



HAL
open science

Accompagnement par le pharmacien d'officine des patients sous traitement aigu ou chronique par antalgiques opioïdes

Émilie Jacquemin

► **To cite this version:**

Émilie Jacquemin. Accompagnement par le pharmacien d'officine des patients sous traitement aigu ou chronique par antalgiques opioïdes. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03960121

HAL Id: dumas-03960121

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03960121v1>

Submitted on 27 Jan 2023

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2022

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 2022

par

JACQUEMIN Emilie

Née le 22 Février 1994 à Rouen

**Accompagnement par le pharmacien d'officine des
patients sous traitement aigu ou chronique par
antalgiques opioïdes**

Président du jury : Mr GARGALA Gilles, Maître de
conférences des universités et Praticien
Hospitalier

Membres du jury : Mme THARASSE Christine, Maître de
conférences des universités

Mme GUERARD-DETUNCQ Cécile,
Professeur associé

Mme DAVIGNON Emilie, Docteur en
pharmacie

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2022

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 2022

par

JACQUEMIN Emilie

Née le 22 Février 1994 à Rouen

**Accompagnement par le pharmacien d'officine des
patients sous traitement aigu ou chronique par
antalgiques opioïdes**

Président du jury : Mr GARGALA Gilles, Maître de
conférences des universités et Praticien
Hospitalier

Membres du jury : Mme THARASSE Christine, Maître de
conférences des universités

Mme GUERARD-DETUNCQ Cécile,
Professeur associé

Mme DAVIGNON Emilie, Docteur en
pharmacie

Remerciements

C'est avec une immense joie et le cœur ému que je dédie cette thèse à mes parents pour leur affection inépuisable et leurs précieux conseils.

Ils n'ont pas cessé de m'entourer durant toutes mes études, m'apportant toujours le confort nécessaire à ma réussite.

A Madame le Docteur Christine Tharasse-Bloch,

Qui m'a accompagnée et guidée pour la rédaction de cette thèse.

Merci pour vos enseignements de qualité, vous avez toujours su trouver les mots d'encouragement aux moments où j'en avais le plus besoin.

A Monsieur le Professeur Gilles Gargala,

De me faire l'honneur de présider cette soutenance de thèse, mais également pour toutes ces années d'enseignements tous plus intéressants les uns que les autres.

A Madame le Docteur Cécile Guérard-Detuncq,

Pour avoir accepté la co-direction de cette thèse ainsi que d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

C'est un honneur de vous compter parmi les membres du jury de cette thèse.

A Julien et Emilie,

Mes mentors,

Pour m'avoir transmis l'amour de leur métier,

Pour m'avoir inculquée leurs valeurs,

Et pour avoir toujours cru en moi.

Aux membres de ma famille qui ont toujours été à mes côtés durant mes études et l'écriture de cette thèse, m'encourageant à chacune des difficultés.

A mes grands-mères, Mamie et Mémère,

Pour leur amour et leur bienveillance.

A mes grands-pères,
Qui je l'espère de là où ils sont, seront fiers du parcours de leur petite fille.

A mes amis des études de pharmacie,
Pour ces années étudiantes remplies de souvenir à jamais dans mon cœur.

A toute l'équipe de la pharmacie du Pot d'Etain,
Pour leur accueil,
Pour la fabuleuse équipe que nous formons,
Pour avoir cru en moi.

A Cindy et Laura,
Mes amies qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont permis de toujours garder la
tête hors de l'eau même dans les moments les plus difficiles.

A toi, Loïc,
Pour ton soutien,
Pour tout l'amour que nous partageons,
Et pour notre vie ensemble
Merci ...

« L'université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie

M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS
M. Pierre BOHN

PAU

M. Damien SALAUZE

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime GRAND	Bactériologie
------------------------	---------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

INTRODUCTION	19
Partie 1 : Généralités	21
1.1 Prise en charge du patient à l'officine	21
1.2 Prise en charge de la douleur	26
1.2.1 Définition de la douleur	26
1.2.2 Les composantes de la douleur	27
1.2.3 Les différentes origines de la douleur	29
1.2.4 Les différents types de douleurs	31
1.3 Evaluation de la douleur	33
1.3.1 Echelles d'auto-évaluation	35
1.4 Les paliers d'antalgiques	43
1.4.1 Le premier palier	43
1.4.2 Le second palier	43
1.4.3 Le troisième palier	43
1.4.4 La nouvelle classification	45
1.5 Les antalgiques opioïdes	47
1.5.1 Etat des lieux de la consommation française	47
1.5.2 Les traitements opioïdes	49
1.5.3 Propriétés communes	54
1.5.4 Toxicité	56
1.5.5 Contre-indications à la prescription des antalgiques opioïdes	57
1.5.6 Effets indésirables communs à tous les antalgiques opioïdes :	57
1.6 Législation	58

Partie 2 : Proposition d'un accompagnement du patient par le pharmacien d'officine.	60
.....	60
2.1 Les mesures gouvernementales.....	62
2.1.1 Améliorer les pratiques professionnelles	63
2.1.2 Assurer une diffusion large de la naloxone prête à l'emploi.....	64
2.1.3 Impliquer les usagers et leur entourage.....	64
2.1.4 Mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et favoriser les actions coordonnées de proximité.....	65
2.1.5 Renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponse.....	65
2.2 Les objectifs d'un accompagnement par le pharmacien d'officine.....	67
2.3 L'entretien pharmaceutique	69
2.4 Choix de la population cible.....	71
2.5 Objectifs à atteindre.....	72
2.6 Description de l'accompagnement thérapeutique à l'officine.....	73
2.6.1 Le premier entretien d'explication	73
2.6.2 Le second entretien	74
2.7 Le syndrome de sevrage	80
2.7.1 Les critères diagnostiques	80
2.8 Les outils thérapeutiques.....	83
2.8.1 Le tableau du suivi de traitement et d'évaluation de la douleur.....	83
2.8.2 Le flyer :« Mon traitement opioïde ».....	87
2.9 Etudes d'ordonnances.....	91
PERSPECTIVES	101
CONCLUSION.....	104
ANNEXES	106
BIBLIOGRAPHIE.....	112

Table des illustrations

Figure 1: Les objectifs du Dossier Pharmaceutique	20
Figure 2: Echelle visuelle analogique	35
Figure 3: Echelle Algoplus	37
Figure 4: Classification par paliers de l'OMS	41
Figure 5: Consommation des antalgiques opioïdes en France.....	44
Figure 6: Les principaux antalgiques opioïdes consommés en France	45
Figure 7: Structure chimique de la Morphine	46
Figure 8: Structure chimique de l'Oxycodone	47
Figure 9: Structure chimique du Fentanyl.....	48
Figure 10 : Structure chimique du Tramadol.....	49
Figure 11: Structure chimique de la Codéine.....	51
Figure 12: Tableau d'équi-analgésie.....	52
Figure 13: Tableau récapitulatif de la législation des différents antalgiques opioïdes.	57
Figure 14: Echelle POMI.....	73

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)	104
Annexe 2 : Echelle Algoplus	105
Annexe 3 : Echelle Doloplus	106
Annexe 4 : Tableau « Mon suivi de traitement et d'évaluation de la douleur »	107
Annexe 5 : Flyer « Mon traitement opioïde » recto	108
Annexe 6 : Flyer « Mon traitement opioïde » verso	109

Liste des abréviations

ARS : Agence régionale de Santé

DP : Dossier Pharmaceutique

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

QDSA : Questionnaire Douleur Saint Antoine

EVS : Echelle Verbale Simple

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CO2 : Dioxyde de Carbone

OSIAP : Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

POMI : Prescription Opioid Misuse Index

LP : Libération Prolongée

AR : A Renouveler

HAS : Haute Autorité de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

INTRODUCTION

La crise des opioïdes a fait son apparition il y a plusieurs années en Amérique du Nord et la terrible prédiction des chercheurs de l'université de Stanford est 1,2 million de décès par overdose d'ici 2029 en Amérique du Nord. Ces chercheurs alertent le monde quant à la possible mondialisation de cette crise. (1)

En France, grâce au travail des différentes autorités de santé, les effets de cette crise ne sont pas encore ressentis malgré l'augmentation de la consommation des opioïdes. La législation stricte du système de santé français permet d'interdire la publicité des médicaments remboursables par la sécurité sociale ainsi que la rémunération des médecins par les laboratoires pharmaceutiques ce qui diffère des Etats-Unis. (2)

La Haute Autorité de Santé émet régulièrement des avis et des recommandations quant au bon usage des médicaments opioïdes. Malgré les mises en garde, le nombre d'admissions aux urgences adultes pour effets indésirables liés à l'utilisation des opioïdes est en constante augmentation (3). Le flux massif de patients, le manque de temps et la rotation rapide des médecins dans les services d'urgences ne favorisent pas une information détaillée sur le bon usage de ces thérapeutiques au patient. Les pouvoirs publics ainsi que le corps médical s'inquiètent des effets indésirables potentiels des morphiniques (4)(5) mais aussi des risques de mésusage (6), voire de surdosage pouvant avoir une issue fatale pour le patient. (7)

Un accompagnement des patients recevant une prescription de ces traitements doit être mis en place afin d'améliorer l'observance, limiter le risque d'effets indésirables, de mésusage et prévenir la dépendance liée à ces traitements.

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé facilement accessible en ville (8), il semble donc important que celui-ci intervienne dans la prise en charge de ces patients.

Dans une première partie est abordée la prise en charge de la douleur. Après avoir détaillé les différentes composantes, origines et types de douleur, l'évaluation de la douleur est présentée afin de savoir la quantifier et pouvoir ainsi choisir l'antalgique adapté. Ensuite sont étudiés les antalgiques opioïdes, l'évolution de leur consommation, les molécules de cette classe thérapeutique, leurs propriétés et la législation qui encadrent leur utilisation.

La deuxième partie est consacrée à la proposition d'un accompagnement du patient sous antalgiques opioïdes par le pharmacien d'officine. Sont abordés les objectifs de cet accompagnement, les outils pouvant être utilisés par le pharmacien afin de le rendre didactique, l'organisation des différents rendez-vous pouvant être proposés au patient ainsi que la prévention destinée à limiter le risque de dépendance et de mésusage de ces traitements.

Partie 1 : Généralités

1.1 Prise en charge du patient à l'officine

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité. Il est identifié comme le professionnel de santé le plus accessible sans rendez-vous. Les pharmaciens sont facilement abordables en raison de l'amplitude horaire d'ouverture des officines, souvent plus large que les horaires de travail conventionnels. De plus, l'excellent maillage territorial des pharmacies doit être souligné. En effet, on retrouve des pharmacies dans les zones urbaines et rurales. La présence réglementée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des pharmacies dans les zones de désert médical, permet d'avoir rapidement recours à un professionnel de santé. Cette accessibilité permet au patient d'avoir à disposition et sans rendez-vous un professionnel de santé capable de lui donner un avis sur le problème rencontré, ainsi qu'une orientation médicale en cas de besoin. C'est la possibilité pour le pharmacien de participer par cette action à la politique de santé, à la prévention et l'éducation en santé. (8)

L'officine permet le relais entre la ville et l'hôpital. En effet, le pharmacien procède à la délivrance des ordonnances prescrites par des médecins généralistes et des médecins hospitaliers. Les pharmaciens d'officine participent également aux conciliations médicamenteuses effectuées à l'hôpital. Il est fréquent, lors de la prise en charge des patients hospitalisés que les internes et/ou les externes en pharmacies collaborent avec les pharmacies de ville afin de recueillir les dernières ordonnances du patient hospitalisé. Ces organisations contribuent à la continuité des soins et préviennent le risque d'interaction médicamenteuse entre les traitements pris par le patient et ceux pouvant être prescrits à l'hôpital. Les conciliations médicamenteuses

hospitalières d'entrée et de sortie permettent de réévaluer l'ordonnance initiale et de prescrire le traitement de sortie du patient. Selon la réévaluation hospitalière, certains traitements seront poursuivis à la sortie de l'hospitalisation et d'autres pourront être modifiés, voire arrêtés. (9)

Pour ce faire, une des sources d'information utilisée pour compléter la conciliation médicamenteuse est le dossier pharmaceutique du patient.

Le Dossier Pharmaceutique :

Le Dossier Pharmaceutique (DP) a été créé le 30 janvier 2007, et mis en œuvre par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Il a pour objectif de sécuriser la délivrance des médicaments. Aujourd'hui, le dossier pharmaceutique permet de retracer l'historique médicamenteux du patient sur les 4 derniers mois pour les prescriptions médicamenteuses dites « classiques ». (10)

Cet outil permet également au pharmacien d'officine d'écartier les risques d'interactions médicamenteuses et de surconsommation de certains médicaments. Le dossier pharmaceutique est accessible à tous les pharmaciens mais également aux médecins exerçant dans une structure hospitalière. Il améliore par conséquent la coordination entre professionnels de santé. Lorsque le patient a accepté sa création, le recours au dossier pharmaceutique doit être impératif.



Figure 1: Les objectifs du Dossier Pharmaceutique

Le pharmacien, au-delà de son rôle d'expert du médicament, est un acteur majeur de la prise en charge du patient. Depuis plusieurs années, la profession pharmaceutique est remaniée, permettant aux pharmaciens d'officine d'acquérir de nouvelles compétences et notamment en matière de promotion de la santé et de prévention. (8)

La loi HPST promulguée le 21 juillet 2009 marque le début de cette réforme et attribue aux pharmaciens d'officine de nouvelles missions comme :

- Contribuer aux soins de premier recours : la prévention, le diagnostic, le dépistage, la dispensation analysée du traitement et le suivi pharmaceutique des patients.
- Favoriser la coordination des soins par la réorientation du patient en cas de nécessité et par l'alimentation du DP.

- Prodiguer des conseils permettant l'amélioration et le maintien de l'état de santé du patient.
- Participer également à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients.

Pour le moment, cette dernière mission s'adresse aux pathologies chroniques comme l'asthme, le diabète et est aussi proposée aux patients ayant un traitement par antivitamine K ou par anticoagulants oraux directs.

Aujourd'hui, la prévention en santé est au cœur de la stratégie nationale initiée par le Gouvernement Français. Les professionnels de santé de premier recours sont en première ligne pour promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé. En effet, le repérage, l'orientation dans le système de soins ainsi que le suivi et l'accompagnement des patients contribuent à l'adhésion du patient à la prévention.

(11)

Les pharmaciens sont quotidiennement en contact avec le public et facilement accessibles par l'ensemble de la population sur tout le territoire. Par conséquent, ce sont aussi des acteurs majeurs en matière de prévention.

Ainsi, la prévention en santé est définie par l'OMS comme : « *l'ensemble des mesures visant non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter l'évolution et à en réduire les conséquences* ». (8)

Elle décrit trois types de prévention :

- **La prévention primaire** qui est décrite comme une action permettant de réduire l'incidence d'une maladie dans une population, de limiter l'apparition de nouveaux cas par l'information et l'éducation du public.
- **La prévention secondaire** participe au dépistage, au diagnostic d'une maladie avec pour objectif de réduire sa prévalence. Elle permet l'instauration précoce d'un traitement approprié.
- **La prévention tertiaire** correspond aux actions mises en place lorsque la maladie est présente. Elle a pour objectif de diminuer les effets ou les séquelles d'une pathologie et de son traitement. Elle contribue à réinsérer le patient dans sa vie professionnelle et sociale.

Suite à la description des différents types de prévention, nous allons nous intéresser plus précisément à la prévention **primaire** et **tertiaire** à l'officine. Nous essayerons de proposer des outils d'information et de suivi pour les patients sous opioïdes, dans le cadre d'un accompagnement par le pharmacien d'officine.

L'obligation de prise en charge de la douleur concerne tous les professionnels de santé « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, traitée et prise en compte.* »

Soulager la douleur est l'une des compétences du pharmacien, aussi allons-nous présenter une proposition d'accompagnement du patient traité par antalgique opioïdes par le pharmacien d'officine.

1.2 Prise en charge de la douleur

1.2.1 Définition de la douleur

La définition scientifique de la douleur a été publiée pour la première fois en 1979 par l'IASP (International Association for the Study of Pain). Elle décrivait « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de cette lésion* » (12). Cette définition avait été validée par plusieurs organisations gouvernementales (ministère des Solidarités et de la Santé, ...), non gouvernementales (Organisation mondiale de la santé, ...) et professionnelles (Société Française de Médecine d'Urgence ...).

Les récentes avancées scientifiques concernant la douleur et la compréhension de la douleur ont permis une réévaluation de la définition. Suite à l'évolution des recherches et aux études menées, les avancées ont modifié le concept scientifique de la douleur.

En 2018, l'IASP a constitué un groupe de travail multidisciplinaire composé de 14 membres experts dans le domaine de la douleur. L'objectif était d'évaluer la pertinence des termes employés pour redéfinir la notion de « douleur ».

Ce groupe de travail était piloté par Srinivasa N. Raja, MD, Professeur d'anesthésiologie et de médecine des soins intensifs, Professeur de neurologie à la faculté de Médecine de l'Université Johns Hopkins, Baltimore (USA). L'analyse des retours d'expériences des professionnels médicaux associés à la satisfaction des patients dans la prise en charge de leurs douleurs ont contribué aux travaux de recherches sur la douleur. (12)

À la suite de ces observations, la définition a été modifiée par "*Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle*". La définition ci-dessus souligne le caractère subjectif et multidimensionnel de la douleur. Elle dépend des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En effet, selon le contexte de vie, un individu aura une perception différente de sa douleur. Au regard, de la variabilité des douleurs « expérimentées » par le patient, l'équipe soignante devra être attentive à l'expression de la douleur décrite par celui-ci.

L'observation doit porter sur l'expression de la douleur verbale et non verbale. En effet une douleur ressentie par un individu n'est pas toujours verbalisée par celui-ci. Or l'impact de la douleur sur un individu peut générer une « expérience émotionnelle désagréable » voire l'isolement psycho-social de l'individu. Être dans l'impossibilité de communiquer sur sa douleur ne l'exclue pas. Savoir repérer une douleur manifeste ou non verbale, savoir alerter voire soulager permet de participer activement à la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique.

1.2.2 Les composantes de la douleur

1.2.2.1 La composante sensorielle-discriminative

Elle contribue au décodage du message sensoriel de la douleur. Cette composante est vécue par le sujet et lui permet de décrire de manière subjective et précise sa douleur. Celui-ci utilisera des termes personnels pour qualifier sa douleur, son intensité, sa persistance et sa localisation. (13)(14)

1.2.2.2 La composante affective-émotionnelle

Cette composante fait partie de l'expérience douloureuse. C'est la manière dont le patient ressent sa douleur. Elle exprime une douleur désagréable, et/ou pénible à supporter.

Ce sentiment désagréable est décrit comme pouvant générer une anxiété, un stress voire un syndrome dépressif. (13)(14)

1.2.2.3 La composante cognitive

Cette composante fait appel aux processus mentaux de type douleurs mémoire ou douleurs du membre fantôme. Elle permet la reconnaissance et l'interprétation de la perception douloureuse et l'adoption de conduites adaptées pour y faire face. Elle permet au patient de faire appel à ses acquis éducatifs, culturels et sociaux pour traiter l'information douloureuse. (13)(14)

1.2.2.4 La composante comportementale

C'est l'ensemble des manifestations de la douleur conscientes et non verbales comme les gémissements, pleurs, postures, ... ou exprimées par des signes physiologiques comme la tachycardie, l'hypertension, la polypnée ... ou inconscientes et réactionnelles manifestées par des mouvements de retrait, de défense voire d'attaque ...

La douleur apparaît comme un phénomène multidimensionnel faisant appel à plusieurs sens. Elle permet de décrire précisément la douleur ressentie. (13)(14)

1.2.3 Les différentes origines de la douleur

Les douleurs peuvent avoir des origines variées ; elle peut être difficile à repérer. Il existe plusieurs mécanismes qui peuvent être à l'origine des douleurs.

1.2.3.1 La douleur nociceptive

La plupart des douleurs traitées sont des douleurs nociceptives. Elles sont la conséquence de la stimulation des nocicepteurs qui sont situés dans la peau et les organes internes. C'est une douleur qui est due à une lésion tissulaire comme : une brûlure, une coupure, une contusion, une fracture osseuse, en post chirurgie etc.

C'est une douleur qui cède rapidement lors de l'instauration d'un traitement par antalgiques opioïdes. (14)(15)

1.2.3.2 La douleur neuropathique

C'est une douleur qui peut avoir deux origines :

- **Périphérique** : C'est l'atteinte des nerfs périphériques situés en dehors de la moelle épinière.
- **Centrale** : lorsque la lésion intervient au niveau du système nerveux central. Dans ce cas la lésion intervient sur les nerfs situés au niveau de la moelle épinière.

Ce mécanisme de la douleur est retrouvé chez des personnes souffrant du syndrome du Canal carpien ou chez les personnes présentant des hernies discales et développant des sciatiques.

Les signes révélateurs d'une douleur neuropathique sont des brûlures, des picotements, des fourmillements, des décharges électriques, etc.

Contrairement à la douleur nociceptive, la douleur neuropathique répond moyennement aux antalgiques opioïdes. En revanche, un traitement par anti-épileptique ou encore par des antidépresseurs permettra une meilleure prise en charge de la douleur neuropathique.

Une douleur neuropathique nécessite une prise en charge globale du patient. Les facteurs psychologiques doivent être évalués et repérés dès le début du traitement. Il faudra également être vigilant lors de l'apparition des signes d'anxiété ou de syndrome dépressif que peut induire ce type de douleur. Lorsqu'une douleur entraînant un handicap est trouvée, les patients doivent être orientés vers un centre antidouleur afin de bénéficier d'une évaluation et d'un suivi dans le temps de la douleur. (14)(15)

1.2.3.3 La douleur psychogène

L'origine psychogène d'une douleur est évoquée lorsque les autres origines ont été écartées par des diagnostics médicaux. C'est une douleur qui est par conséquent difficile à reconnaître. Cette douleur est principalement causée par des facteurs psychologiques comme la dépression et l'anxiété.

Chez ces patients, le traitement est complexe car la plupart du temps aucune cause physique n'est identifiée.

Dans les douleurs psychogènes, les antalgiques ont un mode d'action ciblé sur un problème physique comme une inflammation, une atteinte nerveuse, etc.

Le traitement de ces patients sera donc pluridimensionnel avec une approche psychothérapeutique importante. (15)

1.2.4 Les différents types de douleurs

1.2.4.1 La douleur aiguë

Une douleur aiguë est une douleur de courte durée. Elle peut durer quelques minutes à quelques heures voire quelques semaines. Elle peut être déclenchée par une origine identifiée ou non. Si l'origine est repérée et traitée, la douleur cède « rapidement ». (14)(16)

1.2.4.2 La douleur chronique

Une douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà de 3 mois, malgré le traitement de sa cause. C'est une douleur complexe qui se manifeste brutalement. La douleur peut être amplifiée sur une période puis s'atténuer, sans que l'on puisse en expliquer les raisons.

C'est une douleur qui peut entraîner une répercussion psychologique et physique si un traitement n'est pas efficace dans le temps. Il est important de garder en mémoire durant l'exercice professionnel qu'une douleur chronique peut devenir invalidante et provoquer une perte d'autonomie, un isolement, une dépression, voire un frein personnel et/ou professionnel.

Nous pouvons distinguer deux catégories de douleurs chroniques. Les douleurs chroniques d'origine non cancéreuses et les douleurs chroniques d'origine cancéreuses. Elles s'apparentent à des douleurs aiguës qui persistent dans le temps à cause d'une tumeur cancéreuse. (14)(17)

Après avoir abordé les différentes origines de la douleur et les différents types de douleur, nous allons développer les différentes méthodes d'évaluation de la douleur en fonction des patients auxquels les professionnels de santé sont confrontés.

1.3 Evaluation de la douleur

La prise en charge de la douleur est un véritable enjeu de santé publique. Cette démarche a été inscrite dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 comme « un droit fondamental de toute personne ».

Durant la période de 2006 à 2010, le ministère de la santé français a mis en place « *Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur* ». Il déclinait 4 principaux axes d'amélioration (18) :

- 1) L'amélioration de la prise en charge de la douleur chez des personnes vulnérables ;
- 2) La formation renforcée des professionnels de santé ;
- 3) La structuration de la filière de soins ;
- 4) Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.

En mars 2011, l'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur réalisée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a été publiée à l'attention des professionnels de santé.

De cette évaluation ressort l'amélioration de quatre pratiques existantes et la prévision de trois actions d'améliorations.

Les améliorations :

- 1) L'amélioration de l'accessibilité aux recommandations médicamenteuses pour la population pédiatrique,
- 2) L'augmentation des médicaments initialement en réserve hospitalière a été élargie pour un usage en ville.
- 3) Les améliorations en matière de recommandations des bonnes pratiques professionnelles,
- 4) Le renforcement du suivi de pharmacodépendance à certains antalgiques (addictovigilance).

Les axes restant à parfaire :

- 1) L'évaluation de la douleur chez les populations psychiatriques et en situation de handicap.
- 2) Une étude de la consommation d'antalgiques par la population française.
- 3) Les méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur comme l'ostéopathie, l'art thérapie, l'auriculothérapie...

Afin de pouvoir évaluer la douleur des patients, des outils ont été créés. Ces outils permettent d'adapter la prise en charge thérapeutique de la douleur en fonction du score obtenu. (19)

Les critères d'évaluation de l'intensité douloureuse peuvent être évalués selon les objectifs SMART :

- Spécifique : au type de douleur
- Mesurable : par un score
- Atteignable : compréhension de l'outil par le patient
- Réaliste : traduit le ressenti du patient
- Temporalité : reconductible dans le temps

A ce jour, il existe deux catégories d'outils d'évaluation de la douleur :

- 1) Les outils d'auto-évaluation : évaluation faite par le patient lui-même
- 2) Les outils d'hétéroévaluation : évaluation faite par des professionnels de santé.

1.3.1 Echelles d'auto-évaluation

1.3.1.1 Les échelles multidimensionnelles

Ces échelles permettent par une auto-évaluation de cibler les aspects sensoriels de la douleur. On retrouve notamment le Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) (annexe 1). Celui-ci est une adaptation française du questionnaire McGill pain questionnaire. Le QDSA reprend 61 items d'évaluation. Il est par conséquent difficilement utilisable en situation d'urgence. Il est en revanche employé pour préciser une douleur chronique. (20)(21)

1.3.1.2 Les échelles unidimensionnelles

Ces échelles sont rapides et faciles d'utilisation. Elles sont souvent employées en situation d'urgence pour des douleurs aiguës. Leur point négatif est qu'elles ne mesurent que l'intensité de la douleur et elles sont par conséquent peu utilisables pour des douleurs chroniques. (20)(21)

1.3.1.2.1 L'échelle de Keele

C'est une échelle verbale simple (EVS), elle comporte 5 qualificatifs classés par ordre croissant d'intensité douloureuse :

- 0 : pas de douleur
- 1 : faible
- 2 : modérée
- 3 : intense
- 4 : atroce

Les avantages de cette échelle sont qu'elle est simple d'utilisation, facile de compréhension, utilisable sans support matériel et reproductible. Cette échelle est notamment adaptée pour les enfants et les personnes âgées.

En revanche, c'est une échelle qui manque de sensibilité car il n'y a pas beaucoup de catégories. (20)

1.3.1.2.2 L'échelle numérique (EN) :

C'est une échelle quantitative de 0 à 100

- 0 : pas de douleur
- 100 : « la pire douleur imaginable »

C'est une échelle fiable, plus sensible que la précédente. Elle permet d'affiner le score de 0 à 100, contrairement à l'échelle de Keele qui est cotée de 0 à 4. Elle est également utilisable sans support matériel.

Il existe une réduction de cette échelle en 11 points mais celle-ci entraîne une perte de précision.

L'inconvénient de cette échelle est qu'elle nécessite d'expliquer « la pire douleur imaginable » qui peut paraître abstraite pour certaines personnes. (20)(21)

1.3.1.2.3 L'échelle visuelle analogique (EVA) :

C'est l'échelle de référence pour l'évaluation de l'intensité de la douleur, qu'elle soit aussi bien aiguë que chronique.

C'est une échelle présentée sous forme d'une règle comportant deux faces :

- Une face présentée au patient, sur laquelle celui-ci déplace un curseur entre une extrémité « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ».
- Une face millimétrée de 0 à 100mm seulement visible par le soignant qui permet de quantifier la douleur en millimètres selon la position du curseur.

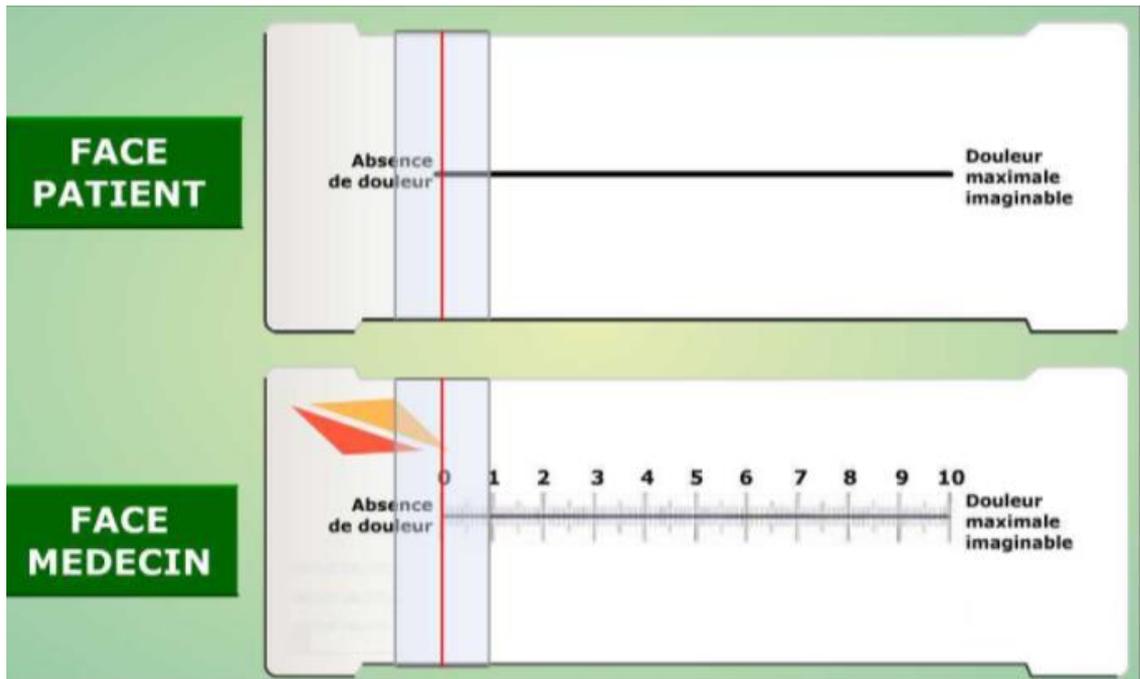


Figure 2: Echelle visuelle analogique

Cette réglette peut être présentée horizontalement ou verticalement au patient avec le curseur placé initialement sur « pas de douleur ».

Sa fiabilité est liée au nombre important de réponses possibles sans attribution ni mémorisation d'un nombre précis par le patient.

C'est une échelle qui est sensible, fiable et reproductible.

Il existe néanmoins quelques inconvénients à cette échelle. Les personnes atteintes de rhumatismes dans les mains rencontrent des difficultés à l'utiliser. L'utilisation chez des personnes atteintes de troubles visuels ou cognitifs est aussi rendue compliquée. (20)(21)

1.3.1.3 Echelles d'hétéroévaluation

Les échelles d'hétéroévaluation reposent sur l'appréciation de la douleur par une autre personne, avec le risque d'une sous-estimation de l'intensité douloureuse bien souvent démontrée.

Certaines échelles évaluent le comportement verbal (plaintes, réclamation d'antalgiques, etc ...) ou physique (grimace, agitation, attitude antalgique, etc...). Elles ne requièrent pas la coopération du patient et peuvent être utilisées lorsque les échelles d'auto-évaluation sont difficilement réalisables (nourrissons, jeunes enfants, Personnes Agées ...) (20)

1.3.1.3.1 L'échelle de Boureau

Cette échelle évalue 4 items cotés en 3 points (20) :

0 = absent, 1= faible, 2=marqué, avec un score maximum à 8.

Ces 4 items sont :

- Gémissements, plaintes
- Front plissé, crispation du visage
- Attitude antalgique visant à la protection d'une zone en position de repos
- Mouvements précautionneux

1.3.1.3.2 L'échelle Algoplus

C'est une échelle qui a été spécifiquement créée pour permettre une évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Echelle Algoplus

Evaluation de la douleur
Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur												
Heure												
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Frontement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inquiet, fixe, kintan ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Ah », « Ouf », « J'ai mal », gémissements, etc.												
4 • Corps Brazil ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ / 5		■ / 5		■ / 5		■ / 5		■ / 5		■ / 5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

COPYRIGHT

Figure 3 : Echelle Algoplus

Cette échelle comporte 5 items concernant le comportement du patient (expression du visage, regard, plaintes émises, attitude corporelle et générale). La présence d'un comportement inscrit sur le tableau doit être associée à un « oui » dans le tableau au niveau de l'item évalué (annexe 2).

Un item ayant un « oui » est compté comme un point, à la fin nous obtenons un résultat sur 5. Un score supérieur ou égal à 2 révèle la présence d'une douleur. (22)

1.3.1.3.3 L'échelle Doloplus

C'est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur pour des personnes présentant des troubles de la communication verbale.

Elle se présente sous la forme d'une fiche d'observation comportant dix items organisés en trois sous-groupes (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux). Chaque item reçoit un score compris entre 0 et 3 ce qui amène à un score compris entre 0 et 30. Un score supérieur à 5 sur 30 identifie un niveau de douleur (annexe 3).

L'évaluation de la douleur par les professionnels de santé est rendue difficile par l'hétérogénéité de la population. Les modifications comportementales liées au stress et à l'anxiété peuvent majorer la plainte douloureuse. (23)

1.3.1.4 Les points de vigilance des échelles d'évaluation de la douleur

L'autoévaluation doit être priorisée. L'hétéroévaluation ne doit pas se substituer à cette dernière. Il peut être intéressant de coupler l'auto et l'hétéroévaluation pour éviter la sous-estimation de la douleur du patient. (21)(22)(23)

Malgré les limites de ces échelles, elles doivent être utilisées. C'est un moyen efficace d'apprécier objectivement la douleur du patient. C'est souvent à partir de ce score que la prise en charge thérapeutique va être établie. L'évaluation de la variation de ce « score » est indispensable pour coter l'efficacité et réévaluer la thérapeutique mise en place.

L'évaluation de la douleur est une étape importante pour la qualité de prise en charge du patient. Elle ne se résume pas uniquement à en mesurer l'intensité, il faut tenir compte des facteurs psychosociaux, émotionnels et familiaux. L'absence de prise en compte de ces facteurs expose à un risque de chronicisation de la douleur.

Comme nous avons pu le voir, l'échelle visuelle analogique ainsi que l'échelle verbale simple, sont des échelles utilisables dans bon nombre de situations. Leur facilité d'emploi, ainsi que la rapidité avec laquelle la douleur est évaluée font de ces deux échelles, les échelles d'évaluation de la douleur les plus utilisées aussi bien en médecine d'urgence qu'en médecine générale.

Dans le guide « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses », du 10 mars 2022, la Haute Autorité de Santé recommande une utilisation raisonnée des antalgiques opioïdes. Pour cette dernière les antalgiques opioïdes sont indiqués dans le traitement des douleurs aiguës et sévères selon la valeur de l'EVA $\geq 6/10$. Cependant, il est conseillé, dans certaines situations, de ne pas les utiliser en première intention même pour des douleurs aiguës sévères. C'est le cas notamment des douleurs dentaires, des lombalgies aiguës, des traumatismes simples (entorses, coup du lapin, blessures mineures...), des coliques néphrétiques. Dans ces situations, les antalgiques opioïdes sont prescrits lorsque la douleur n'est pas soulagée avec des antalgiques non opioïdes. (24)

Il est nécessaire d'adapter la thérapeutique en fonction des scores de douleur obtenus. Nous allons à présent aborder les antalgiques permettant de pallier ces douleurs.

1.4 Les paliers d'antalgiques

L'organisation Mondiale de la Santé a établi la classification des médicaments antalgiques par paliers en 1986. Cette classification met en parallèle l'intensité de la douleur ressentie par le patient ainsi que l'efficacité présumée des antalgiques.

1.4.1 Le premier palier

Il est constitué d'antalgiques non opioïdes, prévus pour prendre en charge des douleurs d'intensité faible à modérée. Cette classe contient le paracétamol, les Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens, le néfopam. (25)

1.4.2 Le second palier

Il est constitué d'antalgiques opioïdes dit faibles, car leur action est moins forte que la molécule opioïde de référence qui est la morphine. Ces antalgiques permettent de prendre en charge des douleurs d'intensité modérées à intenses. A cette classe appartiennent le tramadol, la codéine, la dihydrocodéine ainsi que les associations de ces molécules opioïdes faibles avec le paracétamol. (25)

1.4.3 Le troisième palier

Il est celui des antalgiques opioïdes forts avec comme chef de file la morphine mais aussi le fentanyl et l'oxycodone. Ces molécules sont utilisées pour traiter des douleurs intenses à très intenses. (25)

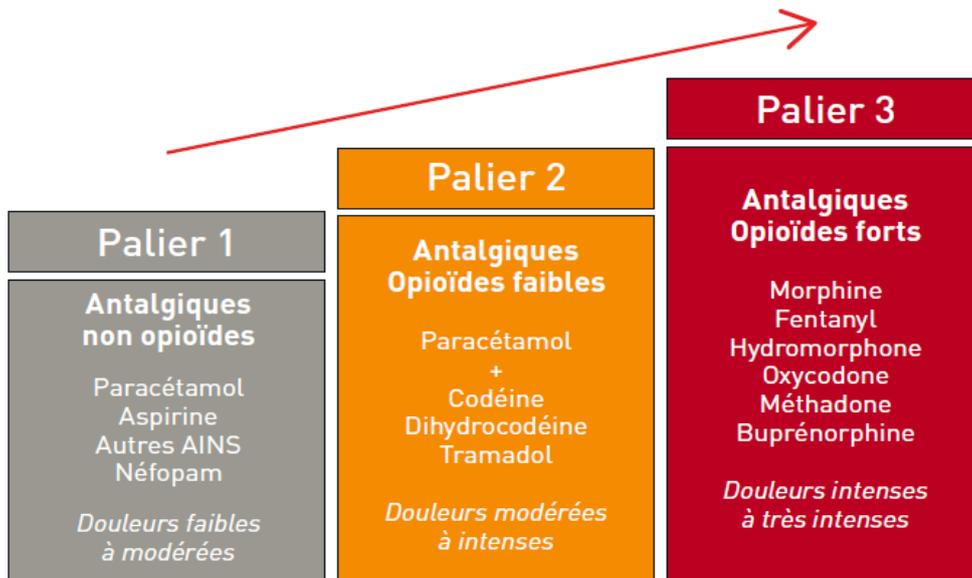


Figure 4: Classification par paliers de l'OMS (26)

Actuellement une nouvelle classification est sur le point d'être adoptée par la communauté scientifique. Depuis 2010 l'IASP (de Pierre Beaulieu et David Lussier) a proposé une nouvelle classification des médicaments afin de mieux répondre aux douleurs spécifiques des patients.

Le problème soulevé au sujet de la classification de l'OMS est le risque de corrélation erronée auquel elle expose entre une intensité douloureuse et la classe d'antalgiques à utiliser.

Dans cette nouvelle classification, les médicaments sont classés en fonction de leur mécanisme d'action. Ce classement permet d'optimiser la prise en charge thérapeutique après analyse du mécanisme d'action de la douleur ressentie par les patients.

Cette nouvelle classification est évolutive et permet d'intégrer de nouvelles molécules au fur et à mesure des découvertes. De plus, elle permet d'introduire tous

les médicaments, y compris ceux qui étaient initialement développés pour d'autres indications, comme les antiépileptiques, ou encore les anti-dépresseurs. (27)

1.4.4 La nouvelle classification

Cette nouvelle classification comporte 5 groupes. (28)

1.4.4.1 Les antalgiques antinociceptifs

Ces antalgiques seront utilisés pour des douleurs nociceptives.

Nous retrouvons dans cette classe les antalgiques non opioïdes (paracétamol et AINS) ainsi que les antalgiques opioïdes et les cannabinoïdes.

1.4.4.2 Les anti-hyperalgiques

Ce sont des traitements qui vont traiter des douleurs d'origine centrale. Il s'agit de la kétamine, les antiépileptiques et le néfopam.

1.4.4.3 Les modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs

Ces traitements vont permettre une action sur les douleurs neuropathiques.

Ce sont les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

1.4.4.4 Les modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique

Ces antalgiques vont permettre de traiter des douleurs neuropathiques périphériques.

Les molécules concernées sont la carbamazépine, l'oxcarbamazépine, le topiramate, la capsaïcine ainsi que les anesthésiques locaux.

1.4.4.5 Les antalgiques à effets mixtes

Ce sont les antalgiques antinociceptifs, modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants. Il s'agit du tramadol et du tapentadol.

Dans notre étude, nous nous limiterons aux antalgiques opioïdes uniquement les autres traitements ne seront pas abordés. (28)

1.5 Les antalgiques opioïdes

1.5.1 Etat des lieux de la consommation française

En 2017 les antalgiques opioïdes représentaient 22% de la consommation globale des antalgiques tous paliers confondus. Avec respectivement 20% pour les antalgiques opioïdes faibles et 2% pour les antalgiques opioïdes forts. Les antalgiques opioïdes faibles sont donc 10 fois plus consommés que les forts.(29)

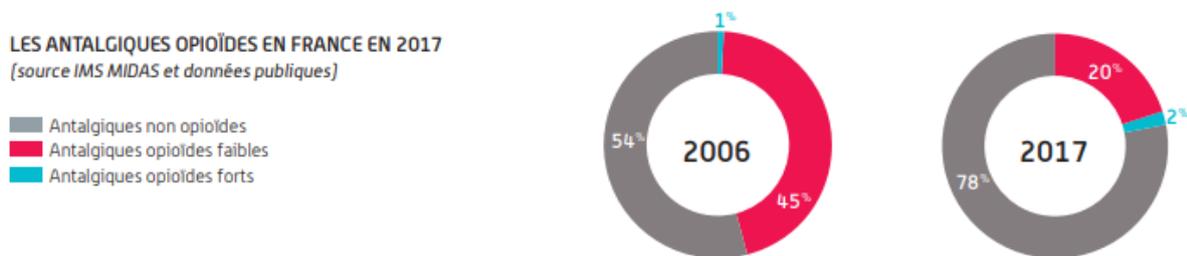


Figure 5: Consommation des antalgiques opioïdes en France

Le tramadol est l'antalgique opioïde le plus consommé en France avec une augmentation de + 68% entre 2006 et 2017. Toutefois l'antalgique qui a le plus augmenté entre 2006 et 2017 est l'oxycodone avec une augmentation de +738%. (29)

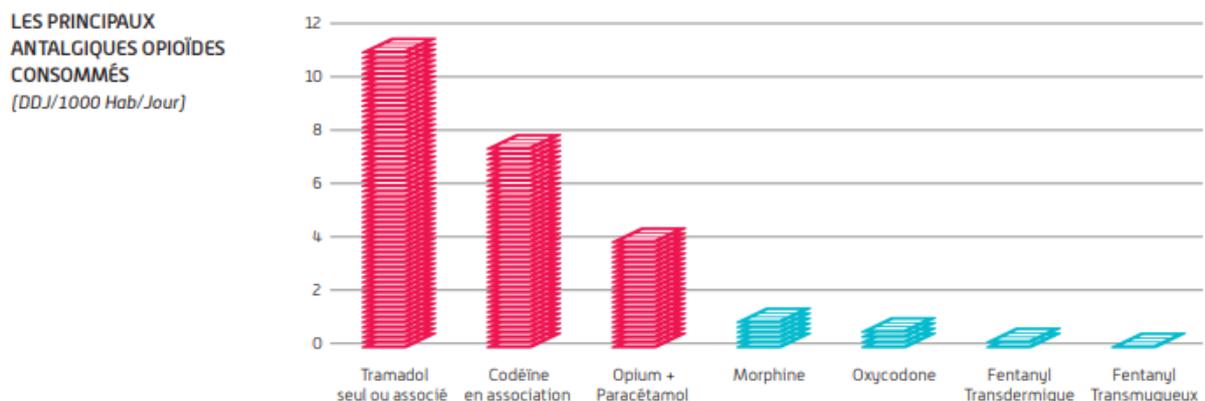


Figure 6: Les principaux antalgiques opioïdes consommés en France en 2017

Le principal motif de prescription des opioïdes faibles et forts est une douleur aiguë avec respectivement 71,1% pour les prescriptions d'opioïdes faibles et 50,1% pour les opioïdes forts.

Le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques sur prescription médicale a augmenté entre 2000 et 2017 passant de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants.

Le taux de notifications d'intoxications accidentelles par antalgiques opioïdes a également doublé entre 2005 et 2016 passant de 44 notifications d'intoxications aux opioïdes pour 10 000 intoxications répertoriées par la pharmacovigilance à 87/10 000.

Les substances les plus controversées sont le tramadol, la morphine et l'oxycodone.

Malheureusement, le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a suivi cette évolution et a lui aussi plus que doublé, passant de 1,3 à 3,2 décès pour un million d'habitants entre 2000 et 2015. (29)(30)

1.5.2 Les traitements opioïdes

1.5.2.1 La morphine

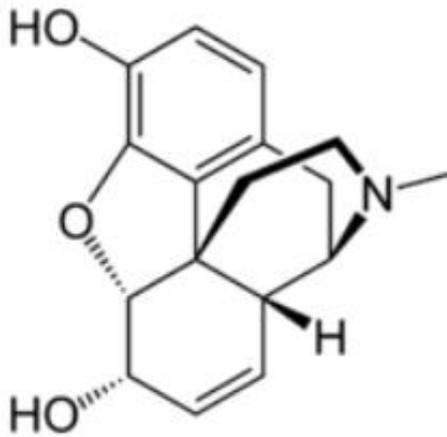


Figure 7: Structure chimique de la Morphine

La morphine est un alcaloïde de structure pentacyclique et isoquinoléique.

Les morphiniques et les opioïdes endogènes ont une structure stéréochimique en forme de T s'adaptant aux récepteurs opioïdes μ . La morphine est stéréospécifique, c'est-à-dire que seul l'isomère L a une activité analgésique. C'est un agoniste pur des récepteur opioïdes μ .

La fonction phénolique est le support de l'action analgésique de la molécule mais c'est aussi cette fonction qui est à l'origine de l'action dépressive respiratoire et toxicomanogène de la morphine. (31)

Il existe des formes à libération immédiate pour l'instauration d'un traitement, les situations d'urgences ou encore pour les crises. Parmi ces formes galéniques nous retrouvons : les gélules, les comprimés, les solutions buvables et les solutions injectables. En traitement de fond, il est préférable de privilégier les formes à libération

prolongée, dans ce cas des gélules et des comprimés à libération prolongées sont le plus souvent utilisés. (32)

1.5.2.2 L'oxycodone

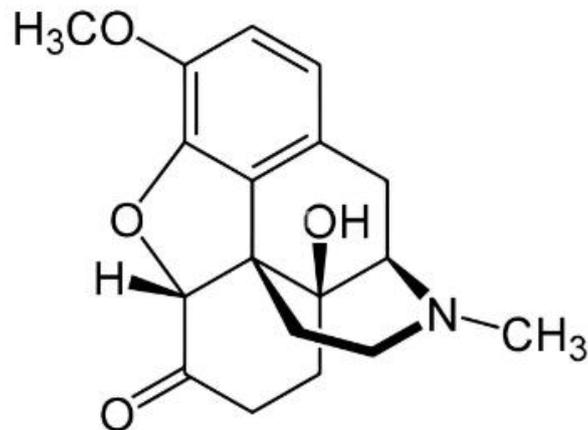


Figure 8: Structure chimique de l'Oxycodone

C'est un agoniste opioïde pur. Son action antalgique est puissante puisqu'elle équivaut à une action deux fois plus forte que la morphine.

L'effet thérapeutique est majoritairement analgésique mais on lui prête également des propriétés anxiolytiques, antitussives et sédatives. (31)

Comme la morphine il existe des formes à libération immédiate (sous forme de comprimés, de gélules, de comprimés orodispersibles et de solution buvable) et à libération prolongée (sous forme de comprimés) que l'on utilisera dans les mêmes circonstances. (32)

1.5.2.3 Le fentanyl

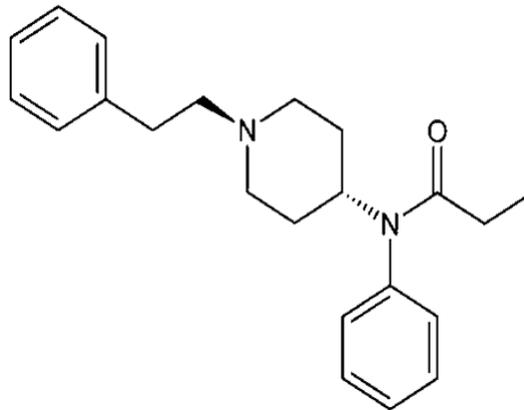


Figure 9: Structure chimique du Fentanyl

Le fentanyl est un analgésique opioïde agissant principalement sur les récepteurs μ comme un agoniste pur. Sa structure est un dérivé de la phénylpipéridine.

Le fentanyl à une activité analgésique très forte puisque 100 fois plus forte que la morphine d'après le tableau d'équi-analgésie.

Ses principaux effets thérapeutiques sont analgésiques et sédatifs. (31)

Le fentanyl est prescrit en relais d'un traitement opioïde fort par voie orale, une fois la posologie stabilisée. Dans ce cas le patch est posé immédiatement après la dernière prise orale de l'opiacé car le délai d'action du patch est compris entre 12 et 18h. C'est un patch qui doit être changé toutes les 72h. (32)

Le fentanyl par voie orale est réservé au traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuses. On le retrouve en comprimés sublinguaux, en applicateur buccal ou encore en spray nasal.

La morphine, l'oxycodone et le fentanyl n'ont pas de dose maximale journalière tant que les effets indésirables sont contrôlés mais la plus faible dose efficace doit toujours être recherchée et ce pour la durée la plus courte possible.

1.5.2.4 Le tramadol

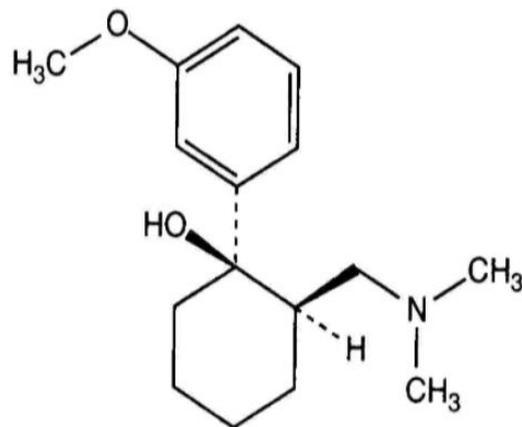


Figure 10 : Structure chimique du Tramadol

Le tramadol est un antalgique morphinique pur de faible activité car d'après le tableau d'équi-analgésie il serait 5 fois plus faible que la morphine.

Son mécanisme d'action est dû à la synergie :

- D'un effet opioïde dû à sa fixation sur les récepteurs de type μ .
- D'une inhibition de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, qui sont deux neurotransmetteurs impliqués dans le contrôle de la transmission nociceptive centrale.

La dose maximale journalière est de 400mg par voie orale et 600mg par voie intraveineuse. (31)

Le tramadol est disponible seul en libération immédiate (sous forme orodispersible, en gélules, en gouttes, en comprimés, ou en comprimés effervescents) ou prolongée (en comprimés ou en gélules), mais aussi en association avec du paracétamol ou encore avec du kétoprofène. Dans le cas des associations avec le paracétamol il sera important de vérifier que l'ordonnance respecte la dose maximale par prise de paracétamol afin d'éviter tout risque de toxicité hépatique. (32)

Comme pour la morphine et l'oxycodone, les formes à libération prolongée sont réservées au traitement de fond des douleurs. Les formes à libération immédiate sont utilisées pour traiter une crise douloureuse ou en interdose si le traitement de fond ne suffit pas à soulager la douleur.

1.5.2.5 La codéine

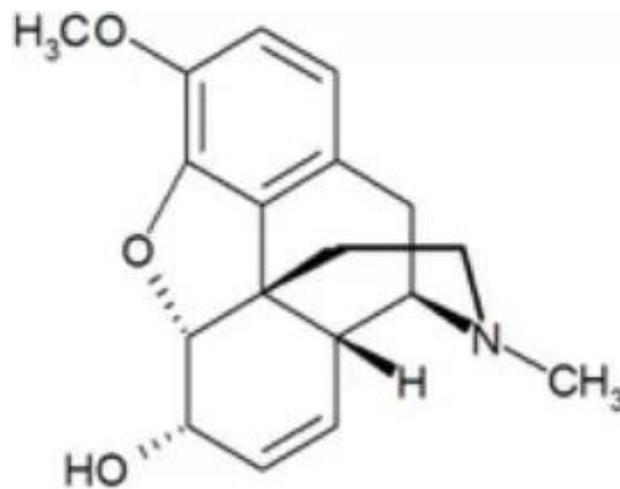


Figure 11: Structure chimique de la Codéine

La codéine est une substance active extraite du pavot et dérivée de la morphine. Son activité analgésique est inférieure à la morphine car elle est 6 fois moins puissante que celle-ci.

La dose maximale à ne pas dépasser et à ajuster selon le poids du patient est de 240mg par 24 heures. (31)

La codéine est disponible par voie orale et en libération immédiate en association avec du paracétamol, mais aussi avec de l'ibuprofène. Les formes galéniques existantes pour la codéine sont : les comprimés, les gélules et les comprimés effervescents. Ces formes sont utilisées dans le traitement des épisodes douloureux ponctuels ou bien pour le traitement de crise en interdose d'un traitement de fond.

La dihydrocodéine est disponible sous forme à libération prolongée seule. Cette forme sera utilisée pour le traitement de fond de douleurs chez l'adulte. (32)

Tous les médicaments contenant de la codéine contiennent du paracétamol. Il sera donc important de vérifier s'il y a co-prescription de paracétamol que la dose maximale par prise et par 24 heures est respectée.

1.5.3 Propriétés communes

1.5.3.1 Action sur le système nerveux central

La morphine et ses dérivés entraînent un effet antalgique qui est dose dépendant. Chez un même sujet et pour une même voie d'administration, la relation entre la dose administrée et l'effet obtenu jusqu'à un plateau au niveau duquel l'analgésie est maximale définit la notion de « doses équianalgésiques » entre les morphiniques agonistes permettant de les classer en fonction de leur puissance.

Dénomination commune	Facteur de conversion *	Equivalence de la dose de morphine orale
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg de morphine
Tramadol oral	1/5	50 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de dihydrocodéine = 20 mg de morphine
Morphine orale	1	
Morphine sous-cutanée	2	5 mg de morphine SC = 10 mg de morphine orale
Morphine intraveineuse	3	3,33 mg de morphine IV = 10 mg de morphine orale
Oxycodone orale	2	5 mg d'oxycodone orale => 10 mg de morphine orale 10 mg de morphine => 5 mg d'oxycodone orale
Oxycodone sous-cutanée et intraveineuse	2	1 mg d'oxycodone SC ou IV = 1.5 à 2 mg de morphine orale
Hydromorphone	7,5	4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine orale
Buprénorphine sublingual	30	0,2 mg de buprénorphine = 6 mg de morphine orale
Fentanyl transdermique	100 (Donner)	25µg/h de fentanyl transdermique = 600 µg/j = 60 mg de morphine orale /j

* Facteur de conversion = dose de morphine orale / dose d'autres opioïdes de palier II et III

Figure 12: Tableau d'équi-analgésie (33)

Ils entraînent également une action psychomotrice qui peut être variable suivant les individus. Chez l'homme, c'est souvent une phase d'excitation courte qui est suivie d'une phase de sédation, avec une diminution des facultés mnésiques et d'attention.

La dépression respiratoire est également dose dépendante et intervient dès les premières doses thérapeutiques. Elle diminue la sensibilité des centres respiratoires au CO₂. Elle est rendue visible par une diminution de la fréquence et de l'amplitude des mouvements respiratoires. C'est ce que l'on appelle la dyspnée de Cheyne Stokes.

Une des actions recherchées par les toxicomanes chez ces substances, c'est l'action psychodysléptique. Elle se traduit par un état d'euphorie, avec des hallucinations, des délires mais aussi à forte dose par des convulsions.

A faible dose, la morphine est émétisante et provoque également un myosis très serré chez ces consommateurs. (31)

1.5.3.2 Actions périphériques

La morphine et ses dérivés sont à l'origine de rétention urinaire par augmentation de l'hormone antidiurétique encore appelée vasopressine. Ils provoquent également des effets cardiovasculaires, tels que l'hypotension et la bradycardie qui peuvent être dose- dépendants, mais également individu- dépendants.

Au niveau digestif, la morphine entraîne une constipation et une diminution des sécrétions digestives. (31)

1.5.4 Toxicité

1.5.4.1 Aigüe

Une forte dose de morphine ou d'un de ses dérivés chez un patient qui n'a pas suivi une escalade thérapeutique correcte peut être responsable d'une dépression respiratoire, d'un myosis intense, d'une hypotension et d'un coma hypothermique. (31)

1.5.4.2 Chronique

Après seulement quelques jours de traitement, une dépendance physique et psychique peut s'installer chez les patients. Chez ces personnes l'apparition d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement peut être observé. (31)

1.5.5 Contre-indications à la prescription des antalgiques opioïdes

- Si le patient souffre d'une insuffisance respiratoire décompensée, d'un asthme grave.
- Si le patient est atteint d'une insuffisance hépato-cellulaire sévère ou d'une atteinte rénale sévère.
- L'association avec la buprénorphine, la naltrexone et le nalméfène comporte un risque de sevrage précipité.
- On apportera une attention particulière à ne pas prescrire d'antalgiques opioïdes forts lors de cas de traumatismes crâniens et d'hypertension intracrânienne. (30)(31)

1.5.6 Effets indésirables communs à tous les antalgiques opioïdes :

- Le plus fréquent, c'est la constipation
- Nausées et vomissements
- Sédation, somnolences, vertiges
- Dépression respiratoire, bronchospasmes
- Rétention urinaire
- Prurit
- Dépendance physique et psychique
- Syndrome de sevrage (30)(31)

1.6 Législation

La législation encadrant les dérivés opiacés est très stricte. Malgré une réglementation connue de tous, le trafic de ces substances est en augmentation au cours de ces dernières années selon le dispositif OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible).

D'après ce dispositif, il y a eu 1800 ordonnances d'opioïdes falsifiées en 15 ans dont 72% sont reportées entre 2010 et 2016. Ces ordonnances concernent principalement le tramadol, la codéine et la morphine. (29)(30)

Aujourd'hui nous ne trouvons plus de médicaments contenant des dérivés opiacés en vente libre sans ordonnance. Ce n'est que depuis le 17 juillet 2017 t que la codéine et ses dérivés qui étaient en vente libre à l'officine sont passés sous prescription obligatoire. Cette nouvelle organisation fait suite aux nombreux abus ayant entraîné la mort de jeunes individus ayant utilisé ces médicaments à des visées récréatives. Cette mesure a permis de réduire de 30 % la consommation de codéine en France alors que depuis 2006, était enregistrée une hausse de +84%. (29)(30)

Afin de limiter la dépendance au tramadol et permettre une réévaluation de la thérapeutique par le médecin traitant, la loi a fixé depuis le 15 avril 2020, une prescription pour 12 semaines maximum. Même si les ordonnances sont renouvelables durant 3 mois, il n'est possible de renouveler l'ordonnance que dans les 12 semaines suivant l'établissement de l'ordonnance initiale. Ce qui fait foi, c'est la date de prescription de l'ordonnance et non la date de première délivrance. (31)

Liste	DCI	Principes	Forme pharmaceutique	Prescripteurs qualifiés	Ordonnance sécurisée	Prescription de l'ordonnance en toutes lettres	Mention systématique du nom de la pharmacie autorisée à délivrer le traitement	Durée maximale de prescription	Délivrance fractionnée	Renouvellement de la même prescription	Délai de présentation de l'ordonnance	Chauvauchement autorisé	Déconditionnement si nécessaire	Lieu de stockage sécurisé	
Liste 1	Opium	Lamaline, Izalgi	gélules, suppositoires	Tout médecin	Non	Non	Non	Pas de restrictions	Non	Oui	12 semaines	oui	Non	Non	
	Codéine	Klidal codéiné, Codoliprane, Dafalgan codéiné, Antarene codéiné, Prontalgine	comprimés, gélules, comprimés effervescent	Tout médecin	Non	Non	Non	Pas de restrictions	Non	Oui	12 semaines	Oui	Non	Non	
	Tramadol	Topalgic, Takadol, Contramal, Monocrixo, Ixprim/Zaldiar	gélules, comprimés, comprimés effervescents, gouttes	Tout médecin	Non	Non	Non	12 semaines	Non	autorisée seulement si dans les 12 semaines	12 semaines	Oui	Non	Non	
Stupéfiants	Morphine	Skenan LP, Actiskenan, Sevredol, Moscontin	Gélules, comprimés et solution buvable, Injectable	Tout médecin	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non	28 jours	Non	Non interdit	Délai de carence limité à 3 jours	Non sauf mention expresse du prescripteur	Oui	Oui coffre	
	Oxycodone	Oxynorm, Oxynormoro, Oxycontin	Comprimés LP, Comprimés orodispersibles, Gélules, Solution buvable	Tout médecin	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non	28 jours	Non	Non interdit	Délai de carence limité à 3 jours	Non sauf mention expresse du prescripteur	Oui	Oui coffre	
	Fentanyl	Durogésic	Patch		Tout médecin	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non	28 jours	Oui à 14 jours maximum sauf mention expresse du prescripteur	Non interdit	Délai de carence limité à 3 jours	Non sauf mention expresse du prescripteur	Oui	Oui coffre
		Abstral, Actiq, Effentora, Breakyl, Instanyl	Comprimés, film oro dispersible, applicateur buccal, pulvérisation nasale		Tout médecin	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non	28 jours	Oui à 7 jours maximum sauf mention expresse du prescripteur	Non interdit	Délai de carence limité à 3 jours	Non sauf mention expresse du prescripteur	Oui	Oui coffre
		Pecfent	Solution nasale		Tout médecin	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non	28 jours	Oui à 7 jours maximum sauf mention expresse du prescripteur	Non interdit	Délai de carence limité à 3 jours	Non sauf mention expresse du prescripteur	Oui	Oui coffre

Figure 13: Tableau récapitulatif de la législation des différents antalgiques opioïdes.

Partie 2 : Proposition d'un accompagnement du patient par le pharmacien d'officine.

« L'accompagnement est un concept qui existait dans le champ des soins palliatifs dans les années 1960-1970 (Verspieren, 1984). Il va prendre son essor et envahir le champ professionnel dans les années 1990 (Paul, 2004), dans des domaines d'activités variés comme la santé, le social, l'éducation..., ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens et ne permet pas actuellement de le considérer comme stabilisé»¹

Selon le Petit Robert dictionnaire de la langue française, 2004, le verbe accompagner, veut dire proximité, entourage « *Accompagner un malade c'est l'entourer, et le soutenir* ».

L'accompagnement des patients est donc essentiel dans les pratiques professionnelles. Il permet l'adhésion au traitement et favorise une meilleure observance. Lorsque celui-ci est pratiqué, il en découle une baisse des risques iatrogéniques due à un mésusage des traitements par le patient.

Au fil des années, la prise en charge de la douleur a évolué. Cette nouvelle orientation permet aujourd'hui de prescrire pour une douleur aiguë un traitement par antalgiques opioïdes. Ces molécules étaient principalement réservées aux patients suivis pour des douleurs d'origine cancéreuse. (34)

¹ Accompagnement Anne-Marie Mottaz « Les concepts en sciences infirmières » (2012), pages 42 à 43. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition>

Quel pourrait être l'accompagnement du pharmacien d'officine dans sa pratique ?

Le gouvernement décide de mettre en place un plan d'action, car les chiffres concernant les surdosages par opioïdes sont en nette augmentation.

2.1 Les mesures gouvernementales

Entre 2000 et 2015, les hospitalisations pour intoxications aux opioïdes ont été multipliées par 2,3 avec un accroissement de 15 hospitalisations à 34 hospitalisations pour un million d'habitants soit une augmentation de plus de 128%. (29)

En 2015, 11 633 passages aux urgences sont dus aux médicaments opioïdes et aux substances illicites. La partie des consultations aux urgences est liée au cannabis à hauteur de 27% et à 23% pour les opiacés.

En 2015, 373 cas de décès par surdosage de stupéfiants et d'antalgiques opioïdes ont été identifiés en France. Ce chiffre augmente depuis 2004 et l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances) évalue qu'il y a une sous-estimation d'au moins 30% du nombre de décès par surdosage aux opioïdes. Il est important de garder en mémoire que les opioïdes demeurent les principales substances en cause dans les décès par surdosage en France et dans le monde. De ces données, la prescription d'opioïdes nécessite de respecter des règles de dispensation et de suivi pour éviter la banalisation du recours à ces thérapeutiques. (29)(34)

En effet, les patients atteints de douleurs chroniques, aiguës ou les personnes dépendantes aux opioïdes nécessitent une prise en charge globale et un suivi pluridisciplinaire. Pour ce faire, une commande du Ministère des Solidarités et de la Santé français élabore en 2019 une feuille de route pour « *Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes* ». Celui-ci rédige et publie un plan d'actions sur une période de quatre ans (2019-2022). Cette feuille de route identifie 5 objectifs et 18 actions à mettre en place. Par ces actions, le gouvernement cible une amélioration du parcours de soins, la prévention du risque de mésusage et de surdosage aux opioïdes.

La feuille de route vise des mesures de prévention des surdosages en s'adressant aux patients les plus à risque de développer une dépendance. Parmi ces publics, nous retrouvons ceux traités par opioïdes, ayant ou non développé une dépendance ou/et les patients mésusant.

Le gouvernement français souhaite répondre aux besoins des patients sous opioïdes par des mesures de prévention et d'accompagnement. Celles-ci sont déclinées à travers 5 objectifs :

1. Améliorer les pratiques professionnelles,
2. Elargir l'information et la diffusion de la naloxone prête à l'emploi,
3. Impliquer les usagers et leur entourage,
4. Mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et favoriser les actions coordonnées de proximité,
5. Renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponse.

Parmi ces objectifs, 18 actions en santé sont à mettre en œuvre. (34)(35)(36)

2.1.1 Améliorer les pratiques professionnelles

- 1- Doter les professionnels de santé de recommandations de bonnes pratiques
- 2- Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur le bon usage des thérapeutiques opioïdes.
- 3- Assurer l'accès aux soins des usagers dépendants aux opioïdes sur l'ensemble du territoire.
- 4- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé de premier recours et spécialisés sur la prise en charge de la douleur, sur les

traitements par les opioïdes ainsi que sur le repérage et la prise en charge des conduites addictives.

- 5- Innover par le soutien à la recherche interventionnelle et clinique et les expérimentations sur de nouvelles modalités thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

2.1.2 Assurer une diffusion large de la naloxone prête à l'emploi

- 6- Soutenir l'élargissement du circuit de délivrance de la naloxone au réseau officinal et assurer la diffusion gratuite de la naloxone auprès des publics les plus à risque dans les structures d'addictologie (CAARUD, CSAPA, SCMR, ELSA, services d'addictologie), les services d'urgences en lien avec les ELSA, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, les centres de traitement et d'évaluation de la douleur.
- 7- Doter en kits de naloxone les services de secours (pompier, police).
- 8- Développer une stratégie de déploiement ciblé de la naloxone impliquant les médecins de ville et les pharmaciens.

2.1.3 Impliquer les usagers et leur entourage

- 9- 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.
- 10- Développer des outils d'information et de formation sur les surdoses d'opioïdes et la naloxone s'appuyant notamment sur le savoir expérientiel des usagers

11- Lever les freins à l'appel des secours par crainte d'être poursuivi pour possession ou usage de stupéfiants.

2.1.4 Mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et favoriser les actions coordonnées de proximité

12- Identifier, parmi les structures existantes, une tête de réseau régional pour améliorer la coordination entre professionnels de l'addictologie, de la prise en charge de la douleur, de l'addictovigilance et assurer le lien avec les professionnels de santé de ville.

13- Mettre en place un plan de déploiement de l'accès à la naloxone en région.

2.1.5 Renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponse

14- Renforcer le circuit d'alerte et de réponse à une crise opioïde.

15- Mettre en place des outils et des indicateurs pour favoriser le suivi, la promptitude et le partage de l'information.

16- Compléter les connaissances sur les surdoses et leur contexte.

17- Compléter les connaissances sur les nouveaux produits de synthèse.

18- Se mobiliser avec les partenaires à l'international.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux actions 4 et 9 qui sont des actions pour lesquelles nous avons mis en place des outils d'accompagnement du patient.

L'action n°4 recommande « *le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé, de premiers recours spécialisés sur la prise en charge de la douleur, sur les traitements par les opioïdes ainsi que sur le repérage et la prise en charge des conduites addictives* ».

Pour répondre en partie à cette action, le développement d'un accompagnement bipartite patient/pharmacien d'officine permettrait de détecter les premiers signes de mésusages aux opioïdes. Un repérage précoce initiera si nécessaire une orientation vers une structure adaptée à la prise en charge des patients développant une conduite addictive.

L'action n°9 traite de la mise 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* ».

Un des canaux de diffusion possible de ces documents peut être l'officine. Dans l'hypothèse d'un accompagnement par le pharmacien d'officine, nous avons élaboré des outils pédagogiques à destination des patients afin de permettre une auto-évaluation de la douleur, d'éviter une prise trop fréquente et injustifiée d'opioïdes.

La conception de l'outil synthétisant les informations essentielles à connaître peut contribuer au bon usage de la thérapeutique prescrite.

2.2 Les objectifs d'un accompagnement par le pharmacien d'officine

L'objectif est défini comme un but à atteindre. Pour le pharmacien d'officine, la cible est d'informer, d'éduquer et d'accompagner le patient quant aux risques liés aux thérapeutiques.

Un des objectifs est **l'amélioration de l'observance** des patients. Lors de la délivrance de l'ordonnance, une explication du traitement permet une meilleure compréhension de celui-ci et une appropriation des modalités de prise du médicament.

De cet objectif, nous pouvons en déduire qu'un patient informé et mis au centre de sa prise en charge sera un patient davantage observant et conscient des risques en cas de mésusage.

Un autre objectif est **la prévention**. Les opioïdes comportent un risque accru de dépendance. Une prise au long cours, même à faible dose, peut générer de nombreux effets indésirables. Sensibiliser la population par un professionnel de santé et de proximité permet de prévenir les risques associés et tend vers la réduction du mésusage de ces thérapeutiques.

Le dernier objectif est **l'éducation**. Eduquer le patient lors de sa prise en charge à l'officine, c'est le positionner au centre du dispositif de santé. Elle permet à celui-ci de comprendre les symptômes, d'analyser les résultats d'une automesure afin d'adapter les posologies en respectant scrupuleusement la prescription médicale. (8)

Eduquer un patient, c'est lui permettre de mieux se connaître, de mieux gérer son traitement et de prendre des décisions éclairées grâce à des échanges patient-

pharmacien. Ces échanges permettront également au patient de savoir quand il pourra demander une diminution de son traitement pour éviter les dépendances.

La démarche éducative est centrée sur la prise en charge du patient. Elle contribue aussi à la compréhension, à l'appropriation et à l'adhésion de celui-ci au traitement instauré.

C'est un processus d'apprentissage continu et de soutien psychosocial qui permet au patient une meilleure gestion de la douleur et du traitement prescrit.

La finalité d'un accompagnement par le pharmacien est de tendre vers une amélioration de la gestion du traitement par le patient et de contribuer à limiter les risques iatrogéniques liés au mésusage des opioïdes. Pour ce faire, l'entretien pharmaceutique semble être l'outil d'apprentissage regroupant les 3 objectifs ci-dessus.

2.3 L'entretien pharmaceutique

*« L'entretien est un outil indispensable de recherche et de traitement de l'information dans nombre de situations sociales. Tout échange interpersonnel s'inscrit dans une tentative pour ajuster des règles relationnelles et donner un sens à la rencontre. À chaque instant dans l'interaction, ce qui est mis en jeu avec plus ou moins de force ce sont les images, les émotions, les idées, les statuts, la sécurité de chacun des deux protagonistes. Saisir les enjeux de l'échange, observer les comportements, ressentir les émotions, les intentions de nos interlocuteurs nous aident à mieux vivre nos relations ».*²

L'entretien pharmaceutique consiste à proposer aux patients atteints de pathologies chroniques de les accompagner dans l'observance et le suivi de leur traitement.

La loi HPST du 21 juillet 2009 (Hôpital Patient Santé Territoire) et la convention nationale de janvier 2012, ont permis de repositionner et de renforcer les missions du pharmacien d'officine auprès des patients. En effet, les missions du pharmacien sont en constante évolution. Parmi ces nouvelles responsabilités, nous retrouvons l'entretien pharmaceutique. (8)

La convention nationale organise les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Elle décrit l'entretien pharmaceutique comme *« l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient »*. (37)

² <https://www.cairn.info/l-entretien>. « L'entretien Techniques et pratiques ». Par André Guittet. Année : 2013
Pages : 224

Les entretiens pharmaceutiques sont réalisés par des docteurs en pharmacie d'officine.

Ces entretiens permettent au pharmacien d'affirmer le rôle d'expert du médicament et de mettre en exergue ses compétences de conseiller, de valoriser le rôle d'éducation et de prévention des risques associés aux thérapeutiques lors de la dispensation médicamenteuse auprès de la patientèle. (37)

Dans notre projet, l'intention serait un accompagnement pharmaceutique des patients, bien que l'expression d'entretien pharmaceutique soit réservée aux patients atteints de pathologies chroniques. Dans cette thèse, nous souhaitons proposer un accompagnement aux patients souffrant de douleurs chroniques nécessitant la prescription d'opioïdes, mais également aux patients en initiation de traitement par opioïde sans chronicité.

2.4 Choix de la population cible

Cette proposition d'accompagnement s'adresse à des patients majeurs ou mineurs accompagnés de leurs parents, maîtrisant la langue française et se présentant à l'officine avec une primo prescription d'antalgiques opioïdes ou ayant une instauration récente de leur traitement opioïde.

Cette action interviendrait auprès des patients ayant la capacité de comprendre les explications transmises lors de l'instauration du traitement. Le patient devrait être autonome dans sa prise médicamenteuse ou accompagné par un aidant désigné par le patient comme personne de confiance, pouvant recevoir les informations avec le patient.

2.5 Objectifs à atteindre

Les objectifs attendus de cette action seraient :

- L'amélioration de l'observance :
 - En permettant une meilleure compréhension du traitement par les patients.
 - En permettant une autonomie des patients dans la gestion de leur traitement et ainsi dans la gestion de leur douleur.
 - En limitant la survenue d'effets indésirables.
- La prévention du mésusage :
 - En limitant le risque de dépendance et/ou de surdosage au traitement par opioïde.
- La promotion de l'éducation :
 - En démontrant l'importance de l'accompagnement thérapeutique à l'officine.

2.6 Description de l'accompagnement thérapeutique à l'officine

Accompagner, c'est l'action d'aider une personne à s'autonomiser. Pour réussir un accompagnement, il est nécessaire de le décrire en 2 étapes à mener auprès du patient. Nous allons aborder ces 2 étapes dans l'hypothèse où un projet d'éducation serait envisagé à l'officine.

2.6.1 Le premier entretien d'explication

2.6.1.1 La prise de contact

Il s'agit d'un entretien de présentation et de prise de contact avec le patient. Il sera proposé au patient lorsqu'il se présente à l'officine pour la première fois avec une ordonnance d'antalgiques opioïdes.

Cet entretien aura pour but de faire connaissance avec le patient et de recueillir son niveau de connaissance du traitement prescrit. Il nous permettra d'adapter les explications à fournir au patient sur son traitement ainsi que sur le cadre législatif accompagnant la délivrance de ses médicaments.

A l'issue de la phase d'information, les outils thérapeutiques lui seront remis et expliqués.

L'intérêt de cet entretien est d'établir un socle de connaissances et de compétences du patient afin d'amorcer la prise en charge de la douleur lors de l'initiation du traitement. Il permettra également de rendre le patient autonome dans la gestion de ses traitements, de le sensibiliser sur les effets indésirables qui peuvent survenir même si le traitement est pris correctement et à dose usuelles. Ce dernier

point est important car les reconsultations sont souvent dues au fait que les douleurs des patients ne sont pas suffisamment soulagées ou bien que les effets indésirables des traitements prescrits sont trop importants. Il ne s'agit pas d'inquiéter le patient mais de le rendre attentif aux éventuels effets indésirables pouvant survenir et ainsi lui indiquer les moyens de prendre en charge des effets indésirables des opioïdes.

Une synthèse du premier entretien présentera le tableau « de suivi du traitement et d'évaluation de la douleur » (annexe 4) ainsi qu'un flyer récapitulatif sur l'usage des opioïdes (annexe 5).

A la fin de ce premier entretien, il sera nécessaire de laisser un temps d'intégration de ces conseils. Ce laps de temps permettra au patient de questionner le pharmacien sur les points qu'il n'a pas bien compris. Ainsi le patient pourra avoir des réponses rassurantes sur une classe thérapeutique méconnue. Il est fréquent d'entendre des préjugés sur les opioïdes et les risques de dépendance.

2.6.2 Le second entretien

Ce deuxième entretien s'adressera aux patients en poursuite de traitement à l'issue de la première ordonnance.

Le choix du délai après lequel interviendrait ce second accompagnement pourrait-être fixé à un mois. Ce délai tient compte du fait qu'il faut laisser le temps au patient de se familiariser avec son traitement et les outils de suivi. Il ne faut pas trop rapprocher les accompagnements, il est essentiel de laisser au patient le temps d'intégrer les informations transmises. Toutefois, il ne faut pas éloigner les deux rendez-vous au risque de laisser s'installer de mauvaises habitudes créant ainsi un risque de mésusage, voire de surdosage.

Ce délai d'un mois permettra au patient de compléter le tableau de suivi du traitement et de la douleur. L'analyse de ce tableau par le pharmacien va permettre de mettre en exergue en peu de temps le niveau de compréhension des règles d'administration de ses traitements antalgiques. Ce sera l'occasion pour le pharmacien d'évaluer son premier accompagnement.

Une mauvaise compréhension des modalités d'administration des traitements en fonction de la douleur donnera alors lieu, lors de ce deuxième accompagnement, à une nouvelle explication par le pharmacien afin d'obtenir la juste compréhension du traitement par le patient. Le but est de gérer au mieux la douleur du patient sans la sous-estimer mais en lui permettant de prendre l'antalgique adapté à son type de douleur, à un instant t de la prise. Cela permettra d'objectiver l'adéquation entre thérapeutique et douleur.

Lors de ce second accompagnement, la poursuite du traitement sera abordée avec le patient. Dans le cas où une poursuite du traitement serait nécessaire, le pharmacien pourrait contacter le médecin traitant pour engager une consultation et ainsi réévaluer le traitement de la douleur.

On pourra s'appuyer sur l'échelle POMI (Prescription Opioid Misuse Index) qui est utilisée pour évaluer le bon usage des antalgiques opioïdes par le patient. Elle permet de détecter des comportements de mésusage d'un traitement par antalgique opioïde. Cette échelle permet une réévaluation bénéfice-risque pour la poursuite du traitement par le patient. (30)(34)

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

Figure 14: Echelle POMI (30)

Si le score est supérieur ou égal à 2 réponses positives, il est possible que le patient fasse un mésusage de son traitement.

En fonction du résultat à ces questions et en prenant en compte les données rentrées dans le tableau fourni lors du premier rendez-vous, il sera assez aisé pour le pharmacien de détecter un mésusage du traitement. En effet, un patient ayant un score de douleur inférieur à 6/10 sur l'EVA ne doit pas prendre un antalgique opioïde mais préférer un antalgique de pallier inférieur. Si le patient note un score de 3/10 et suit cette évaluation par la prise d'un antalgique opioïde, alors le patient n'a pas compris les modalités de prises de son traitement. Si l'information n'est pas redonnée au patient, une accumulation de ces prises pour des scores de douleur inférieur à 6/10 entrainera un mésusage du traitement par le patient.

Dans ce cas une sensibilisation au risque de dépendance accrue à ces thérapeutiques devra être faite afin d'éviter/limiter le risque d'addiction à ces médicaments.

Certaines questions sont importantes à poser au patient afin de connaître l'état d'esprit dans lequel il se trouve. Les réponses aux questions doivent être honnêtes de la part du patient s'il souhaite que le pharmacien puisse l'aider.

Exemples de questions à aborder avec le patient :

- Avez-vous déjà ressenti une envie incontrôlable de consommer ces médicaments anti-douleur dans un contexte non douloureux ?

Cette question a pour but de rechercher l'instauration d'un « craving », qui est une envie irrésistible de consommer un médicament ou une substance. Le « craving » est un comportement que l'on retrouve chez les usagers de drogue qui, lorsqu'ils sont en état de manque, se mettent à la recherche de leur substance pour retrouver un état de « bien-être ». C'est un signe de dépendance psychique à une substance.

- Avez-vous déjà pris ce médicament anti-douleur pour les raisons suivantes :
 - Être moins anxieux,
 - Vous apaiser,
 - Améliorer votre moral,
 - Vous stimuler,
 - Vous détendre,
 - Dormir,
 - Par plaisir

Cette question va permettre d'identifier si le patient ressent un mal être qui n'aurait pas été pris en charge ou non perçu par les médecins et que le patient comble avec un traitement antalgique créant ainsi un mésusage de celui-ci.

- Avez-vous déjà augmenté le dosage de ce médicament antalgique parce que votre douleur n'était pas assez soulagée ?

Cette question est importante car elle permettra d'adapter la posologie du traitement et ainsi de limiter l'automédication. Le phénomène de tolérance existe, c'est la nécessité de consommer des doses de plus en plus élevées d'une substance afin d'obtenir l'effet recherché. Ce mécanisme devra être pris en compte dans la réévaluation du traitement par le médecin. L'absence de considération de ce phénomène de tolérance par le prescripteur est susceptible d'entraîner une conduite dite de « nomadisme » de la part du patient (30)(38)

Qu'est-ce que le nomadisme ?

Le nomadisme des patients est un phénomène très répandu qui est également à surveiller. Nous expliquons le nomadisme par la multiplication par un même patient de consultations chez des praticiens différents pour un même objet (ici une prescription d'antalgiques opioïdes), dans une période rapprochée. Bien souvent ces patients se font délivrer leur traitement dans différentes pharmacies, à des intervalles de temps très rapprochés également. Ces patients se présentent en pharmacie sans leur carte vitale ou sans possibilité de consulter leur dossier pharmaceutique car ils ont refusé sa création.

Ce nomadisme est analysé en France grâce aux données de l'Assurance Maladie. Celles-ci nous permettent de calculer un indicateur qui, s'il s'avère égal ou

supérieur à 1%, suggère un mésusage du médicament. En 2013, une analyse a été menée révélant des indicateurs élevés pour la morphine (4%), l'oxycodone (1,7%), le fentanyl (1,5%) et le tramadol (1%). Pour le tramadol il a également été montré qu'un risque de nomadisme médical est observé lorsque la prescription de tramadol est associée à un début de traitement récent (risque multiplié par 8,5). Une étude similaire conduite entre 2004 et 2014 portant sur la codéine a rapporté un indicateur égal à 4,03%. C'est pour cela que l'intervention du pharmacien dans la prise en charge de ces patients est nécessaire. (29)

Lors du second entretien, si le pharmacien détecte un mésusage ou une possible dépendance du patient au traitement qu'il suit, il pourra lui proposer un suivi plus rapproché ou l'orienter vers des structures de prise en charge comme les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Dans ce cas, contacter le médecin prescripteur des antalgiques opioïdes du patient sera recommandé.

Comme nous avons pu le voir, ce second entretien a pour but de consolider les connaissances et compétences des patients, de prévenir le risque de mésusage et de dépendance à ces traitements. En informant les patients sur les signes avant-coureurs, ceux-ci pourront adopter une conduite corrective.

Un des risques importants à prendre en compte chez les patients ayant un traitement par opioïde est le syndrome de sevrage.

2.7 Le syndrome de sevrage

Ce syndrome de sevrage concerne tous les médicaments antalgiques opioïdes qu'ils soient forts ou faibles. Il peut intervenir après un traitement ayant eu une durée de quelques semaines à quelques mois voire plus.

Le syndrome de sevrage est caractérisé par un ensemble de critères diagnostiques décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques dans sa cinquième version. (39)

2.7.1 Les critères diagnostiques

2.7.1.1 Critères primaires

La présence d'au moins un des deux critères primaires suivants :

- Un arrêt ou une réduction d'utilisation d'opioïdes qui a été important et prolongé.
- L'administration d'un antagoniste aux opioïdes après une période d'utilisation d'opioïdes.

2.7.1.2 Critères secondaires

La présence d'au moins trois critères secondaires qui apparaissent en quelques minutes ou quelques jours en association d'un critère primaire :

- Insomnie
- Humeur dysphorique
- Fièvre
- Douleurs musculaires
- Dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- Bâillements
- Larmolement, rhinorrhée
- Nausées, vomissements
- Diarrhée

Ces signes ou symptômes peuvent entraîner une détresse ou une altération du fonctionnement psycho-social et/ou professionnel du patient.

Les symptômes aigus du sevrage se dissipent après quelques jours. Cependant, certains symptômes plus résistants peuvent persister quelques semaines voire, quelques mois comme : l'anxiété, l'insomnie, l'anhédonie...

Le syndrome de sevrage n'intervient pas uniquement lors de l'arrêt brutal du traitement, il peut également se manifester avant l'horaire de prise habituel de l'antalgique opioïde, lors d'un retard ou en cas d'oubli de prise du traitement. Il peut aussi se produire lors d'une diminution de la dose, lors d'une prise rapprochée d'un antagoniste opioïde, ou d'un agoniste partiel. Plus de 50% des syndromes de sevrage

au tramadol concerne des prises à doses thérapeutiques, parfois sur des périodes très courtes (moins de 7 jours).

Au vu de la sévérité des symptômes que peut entraîner un syndrome de sevrage, l'accompagnement de la décroissance médicamenteuse est confié aux médecins. (30)(35)(36)(39)(40)

2.8 Les outils thérapeutiques

Afin d'aider le patient dans ses prises de décision à domicile, nous avons créé des outils de suivi de sa douleur et de ses traitements. Un flyer récapitulatif des informations les plus importantes a également été conçu afin de permettre au patient de pouvoir retrouver ces informations rapidement à domicile.

2.8.1 Le tableau du suivi de traitement et d'évaluation de la douleur

Ce tableau a été élaboré afin de permettre au patient de pouvoir quantifier sa douleur à n'importe quel moment de la journée. Celui-ci reprend les différents jours de la semaine ainsi que les différents moments de la journée. Pour chaque jour et pour chaque moment de la journée une échelle visuelle analogique permet au patient d'entourer directement sur sa feuille le score de douleur ressentie.

Les cases T1, T2, et T3, correspondent aux traitements antalgiques prescrits pour le patient. Ces traitements auront été au préalable identifiés lors du premier entretien d'explication.

Les noms de ces traitements auront été reportés sur la notice fournie au patient afin de personnaliser l'outil. Le patient pourra ainsi remplir le nombre de comprimés/gélules qu'il a pris lorsqu'il en a ressenti le besoin.

L'analyse entre le score de la douleur et les prises de traitement par le patient vont permettre de savoir si le patient a bien compris la stratégie médicamenteuse mise en place.

En effet, un patient qui entoure un score de douleur de 3, ne devra pas prendre une unité de traitement opioïde mais commencer par prendre un paracétamol et réévaluer sa douleur ultérieurement.

Si lors de la réévaluation de la douleur le patient entoure un score de 7, alors la prise d'un antalgique opioïde sera justifiée par la cotation de la douleur avec l'échelle visuelle analogique.

Dans la grille « mon suivi de traitement et d'évaluation de la douleur » une case « commentaires » est identifiée. Celle-ci est proposée au patient afin de noter les effets indésirables ressentis. Si le patient le souhaite, il peut noter les actions entreprises. Celle-ci peut également permettre au patient de noter une remarque afin de pouvoir en faire part au pharmacien ultérieurement ou lors du second entretien.

Le tableau est construit sur une semaine. Il est reconductible pour la durée du traitement. De plus, il est nécessaire d'étudier le contenu du tableau avec le patient. Un délai d'une semaine serait à envisager afin de vérifier si le patient a bien compris la stratégie médicamenteuse mise en place pour une gestion optimale de sa douleur.

L'utilisation de ce tableau serait expliquée lors de l'accompagnement qui pourrait être proposé au patient lors de la délivrance de son traitement.

MON SUIVI DE TRAITEMENT ET D'EVALUATION DE LA DOULEUR

SEMAINE DU : AU

	Matin	Midi	Après-midi	Soir	Nuit
Lundi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	
Mardi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	
Mercredi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	
Jeudi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	
Vendredi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	
Samedi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	
Dimanche	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	T1 | T2 T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3	T1 | T2 | T3
	Commentaires :			Commentaires :	

Notice d'utilisation

Comment compléter le tableau « Mon suivi de traitement » ?

1- L'évaluation de ma douleur :

Cet outil est une unité de mesure pouvant évaluer l'intensité de votre douleur. Nous vous proposons une échelle graduée de 0 (Aucune douleur) à 10 (Douleur insoutenable) pour vous permettre une auto-évaluation journalière.

A l'aide de cet outil vous pourrez compléter dans le tableau « Mon suivi de traitement » la case correspondant à l'évaluation de la douleur.

Chaque jour et dès que vous en ressentez la nécessité vous pourrez évaluer en entourant le chiffre correspondant à la cotation de la douleur ressentie.



2- Ma prescription médicale :

Les cases T1, T2 et T3 correspondent aux traitements qui vous ont été prescrits.

Dans votre situation ils correspondent à :

- T1 :
- T2 :
- T3 :

Pour remplir ces cases, il vous suffit de reporter le nombre de comprimés ou gélules pris pour chaque traitement au cours de la journée.

Exemple : si je prends un comprimé de mon traitement T1 le matin, je note le chiffre 1 à côté de la case T1 du matin. Si j'ai ressenti le besoin de prendre deux gélules de mon traitement T2 le midi, je note le chiffre 2 dans la case T2 du midi.

3- Comment remplir la case commentaire :

Dans cette case vous pourrez inscrire :

- Les effets indésirables ressentis et comment les avez-vous gérés.
- Toute remarque dont vous voulez faire part à votre pharmacien

2.8.2 Le flyer : « Mon traitement opioïde »

Ce support d'information destiné au patient sous traitement opioïde regroupe les principales situations et questions que le patient pourrait être amené à se poser.

Sur la première page, il peut être inscrit le nom et le prénom du patient, le nom et éventuellement le numéro de téléphone de son médecin traitant, ainsi que les coordonnées de sa pharmacie référente. Ces informations ont pour but de rendre personnalisable l'outil et par conséquent de faire participer le patient.

Lorsque le patient ouvre l'outil, dès la première colonne, il va pouvoir identifier le traitement opioïde qui le concerne. Celui-ci aura été entouré lors du premier rendez-vous d'accompagnement effectué par le pharmacien d'officine.

Cette action va permettre au patient d'identifier le nom du médicament concerné par cette prise en charge spécifique et ainsi reconnaître la boîte parmi les médicaments délivrés lors d'une même ordonnance.

Dans cette première colonne, le patient va aussi pouvoir identifier la forme pharmaceutique prescrite, libération prolongée ou libération immédiate. Ainsi, il pourra respecter les délais entre deux prises d'opioïde.

Dans la deuxième colonne, le patient a accès à des conseils généraux sur les modalités de prise de son traitement antalgique.

Dans la troisième colonne, le patient va pouvoir retrouver les principaux effets indésirables de son traitement ainsi que des conseils pour lutter contre. Il pourra y retrouver des conseils afin de limiter la survenue de ces effets indésirables.

Lorsque le patient va refermer la première partie du flyer, il va y trouver des conseils clés pour une gestion optimale de sa douleur.

Enfin, la dernière colonne regroupe quelques conseils utiles comme :

- Le site de déclaration des effets indésirables médicamenteux,
- La nécessité de rapporter ses médicaments non utilisés à la pharmacie car ils suivent un circuit de destruction particulier (Cyclamed) ...

Ce flyer sera remis au patient durant l'action de prévention proposée au patient. Il a vraiment pour intérêt de regrouper les informations transmises au patient lors de la délivrance de ses traitements et d'apporter rapidement les réponses aux questions qu'il pourrait se poser ensuite.

Les informations orales sont nombreuses lors de la délivrance d'un traitement. Les patients ne peuvent par conséquent mémoriser qu'une partie de celles-ci. Cet outil permet de synthétiser les informations et contribue à une meilleure adhésion des patients à leur traitement par opioïde.

Points clefs

Il est préférable de prendre précocément votre traitement antalgique et de ne pas attendre de ressentir la douleur



Evaluez fréquemment votre douleur en retraçant par écrit les crises douloureuses: leurs localisation, l'intensité, la sensation, le moment de la journée, si c'est suite à une posture, à un geste ...



Evaluez votre tolérance au traitement.

En cas de survenue d'effets indésirables non résolus par les conseils prodigués, contactez votre médecin ou votre pharmacien



Quelques conseils



En cas de doute, en cas de douleur persistante, contactez votre médecin

Je peux parler de mon traitement et de ses effets indésirables à mon médecin, mon pharmacien ou mon infirmier.



A tout moment je peux déclarer un effet indésirable aux professionnels de santé qui m'entourent ou par internet sur le site du Ministère de la Santé (signalement-santé.gouv.fr)

Je rapporte les médicaments inutilisés à la pharmacie je ne les jette pas dans ma poubelle



Mon traitement antalgique opioïde

Nom:

Prénom:

Médecin traitant:

Pharmacie:



Mon traitement antalgique

Quel est mon traitement prescrit ?

- Tramadol
- Codéine
- Oxycodone
- Fentanyl
- Morphine
- Autre :



Quelles sont les formes pharmaceutiques qui sont prescrites ?

Libération prolongée (LP)

Prise systématique matin et soir pour soulager la douleur de fond.

Action durant 12 heures
Action durant 72 heures



Libération immédiate

Permet de prendre des doses supplémentaires pour stabiliser la douleur et ajuster la dose de fond.

Action durant 4 à 6 heures



Conseils pour bien prendre mon traitement

Je dois prendre mon traitement tel qu'il m'a été prescrit.
C'est à dire que je n'augmente pas, et n'arrête pas seul mon traitement.



Si la douleur persiste malgré la prise intégrale du traitement prescrit, alors je consulte pour faire réévaluer mon traitement

L'ordonnance est pour une durée limitée, je dois donc consulter mon médecin traitant pour évaluer l'efficacité de mon traitement.



Le traitement sera arrêté progressivement:

- si survenue d'effets indésirables importants
- si absence d'effet thérapeutique
- si amélioration ou disparition de ma douleur

Les effets indésirables que je peux rencontrer

Constipation

Pour contrer cet effet je peux :

- manger des fibres en quantité suffisante
- boire régulièrement de l'eau
- pratiquer une activité physique
- prendre un laxatif doux sur conseil médical



Nausées & Vomissements

Pour contrer cet effet je peux :

- faire plusieurs petits repas dans la journée
- manger lentement
- préférer des aliments froids ou tièdes
- déléguer le repas à une tierce personne



Somnolence possible

Attention à la conduite d'un véhicule



Dépendance

Attention à la dépendance en cas d'administration prolongée.
Une envie d'augmenter les doses peut apparaître.



Il sera donc nécessaire de réévaluer le traitement avec votre médecin.

2.9 Etudes d'ordonnances

Dans ce paragraphe, nous allons étudier deux ordonnances qui nous permettront d'illustrer la nécessité de la mise en place de cet accompagnement pharmaceutique.

Contexte n°1

Il s'agit d'une ordonnance de sortie d'hospitalisation post chirurgicale pour un patient âgé de 26 ans. L'ordonnance a été remise le 23 février 2022 au patient lors du rendez-vous pré-opératoire avec le chirurgien. La date prévue de l'opération était le 21 mars 2022. La conjointe du patient s'est présentée à la pharmacie quelques jours avant l'intervention avec ladite ordonnance pour une délivrance anticipée.

Ordonnance :

Sur l'ordonnance, nous observons les médicaments suivants :

- **Paracétamol 1g** : 1 comprimé toutes les 6 heures, pendant 10 jours selon les douleurs.
- **Tramadol 50mg** : 1 gélule / 3 fois par jour, pendant 5 jours à renouveler 1 fois si besoin, si paracétamol insuffisant.
- **Kétoprofène LP100 mg** : 1 comprimé sécable à libération prolongée 2 fois par jour, pendant 5 jours.
- **Esomeprazole 20 mg** : 1 comprimé gastro-résistant une fois par jour, le matin, pendant 5 jours.

Analyse de l'ordonnance :

La prescription médicamenteuse est composée de 3 antalgiques ayant des mécanismes d'action différents :

- ✓ Le **paracétamol** est l'antalgique de référence pour une douleur légère à modérée. La fréquence des prises est, selon les douleurs, toutes les 6 heures (soit 4 grammes par jour). Cette posologie est considérée comme usuelle pour un traitement par paracétamol.
- ✓ Le **kétoprofène LP**, est un anti-inflammatoire à libération prolongée. Son principe actif est libéré sur 12 heures. Le mécanisme à libération prolongée nécessite le respect d'un intervalle de 12 heures entre chaque prise. La planification des prises est souvent décrite par 1 comprimé le matin et 1 le soir afin de couvrir les douleurs diurnes et nocturnes.

Le rôle attendu du kétoprofène pour cette ordonnance est un traitement de fond. Il sera pris systématiquement par le patient, matin et soir sur conseil médical.

- ✓ L'**ésoméprazole**, est un inhibiteur de la pompe à protons. Il est prescrit ici en raison du risque de lésions gastroduodénales pouvant être provoquées par l'anti-inflammatoire : le kétoprofène.
- ✓ Le **tramadol**, est un antalgique opioïde, il est prescrit si la douleur ne cède pas avec le paracétamol. La notion « si douleur notée » sur l'ordonnance est essentielle car elle permet au patient de gérer sa douleur en autonomie. A contrario, l'ordonnance ne précise pas la notion de temps entre chaque prise. Il sera nécessaire de donner cette information au patient lors de la délivrance de l'ordonnance : soit 4 heures minimales entre chaque prise.

Le traitement par tramadol est prescrit pour 5 jours à hauteur de 3 comprimés par jour ce qui fait un total de 15 comprimés pour la durée du traitement. Il est précisé que la prescription de tramadol est renouvelable une fois.

Une boîte de tramadol est composée de 30 comprimés. La délivrance d'une boîte pourrait couvrir 10 jours de traitement et se substituer au renouvellement. A la lecture de l'ordonnance, la mention AR pourrait être supprimée si la délivrance était à l'unité.

De plus, la notion « à renouveler » sous-entend la délivrance de 2 boîtes de 30 comprimés, avec un risque de surconsommation, mésusage ou d'automédication dans un autre contexte de soins.

La délivrance de cette ordonnance interpelle. L'intervention chirurgicale aura lieu dans un mois, l'ordonnance est une prescription post-opératoire et la conjointe du patient se présente à la pharmacie pour la délivrance en amont de l'intervention. Cette situation peut faire évoquer un risque majeur de surconsommation d'antalgique opioïde.

Rôle du pharmacien dans le contexte n°1

Synthèse :

Nous sommes en présence d'une ordonnance établie en pré opératoire, pour une prise en charge de la douleur en post- opératoire. Ainsi, nous extrairons les données suivantes :

- Ordonnance post-opératoire d'opioïdes délivrable en amont d'une intervention,
- La conjointe remplace la présence du patient à la pharmacie,

- L'éducation sur l'observance et la dispensation des médicaments seront réalisées de manière indirecte,
- L'absence de contrôle par le pharmacien des informations transmises au patient par sa conjointe.

L'accompagnement du pharmacien dans ce contexte de délivrance aurait toute sa place dans la chaîne du soin. En effet, dans la situation décrite, le pharmacien n'a pas la capacité de s'entretenir avec le patient car il est absent lors de la délivrance du traitement. Ces situations sont récurrentes en officine. Par conséquent, le message de prévention concernant les opioïdes ne peut pas être transmis instantanément au patient.

Dans cette situation, le pharmacien a un rôle d'encadrement lors de la délivrance de l'ordonnance. Il sera nécessaire d'utiliser des outils pour expliquer à la conjointe du patient le rôle de chaque médicament prescrit.

Nous avons pu observer dans cette ordonnance que le risque de mésusage des opioïdes peut être important.

L'utilisation des outils créés et présentés dans notre thèse pourraient dans ce contexte de délivrance être utilisés comme support d'accompagnement pour garantir la bonne observance des thérapeutiques, et le suivi du traitement par le patient.

Le tableau va permettre de comprendre la stratégie médicamenteuse à adopter et de faciliter la gestion de la douleur par le patient.

Le flyer « Mon traitement opioïde » permettra au patient de connaître les modalités d'utilisation du tramadol et les conseils associés qui ne figurent pas sur l'ordonnance.

Le flyer synthétise toutes les informations nécessaires à la bonne utilisation du traitement par opioïde.

Il a pour objectif de permettre au patient d'obtenir rapidement des réponses à ses questions et de garantir les informations transmises par une tierce personne.

Contexte n°2

Un homme de 50 ans se présente à la pharmacie avec deux prescriptions suite à son admission aux urgences. Après discussion avec le patient, il s'est présenté aux urgences pour une douleur lombaire. Lorsque le patient se présente à la pharmacie, une lecture de la carte vitale est faite et le dossier pharmaceutique du patient est consulté. On y retrouve, une prescription d'IZALGI® réalisée par un chirurgien-dentiste dans les jours qui ont précédé la consultation aux urgences.

Ordonnance :

L'ordonnance rédigée aux urgences comporte les médicaments suivants :

- **Diazépan 5 mg** : 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.
- **LAMALINE®** : 1 gélule matin, midi et soir pendant 5 jours.
- **OXYNORMORO®5mg** : 1 comprimé toutes les 6 heures pendant 5 jours si EVA>3.

Analyse de l'ordonnance :

Sur cette ordonnance nous retrouvons trois médicaments :

- ✓ Le **Diazépan** est une benzodiazépine. Il a des propriétés anxiolytiques, sédatives, hypnotiques, anticonvulsivantes, amnésiantes et myorelaxantes communes à cette classe thérapeutique. Le diazépam est principalement utilisé pour traiter les crises d'angoisses, le délirium tremens, l'anxiété, les sevrages alcooliques ...

Dans ce contexte, la prescription a été faite pour les propriétés myorelaxantes prêtées aux benzodiazépines. Néanmoins, le risque de somnolence est important lors de la prise de ces traitements.

- ✓ La **LAMALINE®** : est un médicament qui associe 3 substances actives ayant pour objectif de se potentialiser. Ce médicament contient du paracétamol, de l'opium et de la caféine.
 - Le paracétamol est un antalgique de pallier 1. Il est utilisé pour des douleurs légères à modérées.
 - L'opium est un opiacé qui confère à la **LAMALINE®** le rang de pallier 2 dans la classification de l'OMS. Il est prescrit pour des douleurs légères à modérées.
- ✓ **L'OXYNORMORO®** contient comme substance active l'oxycodone. C'est un antalgique de pallier 3. L'oxycodone est un antalgique deux fois plus puissant que la morphine.

Sur l'échelle des équivalences, 5mg d'oxycodone correspondent à 10mg de morphine. Pour cette ordonnance le patient peut prendre jusqu'à 4 comprimés par jour : 20mg d'oxycodone équivaut à 40 mg de morphine. Il n'y a pas de doses maximales pour l'oxycodone mais il convient de rechercher la dose minimale efficace afin de limiter l'apparition des effets indésirables.

Rôle du pharmacien dans le contexte n°2

Synthèse :

Nous constatons plusieurs éléments :

- La lecture du DP montre que le patient est en cours de traitement par IZALGI®,
- Il y a une co-prescription d'antalgiques opioïdes sur une même ordonnance.
- Le patient informe le pharmacien que l'ordonnance lui a été donnée à sa sortie sans explication ou mise en garde.

Cette situation nécessite un encadrement de la délivrance par le pharmacien d'officine au regard des nombreux effets secondaires liés à la prescription réalisée aux urgences.

L'action corrective du pharmacien d'officine a permis d'éviter :

- Une polymédication par IZALGI®, LAMALINE®, et OXYNORMORO® par le patient.
- Un risque majoré de dépression respiratoire dû aux traitements opioïdes.
- Un potentiel mésusage voire un surdosage aux antalgiques opioïdes.

Suite aux propos tenus par le patient lors de la délivrance de l'ordonnance à officine, le rôle du pharmacien a été de reprendre avec le patient le contenu de l'ordonnance et de le sensibiliser aux risques d'une poly-prescription. Ensuite il a fallu expliquer au patient comment associer ses traitements pour gérer les différentes douleurs ressenties.

La co-prescription d'opium et d'oxycodone sur une même ordonnance l'expose à un risque important de majoration des effets indésirables des opiacés. Par ailleurs l'association d'antalgiques de pallier 2 et de pallier 3 n'est pas recommandée. Il est

seulement recommandé l'association d'un antalgique de pallier 1 et de pallier 2 ou d'un antalgique de pallier 1 et de pallier 3.

Par la suite l'établissement d'un plan de prises afin de soulager la douleur du patient est nécessaire.

Au début, il est important de s'entretenir avec le patient afin de faire le point sur les douleurs actuellement rencontrées (douleurs dentaires et dorsalgies).

Ensuite, le pharmacien doit sensibiliser le patient aux différents antalgiques prescrits :

- Leur place dans la stratégie médicamenteuse,
- Les effets indésirables à surveiller,
- La gestion de la survenue de ces effets indésirables.
- La signification du sigle « EVA >3 »

Le tableau créé, va aider le patient à gérer ses médicaments. La désignation des antalgiques qu'il peut utiliser pour le traitement de ses douleurs va lui permettre de trier parmi les médicaments présents à son domicile. Ensuite le tableau va lui permettre de structurer la prise médicamenteuse et ainsi lui permettre de respecter la stratégie médicamenteuse élaborée.

Le flyer, lui permettra de comprendre la stratégie médicamenteuse mise en place. Il lui permettra également de parvenir à gérer les effets indésirables qui pourraient survenir au vu de la thérapeutique mise en place.

Ce rôle d'éducation du pharmacien d'officine lors de la délivrance des thérapeutiques est d'aider au mieux le patient dans la gestion de ses traitements au quotidien.

Les outils créés sont des moyens simples et personnalisables pour une gestion optimale du traitement de la douleur ; ils permettent une réponse rapide au patient pour l'informer sur les risques d'effets indésirables.

PERSPECTIVES

En France depuis la loi du 31 juillet 1991, la volonté du système de santé français est l'augmentation des chirurgies programmées en ambulatoire. Elles permettent une réduction des coûts pour les établissements de santé mais également pour l'Assurance Maladie. Une des conséquences de la chirurgie ambulatoire est la réduction du temps accordé au patient dans le relais de l'information concernant le traitement de sortie. (41)

En outre, le désert médical impactant le territoire français oblige les médecins à recevoir de plus en plus de patients avec de moins en moins de temps à leur accorder. Cela entraîne des consultations rapides durant lesquelles le patient n'a pas le temps d'obtenir toutes les réponses aux questions qu'il pourrait se poser sur sa pathologie ou son traitement.

Dans certaines pathologies chroniques, les entretiens pharmaceutiques ont été mis en place afin d'assurer un suivi. Le bénéfice de ces entretiens pour le patient n'est plus à démontrer. Le renforcement des conseils, des messages de prévention et d'éducation est bénéfique à l'adhésion au traitement par les patients. (8)

Aujourd'hui en France, il n'existe pas d'accompagnement pour les patients traités par antalgiques opioïdes. Cependant, cette classe médicamenteuse nécessite une rigueur dans son administration. En effet, dans le développement de cet écrit, nous avons pu démontrer les nombreux risques liés à la prise d'antalgiques opioïdes.

Pour ce faire, un suivi des patients par le pharmacien d'officine pourrait être développé par les autorités de santé compétentes. La feuille de route établie en 2019

par le Ministère des Solidarités et de la Santé français a été ralentie. La crise sanitaire n'a pas permis de développer la totalité des mesures gouvernementales. (35)

Dans cet écrit nous nous sommes inspirés de notre expérience québécoise pour proposer cet accompagnement. En effet au Québec, les patients sortant d'hospitalisation sont suivis par les pharmaciens hospitaliers dans un premier temps. Une semaine après leur sortie d'hospitalisation, ils sont contactés par un pharmacien qui réévalue avec eux leur traitement antalgique. Il est important de préciser qu'au Québec les pharmaciens ont le droit de prescription. Ils peuvent modifier la prescription d'un médecin s'ils le jugent nécessaire.

En France les pharmaciens n'ont pas le droit de prescription mais ils peuvent proposer une intervention pharmaceutique afin de suggérer des ajustements de traitement.

La mise en place de l'accompagnement présenté dans cette thèse pourrait permettre un encadrement de la délivrance des antalgiques opioïdes et ainsi une sécurisation de leur administration en consacrant du temps nécessaire à l'information au patient.

Il conviendrait d'évaluer cet accompagnement grâce à l'utilisation d'un questionnaire destiné à être remis au patient.

L'évaluation de cet accompagnement porterait à la fois sur l'adhésion du patient à son traitement, les effets indésirables et la dépendance :

1) L'adhésion au traitement

Les critères d'évaluation reposeraient sur :

- La clarté des informations apportées au patient,
- La pédagogie du professionnel à encadrer l'action de prévention,
- La pertinence des outils de prévention et de suivi

2) Les effets indésirables

Les critères d'évaluation porteraient sur :

- La diminution de la survenue des effets indésirables lors de la prise d'opioïdes,
- Le niveau d'acquisition des connaissances et d'adhésion du patient,
- Les motifs de reconsultation.

3) La dépendance

Les critères d'évaluation seraient :

- Le risque de dépendance engendré par le traitement opioïde,
- Les évènements ayant généré le mésusage du traitement par opioïde.

CONCLUSION

La consommation des antalgiques opioïdes en France est en augmentation. L'encadrement de la prescription de ces antalgiques est régi par les instances françaises l'ANSM et l'HAS qui ne cessent d'actualiser les référentiels de prescription.

L'augmentation de leur consommation est due en partie à l'élargissement des prescriptions d'opioïdes : ils étaient auparavant réservés aux patients atteints de douleurs chroniques d'origine cancéreuse, depuis l'accès à ces traitements a été facilité. Les stratégies médicamenteuses ont été réadaptées permettant ainsi un élargissement du cadre de prescription de ces antalgiques.

La délivrance de ces médicaments mérite un encadrement personnalisé. Les règles de prescription actuelles ne suffisent plus à contenir les risques de mésusages, de dépendance voire d'addiction.

Les antalgiques opioïdes sont la cible de mésusages voire de détournements de leur indication première. Un accompagnement des patients sous prescription d'antalgiques opioïdes pourrait être un atout pédagogique afin de limiter les risques liés à une surconsommation.

Le pharmacien d'officine est un acteur majeur dans le système de santé. La proximité avec les patients, ses compétences pharmaceutiques et la place terminale dans la chaîne de la délivrance, lui confèrent une place privilégiée dans la sécurisation médicamenteuse.

La nouvelle convention entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie a été signée le 9 mars 2022. Dans cette convention, on peut notamment voir apparaître une volonté de la « confirmation du rôle du pharmacien dans ses missions de conseil et d'accompagnement des patients ». Parmi ces missions, le suivi des patients avec un traitement par opioïdes fait partie des priorités pour les prochains accompagnements mis en place.

Pour donner suite à cette thèse, il serait intéressant de mettre en œuvre les outils thérapeutiques préalablement développés et de les tester afin d'évaluer leur intérêt ainsi que la pertinence de l'accompagnement et du suivi thérapeutique par le pharmacien d'officine des patients sous antalgiques opioïdes.

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

0	absent / pas du tout
1	faible / un peu
2	modéré / moyennement
3	fort / beaucoup
4	extrêmement fort / extrêmement

A	--	Battements	H	--	Picotements	
	--	Pulsations		--	Fourmillements	
	--	Elancements		--	Démangeaisons	
	--	En éclairs		--	Engourdissement	
	--	Décharges électriques		--	Lourdeur	
B	--	Coups de marteau	--	Sourde		
	--	Rayonnante	J	--	Fatigante	
--	Irradiation	--		Epuisante		
--		--		Ereintante		
C	--	Piqûre	K	--	Nauséuse	
	--	Coupure		--	Suffocante	
	--	Pénétrante		--	Syncopale	
	--	Transperçante	L	--	Inquiétante	
--	Coup de poignard	--		Oppressante		
D	--	Pincement		--	Angoissante	
	--	Serrement		M	--	Harcelante
	--	Compression			--	Obsédante
	--	Ecrasement	--		Cruelle	
E	--	En étai	--	Torturante		
	--	Broiement	--	Suppliciante		
	--	Tiraillement	N	--	Gênante	
	--	Étirement		--	Désagréable	
	--	Distension		--	Pénible	
--	Déchirure	--		Insupportable		
F	--	Torsion	O	--	Enervante	
	--	Arrachement		--	Exaspérante	
G	--	Chaleur		--	Horripilante	
	--	Brûlure	P	--	Déprimante	
G	--	Froid		--	Suicidaire	
	--	Glace		--		

Annexe 2: Echelle Algoplus

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE SERVICE

ALGOPLUS
EVALUATION DE LA DOULEUR

*Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë
chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale*

Date de l'évaluation de la douleur / / / / / / / / / / / /						
Heure h											
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé												
2 Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant pleurs, yeux fermés												
3 Plaintes orales "Aie", "Ouille", "j'ai mal", gémisssement, cris												
4 Corps retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées												
5 Comportement Agitation ou agressivité, agrippement												
Total OUI	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5	..... / 5
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

Annexe 3: Echelle Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		0	0	0	0
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR		0	0	0	0
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL		0	0	0	0
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			

COPYRIGHT

Annexe 4: Tableau « Mon suivi de traitement et d'évaluation de la douleur »

MON SUIVI DE TRAITEMENT ET D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

	SEMAINE DU : AU																																																						
	Matin			Midi			Après-midi			Soir			Nuit																																										
Lundi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					
Mardi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					
Mercredi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					
Jeudi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					
Vendredi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					
Samedi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					
Dimanche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	Commentaires :																					

Points clefs

Il est préférable de prendre précocement votre traitement antalgique et de ne pas attendre de ressentir la douleur



Evaluez fréquemment votre douleur en retraçant par écrit les crises douloureuses: leurs localisation, l'intensité, la sensation, le moment de la journée, si c'est suite à une posture, à un geste ...




Evaluez votre tolérance au traitement.

En cas de survenue d'effets indésirables non résolus par les conseils prodigués, contactez votre médecin ou votre pharmacien



Quelques conseils



En cas de doute, en cas de douleur persistante, contactez votre médecin

Je peux parler de mon traitement et de ses effets indésirables à mon médecin, mon pharmacien ou mon infirmier.



A tout moment je peux déclarer un effet indésirable aux professionnels de santé qui m'entourent ou par internet sur le site du Ministère de la Santé (signalement-santé.gouv.fr)



Je rapporte les médicaments inutilisés à la pharmacie je ne les jette pas dans ma poubelle



Mon traitement antalgique opioïde

Nom: _____

Prénom: _____

Médecin traitant: _____

Pharmacie: _____



Mon traitement antalgique	Conseils pour bien prendre mon traitement	Les effets indésirables que je peux rencontrer
<p>Quel est mon traitement prescrit ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol • Codéine • Oxycodone • Fentanyl • Morphine • Autre : 	<p>Je dois prendre mon traitement tel qu'il m'a été prescrit. C'est à dire que je n'augmente pas, et n'arrête pas seul mon traitement.</p> <p>Si la douleur persiste malgré la prise intégrale du traitement prescrit, alors je consulte pour faire réévaluer mon traitement</p>	<p>Constipation</p> <p>Pour contrer cet effet je peux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - manger des fibres en quantité suffisante - boire régulièrement de l'eau - pratiquer une activité physique - prendre un laxatif doux sur conseil médical
<p>Quelles sont les formes pharmaceutiques qui sont prescrites ?</p>	<p>L'ordonnance est pour une durée limitée, je dois donc consulter mon médecin traitant pour évaluer l'efficacité de mon traitement.</p>	<p>Nausées & Vomissements</p> <p>Pour contrer cet effet je peux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire plusieurs petits repas dans la journée - manger lentement - préférer des aliments froids ou tièdes - déléguer le repas à une tierce personne
<p><u>Libération prolongée (LP)</u> Prise systématique matin et soir pour soulager la douleur de fond. Action durant 12 heures Action durant 72 heures</p>	<p>Le traitement sera arrêté progressivement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si survenue d'effets indésirables importants • si absence d'effet thérapeutique • si amélioration ou disparition de ma douleur 	<p>Somnolence possible</p> <p>Attention à la conduite d'un véhicule</p>
<p><u>Libération immédiate</u> Permet de prendre des doses supplémentaires pour stabiliser la douleur et ajuster la dose de fond. Action durant 4 à 6 heures</p>	<p>Dépendance</p> <p>Attention à la dépendance en cas d'administration prolongée. Une envie d'augmenter les doses peut apparaître.</p> <p>Il sera donc nécessaire de réévaluer le traitement avec votre médecin.</p>	<p>Attention à la dépendance en cas d'administration prolongée. Une envie d'augmenter les doses peut apparaître.</p>

BIBLIOGRAPHIE

- (1) The Lancet, Responding to the opioid crisis in North America and beyond : recommendations of the Stanford-Lancet Commission, The Lancet, <https://www.thelancet.com/commissions/opioid-crisis> consulté le 13 février 2022
- (2) Frieih P. Crise des opioïdes : La France peut-elle franchir le ligne rouge ? <https://www.ra-sante.com/crise-des-opioides-la-france-peut-elle-franchir-la-ligne-rouge.html> , consulté le 13 février 2022
- (3) Balio CP, Wiley KK, Greene MS, Vest JR. (2020) Opioid-Related Emergency Department Encounters: Patient, Encounter, and Community Characteristics Associated With Repeated Encounters. *Ann Emerg Med*,75(5),568-575
- (4) Wenghofer EF, Wilson L, Kahan M, Sheehan C, Srivastava A, Rubin A, et al. (2011) Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing, *Can Fam Physician*, 57(3), 324-332
- (5) Kahan M, Wilson L, Wenghofer EF, Srivastava A, Resnick A, Janecek E, et al. (2011) Pharmacists' experiences with dispensing opioids. *Can Fam Physician*, 57(11),448-454
- (6) Piper BJ, Desrosiers CE, Lipovsky JW, Rodney MA, Baker RP, McCall KL, et al. Use and Misuse of Opioids in Maine: Results From Pharmacists, the Prescription Monitoring, and the Diversion Alert Programs. *J Stud Alcohol Drugs*, 2016
- (7) Bailey AM, Wermeling DP. (2014) Naloxone for Opioid Overdose Prevention: Pharmacists' Role in Community-Based Practice Settings, *Ann Pharmacother*,48(5), 601-606
- (8) Amouroux F. Blanchet F. Casado A. Bergue A. et al. *Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens*, Ordre national des pharmaciens, 2018
- (9) Michot P. Catala O. Supper I. Bouliou R. Zerbib Y. Colin C. et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-331.htm>, consulté le 19 décembre 2021

- (10) Ordre National des Pharmaciens, Qu'est-ce que le dossier pharmaceutique ? <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>, consulté le 13 février 2022
- (11) Calvez C. La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, Dossier documentaire, 2020
- (12) Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, Milton, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises, 2020
- (13) Pediadol, Définitions, composantes de la douleur, <https://pediadol.org/la-douleur-definition/#:~:text=La%20composante%20sensori-discriminative%201%20la%20%C2%AB%20qualit%C3%A9%20%C2%BB,permanent%2C%20crises%20paroxystiques%29%204%20la%20localisation%2C%20les%20irradiations.>, consulté le 3 mars 2021
- (14) Gargala G. Douleur et inflammation, cours de 3^{ème} année de pharmacie, Université de Rouen, 2017
- (15) Vidal, Les causes de la douleur, <https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur/causes.html>, consulté le 3 mars 2021
- (16) Galinski M. Lvovshi V. Gil-jardiné C. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence chez l'adulte, Elsevier Masson, 2020
- (17) MSD Watson JC. La douleur chronique, <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/douleur/douleur-chronique>, consulté le 3 mars 2021
- (18) Arsan A. Brasseur L. Bourdon O. Boureau F. Cadet D. Chuzeville G. et al *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, Ministère de la santé et des Solidarités, 2006
- (19) André-vert J. Gardel C. Dumarcet N. Desaulle MS. Bohic N. Garcia V. et al *Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, Haut Conseil de la Santé Publique, 2011
- (20) Ducassé JL. DEQUAD URGENCES : Douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité, Arnette, 2004

- (21) Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, Echelles Douleur, <https://www.sfetd-douleur.org/echelles-douleur/>, consulté le 10 avril 2021
- (22) Association Doloplus, L'échelle Algoplus, <https://www.doloplus.fr/lechelle-algoplus/>, consulté le 10 avril 2021
- (23) Association Doloplus, L'échelle Doloplus, <https://www.doloplus.fr/lechelle-doloplus/#:~:text=%20L%E2%80%99%C3%A9chelle%20Doloplus%20%201%20Conseils%20d%E2%80%99utilisation.%20L%27utilisation,pos%C3%A9s%20au%20sujet%20de%20DOLOPLUS.%20Si...%20More%20> consulté le 10 avril 2021
- (24) Bertin C. Chappuy M. Dupouy J. Michenot N. Verdier S. Trouvin AP. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses, HAS, 2022
- (25) Antalgiques, Quels sont les catégories de médicaments anti-douleur, <https://www.antalgiques.fr/quelles-sont-les-categories-de-medicaments-antidouleur/>, Consulté le 24 avril 2021
- (26) Revue ONKO.fr, Douleurs du Cancer, quelle prise en charge ? <https://onko.fr/douleurs-cancer-prise-charge/>, consulté le 24 avril 2021
- (27) ABCPH, Nouvelle classification des antalgiques, <https://www.abcph.info/.../Nouvelle+classification+des+antalgiques>, consulté le 21 octobre 2021
- (28) Blet D. Les Antalgiques nouvelle classification, http://sofomec11.free.fr/Diapos/ROADS/nvel_classification_des_antalgiques_dr_d_blet.pdf consulté le 21 octobre 2021
- (29) Monzon E. Richard N. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, ANSM, 2019
- (30) Authier N. Bâtisse A. Bertin C. Chenaf C. Daveluy A. Delorme J. et al Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut SAVOIR, ce qu'il faut FAIRE, Respadd, 2018

- (31) Vaubourdolle M. Médicaments, Tome 4, Editions Wolters Kluwer SA, 2013
- (32) Roguet Isabelle et al, Le Vidal 2015, 91 ème édition, Vidal France, 2015
- (33) Récap IDE, Les antalgiques, Les antalgiques | Récap' IDE (recap-ide.blogspot.com), consulté le 25 janvier 2022
- (34) Petitprez K. Cecchin M. Layouni J. Bon usage des antalgiques opioïdes. Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes. HAS, <https://docuident.fr/wp-content/uploads/2021/09/Antalgiques-opioides-Bon-usage-HAs-2019.pdf>, consulté le 1 mars 2022
- (35) Ministère des solidarités et de la santé, Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/prevenir-et-agir-face-aux-surdoses-d-opioides-feuille-de-route-2019-2022>, consulté le 7 mars 2022
- (36) Robillard J. Une feuille de route vise la réduction du mésusage de médicaments opioïdes Hospimedia, <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20190807-gestion-des-risques-une-feuille-de-route-vise>, consulté le 7 mars 2022
- (37) Allenet B. Conort O. Ferrera F. Huon JF. Janoly-dumenil A. Lehmann A et al. Fiche mémo : Les entretiens pharmaceutiques, Société Française de Pharmacie Clinique, 2019
- (38) Centre d'addictovigilance d'Auvergne, Addiction à une substance : Critères DSM-5 <http://www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/dsm-5-addiction/>, consulté le 2 février 2022
- (39) Psychomédia, Sevrage des opioïdes, dont les antidouleurs : symptômes et critères diagnostics (DSM-5), <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2016-11-28/sevrage-opioides-criteres-diagnostiques>, consulté le 2 février 2022
- (40) HAS, Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés, https://www.has-sante.fr/jcms/c_272062/fr/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiaces, consulté le 2 février 2022.
- (41) Ministère des solidarités et de la santé, La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>, consulté le 27 mars 2022

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



JACQUEMIN Emilie

Accompagnement par le pharmacien d'officine des patients sous traitement aigu ou chronique par antalgiques opioïdes.

Th. D. Pharm., Rouen, 2022, 117 p.

RESUME

La crise des opioïdes a débuté aux Etats-Unis depuis plusieurs années. Les autorités de santé françaises mettent tout en place pour limiter l'impact de cette crise en France. Malgré les mises en garde, la consommation d'antalgiques opioïdes en France est en augmentation. Les pouvoirs publics ainsi que le corps médical s'inquiètent des effets indésirables potentiels des morphiniques mais également des risques de mésusage, voire de surdosage pouvant avoir une issue fatale pour le patient. L'accompagnement de la délivrance de ces thérapeutiques est un enjeu de santé publique. Le Ministère de la Santé français a mis en place en 2019 une feuille de route afin de permettre un meilleur encadrement de la délivrance des opioïdes. Dans cette feuille de route on retrouve l'intérêt d'impliquer les patients dans leur prise en charge. Dans ce contexte nous avons élaboré une proposition d'accompagnement par le pharmacien d'officine des patients se présentant à l'officine avec une ordonnance d'antalgiques opioïdes.

Des outils thérapeutiques ont été créés afin de faciliter l'administration et la compréhension de la stratégie thérapeutique par les patients. Un flyer regroupe les informations principales concernant les médicaments opioïdes. Un tableau d'évaluation de la douleur et de suivi de prise des thérapeutiques permet au patient de suivre l'évolution de sa douleur ainsi que son traitement.

Cette thèse décrit la proposition d'accompagnement à l'officine qui pourrait être mise en œuvre.

MOTS CLES : Opioïdes-Douleur-Accompagnement patient-Entretien pharmaceutique-Dépendance-Mésusage

JURY

Président : Mr GARGALA Gilles,
Membres : Mme THARASSE Christine
Mme GUERARD-DETUNCQ Cécile
Mme DAVIGNON Emilie

DATE DE SOUTENANCE : 1er Juillet 2022