



Programme de
GESTION THÉRAPEUTIQUE
des médicaments

ANALYSE DESCRIPTIVE DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES REMISES AU CONGÉ À LA SUITE D'UNE CHIRURGIE DANS LES CHU DU QUÉBEC

PROGRAMME DE GESTION THÉRAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS

Analyse descriptive

Rapport PGTM

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



Centre universitaire
de santé McGill
McGill University
Health Centre



Approuvé par le PGTM le 17 décembre 2021

AVIS

Les recommandations formulées dans ce document au regard d'un médicament donné sont conformes à l'information scientifique disponible au moment de la publication. Toutefois, ces recommandations n'ont aucunement pour objectif de remplacer le jugement du clinicien. Les recommandations du Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM) sont faites à titre indicatif et n'engagent aucune responsabilité pouvant résulter de leur utilisation. En conséquence, le programme ne pourra être tenu responsable de dommages de quelque nature que ce soit au regard de l'usage de ces recommandations pour les soins prodigués aux individus ou le diagnostic des maladies.

Le lecteur est prié de prendre note que la version du présent document est à jour au mois de décembre de l'année 2021. Le Programme de gestion thérapeutique des médicaments se réserve le droit, en tout temps, de modifier ou retirer les documents qui apparaissent sur son site à la suite de la publication de nouvelles données.

NOTE

Nous aimerions porter à votre attention une modification apportée à 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?

Cette information a été intégrée au protocole disponible sur le site du PGTM et une mise à jour a également été réalisée dans le rapport à la page 8. De plus, par souci de transmettre une information juste et claire, une correction a été apportée à la page 24 du rapport soit le retrait dans le texte de la mention de l'étude de Chen et coll.

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

Table des matières

RÉSUMÉ	5
QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTION D'ÉVALUATION	8
SECTION 1. Description de l'étude.....	9
SECTION 2. Description de la population	11
SECTION 3. Résultats.....	16
SECTION 4. Analyse et commentaires	27
SECTION 5. Conclusion	33
AVIS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DU PGTM.....	34
SECTION 6. Auteurs et réviseurs	35
SECTION 7. Bibliographie et références	36
ANNEXE 1 Modèle d'ordonnance externe pour les opioïdes	39
ANNEXE 2 Résumé de lignes directrices pour les ordonnances d'opioïdes à la suite d'une intervention chirurgicale ^{17,20,24,40-44}	40
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	46

RÉSUMÉ

Contexte

La crise des opioïdes est un enjeu de santé publique majeur. Le mésusage de ces substances peut provenir des produits prescrits et de la production illicite d'opioïdes synthétiques. Selon Gomes et coll., 73 % des patients vus pour une surdose en centre hospitalier en Ontario ont commencé avec des opioïdes prescrits¹. Ces derniers demeurent la pierre angulaire de la prise en charge du contrôle de la douleur postopératoire. Les opioïdes prescrits après une chirurgie constituent souvent l'exposition initiale d'un patient à ces médicaments, qui peut parfois inciter le patient à risque à développer une dépendance^{2,3}. Une étude de cohorte a démontré que 6 % des patients vierges de tout traitement (naïfs) aux opioïdes qui ont subi une chirurgie mineure ou majeure continuent d'utiliser ces médicaments 90 jours après la chirurgie. Les auteurs mettent en cause des facteurs liés au patient et non associés à la douleur chirurgicale⁴. Une étude de Brat et coll. chiffre le développement d'un trouble d'usage des opioïdes à la suite d'une chirurgie à 183 sur 100 000 patients. La durée de l'ordonnance était le plus grand prédicteur d'un mésusage, et chaque semaine supplémentaire augmentait de 44 % le risque de développer un tel mésusage⁵. Des lignes directrices canadiennes et américaines recommandent d'ailleurs d'administrer les opioïdes durant la plus courte période possible à la suite d'une chirurgie et d'en limiter les doses quotidiennes^{6,7}. Enfin, selon plusieurs études, de 42 % à 81 % des comprimés prescrits après une chirurgie demeurent inutilisés⁸⁻¹¹ et de 73 à 77 % des patients les entreposent ou en disposent de façon inadéquate, ce qui résulte en de possibles usages dans la communauté¹¹⁻¹².

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) du Québec doivent appliquer des mesures afin d'assurer l'utilisation appropriée et sécuritaire des narcotiques dans leur établissement – prescription, administration, surveillance, traitement de la dépression respiratoire, utilisation de la naloxone, etc. Afin d'appuyer les centres hospitaliers universitaires dans leurs activités, le Programme de gestion thérapeutique des médicaments a réalisé en 2006, 2008 et 2011 trois analyses descriptives (AD) quant à la prescription des narcotiques dans les CHU¹³⁻¹⁵. Le volet externe n'a jamais été abordé. Cette étude a pour objectif de dresser un état de situation quant à la prescription d'opioïdes au congé de l'hôpital à la suite de certaines chirurgies.

Méthodologie

Une analyse rétrospective a été réalisée afin de déterminer si l'information requise – quantité totale en nombre de comprimés, indication de fractionnement, durée par fraction, présence de coanalgie, etc. – relativement aux opioïdes figure sur l'ordonnance de départ remise au patient au congé de l'hôpital et pour évaluer la quantité d'opioïdes alors prescrite en équivalent morphine orale (EMO). Les chirurgies suivantes ont été présélectionnées : prothèse totale du genou (PTG), lobectomie pulmonaire, résection intestinale et cholécystectomie (CCK).

Résumé des résultats

- Des 1 256 patients qui ont satisfait aux critères d'inclusion, seulement 788 (63 %) avaient une ordonnance numérisée à leur dossier;
- Parmi les 788 patients pour lesquels une ordonnance a été numérisée au dossier, 689 (87 %) ont reçu une ordonnance d'opioïdes au congé;
- La quantité totale d'opioïdes prescrite en nombre de comprimés était indiquée sur 98 % des ordonnances;
- Seules 34 % des ordonnances de plus de 30 comprimés d'opioïdes prescrits indiquaient un fractionnement et 43 % des ordonnances fractionnées précisaient une durée;
- Au moins un agent de coanalgésie a été prescrit dans la majorité des ordonnances (89 %) et l'association de deux agents de coanalgésie a été trouvée dans 34 % des ordonnances;
- L'EMO était de 50 mg sur 24 heures ou plus pour 39 % des ordonnances, et aucune de ces ordonnances n'incluait de la naloxone par voie nasale;
- Plus de tiers des ordonnances (34 %) remises au congé de l'hôpital incluait une quantité d'opioïdes supérieure à 200 mg d'EMO;
- Plusieurs patients hospitalisés plus de deux jours ont reçu une ordonnance d'opioïdes au congé dont l'EMO corrèle peu avec celui des 24 dernières heures. Des patients ont reçu une ordonnance dont l'EMO était deux à trois fois supérieur à la quantité administrée durant les 24 dernières heures;
- Vingt pour cent des ordonnances d'opioïdes remises au congé étaient rédigées plus d'une journée avant le congé, et fréquemment au moment de l'admission du patient;
- Les patients qui n'avaient pas pris d'opioïdes durant les 24 dernières heures à l'hôpital (25 %) ont tous reçu une ordonnance d'opioïdes au congé;
- L'utilisation d'ordonnances pré-rédigées est marginale dans les CHU (26 %), à l'exception de la chirurgie de la PTG où elle est trouvée dans 59 % des cas.
- Les médecins résidents sont les prescripteurs dans la majorité des cas, sauf dans le cas des PTG (38 % des cas) et des résections intestinales ouvertes (48 % des cas).

Avis du comité scientifique du PGTM

Le PGTM recommande aux CHU de :

1. Diffuser et discuter les résultats avec les équipes traitantes afin de les sensibiliser aux différents enjeux et problématiques entourant la prescription d'opioïdes au congé de l'hôpital à la suite d'une chirurgie.
2. Numériser systématiquement au dossier de l'utilisateur toutes les ordonnances remises au congé à la suite d'une chirurgie. L'utilisation d'un formulaire NCR (copie sans carbone) en deux copies devrait être privilégiée plutôt que celle d'un carnet d'ordonnances de façon à conserver au dossier les ordonnances externes remises à l'utilisateur pour fin de numérisation.
3. Rappeler aux prescripteurs les règles suivantes :
 - a) que la quantité de comprimés prescrite soit fractionnée pour les ordonnances de plus de 30 comprimés et que la durée soit précisée entre chaque fraction;
 - b) que l'intervalle posologique soit fixe et que l'écart de la dose soit au maximum de 50 % de façon à réduire la quantité permise d'opioïdes durant 24 heures;
 - c) qu'il faut éviter de prescrire plus de 50 mg d'EMO par jour et 200 mg d'EMO total au congé, sauf après certaines chirurgies (p. ex. PTG) ou pour certains patients dont l'état nécessite une dose plus élevée d'opioïdes;
 - d) que des options d'analgésie non opioïdes soient indiquées sur l'ordonnance;
 - e) qu'une option pour prescrire la naloxone, si requise, soit mentionnée sur l'ordonnance.
4. Pour les patients hospitalisés, évaluer les besoins en opioïdes au moment du congé, ce qui permet d'individualiser la thérapie. Un formulaire numérique d'administration des médicaments permettrait de rendre facilement disponible cette information.
5. Afin de diminuer la variation dans les ordonnances d'opioïdes remises au congé pour une même chirurgie, chaque CHU devrait élaborer des lignes directrices pour l'ensemble de ses chirurgies.
6. Favoriser l'élaboration, l'implantation et l'utilisation d'ordonnances prérédigées selon le type de chirurgie en précisant les éléments importants recommandés ci-haut.
7. Réaliser une étude de suivi pour vérifier si l'application de nouvelles mesures a permis de mieux adapter la quantité d'opioïdes prescrite au congé suivant une chirurgie.
8. Encourager les CHU à instaurer un prescripteur électronique, ce qui aurait comme avantages d'uniformiser les ordonnances, d'assurer le suivi de la thérapie médicamenteuse en temps réel et d'être un outil d'enseignement pour les prescripteurs.

QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTION D'ÉVALUATION

Questions décisionnelles

Est-ce que l'information suivante requise relativement aux opioïdes figure sur l'ordonnance remise au départ des patients à la suite d'une des quatre chirurgies ciblées :

- Quantité totale prescrite en nombre de comprimés;
- Indication d'un fractionnement si une quantité de 30 comprimés ou plus est prescrite;
- Indication d'une durée précise entre chaque fraction lorsqu'il y a fractionnement;
- Indication de coanalgésie;
- Indication de naloxone si plus de 50 équivalents morphine orale (EMO) sur 24 heures.

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?¹

Questions d'évaluation

Quelle quantité d'opioïdes est prescrite au congé, en EMO (médiane par chirurgie)?

Quel est le nombre de chirurgies pour lesquelles l'ordonnance de départ dépasse 200 EMO?

Quelles sont les caractéristiques de la population adulte qui a reçu une ordonnance d'opioïdes au congé de l'hôpital pour les quatre chirurgies indiquées?

- Âge
- Sexe
- Admission pour chirurgie d'un jour ou hospitalisation
- Durée du séjour
- Prescripteur résident ou patron

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

SECTION 1. | DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

1.1. *Buts et objectifs*

Décrire les ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite d'une des quatre chirurgies ciblées.

Formuler des recommandations pour optimiser le contenu des ordonnances d'opioïdes remises au congé des patients à la suite de chirurgies ciblées.

1.2. *Méthodologie*

Se reporter au protocole disponible sur le site du Programme de gestion thérapeutique des médicaments à <https://pgtm.qc.ca>.

Population

- Patients adultes, 18 ans ou plus, qui ont reçu une ordonnance d'opioïdes à leur congé à la suite d'une CCK, résection intestinale (sauf anus et rectum), lobectomie pulmonaire ou PTG. Les raisons du choix de ces quatre chirurgies sont les suivantes : chirurgies pour lesquelles la majorité des patients reçoivent des opioïdes à leur congé, chirurgies non compliquées et comparables entre les CHU, chirurgies de différents services, chirurgies pour lesquelles les patients quittent majoritairement le centre hospitalier pour leur domicile ainsi que chirurgies pour lesquelles des données sont disponibles dans la littérature scientifique.
- Seuls les patients qui n'avaient jamais pris d'opioïdes ont été inclus (voir précision au protocole). Un patient était exclu lorsqu'une prescription d'opioïdes rédigée durant les 30 à 7 jours avant la chirurgie était retracée à son dossier médical.
- Les patients qui prenaient un opioïde pour une raison médicale telle que la douleur chronique ou le traitement de la dépendance ont été exclus.
- Les patients qui, au congé, étaient dirigés vers un autre centre hospitalier, un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), un centre de convalescence ou de réadaptation physique étaient exclus. Un décès durant l'hospitalisation excluait le patient de l'étude.

Échantillonnage

Compte tenu de la grande fréquence des chirurgies retenues, un échantillonnage a été nécessaire lorsque plus de 200 patients par centre hospitalier universitaire avaient subi un même type de chirurgie. L'échantillonnage a été fait à l'aide du service des archives de chaque centre hospitalier, par un choix aléatoire des patients de façon à éviter le risque de biais (p. ex. dossiers d'un seul chirurgien) et qui permettait d'avoir une idée globale de la prescription d'opioïdes. Cela a été le cas pour un établissement qui a échantillonné 200 lobectomies. Il n'y a pas eu d'échantillonnage requis pour les autres types de chirurgie, et cela pour aucun des centres hospitaliers universitaires.

Période de collecte

Les patients pris en considération devaient avoir été opérés entre le 1^{er} juillet 2019 et le 31 décembre 2019.

Collecte de données

La collecte de données rétrospective a été effectuée à partir de l'information trouvée dans le dossier du patient. Les feuilles sommaires et protocoles opératoires ainsi que toute autre note au dossier ou tout document pertinent ont pu être consultés. Les données ont été colligées dans un formulaire numérique *Excel Professional Plus 2013*, dans chaque site. Des étudiants en pharmacie ont réalisé la collecte de données sous la supervision de l'un des pharmaciens coordonnateurs de chacun des centres hospitaliers universitaires. Chaque coordonnateur devait veiller à la qualité des données fournies par les étudiants en révisant un nombre approprié de dossiers.

Analyses statistiques

- La quantité totale d'opioïdes prescrits en EMO par type de chirurgie (moyenne, médiane, min. et max. et écart interquartile) et la quantité d'opioïdes sur 24 heures (moyenne, médiane, min. et max. et écart interquartile).
- Pour les patients hospitalisés deux jours ou plus, la corrélation entre la quantité totale d'opioïdes prescrite en EMO et celle administrée durant les 24 dernières heures avant le congé.
- Les calculs ont été faits avec le logiciel SAS. Les figures ont été réalisées avec le logiciel R, version 4.0.5.

Confidentialité

L'information anonymisée propre à chacun des centres hospitaliers universitaires a été transmise au centre responsable de l'analyse – se reporter au protocole disponible sur le site du Programme de gestion thérapeutique des médicaments.

Le rapport de cette étude rendu public ne contient que les données réunies de trois centres hospitaliers universitaires. Chacun d'entre eux a reçu un rapport individuel contenant ses propres données, accompagnées des résultats globaux.

SECTION 2. | DESCRIPTION DE LA POPULATION

2.1. Population

Cette analyse descriptive a été réalisée dans trois des quatre centres hospitaliers universitaires pour adultes impliqués au sein du Programme de gestion thérapeutique des médicaments. Au total, 1 652 patients ont été retenus pour fin d'analyse dans les hôpitaux participants. La majorité des exclusions au protocole est expliquée par la présence d'une « autre chirurgie » réalisée chez le patient, et cela afin d'obtenir des chirurgies comparables entre les établissements. Par exemple, les hépatectomies ont été exclues du groupe cholécystectomies, les chirurgies gynécologiques impliquant l'épiploon et celles touchant le rectum ont été exclues du groupe des résections intestinales. Dans le cas de la prothèse totale du genou, un nombre significatif de patients ont été exclus parce qu'ils prenaient des opioïdes depuis plus d'une semaine au moment de leur admission.

TABLEAU 1 : Raisons de l'exclusion

Population	CCK	Lobectomie pulmonaire	PTG	Résection intestinale
Nombre total de patients (N = 1 652)	633	220	350	449
Nombre de patients exclus (n = 396) (24 %)	144 (23 %)	40 (18 %)	61 (17 %)	151 (34 %)
Raisons				
Congé vers un établissement de soins*	10	4	15	24
Autre chirurgie	110	23	0	67
Prise d'opioïdes à domicile*	20	10	46	36
Décès	2	3	0	12
< 18 ans	2	0	0	12

Sigles : CCK = cholécystectomie; PTG = prothèse totale du genou.

*Voir précisions à la section 1.

Au total, 1 256 patients ont satisfait aux critères d'inclusion durant la période s'étalonnant du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2019.

2.2. Disponibilité au dossier de l'ordonnance externe remise au congé

Sur ces 1 256 patients, seulement 788 (63 %) avaient une ordonnance numérisée à leur dossier. La disponibilité de l'ordonnance externe numérisée au dossier du patient varie selon le type de chirurgie et la technique chirurgicale. Les résections intestinales par laparoscopie, les cholécystectomies par laparoscopie et la prothèse totale du genou sont celles où l'on trouve le plus faible taux d'ordonnances au dossier, soit respectivement 47 %, 52 % et 64 %. Quant aux autres chirurgies, l'ordonnance externe se trouve au dossier dans 74 % à 91 % des cas (tableau 2). Pour les dossiers où l'ordonnance n'était pas numérisée, une mention a été trouvée, principalement dans les notes des soins infirmiers au dossier médical, indiquant qu'une ordonnance avait bien été rédigée, et ce, dans 63 % à 100 % des dossiers des patients.

TABLEAU 2 : Ordonnance au congé accessible pour évaluation

	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	Scopie n = 467	Tomie n = 22	Scopie n = 139	Tomie n = 41	n = 289	Scopie n = 123	Tomie n = 175
N = 1 256							
Ordonnance externe numérisée au dossier N = 788	243 (52 %)	20 (91 %)	116 (84 %)	35 (85 %)	186 (64 %)	58 (47 %)	130 (74 %)
Ordonnance rédigée, mais non numérisée au dossier	160/224 (71 %)	2/2 (100 %)	15/23 (65 %)	6/6 (100 %)	65/103 (63 %)	48/65 (73 %)	38/45 (84 %)

Sigles : CCK = cholécystectomie; PTG = prothèse totale du genou.

Parmi les 788 patients pour lesquels une ordonnance a été numérisée au dossier, 87 % ont reçu une ordonnance d'opioïdes au congé. La résection intestinale par laparoscopie est la seule chirurgie où l'on observe un taux inférieur à 80 % d'un opioïde prescrit au congé, soit 59 % (tableau 3). Il est à noter que, pour cette chirurgie, deux sites avaient prescrit un opioïde dans moins de 30 % des cas, et le troisième dans 80 % des cas.

TABLEAU 3 : Ordonnance externe avec opioïde prescrit

	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	Scopie n = 243	Tomie n = 20	Scopie n = 116	Tomie n = 35	n = 186	Scopie n = 58	Tomie n = 130
N = 788							
Ordonnance externe avec opioïde prescrit N = 689	215 (89 %)	18 (90 %)	102 (88 %)	31 (89 %)	182 (98 %)	34 (59 %)	107 (82 %)

Sigles : CCK – cholécystectomie; PTG – prothèse totale du genou.

2.3. Population à l'étude

L'évaluation des ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite des quatre chirurgies a été faite pour 689 patients. La moyenne d'âge est de 61 ans, et 406/689 (59 %) de ces patients sont des femmes. Le tableau 4 décrit les caractéristiques selon le type de chirurgie.

TABLEAU 4 : Âge et sexe des patients selon le type de chirurgie

	CCK	Lobectomie pulmonaire	PTG	Résection intestinale
Population à l'étude N = 689	n = 233	n = 133	n = 182	n = 141
Âge (ans)				
Moyenne	52	67	69	61
Médiane	53	68	69	64
Min - max	18-94	33-82	47-86	19-91
Femme	137 (59 %)	83 (62 %)	120 (66 %)	66 (47 %)

Sigles : **CCK** = cholécystectomie; **PTG** = prothèse totale du genou.

Répartition des patients selon la technique chirurgicale et le type d'admission

La presque totalité des chirurgies, à l'exception des cholécystectomies, ont nécessité une hospitalisation dont la durée médiane variait entre deux et sept jours selon le type de chirurgie. Les chirurgies ouvertes ont requis des hospitalisations plus longues que les laparoscopies. La plupart des cholécystectomies (96 %) ont été effectuées par laparoscopie. Pour les autres chirurgies, la lobectomie a été faite, dans 77 % des cas, par thoracoscopie et 41 % des résections intestinales ont été faites par scopie.

TABLEAU 5 : Répartition selon la technique chirurgicale et le type d'admission

Population à l'étude N = 689	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	n = 233		n = 133		n = 182	n = 141	
	Scopie n = 215	Tomie n = 18	Scopie n = 102	Tomie n = 31	n = 182	Scopie n = 34	Tomie n = 107
Chirurgie d'un jour	90 (42 %)	0	0	0	6 (3 %)	0	0
Hospitalisation	125 (58 %)	18 (100 %)	102 (100 %)	31 (100 %)	176 (97 %)	34 (100 %)	107 (100 %)
Durée du séjour (jours)							
Moyenne	2	6,8	4,3	8	2,8	6,4	12
Médiane	1	5,5	4	6	2	5	7
Min. – max.	0 - 22	2 - 15	1 - 37	3 - 27	0 - 12	1 - 22	2 – 60

Sigles : **CCK** = cholécystectomie; **PTG** = prothèse totale du genou.

2.4. Prescripteur et utilisation de l'ordonnance prérédigée

Les médecins résidents sont les prescripteurs dans la majorité des cas, sauf pour les prothèses totales du genou (38 % des cas) et les résections intestinales ouvertes (48 % des cas).

TABLEAU 6 : Prescripteur

	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 686*	Scopie n = 214*	Tomie n = 18	Scopie n = 102	Tomie n = 31	n=180*	Scopie n = 34	Tomie n = 107
Nombre d'ordonnances faites par un médecin résident	440/686 (64 %)	177 (83 %)	15 (83 %)	78 (77 %)	26 (84 %)	69 (38 %)	24 (71 %)	51 (48 %)

Sigles : **CCK** = cholécystectomie; **PTG** = prothèse totale du genou.

*données manquantes n = 3

L'utilisation d'une ordonnance préédigée est une pratique qui varie d'un centre hospitalier universitaire à l'autre et selon le type de chirurgie. Le tableau 7 indique les établissements qui ont remis des ordonnances préédigées au congé selon le type de chirurgie.

TABEAU 7 : Nombre de CHU qui ont remis une ordonnance préédigée selon le type de chirurgie*

	CCK	Lobectomie pulmonaire	PTG	Résection intestinale
Nombre de CHU n = 3	1	0	3	1

Sigles : CCK = cholécystectomie; PTG = prothèse totale du genou.

* Ces chiffres correspondent aux ordonnances qui ont servi pendant l'étude. Il est possible qu'il existe d'autres ordonnances préédigées associées à ces chirurgies, mais qu'elles n'aient pas été utilisées.

L'utilisation d'ordonnances préédigées est quand même assez marginale, à l'exception du cas de la chirurgie de la prothèse totale du genou où elle est remise dans 59 % des cas.

TABEAU 8 : Utilisation d'ordonnances préédigées

	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 689	Scopie n = 215	Tomie n = 18	Scopie n = 102	Tomie n = 31	n=182	Scopie n = 34	Tomie n = 107
Nombre d'ordonnances préédigées	177/689 (26 %)	62 (29 %)	2 (11 %)	0	0	108 (59 %)	0	5 (5 %)

SECTION 3. | RÉSULTATS

3.1. Information requise concernant les opioïdes sur l'ordonnance externe remise au congé

Le tableau 9 rapporte les informations trouvées sur l'ordonnance externe remise au congé selon le type de chirurgie.

TABLEAU 9 : Information requise sur l'ordonnance externe remise au congé selon le type de chirurgie

Paramètres	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
		Scopie	Tomie	Scopie	Tomie		Scopie	Tomie
Nombre d'ordonnances d'opioïdes	N = 689	215	18	102	31	182	34	107
Quantité totale d'opioïdes prescrite en nombre de comprimés	677/689 (98 %)	211 (98 %)	18 (100 %)	99 (97 %)	28 (90 %)	181 (99,5 %)	34 (100 %)	106 (99 %)
Nombre d'ordonnances de plus de 30 comprimés d'opioïdes	232/677 (34 %)	5/211 (2,5 %)	4/18 (22 %)	53/99 (54 %)	22/28 (79 %)	118/181 (65 %)	7/34 (21 %)	23/106 (22 %)
Nombre d'ordonnances avec fractionnement si quantité supérieure à 30 comprimés	79/232 (34 %)	0/5	0/4	9/53 (17 %)	6/22 (27 %)	60/118 (51 %)	0/7	4/23 (17 %)
Durée précisée si ordonnance fractionnée	34/79 (43 %)	s/o	s/o	2/9 (22 %)	1/6 (17 %)	29/60 (48 %)	s/o	2/4 (50 %)
% d'ordonnances avec EMO/24 heures de 50 ou plus	267/689 (39 %)	16/215 (7 %)	5/18 (28 %)	44/102 (43 %)	19/31 (61 %)	131/182 (72 %)	14/34 (41 %)	38/107 (36 %)
Nombre d'ordonnances mentionnant la naloxone	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'ordonnances indiquant une coanalgie	622/689 (89 %)	208/215 (97 %)	17/18 (94 %)	94/102 (92 %)	29/31 (94 %)	144/182 (79 %)	29/34 (85 %)	101/107 (94 %)
Acétaminophène	377/622 (61 %)	117	14	54	21	54	28	89
AINS autre que célécoxib	1/622 (0,1 %)	1						
Célécoxib	5/622 (0,8 %)			2		2	1	
Gabapentine ou prégabaline	5/622 (0,8 %)			4	1			
Nombre d'ordonnances avec deux coanalgésiques ou plus	234/689 (34 %)	90/215 (42 %)	3/18 (17 %)	34/102 (33 %)	7/31 (23 %)	88/182 (48 %)	0	12/107 (11 %)
Acétaminophène et AINS autre que célécoxib	85/234 (36 %)	81				3		1
Acétaminophène et célécoxib	131/234 (56 %)	8	3	28	6	75		11
Acétaminophène et gabapentine ou prégabaline	12/234 (5 %)	1		5	1	5		
Célécoxib et gabapentine ou prégabaline	1/234 (0,4 %)			1				
Acétaminophène et célécoxib et gabapentine ou prégabaline	5/234 (2 %)					5		

Signes : **AINS** = anti-inflammatoires non stéroïdiens; **CCK** = cholécystectomie; **PTG** = prothèse totale du genou.

Le Collège des médecins du Québec recommande fortement de fractionner la quantité de comprimés et d'inscrire un nombre maximal de comprimés à servir au patient à la fois afin d'éviter de remettre au patient une quantité importante d'opioïdes prescrits¹⁶. La quantité totale a été trouvée pour la grande majorité des ordonnances (98 %) associées aux chirurgies ciblées dans cette étude. Toutefois, elle était manquante dans 10 % des ordonnances post lobectomie ouverte, 3 % des ordonnances post lobectomie par thoracoscopie et 2 % des ordonnances post cholécystectomie par laparoscopie.

Plusieurs organismes suggèrent, pour le traitement d'une douleur aiguë, y compris celui des douleurs postopératoires, une ordonnance d'opioïdes la plus courte possible et ne dépassant pas sept jours – idéalement une période inférieure ou égale à trois jours^{7, 17-21}. Une quantité de 30 comprimés peut équivaloir à 5 jours de traitement à une fréquence posologique aux 4 heures ou à 7,5 jours à une fréquence posologique aux 6 heures. Dans notre étude, on note que pour 34 % des ordonnances, le médecin a prescrit une quantité de 30 comprimés ou plus. Ce pourcentage varie selon la chirurgie. Vingt pour cent des ordonnances associées aux cholécystectomies et aux résections intestinales prescrivent 30 comprimés ou plus alors que, pour les lobectomies et la chirurgie de prothèse totale du genou, les pourcentages grimpent respectivement au-delà de 50 % et jusqu'à 79 %.

Il n'y a pas de recommandation précisant le nombre de comprimés à partir duquel un fractionnement est nécessaire. Dans notre étude, nous avons établi cette quantité à 30 comprimés. Bien que plusieurs ordonnances prescrivant 30 comprimés ou plus soient rédigées, très peu sont fractionnées, soit 34 % de celles-ci. La lobectomie ouverte et la prothèse totale du genou sont les deux chirurgies pour lesquelles les ordonnances ont été le plus fréquemment fractionnées, et ce, dans respectivement 27 % et 51 % des cas. Pour ces deux chirurgies, lorsque l'ordonnance est fractionnée, la durée entre chaque service est précisée dans environ 50 % des cas.

Les patients qui reçoivent une dose quotidienne supérieure à 50 mg d'EMO sont de deux à quatre fois plus à risque de surdose ou de décès⁷. Il est recommandé d'envisager la prescription de la naloxone nasale de secours dans le cas des ordonnances de 50 mg d'EMO ou plus sur 24 heures – 10 comprimés de morphine 5 mg ou d'hydromorphone 1 mg ou 7 comprimés d'oxycodone 5 mg^{7,19,22}. Le pourcentage des ordonnances d'opioïdes pour lesquelles la naloxone pourrait être prescrite est de 39 % et il varie grandement selon la chirurgie, soit de 7 % à 72 %. Les lobectomies et la chirurgie de prothèse totale du genou sont celles où l'indication de prescrire la naloxone est la plus élevée. Dans notre étude, aucune ordonnance au congé n'a inclus la prescription de naloxone.

Une approche analgésique multimodale est recommandée par les lignes directrices de sociétés savantes pour la prise en charge de la douleur postopératoire^{16, 23-24}. La majorité des ordonnances (89 %) inclut au moins un agent de coanalgésie. La prothèse totale du genou est la chirurgie où la coanalgésie est la moins souvent prescrite (79 %). L'acétaminophène est l'agent le plus souvent prescrit comme seul agent de coanalgésie dans 61 % des cas. L'association de deux agents de coanalgésie est trouvée dans 34 % des ordonnances et elle varie, selon la chirurgie, de 11 % pour la résection intestinale ouverte à 48 % pour la prothèse totale du genou, à l'exception de la résection intestinale par laparoscopie où un seul agent de coanalgésie est prescrit. L'acétaminophène est principalement combiné à un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) dans 36 % (85/234) des cas, et plus fréquemment au célécoxib dans 56 % (131/234) des cas. Les gabapentinoïdes, la

gabapentine ou la prégabaline sont peu prescrites en coanalgie dans cette analyse descriptive. On les trouve, seules ou en association, dans 4 % (23/622) des ordonnances.

3.2. Choix de l'opioïde

L'hydromorphone est l'opioïde le plus fréquemment prescrit (65 % des cas), suivi de l'oxycodone (29 % des cas). Dans les cholécystectomies par laparoscopie, l'oxycodone est l'agent privilégié dans 54 % des ordonnances. La codéine et le tramadol sont rarement prescrits. Quant au fentanyl prescrit aux patients, selon l'Institut pour la sécurité des médicaments du Canada (ISMP), il ne devrait pas être prescrit dans les cas de douleurs aiguës. Ce fait reste anecdotique, puisqu'un seul cas est rapporté dans notre étude²⁵.

TABEAU 10 : Choix de l'opioïde

	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 689	Scopie n = 215	Tomie n = 18	Scopie n = 102	Tomie n = 31	n = 182	Scopie n = 34	Tomie n = 107
Hydromorphone	446 (65 %)	88 (41 %)	15 (83 %)	90 (88 %)	15 (48 %)	137 (75 %)	31 (91 %)	70 (65 %)
Morphine	40 (5,8 %)	9 (4 %)	1 (6 %)	5 (5 %)	4 (13 %)	10 (6 %)	2 (6 %)	9 (8 %)
Oxycodone	198 (29 %)	117 (54 %)	2 (11 %)	6 (6 %)	12 (39 %)	33 (18 %)	1 (3 %)	27 (25 %)
Codéine	3 (0,4 %)	0	0	1 (1 %)	0	2 (1 %)	0	0
Tramadol	1 (0,1 %)	1 (1 %)	0	0	0	0	0	0
Fentanyl	1 (0,1 %)	0	0	0	0	0	0	1 (1 %)

Signes : **CCK** = cholécystectomie; **PTG** = prothèse totale du genou.

3.3. Quantité totale prescrite au congé

L'équivalent en morphine orale (EMO) est un indicateur qui permet de comparer les ordonnances d'opioïdes remises au congé quel que soit l'agent prescrit. L'état du Minnesota a établi un maximum de 200 mg d'EMO prescrits après une chirurgie, soit 40 comprimés de morphine 5 mg ou d'hydromorphone 1 mg²⁶. Plusieurs auteurs ont employé cette valeur de référence dans leurs études²⁷⁻²⁸.

Dans notre étude, plus du tiers des ordonnances (34 %) remises au congé de l'hôpital incluait une quantité d'opioïdes supérieure à 200 mg d'EMO. Ce pourcentage d'ordonnances varie entre 2,8 % et 79 % selon la chirurgie. L'EMO médian est égal ou supérieur à 200 mg pour trois des chirurgies étudiées, soit les lobectomies par thoracoscopie ou ouvertes et la prothèse totale du genou. La lobectomie ouverte et la prothèse totale du genou sont les chirurgies pour lesquelles une quantité supérieure à 200 mg d'EMO a été observée pour plus de 75 % des ordonnances, alors que ce pourcentage est près de 50 % dans le cas de la lobectomie par thoracoscopie (tableau 11). Selon l'étude de Ziegelmann et coll., un écart interquartile (EI) supérieur à 150 (= 30 comprimés de morphine 5 mg) est jugé important²⁸. On observe un écart interquartile supérieur à 150 pour trois chirurgies, soit les lobectomies par thoracoscopie et ouvertes ainsi que la prothèse totale du genou (figure 1).

TABLEAU 11 : EMO total de l'ordonnance au congé

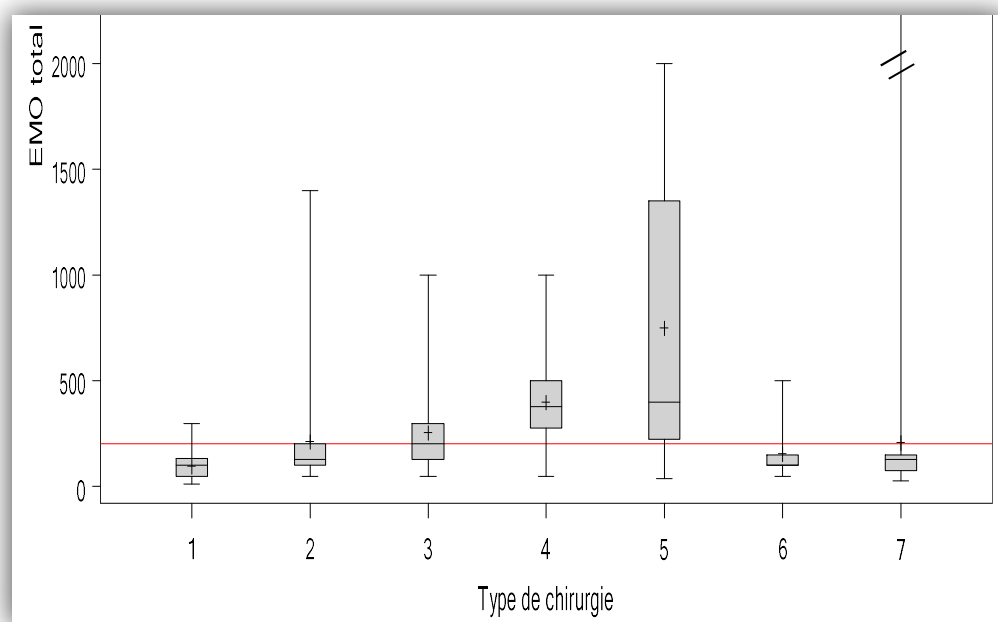
EMO	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 682*	Scopie n = 215	Tomie n = 18	Scopie n = 100*	Tomie n = 28*	n = 181*	Scopie n = 34	Tomie n = 106*
Moyenne	329,4	98,4	213,9	257,2	400,9	747,8	155,1	208,4
Médiane	150	100	125	200	375	400	100	127,5
Écart	12,5 - 5400	12,5 - 300	50 - 1400	50 - 1000	50 - 1000	37,5 - 2000	50 - 500	25 - 5400
EI** (Q1- Q3)	200 (100-300)	85 (50-135)	100 (100-200)	175 (125-300)	225 (275-500)	1125 (225-1350)	50 (100-150)	75,9 (75-150,9)
% des ordonnances EMO total > 200 mg	234 (34 %)	6/215 (2,8 %)	4/18 (22 %)	43/100* (43 %)	22/28* (79 %)	138/181* (76 %)	4/34 (11,8 %)	17/106* (16 %)

Sigles : CCK = cholécystectomie; EI = écart interquartile; EMO = EMO; PTG = prothèse totale du genou; Q1 = quartile 1; Q3 = quartile 3.

*Données manquantes (nombre de comprimés) = 7

**EI : mesure de dispersion de l'écart interquartile (différence entre le troisième et le premier quartile).

FIGURE 1 : EMO total de l'ordonnance au congé selon type de chirurgie (PGTM)



1 = CCK scopie, 2 = CCK tomie, 3 = Lobectomie scopie, 4 = lobectomie tomie, 5 = PTG,

6 = résection intestinale scopie, 7 = résection intestinale tomie

Légende + : moyenne, — : médiane, ■ : écart interquartile, I : minimum-maximum — : 200 EMO

3.4. Quantité quotidienne d'opioïdes prescrits au congé

La dose maximale quotidienne recommandée dans le cas d'une douleur aiguë chez un patient qui n'a jamais pris d'opioïdes est de 50 mg d'EMO compte tenu du risque de développer une surdose ou du risque de décès^{6-7, 29-30}.

Les valeurs d'EMO sur 24 heures des ordonnances remises au congé après les différentes chirurgies étudiées figurent au tableau 12.

TABLEAU 12 : EMO sur 24 heures des ordonnances d'opioïdes remises au congé selon type de chirurgie

EMO 24 h - ordonnance au congé	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 689	Scopie n = 215	Tomie n = 18	Scopie n = 102	Tomie n = 31	n = 182	Scopie n = 34	Tomie n = 107
Moyenne	53	41	53	51	60	68	48	51
Médiane	45	45	40	40	60	60	40	45
Écart	10 - 200	15 - 120	15 - 160	15 - 200	15- 180	15 - 160	15 - 80	10 -160
EI (Q1-Q3)	30 (30 – 60)	15 (30 – 45)	50 (30 – 80)	30 (30 – 60)	15 (45 – 60)	45 (45 – 90)	50 (30 – 80)	30 (30 – 60)
% des ordonnances > 50 mg EMO/24 h	272/689 (39 %)	20/215 (9 %)	6/18 (30 %)	44/102 (43 %)	19/31 (61 %)	131/182 (72 %)	14/34 (41 %)	38/107 (36 %)

Pour 272/689 (39 %) des ordonnances remises au congé de l'hôpital, l'EMO était supérieur à 50 mg sur 24 heures. Ce résultat varie entre 9 % et 72 % selon la chirurgie. La cholécystectomie par laparoscopie est la seule chirurgie pour laquelle peu de patients, soit seulement 9 % d'entre eux, ont reçu une ordonnance dont l'EMO était supérieur à 50 mg. Contrairement aux autres chirurgies pour lesquelles les patients sont hospitalisés, la cholécystectomie par laparoscopie a été réalisée dans 40 % des cas en chirurgie d'un jour, ce qui peut expliquer ce résultat.

L'EMO médian est supérieur à 50 mg sur 24 heures pour deux chirurgies, soit la lobectomie ouverte et la prothèse totale du genou.

3.4.1. CARACTÉRISTIQUES DES ORDONNANCES D'OPIOÏDES

Les caractéristiques des ordonnances d'opioïdes ont été évaluées afin de décrire plus en détail les habitudes de prescription (tableau 13). On observe une dose variable combinée à un intervalle variable dans 8 % des ordonnances. Ce résultat est attribuable à un seul des centres hospitaliers universitaires, et il correspond à 18 % de leurs ordonnances. Dans 87 % des ordonnances (598/689), on trouve un intervalle fixe. Un seul des centres hospitaliers a un résultat inférieur à 100 %, soit 71 %. Les ordonnances d'opioïdes présentent un écart du double de la dose et plus dans plus de 1 ordonnance sur 3, soit une variation de 18 % à 72 % des ordonnances selon le centre hospitalier.

TABLEAU 13 : Caractéristiques des ordonnances d'opioïdes

PGTM	
	N = 689
Dose fixe, intervalle variable Ex. hydromorphone 1 mg aux 4-6 heures prn	36 (5 %)
Dose variable, intervalle fixe Ex. hydromorphone 1-2 mg aux 4 heures prn	178 (26 %)
Dose variable, intervalle variable Ex. hydromorphone 1-2 mg aux 4-6 heures prn	54 (8 %)
Dose fixe, intervalle fixe Ex. hydromorphone 1 mg aux 4 heures prn	420 (61 %)
Écart du double de la dose Ex. hydromorphone 1-2 mg	207 (30 %)

3.5. **Concordance entre le choix et la quantité des opioïdes durant les 24 dernières heures avant le congé et l'ordonnance d'opioïdes remise au congé.**

Concernant le choix de l'opioïde prescrit au congé de l'hôpital, plus de 90 % des patients ont reçu une ordonnance avec le même opioïde que celui administré par voie orale durant leur hospitalisation.

Pour les patients en postopératoire qui sont hospitalisés, les opioïdes qui seront nécessaires au congé de l'hôpital peuvent être prédits par la quantité administrée à l'hôpital durant les 24 dernières heures^{16, 24, 31}.

Afin d'évaluer, dans notre étude, la concordance entre la quantité d'opioïdes prise au cours des 24 dernières heures à l'hôpital et l'ordonnance d'opioïdes remise au congé, seuls les patients hospitalisés deux jours et plus ont été retenus dans le calcul de la quantité d'opioïdes en EMO pris au cours des 24 dernières heures avant le congé. Au total, 491 des 689 patients correspondent à cette durée d'hospitalisation.

Les valeurs d'EMO sur 24 heures des ordonnances d'opioïdes remises au congé après les différentes chirurgies étudiées figurent au tableau 14. Pour 230/491 (47 %) des ordonnances d'opioïdes remises au congé, l'EMO est supérieur à 50 mg sur 24 heures. Ce résultat varie entre 15 % et 74 % selon la chirurgie. L'EMO médian est supérieur à 50 mg sur 24 heures pour deux des chirurgies, soit la lobectomie ouverte et la prothèse totale du genou.

TABLEAU 14 : EMO sur 24 heures des ordonnances d'opioïdes remises au congé selon le type de chirurgie pour les patients hospitalisés deux jours et plus

EMO 24 h - ordonnance au congé	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 491	Scopie n = 79	Tomie n = 18	Scopie n = 84	Tomie n = 31	n = 139	Scopie n = 33	Tomie n = 107
Moyenne	56,4	40,9	53,9	53,4	60,1	72,4	48,9	51,1
Médiane	45	30	40	40	60	60	40	45
Écart	10 - 200	15 - 120	15 - 160	15 - 200	15 - 180	15 - 160	15 - 80	10 -160
El (Q1-Q3)	37,5 (30 – 67,5)	15 (30-45)	50 (30 -80)	30 (30-60)	15 (45-60)	45 (45-90)	50 (30-80)	30 (30-60)
% des ordonnances > 50 mg EMO/24 h	230/491 (47 %)	12/79 (15 %)	6/18 (33 %)	38/84 (45 %)	19/31 (61 %)	103/139 (74 %)	14/33 (42 %)	37/107 (35 %)

Sigles : CCK = cholécystectomie; EI = écart interquartile; EMO = EMO; PTG = prothèse totale du genou; Q1 = quartile 1; Q3 = quartile 3.

Les valeurs d'EMO des 24 dernières heures à l'hôpital pour les patients hospitalisés deux jours ou plus pour les différentes chirurgies étudiées figurent au tableau 15. Au total, 455 des 491 patients y sont représentés. Lorsqu'une épidurale ou une analgésie contrôlée par le patient était poursuivie jusqu'aux 24 heures précédant le congé, il était difficile de convertir de façon précise en EMO les doses reçues. Les ordonnances de ces 36 patients ont donc été exclues du calcul.

Dans cette analyse descriptive, seulement 62/455 (14 %) des ordonnances, toutes chirurgies confondues, ont un EMO supérieur à 50 mg durant les 24 dernières heures du congé. La durée du séjour de ces patients n'était pas différente lorsqu'elle était comparée à celle des patients qui avaient reçu un EMO inférieur à 50 mg sur 24 heures. L'EMO médian administré durant les 24 dernières heures est inférieur à 50 mg sur 24 heures pour toutes les chirurgies. De plus, 25 % des patients n'avaient pas reçu d'opioïdes à l'hôpital durant les 24 dernières heures (tableau 15). Concernant les patients qui avaient subi une cholécystectomie ou une résection intestinale, toutes techniques chirurgicales confondues, de 28 % à 53 % d'entre eux ne prenaient plus d'opioïdes 24 heures avant leur congé.

TABLEAU 15 : EMO des 24 dernières heures à l'hôpital pour les patients hospitalisés deux jours ou plus selon le type de chirurgie

EMO 24 dernières heures à l'hôpital	Toutes chirurgies	CCK		Lobectomie pulmonaire		PTG	Résection intestinale	
	N = 455 *	Scopie n = 79	Tomie n = 17	Scopie n = 60	Tomie n = 24	n = 139	Scopie n = 33	Tomie n = 103
Moyenne	23,3	17,3	21,9	29,3	28,9	30,8	16,4	15,7
Médiane	15	14,5	7,5	20	27,5	25	10	0
Écart	0 - 150	0 - 75	0 - 110	0 - 150	0 - 80	0 - 120	0 - 60	0 - 100
EI (Q1-Q3)	37,5 (0 - 37,5)	25 (0 - 25)	25 (0 - 25)	40 (5 - 45)	30 (12,5 - 42,5)	35 (10 - 45)	30 (0 - 30)	22,5 (0 - 22,5)
% des ordonnances > 50 mg EMO/24 h	62/455 (14 %)	3/79 (4 %)	2/16 (13 %)	10/60 (17 %)	3/24 (13 %)	27/139 (19 %)	2/33 (6 %)	15/103 (15 %)
Aucun opioïde	116/455 (25 %)	22/79 (28 %)	5/17 (29 %)	7/60 (12 %)	2/24 (8 %)	13/139 (9 %)	12/33 (36 %)	55/103 (53 %)

Sigles : CCK = cholécystectomie; EI = écart interquartile; EMO = EMO; PTG = prothèse totale du genou; Q1 = quartile 1; Q3 = quartile 3.

* Patients exclus : les cas avec épidurale ou analgésie intraveineuse (IV) contrôlée par le patient (n = 36).

Note : une correction a été apportée au ratio utilisé pour calculer l'EMO de 9 patients qui ont reçu du fentanyl IV (cf. Protocole. Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite d'une chirurgie, Tableau de conversion de la dose des opioïdes, mars 2020). Bien que cette correction ait changé de façon minime des valeurs d'EMO et de quelques moyennes, médianes et écarts interquartiles du tableau 15, une analyse préliminaire a permis de conclure que la proportion des patients impliqués est faible (1,9%), et que l'interprétation des valeurs des EMO et EI n'est pas affectée. Cette correction n'affecte donc pas les conclusions ni les recommandations du rapport. Approuvé par le président du comité scientifique le 12 mars 2025.

La figure 2 compare l'EMO sur 24 heures prescrit au congé versus l'EMO reçu durant les 24 dernières heures à l'hôpital. Lorsqu'une corrélation est réalisée pour ces deux valeurs, on peut percevoir trois groupes distincts au sein de la figure². Le groupe identifié par la couleur mauve sur la figure 2 représente les patients qui n'ont pas pris d'opioïdes durant les 24 dernières heures à l'hôpital, mais qui ont eu une ordonnance d'opioïdes à leur congé. Dans notre étude, tous les patients qui n'avaient pas pris d'opioïdes durant les 24 dernières heures à l'hôpital ont reçu une ordonnance d'opioïdes à leur congé. L'EMO sur 24 heures pour ces patients varie entre 20 et 120 mg.

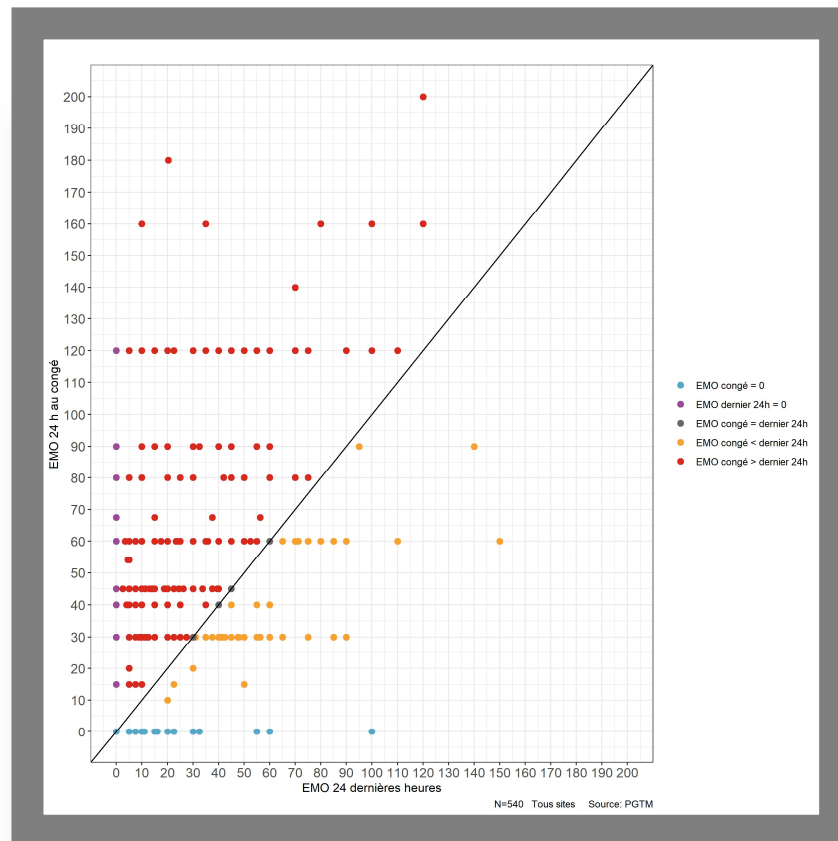
Le second groupe, identifié par les couleurs grise, jaune et rouge, représente ceux qui avaient pris des opioïdes à l'hôpital durant les 24 dernières heures et qui ont reçu une ordonnance d'opioïdes à leur congé. On observe

² Une modification a été apportée au texte initial. Le détail de la modification figure dans la note ajoutée au début du document.

que pour plusieurs patients, l'EMO de 24 heures de l'ordonnance remise au congé était de deux à trois fois supérieur à l'EMO administré durant les 24 dernières heures.

Finalement, le troisième groupe, en bleu, représente les patients qui ont été opérés et qui ont eu leur congé de l'hôpital sans ordonnance d'opioïdes. Sur ces 85 patients, la majorité, au nombre de 54 (64 %), n'avaient pas pris d'opioïdes durant leurs 24 dernières heures à l'hôpital. Les autres patients avaient eu leur congé de l'hôpital sans ordonnance d'opioïdes même s'ils en avaient pris durant les 24 dernières heures avant leur congé. L'EMO sur 24 heures pour ces patients varie entre 5 et 100 mg. Comme ces patients n'ont pas été initialement inclus dans l'étude, les notes médicales les concernant n'ont pas été consultées; il n'a donc pas été possible d'expliquer les raisons justifiant de ne pas avoir prescrit d'opioïdes au congé.

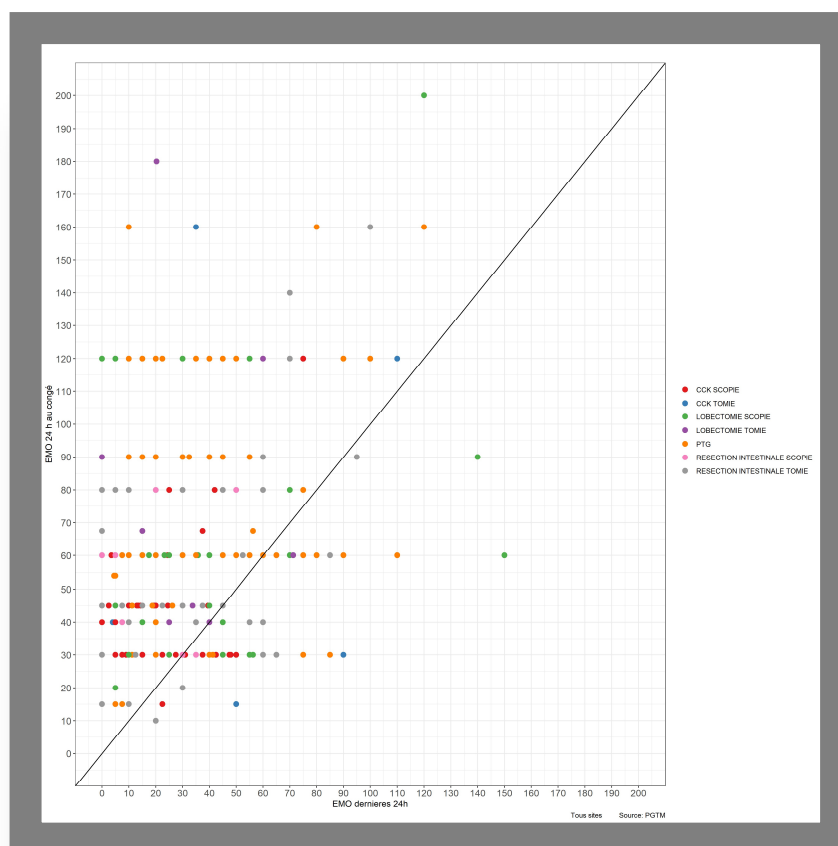
FIGURE 2 : EMO sur 24 heures prescrit au congé en comparaison avec l'EMO sur 24 heures reçu durant les 24 dernières heures de l'hospitalisation



Note : une correction a été apportée au ratio utilisé pour calculer l'EMO de 9 patients qui ont reçu du fentanyl IV (cf. Protocole. Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite d'une chirurgie, Tableau de conversion de la dose des opioïdes, mars 2020). Bien que cette correction ait changé de façon minimale la position de quelques points sur la figure 2, une analyse préliminaire a permis de conclure que la proportion des patients impliqués est faible (1,9%), et que l'interprétation du changement de position de ces points n'est pas affectée. Cette correction n'affecte donc pas les conclusions ni les recommandations du rapport. Approuvé par le président du comité scientifique le 12 mars 2025.

La figure 3 illustre l'EMO sur 24 heures prescrit au congé en comparaison avec l'EMO sur 24 heures reçu durant les 24 dernières heures de l'hospitalisation, selon la chirurgie.

FIGURE 3 : EMO sur 24 heures prescrit au congé en comparaison avec l'EMO sur 24 heures reçu durant les 24 dernières heures de l'hospitalisation, selon la chirurgie



SECTION 4. | ANALYSE ET COMMENTAIRES

Les récentes preuves scientifiques démontrent que la surprescription des opioïdes à la suite d'une chirurgie est fréquente. Plusieurs études ont rapporté que le nombre de comprimés d'opioïdes prescrits, pour différentes chirurgies, est beaucoup plus important que les quantités réellement prises à la maison^{11-12, 24}. Cette analyse descriptive a pour but d'évaluer les ordonnances d'opioïdes remises au congé du patient pour quatre chirurgies ciblant la population qui n'a jamais pris d'opioïdes. Elle comporte deux volets : la présence de l'information requise sur l'ordonnance, conformément aux lignes directrices et aux règlements des ordres professionnels, et la quantité d'opioïdes prescrite à un patient à la suite de sa chirurgie. Cette analyse n'a pas pour objectif d'évaluer la quantité réellement utilisée par le patient à la maison. Le devis rétrospectif ne le permettait pas, et cet aspect a déjà été abordé dans la littérature publiée.

4.1. *Information requise sur l'ordonnance d'opioïdes*

Bien que la quantité totale de comprimés soit presque toujours inscrite sur les ordonnances d'opioïdes, la notion de fractionnement est une pratique peu répandue. Il n'y a pas de recommandation précise quant au nombre de comprimés à partir duquel un fractionnement est requis. Clarke et coll. suggèrent de fractionner pour une quantité égale ou supérieure à 30 comprimés²⁴. On observe que seulement le tiers des ordonnances de plus de 30 comprimés indiquaient un fractionnement. De plus, lorsque le nombre de comprimés était fractionné, moins de la moitié (43 %) des ordonnances précisait la durée du fractionnement. Afin de limiter les risques associés à l'usage d'opioïdes (p. ex. surdose, mésusage, dépendance), il est recommandé d'inscrire un nombre maximal de comprimés et de fractionner leur quantité. Il est également souhaitable de préciser une durée à respecter entre chacun des services. Afin d'assurer une prescription plus sécuritaire, un modèle d'ordonnance est suggéré à l'annexe I.

De façon générale, le recours aux analgésiques non opioïdes et à d'autres stratégies (approche multimodale) doit être encouragé pour contrer la douleur postopératoire^{23,32}. Clarke et coll. formulent les deux recommandations suivantes à cet égard²⁴ :

- L'ordonnance remise au congé pour la prise en charge de la douleur après une chirurgie non urgente devrait indiquer en premier lieu des traitements pharmacologiques non opioïdes (p. ex. AINS et acétaminophène) ou non pharmacologiques (p. ex. glace/chaleur, élévation d'un membre, exercices de respiration, etc.).
- L'ordonnance remise au congé devrait inclure les médicaments suivants, à moins d'une contre-indication à l'usage : acétaminophène administré régulièrement durant sept jours puis au besoin et AINS administré régulièrement durant trois jours puis au besoin.

Dans cette analyse descriptive, une coanalgésie a été prescrite au congé sur 89 % des ordonnances. La prothèse totale du genou est la chirurgie pour laquelle la coanalgésie est la moins souvent prescrite (79 %). Étonnamment, cette chirurgie est celle qui a la valeur médiane de l'EMO total de l'ordonnance la plus élevée (400). Les patients opérés qui n'ont pas reçu une coanalgésie pour une prothèse totale du genou auraient probablement pu en bénéficier. Cependant, l'usage d'acétaminophène et d'ibuprofène en vente libre aurait pu avoir été recommandé verbalement au patient par l'équipe soignante. Cette pratique devrait être découragée au profit d'une ordonnance rédigée à cet effet. Sans surprise, l'acétaminophène est le

médicament le plus souvent prescrit (61 %) en monothérapie, tous types de chirurgies confondues. Seulement le tiers des ordonnances contenaient deux agents de coanalgésie. Quant aux patients opérés pour une prothèse totale du genou et une cholécystectomie par laparoscopie, on a prescrit deux agents à près de la moitié de ceux qui recevaient une coanalgésie. La combinaison acétaminophène – célécoxib est plus fréquente (56 %) que la combinaison acétaminophène – AINS autre que le célécoxib (36 %). Par contre, on observe que les ordonnances après les cholécystectomies par laparotomie et les résections intestinales ne contiennent pas ou peu d’anti-inflammatoires non stéroïdiens (y inclus le célécoxib). Les résultats étaient d’environ 17 % pour la cholécystectomie par laparoscopie, 11 % pour la résection intestinale par laparotomie, et un seul des 34 patients opérés pour une résection intestinale par laparoscopie a reçu une ordonnance d’anti-inflammatoires non stéroïdiens. L’ajout du célécoxib ou des AINS pour diminuer le besoin d’opioïdes en postopératoire est bien décrit dans la littérature³³. Le choix entre ces deux anti-inflammatoires peut dépendre des comorbidités du patient. Un anti-inflammatoire non stéroïdien autre que le célécoxib est plus souvent administré après la cholécystectomie par laparoscopie alors que le célécoxib est plus souvent prescrit après de la chirurgie de la prothèse totale du genou. La moyenne d’âge des patients étant plus élevée pour la prothèse totale du genou que pour la cholécystectomie par laparoscopie (69 vs 52 ans), les effets indésirables moindres du célécoxib pourraient possiblement expliquer ce choix. Il est intéressant de noter qu’une méta-analyse du groupe Cochrane rapporte que la combinaison d’acétaminophène 1 g avec de l’ibuprofène à raison de 400 mg est plus efficace que l’un ou l’autre pris séparément et plus efficace que l’oxycodone 5 mg seule, ce qui démontre l’importance de prescrire la coanalgésie³⁴. Une analyse rétrospective portant sur plus de 1,5 million d’individus ayant subi une arthroplastie du genou et de la hanche a démontré une relation inverse entre le nombre de stratégies utilisées pour soulager la douleur et la dose totale d’opioïdes administrée après l’intervention chirurgicale³⁵. Enfin, une méta-analyse récente a démontré que les gabapentinoïdes n’ont pas d’effet analgésique cliniquement significatif durant la période périopératoire. Également, aucun effet sur la prévention de la douleur chronique et un risque plus élevé d’effets indésirables secondaires ont été observés à propos de leur ajout³⁶. L’usage de gabapentine ou de prégabaline a été retracé, en monothérapie coanalgésique ou en combinaison, chez 23 patients de toute la cohorte à l’étude. Il n’a pas été possible de vérifier si ces patients avaient pris un gabapentinoïde en période préopératoire.

À ce jour, peu de preuves scientifiques suggèrent une différence en termes d’efficacité ou d’incidence d’effets indésirables entre les opioïdes, bien que les résultats d’études soient variables^{15,24}. La prescription d’opioïdes doit être individualisée en tenant compte des comorbidités du patient. La codéine et le tramadol peuvent avoir des effets très variables selon les individus. Certains métaboliseurs plus rapides sont à risque de surdose tandis que ceux plus lents sont à risque d’inefficacité, particulièrement dans le contexte où une interaction médicamenteuse est présente^{37,38}. Selon l’Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), « une méta-analyse en réseau comparant le tramadol à d’autres traitements de référence donne à penser que le tramadol, les AINS, l’acétaminophène et certains opioïdes sont d’efficacité équivalente dans le soulagement de la douleur. Cependant, la prudence est de mise dans l’interprétation des résultats en raison de l’hétérogénéité importante des études couvertes par les revues systématiques et méta-analyses »³⁹. Il est important de souligner que le tramadol n’est pas inscrit sur les listes de médicaments du Québec, l’INESSS n’ayant pas reconnu sa valeur thérapeutique. Le fentanyl n’est pas recommandé pour le soulagement des douleurs aiguës²⁵. L’hydromorphone, suivi par l’oxycodone, sont les deux médicaments les plus souvent prescrits dans les centres hospitaliers universitaires du Québec. La codéine, le tramadol et le fentanyl sont

rarement prescrits, ce qui nous apparaît adéquat. Une seule ordonnance de tramadol a été relevée dans cette étude.

Les patients qui reçoivent une dose supérieure à 50 mg sur 24 heures d'EMO sont de deux à quatre fois plus à risque de développer une surdose ou de décéder⁷. Aucune ordonnance de naloxone n'a été retracée dans notre étude, alors que 39 % d'entre elles indiquaient un EMO de plus de 50 mg. Une ordonnance de naloxone de secours administrée par voie nasale est suggérée dans ces cas^{7, 19, 22}.

Un nombre restreint d'ordonnances prérédigées ont été retracées, soit 26 %. Bien qu'elles soient disponibles dans certains hôpitaux, elles ne sont pas toujours utilisées ou sont modifiées. Au moment de l'étude, l'ordonnance prérédigée au congé d'une chirurgie semblait un outil peu exploité. Plusieurs démarches seraient en cours dans les centres hospitaliers universitaires afin de promouvoir l'utilisation de ce type d'ordonnance. Le Programme de gestion thérapeutique des médicaments est d'avis que la disponibilité accrue d'ordonnances prérédigées, qui comprendraient les éléments suivants, favoriserait la prescription optimale et sécuritaire des opioïdes :

- Quantité totale de comprimés d'opioïdes
- Indication d'un fractionnement
- Durée du fractionnement
- Coanalgésie
- Naloxone, si requis

Les médecins résidents sont, pour plusieurs des spécialités chirurgicales, les prescripteurs majoritaires des ordonnances d'opioïdes au moment du congé de leurs patients. L'information sur l'existence de ces ordonnances prérédigées doit leur être transmise afin de favoriser leur implantation et leur utilisation. De plus, les infirmières praticiennes spécialisées jouent un rôle de plus en plus important en chirurgie. Bien qu'elles ne soient pas représentées dans cette étude, ce groupe devra aussi être associé à la démarche.

4.2. *Évaluation du choix de l'opioïde et de la quantité d'opioïdes prescrite au congé*

Seulement 63 % des ordonnances remises au congé de l'hôpital ont été trouvées au dossier des patients. Une plus grande disponibilité des ordonnances aurait permis de dresser un portrait plus représentatif du profil de celles-ci. Afin d'assurer un meilleur suivi clinique du patient, les ordonnances de départ devraient être incluses au dossier de l'utilisateur.

Pour l'ensemble des chirurgies, 87 % des patients ont reçu une ordonnance d'opioïdes au congé. Il semble y avoir une pratique divergente entre les sites pour une des chirurgies étudiées, soit la résection intestinale par laparoscopie où seulement 59 % des patients ont reçu une ordonnance d'opioïdes au congé (tableau 3). Deux sites avaient un opioïde prescrit dans moins de 30 % des cas et le troisième dans 80 % des cas. Il faut toutefois être prudent pour interpréter cette donnée, puisqu'un petit nombre de patients (n = 58) sont représentés.

Selon Clarke et coll., les patients devraient recevoir une ordonnance au congé avec le même opiacé que celui reçu à l'hôpital afin d'assurer une bonne tolérance²⁴. Dans notre analyse descriptive, ce critère est bien respecté puisque 90 % de nos patients ont reçu le même opioïde au congé de l'hôpital.

La pratique optimale pour la prescription d'un opioïde au congé d'une chirurgie n'est pas bien définie.

La durée totale de l'utilisation d'un opioïde est le facteur prédictif le plus susceptible de mener à un trouble de l'usage des opioïdes. Selon l'étude de Brat et coll., chaque semaine additionnelle augmente les risques de développer un trouble d'usage des opioïdes⁵. Plusieurs organismes ont suggéré de limiter le traitement d'une douleur aiguë à la suite d'une chirurgie. La durée du traitement devrait varier entre trois et sept jours ou l'EMO total de l'ordonnance ne devrait pas dépasser 200 mg, à l'exception des chirurgies majeures du genou ou de blessures traumatiques²⁶. Toutefois, des auteurs mentionnent que ces limites pourraient être excessives pour quelques patients, ce qui contribue malheureusement à la circulation d'opioïdes dans la population, ou encore inadéquates pour d'autres, résultant en un mauvais contrôle de la douleur, en douleur chronique, etc.^{16,40}

Plusieurs études ont évalué la durée appropriée d'une ordonnance d'opioïdes pour réduire la douleur postopératoire en se basant sur la quantité d'opioïdes utilisée à la maison pour répondre aux besoins de 75 % des patients sans recours à des renouvellements. L'organisme du Michigan suggère un nombre de comprimés à prescrire selon le type de chirurgie⁴¹. Le *Dr Robert Bree Collaborative and Washington State Agency Medical Directors' Group* recommandent que la prescription ne dépasse pas 3, 7 ou 14 jours selon la chirurgie en évaluant selon trois périodes de récupération estimées : rapide, modérée et à long terme²⁰. Ils invitent également le prescripteur à ne pas calculer de routine le nombre de comprimés permettant de couvrir la dose maximale – p. ex. deux comprimés toutes les quatre heures au besoin équivalant à 84 comprimés pour une semaine. Un patient devrait avoir recours à une fréquence d'administration moindre à mesure que la douleur se dissipe et, par ricochet, il aurait besoin d'un plus faible nombre de comprimés (aussi peu que la moitié) pour couvrir la période de 3, 7 ou 14 jours prévue. Face à la grande variation de la quantité d'opioïdes prescrite à la suite de différentes chirurgies, Thiels et coll. ont conçu des lignes directrices spécifiques à chaque chirurgie, et ils proposent trois doses, soit faible, normale ou élevée, qui tiennent compte de plusieurs facteurs qui pourraient influencer sur l'usage des opioïdes après la sortie de l'hôpital. Ils ont élaboré des lignes directrices distinctes pour les chirurgies orthopédiques⁴⁰. Elles ont été récemment mises à jour⁴².

Dans l'étude de Hill et coll., chez des patients qui ont subi une chirurgie intra-abdominale et sont hospitalisés, une analyse multivariée a démontré que le nombre de comprimés d'opioïdes utilisés à domicile était associé au nombre de comprimés pris la journée précédant le départ et à l'âge du patient et non au type de chirurgie⁴³. La rédaction de l'ordonnance au départ du patient sans évaluer la quantité réellement prise à l'hôpital peut mener à une quantité prescrite qui irait bien au-delà des besoins du patient¹². Les auteurs Clarke et coll. et Schug et coll. recommandent que les patients reçoivent une quantité prescrite basée sur leur consommation à l'hôpital durant les 24 dernières heures^{16,24}. Si aucune dose n'a été administrée durant les 24 dernières heures, aucune ordonnance d'opioïdes ne devrait être remise au patient. Clark et coll. recommandent également que l'ordonnance ne dépasse pas 3, 7 ou 14 jours selon le type de chirurgie évalué d'après trois périodes de récupération estimées : rapide, modérée et à long terme. Les patients en chirurgie d'un jour devraient recevoir une ordonnance reflétant une guérison rapide.

Le tableau 16 à l'annexe II résume les différentes recommandations proposées, entre autres par les auteurs cités précédemment^{16, 20, 24, 40}.

Dans cette analyse descriptive, les résultats de l'EMO total de l'ordonnance démontrent une grande variation entre les différentes chirurgies et pour une même chirurgie. Les lobectomies par thoracoscopie et ouvertes ainsi que la prothèse totale du genou sont celles qui affichent la plus grande variation.

Globalement, un tiers des ordonnances remises au congé incluait une quantité d'EMO supérieure à 200 mg. Un EMO supérieur à 200 mg a été observée dans plus des trois quarts des ordonnances des patients opérés pour une lobectomie ouverte et une prothèse totale du genou (tableau 10). Pour ces deux chirurgies, des auteurs proposent des doses plus importantes de ces équivalents pour répondre aux besoins des patients (réf. annexe II).

Quant à l'EMO sur 24 heures prescrit au congé, 47 % des patients hospitalisés durant deux jours et plus ont eu un maximum par jour permis de plus de 50 mg, alors que seulement 14 % des patients avaient reçu un EMO supérieur à 50 mg durant les 24 dernières heures à l'hôpital. Toutefois, on a observé que certains patients avaient reçu de la bupivacaïne principalement par un bloc nerveux périphérique en continu durant les 24 dernières heures de leur hospitalisation dans certaines des chirurgies étudiées. Dans ces cas, la consommation d'opioïdes à l'hôpital pourrait être moindre et avoir contribué à un EMO plus faible durant les 24 dernières heures. La lobectomie ouverte et la prothèse totale du genou sont les deux chirurgies où l'on trouve un EMO médian sur 24 heures se situant à 60 mg (tableau 11). Afin de réduire la quantité permise par tranche de 24 heures sur les ordonnances et ainsi de diminuer le risque de surdose, une ordonnance indiquant une dose variable combinée à un intervalle variable devrait être évitée – p. ex. morphine 5 mg 1 à 2 comprimés aux 4 à 6 heures au besoin. Cette pratique a été observée dans un seul des centres hospitaliers universitaires, et ce, dans 18 % de ses ordonnances. Un intervalle posologique bien défini (p. ex. aux 4 heures plutôt qu'aux 4 à 6 heures) est également à préconiser. Cette pratique est très bien implantée, sauf pour un seul des centres hospitaliers pour lequel on remarque un intervalle fixe dans seulement 71 % des ordonnances. Un écart de dose du double et plus est observé dans environ 30 % des ordonnances. Un écart de dose d'au maximum 50 % est suggéré (p. ex. hydromorphone 1 à 1,5 mg au lieu de 1 à 2 mg). Les médecins devraient être sensibilisés à ces règles lorsqu'ils prescrivent un opioïde.

Dans cette analyse descriptive, plusieurs patients hospitalisés durant plus de deux jours ont reçu une ordonnance d'opioïdes à leur congé dont l'EMO de 24 heures corrèle peu avec celui des 24 dernières heures à l'hôpital. On remarque que des patients ont reçu à leur congé une ordonnance dont l'EMO de 24 heures était de deux à trois fois supérieur à la quantité administrée durant les 24 dernières heures. De plus, 25 % des patients ne prenaient plus d'opioïdes durant les 24 dernières heures de leur hospitalisation et ont tous reçu une ordonnance d'opioïdes à leur congé. Certains d'entre eux ont reçu une ordonnance dont l'EMO était supérieur à 100 mg/24 heures. L'utilisation de la bupivacaïne dans les 24 dernières heures avant le congé pourrait expliquer en partie cette différence entre l'EMO de l'ordonnance de départ et celui pris à l'hôpital pour certaines des chirurgies étudiées. Les raisons entourant la surprescription observée dans cette analyse descriptive devraient être discutées avec les cliniciens.

Nous avons observé qu'environ 20 % (116/519) des ordonnances d'opioïdes remises au congé étaient rédigées plus d'une journée avant le congé, et fréquemment lors de l'admission du patient. Pas moins de 70 % d'entre elles concernaient la prothèse totale du genou. Ce résultat est attribuable à deux CHU, l'information n'était pas disponible pour le troisième. Selon Clarke et coll., la rédaction de l'ordonnance au congé devrait être faite durant le processus de congé et non avant la chirurgie. Ils expliquent que « cette démarche est entreprise dans le but de standardiser les procédures afin de simplifier et accélérer le processus sur une unité de soins chirurgicale à haut débit. Dans certains établissements, cette ordonnance peut faire partie d'une trousse préparatoire à la chirurgie remise au patient bien avant celle-ci. Bien que cette mesure soit attrayante pour

améliorer l'efficacité, elle est à décourager dans un contexte de crise des opioïdes. Une quantité supérieure à celle requise est possible et pourrait contribuer à la diversion ». Ces auteurs recommandent d'attendre la journée du congé, car cela permet de mieux évaluer le nombre exact de comprimés à prescrire et ainsi de satisfaire aux besoins analgésiques du patient tout en protégeant le public contre des expositions non nécessaires aux opioïdes²⁴.

Même si cette analyse descriptive n'a pas permis de connaître le nombre de comprimés pris par les patients à la maison, nos résultats démontrent que plusieurs d'entre eux pourraient recevoir une quantité moindre d'opioïdes après une chirurgie. La standardisation des ordonnances d'opioïdes au congé pour chaque type de chirurgie s'avère essentielle; elle permettrait de diminuer la variation des ordonnances d'opioïdes comme nous l'avons observé dans cette analyse. Pour les patients hospitalisés, l'évaluation des besoins en opioïdes devrait être faite la journée du congé, permettant ainsi d'individualiser la thérapie.

Limites de l'étude

L'étude ne porte pas sur les quantités d'opioïdes utilisées au domicile ni sur les renouvellements demandés par les patients, mais uniquement sur l'évaluation de l'ordonnance remise au congé de l'hôpital.

Le protocole de recherche rétrospectif de cette étude représente la principale limite, puisque la collecte de l'information peut avoir été incomplète ou incertaine dans quelques situations. Seulement 63 % des patients initialement sélectionnés avaient reçu une ordonnance numérisée au moment de leur congé. Il n'a pas été possible de déterminer si un opioïde était mentionné sur les ordonnances non numérisées. Il est possible que le pourcentage de patients à qui on avait prescrit un opioïde après ces chirurgies ne reflète pas celui que nous avons rapporté.

Seulement trois des quatre centres hospitaliers universitaires pour adultes sont inclus dans l'étude, le quatrième n'ayant pas pu participer puisque les ordonnances qu'il remettait aux patients à leur au congé n'étaient pas numérisées.

Bien que le nombre total d'ordonnances soit de 689, certaines chirurgies sont peu représentées. Cela doit être pris en considération lors de l'interprétation des résultats.

L'utilisation des coanalgésiques, y inclus l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le célécoxib et les gabapentinoïdes pris lors de l'hospitalisation, ainsi que les différentes modalités en anesthésie n'ont pas été répertoriées dans cette analyse descriptive. Certains patients ont pris une combinaison de ces différentes analgésies durant les 24 dernières heures avant leur congé ce qui peut grandement influencer sur l'utilisation des opioïdes en postopératoire.

SECTION 5. | CONCLUSION

Cette étude réalisée par le Programme de gestion thérapeutique des médicaments a permis de mettre en lumière la surprescription au moment du congé de l'hôpital à la suite de certaines chirurgies. Elle peut servir de référence initiale pour évaluer l'effet des différentes interventions qui seront destinées à améliorer la prescription d'opioïdes au congé dans les établissements hospitaliers universitaires.

Bien que les interventions prioritaires visent la sensibilisation des prescripteurs à une diminution de la quantité d'opioïdes prescrite, plusieurs autres éléments sont essentiels pour assurer une utilisation sécuritaire des opioïdes comme l'usage systématique d'analgésie non opioïde, des conseils au patient sur les objectifs, l'utilisation et la destruction sécuritaire des opioïdes à la maison par le patient. Les médecins prescripteurs, le personnel infirmier, les pharmaciens des établissements de santé et du milieu communautaire ainsi que les patients doivent tous être engagés dans la démarche de prise en charge de la douleur postopératoire.

AVIS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DU PGTM

Le Programme de gestion thérapeutique des médicaments recommande aux CHU de :

1. Diffuser et discuter les résultats avec les équipes traitantes afin de les sensibiliser aux différents enjeux et problématiques entourant la prescription d'opioïdes au congé de l'hôpital à la suite d'une chirurgie.
2. Numériser systématiquement au dossier de l'utilisateur toutes les ordonnances remises au congé à la suite d'une chirurgie. L'utilisation d'un formulaire NCR (copie sans carbone) en deux copies devrait être privilégiée plutôt que celle d'un carnet d'ordonnances de façon à conserver au dossier les ordonnances externes remises à l'utilisateur pour fin de numérisation.
3. Rappeler aux prescripteurs les règles suivantes :
 - f) que la quantité de comprimés prescrite soit fractionnée pour les ordonnances de plus de 30 comprimés et que la durée soit précisée entre chaque fraction;
 - g) que l'intervalle posologique soit fixe et que l'écart de la dose soit au maximum de 50 % de façon à réduire la quantité permise d'opioïdes durant 24 heures;
 - h) qu'il faut éviter de prescrire plus de 50 mg d'EMO par jour et 200 mg d'EMO total au congé, sauf après certaines chirurgies (p. ex. PTG) ou pour certains patients dont l'état nécessite une dose plus élevée d'opioïdes;
 - i) que des options d'analésie non opioïdes soient indiquées sur l'ordonnance;
 - j) qu'une option pour prescrire la naloxone, si requise, soit mentionnée sur l'ordonnance.
4. Pour les patients hospitalisés, évaluer les besoins en opioïdes au moment du congé, ce qui permet d'individualiser la thérapie. Un formulaire numérique d'administration des médicaments permettrait de rendre facilement disponible cette information.
5. Afin de diminuer la variation dans les ordonnances d'opioïdes remises au congé pour une même chirurgie, chaque CHU devrait élaborer des lignes directrices pour l'ensemble de ses chirurgies.
6. Favoriser l'élaboration, l'implantation et l'utilisation d'ordonnances prérédigées selon le type de chirurgie en précisant les éléments importants recommandés ci-haut.
7. Réaliser une étude de suivi pour vérifier si l'application de nouvelles mesures a permis de mieux adapter la quantité d'opioïdes prescrite au congé suivant une chirurgie.
8. Encourager les CHU à instaurer un prescripteur électronique, ce qui aurait comme avantages d'uniformiser les ordonnances, d'assurer le suivi de la thérapie médicamenteuse en temps réel et d'être un outil d'enseignement pour les prescripteurs.

SECTION 6. | AUTEURS ET RÉVISEURS

Rédaction du document PGTM

Mme France Varin, pharmacienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Mme Suzanne Marcotte, pharmacienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Mme Chantal Guévremont, pharmacienne, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Révision expert

Dre Tanya Girard, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dre Jocelyne Martin, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Brigitte Migneault, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Réviseurs (membres du comité scientifique du PGTM)

M. Ghislain Bérard, pharmacien, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Dre Louise Deschênes, CHU de Québec – Université Laval

Dr Paul Farand, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Dr Daniel Froment, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Philippe Ovetchkine, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ)

Mme Chantal Guévremont, pharmacienne, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Mme Marie-Claude Michel, pharmacienne, CHU de Québec – Université Laval

Mme Élane Pelletier, pharmacienne, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ)

Dr Raghu Rajan, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Mme France Varin, pharmacienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Base de données et compilation des résultats

Conception et extraction des données : Mmes France Varin et Suzanne Marcotte, pharmaciennes, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Mme Michèle Bally, pharmacienne et épidémiologiste, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), M Omar Ledjar, statisticien, Unité de recherche clinique appliquée (URCA) (CHUSJ).

Collaboration à la collecte des données

CHUM : Mmes Simone Greer-Diamond, Jessica Sun

CIUSSS de l'Estrie – CHUS : Mmes Marie-Laurence Beaurivage et Audrey Bisson

CUSM : Mme Maeva Blot, Mme Sarah Brideau, M. Gilbert Matte, Mme Argem Joy Sabuga, Mme Cristina Sciortino

Titre du document : Analyse descriptive des ordonnances d'opioïdes remises au congé à la suite d'une chirurgie dans les CHU du Québec

Révisé et approuvé par le comité scientifique du PGTM le 14 octobre 2021

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

La Dre Brigitte Migneault a été rémunérée, dans le passé, pour de la formation médicale indépendante comprenant cours universitaire, conférence et publication.

Révisé et approuvé par le comité exécutif du PGTM le 17 décembre 2021

Disponible sur le site Web du PGTM : www.pgtm.qc.ca

SECTION 7. | BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

1. **Gomes T, Khuu W, Craiovan D, et coll.** 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.
2. **Alam A, Gomes T, Zheng H, et coll.** Long-term analgesic use after low-risk surgery : A retrospective cohort study. *Arch Intern Med* 2012;172(5): 425-430.
3. **Clarke H, Soneji N, Ko DT, et coll.** Rates and risk factors for prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study. *BMJ* 2014;348 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1251>
4. **Brummett CM, Waljee JF, Goesling J, et coll.** New persistent opioid use after minor and major surgical procedures in US adults. *JAMA surgery* 2017;152(6):e170504 doi: 10.1001/jamasurgery.2017.0504
5. **Brat GA, Agniel D, Beam A, et coll.** Postsurgical prescriptions for opioid naïve patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ* 2018;360 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5790>
6. **Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, et coll.** Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Can Med Assoc J* 2017;189(18):E659-E666.
7. **Dowell D, Haegerich TM, Chou R.** CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain – United States, 2016. *JAMA* 2016;315(15):1624-45.
8. **Fujii MH, Hodgesm AC, Russell RL, et coll.** Post-discharge opioid prescribing and use after common surgical procedures. *J Am Coll Surg* 2018;226(6):1004-1012
9. **Hill MV, McMahon ML, Stucke RS, et coll.** Wide variation and excessive dosage of opioid .common general surgical procedures. *Ann Surg* 2017;265:709-714.
10. **Theisen KM, Myrnga JM, Hale N, et coll.** Excessive opioid prescribing after major urologic procedures. *Urology* 2018;123:101-107.
11. **Bicket MC, Long JJ, Pronovost PJ, et coll.** Prescription opioid analgesics commonly unused after surgery: A systematic review. *JAMA Surg* 2017;152(11):1066-1071.
12. **Bartels K, Mayes LM, Dingmann C, et coll.** Opioid use and storage patterns by patients after hospital discharge following surgery. *PLOS ONE* 2016 DOI: 10.1371/journal.pone.0147972
13. **PGTM.** Description des ordonnances de narcotiques dans les CHUs du Québec. 2006. Disponible au : https://pgtm.org/documentation/FSW/Narcotiques_AnalyseDes_20070201.pdf
14. **PGTM.** Description des ordonnances de narcotiques dans les CHU du Québec: Phase II – 2008. Disponible au : https://pgtm.org/documentation/FSW/Narcotique_II_Analyse_20090226.pdf
15. **PGTM.** Description des ordonnances d’opioïdes dans les CHU du Québec : Phase III – 2011. Disponible au : https://pgtm.org/documentation/FSW/Narcotique_III_AD_Rapport_Final_20130503.pdf
16. **Collège des médecins du Québec.** Les ordonnances individuelles faites par un médecin. 10/2016 guide d’exercice. 2016. Disponible au : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>
17. **Schug SA, Palmer GM, Scott DA, et coll.** Acute pain management : Scientific evidence – Fifth edition 2020. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (ANZCA). Disponible au : https://anesthesiology.queensu.ca/sites/anesthesiology/files/inline-files/APMS-5th_1.pdf

18. **Shah A, Hayes CJ, Martin BC.** Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use - United States, 2006-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017 mar 17;66(10):265-269.
19. **Prescription Drug and Opioid Abuse Commission (PDOAC).** Acute care of opioid treatment and prescribing recommendations summary of selected best practices. Surgical department. Disponible : https://www.michigan.gov/documents/lara/Acute_Care_Opioid_Treatment_and_Prescribing_Recommendations_Surgical_-_FINAL_620739_7.PDF
20. **Bree R and collaborative and Washington state agency medical directors' group** in collaboration with academics, pain experts, and practicing surgeons. Prescribing opioids for postoperative pain – Supplemental guidance. 2018. Disponible au : <https://agencymeddirectors.wa.gov/Files/FinalSupBreeAMDGPostopPain091318wcover.pdf>
21. ICSI Perioperative guideline December 2020 – Sixth Edition. Disponible au : <https://icsi.org/guidelines/perioperative-guidelines/>
22. **Comité régional des services pharmaceutiques de Montréal.** Le pharmacien distributeur de la naloxone : optimiser le processus de la distribution de deux formats d'un antidote aux surdoses d'opiacés par le pharmacien en officine. Guide produit par le CIUSSS centre-sud de l'île de Montréal. Disponible au : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/pharmaciens/crsp/20190812_Guide_naloxone.pdf. Consulté le 2 septembre 2021.
23. **Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et coll.** Management of postoperative pain : A clinical guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *Journal of Pain* 2016;17(2):131-157.
24. **Clarke HA, Manoo V, Pearsall EA, et coll.** Consensus statement for the prescription of pain medication at discharge after elective adult surgery. *Canadian Journal of Pain* 2020;4(1):67-85.
25. **Institute for safe medication practices (ISMP).** 2020-2021 Targeted medication safety best practices for hospitals. Disponible au : https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2020-02/2020-2021_20TMSBP-20FINAL_1.pdf. Consulté le 2 septembre 2021.
26. **Opioid Prescribing Work Group:** Acute Pain Prescribing Recommendations (Draft) (Minnesota Department of Human Services). August 23, 2016. Disponible au: https://mn.gov/dhs/assets/draft-acute-pain-recommendations_tcm1053-281603.pdf . Visité le 2 septembre 2021.
27. **Thiels CA, Anderson SS, Ubl DS, et coll.** Wide variation and overprescription of opioids after elective surgery. *Ann Surg.* 2017;266:564-573.
28. **Ziegelmann M, Joseph JP, Glasgow AE, et coll.** Wide variation in opioid prescribing after urological surgery in tertiary care centers. *Mayo Clin Proc* 2019;94(2):262-274.
29. **Hegman KT, Weiss MS, Bowden K, et coll.** American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) practice guidelines: Opioids for treatment of acute, subacute, chronic, and postoperative pain. *J Occup Environ Med* 2014;56(12):e143-59
30. **Rizk E, Swan JT, Cheon O, Colavecchia AC, Bui LN, Kash BA, Chokshi SP, Chen H, Johnson ML, Liebl MG, Fink E.** Quality indicators to measure the effect of opioid stewardship interventions in hospital and emergency department settings. *Am J Health Syst Pharm* 2019Feb 1;76(4):225-235.
31. **Chen EY, Marcantonio A, Tometta P.** Correlation between 24-hour pre-discharge opioid use and amount of opioids prescribed at hospital discharge. *JAMA Surg* 2018;153(2):e174859

32. **Wu CL, King AB, Geiger TM et coll.** 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.
33. **White PF, Tang J, Wender RH, et coll.** The effects of oral ibuprofen and celecoxib in preventing pain, improving recovery outcomes and patient satisfaction after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 2011 Feb;112(2):323-9. doi: 10.1213/ANE.0b013e3182025a8a. Epub 2010 Dec 14. PMID: 21156974.
34. **Derry CJ, Derry S, Moore RA.** Single dose oral ibuprofen plus paracetamol (acetaminophen) for acute postoperative pain (Review). *Cochrane Library* 2013;6:DC010210
35. **Memtsoudis SG, Poeran J, Zubizarreta N, et coll.** Association of multimodal pain management strategies with perioperative outcomes and resource utilization : A population-based study. *Anesthesiology* 2018;128:891-902.
36. **Verret M, Lauzier F, Zarychanski R et coll.** Perioperative use of gabapentinoïds for the management of postoperative acute pain : a systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology* 2020;133(2):265-279.
37. Monographie Tramadol, Mylan Pharmaceuticals juillet 2016
38. Monographie Codéine, Purdue Pharma, novembre 2016
39. **Agence Canadienne des Médicaments et des Technologies de la Santé (ACMTS).** Tramadol for the Management of Pain in Adult Patients: A review of Clinical Effectiveness – An Update. Ottawa: CADTH; 2018 Nov. Disponible: <https://www.cadth.ca/fr/le-tramadol-dans-le-traitement-de-la-douleur-chez-ladulte-efficacite-clinique-mise-jour>
40. **Thiels CA, Ubl DS, Yost KJ, et coll.** Results of a prospective, multicenter initiative aimed at developing opioid-prescribing guidelines after surgery. *Ann Surg* 2018;268:457-468.
41. **Michigan Opioid prescribing engagement network.** Michigan OPEN. 2021 The Regents of the University of Michigan. Disponible au: <https://michigan-open.org/prescribing-recommendations/>.
42. **Wyles CC, Thiels CA, Hevesi M et coll.** Patient opioid requirements are often far less than their discharge prescription after orthopedic surgery : the results of a prospective multicenter survey. *J Am Acad Orthop Surg* 2021;29:345-353
43. **Hill MV, Stucke RS, Billmeier SE, et coll.** Guidelines for discharge opioid prescriptions after inpatient general surgery procedures. *J Am Coll Surg* 2018;226:996-1003
44. **Overton HN, Hanna MN, Bruhn WE et coll.** Opioid- prescribing guidelines for common surgical procedures: An expert panel consensus. *J Am Coll Surg* 2019;227:411-418.

ANNEXE 1 | Modèle d'ordonnance externe pour les opioïdes

Nom du centre hospitalier / logo

ORDONNANCE MÉDICALE EXTERNE

Allergies : _____ Aucune connue ☐

Réactions indésirables aux médicaments : _____

ORDONNANCE D'OPIOÏDES

UNITÉ ou SERVICE : _____ Téléphone : _____

☐ Favoriser l'envoi par télécopieur et conserver l'original au dossier

Pharmacien :

Télécopieur :

Cette ordonnance est une ordonnance originale. Elle ne sera pas réutilisée.

Le pharmacien précité est le seul destinataire.

☐ Si télécopie impossible, remettre au patient et garder une photocopie au dossier

Date : _____ Heure : _____

Nom de l'opioïde : _____ Posologie : _____

Quantité totale : _____ NON RENOUVELABLE

Servir quantité : _____ ☐ en une seule fois

(en chiffres et en lettres) ☐ à la journée

☐ 7 jours à la fois

☐ Autre (spécifier) : _____

☐ Naloxone nasale 4 mg et enseignement (à sélectionner si prise de plus de 50 EMO*/24 h)

* 50 EMO = 10 comprimés de morphine 5 mg ou 10 comprimés d'hydromorphone 1 mg ou

7 comprimés d'oxycodone 5 mg

Coanalgésie

Acétaminophène ☐ 650 mg ☐ 1000 mg
q 6 h régulier X _____ h puis q 6 h PRN

Naproxène ☐ 375 mg ☐ 500 mg
BID régulier X _____ h puis BID PRN

Célécoxib ☐ 100 mg
BID régulier X _____ h puis BID PRN

Autre : _____

Nombre de
comprimés Renouvellements

Laxatifs ☐ Sennosides 8,6 mg BID PRN (cesser si diarrhée)

(GI 28) ☐ Polyéthylène glycol 17g DIE PRN (cesser si diarrhée)

Signature : _____ Nom du médecin : _____

(caractères d'imprimerie)

N° de permis d'exercice : _____

ANNEXE 2 | Résumé de lignes directrices pour les ordonnances d'opioïdes à la suite d'une intervention chirurgicale ^{17,20,24,40-44}

TABEAU 16 : Résumé de lignes directrices pour les ordonnances d'opioïdes à la suite d'une intervention chirurgicale

		Michigan OPEN Initiative 2020	Overton HN et coll. (John Kopkins) 2018	Clarke et coll. ^a 2020	Thiels CA et coll. (Mayo clinic) ^b 2018	Wyles CC, et coll. ^c 2021	AMDG and Dr Bree coll. ^d 2018	Hill MV et coll. 2018 et Schug SA et coll. 2020
Spécialité chirurgicale	Type de chirurgie	Nombre total de comprimés à prescrire selon l'opioïde						
		Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg, morphine 5 mg, hydromorphone 1 mg, tramadol 50 mg	Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg	* Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg		
CDJ = récupération rapide < 3 jours								
Cardiaque								Basé sur le nombre de doses de comprimés pris durant les 24 dernières heures à l'hôpital 0 → 0 1-3 → 15 ≥ 4 → 30
	Pontage aortocoronarien	0 - 25	0 - 20	Max. 30 (7 jours)				
Générale								
	Cholécystectomie	0 – 10 (Lap) 0 – 15 (O)	0 - 10	Max. 12 (0 - 3 jours)	0 – 8 - 20		< 3 jours (Lap) Ex. 8 à 12	
	Appendicectomie	0 - 10 (Lap/O)		Max. 12 (0 - 3 jours)	0 – 8 - 20		< 3 jours (Lap) Ex. 8 - 12	
	Cure d'une hernie inguinale	0 - 10	0 – 15 (Lap) 0 – 10 (O)	Max. 12 (Lap/O) (0 - 3 jours)	0 – 8 - 20		< 3 jours Ex. 8 -12	
	Cure d'une hernie ombilicale	0 - 10	0 - 15	Max. 12 (O) (0 - 3 jours)				

		Michigan OPEN Initiative 2020	Overton HN et coll. (John Kopkins) 2018	Clarke et coll. ^a 2020	Thiels CA et coll. (Mayo clinic) ^b 2018	Wyles CC, et coll. ^c 2021	AMDG and Dr Bree coll. ^d 2018	Hill MV et coll. 2018 et Schug SA et coll. 2020
Spécialité chirurgicale	Type de chirurgie	Nombre total de comprimés à prescrire selon l'opioïde						
		Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg, morphine 5 mg, hydromorphone 1 mg, tramadol 50 mg	Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg	* Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg		
	Cure d'une hernie incisionnelle	0 - 10		Max. 30 (Lap/O) (7 jours)			< 7 jours (O) Ex. ad 42	
	Colectomie	0 – 10 (Lap) 0 – 15 (O)		Max. 30 (O) Inclut rectal (7 jours)	0 – 15- 30 (MI/O)		< 7 jours (Lap/O) Ex. ad 42	
	Gastrectomie longitudinale	0 - 10						
	Iléostomie Colostomie	0 - 15		Max. 12 (Lap) (0 - 3 jours) Max. 30 (O) (7 jours)			≤ 14 jours	
	Résection petit intestin ou entérolyse	0 – 15 (O)		Max. 30 (O) (7 jours)	0 – 15 - 30		< 7 jours (O) 0 – 42	
	Résection abdominale majeure (Whipple, œsophagectomie, résection du foie)			Max. 60 (14 jours) œsophagectomie	0 – 30 - 50 (O)			

		Michigan OPEN Initiative 2020	Overton HN et coll. (John Kopkins) 2018	Clarke et coll. ^a 2020	Thiels CA et coll. (Mayo clinic) ^b 2018	Wyles CC, et coll. ^c 2021	AMDG and Dr Bree coll. ^d 2018	Hill MV et coll. 2018 et Schug SA et coll. 2020
Spécialité chirurgicale	Type de chirurgie	Nombre total de comprimés à prescrire selon l'opioïde						
		Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg, morphine 5 mg, hydromorphone 1 mg, tramadol 50 mg	Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg	* Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg		
	Résection abdominale d'un organe solide (rein, rate, résection cunéiforme du foie)				0 – 15 - 25 (MI)			
Gynécologique								
	Césarienne	0 - 20	0 - 10	Max. 12 (0 - 3 jours)			≤ 7 jours Ex. ad 42	
	Hystérectomie (ouverte)	0 – 20 (A)	0 - 20	max 30 (A) (7 jours)			≤ 14 jours (A)	
	Hystérectomie (Lap, par robot, MI ou V)	0 – 15 (Lap/V)	0 – 10 (MI)	Max. 30 (Lap, Robot, V) (7 jours)			≤ 3 jours (V) Ex. 8 - 12 ≤ 7 jours (Lap) Ex. ad 42	
ORL								
	Thyroïdectomie	0 - 5	0 - 15	Max. 12 (0- 3 jours)	0 – 5 - 10		≤ 3 jours Ex. 8 -12	
Orthopédique								
	Arthroscopie ménisectomie partielle		0 - 10	Max. 12 (0 - 3 jours)	Des lignes directrices distinctes ont	5 - 10	≤ 3 jours Ex. 8 -12	

		Michigan OPEN Initiative 2020	Overton HN et coll. (John Kopkins) 2018	Clarke et coll. ^a 2020	Thiels CA et coll. (Mayo clinic) ^b 2018	Wyles CC, et coll. ^c 2021	AMDG and Dr Bree coll. ^d 2018	Hill MV et coll. 2018 et Schug SA et coll. 2020
Spécialité chirurgicale	Type de chirurgie	Nombre total de comprimés à prescrire selon l’opioïde						
		Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg, morphine 5 mg, hydromorphone 1 mg, tramadol 50 mg	Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg	* Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg		
	Arthroscopie réparation LCA/LCP		0 - 20	Max. 30 (7 jours)	été développées. (mise à jour publiée sous Wyles CC et coll. 2021)	12 – 25	≤ 7 jours Ex. ad 42	
	Arthroscopie, réparation de la coiffe des rotateurs		0 - 20	Max. 30 (7 jours)		16 – 32	≤ 7 jours Ex. ad 42	
	Arthroplastie du genou	0 - 50		Max. 60 (14 jours)		25 - 50	≤ 14 jours	
	Arthroplastie de la hanche	0 - 30		Max. 30 (7 jours)		12 - 25	≤ 14 jours	
	FIRC de la cheville		0 - 20	Max. 12 (0 - 3 jours)		16 - 32		
	Laminectomie			Max. 30 (7 jours)		10 - 20	≤ 7 jours Ex. ad 42	
Sein								
	Lumpectomie ± biopsie GLS	0 - 5		Max. 12 (0 -3 jours)	0 – 5 - 10		≤ 3 jours Ex. 8 -12	
	Mastectomie partielle avec biopsie GLS		0 - 15					
	Mastectomie partielle sans biopsie GLS		0 - 10					

		Michigan OPEN Initiative 2020	Overton HN et coll. (John Kopkins) 2018	Clarke et coll. ^a 2020	Thiels CA et coll. (Mayo clinic) ^b 2018	Wyles CC, et coll. ^c 2021	AMDG and Dr Bree coll. ^d 2018	Hill MV et coll. 2018 et Schug SA et coll. 2020
Spécialité chirurgicale	Type de chirurgie	Nombre total de comprimés à prescrire selon l'opioïde						
		Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg, morphine 5 mg, hydromorphone 1 mg, tramadol 50 mg	Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg	* Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg		
	Mastectomie radicale (modifiée) ou dissection des ganglions lymphatiques axillaires	0 - 30		Max. 30 (7 jours)			≤ 14 jours	
	Mastectomie simple ± biopsie GLS	0 - 20		Max. 12 (0 - 3 jours)	0 - 10 - 15		≤ 7 jours Ex. ad 42	
	Vaste incision locale ± biopsie GLS	0 - 20			0 - 5 - 10		≤ 7 jours Ex. ad 42	
	mastectomie avec reconstruction sous- cutanée ± GLS/CGA			Max. 30 (7 jours)	0 - 20 - 40			
	mastectomie avec reconstruction sous musculaire ± GLS/CGA			Max. 30 (7 jours)	0 - 30 - 60			
Thoracique								
	VATS		0 - 20	Max. 12 (0 - 3 jours)	0 - 20 - 40			
	Thoracotomie			Max. 30 (7 jours)	5 - 50 - 60		≤ 14 jours	

		Michigan OPEN Initiative 2020	Overton HN et coll. (John Kopkins) 2018	Clarke et coll. ^a 2020	Thiels CA et coll. (Mayo clinic) ^b 2018	Wyles CC, et coll. ^c 2021	AMDG and Dr Bree coll. ^d 2018	Hill MV et coll. 2018 et Schug SA et coll. 2020
Spécialité chirurgicale	Type de chirurgie	Nombre total de comprimés à prescrire selon l'opioïde						
		Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg	Oxycodone 5 mg, morphine 5 mg, hydromorphone 1 mg, tramadol 50 mg	Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg	* Oxycodone 5 mg, tramadol 50 mg		
Urologique								
	Néphrectomie	0 – 10 (Lap) (donneur)		Max. 30 (7 jours) (partielle Lap- robot et percutanée) Max. 60 (14 jours) (partielle/O)				
	Prostatectomie	0 -10		Max. 30 (Lap- robot) (7 jours)				
	Prostatectomie (robot rétropubienne)		0 - 10	Max. 12 (0 - 3 jours)				

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

A : abdominale	Ad : jusqu'à, CDJ : chirurgie d'un jour
CGA : curage ganglionnaire axillaire	FIRC : fixation interne par réduction chirurgicale
GLS : ganglion lymphatique sentinelle	Lap : laparoscopie
LCA : ligament croisé antérieur	LCP : ligament croisé postérieur
MI : minimalement invasif	O : ouverte
RTU-P : résection transurétrale de la prostate	RTU-TV : résection transurétrale de tumeur de vessie
V : vaginale	VATS : chirurgie thoracique vidéoassistée

a : selon temps de récupération : rapide – modéré – long terme

Rapide	Le patient reprend la plupart de ses activités normales à l'intérieur de 2 semaines suivant la chirurgie, nombre de comprimés :	0–3 jours, maximum 12 comprimés
Modéré	Le patient reprend la plupart de ses activités normales à l'intérieur de 4 semaines suivant la chirurgie, nombre de comprimés :	0–7 jours, maximum 30 comprimés
Long terme	Le patient reprend la plupart de ses activités normales à l'intérieur de 4 semaines et plus suivant la chirurgie, nombre de comprimés :	0–14 jours, maximum 60 comprimés

b : Faible dose – Dose usuelle - Haute dose

Faible dose	Naïf aux opioïdes, faible indice de masse corporelle, personne âgée, durée de séjour longue, score faible à l'échelle de douleur à l'hôpital, faible dose à l'hôpital
Haute dose	Utilisation d'opioïdes en préopératoire, personne jeune, score élevé à l'échelle de douleur à l'hôpital, utilisation importante d'opioïdes à l'hôpital

c : Faible dose – Dose usuelle

d : selon temps de récupération : rapide – modéré – long terme

*Les auteurs de cette analyse descriptive remercient Madame Hiba Elhaj ainsi que Monsieur Julio Fiore junior, chercheurs au CUSM, pour avoir autorisé l'utilisation du tableau. Il a été adapté, entre autres, en ajoutant les études des auteurs AMDG et Bree coll. , Schug SA et coll. et Wyles CC et coll.