



EVALUATION DU BON USAGE DES OPIOÏDES EN BRETAGNE

Résultats d'enquête un jour en établissement de santé

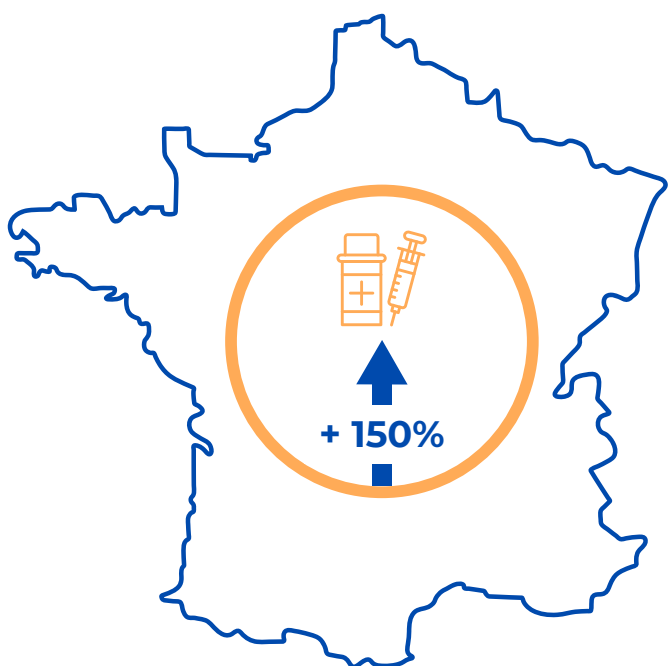
14 OCTOBRE 2024



■ CONTEXTE

Ayant fait l'objet de nombreuses recommandations émanant de sociétés savantes, la prise en charge de la douleur a largement progressé en favorisant notamment un meilleur accès des patients aux traitements antalgiques dont les opioïdes.

Toutefois la problématique du mésusage de cette classe thérapeutique demeure une préoccupation majeure conduisant les pouvoirs publics à élaborer une feuille de route (2019-2022) pour prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes.



En 2019, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) publie un état des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes en France. (1). Ainsi entre 2006 et 2017, la prescription d'opioïdes forts a augmenté d'environ 150 %.

L'oxycodone est l'antalgique opioïde qui marque l'augmentation la plus importante. Tandis que le tramadol devient l'antalgique opioïde le plus consommé (forts et faibles confondus) avec une augmentation de plus de 68 %.

En 2023, des publications dans la presse régionale font état d'une surconsommation d'oxycodone et de morphine dans la région Bretagne en comparaison au reste de la France.

Les représentants des professionnels de santé de la région et des usagers réunis au sein de l'Instance Régionale en charge de la Pertinence des Soins (IRAPS) ont élaboré un Plan d'Actions Pluriannuel de l'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS).

Dans le cadre de ce plan d'action, un groupe de travail sur le thème « bon usage des opioïdes » a été mis en place en s'inscrivant dans le chantier « Améliorer la pertinence des parcours de soin, de prise en charge et d'accompagnement ».

Le groupe est composé :

- de représentants de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne,
- de représentants des professions de santé libérales (URPS),
- des représentants des établissements,
- des représentants des usagers,
- du représentant régional de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD),
- d'un membre la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).
- de représentants de l'assurance maladie,
- de membres de l'OMÉDIT Bretagne,



■ ENJEU

L'enjeu consiste à sécuriser au mieux l'usage des opioïdes, sans en restreindre l'accès aux patients qui en ont besoin.

■ OBJECTIFS

- 1 Évaluer les habitudes des prescriptions des opioïdes des établissements de santé en Bretagne.
- 2 Etablir un profil comparatif par rapport au résultat régional pour chaque établissement participant.

MÉTHODE

Type d'étude

La pertinence est évaluée par la mise en œuvre d'un audit clinique un jour sur les prescriptions d'opioïdes, en hospitalisation :



- dans **des services de médecine** hors oncologie (HC, HS, HJ, SMR)



- et **de chirurgie orthopédique** (HC, HS, HDJ).

Population étudiée

L'étude inclue les patients hospitalisés le 13 février 2023 (ou un jour choisi par l'établissement de santé), pour lesquels il existe une prescription d'opioïde (classe ATC NO2A).

L'identification des dossiers se fait à partir d'une requête sur le Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) en identifiant les patients avec opioïde :

- soit en rétrospectif sur la date du 13 février,
- soit en prospectif, un jour donné en recueillant les traitements et évaluation en cours
- puis à J-21 pour les traitements de sortie (date choisie par l'établissement de santé, de préférence un mardi).

Recueil de données

Un questionnaire a été transmis aux établissements de santé, pour recueillir les informations suivantes :

- Données patients : initial nom et prénom, sexe, âge
- Type d'opiacé(s) prescrit(s)
- Prescription en systématique ou si besoin
- Voie d'administration
- Initiation ou poursuite d'un traitement
- Titration
- Au moins 1 prise durant le séjour
- Antalgiques associés : paracétamol / néfopam / AINS / corticoïdes
- Antalgiques associés en si besoins ou en systématique
- Evaluation de la douleur le jour de l'audit par une échelle de la douleur
- Co-prescription de laxatifs
- Prescription d'opiacés en sortie d'hospitalisation
- Evaluation de la douleur avant la sortie

Le traitement des données est effectué avec le logiciel Excel. Les données sont présentées sous forme de proportion et de moyenne.

Les critères d'évaluations comprennent :

- les données démographiques,
- une cartographie des prescriptions d'opioïdes,
- les modalités d'initiation dont le taux de titration suite à une initiation,
- les modalités de prescription d'opioïdes à la sortie de l'hospitalisation dont le taux de prescription de sortie avec ou sans administration d'opioïde pendant le séjour,
- les modalités de co-analgésie et d'association avec les prescriptions d'opioïdes (taux de co-analgésie, distribution des associations d'analgésies, prescription de laxatif),
- les modalités d'évaluation de la douleur (taux de prescription d'opioïdes avec évaluation de la douleur de moins de 48h en hospitalisation ou en sortie, taux de prescription d'opioïdes avec EVA ≤ 3 de moins de 48h en hospitalisation ou en sortie)

MÉTHODE

Référentiel

Le référentiel principal utilisé pour cette évaluation est la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le bon usage des médicaments opioïdes, validée en mars 2022 (2).

L'évaluation est complétée par d'autres référentiels dont les recommandations :

- de la SFETD (3)
- de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) (4),
- européennes (5),
- de la société de médecine hospitalière (6).

RESULTATS REGIONAUX

1 Caractéristiques démographiques

Au total, 30 établissements de santé ont participé à cet audit avec :

- 26 réponses provenant des services de Médecine,
- 16 réponses provenant des services de Chirurgie orthopédique.

Le profil des patients en Médecine se compose de 622 individus, avec un âge moyen de 69,4 ans (\pm 21,0 ans), la médiane est à 75 ans et une majorité de femmes (sex ratio H/F de 0,78). Pour les patients en Chirurgie, l'échantillon inclut 214 personnes, avec un âge moyen de 68,6 ans (\pm 17,9 ans), la médiane à 72 ans, avec une majorité de femmes (sex ratio H/F de 0,86).



	Médecine	Chirurgie
Nombre d'établissement	26	16
Nb de séjour	622	214
Age moyen	69,4	68,6
Ecart-type	21,0	17,9
Min	8	16
Médiane	75	72
Max	100	99
Femme	332	115
Homme	260	99
Sex ratio (H/F)	0,78	0,86

Figure 1. Caractéristiques démographiques

RÉSULTATS RÉGIONAUX

2 Prescription d'opioïdes le jour de l'audit

Cartographie des prescriptions

Suite à l'audit, le relevé de la prescription d'opioïde montre une moyenne de **1,55 molécules** par patient en médecine et **1,52 en chirurgie**. Les trois molécules les plus prescrites sont :

- la morphine (48,9% en médecine ; 43,3% en chirurgie orthopédique),
- l'oxycodone (38,7% en médecine ; 39,3% en chirurgie orthopédique),
- et le tramadol (7% en médecine ; 14,4% en chirurgie orthopédique).

Parmi les deux opioïdes forts, le taux de prescription de la morphine est légèrement plus élevé que celui de l'oxycodone. La proportion de prescription de tramadol est plus élevée en services de chirurgie orthopédique (14,4%) par rapport à celle des services de médecine (7,0%).

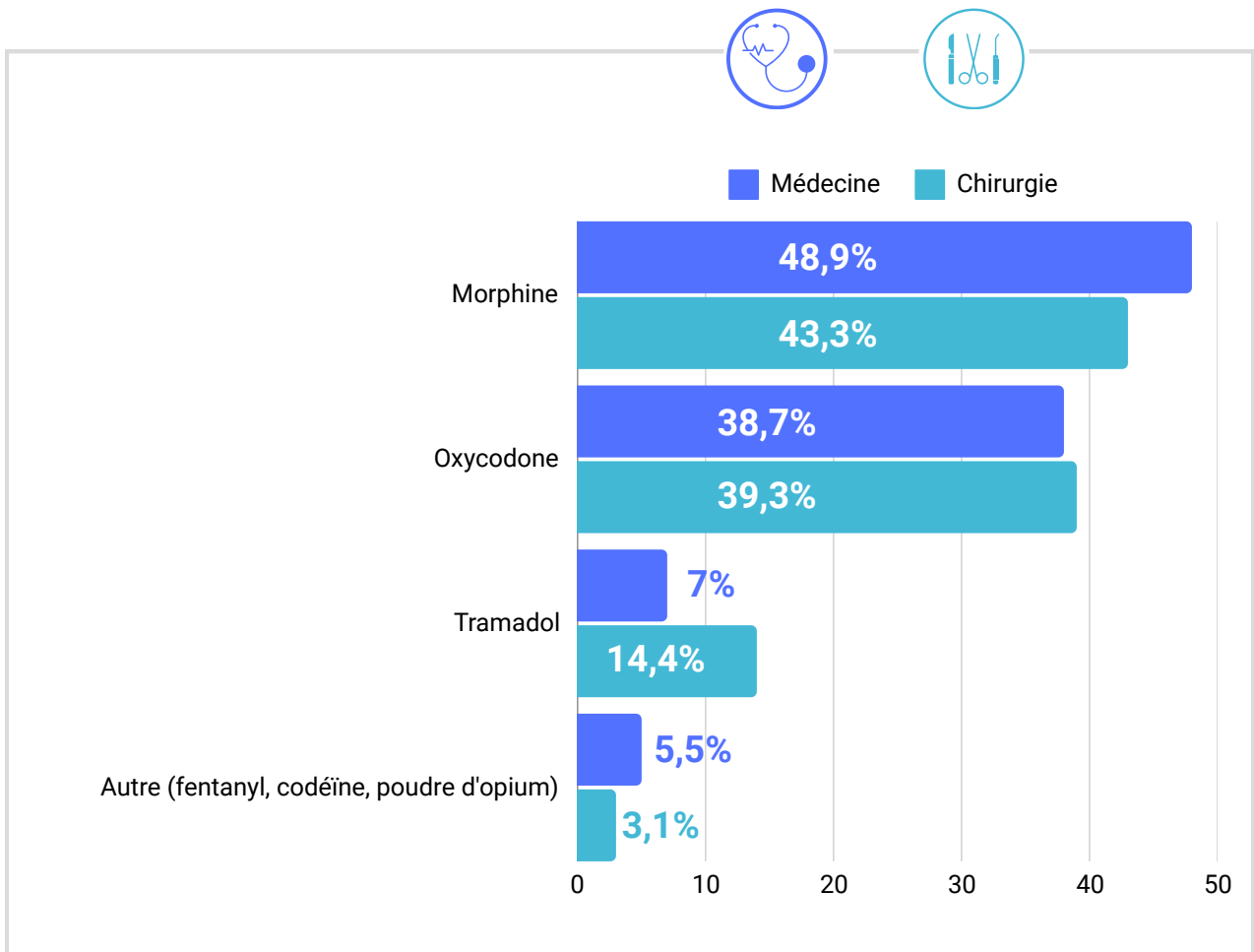
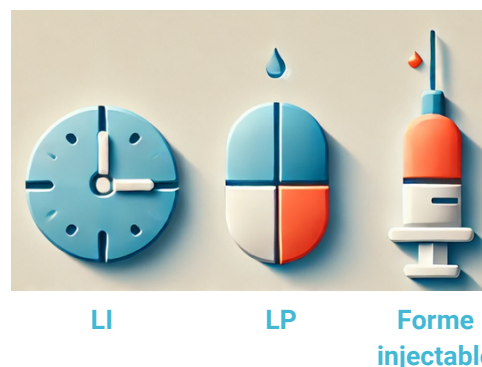


Figure 2. Répartition des molécules d'opioïdes prescrites

Formes galéniques utilisées

Une répartition des prescriptions de morphine et d'oxycodone a été réalisée selon les formes galéniques :

- forme orale à libération immédiate (LI),
- prolongée (LP),
- ou forme injectable.



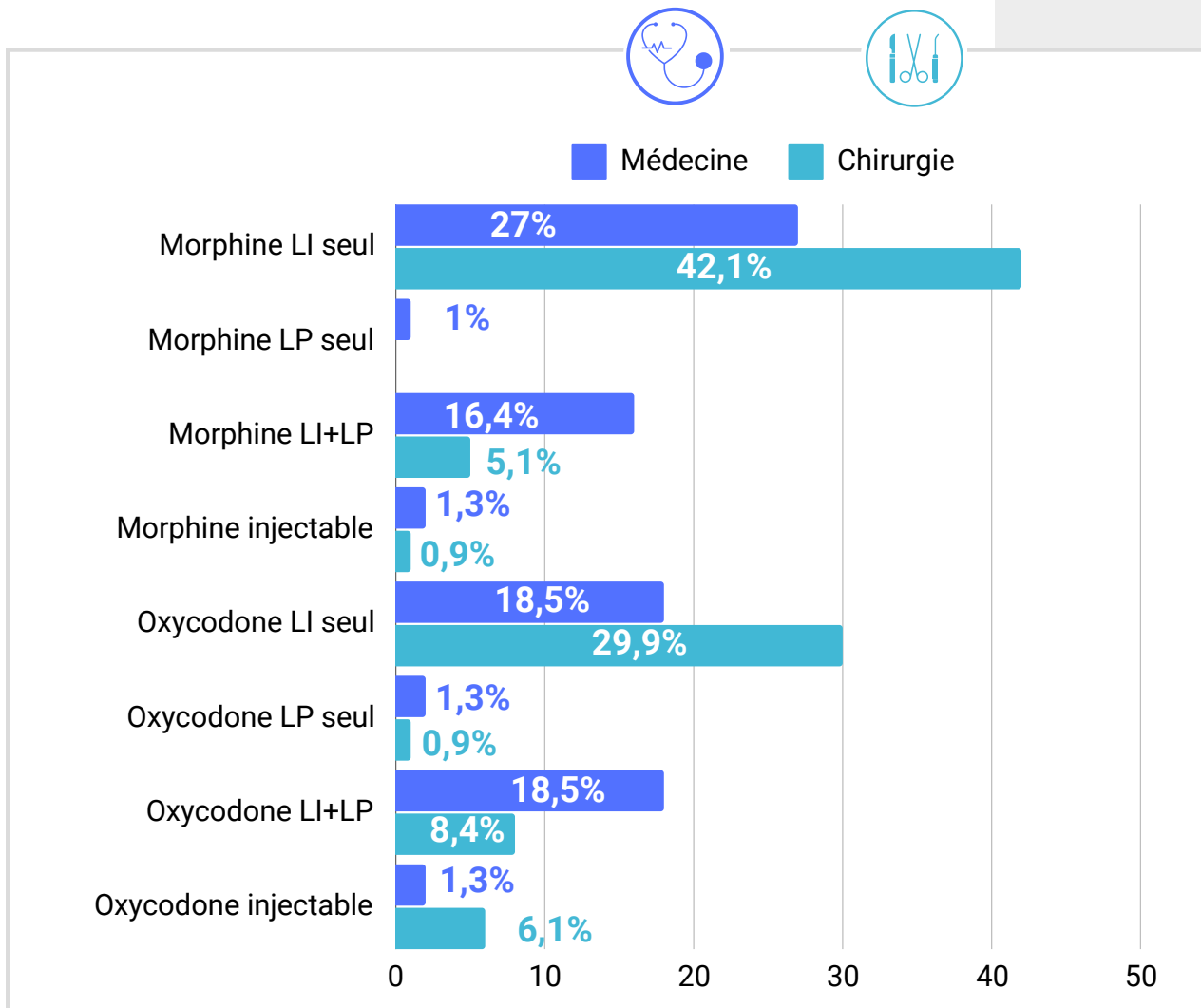
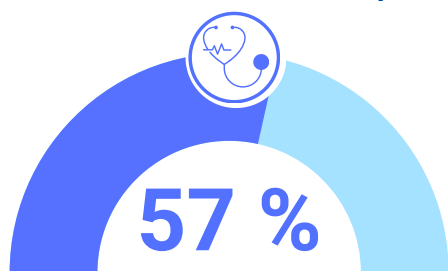
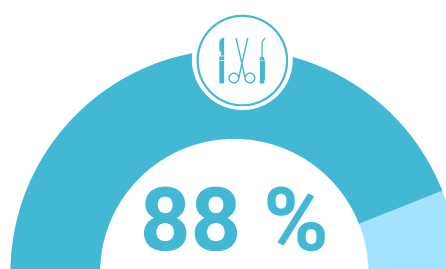


Figure 3. Répartition des molécules d'opioïdes prescrites

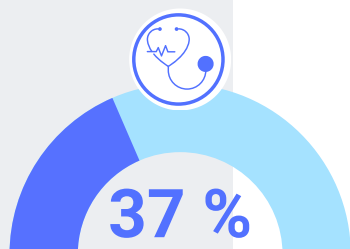
Les modalités d'initiation d'opioïdes



des patients avait **une initiation** d'opioïde pendant leur séjour en médecine ET

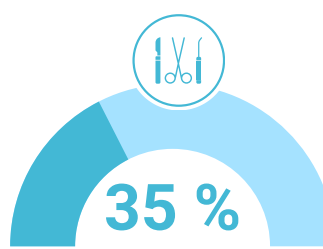


des patients avait **une initiation** d'opioïde pendant leur séjour en chirurgie orthopédique.



des initiations étaient instaurées **par titration** en médecine

ET



des initiations étaient instaurées **par titration** en chirurgie orthopédique.

3 Co-analgésie et associations

Vue globale des différents modalités d'associations des opioïdes avec les Antalgiques Non Morphiniques (ANM)

Plus de 95%

des patients sous opioïdes ont une association avec au moins un antalgique non morphinique (ANM) et/ou une approche non médicamenteuse.

L'association d'ANM la plus fréquente avec un opioïde, se fait avec le paracétamol seul (64% des patients en médecine, 35 % des patients en chirurgie).

Pour **les services de médecine**, on retrouve ensuite des associations d'opioïde avec le paracétamol et le néfopam (15%), puis le paracétamol et les corticoïdes.

En **chirurgie orthopédique**, le deuxième protocole d'association le plus utilisé est l'association au paracétamol et au néfopam (25%), puis le protocole opioïde + paracétamol, AINS et néfopam (22%)

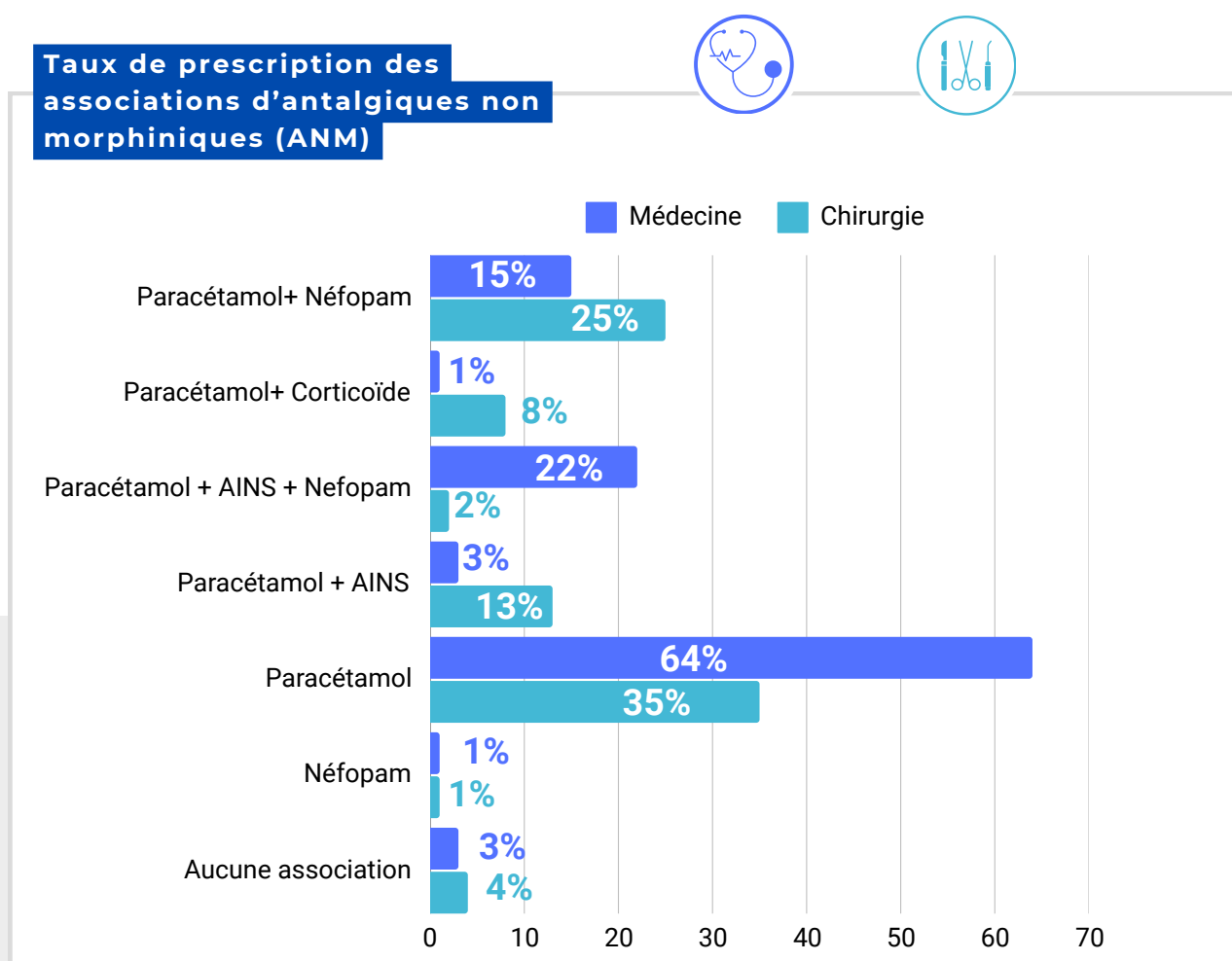


Figure 4. Répartition des protocoles d'association d'ANM

ANM prescrit en systématique ou en si besoins



En **médecine**, la part des prescriptions en systématique est majoritaire pour les associations avec les corticoïdes et les AINS. L'association avec le néfopam est à 76% prescrit en si besoin. L'association avec le paracétamol est réalisée à 53% en si besoin et 47% en systématique.

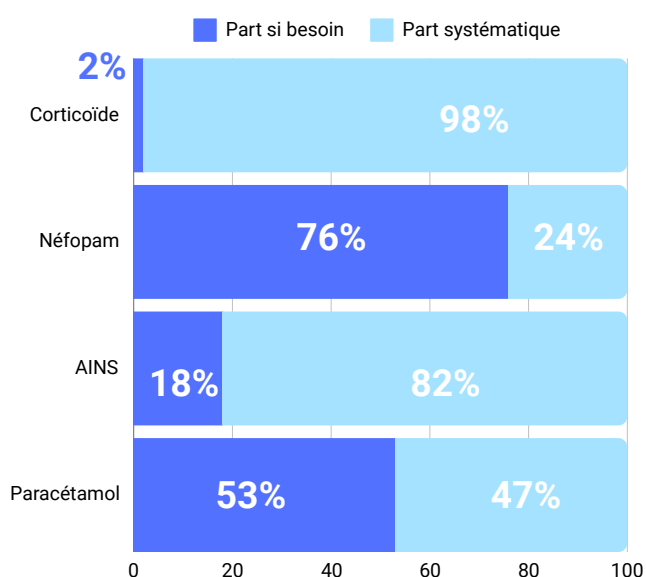


Figure 4. Répartition des modalités de prescriptions des ANM en médecine



En **chirurgie orthopédique**, la part des prescriptions en systématique est majoritaire pour les associations de corticoïdes, AINS et paracétamol. L'association avec le néfopam est à 58% prescrit en si besoin.

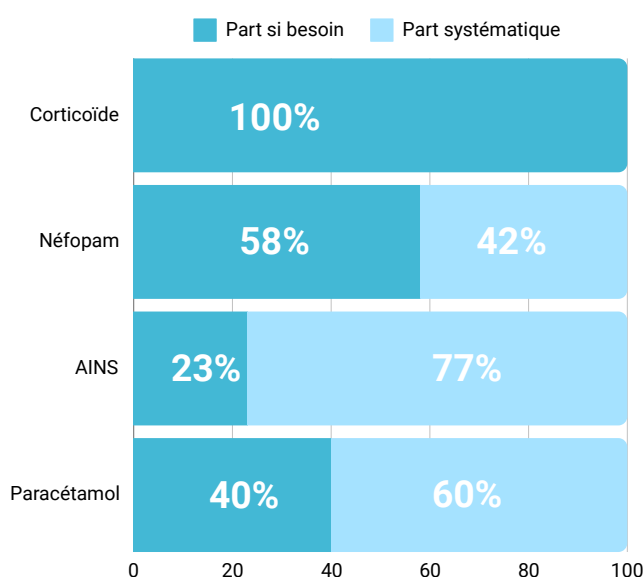


Figure 5. Répartition des modalités de prescription des ANM en chirurgie orthopédique

Associations entre opioïdes forts et faibles

2,3% des séjours en médecine présentait une prescription associant un opioïde fort (morphine ou oxycodone) et un opioïde faible (tramadol). Ce résultat s'élève à 17,8% des séjours en chirurgie. L'association pouvait comprendre une prescription en si besoin pour l'une des molécules.



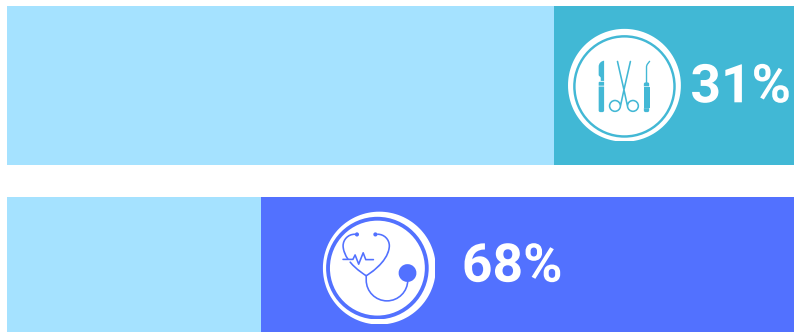
2,3%



17,8%

Coprescription de laxatif

Seuls 68% des séjours en médecine et 31% de séjour en chirurgie orthopédique présentait une coprescription de laxatif.



Focus des associations ANM en chirurgie orthopédique

Une répartition des différentes associations d'ANM avec soit des opioïdes forts (morphine et oxycodone), soit des opioïdes faibles (tramadol) a été réalisée. Les données sont présentées sous forme de pourcentage du total des séjours.

L'association la plus utilisée comprend le paracétamol et :

- dans 30,8% des séjours, une association avec la morphine ou l'oxycodone,
- dans 6,1% des séjours, une association avec le tramadol.

Le deuxième protocole d'association le plus utilisé inclus un opioïde, paracétamol, AINS et Néfopam :

- 21% des séjours en association avec un opioïde fort,
- 6,5% des séjours en association avec le tramadol,
- soit au total 27,5% des séjours.

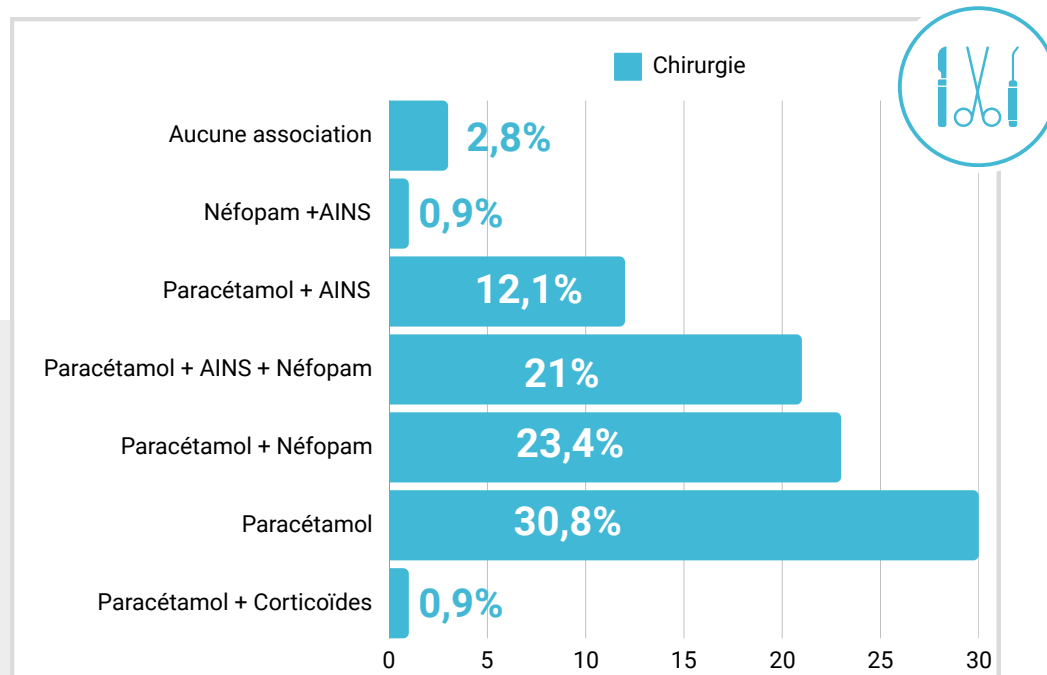


Figure 6. Répartition des différentes associations d'ANM avec des opioïdes forts (morphine ou oxycodone) dans les services de chirurgie orthopédique

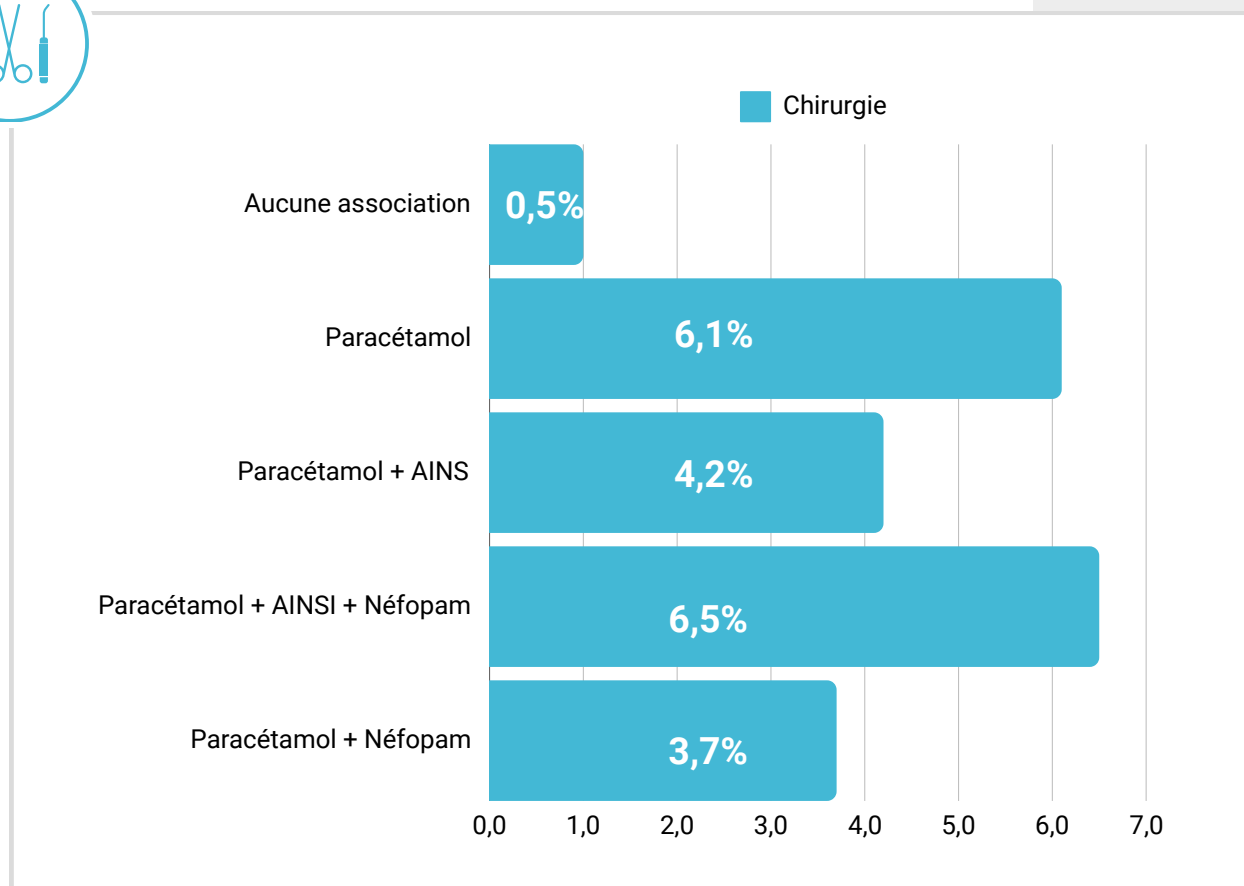


Figure 7. Répartition des différentes associations d'ANM avec des opioïdes faibles (tramadol) dans les services de chirurgie

Prescription de sortie

Chez les patients bénéficiant d'une prescription d'opioïde pendant le séjour, 48% des patients hospitalisés en médecine et 56% en chirurgie orthopédique sortent avec une prescription d'opioïde. Parmi ces prescriptions de sorties, en médecine, 38% des patients avaient une initiation à l'hôpital. Ce chiffre s'élève à 52% en chirurgie. Enfin, **3% des patients en médecine avait une initiation à la sortie d'hospitalisation prescrit en si besoin mais sans administration à l'hôpital, et 11% de patient en chirurgie.**



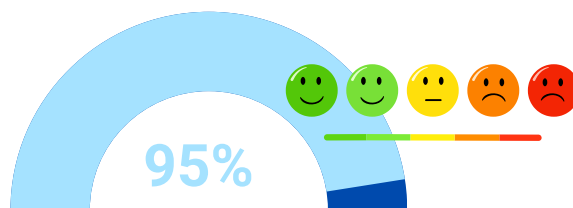
	Médecine 	Chirurgie 
Taux de prescription d'opioïde en sortie (% des séjours totaux)	48 %	56 %
Taux de poursuite de prescription initiée à l'hôpital (% des séjours avec prescription à la sortie)	38 %	52 %
Taux de prescription d'opioïde à la sortie SANS administration à l'Hôpital (% des séjours avec prescription à la sortie)	3 %	11 %

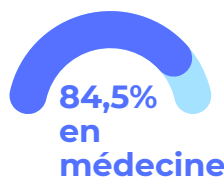
Figure 8. Tableau sur les modalités de prescriptions d'opioïdes à la sortie d'hospitalisation — 10

Evaluation de la douleur

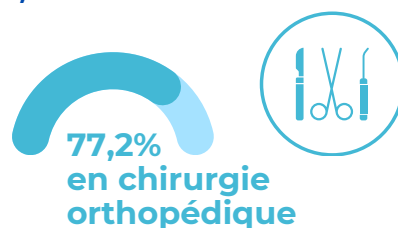


Près de 95% des patients présentant une prescription d'opioïde ont bénéficié d'une évaluation de la douleur avec une échelle d'évaluation (EVA, ENS, EN, Doloplus, Algoplus...) pendant le séjour et avant la sortie d'hospitalisation. Les données récupérées sont les résultats de la dernière évaluation sous 48h avant la sortie de l'hospitalisation.

Parmi les patients ayant bénéficiés d'une évaluation,



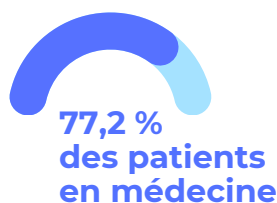
ET



sont soulagés par la prise d'opioïdes (EVA ou équivalent ≤ 3).

Concernant la sortie d'hospitalisation :

- Parmi les patients évalués,

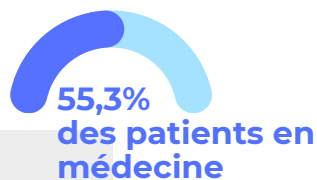


ET

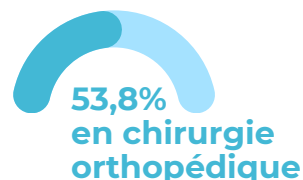


sont soulagés par la prise d'opioïdes (EVA ou équivalent ≤ 3) et présentent une prescription d'opioïdes à la sortie d'hospitalisation

- Parmi les patients évalués,



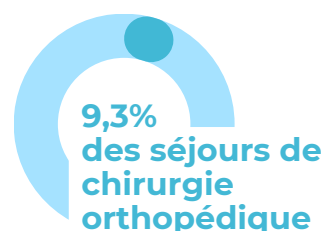
ET



n'ont plus de douleur (EVA ou équivalent = 0) et présentent une prescription d'opioïdes à la sortie d'hospitalisation.





ET



présentaient un traitement pour la douleur neuropathique.

Figure 9. Tableau sur les modalités d'évaluation de la douleur

		Médecine 	Chirurgie orthopédique 
Taux d'évaluation (% séjour)	En hospitalisation	94,4%	94,4%
	En sortie	94,4%	100%
Taux de prescription d'opioïdes avec évaluation montrant une douleur faible (EVA < 4 ou équivalent) (% des patients évalués)	En hospitalisation	84,5%	77,2%
	En sortie	77,1%	82,4%
Taux de prescription d'opioïdes en absence de douleur (EVA = 0 ou équivalent) (% des patients évalués)	En sortie	55,3%	53,8%
Cas particulier des patients présentant des douleurs neuropathiques	Taux de patient traité par opioïde avec traitement pour douleur neuropathique	19,5%	9,3%
	Taux de patient avec un traitement pour la douleur neuropathique bénéficiant une évaluation par score DN4	0,00%	0,00%

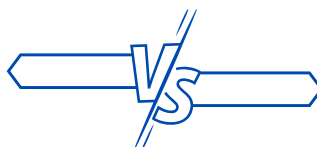
DISCUSSIONS

Remarques générales

Ce travail régional avec la participation de 31 établissements nous permet d'obtenir un échantillon de taille importante (30 % des établissements sanitaires bretons)

Les caractéristiques démographiques révèlent que les patients hospitalisés avec prescriptions d'opioïdes sont surtout **des patients âgés** (>65 ans, avec une médiane supérieure à 70 ans) et **de prédominance féminine**.

Les modalités de prescriptions et d'instaurations d'opioïdes



Pour les modalités de prescription d'opioïdes

Elles suivent globalement les recommandations de la HAS (2), à savoir :

- une utilisation privilégiée de la forme LI,
- la forme LP est systématiquement associées à une forme LI,
- et la voie orale est privilégiée.

Pour les modalités d'instaurations

Seulement 1/3 environ des initiations d'opioïdes dans les établissements de santé en Bretagne étaient réalisées après titration.

Ce taux de titration peut être amélioré. En effet, les recommandations de bon usage des opioïdes préconisent qu' : « un traitement opioïde est instauré par titration, qu'il soit à visée antalgique ou substitutive, pour atteindre respectivement le soulagement de la douleur ainsi que la réduction ou l'arrêt de la consommation d'un opioïde ».

La co-analgésie et les associations

L'association des opioïdes avec au moins un antalgique non morphinique (ANM) est appliquée dans près de 95% des séjours.

Approche multimodale

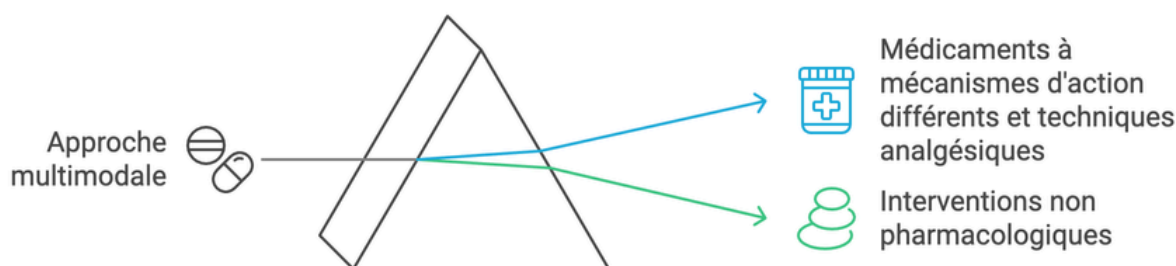
En effet, selon les recommandations de la HAS (2) : «Le traitement de la douleur, quelle que soit son intensité, doit s'appuyer sur une approche multimodale : médicamenteuse et non médicamenteuse »



Utilisation d'opioïdes

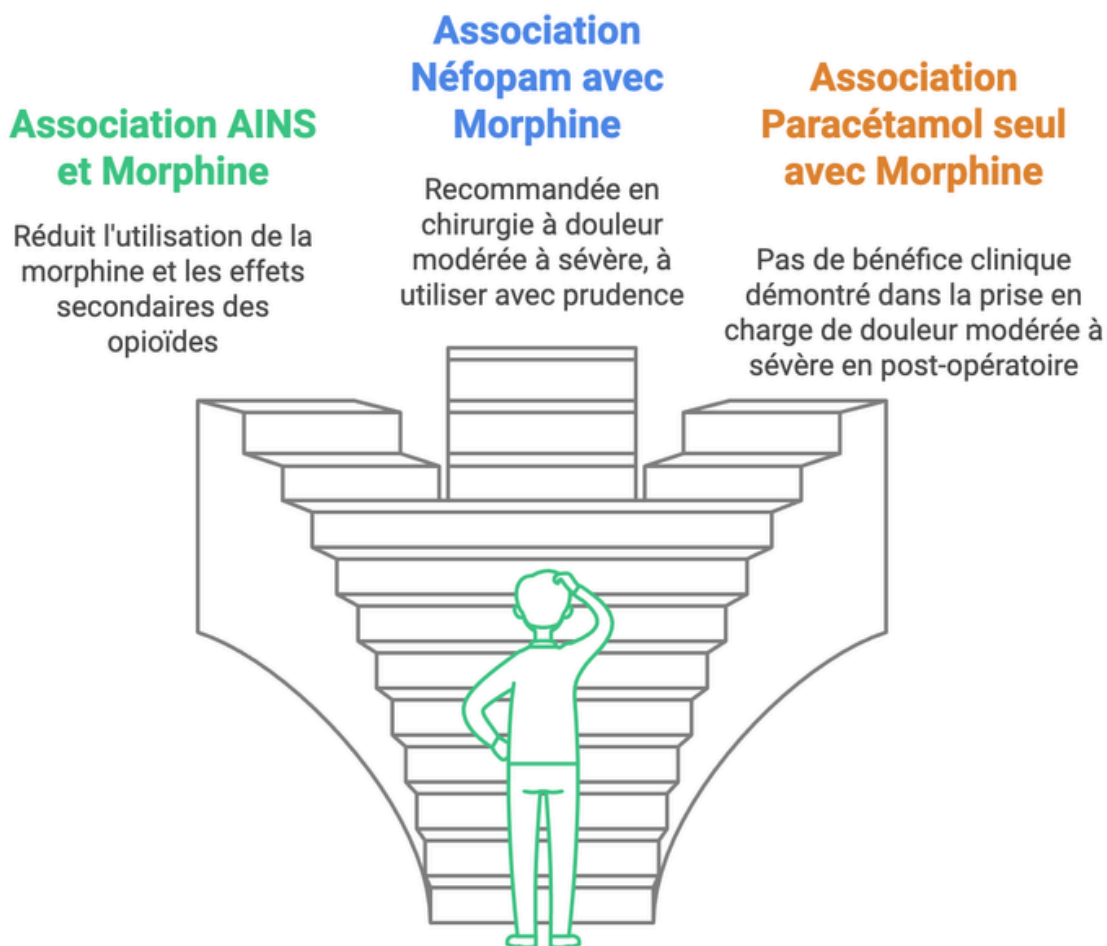
et « les antalgiques opioïdes ne doivent être envisagés dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses que lorsque l'ensemble des autres propositions thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été essayées ».

L'approche multimodale consiste également en «l'utilisation de médicaments à mécanismes d'action différents et de techniques analgésiques combinés à des interventions non pharmacologiques permettant de limiter les doses de médicament antalgique opioïde».



Les recommandations formalisées d'expert (RFE) publiées par la SFAR en 2008 (3), mises à jour en 2015 (4) précisent qu'il est recommandé d'associer au moins un analgésique non morphinique (ANM) lorsque de la morphine est utilisée en postopératoire par voie systémique. Un travail de synthèse a été proposé également de façon précise sur les associations recommandées (7).

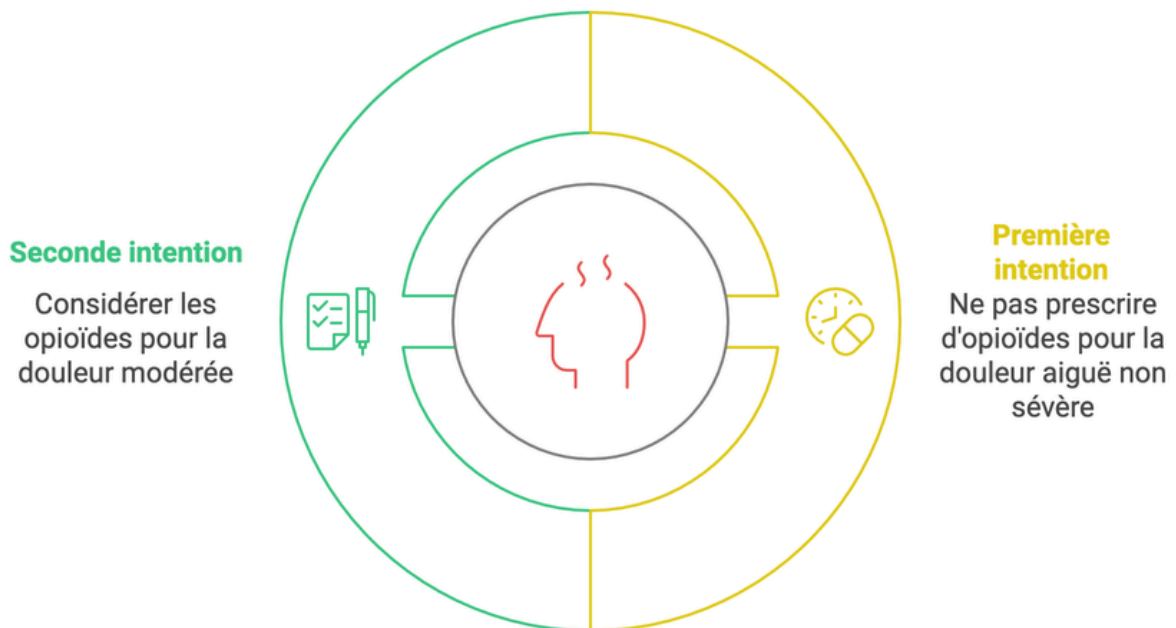
- **L'association AINS et morphine** serait la plus intéressante en terme d'épargne morphinique et réduction d'effets secondaires des opioïdes. La SFAR recommande d'associer un AINS non sélectif (AINS) ou un inhibiteur sélectif des cyclo-oxygénases de type 2 (ISCOX2) à la morphine en l'absence de contre-indication à l'usage de l'AINS (risque de saignement élevé, insuffisance rénale). L'observation dans cette étude montre que l'AINS n'est jamais utilisé seul en association avec un opioïde, il sera systématiquement inclus dans une tri-association voire quadri-association.
- **L'association nefopam et morphine** est probablement recommandée après chirurgie, à douleur modérée et sévère selon la SFAR (3). Cette association est à utiliser avec prudence chez le patient coronarien en raison d'un risque de tachycardie (7). L'observation de l'association néfopam et morphine dans cette étude est identique aux AINS : le néfopam n'est jamais associé seul et sera systématiquement inclus dans une tri-association voire quadri-association. Le premier protocole de pluri-association observé en post-opératoire est la quadri-association opioïde, paracétamol, AINS et néfopam.
- **L'association paracétamol seul avec la morphine** n'a pas démontré de bénéfice clinique dans la prise en charge de douleur modérée à sévère en post-opératoire. Pourtant, il s'agit du premier protocole de co-analgésie utilisé en chirurgie, dans notre évaluation.



Les modalités de prescriptions d'opioïdes et d'évaluation en sortie d'hospitalisation

Concernant les prescriptions d'opioïdes en sortie d'hospitalisation, on retrouve des prescriptions d'opioïdes à la sortie, chez des patients non traités par opioïde pendant toute la durée de leur hospitalisation (médicament prescrit en si besoin sans aucune administration à l'hôpital). L'évaluation de la douleur est faite de façon systématique. Parmi les patients évalués, une grande majorité des patients était soulagée (EVA ≤ 3) et disposait d'une prescription d'opioïde à la sortie pour poursuivre leur traitement. **La moitié des patients évalués en sortie ne ressentait plus de douleur (EVA = 0) mais disposait tout de même d'une prescription d'opioïde à la sortie.**

Selon les recommandations de bonne pratique : « Il n'est pas recommandé de prescrire des médicaments antalgiques opioïdes pour le traitement de douleur aiguë non sévère **en première intention**. Ils pourront être proposés, **en seconde intention** dans le cadre de douleurs modérées ($4 \leq EN < 6$) ».



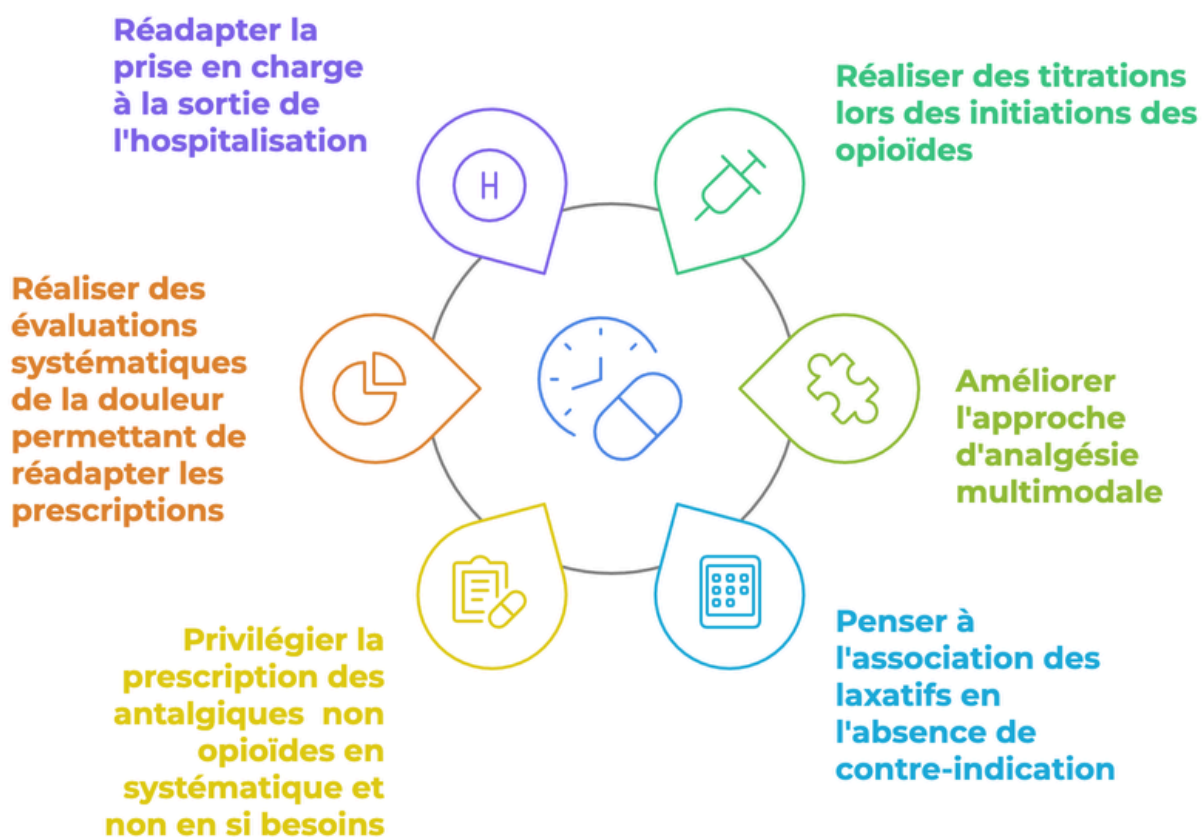
L'observation de cet audit suggère la nécessité d'un relai de la prise en charge de la douleur et de la gestion de l'arrêt des opioïdes, en ambulatoire. La question de la sécurisation de cette pratique s'impose, devant le risque de mésusage des opioïdes. Une évaluation approfondissant les modalités de prescriptions et d'évaluations en sortie d'hospitalisation (durée de prescription, posologie, l'existence d'un protocole, de posologie dégressif, réévaluation de la douleur en ambulatoire...) sera proposée.

L'évaluation de la douleur neuropathique

Une faible proportion des patients avait un traitement pour des douleurs neuropathiques. Cependant aucune évaluation n'a été réalisée par le score DN4 chez ces patients permettant de diagnostiquer une étiologie neuropathique. Selon la SFETD (8) : « les opioïdes forts (en particulier la morphine et l'oxycodone) et le tramadol ont un niveau de recommandation faible en faveur de son utilisation dans les DN périphériques ». Potentiellement, certains patients pouvant présenter des douleurs neuropathiques, ne bénéficiant pas d'une évaluation spécifique par le score DN4, pourraient engendrer des utilisations des opioïdes non adaptées.

CONCLUSION

Cette étude propose d'observer les modalités de prescription des opioïdes dans les établissements de santé. La participation de 30 établissements de santé permet d'avoir une visualisation des pratiques en région Bretagne. L'audit met en évidence certaines **pistes pour sensibiliser les prescripteurs dans le bon usage des médicaments opioïdes**, notamment :



PERSPECTIVES

Suite à cette audit, des pistes d'explorations complémentaires pourront être proposées :



REMERCIEMENTS

Remerciements au professionnels du CHU de Rennes (Dr Beloeil, Dr Cardiet et Mme Davy) qui ont initié la démarche d'évaluation de la pertinence des prescriptions d'opioïdes en hospitalisation. Cette étude suit la méthodologie proposée par le CHU de Rennes.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) E. MONZON - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**
Rapport sur l'état des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques
Février 2019
- (2) HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)**
Recommandation - Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses
Mars 2022
- (3) ANNALES FRANÇAISES D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (ANREA)**
Recommandations formalisées d'experts - Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. 27(12):1035-41.
Décembre 2008
- (4) AUBRUN F, NOUETTE GAULAIN K, FLETCHER D, BELBACHIR A, BELOEIL H, CARLES M, ET AL.**
Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. Anesthésie Réanimation. 2(6):421-30.
Décembre 2016
- (5) HÄUSER W, MORLION B, VOWLES KE, BANNISTER K, BUCHSER E, CASALE R, ET AL.**
European* clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain – Part 1 : Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. Eur J Pain. 25(5):949-68.
Mai 2021
- (6) HERZIG SJ, MOSHER HJ, CALCATERRA SL, JENA AB, NUCKOLS TK.**
Improving the Safety of Opioid Use for Acute Noncancer Pain in Hospitalized Adults: A Consensus Statement From the Society of Hospital Medicine. J Hosp Med. 13(4):263-71.
Avril 2018

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(7) BELOEIL H. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (SFAR)

Les associations médicamenteuses antalgiques. 53ème Congrès National Anesthésie et de Réanimation : Evaluation et traitement de la douleur.

2011

(8) MOISSET X, BOUHASSIRA D, COUTURIER JA, ALCHAAR H, CONRADI S, DELMOTTE MH, ET AL.

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique: une synthèse des recommandations françaises.

Douleur Analgésie. 33(2):101-12.

Juin 2020

ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS

CHU de Brest
CHU de Rennes
CH Bretagne Atlantique
GH Bretagne Sud
CH de Cornouaille
GH Rance Emeraude
CH de Saint Briec
CH de Douarnenez
CH de Fougères
CH Guillaume Régnier
CH de Guingamp
CH de Landerneau
CH de Lannion
CH de Lesneven
CH de Paimpol
CH des Pays de Morlaix
CH de Ploermel
CH de Redon
CH de Tréguier
CH2P
EPSM Saint Avé
EPSM Sud Finistère
ES Le Divit
Fondation Ildys
FSEF
HGO (CMBO)
HGO Clinique La Sagesse
HIA Brest
Institut Cap Horn
UGECAM Kerampir