



HAL
open science

Bon usage des opioïdes en post-opératoire. Mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'HIA Laveran

Dalila Mizab

► **To cite this version:**

Dalila Mizab. Bon usage des opioïdes en post-opératoire. Mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'HIA Laveran. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03178849

HAL Id: dumas-03178849

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03178849>

Submitted on 24 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES
DE PHARMACIE

Soutenu le 12 mars 2021

Par Mademoiselle Dalila MIZAB

Née le 1er février 1991 à Alès (Gard)

*Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 04 octobre 1988 tenant
lieu de*

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

----oOo----

Bon usage des opioïdes en post-opératoire

Mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'HIA Laveran

THÈSE ARTICLE

----oOo----

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane HONORE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sarah LE TOHIC

Membres : Monsieur le Professeur Pierrick BEDOUCH

Madame le Docteur Sophie COTTEZ

Monsieur le Docteur Guillaume HACHE

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

Doyen : Mme Françoise DIGNAT-GEORGE

Vice-Doyens : M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT

Chargés de Mission : Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE

Conseiller du Doyen : M. Patrice VANELLE

Doyens honoraires : M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,

Professeurs émérites : M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT

Professeurs honoraires : M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI

Chef des Services Administratifs : Mme Florence GAUREL

Chef de Cabinet : Mme Aurélie BELENGUER

Responsable de la Scolarité : Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES PHARMACO ECONOMIE, E-SANTÉ	M. Jérémy MAGALON Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE PHARMACIE CLINIQUE	Mme Anaïs MOYON M. Florian CORREARD
---	--

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Honoré Stéphane,

Merci de présider mon jury de thèse et d'avoir évalué mon travail. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

À Sarah Le Tohic,

Tu n'as pas hésité une seconde à m'accompagner et à encadrer ce projet, je te remercie pour ta confiance. Malgré les obstacles et les difficultés, ce travail a été mené dans la bonne humeur grâce à toi. Merci pour ton soutien, tes conseils avisés et ta bienveillance. Je n'aurais pu rêver meilleure directrice de thèse, sois assurée de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Cottez Sophie,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et je vous en remercie. Ce projet a pu aboutir grâce à votre soutien et vos conseils. Soyez assurée de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Hache Guillaume,

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail et de participer à mon jury, je vous en remercie. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pierrick Bedouch,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et d'évaluer ce travail, je vous en remercie. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon estime.

À Manon Mestre, Sandrine Nguyen, Sophie Spadoni et Olivier Galvez,

Merci pour votre aide et votre large contribution dans ce projet. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

À mes amis,

À mes frères,

À mes adorables neveux,

À mes parents.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	11
INTRODUCTION	13
CONTEXTE	14
I. Patients en post-opératoire : des patients à haut risque de mésusage des opioïdes	14
A. Douleurs post-opératoires : vers une prise en charge sans opioïde	16
B. Opioïdes et mésusage	18
II. Bon usage des opioïdes et lien ville hôpital	22
A. Place du pharmacien dans la diffusion du bon usage	22
B. Pharmacien hospitalier et bon usage des opioïdes	24
ARTICLE	28
DISCUSSION	57
Concernant la méthodologie	57
Limites et perspectives	58
CONCLUSION	61
ANNEXES	62
BIBLIOGRAPHIE	65

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

APAIS : amsterdam preoperative anxiety and information scale

ARS : agence régionale de santé

CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

DCPO : douleur chronique post-opératoire

DPO : douleur post-opératoire

EP : entretien pharmaceutique

ETP : éducation thérapeutique du patient

HIA : hôpital d'instruction des armées

IV : intraveineux

NMDA : N-méthyl-D-aspartate.

OMS : organisation mondiale de la santé

ORT : opioid risk tool

PCA : patient controlled analgesia

PDMP : prescription drug monitoring program

PO : per os

POMI : prescription opioid misuse index

PPH : préparateur en pharmacie hospitalière

PUI : pharmacie à usage intérieur

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 : Cascade d'activation des nocicepteurs, d'après Guillou N. (12).

Figure 2 : Évolution de la fréquence des hospitalisations pour intoxications accidentelles liées aux opioïdes (5).

Figure 3 : Évolution du nombre de morts suite à une overdose aux opioïdes (46).

Figure 4 : Étapes du "Prescription drug monitoring program", d'après Cheryl G. (6).

TABLEAUX

Tableau I : Incidence des douleurs chroniques et sévères selon le type de chirurgie, selon Estebe J-P (11).

Tableau II : Support destiné au patient « Postoperative medication home management » d'après Cheryl G.(6).

« C'est le corps qui éprouve la douleur et l'esprit qui l'endure »

M. Bobin, *Le jour*, 1982.

INTRODUCTION

La crise des opioïdes est née outre Atlantique, où près de 2 millions de personnes seraient dépendantes aux opioïdes analgésiques et où chaque année 17 000 décès sont imputés aux opioïdes sur prescription médicale (1–3). En France, la prescription d’opioïdes est 16 fois moins importante qu’aux États-Unis. Cependant, 11 millions de personnes sont concernées par l’usage des opioïdes faibles, qui sont prescrits chaque année à 17% des Français (4). De 2005 à 2017, la dispensation d’opioïdes forts a doublé (5). Les patients présenteraient 44% de risque en plus de développer une dépendance si une prescription aux opioïdes est réalisée dans les 7 jours suivant l’intervention (6). Chaque année, c’est près de 9 millions de français qui sont opérés (7,8). Ces patients prennent généralement des opioïdes pour soulager une douleur, puis développent à terme un trouble de l’usage. De plus, tous les patients ne sont pas égaux face à ces troubles. L’association de plusieurs facteurs peut rendre un sujet plus vulnérable, tel que le caractère douloureux de l’intervention. Différents outils ont été développés afin de détecter les usages à risque (8), comme le test « Prescription Opioid Misuse Index » (POMI) est un outil scorifié permettant la détection d’un état de mésusage ou d’usage à risque.

Face à la problématique des opioïdes, le pharmacien est un maillon essentiel dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, par exemple *via* l’éducation thérapeutique du patient (ETP). Il occupe une place stratégique dans la prise en charge du patient, notamment en ville, étant le dernier professionnel de santé que celui-ci voit avant son retour à domicile. La mise en place d’entretiens pharmaceutique (EP) structurés peut alors constituer une barrière au risque de mésusage et de dépendance aux opioïdes.

À ce jour et à notre connaissance, aucun programme d’ETP ne traite des troubles liés à l’usage des opioïdes en post-chirurgie et aucune notion d’EP relatifs à cette thématique n’ont été décrits dans la littérature.

Notre étude consiste en la mise en place d’EP relatifs aux opioïdes à la suite d’une chirurgie. Dans un premier temps, nous contextualiserons nos propos par une description des différents types de douleurs, de la prise en charge des douleurs post opératoires, du mésusage aux opioïdes puis de la place du pharmacien dans le bon usage et particulièrement dans celui des opioïdes. Puis dans un second temps, les résultats de l’étude seront présentés sous la forme d’un article, qui sera suivi d’une discussion approfondie.

CONTEXTE

I. PATIENTS EN POST-OPERATOIRE : DES PATIENTS A HAUT RISQUE DE MESUSAGE DES OPIOÏDES

A. Patients opérés : de la douleur aiguë à la douleur chronique

La douleur est un ensemble de composantes complexes et non dissociables : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale. L'association internationale pour l'étude de la douleur la définit comme une « expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou simplement décrites en ces termes » (9). Elle peut-être catégorisée selon son mécanisme physiopathologique (9). On distingue ainsi :

- la douleur périphérique par excès de nociception (somatique ou viscérale),
- la douleur centrale neurogène ou neuropathique,
- la douleur mixte,
- et la douleur d'origine psychologique ou psychogène.

Elle peut également être classée selon sa durée, avec :

- la douleur aiguë, qui est inférieure à six mois et se distingue selon l'étiologie, en douleur alarme, physiologique, douleur de l'accouchement, douleur immédiate post-opératoire ou post-traumatisme. Son traitement est dit curatif et elle est soulagée lorsque l'étiologie est traitée (9,10).
- la douleur chronique, qui persiste plus de trois à six mois et se divise selon l'étiologie soit en douleur séquellaire ou de fin de vie, soit en douleur cancéreuse ou non (10,11).
- et la douleur récurrente, qui se caractérise par une douleur aiguë répétitive associée à des signes de douleur prolongée, comme les douleurs drépanocytaires ou les crises migraineuses (9,11).

Parmi les douleurs post-opératoires (DPO), on distingue les douleurs aiguës et les douleurs chroniques. La douleur aiguë est induite par excès de nociception (7). Lors du geste chirurgical, le traumatisme tissulaire déclenche une activation accrue des nocicepteurs, ou récepteurs sensoriels. L'inflammation observée entraîne une production d'interleukine 1, provoquant une libération des prostaglandines, qui sensibilisent à leur tour les nocicepteurs. Leur activation provoque une douleur dite inflammatoire (Figure 1). Les patients souffrent donc d'une douleur continue au repos et développent une hyperalgie primaire, qui se traduit par une réponse exagérée lors d'un stimulus au site de lésion.

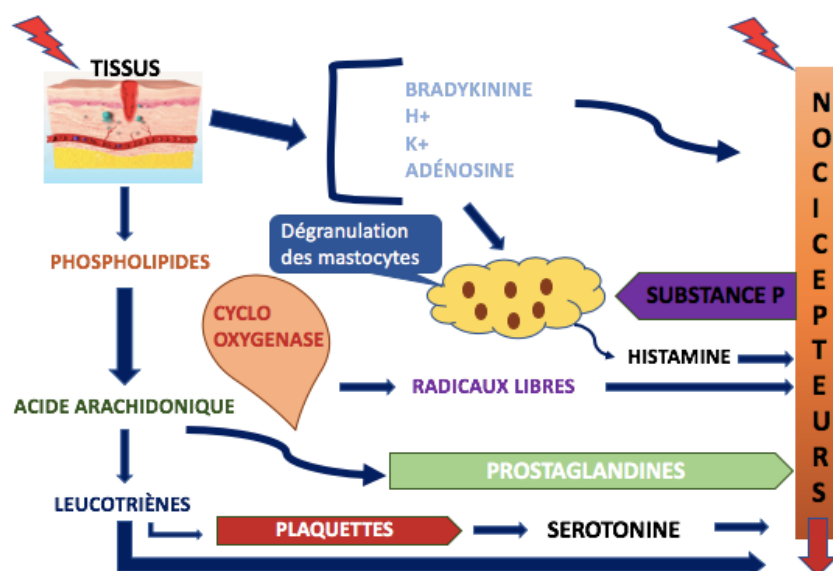


Figure 1 : Cascade d'activation des nocicepteurs, d'après Guillou N. (12).

Suite à l'intervention chirurgicale, la DPO peut être amenée à se chroniciser. La définition de la DCPO, ou douleur chronique post-opératoire, est apparue en 2001. Il s'agit d'une douleur qui persiste plus de deux mois après une intervention chirurgicale, sans qu'il n'y ait de lien avec la situation préopératoire ou provoquée par une complication post-opératoire (13). Afin de bien objectiver une DCPO, il est primordial de différencier une douleur déjà présente avant la chirurgie et la survenue d'une nouvelle douleur distincte. Celle-ci doit répondre aux 4 critères suivants (13):

- la douleur est apparue suite à une intervention chirurgicale ;
- elle évolue depuis au minimum deux mois ;
- les autres étiologies pouvant la provoquer ont été écartées, telles qu'une infection postopératoire, une complication chirurgicale ou bien une évolution de la pathologie ;
- et il existe une persistance de la douleur à l'origine de l'intervention chirurgicale.

Parmi les 9 millions de patients opérés chaque année en France, 5 à 30% développent une DCPO, dont l'incidence globale est estimée à 30% (11,14). Plusieurs facteurs de risque de chronicisation de la DPO ont été mis en évidence, avant et après la chirurgie (15). Ceux présents en amont de la chirurgie sont :

- la présence d'une douleur au niveau du site opératoire, ayant déjà sensibilisée le système nerveux central ;
- une prise de morphiniques en préopératoire ;
- un état de catastrophisme, qui se décrit par un état d'anxiété exagéré et une attitude négative face à l'intervention prévue ;

- l'existence de polymorphisme des canaux voltagés, sodiques, calciques ou potassiques, qui prédisposent la survenue d'une douleur neuropathique après une lésion nerveuse provoquée par la chirurgie ;
- et les caractéristiques neurophysiologiques du système d'inhibition, ou contrôle inhibiteur descendant : lors de l'activation des récepteurs de nociception, un système inhibiteur descendant est déclenché et influe sur l'hyperalgie post-opératoire.

Les facteurs qui surviennent suite à la chirurgie sont (16) :

- sa nature, les traumatismes nerveux pouvant varier au cours de la chirurgie (section, écrasement...) (Tableau I) (11) ;
- la période postopératoire immédiate, en mesurant l'hyperalgie secondaire post-opératoire, ou hyperalgie péri-cicatricielle, sur la surface considérée comme hypersensible, autour de la cicatrice opératoire (17) ;
- la douleur neuropathique précoce, qui est un facteur de risque majeur (17–19) ;
- et l'intensité de la DPO aiguë (20).

Tableau I : Incidence des douleurs chroniques et sévères selon le type de chirurgie, selon Estebe J-P (11)

	Incidence des douleurs chroniques (%)	Douleur sévère (> 5) (%)
Amputation	30–60	5–10
Seins	20–50	5–10
Thorax	30–50	10
Hernie inguinale	10–30	2–4
Pontage coronarien	30–50	5–10
Rachis	15–50	5–10
Césarienne	5–25	4
Hystérectomie	5–30	
Orthopédie	10–30	5–10

B. Douleurs post-opératoires : vers une prise en charge sans opioïde

C'est en 2016 qu'a eu lieu une réelle prise de conscience concernant l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte, avec la réactualisation des recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation, qui mettent l'accent sur une vigilance accrue quant à l'usage des opioïdes (21,22). Jusque-là, les recommandations n'intégraient que très peu la mesure de la douleur péri et postopératoire et les protocoles préétablis. À présent, « la DPO doit être considérée comme un effet indésirable et attendu de la chirurgie, de sorte qu'une analgésie efficace apparaît comme un bénéfice clinique indiscutable » (23). La vulnérabilité psychologique du patient en préopératoire doit aussi être

dépistée à l'aide de l'échelle *amsterdam preoperative anxiety and information scale* (APAIS) (ANNEXE 1) (24). Enfin, l'utilisation de l'analgésie préventive en systématique, y compris en l'absence de douleur, n'est pas recommandée et l'administration par voie générale doit suivre un protocole préétabli dans le cadre d'une administration systématique (25) .

Les analgésiques non morphiniques sont recommandés pour la prise en charge de la chirurgie de surface peu douloureuse (14), avec le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les salicylés et les antispasmodiques ne sont pas recommandés. Le paracétamol doit être prescrit de manière anticipée, en raison de sa pharmacocinétique, et de préférence *per os*, la voie intraveineuse (IV) n'ayant démontré aucun bénéfice. Les AINS sont réservés aux chirurgies à risque inflammatoire.

Les DPO aiguës modérées sont traitées par antalgiques morphiniques, dits intermédiaires ou faibles, tels que la codéine, en association avec le paracétamol.

Enfin, les DPO aiguës sévères sont contrôlées par antalgiques morphiniques, dits forts.

En parallèle, la DCPO peut être prévenue par des moyens techniques et pharmacologiques, comme la kétamine, le protoxyde d'azote et les gabapentinoïdes. La kétamine est recommandée à faible dose durant l'intervention chirurgicale pour son action antagoniste non compétitive des récepteurs ionotropiques N-méthyl-D-aspartate (NMDA), ce qui limite la sensibilisation du système nerveux et réduit donc l'intensité douloureuse. Le protoxyde d'azote est un antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA, qui réduirait de plus de 50% l'incidence de la DCPO (26). Enfin, les gabapentinoïdes inhibent les canaux calcium voltage-dépendant, ce qui limiterait la sensibilisation du système nerveux.

Depuis les années 2000, une nouvelle tendance est apparue : la chirurgie *opioid-free*, ou sans opioïde (27). Son principe est de bannir la prescription des opioïdes au cours de l'intervention chirurgicale pour limiter leurs effets indésirables, nombreux, même à faible dose (28). La chirurgie *opioid-free* est donc particulièrement intéressante chez certaines populations cibles, notamment en cas d'obésité, de cancer ou d'effets indésirables majeurs aux morphiniques, potentiels ou avérés, comme chez le patient âgé (29). En effet, les opioïdes se fixent aux récepteurs *mu*, *delta* et *kappa*, couplés à la protéine G, qui sont essentiellement localisés au niveau cérébral, mais aussi au niveau digestif, cardiaque, pulmonaire ou encore au niveau du système immunitaire (28,30). Les effets indésirables sont donc variés : nausées, vomissements, constipation, bradycardie, dépression respiratoire, immunosuppression, mais aussi confusion,

sédation, prolifération tumorale ou hyperalgie (31–33). L’hyperalgie résulte du phénomène de *wind-up*, qui est un mécanisme d’auto-amplification suite à des stimuli et des excitations répétés (33). Leur intensité dépend de la dose administrée, tandis que leur nombre et leur nature dépendent de la voie d’administration. La voie injectable est la plus souvent incriminée (34,35). Or leur prise en charge allonge la récupération améliorée après chirurgie et la durée d’hospitalisation, aussi responsables d’une majoration des coûts (36,37).

Par ailleurs, les opioïdes s’avèrent parfois inutiles, comme dans les douleurs inflammatoire, neuropathique ou par excès de nociception et dans l’hyperalgie. Leur utilisation en systématique n’est donc pas recommandée.

Différentes alternatives aux opioïdes contribuent à la prise en charge des DPO, comme l’anesthésie loco-régionale, telles que les infiltrations et les bloc distaux, des adjuvants aux opioïdes, la dexmedetomidine, les corticoïdes, les AINS ou encore certains inhibiteurs des récepteurs NMDA, dont le sulfate de magnésium, la kétamine et la lidocaïne (38–44). Une analgésie multimodale permet ainsi une épargne morphinique de 30 à 50% (39), améliorant notamment son efficacité et sa tolérance. Par exemple, les AINS diminuent les effets indésirables de 30% : -0,9% de nausées par milligramme de morphine épargnés et -29% de sédation (45). Potentialisée par le sulfate de magnésium (41,42), la kétamine a une action anti hyperalgique (43) et la lidocaïne atténue le phénomène de *wind-up*, responsable de l’hyperalgie (44).

C. Opioïdes et mésusage

La crise des opioïdes est née outre Atlantique, où près de 2 millions de personnes seraient dépendantes aux opioïdes analgésiques (1,2). Les États-Unis consomment 80% des opioïdes produits dans le monde et comptent 17 000 décès chaque année à cause des opioïdes sur prescription médicale (46).

En France, la prescription d’opioïdes est 16 fois moins importante qu’aux États-Unis. Cependant, 11 millions de personnes sont concernées par l’usage des opioïdes faibles, qui sont prescrits chaque année à 17% des Français (5). En 2017, un million de Français se sont vu délivrer des opioïdes forts, soit le double d’il y a 12 ans. La molécule qui connaît la plus forte progression en terme de délivrance est l’oxycodone avec une hausse +738% entre 2006 et 2017 (5). Ces chiffres sont similaires au sulfate de morphine, qui reste l’opioïde fort le plus consommé depuis 10 ans dans notre pays (5). Or l’usage chronique des opioïdes concerne d’avantage les opioïdes forts (14,3%) que les faibles (6,6%) (5).

Cet accroissement des prescriptions et des consommations n'est pas sans conséquence en termes de santé publique. D'après l'observatoire français des médicaments antalgiques, le nombre d'hospitalisations suite à une intoxication aux antalgiques opioïdes avec ou sans prescription médicale a drastiquement augmenté et connaît une hausse de 167% entre 2000 et 2017 (Figure 2).

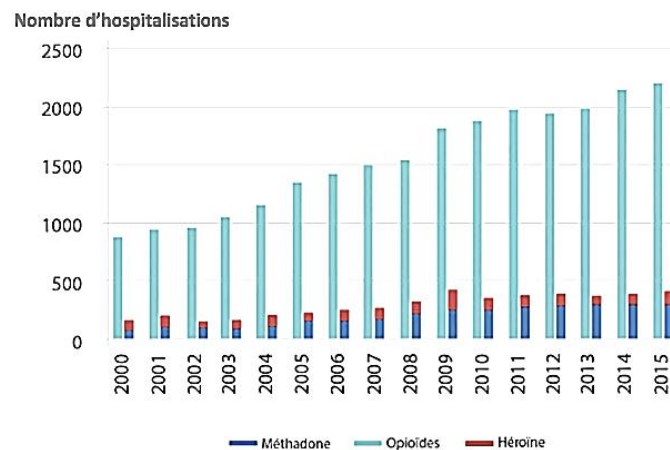


Figure 2 : Évolution de la fréquence des hospitalisations pour intoxications accidentelles liées aux opioïdes (5).

En parallèle, les centres de pharmacovigilances rapportent une augmentation des déclarations des intoxications aux antalgiques opioïdes avec une hausse de +198% entre 2005 et 2016. Le tramadol est l'opioïde le plus souvent responsable d'intoxications, de décès ou de falsifications d'ordonnances (47,48) .

Concernant la mortalité, trois vagues de décès sont à déplorer depuis 1999 (Figure 3). Une première vague est apparue au début des années 2000, avec une hausse des décès de +146% entre 2000 et 2015 due aux opioïdes obtenus sur prescription médicale. Une seconde vague a été déplorée en 2010, due à l'usage illégal d'opioïdes (héroïne) et une troisième en 2013, avec une surmortalité due aux opioïdes de synthèse (46).

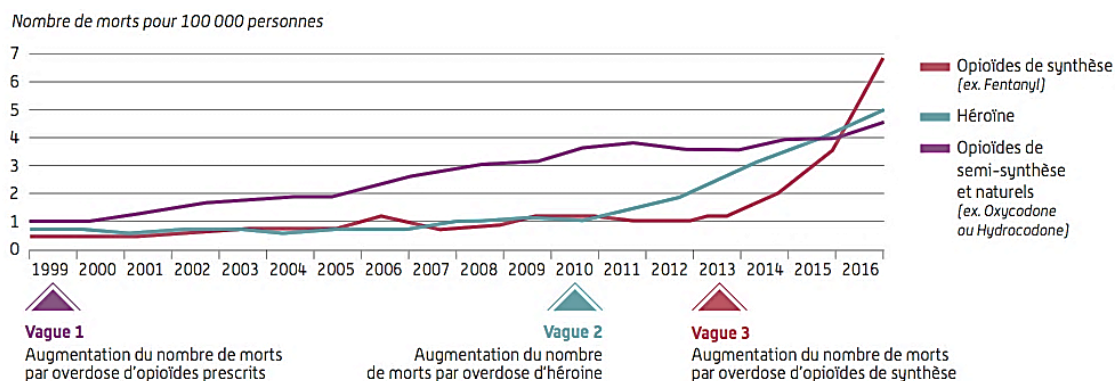


Figure 3 : Évolution du nombre de morts suite à une overdose aux opioïdes (46).

Les consommateurs d'opioïdes forts sont plus âgés que ceux d'opioïdes faibles, avec un âge médian de 64 ans contre 52 ans. Ce sont le plus souvent des femmes, que ce soit pour les opioïdes faibles (57,7% en 2015) ou forts (60,5% en 2015). Elles prennent généralement des opioïdes pour soulager une douleur, puis développent à terme un trouble de l'usage. Ces troubles sont de différents types (1) :

- L'abus, qui se traduit par une prise à des doses supérieures à celles prescrites pour obtenir plus d'effet, c'est-à-dire une antalgie plus efficace, une sédation ou encore un effet de relaxation ;
- Le mésusage, qui correspond à un usage hors autorisation de mise sur le marché (AMM) et non conforme aux recommandations du résumé des caractéristiques du médicament en question, comme l'usage récréatif ;
- l'addiction, qui est le résultat d'un usage prolongé et inadapté de la substance, avec une perte de contrôle conduisant à une altération du fonctionnement ou des conséquences cliniquement néfastes sur l'organisme ;
- et la dépendance, qui se traduit par la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du médicament. Elle peut être physique ou psychique, plus ou moins associées.

Tous les patients ne sont pas égaux face à ces troubles et l'association de plusieurs facteurs peut rendre un sujet plus vulnérable. Différents éléments conditionnent les risques de troubles de l'usage (1,49) :

- le produit, le pouvoir addictogène étant différent d'un produit à l'autre, par sa pharmacocinétique, ses effets sur l'organisme, son mécanisme d'action, mais également son mode de prise (fumé, sniffé, etc.) et son statut social, c'est-à-dire sur prescription médicale ou bien illégal ;
- le patient, de par une prédisposition génétique à la consommation répétée, puis à l'addiction, ou encore des troubles psychiatriques ;
- et un environnement instable, pouvant être dû à une désinsertion sociale, au chômage ou bien l'appartenance à un groupe de consommateurs de substances illégales.

Pour les patients traités au long cours, la société française d'étude et de traitement de la douleur recommande désormais d'évaluer ce risque lors d'une prescription d'opioïdes forts ou d'un renouvellement, en recherchant des facteurs de risque de mésusage des opioïdes (50).

Pour évaluer ce risque, ont été développés des questionnaires d'auto-évaluation, tels que ORT, STAR, PMQ, SOAPP-R, et d'hétéro-évaluation, tels que CAGE-AID, ABC, POMI (8). Les scores les plus couramment utilisés sont deux outils américains : l'ORT, ou *opioid risk tool*,

(ANNEXE 2) et le POMI, *prescription opioid misuse index* (51). Si un risque addictif et/ou de mésusage est identifié, la prescription d'opioïdes n'est pas contre-indiquée, mais un suivi renforcé est recommandé.

L'ORT mesure le risque addictif (52). Il s'agit d'une série de 10 questions simples portant sur les antécédents familiaux et les antécédents personnels d'abus de substances (alcool, drogues, médicaments sur prescription médicale), l'âge, les antécédents d'abus sexuels avant l'âge adulte, ainsi que la psychopathologie.

Le POMI permet de rechercher un mésusage aux opioïdes à chaque nouvelle prescription. Il se présente sous la forme de questionnaire de 6 questions portant sur les prises d'opioïdes, le contexte de prise (calmer un état d'énervement ou simple douleur à soulager), la fréquence, le respect des doses et la multiplication du renouvellement des ordonnances auprès de différents professionnels de santé.

Outre l'évaluation du risque, plusieurs actions ont déjà été menées en termes de santé publique. En 2011, le retrait de l'association dextropropoxyphène/paracétamol a contribué à une baisse de la consommation globale en opioïdes, mais paradoxalement à une hausse de la consommation en opioïdes faibles (53). Depuis, le tramadol est l'antalgique opioïde le plus consommé, avec une hausse de +68% entre 2006 et 2017 (54). Ainsi, le 13 janvier 2020, un arrêté a réduit la durée de prescription des spécialités à base de tramadol par voie orale, de 12 mois à 3 mois (55,56).

Par ailleurs, dans sa feuille de route 2019-2022 pour prévenir et agir face aux surdosages d'opioïdes (57), le ministère de la Santé a notamment souligné l'importance d'impliquer les usagers et leur entourage, de mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et de renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponse. Pour se faire, il a retenu certaines actions, comme informer et sensibiliser les professionnels de santé sur le bon usage des thérapeutiques opioïdes, mettre à disposition des usagers et de leur entourage de la documentation sur les antalgiques opioïdes, *via* les prescripteurs et les pharmaciens d'officine et hospitaliers notamment, ou encore mettre en place des outils et des indicateurs pour favoriser le suivi, la promptitude et le partage de l'information.

Enfin, depuis janvier 2020, l'oxycodone a été retiré des médicaments de première intention dans les douleurs chroniques cancéreuses chez l'adulte et l'adolescent par l'organisation mondiale de la santé (OMS) (58). Cette décision fait suite à la découverte de conflits d'intérêts entre des collaborateurs de l'OMS chargés de définir les recommandations et le laboratoire principal producteur d'une spécialité à base d'oxycodone (58).

Ces mesures favorisent la prescription d'analgiques non opioïdes, avec en tête le paracétamol et les AINS. Exposant à des risques hépatiques, rénaux ou encore infectieux, la diffusion de leur bon usage a donc été renforcée ces dernières années, notamment *via* le pharmacien d'officine (59–61).

II. BON USAGE DES OPIOÏDES ET LIEN VILLE HOPITAL

A. Place du pharmacien dans la diffusion du bon usage

Face à la problématique des opioïdes, le pharmacien est un maillon essentiel dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, notamment *via* l'éducation thérapeutique. Discipline largement développée dans les pathologies chroniques ou sur des médicaments à risques, l'éducation thérapeutique peut être formalisée en programme : on parle alors d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Décrite pour la première fois en 1998 par l'OMS, l'ETP est à présent un objectif du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (62,63). Elle permet au patient et à son entourage d'acquérir ou de maintenir des notions pour mieux gérer sa pathologie chronique et contribue ainsi à l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie (64). Elle peut apporter des solutions au patient pour soulager ses symptômes, avec des notions d'auto-soins, prévenir les complications évitables, faire face aux problématiques occasionnées par la pathologie ou encore intégrer l'entourage dans la gestion de la maladie (65). L'ETP est bien implantée au sein du territoire français. En effet, dans la région Provence Alpes Côte d'Azur par exemple, près de 270 programmes d'ETP sous forme d'ateliers sont actuellement proposés à environ 25 000 patients atteints de pathologies chroniques (65,66).

L'ETP, en tant que programme formalisé, est différent du conseil, qui peut être formulé lors de la consultation médicale, de la dispensation de médicaments à l'officine ou lors de l'entretien pharmaceutique (EP). Le conseil se résume par une transmission d'informations sans intégrer le patient en tant qu'acteur de la démarche, tandis que l'EP s'inscrit dans la durée, avec des séances pouvant être répétées et une participation active du patient lors de chaque rencontre.

En France, des EP sont menés en milieu hospitalier depuis les années 90 dans le cadre de pathologies chroniques (67,68), dont le diabète (69), l'asthme (70), la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le syndrome d'apnée du sommeil ou encore les maladies cardiovasculaires. En officine, ils ont été introduits par la Convention nationale de 2012. Ils sont « destinés aux patients rentrant dans le champ des programmes d'action » et réalisés par le

pharmacien, seul professionnel de santé compétent pour réaliser ces entretiens (71). Leur intérêt et l'ampleur de leur implantation ne sont plus à établir comme le démontre la littérature, avec 506 publications sur le sujet référencées sur Pubmed entre 2006 et 2016 (72). D'après un rapport de la caisse nationale d'assurance maladie, 2 officines sur 3 ont mis en place des EP sur les antivitamines K et/ou les antiasthmatiques, soit 63% des officines françaises (73). Plus de 160 000 entretiens ont été réalisés durant l'année 2013 (73). D'après ce même rapport, 3 pharmaciens sur 4 jugent que les EP améliorent les connaissances des patients et 7 sur 10 constatent qu'ils contribuent à une amélioration des relations avec leurs patients (73).

À titre d'exemple en milieu hospitalier, 488 EP sur les antivitamines K et les anticoagulants oraux directs ont été réalisés entre 2015 et 2018 dans notre établissement (74). Les entretiens ont d'abord été effectués par les pharmaciens et les internes en pharmacie, puis par les externes en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH). Avant l'entretien, 50% des patients interrogés ont des notions sur les items abordés (74). L'EP permet alors à 30% des patients d'améliorer leur niveau de connaissances de 50% (74). L'intervention du pharmacien est bien accueillie, la satisfaction des patients avoisinant les 100%.

Les EP peuvent aussi s'intégrer aux plans pharmaceutiques personnalisés (75–78). Leurs objectifs sont thérapeutiques, organisationnels et financiers, en ciblant l'adhésion du patient à ses traitements par exemple. Ils sont réalisés à l'issue d'un bilan médicamenteux, lorsqu'une situation à risque est identifiée, ou bien à la demande du personnel soignant. Cette démarche comprend :

- une analyse des données du patient ;
- un entretien approfondi avec celui-ci ;
- une synthèse des situations à risques pouvant être rencontrées par celui-ci, son entourage ou le personnel soignant ;
- et une transmission des outils aux autres professionnels de santé afin de solutionner ces potentielles situations problématiques (79).

Les EP peuvent être initiés en ville et poursuivis en établissement de santé ou inversement. Cette transmission d'information entre pharmaciens hospitaliers et officinaux favorise le lien ville-hôpital, améliorant ainsi la coordination entre les professionnels de santé lors de la sortie d'hospitalisation des patients. Cet échange entre professionnels pharmaceutiques contribue à l'efficacité, à la sécurité et à la bonne continuité des traitements.

Malgré les bénéfices, cette transmission d'information reste souvent unilatérale (80). En effet, seuls 29% des officinaux interrogés au cours d'une enquête menée en Aquitaine indiquent être

informés d'une sortie d'hospitalisation d'un patient et de ses traitements de sortie. En revanche, 77% d'entre eux ont déjà contacté une structure hospitalière afin d'obtenir des informations concernant un traitement de sortie d'un patient.

Un échange qui reste peu développé malgré les outils mis à disposition, tels que la messagerie sécurisée, le dossier pharmaceutique ou encore les lettres de liaison destinées aux pharmaciens d'officine.

Les patients sont, quant à eux, demandeurs de prestations pharmaceutiques. Leurs attentes concernent notamment un encadrement de l'iatrogénie, incluant un échange avec l'hôpital, comme le souligne une enquête réalisée par un centre hospitalier universitaire (CHU) spécialisé en cancérologie (81). Dans cette dernière, 36 % des patients sont favorables à la transmission de leur compte rendu de sortie d'hospitalisation à leur pharmacien d'officine et 61 % sont favorables à ce que leur ordonnance de sortie d'hospitalisation soit transmise à leur pharmacie de ville afin que la disponibilité des traitements soit anticipée au moment de leur sortie.

B. Pharmacien hospitalier et bon usage des opioïdes

A ce jour, aucun programme d'ETP ne traite uniquement des troubles liés à l'usage des opioïdes et aucune notion d'EP relatifs à cette thématique n'a été retrouvée dans la littérature. Or les EP, en ville ou à l'hôpital, sont de toute évidence un outil utile et pragmatique dans la diffusion du bon usage des produits de santé, applicables aux opioïdes. Le pharmacien peut donc mettre à contribution son expérience pour encadrer la consommation d'opioïdes. Comme le décrivent Jacquemet et Certain (82), le corps pharmaceutique doit recourir à des méthodes et à des documents adaptés à chaque situation. Cela peut se faire par exemple *via* un plan thérapeutique clair sous forme de document individualisé destiné au patient, différent de la prescription et de la notice du traitement, ou *via* des inscriptions manuscrites sur les boîtes de médicaments.

Concernant l'éducation thérapeutique appliquée aux opioïdes, peu d'études sont disponibles à ce sujet dans la littérature.

En France, aucun article traitant de la mise en place d'action de lutte contre le mésusage des opioïdes n'est retrouvé dans la littérature. En revanche, l'ETP aux opioïdes est parfois intégrée à d'autres programmes, comme c'est le cas du programme d'éducation thérapeutique dit « caratif », en opposition à curatif, mise en place en 2011 au CHU de la Timone de Marseille (83). Réalisé auprès de patients cancéreux recevant des opioïdes et/ou des thérapies anticancéreuses et radiothérapies, ce programme est centré avant tout sur la prise en charge oncologique des patients. Un de ses objectifs est de « permettre au patient de connaître les

traitements de fond et de la crise ». Parmi les thématiques proposées, une aborde la « connaissance des douleurs et la connaissance des opioïdes forts ou équivalents » sous la forme de séance individuelle d'une vingtaine de minutes réalisée par des infirmières cliniciennes. Ces séances ont mis en exergue les carences dans ce domaine et ont conduit à différentes projets, comme la rédaction de fiches morphiniques pédagogiques destinées aux patients et la diffusion de quiz douleurs / opioïdes destinés aux soignants (83). Outre cette étude, ce sont majoritairement des études descriptives faisant un état des lieux de la situation actuelle qui sont retrouvées en France. Au centre hospitalier de Valenciennes, le mésusage a été évalué par le pharmacien *via* le test POMI auprès de patients douloureux chronique en cours de traitements opioïdes au domicile (84). Il était principalement identifié chez les patients jeunes et ceux prenant du tramadol et/ou de la morphine. Cette étude souligne l'importance du pharmacien hospitalier et d'officine dans son rôle de prévention et d'accompagnement et l'intérêt du lien ville-hôpital en cas de mésusage (84). Une autre enquête, réalisée dans 126 officines françaises entre 2016 et 2017, a elle aussi conforté le rôle clé du pharmacien dans la détection des troubles de l'usage aux opioïdes (85). Les pharmaciens officinaux ont réalisé un test POMI et interrogé sur leur traitement les patients traités depuis au moins 3 mois et venant renouveler leur ordonnance d'antalgiques de niveau 2 ou 3. Les 1992 questionnaires recueillis ont révélé une fois de plus l'ampleur du mésusage aux opioïdes. En plus de son rôle dans le dépistage, cette étude met en avant la position clé du pharmacien dans la prise en charge du patient. Le pharmacien occupe ainsi une place stratégique dans la prise en charge du patient, étant le dernier professionnel de santé que le patient voit avant son retour à domicile. Or, à l'issue d'une chirurgie par exemple, les patients ont 44% de risque en plus de développer une dépendance si une prescription aux opioïdes est réalisée dans les 7 jours (6). La mise en place d'EP structuré peut alors constituer une barrière au risque de mésusage et de dépendance aux opioïdes.

La plupart des études qui ont conduit à la mise en place d'actions de lutte contre les déviations aux opioïdes ont été menées à l'étranger. En Australie, un contrôle pharmaceutique systématique des prescriptions d'antalgiques de sortie des patients en post-chirurgie a été mis en place et évalué (86). Réalisé une fois l'ordonnance de sortie rédigée par le médecin, juste avant la sortie du patient, il comprend un bilan médicamenteux optimisé, un bilan des antalgiques administrés au cours de l'hospitalisation et un entretien avec le patient. Lors de ce dernier, le pharmacien évalue la douleur et s'assure de la bonne concordance entre la prescription d'antalgiques de sortie et l'état algique du patient. Il soumet ensuite des interventions pharmaceutiques au médecin, qui décide ou non de modifier la prescription de sortie. Sans ce contrôle, des antalgiques opioïdes ont

été prescrits chez 75,6% des patients, contre 60,3% avec contrôle pharmaceutique, avec une quantité médiane de 100mg d'oxycodone, contre 50mg avec contrôle ($p < 0,01$). Le pharmacien contribue donc à limiter et à optimiser la prescription d'antalgiques opioïdes. Aux États-Unis, l'équipe de douleur a mis en place en 2016 un programme de surveillance des médicaments sur ordonnance pour accompagner les patients en post-chirurgie vers une meilleure gestion de la douleur (6). Multidisciplinaire, cet accompagnement repose sur un bilan médicamenteux réalisé durant l'hospitalisation par le pharmacien, un staff pluridisciplinaire traitant de la prise en charge de la douleur, un contrôle pharmaceutique des ordonnances de sortie et une consultation pharmaceutique avant la sortie visant à prodiguer des conseils quant à l'usage des opioïdes (Figure 10).

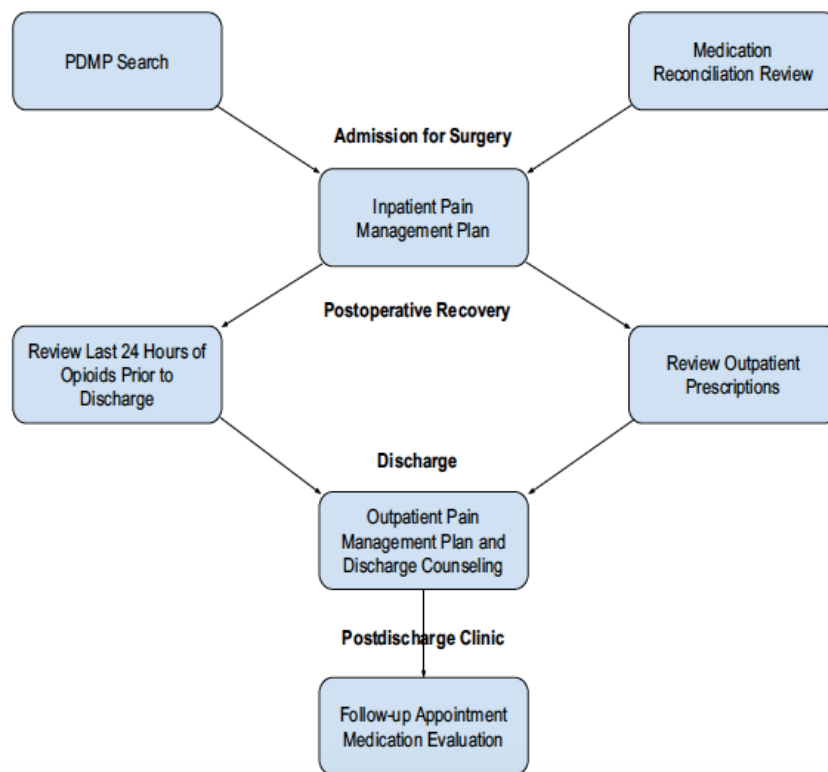


Figure 4 : Étapes du “Prescription drug monitoring program”, d’après Cheryl G. (6), avec PDMP : Prescription drug monitoring program.

L’entretien avec le patient dure une vingtaine de minutes, au cours duquel le pharmacien présente et explique au patient l’ordonnance des antalgiques de sortie, les modalités de prises, un plan de soins détaillé avec des horaires de prises des opioïdes, intégrant une diminution de dose sur la durée, une information quant aux effets indésirables, l’importance de la prescription systématique de laxatifs, les symptômes en cas d’utilisation inappropriée tel que le syndrome

de sevrage et les modalités de destruction des opioïdes une fois la durée de traitement terminée. Un support est remis au patient à l'issue de cet entretien (Tableau II). Enfin, à distance de la sortie, un suivi est réalisé avec contrôle de la douleur et de la consommation des opioïdes.

Medication	Why am I taking this medication?	Most common possible side effects	Helpful hints
Pain and bowel management			
Pain—Opioids: oxycodone (Roxicodone); Take ___ tablets every ___ hours as needed for pain	To treat moderate to severe pain	Drowsiness, fatigue, nausea, vomiting, constipation, itching	<ul style="list-style-type: none"> • Take with food to prevent upset stomach • Avoid driving and alcohol while taking this medication • Use enough to control pain to allow to keep up activity at home Suggested goals to slowly come off this medication: <ul style="list-style-type: none"> • Days 1 to 4: Take ___ tablets, ___ times a day • Days 5 to 7: Take ___ tablets, ___ times a day • Days 8 to 10: Take ___ tablets, ___ times a day
Pain—Nonopioids: acetaminophen (Tylenol)	To treat mild to moderate pain	Upset stomach	<ul style="list-style-type: none"> • Do not use over-the-counter medications that also contain acetaminophen in them
Stool Softeners: docusate sodium (Colace)	To treat opioid-induced constipation	Diarrhea, rash	<ul style="list-style-type: none"> • Drink plenty of water while taking this drug • May take 24 to 72 hours to see effect • Best results when taken consistently
Laxatives: senna (Senokot), polyethylene glycol (Miralax)	To treat opioid-induced constipation	Bloating, gas, nausea, urgency, stomach pain	<ul style="list-style-type: none"> • Senna: Take at night if only taking once daily—should see effect in 6 to 12 hours • Polyethylene glycol: Use measuring cap provided to mix powder with 1 cup of water, juice, coffee, or tea
Clot prevention			
Aspirin (Ecotrin, Bufferin), 325 mg; Take 1 tablet by mouth daily for 4 weeks	To prevent blood clots and stroke	Bruising, bleeding, ulcers	<p>START DATE: _____ END DATE: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • This is NOT for pain—aspirin should be taken at the same time every day for clot prevention • Take with food to prevent upset stomach • Do not take Advil, Motrin, Aleve, or other agents that may increase bleeding risk without approval from your doctor first • Tell your doctor if you have bloody/dark stools

Tableau II : support destiné au patient « Postoperative medication home management » d'après Cheryl G (6).

ARTICLE

Annales Pharmaceutiques Françaises

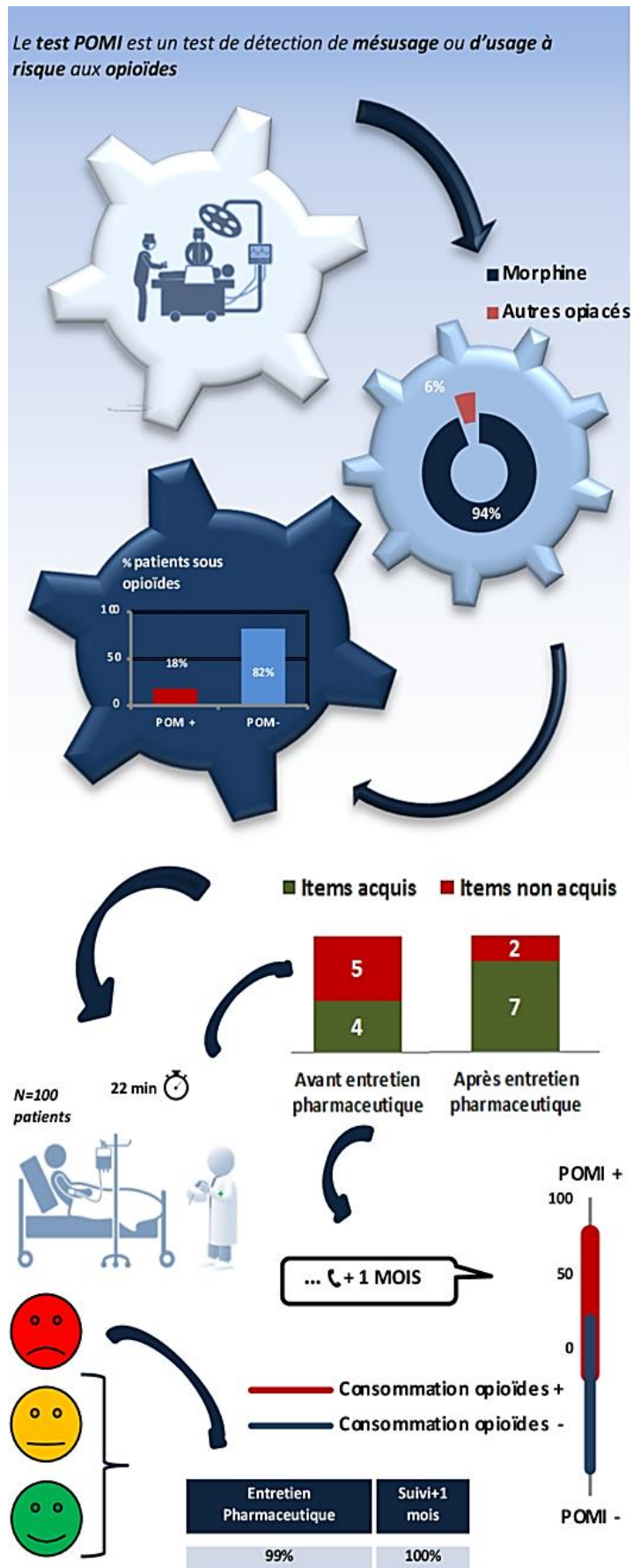
Bon usage des opioïdes en post-opératoire : mise en place d'entretiens pharmaceutiques

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Article original / Full Length Article
Keywords:	Opioïdes; entretien pharmaceutique; mésusage; dépendance
Corresponding Author:	Dalila Mizab FRANCE
First Author:	Dalila Mizab
Order of Authors:	Dalila Mizab Manon Mestre Sandrine Ngyen, Docteur Sophie Cottez, Docteur Sarah Le Tohic, Docteur
Manuscript Region of Origin:	Europe
Abstract:	<p>Objectifs : Prescrits le plus souvent après une chirurgie non mineure, les antalgiques opioïdes peuvent favoriser le développement d'une dépendance. Notre objectif est de promouvoir leur bon usage chez une population à risque par la mise en place d'entretiens pharmaceutiques (EP) à la suite d'une chirurgie et de contribuer au lien ville hôpital.</p> <p>Méthodes : Cette évaluation rétrospective a été menée sur 14 mois auprès de patients sous opioïdes et hospitalisés en chirurgie. Après avoir dépisté le risque de mésusage, un EP aborde différents items sur les opioïdes et évalue les connaissances du patient avant/après. Un compte rendu est adressé à l'officine référente, un suivi à distance de l'hospitalisation, réalisé et la satisfaction des patients et des officines, recueillie.</p> <p>Résultats : Au total, 100 patients ont été inclus, dont 94 sous morphine et 18 avec un risque de mésusage identifié. En moyenne, l'EP a amélioré les connaissances globales des patients de 3 points. In fine, 84% des patients ont eu une prescription de sortie d'opioïdes, pour une durée moyenne de 15 ± 5 jours. Un mois après l'intervention, 34% des patients contactés (n=26) consommaient toujours des opioïdes, principalement en cas de risque de mésusage identifié. Cette démarche prend en moyenne 22 ± 11 minutes, satisfait 99% (n=99) des patients et 85% des officines consultées (n=35).</p> <p>Conclusions : Les EP ont amélioré les connaissances des patients. Bien que chronophage, cette démarche a démontré sa plus-value et reste plus accessible que d'autres activités de pharmacie clinique. Le lien ville-hôpital doit être optimisé.</p>
Suggested Reviewers:	
Opposed Reviewers:	
Secondary Full Title:	Proper use of opioids in post-operative care: implementation of pharmaceutical interview
Secondary Abstract:	<p>Objectives: Opioid analgesics are often prescribed after a non-minor surgery but they can induce dependence. Our objectives are to promote their proper use in a high-risk population by a pharmaceutical interview directly after surgery and by contributing to the city/hospital link.</p> <p>Methods: This retrospective evaluation was conducted over 14 months with patients hospitalized in surgery treated with opioids. After analysis of the misuse risk, an interview was conducted to address the different opioid items and to evaluate the patient's knowledge before and after the dialogue. A report is sent to the patient usual pharmacy. A follow-up after the hospitalization is carried out and the satisfaction of both patients and pharmacies is collected.</p>

	<p>Results: A Total of 100 patients were included, among us 94 were treated with morphine and 18 with an identified risk of misuse. On average, interview improved holistic patient knowledge by 3 points. Ultimately, 84% of patients had a discharge prescription for opioids, for an average duration of 15 ± 5 days. One month after the intervention, 34% of the patients contacted (n=26) were still using opioids, mainly the patients with an identified risk of misuse. This process took an average of 22 ± 11 minutes and satisfied 99% (n=99) of patients and 85% of pharmacies consulted (n=35).</p> <p>Conclusions: Interviews have improved patient knowledge. Despite being time-consuming, it has been demonstrated to added value and remains more accessible than other clinical pharmacy activities. The city-hospital link still remains to be optimized.</p>
Secondary Keywords:	Opioids; pharmaceutical interview; misuse; dependence

RÉSUMÉ GRAPHIQUE



POINTS ESSENTIELS

- Amélioration des connaissances après un entretien pharmaceutique sur les opioïdes.
- Prescription d'opioïdes à la sortie systématiquement supérieure à cinq jours.
- Durée de prescription de sortie plus longue chez les consommateurs après un mois.
- Consommation d'opioïdes à un mois plus fréquente si risque de mésusage identifié.
- Démarche chronophage mais moins que d'autres activités de pharmacie clinique.

**Bon usage des opioïdes en post-opératoire : mise en place
d'entretiens pharmaceutiques**
**Proper use of opioids in post-operative care: implementation
of pharmaceutical interview**

Dalila Mizab¹

Manon Mestre¹

Docteur Sandrine Nguyen¹

Docteur Sophie Cottez²

Docteur Sarah Le Tohic¹

¹Service de pharmacie hospitalière, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, 34 Boulevard Laveran 13013 Marseille.

²Service d'anesthésie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, 34 Boulevard Laveran 13013 Marseille.

Auteur correspondant : Dalila Mizab

Téléphone :

Fax :

Adresse électronique :

RÉSUMÉ

Objectifs : Prescrits le plus souvent après une chirurgie non mineure, les antalgiques opioïdes peuvent favoriser le développement d'une dépendance. Notre objectif est de promouvoir leur bon usage chez une population à risque par la mise en place d'entretiens pharmaceutiques (EP) à la suite d'une chirurgie et de contribuer au lien ville hôpital.

Méthodes : Cette évaluation rétrospective a été menée sur 14 mois auprès de patients sous opioïdes et hospitalisés en chirurgie. Après avoir dépisté le risque de mésusage, un EP aborde différents items sur les opioïdes et évalue les connaissances du patient avant/après. Un compte rendu est adressé à l'officine référente, un suivi à distance de l'hospitalisation, réalisé et la satisfaction des patients et des officines, recueillie.

Résultats : Au total, 100 patients ont été inclus, dont 94 sous morphine et 18 avec un risque de mésusage identifié. En moyenne, l'EP a amélioré les connaissances globales des patients de 3 points. In fine, 84% des patients ont eu une prescription de sortie d'opioïdes, pour une durée moyenne de 15 ± 5 jours. Un mois après l'intervention, 34% des patients contactés (n=26) consommaient toujours des opioïdes, principalement en cas de risque de mésusage identifié. Cette démarche prend en moyenne 22 ± 11 minutes, satisfait 99% (n=99) des patients et 85% des officines consultées (n=35).

Conclusions : Les EP ont amélioré les connaissances des patients. Bien que chronophage, cette démarche a démontré sa plus-value et reste plus accessible que d'autres activités de pharmacie clinique. Le lien ville-hôpital doit être optimisé.

Mots clés : Opioïdes, entretien pharmaceutique, mésusage, dépendance.

ABSTRACT

Objectives: Opioid analgesics are often prescribed after a non-minor surgery but they can induce dependence. Our objectives are to promote their proper use in a high-risk population by a pharmaceutical interview directly after surgery and by contributing to the city/hospital link.

Methods: This retrospective evaluation was conducted over 14 months with patients hospitalized in surgery treated with opioids. After analysis of the misuse risk, an interview was conducted to address the different opioid items and to evaluate the patient's knowledge before and after the dialogue. A report is sent to the patient usual pharmacy. A follow-up after the hospitalization is carried out and the satisfaction of both patients and pharmacies is collected.

Results: A Total of 100 patients were included, among us 94 were treated with morphine and 18 with an identified risk of misuse. On average, interview improved holistic patient knowledge by 3 points. Ultimately, 84% of patients had a discharge prescription for opioids, for an average duration of 15 ± 5 days. One month after the intervention, 34% of the patients contacted (n=26) were still using opioids, mainly the patients with an identified risk of misuse. This process took an average of 22 ± 11 minutes and satisfied 99% (n=99) of patients and 85% of pharmacies consulted (n=35).

Conclusions: Interviews have improved patient knowledge. Despite being time-consuming, it has been demonstrated to added value and remains more accessible than other clinical pharmacy activities. The city-hospital link still remains to be optimized.

Key words: Opioids, pharmaceutical interview, misuse, dependence.

INTRODUCTION

La crise des opioïdes est née outre Atlantique, où 17 000 décès sont dénombrés chaque année à cause des opioïdes sur prescription médicale [1]. En France, la prescription d'opioïdes est seize fois moins importante qu'aux États-Unis. Cependant, onze millions de personnes sont concernées par l'usage des opioïdes faibles, qui sont prescrits chaque année à 17% des Français [2]. Ces antalgiques opioïdes sont le plus souvent prescrits après une chirurgie et favorisent le développement d'une dépendance s'ils sont prescrits dans les sept jours après la chirurgie [3]. Or, près de neuf millions de Français sont opérés chaque année [4]. Outre ce facteur de risque, tous les patients ne sont pas égaux face aux troubles de l'usage et l'association de plusieurs facteurs peut rendre un sujet plus vulnérable, comme le caractère douloureux de l'intervention. Dans ce contexte, le pharmacien est un maillon essentiel pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse, notamment via l'éducation thérapeutique. La mise en place d'entretiens pharmaceutique (EP) peut alors limiter le risque de mésusage et de dépendance aux opioïdes. A ce jour, aucun programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ne traite spécifiquement des troubles liés à l'usage des opioïdes et aucune notion d'EP relatifs à cette thématique n'a été retrouvée dans la littérature. Notre étude consiste en la mise en place d'un EP appliqué aux opioïdes à la suite d'une chirurgie. L'objectif principal est de promouvoir le bon usage des opioïdes chez une population identifiée comme à risque de mésusage et de dépendance aux opioïdes. Les objectifs secondaires sont de caractériser cette population à risque et de contribuer au lien ville-hôpital.

MÉTHODES

Cette évaluation rétrospective s'est déroulée dans notre établissement du 22 octobre 2019 au 8 janvier 2021. Ont été inclus les patients majeurs, hospitalisés en service de chirurgie viscérale ou orthopédique et dont le risque de mésusage était le plus élevé, c'est-à-dire ceux ayant subi une intervention chirurgicale très douloureuse, qui ont été identifiés par la prescription d'un opioïde fort en systématique ou à la demande. Ont été exclus les patients non-coopérants, refusant l'EP, non-communicants et sortis précocement, sans laisser le temps à l'EP, ainsi que les patients hospitalisés au début de la pandémie de la COVID-19.

Prérequis

Les intervenants ont été formés via une présentation interactive d'une vingtaine de minutes (Annexe). Elle contextualisait la démarche et reprenait les questions vues avec le patient. La formation théorique était complétée d'une formation pratique par compagnonnage.

Organisation pratique

Les patients étaient identifiés chaque matin par un interne en pharmacie ou un pharmacien à l'aide d'une requête informatique (logiciel Pharma, Computer Engineering®). Pour chaque patient, la grille relative à l'EP était complétée à l'aide du dossier patient informatisé (logiciel Amadeus, Maincare®) (Annexe). Puis l'EP était réalisé au lit du patient par un interne en pharmacie, un externe en pharmacie ou un pharmacien. Il débutait par le dépistage du risque de mésusage à l'aide du test « Prescription Opioid Misuse Index » (POMI)[5]. Il abordait ensuite neuf items de manière interactive, sous forme de questions-réponses (Annexe) : définition d'un opioïde, conduite à tenir en cas de douleur non soulagée malgré l'antidouleur, de douleurs persistantes à la fin du traitement, de survenue d'autres douleurs et si un membre de l'entourage ressentait une douleur similaire, effets indésirables, signes du syndrome de sevrage, définitions des différentes dépendances et alternatives non médicamenteuses. À l'issue de l'EP, une carte d'information reprenant les points clés était remise au patient et ce dernier évaluait le moment choisi pour réaliser l'EP, sa durée et son utilité, comme très satisfaisant, satisfaisant ou pas satisfaisant. Un compte rendu, reprenant les notions abordées et un bilan des acquis, était enregistré dans le dossier patient informatisé et faxé à l'officine, ou transmis par messagerie sécurisée, sur accord du patient, avec une enquête de satisfaction (Annexe). L'acte pharmaceutique était coté dans le dossier patient informatisé, mais non valorisé. Un mois après l'intervention, le patient était appelé, comme convenu lors de l'EP, par l'interne en pharmacie pour dresser un bilan sur les antidouleurs et les éventuels problèmes survenus (Annexe). La satisfaction du patient était à nouveau recueillie.

Recueil de données

Différentes données ont été recueillies, à savoir le sexe, l'âge, le service d'hospitalisation, l'intervention chirurgicale, l'opioïde prescrit, le mode et la voie d'administration, en systématique ou en si besoin, l'opioïde prescrit à la sortie et la durée de prescription. Les différentes étapes étaient chronométrées. Les critères de jugement primaires étaient le nombre d'EP réalisés, le taux de patients ayant bénéficié d'un EP parmi ceux éligibles, l'évolution des connaissances des patients avant et après l'EP, ainsi que leur satisfaction. Les critères de jugement secondaires étaient les caractéristiques des patients éligibles inclus dans notre étude et de la population à risque d'usage inapproprié des opioïdes, les taux de compte rendus faxés aux officines et de réponses au questionnaire de satisfaction de ces dernières, les taux de patients rappelés à distance de l'hospitalisation. Les données ont été saisies et traitées dans un fichier Excel® (Microsoft®). Nos résultats ont été exprimés à l'aide de moyennes (\pm écarts-types) et/ou

de médianes [minimum-maximum]. Les tests statistiques utilisés étaient le test T de Student, de Fisher, de Fisher exact et de McNemar, avec un risque alpha fixé à 5%. Au cours de cette étude rétrospective hors loi Jardé, le consentement des patients avait été recueilli avant chaque entretien et avant la prise de contact avec leur officine.

RÉSULTATS

Population étudiée

Au total, 1429 patients ont été hospitalisés en chirurgie viscérale et orthopédique, avec une moyenne d'âge de 59 ± 24 ans et un ratio homme/femme de 1,15. Parmi eux, 497 (35%) ont eu une prescription d'opioïdes en cas de chirurgie intermédiaire ou majeure. Durant les dix premiers mois de l'étude, seuls les patients prenant un opioïde fort en systématique ont été inclus. Face au faible taux d'inclusion, inférieur à un patient par semaine, les critères ont évolué, en intégrant les patients avec un opioïde fort à la demande. De ce fait, 235 patients potentiellement éligibles n'ont pas été inclus. Parmi les 262 autres patients sous opioïdes forts, 51 (19%) étaient non-communicants/non-coopérants, 71 (27%) ont été exclus du fait de sorties précoces et sept (3%) en raison de la pandémie. Seuls quinze patients (6%) ont refusé l'EP. Le motif du refus n'a pas été tracé. Parmi les 118 patients éligibles, 100 (85%) ont été inclus et 18 (15%) exclus par manque de temps de l'équipe pharmaceutique. La population étudiée est âgée en moyenne de 53 ± 20 ans, le plus jeune ayant 18 ans et le plus âgé, 89 ans. Le ratio homme/femme est de 1,7. La population incluse est plus jeune et majoritairement masculine que la population hospitalisée générale (p value=0,016, p value=0,077). Au total, 61% (n=61) des patients ont eu une chirurgie orthopédique (*Tableau 1*). La plupart des patients reçoivent de la morphine (n=94, 94%), la voie orale est la plus utilisée (n=64, 64%) et 80% (n=80) des antalgiques sont prescrits en systématique (*Tableau 1*). Un risque de mésusage a été identifié chez 18% (n=18) des patients (*Tableau 1*). Aucune différence significative n'a été mise en évidence selon le sexe (p value=0,430), l'âge (p value=0,366 ddl= 98) et le type de chirurgie (p value=0,161).

Connaissances et satisfaction des patients

En moyenne, l'EP a amélioré les connaissances globales des patients de 3 points (*Figure 1*). Avant l'EP, 49% (n=49) des patients connaissaient toutes les thématiques abordées, contre 72% (n=72) à la fin de l'EP, soit une amélioration significative du nombre de patients ayant assimilé de nouvelles informations (p value<0,001) (*Figure 1*). Les items les moins maîtrisés après l'EP sont la définition des opioïdes (n=24, 24%), les notions de dépendance physique et psychique

(n=24, 24%) et les signes du syndrome de sevrage (n=20, 20%) (*Figure 2*). A contrario, les items les plus connus sont les conduites à tenir lorsqu'un membre de l'entourage présente une douleur similaire (n=79, 79%), en cas de survenue d'autres douleurs (n=75, 75%) et en cas de douleur non soulagée malgré la prise d'opioïdes (n=73, 73%) (*Figure 2*). Au total, 99% (n=99) des patients ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits de l'EP et 100% (n=100), satisfaits ou très satisfaits du suivi à un mois (*Figure 3*). Le seul patient insatisfait a souhaité exprimer son agacement général concernant son hospitalisation, mais a tout de même accepté l'EP. Lors de l'appel, certains ont qualifié l'« équipe [de] géniale », soulignant qu'elle était « bien aimable de prendre des nouvelles » et que le « suivi [était] remarquable ».

Lien ville-hôpital et suivi à un mois

À la sortie, 84% (n=84) des patients ont une prescription d'opioïdes associés à un antalgique de palier 1 et 16% (n=16) une prescription d'antalgique de palier 1 seul. Cinquante-sept pourcents (n=57) ont bénéficié d'une prescription de tramadol, 23% (n=23) d'antalgiques à base de poudre d'opium et 4% (n=4) de morphine. Parmi ces quatre patients, deux prenaient de la morphine à l'admission et l'information n'a pas pu être vérifiée pour les deux autres. La durée moyenne des prescriptions est de 15 ± 5 jours, la durée de prescription la plus longue est de 30 jours et la totalité des patients ont une prescription supérieure ou égale à cinq jours. Pour six patients (6%), la durée de traitement n'est pas précisée. Parmi ces patients, quatre n'avaient pas de prescription d'antalgiques à l'admission et deux étaient traités par un antalgique de palier 2 à la demande pour d'autres pathologies. Un mois après l'intervention, 77% (n=77) des patients ont été rappelés et 23% (n=23) sont restés injoignables après trois appels. Cinquante-et-un pourcents (n=39) des patients ont ressenti des douleurs suite à l'intervention et 12 (16%) ont dû consulter pour cette raison : un patient a vu son médecin traitant, neuf ont contacté leur chirurgien et deux sont passés aux urgences dans le cadre d'une douleur non soulagée. Enfin, 34% (n=26) consommaient toujours un opioïde au moment de l'appel (*Tableau 2*). Ces derniers sont majoritairement des hommes, avec une prescription de sortie d'opioïdes d'une durée supérieure aux patients n'en consommant plus. Parmi les patients rappelés ayant un risque de mésusage selon le test POMI (n=16, 21%), 75% (n=12) consomment toujours des opioïdes un mois suivant leur intervention versus 18% (n=9, N=51) chez les patients sans risque de mésusage, ce qui est significativement plus élevé (p value < 0,001) (*Tableau 1*). À l'issue des EP, 69% (n=69) des comptes rendus ont été faxés à l'officine : 2% (n=2) des officines ont refusé, 28% (n=28) des patients ont déclaré ne pas avoir d'officine fixe et un patient a refusé de transmettre son compte rendu. Les patients sans officine référente sont statistiquement plus

jeunes (p value < 0,001), âgés de 41 ± 19 ans versus 59 ± 18 ans. Au total, 59% des officines interrogées ($n=41$, $N=69$) ont répondu au questionnaire de satisfaction, dont six (15%) spontanément et 35 (85%) après relance téléphonique. Le compte rendu est compréhensible et bien accueilli par toutes les officines et 85% ($n=35$) d'entre elles sont satisfaites de la démarche, trouvant les informations transmises utiles ($n=32$, 78%). Le compte rendu a encouragé les pharmaciens d'officine à dialoguer avec leur patient ($n=32$, 78%) et avec le médecin généraliste ($n=28$, 68%) sur les traitements antidouleur. Ainsi, 78% ($n=32$) d'entre eux déclarent être à l'aise pour répondre aux questions du patient sur les opioïdes et 85% ($n=35$) souhaitent voir cette démarche se pérenniser. Plus de deux officines sur trois ($n=35$) ont demandé une copie de la carte remise au patient et 63% ($n=26$) d'entre elles aimeraient recevoir un support d'information, abordant le bon usage des antalgiques et diverses prises en charge spécifiques, comme la douleur en ambulatoire, les douleurs persistantes et/ou non soulagées et les effets indésirables liés aux opioïdes.

Temps dédié à la démarche

La réalisation du test POMI prend en moyenne 4 ± 3 minutes et l'EP 15 ± 6 minutes. En moyenne, 2 ± 6 patients sont inclus par semaine. Lors du suivi à un mois, le patient est joignable en moyenne après 2 ± 1 appels et l'entretien téléphonique dure en moyenne 4 ± 2 minutes. La totalité de la démarche prend en moyenne 22 ± 11 minutes. A ce jour, 61% ($n=61$) des tests POMI et des EP ont été réalisés par un externe en pharmacie, 29% ($n=29$) par un interne en pharmacie et 10% ($n=10$) par un pharmacien.

DISCUSSION

Le patient type de notre étude est un homme d'une cinquantaine d'années, hospitalisé en chirurgie orthopédique. Il n'est pas représentatif de la population admise au pôle chirurgical. La population bénéficiant d'opioïdes serait plus jeune et compterait d'avantage d'hommes. A contrario, les patients bénéficiant d'EP sur les anticoagulants oraux, très développés, sont plus âgés, mais avec un sex-ratio similaire, comme en témoigne la littérature [6] et une étude menée dans notre établissement (A. Lombardozzi, 2019, dumas-02338508). La totalité de notre patientèle a une prescription d'opioïdes de plus de cinq jours à la sortie de l'hospitalisation. Or une prise de cinq jours d'opioïdes augmenterait le risque d'une consommation prolongée par la suite [7,8]. C'est pourquoi le risque d'usage abusif doit être évalué avant, au cours et en fin de traitement par opioïdes [9,10]. Peu réalisé en routine (A. Muszczak, 2015, hal-01734315), 38% des médecins généralistes interrogés ne s'en préoccupent pas. Un mois après leur sortie, les

patients consommant encore des opioïdes sont ceux dont la durée de prescription était la plus longue. À ce jour, la notion de mésusage n'a pas été abordée lors de l'entretien téléphonique et la prise d'opioïde n'a pas été discutée avec le chirurgien. Un travail est en cours pour standardiser les ordonnances de sortie en chirurgie.

Des entretiens améliorant la connaissance des patients

Les entretiens ont permis une amélioration significative des connaissances des patients rencontrés, à l'instar du bilan de l'assurance maladie relatifs aux EP sur les antivitamines K en officine [11]. L'acquisition de connaissances concerne principalement la définition des opioïdes, peu de patients la connaissant en amont, bien que le nom des molécules citées fût familier pour la majorité d'entre eux. Les patients ont surtout notion des conduites à tenir en cas de douleurs autres ou similaires chez leur proche. Ils semblent donc conscients du danger de ces médicaments. Les définitions de dépendances et de sevrage restent, quant à elles, difficiles à assimiler, même à l'issue de l'entretien. De nouvelles approches pédagogiques sont à envisager, telle que le classeur imagier [12]. Par rapport aux EP relatifs à des traitements chroniques, comme les anticoagulants oraux, les patients sous opioïdes connaissent moins d'items au début de l'entretien, avec 49% de patients connaissant la totalité des réponses contre 59% (A. Lombardozi, 2019, dumas-02338508), pouvant s'expliquer par une méconnaissance des opioïdes du grand public et une population plus jeune, donc moins concernée par les médicaments. L'évolution des connaissances reste comparable, avec une progression de 35% à l'issue de l'EP dans les deux études (A. Lombardozi, 2019, dumas-02338508). Lors de l'analyse, le niveau « partiellement acquis » n'a pas été pris en compte, pouvant refléter l'objectivité de l'évaluateur. Conformément aux principes de pédagogie, la reformulation par le patient a été privilégiée pour évaluer le degré d'acquisition des notions abordées lors de l'EP. Par ailleurs, les patients n'ont reçu qu'un seul EP. Or, la récurrence des EP favorise l'amélioration des connaissances (A. Lombardozi, 2019, dumas-02338508) [13].

Une démarche bien accueillie par les patients, à l'hôpital comme lors du retour à domicile

La majorité des patients rencontrés sont satisfaits ou très satisfaits de la démarche, tant à l'hôpital qu'à domicile. Ils soulignent la bienveillance de l'équipe soignante, notamment lors du suivi à un mois. Les rôles sont ici inversés : ce n'est pas le patient qui appelle pour obtenir des informations, mais les soignants qui prennent de ses nouvelles. Étant bien accueilli, l'appel à distance pourrait être l'occasion pour insister sur les lacunes du patient à l'issue de l'entretien, si ce dernier consomme encore des opioïdes. Son bénéfice a été démontré dans la littérature

[13]. Cette approche n'avait pas été retenue initialement pour ne pas alourdir la démarche. Elle serait d'autant plus intéressante que 77% des patients ont pu être recontactés.

Une démarche à forte plus-value plus accessible que d'autres activités de pharmacie clinique

La pharmacie clinique est connue pour son caractère chronophage. La démarche décrite ici prend 20 minutes, soit 40 minutes par semaine en moyenne, ce qui est similaire aux entretiens relatifs aux anticoagulants oraux [6] ou bien à la polyarthrite rhumatoïde par exemple [14]. De plus, certaines étapes n'ont pas été prises en compte, comme la sélection quotidienne des patients, la rédaction et la correction des comptes rendus, ainsi que l'appel des officines. Malgré des effectifs contraints, seuls 15% des patients éligibles n'ont pas été rencontrés par manque de temps. Les étudiants en pharmacie aident à la pérennisation de ces activités, assurant la majorité des EP, bien que la durée des stages justifie des formations régulières, non prises en compte dans la durée de la démarche. Ces dernières sont l'occasion de remettre en question la qualité et la pertinence de notre intervention. Par ailleurs, les EP restent moins chronophages que d'autres activités de pharmacie clinique, une conciliation médicamenteuse prenant en moyenne de 31 à 60 minutes [15,16]. A ce jour, peu de moyens sont alloués à ce domaine en plein essor et largement plébiscité par nos institutions, avec la certification de la Haute Autorité de Santé ou encore le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins [17,18]. Pour optimiser la démarche, les patients dont le test POMI est négatif pourraient être exclus, les patients à risque de mésusage étant quatre fois plus nombreux à consommer des opioïdes à un mois de l'hospitalisation. Mais cette observation ne peut être directement imputée à un mésusage au regard des éléments disponibles. Au moins 30 jours de non consommation d'opioïdes sont nécessaires pour statuer sur un usage non à risque [7,8], pouvant être confirmée par un second appel à trois mois. Enfin, les patients sans prescription d'opioïdes à la sortie, bien que rares, pourraient ne pas être recontactés à distance.

Une population à risque de mésusage difficile à caractériser

Près de 20% de notre population présente un risque de mésusage des opioïdes, ce qui est conforme à la littérature, les données allant de 15 à 45% [19,20]. Les taux les plus élevés ont été relevés chez des patients déjà sous opioïdes, renouvelant leur prescription. Cette information n'a pas été recueillie dans notre étude, sauf en cas de prescription de sortie sans durée. Hormis le sexe masculin, aucun facteur de risque de mésusage n'a été identifié. De nouvelles inclusions permettront peut-être d'apporter des précisions. Les déterminants fréquemment retrouvés dans

la littérature sont le sexe masculin, un âge jeune, la présence de maladie psychiatrique, la consommation de produits illicites et l'addiction à l'alcool [20].

Des patients qui souffrent en silence

Moins d'un quart des patients ayant présenté des douleurs à l'issue de l'hospitalisation ont consulté un professionnel de santé, conformément aux données de la littérature [21]. Près de la moitié des français souffrirait en silence et deux-tiers d'entre eux ne consulteraient pas [21]. Ce silence peut s'expliquer par la peur du jugement ou encore la résignation et la fatalité face à la douleur [22]. Celui-ci peut être majoré ici par la crise sanitaire : 80% des personnes ayant ressenti une douleur pendant les périodes de confinement n'ont pas consulté de professionnels de santé et un peu plus d'un tiers l'ont fait après déconfinement [23].

Un lien ville-hôpital présent, mais à optimiser

La majorité des comptes rendus rédigés ont été transmis aux officines. Rares sont les patients qui se sont opposés à nous transmettre le nom de leur pharmacie. Ils semblent avoir bien intégré l'importance du partage d'information entre professionnels de santé et du lien ville-hôpital. Ce comportement n'est cependant pas partagé par tous les patients, comme le décrit Laval et al. [24], avec seulement un patient sur deux enclin à transmettre leurs données à leur officine, craignant un suivi « trop rapproché » de cette dernière. La principale raison de non-transmission des comptes rendus à l'officine dans notre étude est l'absence de pharmacie fixe, la plupart des patients jeunes n'ayant pas de traitement de fond. Le lien ville-hôpital apparaît ici comme un échange en sens unique, avec moins de 11% de retours spontanés des officines aux questionnaires de satisfaction, ce qui est similaire à d'autres études de notre établissement (A. Lombardozzi, 2019, dumas-02338508). Certains officinaux témoigneraient d'une lassitude et d'une baisse de motivation concernant les EP, n'étant pas ou peu valorisés [25]. Cette démarche reste malgré tout très bien accueillie.

CONCLUSION

Concernant de plus en plus de Français, les interventions chirurgicales exposent les patients à un risque de dépendance aux opioïdes en cas de prescription de plus de cinq jours, ce qui est le cas de la totalité des patients inclus dans notre étude. Les entretiens proposés ont permis d'améliorer la connaissance des patients, ces derniers étant satisfaits de la démarche globale. Bien que chronophage, cette dernière a démontré sa plus-value et reste plus accessible que d'autres activités de pharmacie clinique. Les critères d'inclusion seront à réévaluer dans le

temps. De plus amples investigations sont à présent nécessaires pour caractériser au mieux la population à risque de mésusage et renforcer le lien ville-hôpital déjà en place.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Docteur Spadoni pour son implication dans ce travail, E. Phadavong et M. Saihia, pour les EP réalisés, le département d'information médicale et les Docteurs Galvez, Limouzin, Pauleau et Goin, pour leur appui dans le déploiement de cette activité.

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

REFERENCES

- [1] ANSM. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [en ligne]; 2019 [Consulté le 17/11/2019], disponible sur : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Antalgiques-opioides-l-ANSM-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-France-Point-d-Information>
- [2] OFMA. Crise des opioïdes : comment l'Agence du médicament compte éviter l'emballement en France [en ligne]; 2019 [Consulté le 30/11/2019], disponible sur : <http://www.ofma.fr/crise-des-opioides-comment-lagence-du-medicament-compte-eviter-lemballement-en-france/>
- [3] Cheryl G. Opioid exit plan: A pharmacist's role in managing acute postoperative pain. 2017;57(2):S92-8.
- [4] SFAR. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. [en ligne]; 2016 [Consulté le 30/11/2019], disponible sur : <https://sfar.org/reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire/>
- [5] OFMA. Échelle POMI [en ligne]. [Consulté le 17/11/2019], disponible sur : <http://www.ofma.fr/echelles/echelle-pomi/>
- [6] Simrandeep S, Bottois C. Évaluation d'un outil digital interactif lors d'entretiens pharmaceutiques sur les anticoagulants oraux (AVK/AOD). *PharmHosClin*. 2019;54(1):82-3.
- [7] Shah A, Hayes CJ, Martin BC. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(10):265-9.
- [8] Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ* 2018;360:j5790.

- [9] SFETD. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Livre blanc de la douleur, 2017 [en ligne]. [Consulté le 13/12/2020], disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
- [10] ANSM. Mise au point sur le bon usage des opioïdes [en ligne]. [Consulté le 13/12/2020], disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf
- [11] CPAM. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK, Premier bilan à un an, 2013 [en ligne]. [Consulté le 06/12/2020], disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf
- [12] IPCEM. Outils et ressources d'apprentissage pour l'éducation thérapeutique du patient [en ligne]. [Consulté le 27/01/2021], disponible sur : <https://ipcem.org/img/fichiers/outilsipcem.pdf>
- [13] IPCEM. L'entretien pharmaceutique : une action d'ETP ? [en ligne]. [Consulté le 28/01/2021], disponible sur : <https://ipcem.org/img/journees/interventions/pdf/AJD-LM-presentation-journe%CC%81es-IPCEM-V2-VF.pdf>
- [14] Yailian AL, Estublier C, Rozaire O, Piperno M, Confavreux C, et al. Entretiens pharmaceutiques destinés aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : perceptions et attentes des pharmaciens d'officine. *Ann Pharm Fr.* 2019;77(2):146-58.
- [15] OMEDIT. Partage d'expériences régionales sur l'activité de conciliation médicamenteuse, 2018 [en ligne]. [Consulté le 21/02/2021], disponible sur : http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4197/4829/7960/7972.pdf
- [16] Dufay E, Baum T, Doerper S, Conrard E, Dony A, et al. Conciliation des traitements médicamenteux: Détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risque Qual.* 2011;8:130-8.
- [17] HAS. Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification, 2020 [en ligne]. [Consulté le 9/02/2021], disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf
- [18] OMEDIT. Guide méthodologique d'accompagnement à l'annexe du CAQES, 2018 [en ligne]. [Consulté le 9/02/2021], disponible sur : <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/15603/guide-methodologique-caques-volet-obligatoire-relu-v2018.11.27.pdf>
- [19] Philip C, Roy S, Eiden R, Jurtela M, Georgin F, et al. Prescriptions d'opioïdes et risque de mésusage en Occitanie Est, 2021 [en ligne]. [Consulté le 27/01/2021], disponible sur : https://posters.rencontres-csh.com/poster/poster_00000157.html?site=1

- [20] Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *RevMedInterne*. 2017;38(8):539-46.
- [21] IPSOS. Journée mondiale de la douleur : ces Français qui vivent leurs douleurs en silence, 2018 [en ligne]. [Consulté le 13/12/2020], disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/journee-mondiale-de-la-douleur-ces-francais-qui-vivent-leurs-douleurs-en-silence>
- [22] SED'in France. Les douleurs silencieuses expliquées par le Dr Rodrigue Deleens, 2019 [en ligne]. [Consulté le 13/12/2020], disponible sur : <https://sedinfrance.org/les-douleurs-silencieuses-expliquees-par-le-dr-rodrigue-deleens/>
- [23] Guide Pharma Santé. Covid-19 et douleur : quel constat ?, 2020 [en ligne]. [Consulté le 13/12/2020], disponible sur : <https://www.contreladouleur.fr/sanofi-engage/actualites/brisez-le-silence-contre-les-douleurs>
- [24] Laval L, Charbonnel JF. Entretiens anticoagulants. Mise en place et évaluations au sein d'un établissement de santé spécialisé en cardiologie. *PhHospClin*. 2020;55(3):216-27.
- [25] Roux C, Faguais E, Emo P, Roux A, Prévost V. Optimisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine – Bilan et retour de cette mission mise en place en 2013 et perspectives de développement dans le département du Calvados. *Ann Pharm Fr*. 2020;78(6):487-9

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des patients éligibles lors de l'hospitalisation (N=100) et consommant des opioïdes un mois après l'hospitalisation (N=26), selon le risque de mésusage, avec OMS : Organisation Mondiale de la Santé, POMI : Prescription Opioid Misuse Index.

Characteristics of eligible patients at the time of hospitalization (N=100) and consuming opioids one month after hospitalization (N=26), according to risk of misuse, with OMS = WHO: World Health Organization, POMI: Prescription Opioid Misuse Index.

Caractéristiques des patients éligibles lors de l'hospitalisation			
Patient à risque de mésusage ou d'usage à risque selon le test POMI	Oui (N=18)	Non (N=82)	Total (N=100)
Âge (ans) Moyen ± écart-type Minimum – maximum	50 ± 17 25 – 84	54 ± 21 18 – 89	53 ± 20 18 – 89
Sexe n (%) Homme	13 (72)	50 (61)	63 (63)
Opioïde prescrit en périopératoire* n (%) Morphine orale	10 (56)	50 (61)	60 (60)
Morphine injectable	7 (39)	29 (36)	36 (36)
Tramadol	4 (22)	22 (27)	26 (26)
Poudre opium	4 (22)	9 (11)	13 (13)
Oxycodone orale	0 (0)	1 (1)	1 (1)
Paliers de l'OMS prescrits en périopératoire n (%) Palier 2	1 (5)	3 (4)	4 (4)
Palier 3	10 (56)	51 (62)	61 (61)
Association paliers 2 et 3	7 (39)	28 (34)	35 (35)
Type de chirurgie n (%) Chirurgie orthopédique	10 (56)	60 (73)	70 (70)
Chirurgie digestive et viscérale	8 (44)	22 (27)	30 (30)
Caractéristiques des patients consommant des opioïdes un mois après l'hospitalisation			
Patient à risque de mésusage ou d'usage à risque selon le test POMI	Oui (N=12)	Non (N=14)	Total (N=26)
Âge (ans) Moyen ± écart type Minimum - maximum	52 ± 19 25 - 84	49 ± 20 19 - 87	50 ± 20 19 - 87
Sexe n (%) Homme	7 (58)	10 (71)	17 (65)
Opioïde prescrit en périopératoire* n (%) Autres opiacés oraux	7 (58)	6 (43)	13 (50)
Morphine injectable	3 (25)	5 (36)	8 (31)
Morphine orale	2 (17)	3 (21)	5 (19)
Paliers de l'OMS prescrits en périopératoire n (%) Palier 2	1 (8)	1 (7)	2 (8)
Palier 3	5 (42)	8 (57)	13 (50)
Association paliers 2 et 3	6 (50)	5 (36)	11 (42)
Antalgique prescrit à la sortie n (%) Tramadol	6 (50)	7 (50)	13 (50)
Poudre d'opium	3 (25)	4 (29)	7 (26)
Morphine orale	2 (17)	1 (7)	3 (12)
Palier 1 seul	1 (8)	2 (14)	3 (12)
Paliers de l'OMS prescrits à la sortie** n (%) Palier 1 seul	1 (8)	2 (14)	3 (12)
Palier 2	9 (75)	11 (79)	20 (76)
Palier 3	2 (17)	1 (7)	3 (12)
Prescription d'opioïdes à la sortie n (%) Systématique	9 (75)	10 (72)	19 (73)
Si besoin	2 (17)	2 (14)	4 (15)
Aucune	1 (8)	2 (14)	3 (12)
Durée de prescription de sortie (jours) Moyenne ± écart type Minimum – maximum	18 ± 5 7 - 28	17 ± 5 5 - 30	18 ± 5 5 - 30
Douleurs à un mois de l'intervention n (%)	9 (75)	13 (93)	22 (85)
Consultation à cause de la douleur postopératoire n (%)	5 (42)	4 (29)	9 (35)
Contact avec un professionnel de santé depuis l'intervention n (%)	5 (42)	4 (29)	9 (35)
Opioïde pris à un mois de l'intervention n (%) Tramadol	7 (58)	5 (36)	12 (46)
Poudre d'opium	4 (33)	7 (50)	11 (42)
Morphine orale	1 (9)	2 (14)	3 (12)

*Plusieurs molécules peuvent être prescrites à un même patient.

** Un palier 1 est également prescrit à tous les patients ayant une prescription de palier 2 ou 3.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients à un mois de l'intervention chirurgicale selon leur consommation d'antalgiques opioïdes (N=77), avec OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
 Patient's feature at one month of surgery by their used or not opioid analgesics (N=77), with OMS = WHO: World Health Organization.

Consommation d'antalgiques opioïdes à un mois de l'intervention	Oui (N=26)	Non (N=51)
Âge moyen ± écart-type (ans)	51 ± 19	58 ± 19
Sexe % (n) Homme	17 (65)	30 (59)
Opioides consommés % (n)		
Tramadol	11 (42)	-
Poudre d'opium	11 (42)	-
Morphine orale	4 (16)	-
Prescription de sortie % (n)		
Tramadol	13 (50)	26 (51)
Poudre d'opium	7 (26)	14 (27)
Morphine orale	3 (12)	1 (2)
Autre antalgique de palier 1 seul	3 (12)	10 (20)
Paliers de l'OMS prescrits à la sortie* n (%)		
Palier 1 seul	3 (12)	10 (20)
Palier 2	20 (76)	40 (78)
Palier 3	3 (12)	1 (2)
Prescription de sortie n (%)		
Systématique	19 (73)	27 (53)
Si besoin	4 (15)	14 (27)
Aucune	3 (12)	10 (20)
Durée de prescription de sortie (jours)		
Moyenne ± écart type	18 ± 5	14 ± 6
Minimum – maximum	7 - 30	5 - 30

* Un palier 1 est également prescrit à tous les patients ayant une prescription de palier 2 ou 3.

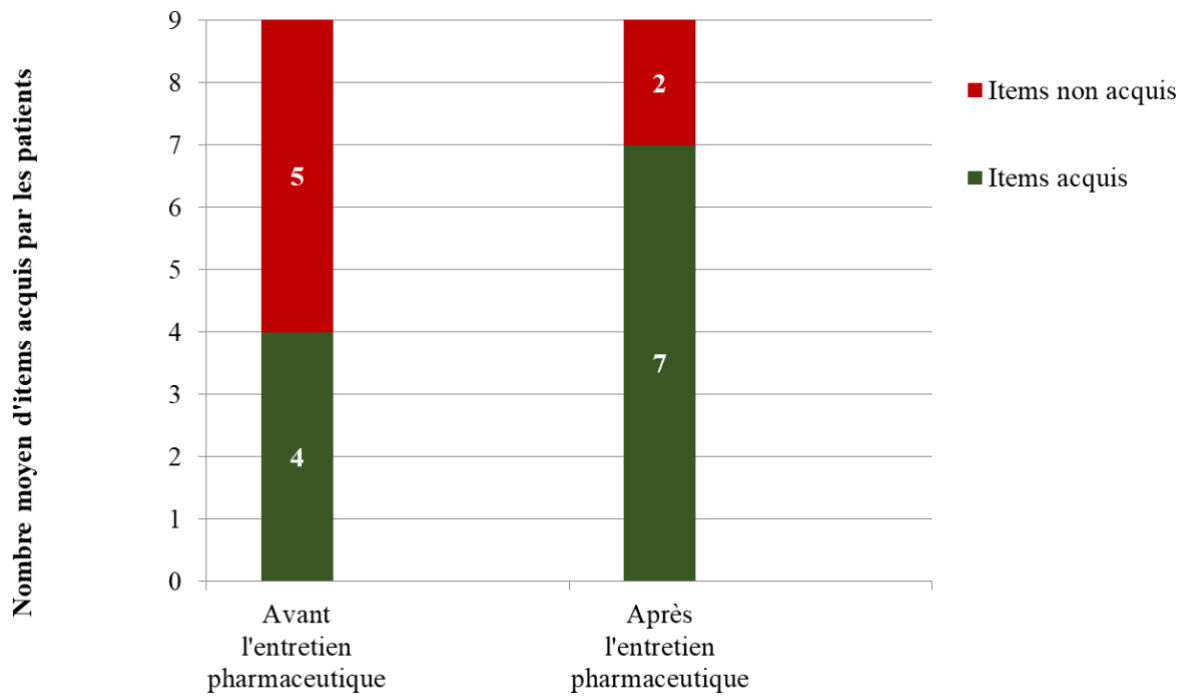


Figure 1 : Moyenne des items acquis par les patients parmi les neuf abordés, avant et après l'entretien pharmaceutique (N=100).

Average of the items acquired by the patients among the nine, before and after the pharmaceutical interview (N=100).

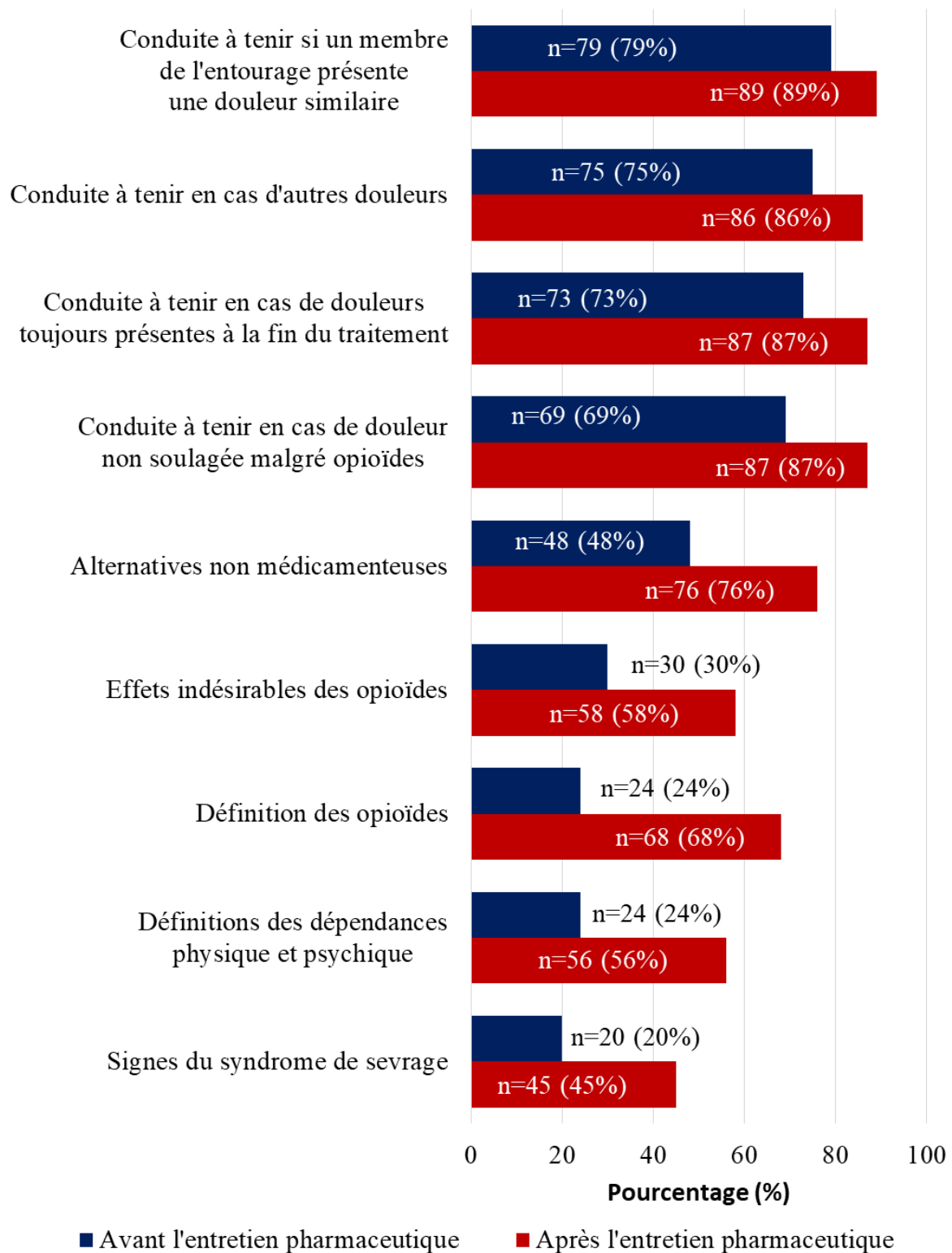


Figure 2 : Nombre de patients ayant acquis les différents items abordés avant et après l'entretien pharmaceutique (N=100).

Patient's proportion having acquired the items addressed before and after the pharmaceutical interview (N=100).

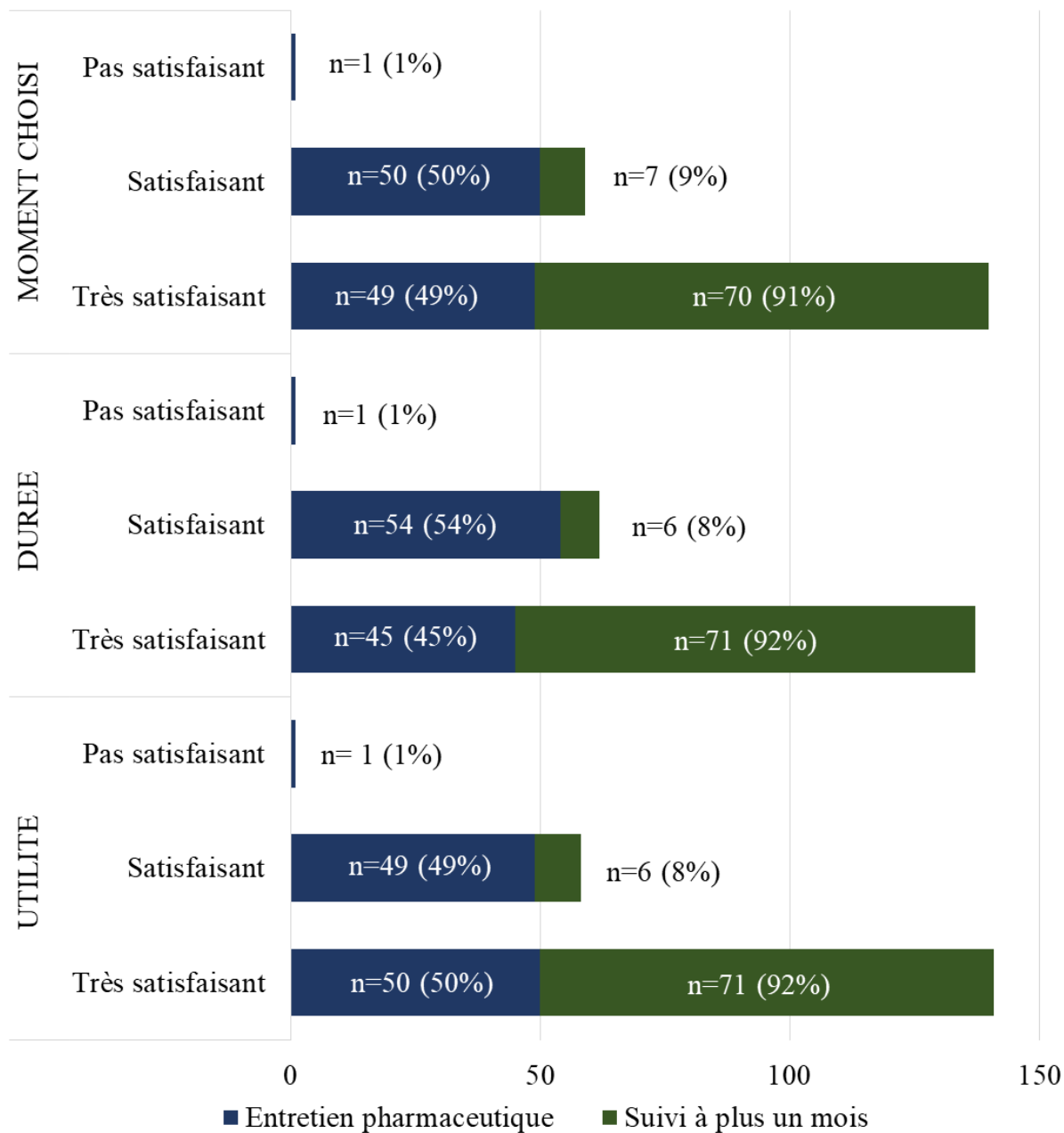



Figure 3 : Satisfaction des patients à propos de l'entretien pharmaceutique (N=100) et du suivi à un mois (N=77).

Patient's satisfaction about the pharmaceutical interview (N=100) and the follow-up at one-month (N=77).

COMPLÉMENTS ÉLECTRONIQUES

	ENREGISTREMENT	Code PUI : PHAR/PC/Enr21-v1
	Guide des entretiens pharmaceutiques Antidouleurs opioïdes	Date d'application : 20/11/2019
		Page : 1 / 3

N° de Version	Nature de la modification	Nb. de Pages	Date
1	Création	3	08/09/2019

Rédaction	Vérification	Validation	Approbation
Date : 08/09/2019	Date : 20/11/2019	Date : 20/11/2019	Date : 20/11/2019
Fonction : Interne	Fonction : RQ	Fonction : Pharmacien adjoint	Fonction : Chef de service
Nom : Mizab Dalila	Nom : TPCMD Kraria	Nom : Ph LE TOHIC	Nom : PC Le Garlantezec
Visa : Original signé	Visa : Original signé	Visa : Original signé	Visa : Original signé

Mots-clés : Entretien pharmaceutique, antalgiques, opioïdes

I- OBJET

Cet enregistrement décrit le déroulement d'un entretien pharmaceutique sur les antidouleurs opioïdes.

II - DOMAINE D'APPLICATION

Il s'adresse aux pharmaciens, aux internes en pharmacie, aux externes en pharmacie, aux préparateurs en pharmacie hospitalière.

III - DEFINITION ET ABREVIATIONS

Carte Patient : Carte destinée au dans le but de l'informer quant aux risques et conseils concernant les opioïdes

ATCD : Antécédent

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

(N)A : (Non) Acquis

OFMA : Observatoire Français des Médicaments Antalgiques

POMI : Prescription Opioid Misuse Index

PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

IV - DOCUMENTS DE REFERENCE

- Arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Recommandation de la SFAR : Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant
- Échelle POMI : Dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes
- Document Bon usage-OFMA « Je prends des médicaments antidouleurs à bon escient »

V - DOCUMENTS ASSOCIES

Dépliant destiné au patient « Je prends des médicaments antidouleurs à bon escient »

VI - DESCRIPTION

Seules les pages 2 et 3 sont à imprimer et à utiliser.

VII - EVALUATION

Il sera revu tous les 3 ans, ou selon l'évolution de la réglementation en vigueur ou des pratiques locales.

GUIDE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES SUR LES ANTIDOULEURS OPIOÏDES	
Nom :	Chambre :
Prénom :	Service :
Date de Naissance :	Date de l'intervention chirurgicale :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Type d'intervention chirurgicale :
Numéro de séjour :	Numéro de téléphone du patient :

TEST POMI		
Accord du patient <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Réalisé <input type="checkbox"/> au cours d'un entretien téléphonique <input type="checkbox"/> durant l'hospitalisation		
Dans le cadre de votre intervention chirurgicale, vous êtes susceptible de recevoir des traitements contre la douleur. Afin de vous assurer une prise en charge optimale, merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.		
Avez-vous déjà pris au moins UN des médicaments suivants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quand (approximativement) ?		
<input checked="" type="checkbox"/> Codéine : DICODIN [®] , PADERYL [®] , CODOLIPRANE [®] , KLIPANE [®] , LINDILANE [®] , CLARADOL [®] , PRONTALGINE [®]		
<input checked="" type="checkbox"/> Tramadol : CONTRAMAL [®] , TOPALGIC [®] , OROZAMUDOL [®] , BIODALGIC [®] , ZUMALGIC [®] , TAKADOL [®] , MONOALGIC [®] , IXPRIM [®] , ZALDIAR [®] , SKUDEXUM [®]		
<input checked="" type="checkbox"/> Poudre d'opium : LAMALINE [®] , IZALGI [®]		
<input checked="" type="checkbox"/> Morphine : ACTISKENAN [®] , ORAMORPH [®] , SEVREDOL [®] , MOSCONTIN [®] , SKENAN [®]		
<input checked="" type="checkbox"/> Oxycodone : OXYNORM [®] , OXYNORMORO [®] , TARGINACT [®]		
<input checked="" type="checkbox"/> Fentanyl : DUROGESIC [®] , MATRIFEN [®] , ACTIQ [®] , BREAKYL [®]		
<input checked="" type="checkbox"/> Hydromorphone : SOPHIDONE [®]		
Si oui, avez-vous déjà		
- pris ce/ces médicament(s) antidouleur en quantité plus importante que celle qui vous a été prescrite ?	OUI	NON
- réduit le décal entre 2 prises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ces médicaments d'antidouleur plus tôt que prévu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eu la sensation de planer ou ressenti un effet stimulant après avoir pris un de ces médicaments antidouleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pris un médicament antidouleur parce que vous étiez contrarié (pour soulager un problème autre que la douleur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- consulté plusieurs médecins , y compris aux urgences, pour obtenir plus de médicaments antidouleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL DES POINTS =points (OUI = 1 point, NON = 0 point) → Si ≥ 2 : usage à risque		

Test réalisé par un : Pharmacien Interne Externe PPH

Durée :

Date :

Nom et signature :

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE TELEPHONIQUE réalisé à + 1 mois après la sortie du patient		
Accord du patient <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Avez-vous toujours des douleurs suite à votre intervention chirurgicale ?	OUI	NON
Avez-vous consulté un médecin depuis votre intervention chirurgicale à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous contacté un professionnel depuis votre intervention chirurgicale à cause de la douleur ? (Si oui, qui ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'heure actuelle, prenez-vous des antidouleurs opioïdes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des questions ? Auriez-vous souhaité avoir d'autres informations ?		
Satisfaction		
Utilité de l'entretien : <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant → Pourquoi ? :		
Durée de l'entretien : <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant → Proposition :		
Moment choisi pour faire l'entretien : <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant → Quand ? :		

Entretien réalisé par un : Pharmacien Interne Externe PPH

Durée :

Date :

Nom et signature :

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE réalisé au cours de l'hospitalisation			
Accord du patient <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Instauration de la PCA morphine prévue lors de la consultation pré-anesthésie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Antidouleur opioïde prescrit au moment de l'entretien :			
Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un entretien pharmaceutique ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → <input type="checkbox"/> Officine <input type="checkbox"/> Hôpital, Date de l'EP :			
Concernait-il son traitement opioïde ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → Lui a-t-on remis de la documentation/carte ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Le patient est-il autonome dans la gestion de son traitement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → Famille, IDE, autre :			
Officine : Tel : Fax :			
Information transmise à l'officine ? <input type="checkbox"/> NON, pourquoi ? <input type="checkbox"/> OUI			
QUESTIONS	AVANT*	INFORMATIONS ET EXPLICATIONS A APPORTER	APRES *
Savez-vous ce qu'est un antidouleur opioïde ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	Traitement antidouleur - contenant de la codéine, du tramadol, de l'opium, de la dihydrocodéine, de la morphine, de l'oxycodone, du fentanyl ou de l'hydromorphone - d'un palier plus élevé que les antidouleurs disponibles sans ordonnance - disponibles uniquement sur prescription	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
OBSERVANCE : QUE FERIEZ-VOUS ?			
Si votre douleur n'est pas soulagée malgré l'antidouleur ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	A faire : consulter votre médecin, votre pharmacien ou appeler le numéro figurant sur la carte d'informations et respecter l'intervalle de prise prescrit par le médecin A ne pas faire : ne jamais augmenter la dose seul → Surdosage = Risque mortel	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Si vous avez encore mal, que votre traitement est terminé et qu'il vous reste des antidouleurs opioïdes ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	A faire : consulter votre médecin, votre pharmacien ou appeler le numéro figurant sur la carte d'information A ne pas faire : ne pas prendre l'antidouleur opioïde au-delà de la durée prescrite par le médecin → Risque d'addiction ou de dépendance	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Si vous avez d'autres douleurs ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	A faire : privilégier la prise de paracétamol et prendre l'antidouleur opioïde uniquement pour la douleur pour laquelle il a été prescrit. Consulter votre médecin ou votre pharmacien A ne pas faire : décider de prendre l'antidouleur opioïde sans avis médical	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Si un membre de votre entourage ressent une douleur similaire à la vôtre ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	A faire : consulter son médecin ou son pharmacien A ne pas faire : Ne jamais proposer le traitement à son entourage = Risque mortel	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
SURVEILLANCE CLINIQUE			
Connaissez-vous les effets indésirables ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	Constipation, rétention aigüe d'urine, somnolence (attention si conduite de véhicule), dépendance , difficultés à respirer (IZALGI®) Si interruption trop brutale : risque de sevrage	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Connaissez-vous les signes du syndrome de sevrage ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	Sensation de manque, transpiration, douleurs musculaires et insomnies	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Savez-vous en quoi consistent les dépendances physique et psychique ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	<i>Psychique :</i> sensation de manque intense et besoin impérieux du produit, soulagée lors de sa prise <i>Physique :</i> augmentation de la dose nécessaire pour retrouver l'effet initial (adaptation de l'organisme)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Connaissez-vous des alternatives aux médicaments pour soulager la douleur ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA	Kinésithérapie Psychothérapie Ergothérapie Toucher détente/réflexologie plantaire Relaxation/Yoga Sophrologie/Hypnose/Méditation Douches chaudes Parlez-en à votre médecin	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NA
Avez-vous des questions ? Auriez-vous souhaité avoir d'autres informations ?			
Satisfaction			
Utilité de l'entretien : <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant → Pourquoi ? :			
Durée de l'entretien : <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant → Proposition :			
Moment choisi pour faire l'entretien : <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant → Quand ?			
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA*	Appropriation des informations apportées lors de l'entretien pharmaceutique		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA*

* Acquis (A) /Partiellement Acquis (Plus de la moitié des items acquis) (PA) /Non Acquis (NA)

La carte d'information a-t-elle été délivrée au patient : OUI NONEntretien réalisé par un : Pharmacien Interne Externe PPH

Durée :

Date :

Nom et signature :

Coordonnées de votre pharmacien	Coordonnées de votre médecin	Hôpital <input type="text"/>
		JE PRENDS DES ANTIDOULEURS OPIOÏDES APRÈS MON INTERVENTION CHIRURGICALE
Informations complémentaires	Carte patient	5 règles d'or pour bien soulager ma douleur et limiter les risques
Opération chirurgicale : Date : .../.../...	Nom : Prénom : Date de naissance :	

Qu'est-ce qu'un antidouleur opioïde?	2 J'ai d'autres douleurs.	Dépendance psychique (<i>sensation de manque</i>) et physique (<i>augmentation des doses</i>) Syndrome de sevrage = <i>Sensation de manque, transpiration, douleurs musculaires et insomnie</i>
Médicament contenant de la codéine, du tramadol, de l'opium, de la dihydrocodéine, de la morphine, de l'oxycodone, du fentanyl ou de l'hydromorphone Prescription médicale obligatoire	Prendre du paracétamol (500mg 3x/jour) Réserver l'antidouleur opioïde aux douleurs liées à la chirurgie Consulter un médecin ou un pharmacien Prendre l'antidouleur opioïde sans avis médical	5 Les alternatives non médicamenteuses
Après une chirurgie, + 44% de risque de développer une dépendance ⁽¹⁾ si opioïde prescrit dans les 7 jours	3 Un membre de mon entourage a les mêmes douleurs que moi.	Kinésithérapie Toucher Ergothérapie Détente, Réflexologie Psychothérapie Relaxation, Yoga Parlez-en à votre médecin !
1 Ma douleur n'est pas soulagée malgré l'antidouleur opioïde ou après la fin du traitement prescrit.	Consulter un médecin ou un pharmacien Proposer mon traitement (<i>risque mortel</i>)	Pour plus d'informations
Consulter un médecin, un pharmacien Respecter l'intervalle de prise prescrit Augmenter la dose (<i>surdosage mortel</i>) Prendre le traitement plus longtemps (<i>risque d'addiction ou de dépendance</i>)	4 Les effets indésirables	Médecins, pharmaciens, kiné, etc. Internet ? En complément de la relation patient-professionnel de santé www.reseau-lcd.org www.comprendremadouleur.fr www.association-afvd.com
	Constipation Rétention d'urine Somnolence Difficultés à respirer (IZALG) ⁽²⁾	

HOPITAL

POLE MEDICO-TECHNIQUE Service de Pharmacie Hospitalière

Secrétariat : | - Fax :

Chef de Service : Pharmacien

Adjoints Spécialistes :

Pharmacien

Pharmacien

Pharmacien

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE ANTIDOULEURS OPIOÏDES

Monsieur _____ âgé de _____ ans a bénéficié d'un entretien pharmaceutique portant sur son traitement antidouleur opioïde.

Clairance de la créatinine (MDRD) : non renseignée

Poids :

Carte :

Le patient a totalement acquis les informations relatives à son traitement antidouleur opioïde. Voici un récapitulatif des notions abordées et de leur niveau d'acquisition par le patient au terme de cet entretien :

Notions abordées	A	NA	Commentaires
Définition de l'antidouleur opioïde			
Conduite à tenir en cas de douleur non soulagée malgré la prise de l'opioïde			
Conduite à tenir en cas de douleur persistante à la fin de la durée du traitement			
Conduite à tenir en cas d'autres douleurs			
Conduite à tenir si un membre de l'entourage ressent une douleur similaire			
Les effets indésirables			
Les signes du syndrome de sevrage			
Les signes de la dépendance physique et psychique			
Les alternatives non médicamenteuses pour soulager la douleur			

Réalisé par

Date

Document signé électroniquement le
Docteur _____ - N° RPPS _____



ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES
sur les ANTIDOULEURS OPIOÏDES

Satisfaction du compte-rendu
envoyé par l'Hôpital

Fax : mail :

Ce questionnaire a pour but de développer et d'optimiser le lien ville-hôpital afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients. Pour cela, vous pouvez nous le retourner par fax ou par mail.

Nous vous remercions de votre aide.

Nom de l'officine :

Téléphone :

Concernant le compte-rendu envoyé :

- le jugez-vous compréhensible ?	oui	non	partiellement
- l'avez-vous bien accueilli ?	oui	non	partiellement

Concernant les informations communiquées ou transmises dans ce courrier :

- les trouvez-vous utiles ?	oui	non	partiellement
-----------------------------	-----	-----	---------------

Concernant cette démarche :

- en êtes-vous satisfait ?	oui	non	partiellement
- vous encourage-t-elle à ouvrir le dialogue avec le médecin généraliste concernant ses traitements antidouleurs ?	oui	non	
- vous encourage-t-elle à ouvrir le dialogue avec le patient concernant ses traitements antidouleurs ?	oui	non	
- devrait-elle être développée et pérennisée?	oui	non	

Concernant votre pratique :

- Vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux questions du patient sur les opioïdes ?	oui	non	
- Souhaiteriez-vous un support d'informations ?	oui	non	
- Si oui, sur quelles thématiques ?			
- Souhaiteriez-vous qu'une copie de la carte remise au patient vous soit envoyée ?	oui	non	

Vos suggestions d'améliorations :

.....

DISCUSSION

Les points détaillés par la suite viennent compléter l'article présenté en sus.

Concernant la méthodologie

Les critères d'inclusion ont évolué au cours de cette étude. Lors d'une première estimation, dix patients par semaine devaient être inclus en ne sélectionnant que les patients sous opioïdes forts en systématique. Cette prévision permettait une mise en place progressive, tout en assurant un minimum d'activité. En pratique, ce nombre s'est avéré être surestimé, avec moins d'un patient par semaine durant la première période évaluée. Or le déploiement et la pérennisation d'une nouvelle activité nécessitent un nombre d'inclusions suffisant, et ce, malgré des effectifs contraints. Les critères ont donc été élargis dans un second temps pour inclure les patients sous opioïdes à la demande, multipliant le nombre d'inclusion par quatre. Du fait de cette modification des critères d'inclusion lors de la mise en place de l'activité, le lien entre un éventuel mésusage et le mode de prise n'a pu être étudié par la suite. En revanche, ce critère n'influencerait pas le contenu des ordonnances de sortie, puisque la quasi-totalité des patients ont bénéficié d'opioïdes à la sortie.

Le résultat du test POMI et le type de chirurgie n'ont pas été retenus comme critères d'inclusion/exclusion. Au regard des résultats obtenus, le score obtenu au test POMI serait un critère permettant de mieux cibler les patients à inclure, si nécessaire.

Malgré une cohorte de cent patients, moins de trente patients avec un test POMI positif et consommateurs d'opioïdes à distance de l'hospitalisation ont été identifiés, limitant les possibilités d'analyses statistiques.

Lors de la mise en place, nous avons initialement le choix entre deux tests de dépistage : POMI ou ORT. D'une part, le test ORT évalue le risque de mésusage avant prescription d'un antalgique opioïde chez un patient naïf, tandis que le test POMI détecte un comportement de mésusage actuel chez un patient déjà consommateur au moment du test. Le test POMI est moins prisé que le test ORT, car jugé plus long et moins adapté au patient naïf lors de l'initiation. Le test POMI a été retenu dans notre démarche, car le test ORT aborde notamment la notion d'abus sexuel durant l'enfance, sujet difficilement abordable et qui pouvait biaiser les résultats du test.

Les patients sont sélectionnés uniquement par une requête informatique lancée à l'aide du logiciel métier de la pharmacie. Initialement, une solution complémentaire avait été choisie pour identifier les patients au plus tôt, à savoir la prescription d'une PCA de morphine

par l'anesthésiste lors de la consultation de préanesthésie. En effet, les PCA de morphine sont réservées aux chirurgies les plus douloureuses et aux patients les plus à risque de douleurs sévères post-opératoires, c'est-à-dire la population ciblée par notre démarche. En identifiant les patients dès la consultation de préanesthésie, un premier contact pouvait être pris avec le patient en amont de la chirurgie, le test POMI pouvait être réalisé par téléphone et l'EP pouvait alors se concentrer sur les notions importantes à retenir. Cependant, le document papier mis à disposition dans le bureau de consultations pour lister les patients concernés n'a jamais été rempli, l'activité des anesthésistes étant déjà conséquente et l'information auprès de tous les médecins ayant pu faire défaut. Ce réajustement n'a pas eu de conséquence sur le recrutement global des patients car l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une PCA ont été identifiés par la requête informatique.

Au fil de l'étude, il s'est avéré que certaines questions de l'EP orientaient le patient vers la « bonne réponse », notamment celles traitant des conduites à tenir. La reformulation des items par le patient n'a permis de s'affranchir ni du niveau d'expression du patient, ni de l'objectivité de l'évaluateur, pouvant aiguiller le patient sur la bonne réponse lors de l'énoncé de l'item. L'utilisation de question-réponse par vrai/faux pourrait être envisagée par la suite pour ces thématiques.

L'ensemble de la démarche a été réalisée par un interne en pharmacie, un externe en pharmacie ou un pharmacien. Aucun des EP n'a été réalisé par un PPH, bien qu'ayant été formés et invités à y participer. Conformément à la réglementation (87), les PPH contribuent depuis 2017 aux activités de pharmacie clinique de notre établissement, y compris aux EP sur les anticoagulants oraux (74). Leur non-participation à ce projet peut s'expliquer par le côté « expérimental » de la mise en place de l'activité, par le manque de disponibilité et par la période de pandémie. Le même constat avait été fait lors de la mise en place des EP sur les anticoagulants oraux, alors réalisés exclusivement par des internes en pharmacie et des pharmaciens (74).

Limites et perspectives

La consommation en cours d'antalgiques opioïdes au moment de l'EP, et donc en amont de l'hospitalisation, n'a pas été relevée. Ce point a été recherché à posteriori seulement pour les patients ayant bénéficié d'une prescription de sortie sans durée ou de palier 3. Un tiers d'entre

eux obtenaient un score POMI supérieur à 2. Il aurait été intéressant de relever cette information afin d'étudier les son lien éventuels avec le score POMI, l'antalgique prescrit à la sortie, les douleurs post-hospitalisation et la consommation d'opioïdes à un mois de l'intervention. Dorénavant, cette information pourra être obtenue en questionnant directement le patient lors du test POMI ou bien *via* la consultation du dossier pharmaceutique. Cette seconde option reste plus difficilement réalisable, car elle nécessite la consultation de la carte vitale, non réalisée en routine lors de l'EP, contrairement à la conciliation médicamenteuse à l'admission.

Les patients ayant bénéficié d'une prescription d'AINS et de kétamine prescrit en association avec la morphine n'ont pas été relevés. Or les AINS permettent une épargne morphinique allant de 30 à 50% (88), tandis que la kétamine contribue à l'amélioration des douleurs en post-opératoire et à l'épargne morphinique (89). Il aurait été intéressant de relever cette information afin de considérer les liens avec la présence de douleur et/ou la consommation d'opiacés à un mois de l'intervention.

De plus le lien entre la douleur à un mois ainsi que la durée et/ou la nature de la prescription de sortie n'a pas été étudié.

En per opératoire, un antalgique de palier 2 était parfois associé à un antalgique de palier 3. Longtemps contre-indiquée en raison d'un potentiel effet compétitif au niveau des récepteurs morphiniques, cette pratique de prescription est à présent tolérée, bien que toujours controversée (90).

Une évaluation du risque d'usage abusif est recommandée avant, au cours et en fin de traitement par opioïdes (91,92). Comme cela été évoqué dans l'article, l'enquête réalisée sur les pratiques de prescription d'opiacés par les médecins en ville révèle que 4% des médecins interrogés l'évaluent à toutes les étapes comme il l'est recommandé, 10% d'entre eux procèdent à cette évaluation lors de chacune des consultations ou en cas de sollicitation d'une augmentation de dose par le patient (93). Cette donnée n'a pas été évaluée dans notre étude et pourrait faire l'objet d'un audit futur au sein de notre établissement.

Le compte rendu destiné à l'officine est enregistré dans le dossier patient informatisé. Il reprend les points assimilés et non assimilés lors de l'EP. Ces données sont donc disponibles pour l'équipe médicale, bien que non communiquées oralement. Ce moyen de transmission d'informations pourraient être évalué par la fréquence de consultation de ces comptes rendus. Le risque de mésusage n'est transmis ni à l'officine référente, ni au chirurgien responsable du

patient. Cette donnée sera dorénavant ajoutée au compte rendu destiné à la pharmacie de ville et transmise par une consigne médicale, destinée au chirurgien et visible au niveau de la prescription informatique.

L'équipe pharmaceutique n'a pas communiqué avec l'équipe médicale concernant la prise d'opioïdes lors de l'appel et/ou d'éventuelles douleurs ressenties après l'hospitalisation. Ces informations seront à présent transmises au chirurgien référent du patient, après réflexion avec l'équipe chirurgicale sur les modalités de cette transmission. Des pistes sont envisageables telle que la rédaction d'un compte rendu disponible sur le dossier informatisé du patient, mais cette hypothèse suggérerait l'ajout d'un document supplémentaire au sein de ce dossier. L'ensemble de ces informations permettront ainsi d'optimiser la prise en charge post-opératoire du patient et de limiter le risque de mésusage, voire de dépendance, suite à une intervention chirurgicale.

Dans le cadre du lien ville-hôpital, le médecin généraliste pourrait également être informé de la démarche. Les informations du compte-rendu adressé aux officinaux pourraient être intégrées à la lettre de liaison, rédigée par le chirurgien référent. Elles permettraient de renforcer le suivi du patient à domicile. La participation de l'équipe pharmaceutique à la rédaction de la lettre de sortie devra être discutée et validée par les chirurgiens des services concernés, pour en définir les modalités.

CONCLUSION

Les EP relatifs aux opioïdes ont amélioré de façon significative le niveau de connaissances des patients rencontrés. Le test POMI, réalisé à l'issue d'une chirurgie, a permis de déceler chez un quart d'entre eux un risque de mésusage ou d'usage à risque. Près de neuf patients sur dix ont reçu une ordonnance d'opioïdes à la sortie, toutes ayant une durée supérieure à 5 jours. Or les interventions chirurgicales exposent à un risque de dépendance aux opioïdes en cas de prescription de plus de cinq jours (94,95).

Le suivi à un mois a ensuite révélé que les trois quarts des patients toujours consommateurs d'opioïdes étaient à risque de mésusage au moment de la réalisation du test POMI. Cette population consommatrice d'opioïdes est plus jeune que les patients non-consommateurs, avec plus d'hommes. De plus amples investigations sont à présent nécessaires afin de caractériser au mieux la population à risque de mésusage et les critères d'inclusion pourront être réévalués dans le temps si nécessaire, comme en privilégiant les patients testés à risque de mésusage.

Très satisfaits de la démarche globale, les patients en sont les principaux acteurs. En effet, leur implication et leur compréhension sont primordiales pour assurer leur bonne prise en charge.

Bien que chronophage, la mise en place d'EP relatifs aux opioïdes a démontré sa plus-value et reste plus accessible que d'autres activités de pharmacie clinique. Les échanges entre les équipes pharmaceutique et chirurgicale doivent à présent être renforcés, notamment en ce qui concerne les informations à un mois recueilli par téléphone.

ANNEXES

ANNEXE 1 : APAIS (amsterdam preoperative anxiety and information scale) (24).

ANNEXE 2 : ORT (Opioid risk tool) (8).

ANNEXE 1 : APAIS (amsterdam preoperative anxiety and information scale) (24).

Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême).

Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11.

	Items français
1	Je suis inquiet (ète) à propos de mon anesthésie
2	Je pense continuellement à mon anesthésie
3	Je désire savoir tout ce qui est possible à propos de mon anesthésie
4	Je suis inquiet (ète) à propos de mon opération
5	Je pense continuellement à mon opération
6	Je désire savoir tout ce qui est possible à propos de mon opération

Les items 3 et 6 cotent le désir d'information. Pour obtenir le score, on additionne ces 2 items. Un score de 2 à 4 impliquerait un «refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information». Il existe une corrélation entre les plus anxieux et ceux qui demandent le plus d'information.

ANNEXE 2 : ORT (Opioid risk tool) (8).



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

Antécédent familial d'abus d'une substance :			Antécédent personnel d'abus d'une substance :		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Alcool	1	3	Alcool	3	3
Drogues illicites	2	3	Drogues illicites	4	4
Autre	4	4	Médicaments d'ordonnance	5	5
Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)	1	1	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE		
	Femme	Homme		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 :	<input type="text"/>		Score :	<input type="text"/>	

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,

BIBLIOGRAPHIE

1. Opioides et risques addictifs mythes et realites [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/Opioides_et_risques_addictifs_mythes_et_realites.pdf
2. Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health Retrieved from. Disponible sur: <http://www.samhsa.gov/data>
3. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problematiques. :52.
4. Crise des opioïdes : comment l'Agence du médicament compte éviter l'emballement en France [Internet]. OFMA. 2019 [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/crise-des-opioides-comment-lagence-du-medicament-compte-eviter-lemballement-en-france/>
5. Crise des opioïdes : comment l'Agence du médicament compte éviter l'emballement en France [Internet]. The Conversation. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: <http://theconversation.com/crise-des-opio-des-comment-lagence-du-medicament-compte-eviter-lemballement-en-france-111719>
6. Cheryl G. Opioid exit plan: A pharmacist's role in managing acute postoperative pain. 2017;57(2):S92-8.
7. Physiopathologie de la douleur post-opératoire aiguë [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/French/3.%20Pathophysiology%20of%20Acute%20Pain.Brennan.FRE.pdf>
8. Dépendance aux analgésiques opioïdes [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/dr_hanna_eid.pdf
9. Definition de la douleur [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B02-%20Definition%20de%20la%20douleur.pdf
10. Prise en charge de la douleur [Internet]. Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU). [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/>
11. Estebe J-P. Incidence et facteurs de risque de la douleur chronique postchirurgicale. Ann Fr Anesth Réanimation. févr 2009;28(2):e71-4.
12. Guillou N. Anatomie et physiologie de la nociception [Internet]. Cours présenté à; 2003. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/3314635/anatomie-et-physiologie-de-la-nociception>
13. Macrae WA. Chronic pain after surgery. BJA Br J Anaesth. 2001;87(1):88-98.

14. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/wp-content/uploads/2017/08/analge%CC%81sie-post-op-SFAR-2016-MaJ.pdf>
15. Guichard L, Martinez V. Prévenir la chronicisation de la douleur postchirurgicale. *Oxymag*. mai 2018;31(160):17-20.
16. Saffon N. Physiopathologie de la douleur [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.slideserve.com/adila/physiopathologie-de-la-douleur>
17. Eisenach JC. Preventing chronic pain after surgery: who, how, and when? *Reg Anesth Pain Med*. févr 2006;31(1):1-3.
18. Martinez V, Ben Ammar S, Judet T, Bouhassira D, Chauvin M. Risk factors predictive of chronic postsurgical neuropathic pain: the value of the iliac crest bone harvest model. *Pain*. juill 2012;153(7):1478-83.
19. Searle RD, Simpson MP, Simpson KH, Milton R, Bennett MI. Can chronic neuropathic pain following thoracic surgery be predicted during the postoperative period? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. déc 2009;9(6):999-1002.
20. Puolakka PAE, Rorarius MGF, Roviola M, Puolakka TJS, Nordhausen K, et al. Persistent pain following knee arthroplasty. *Eur J Anaesthesiol*. mai 2010;27(5):455-60.
21. Valeria. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte [Internet]. SFEDT; 2016 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.fichier-pdf.fr/2016/09/01/recos-opioides-forts-sfefd-version-longue-compressedpreview/page/1/>
22. Picard E, Martinez V. Mise à jour des recommandations sur la prise en charge de la douleur [Internet]. SFAR; 2017. Disponible sur: <https://sfar.org/formations-sfar/congres/actas-congres-sfar-2017/>
23. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant [Internet]. sfar.org. 2015 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://sfar.org/prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire-chez-ladulte-et-lenfant-2/>
24. Beydon L, Dima C. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Prat En Anesth Réanimation*. 1 juin 2007;11:161-70.
25. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire [Internet]. sfar.org. 2016 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://sfar.org/reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire/>
26. Matthew T, Alex C, Tony Gin, et al. Chronic postsurgical pain after nitrous oxide anesthesia. *Pain*. 2011;152(11):2514-20.
27. Opioid free anesthesia (OFA) ou anesthésie sans morphinique - Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article590>
28. Terrade M. Opioid Free Anesthesia (OFA) [Internet]. Tolos'IADE; Disponible sur: <http://www.tolosiade.fr/images/2017/Terrade.pdf>

29. Abeer A Sherif, Hazem E Elsey. The impact of dexmedetomidine or xylocaine continuous infusion on opioid consumption and recovery after laparoscopic sleeve gastrectomy. - PubMed - NCBI. *Anesthesiol.* 2017Dec;83(12):1274-82.
30. Antalgiques [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: http://medecine.upstlse.fr/du_diu/fichiers/sallerin/antalgiques.pdf
31. Sacerdote P, Franchi S, Panerai AE. Non-analgesic effects of opioids: mechanisms and potential clinical relevance of opioid-induced immunodepression. *Curr Pharm Des.* 2012;18(37):6034-42.
32. Tedore T. Regional anaesthesia and analgesia: relationship to cancer recurrence and survival. *Br J Anaest.* 2015;115(Suppl2):ii34-45.
33. Sol J-C. Douleurs: bases anatomiques, physiologiques et psychologiques [Internet]. 2018. Disponible sur: https://etudiant-hospitalier.com/wp-content/uploads/2018/06/DCEM_VOIES_DOULEUR.pdf
34. Roberts GW, Bekker TB, Carlsen HH, Moffatt CH, Slattery PJ, et al. Postoperative nausea and vomiting are strongly influenced by postoperative opioid use in a dose-related manner. *Anesth Analg.* nov 2005;101(5):1343-8.
35. Wheeler M, Oderda GM, Ashburn MA, Lipman AG. Adverse events associated with postoperative opioid analgesia: A systematic review. *J Pain.* 1 juin 2002;3(3):159-80.
36. Daigle J-M, Tremblay É, Beaulieu C, Breton M-C, Bouchard S. Portrait de l'usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec [Internet]. Québec; 2018 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_Opio%C3%AFdes.pdf
37. RAC : Guide pour un parcours périopératoire sûr [Internet]. Anesthesia Patient Safety Foundation. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.apsf.org/fr/article/rac-guide-pour-un-parcours-perioperatoire-sur/>
38. John W Devlin, Yoanna Skrobik, Céline Gélinas, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46(9):e825-73.
39. Nadia Elia, M.D., Christopher Lysakowski, M.D., Martin R. Tramèr, M.D., D.Phil. Does Multimodal Analgesia with Acetaminophen, Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs, or Selective Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Patient-controlled Analgesia Morphine Offer Advantages over Morphine Alone?: Meta-analyses of Randomized Trials. *Anesthesiology.* 2005;103:1296-1304.
40. De Oliveira GS, Almeida MD, Benzon HT, McCarthy RJ. Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology.* sept 2011;115(3):575-88.
41. Analgesic efficacy of continuous intravenous magnesium infusion as an adjuvant to morphine for postoperative analgesia: a systematic review and met... - PubMed - NCBI. [cité 29 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23833845>

42. H J Jabbour, N M Naccache, R J Jawish, et al. Ketamine and magnesium association reduces morphine consumption after scoliosis surgery: prospective randomised double-blind study. *Acta Anaesthesiol Scand* . 2014;58(5):572-9.
43. Bell RF, Dahl JB, Moore RA, Kalso E. Perioperative ketamine for acute postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 janv 2006;(1):CD004603.
44. Farag E, Ghobrial M, Sessler DI, Dalton JE, Liu J, et al. Effect of perioperative intravenous lidocaine administration on pain, opioid consumption, and quality of life after complex spine surgery. *Anesthesiology*. oct 2013;119(4):932-40.
45. Marret E, Kurdi O, Zufferey P, Bonnet F. Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on patient-controlled analgesia morphine side effects: meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology*. juin 2005;102(6):1249-60.
46. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. ANSM; 2019 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Antalgiques-opioides-l-ANSM-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-France-Point-d-Information>
47. Décès Toxique par antalgiques résultats 2017 [Internet]. ANSM; 2017. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ca7b24a92a6796eebd35690e0c33ef7c.pdf
48. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2018 [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a89435b14670636a4ab6200cc526dc4e.pdf
49. Mesusage et addiction aux antalgiques [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/mesusage_et_addiction_aux_antalgiques_janvier_2017-2.pdf
50. Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). *Presse Médicale*. avr 2016;45(4):447-62.
51. Kahan M, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Srivastava A. Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse. *Can Fam Physician*. nov 2011;57(11):e419-28.
52. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med Malden Mass*. déc 2005;6(6):432-42.
53. Dextropropoxyphène + paracétamol : retrait en Europe au plus tard en septembre 2011 [Internet]. Prescrire.org. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/46509/0/2010/ArchiveNewsDetails.aspx?page=2>
54. Copil « bon usage des Opiïdes » [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/17875/copil-opioides.pdf>

55. Arrêté du 13 janvier 2020 fixant la durée de prescription des médicaments à base de tramadol administrés par voie orale [Internet]. janv 16, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041405871>
56. Drogou I. L'ANSM limite à 3 mois la durée de prescription du tramadol [Internet]. lequotidiendumedecin.fr. 2020. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/medicament/lansm-limite-3-mois-la-duree-de-prescription-du-tramadol>
57. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes Feuille de route 2019-2022 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_prevention_des_surdoses_opioides-juillet_2019.pdf
58. Mazières M. L'oxycodone n'est plus recommandé par l'OMS [Internet]. lequotidiendupharmacien.fr. 2020. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/loxicodone-nest-plus-recommande-par-loms>
59. Robinet S, Serrie A, Astruc N. Opioides et risques addictifs. Quelle est la situation en France? Que faire pour limiter les risques? Douleurs Éval - Diagn - Trait. avr 2019;20(2):45-50.
60. Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : l'ANSM veut renforcer le rôle de conseil du pharmacien [Internet]. ansm.sante. 2019 [cité 28 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bon-usage-du-paracetamol-et-des-anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-l-ANSM-veut-renforcer-le-role-de-conseil-du-pharmacien-Point-d-Information>
61. Paracétamol et risque pour le foie : un message d'alerte ajouté sur les boîtes de médicament [Internet]. ansm.sante. 2019 [cité 28 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communique-Communique-Points-presse/Paracetamol-et-risque-pour-le-foie-un-message-d-alerte-ajoute-sur-les-boites-de-medicament-Communique>
62. Guide méthodologique d'accompagnement à l'annexe du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/15603/guide-methodologique-caques-volet-obligatoire-relu-v2018.11.27.pdf>
63. Instruction interministerielle N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en oeuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'effizienz des soins [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/07/cir_42461.pdf
64. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. Obésité. 2009;4(1):39-43.
65. Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique [Internet]. 2021 [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/mettre-en-place-un-programme-deducation-therapeutique>

66. Rapport-activites-2017-ARS-Paca.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Rapport-activites-2017-ARS-Paca.pdf>
67. Les ateliers d'éducation thérapeutique [Internet]. Réseau Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur Île-de-France. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.reseau-lcd.org/les-ateliers-deducation-therapeutique/>
68. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2(35):9-48.
69. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, et al. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns*. janv 2004;52(1):97-105.
70. Pauchet-Traversat AF. Éduquer pour mieux soigner les personnes asthmatiques - EM|consulte. *EM Consulte*. 2005;22(2-C3):27-9.
71. Roux C. Optimisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine : bilan et retour de cette mission mise en place en 2013 et perspectives de développement dans le département du Calvados [Internet]. [Caen]: Université de Caen; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01936599/document>
72. AJD-LM-presentation-journées-IPCEM-V2-VF.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <https://ipcem.org/img/journees/interventions/pdf/AJD-LM-presentation-journee%CC%81es-IPCEM-V2-VF.pdf>
73. Entretiens pharmaceutiques AVK : après 1 an, adhésion des pharmaciens et satisfaction des patients [Internet]. VIDAL. [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/14670/entretiens_pharmaceutiques_avk_apres_1_an_adhesion_des_pharmaciens_et_satisfaction_des_patients/
74. Lombardozzi A. Amélioration du suivi des patients sous anticoagulants oraux grâce aux entretiens pharmaceutiques [Internet]. [Marseille]: Université d'Aix Marseille; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02338508>
75. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
76. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
77. Allenet B. Le plan pharmaceutique personnalisé et le nouveau modèle de pharmacie clinique. ResearchGate [Internet]. 2017; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/319280046_Le_plan_pharmaceutique_personnalise_et_le_nouveau_modele_de_pharmacie_clinique
78. Lehmann A, Baudrant-Boga M, Bedouch P, Robein-Dobremez M-J, Allenet B, Calop J. Optimization of the dispensation of medicines to out-patients. *J Pharm Clin*. 1 avr 2009;28(2):89-96.
79. Cahier+thématique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur:

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>

80. Elaboration d'un dispositif régional de coordination entre les PUI et les pharmacies d'officine [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://sites.altilab.com/files/118/comm2015/2/donamaria-catherine-20151002-1115-amphi.pdf>
81. Hébert G, Minvielle E, Di Palma M, Lemare F. Quelles sont les attentes de coordination et d'accompagnement des patients français atteints de cancer vis-à-vis de leur pharmacien de ville ? Bull Cancer (Paris). 1 mars 2018;105(3):245-55.
82. Jacquemet S, Certain A. Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien [Internet]. Bulletin de l'Ordre n° 367; 2000 p. 269-75. Disponible sur: <http://ireps.oxatis.com/files/93216/etp-pharmacien-novembre-2012.pdf>
83. Programme d'Education Thérapeutique de type « caratif » pour les patients recevant des opiacés et/ou des traitements spécifiques à la cancérologie (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie) [Internet]. OSCAR; 2011 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/6265>
84. Fulcrand J. Place du pharmacien clinicien dans l'évaluation du mésusage des opioïdes [Internet]. SFPC; 2020; Marseille. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2020/11/SFPC-2020_Me%CC%81susage-o.pdf
85. Chopard A. Des mésusages plus que fréquents. Le Pharmacien de France - Magazine [Internet]. 2018 [cité 11 oct 2020]; Disponible sur: <http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/des-mesusages-plus-que-frequents>
86. Tran T, Taylor SE, Hardidge A, Findakly D, Aminian P, et al. Impact of pharmacists assisting with prescribing and undertaking medication review on oxycodone prescribing and supply for patients discharged from surgical wards. J Clin Pharm Ther. oct 2017;42(5):567-72.
87. Chapitre Ier : Exercice des professions. (Articles L4241-1 à L4241-18) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006689177/
88. Beloeil H. Interactions médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur postopératoire [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.mapar.org>
89. memdavidssamarcq.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cfar.org/images/stories/DOCSINTERNES/memoiresDES/memdavidssamarcq.pdf>
90. Martinez V, Guichard L, Fletcher D. Effect of combining tramadol and morphine in adult surgical patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Br J Anaesth. mars 2015;114(3):384-95.
91. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Livre blanc de la douleur 2017. [Internet]. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf