



Programme de  
**GESTION THÉRAPEUTIQUE**  
des médicaments

## PGTM

# Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite d'une chirurgie

---

**Protocole  
Mars 2020**

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



Centre universitaire  
de santé McGill



McGill University  
Health Centre



Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire néonéonatal

Université  
de Montréal

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke



# Protocole PGTM

## NOTE

Nous aimerions porter à votre attention une modification apportée au protocole concernant la deuxième question décisionnelle. La quantité d'opioïdes prescrite au congé a été calculée par 24 heures et non sur la quantité totale. La question décisionnelle se lit donc comme suit :

*Est-ce que le choix de l'agent et la quantité d'opioïdes prescrite par 24 heures en EMO concordent avec l'utilisation durant les 24 dernières heures avant le congé pour la population hospitalisée en postopératoire à la suite d'une des quatre chirurgies ciblées?*

Une mise à jour du protocole a été réalisée et l'analyse des résultats a été faite pour répondre à cette nouvelle question.

Nous tenons à préciser que ces modifications ne changent pas les recommandations du rapport.

Présenté et approuvé par le comité scientifique du PGTM, 30 novembre 2022

## **Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite d'une chirurgie**

### **Contexte**

La crise des opioïdes, qui sévit actuellement en Amérique-du-Nord, se définit comme étant l'augmentation des cas de surdoses aux opioïdes. Cette augmentation a plusieurs causes : l'augmentation de la prescription des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses, l'utilisation à des fins non thérapeutiques et aussi la disponibilité grandissante des opioïdes plus puissants comme le fentanyl sur le marché illicite<sup>1</sup>. Les impacts de la crise des opioïdes sont tels que pour la première fois l'espérance de vie pourrait être en déclin au pays, ce qui est déjà le cas en Colombie-Britannique où elle a diminué de 0.38 ans de 2014 à 2016<sup>2</sup>. Parmi les patients vus pour une surdose en centre hospitalier en Ontario, 73 % disent avoir commencé avec des opioïdes prescrits<sup>3</sup>. Une étude chiffre le développement d'un trouble d'usage d'opioïde à la suite d'une chirurgie à 183 sur 100 000 patients. La durée de la prescription est le plus grand prédicteur du développement d'un trouble d'usage. Chaque semaine supplémentaire augmente le risque de 44 %<sup>4</sup>. Les lignes directrices recommandent d'utiliser les opioïdes pour la plus courte période possible à la suite d'une chirurgie<sup>5</sup>.

Une étude rapporte une grande variabilité dans la quantité d'opioïdes prescrits après des chirurgies générales<sup>6</sup>. Le PGTM propose d'évaluer les ordonnances d'opioïdes remises au congé de l'hôpital à la suite de certains types de chirurgie. Cette étude s'inscrit dans un processus d'évaluation de la qualité de l'acte.

### **Questions décisionnelles**

Est-ce que les informations requises relativement aux opioïdes figurent sur l'ordonnance remise au départ des patients à la suite d'une des quatre chirurgies ciblées en termes de :

- quantité totale prescrite,
- fractionnement si une quantité de 30 comprimés ou plus est prescrite,
- durée précise entre chaque fraction
- présence d'une co-analgésie
- Présence de naloxone

Est-ce que le choix de l'agent et la quantité d'opioïdes prescrite par 24 heures en EMO concordent avec l'utilisation dans les dernières 24 heures avant le congé pour la population hospitalisée en post-opératoire à la suite d'une des quatre chirurgies ciblées? <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En cours d'analyse, la deuxième question décisionnelle a été modifiée. Le détail de cette modification figure dans la note ajoutée au document.

## Questions d'évaluation

Quelles sont les caractéristiques de la population adulte ayant reçu un opioïde au congé de l'hôpital pour les quatre chirurgies identifiées?

- Âge
- Sexe
- Admission pour chirurgie d'un jour ou hospitalisé (inclure durée de séjour, inscrire 0 si chirurgie d'un jour)

## 1 Période de collecte - sélection des dossiers étudiés

### 1.1 Inclusion

Inclure tous les patients adultes, 18 ans ou plus, ayant reçu une ordonnance d'opioïdes au départ à la suite d'une chirurgie :

- Cholécystectomie (laparotomie ou laparoscopie)
- Résections intestinales (laparotomie ou laparoscopie, sauf anus et rectum)
- Lobectomie pulmonaire (thoracotomie et thoracoscopie)
- Prothèse totale du genou

Seulement les patients naïfs aux opioïdes sont inclus. Ils sont définis comme suit :

- Aucun opioïde à l'admission: inclus
- Opioïde prescrit dans les 7 jours ou moins avant la date de chirurgie (considérer même épisode de soins, par exemple, un patient se présentant à l'urgence et admis pour la chirurgie et prenant un opioïde associé à l'épisode de soins quelques jours avant celle-ci est considéré inclus).
- Opioïde prescrit plus de 30 jours avant la chirurgie, non renouvelé récemment, non inscrit sur liste à l'admission, donc considéré comme un traitement terminé, indépendant du nombre de comprimés prescrit lors de l'émission de l'ordonnance : inclus.

La période de l'étude se situe entre le 1er juillet 2019 et le 31 décembre 2019.

Le congé vers le domicile inclut une résidence pour personnes âgées (RPA) et une ressource non institutionnelle (RNI) ou une ressource intermédiaire (RI). Le domicile est assumé lorsque non spécifié.

Pour un même patient, si plus d'une chirurgie étudiée est répertoriée pendant la période d'étude ceci sera considéré comme étant deux épisodes de traitement distincts. Toutes les ordonnances doivent être incluses pour fins d'analyse, à moins qu'un critère d'exclusion ne soit identifié.

## 1.2 Exclusion

- Patient qui prend un opioïde
  - pour une raison médicale telle que douleur chronique (par exemple prise d'un opioïde longue action), traitement de la dépendance (prise de méthadone ou buprénorphine/naloxone)
  - Opioïde prescrit dans les 30 à 7 jours avant la chirurgie: exclus
- Congé vers un autre CH, CHSLD, centre de convalescence ou en réadaptation physique.
- Décès lors du séjour

## 1.3 Échantillonnage

- Dans l'éventualité où moins de 200 patients sont identifiés pour un même type de chirurgie, tous les patients seront étudiés;
- Dans l'éventualité où plus de 200 patients sont identifiés pour un même type de chirurgie, il faudra procéder à un échantillonnage, tel que décrit plus bas.

Certains CHU auront donc à procéder à un échantillonnage pour l'une ou l'autre des chirurgies.

L'échantillonnage doit être effectué à l'aide du service des archives de chaque CHU (ou autre selon les possibilités) en assurant un choix aléatoire de patients répartis de façon à éviter les biais (ex. dossiers sortis pour un seul chirurgien) et permettant d'avoir une idée globale de la prescription d'opioïde. Chaque CHU pourra décider de la répartition du nombre de dossiers à évaluer selon ses sites, en fonction des spécialités ou besoins de chacun des hôpitaux.

Si possible, demander au service des archives ou autre de fournir une liste de numéros de dossiers des patients qui répondent aux critères des chirurgies pour la période étudiée. Entrer les numéros de dossiers fournis dans un fichier Excel et suivre la procédure en annexe 2 pour appliquer la formule qui permet une sélection aléatoire des dossiers à analyser.

## 2. Collecte de données

La collecte se fera de façon rétrospective au dossier informatisé. Le nombre d'ordonnances non disponible au dossier informatisé sera collecté.

Les données seront colligées dans un formulaire électronique Excel localement dans chaque site. La correspondance entre le numéro d'étude unique du patient et son numéro de dossier sera conservée localement dans chaque site de façon sécurisée en accord avec les bonnes pratiques en recherche.

Nombre potentiel de dossier évalué par CHU : 300

Nombre potentiel de dossier inclus : 150

Les variables suivantes doivent être collectées :

Âge

Sexe

Chirurgie d'un jour ou patient hospitalisé (inclure durée de séjour)

Type de chirurgie tel que décrit dans la section inclusion

## Protocole PGTM

|   |   |
|---|---|
| Ordonnance externe disponible au dossier informatisé (O/N) (voir ordonnances et dernière note d'observations médicales) |   |
| Si patients hospitalisés : médicament opioïde à l'hôpital pendant les dernières 24 heures                               | Posologie<br>Dose en mg reçue dans les dernières 24 heures (de 8h la veille à 8h le jour du congé). Elle sera transformée en équivalent morphine PO. Attention, inscrire tous les agents en mg même le fentanyl |
| Médicament opioïde au congé   | Posologie<br>Dose en mg par 24 heures prescrite<br>Elle sera transformée en équivalent morphine PO.   |
| Quantité totale (nombre de comprimé)  |   |
| Fractionnement (O/N) et nombre de comprimés   | Durée entre les fractions est précisée (O/N et nombre de jours)   |
| Co-analgésie inscrite sur l'ordonnance (O/N)  | Préciser l'agent (acétaminophène, AINS, prégabaline, gabapentine voir annexe 1)   |
| Naloxone inscrite sur l'ordonnance (O/N)  |   |
| Ordonnance pré-imprimée (O/N)   |   |

### 2.1 Bases de données

- Un fichier *EXCEL* sera conçu pour la réalisation de cette étude
- Attribuer à chaque usager un numéro d'étude à quatre chiffres (première entrée dans le formulaire).  
  
CHUM : les numéros doivent commencer par 1 (ex. : 1001, 1002);  
CUSM : les numéros doivent commencer par 2;  
CIUSSS de l'Estrie - CHUS : les numéros doivent commencer par 3;
- **Le numéro d'étude que vous avez attribué doit être unique, assurez-vous de ne pas utiliser le même numéro plus d'une fois.**
- Le tableau à l'annexe 2 peut être imprimé et permet de tenir à jour la correspondance entre le numéro d'étude et le numéro de dossier;

- **Date limite pour compléter la collecte: octobre 2020**

## 2.2 Informations générales

### **IMPORTANT :**

- Le numéro d'étude est un numéro que vous attribuez au patient (**différent de son numéro de dossier hospitalier**). Vous devez conserver la correspondance entre les deux numéros pour permettre l'analyse locale ultérieure (Annexe 2). Toutes les analyses PGTM utiliseront le numéro d'étude dans les communications.
- Les informations doivent être saisies directement dans la base de données EXCEL avant d'être transmises au centre responsable de l'analyse.
- Vous devez conserver une copie électronique du fichier.
- **Ne pas modifier le fichier EXCEL (ordre – format – titre des colonnes).**
- **Ne pas changer le nom du fichier.**
- **Pour les problèmes d'ordre technique ou autres, contacter :**
  - Le coordonnateur PGTM du CHU impliqué : France Varin

## 2.3 Précisions

- **No d'étude** : numéro à 4 chiffres que vous attribuez au patient.
  - Ex. 2001
  - Si un même patient est analysé pour plusieurs chirurgies (réf. chirurgies multiples), conserver le même numéro d'étude en mettant XXXX-1, XXXX-2, etc. pour chaque épisode.
- **Âge** : Sera analysé selon la date de la chirurgie  
Inscrire : AAAA / MM / JJ
  - Adultes : âge sera arrondi à l'année près lors de l'analyse
- **Conversion de la dose des opioïdes**  
Les doses des agents seront converties en équivalent morphine orale (EMO) pour fin de comparaison<sup>7,8</sup>.  
La conversion des doses sous-cutanée à PO sera calculée 1 : 2 pour tous les agents.

| Agent         | Pour convertir en EMO multiplier par |
|---------------|--------------------------------------|
| Morphine      | 1                                    |
| Codéine       | 0,15                                 |
| Oxycodone     | 1,5                                  |
| hydromorphone | 5                                    |
| Mépidine      | 0,1                                  |
| Tramadol PO   | 0.1                                  |

## Protocole PGTM

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| Fentanyl timbre (force en mcg/h) | 2.4 |
| Fentanyl IV mg                   | 100 |

### ➤ **Précisions sur les chirurgies :**

À la personne responsable de la sélection des dossiers

Cholécystectomie : séparer celles réalisées par laparotomie et laparoscopie

Lobectomie : Les lobectomies sans résection de paroi thoracique doivent être demandées et séparer celles faites par thoracoscopie et par thoracotomie.

Résection intestinale : intestin grêle et gros intestin (sans rectum et anus), séparer celles réalisées par laparotomie et laparoscopie.

## RÉFÉRENCES

1. Fischer B et coll. Changes an illicit opioid use across Canada. *Can Med Am J* 2006 ;175: 1385
2. Ye X, Sutherland J, Henry B, Tyndall M, Kendall PRW. At-a-glance - Impact of drug overdose-related deaths on life expectancy at birth in British Columbia. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2018 Jun;38(6):248-251.
3. Gomes T, Khuu W, Craiovan D, Martins D, Hunt J, Lee K, Tadrous M, Mamdani MM, Paterson JM, Juurlink DN. Comparing the contribution of prescribed opioids to opioid-related hospitalizations across Canada: A multi-jurisdictional cross-sectional study. *Drug Alcohol Depend.* 2018 ; 191 : 86-90.
4. Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, Homer M, Fox KP, Knecht DB, McMahill-Walraven CN, Palmer N, Kohane I. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *Br Med J* 2018 ; 360: j5790.
5. Wu CL et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Perioperative Opioid Minimization in Opioid-Naïve Patients. *Anesth Analg* 2019 ; 129 (2):567-577.
6. Hill MV et coll. Wide variation and excessive dosage of opioid prescriptions for common general surgical procedures *Ann Surg* 2017; 265: 709-714
7. Busse JW et al. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Appendix B-8: Opioid Conversion and Brand Availability in Canada. *Can Med Am J* 2017; 189 : E659-E666.  
[http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop\\_b\\_app\\_b08.html](http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b08.html)
8. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65(No. RR-1):1–49. rr6501e1  
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>.

# Protocole PGTM

**Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à  
la suite d'une chirurgie**

**ANNEXE 1**

**Liste des agents co-analgésiques**

AINS 28:08.04 (ASA une fois par jour, exclue)

Gabapentine 28 :12.92

Pregabaline 28 :12.92

Acétaminophène seule 28:08.92

**Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à  
la suite d'une chirurgie**

**ANNEXE 2**

**Procédure avec Excel<sup>md</sup>  
Formule de randomisation des dossiers**

## **Procédure avec Excel<sup>md</sup> :**

1. Pour chaque type de chirurgie, inscrire dans une feuille Excel<sup>md</sup> la liste des patients (numéro de dossier) ayant eu la chirurgie (répéter le patient si plusieurs épisodes).
2. Dans une deuxième colonne, inscrire la formule = alea() si Excel<sup>md</sup> français ou = rand() si Excel<sup>md</sup> anglais
3. Copier les résultats de la deuxième colonne en utilisant la fonction collage spécial et en ne collant que les valeurs dans une troisième colonne
4. Trier les patients en utilisant la valeur qui figure dans la colonne 3
5. Choisir les 200 premiers dossiers.

Note :

Selon les critères d'exclusion, lorsqu'un dossier est rejeté, le remplacer par le numéro de dossier suivant à la fin. Suivre l'ordre aléatoire.

Ex. CCK et hépatectomie. Exclure le patient et inclure une autre CCK.

**Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à  
la suite d'une chirurgie**

**ANNEXE 3**

**Correspondance No étude – Numéro de dossier**

