Nombre total de patients pédiatriques</b>	108 (19 %) (N= 570)	118 (20 %) (N= 601)
<b>TOTAL</b>		1713 (41 %) (N=4225)	1860 (44 %) (N=4248)

\*En 2006 et 2008, les ordonnances de narcotiques de l'urgence dans les CHU n'ont pu être répertoriées

**Tableau 3 PGTM – Nombre total d'ordonnances actives de narcotiques**

Nombre total d'ordonnances actives de narcotiques		PGTM 2006	PGTM 2008	
<b>ADULTE</b>	Toutes les unités (sauf urgence, SI)	2233	2563	Chx* : 1206
				Non Chx* : 1357
	Soins Intensifs	182	190	
	Urgence	212	163	
	<b>Total adulte</b>	<b>2627</b>	<b>2916</b>	
<b>PÉDIATRIE</b>	Toutes unités (sauf SI et néonate.)	130	126	
	Néonatalogie	7	11	
	Soins intensifs	16	43	
	<b>Total pédiatrique</b>	<b>153</b>	<b>180</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>2780</b>	<b>3096</b>	

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

\*\*En 2006 et 2008, les ordonnances de narcotiques de l'urgence dans les CHU n'ont pu être répertoriées

## SECTION 3. STATISTIQUES POPULATION ADULTE

**Tableau 4 – PGTM Adulte – Description des narcotiques prescrits**

<b>Nombre d'ordonnances actives de narcotiques Narcotique prescrit</b>	<b>PGTM 2006 (N= 2627 )</b>	<b>PGTM 2008 (N= 2916 )</b>
<b>Codéine</b>	233 (9 %)	264 (9 %)
<b>Fentanyl</b>	175 (7 %)	195 (7 %)
<b>Hydrocodone</b>	8 (0,3 %)	2 (0,1 %)
<b>Hydromorphone</b>	910 (35 %)	1119 (38 %)
<b>Mépéridine</b>	53 (2 %)	52 (2 %)
<b>Méthadone</b>	31 (1 %)	36 (1 %)
<b>Morphine</b>	758 (29 %)	766 (26 %)
<b>Oxycodone</b>	173 (7 %)	270 (9 %)
<b>Sufentanyl</b>	3 (0,1 %)	2 (0,1 %)
<b>Nalbuphine</b>	2 (0,1 %)	0 (0 %)
<b>Acétaminophène-codéine</b>	242 (9 %)	188 (6 %)
<b>Acétaminophène-codéine- caféine</b>	19 (1 %)	5 (0,2 %)
<b>Acétaminophène- oxycodone</b>	20 (1 %)	5 (0,2 %)
<b>Tramadol-acétaminophène</b>	0 (0 %)	11 (0,4 %)
<b>Tramadol</b>	0 (0 %)	1 (0,03 %)

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)
PO (y compris par tube)	1398 (53 %)	1584 (54 %)
IV	195 (7 %)	213 (7 %)
SC	854 (3 %)	952 (33 %)
IM	34 (1 %)	27 (1 %)
Transdermique	99 (4 %)	119 (4 %)
IR	15 (0,6 %)	3 (0,1 %)
épidurale	21 (0,8 %)	18 (1 %)
<b>Formulation spéciale</b>		
longue action ex : (SR, M-eslon)	124 (5 %)	227 (8 %)
ACP**	43 (2 %)	65 (2 %)

\*\*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 de narcotiques**

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N=1605)	PGTM 2008 (N=1742)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d’administration ou + <u>du même narcotique à la même dose</u>	210 (13 %)	150 (9 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d’administration ou + <u>du même narcotique à des doses différentes</u>	191 (12 %)	209 (12 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 narcotiques <u>différents</u> ou +	393 (24 %)	2 : 319 (18 %)
		3 ou + : 31 (2 %)

N = nombre de patients avec au moins une ordonnance active

Tableau 7 – PGTM Adulte – Caractéristiques des ordonnances de narcotiques

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N*=2472)	PGTM 2008 (N=2916 )	
<b>POSOLOGIE</b>			
<b>Doses fixes – intervalles variables</b> 5 mg q 4-6 h (PRN inclus)	7 %		6 %
<b>Doses variables - intervalles fixes</b> 5-10 mg q 6 h (PRN inclus)	32 %		29 %
<b>Doses variables – intervalles variables</b> 5-10 mg q 4-6 h (PRN inclus)	7 %		8 %
<b>Doses fixes et intervalles fixes</b> 10 mg q 4 h (PRN inclus)	54 %		58 %
<b>PARTICULARITÉS</b>			
<b>PRN</b> (mention « prn » ou « si douleur » etc.)	82 %		80 %
<b>Avec mention des dosages selon l'échelle de douleur</b>	1 %		2 %
<b>Avec mention d'un maximum</b> : nombre de doses, de mg/intervalle	6 %		9 %
<b>Avec écart pour la dose de 2X ou +</b> (ex. : Hydromorphe 2-4 mg)	33 %	33 %	<b>2 x</b> : 862 (30 %)
			<b>+2x</b> : 79 (3 %)

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 la majorité des ordonnances soient rédigées de la sorte.

**Tableau 8 – PGTM Adulte – Médication concomitante**

<b>Nombre de patients ayant une ordonnance active de narcotique comportant :</b>	<b>PGTM 2006 (N=1605)</b>	<b>PGTM 2008 (N=1742)</b>
<b>au moins une benzodiazépine</b>	66 %	60 %
<b>au moins un barbiturique</b>	0,4 %	0,1 %
<b>au moins un neuroleptique</b>	24 %	24 %
<b>au moins un antidépresseur</b>	22 %	18 %
<b>dimenhydrinate</b>	55 %	52 %
<b>métoclopramide</b>	10 %	11 %
<b>hydroxyzine</b>	2 %	2 %
<b>diphenhydramine</b>	10 %	10 %
<b>2 dépresseurs du SNC*</b>	29 %	31 %
<b>plus de 2 dépresseurs du SNC*</b>	39 %	28 %
<b>avec acétaminophène</b>	80 %	76 %
<b>avec au moins un AINS</b>	21 %	11 %

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

## SECTION 4. STATISTIQUES PÉDIATRIQUES

**Tableau 9 – PGTM Pédiatrique – Description des narcotiques prescrits**

Nombre de patients pédiatriques ayant au moins une ordonnance active	PGTM 2006 (N=153)	PGTM 2008 (N=180)
<b>Codéine</b>	42 (27 %)	41 (23 %)
<b>Fentanyl</b>	13 (8 %)	22 (12 %)
<b>Hydrocodone</b>	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Hydromorphone</b>	11 (7 %)	19 (11 %)
<b>Mépidrine</b>	2 (1 %)	2 (1 %)
<b>Méthadone</b>	1 (1 %)	0 (0 %)
<b>Morphine</b>	87 (57 %)	92 (51 %)
<b>Oxycodone</b>	1 (1 %)	0 (0 %)
<b>Sufentanyl</b>	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Acétaminophène-codéine</b>	2 (1 %)	2 (1 %)

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)
<b>PO (y compris par tube)</b>	67 (44 %)	73 (41 %)
<b>IV</b>	74 (48 %)	97 (54 %)
<b>SC</b>	8 (5 %)	7 (4 %)
<b>IM</b>	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Transdermique</b>	2 (1 %)	2 (1 %)
<b>IR</b>	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>épidurale</b>	1 (1 %)	0 (0 %)
<b>Formulation spéciale</b>		
<b>longue action ex. : (SR, M-eslon)</b>	1 (1 %)	3 (2 %)
<b>ACP</b>	6 (4 %)	10 (6 %)

N = nombre d'ordonnances actives



**Tableau 11 – PGTM Pédiatrique – Caractéristiques des ordonnances de narcotiques**

Caractéristiques des ordonnances	PGTM 2006 (N=108)	PGTM 2008 (N=118)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d'administration ou + <u>du même narcotique à la même dose</u>	4 (4 %)	9 (8 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 voies d'administration ou + <u>du même narcotique à des doses différentes</u>	3 (3 %)	2 (2 %)
Nombre de patients ayant des ordonnances pour 2 narcotiques <u>différents</u> ou +	15 (14 %)	2 : 23 (19 %)
		3 ou + : 4 (3 %)

N = nombre de patients ayant au moins une ordonnance active

**Tableau 12 – PGTM Pédiatrique – Caractéristiques des ordonnances de narcotiques**

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

N = nombre d'ordonnances actives de narcotiques

\*\*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 la majorité des ordonnances soient rédigées de la sorte.

**Tableau 13 – PGTM Pédiatrique – Médication concomitante**

<b>Nombre de patients ayant une ordonnance active de narcotique comportant :</b>	<b>PGTM 2006 (N=108)</b>	<b>PGTM 2008 (N=118)</b>
<b>au moins une benzodiazépine</b>	32 (30 %)	41 (35 %)
<b>au moins un barbiturique</b>	1 (1 %)	1 (1 %)
<b>au moins un neuroleptique</b>	3 (3 %)	3 (3 %)
<b>au moins un antidépresseur</b>	2 (2 %)	6 (5 %)
<b>dimenhydrinate</b>	45 (42 %)	47 (40 %)
<b>métoclopramide</b>	5 (5 %)	6 (5 %)
<b>hydroxyzine</b>	7 (6 %)	3 (3 %)
<b>diphenhydramine</b>	27 (25 %)	24 (20 %)
<b>2 dépresseurs du SNC*</b>	19 (18 %)	18 (15 %)
<b>plus de 2 dépresseurs du SNC*</b>	11 (10 %)	16 (14 %)
<b>avec acétaminophène</b>		
	90 (83 %)	87 (74 %)
<b>avec au moins un AINS</b>		
	14 (13 %)	10 (8 %)

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

## **SECTION 5. AUTEURS ET RÉVISEURS**

---

### **Auteurs principaux :**

Nathalie Marcotte, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)  
Céline Dupont, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

### **Coordination/Responsable de la collecte des données pour les CHU**

Benoît Cossette, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)  
Céline Dupont, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)  
Nathalie Letarte, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)  
France Varin, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)  
Marie-Claude Michel, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)  
Nathalie Marcotte, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)  
Sylvie Desgagné, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)  
Élaine Pelletier, Centre hospitalier universitaire, hôpital Ste-Justine (CHU-HSJ)  
Martin Turgeon, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

### **Réviseurs (comité scientifique PGTM) :**

Dr Benoît Bailey, Centre hospitalier universitaire, hôpital Ste-Justine (CHU-HSJ)  
Benoît Cossette, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)  
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)  
Marie-Claude Michel, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)  
Élaine Pelletier, Centre hospitalier universitaire, hôpital Ste-Justine (CHU-HSJ)  
Dr Raghu Rajan, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)  
France Varin, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

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

### **Titre du document :**

Description des ordonnances de narcotiques dans les CHU du Québec – Phase II 2008

**Version du : 23 avril 2009**

**Approbation du rapport public par le comité scientifique : 26 février 2009**

Le rapport comportant les données agglomérées est disponible sur le site web du PGTM à [www.pgtm.qc.ca](http://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

**1. But et objectifs**

- ◆ Faire un suivi de la première étude réalisée en juin 2006 afin de vérifier si les différentes mesures implantées dans les CHU ont influencé l'utilisation des narcotiques.
- ◆ Décrire l'utilisation des opiacés 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 opiacé
  - 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 agoniste opiacés (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 opiacés à la salle d'urgence est particulièrement visée**

**Exclusion :**

- Opiacés utilisés à la salle d'opération
- Opiacés à la salle d'accouchement (épidurale pendant l'accouchement par exemple)
- Opiacés 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 coanalgésique sera relevée.**

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

**3. Période de collecte**

**Repérer toutes les ordonnances actives d'opiacés le 26 juin 2008**

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

#### 4. 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 statistiques demandées) localement. Le fichier devra être transmis au centre responsable de l'étude.

✓ Il est important d'isoler les données provenant des **unités/centres pédiatriques** puisque ces données seront analysées séparément des données « adulte ».

✓ **Le nombre de patients hospitalisés au moment de la collecte des données doit être fourni** pour compléter les 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.

#### 5. 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).

**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

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

Acétaminophène seule 28:08.92

Hydroxyzine 28:24.92

Diphenhydramine 04:00.00

Dimenhydrinate 56:22.00

Métoclopramide 56:40.00