



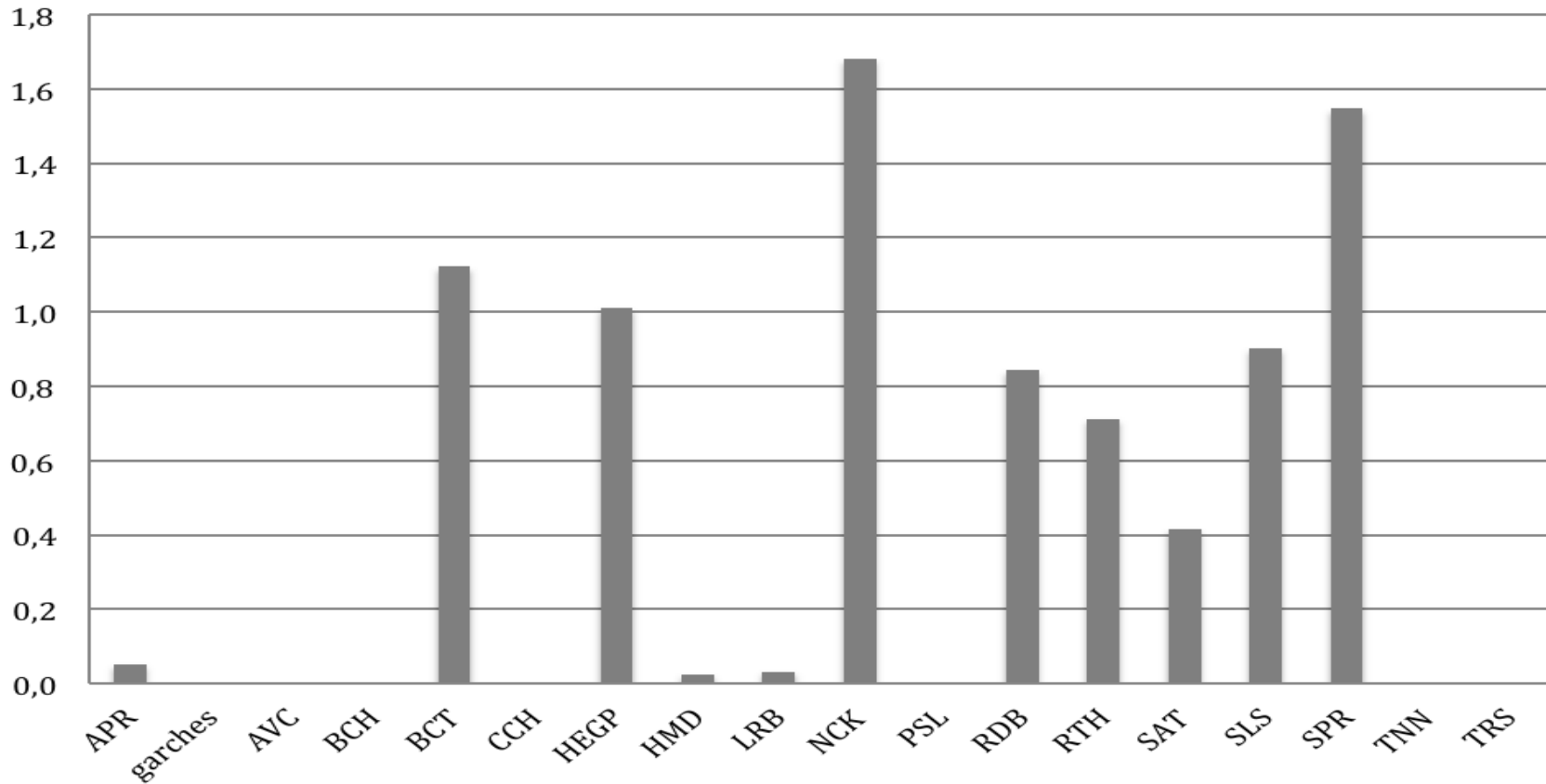
**CLUD-SP APHP**  
**QSS & CAPCU**  
**18/05/2022**

# Douleur à l'AP-HP

- 2 activités : interne/externe
- 2 sémiologies :
  - Aigüe :
    - Optimiser prévention, évaluation et Tt
    - DA liée aux soins
    - DPO : facteur déterminant de DCPC (30% des opérés)
  - Chronique : 30% de la population
    - consultations (x 2,5), admission aux urgences (x 2,5), taux d'hospitalisation (x 3), surcout de soins de santé: 1,6 milliard € environ
- Attente forte des usagers, intégration dans parcours de soins (populations vulnérables)

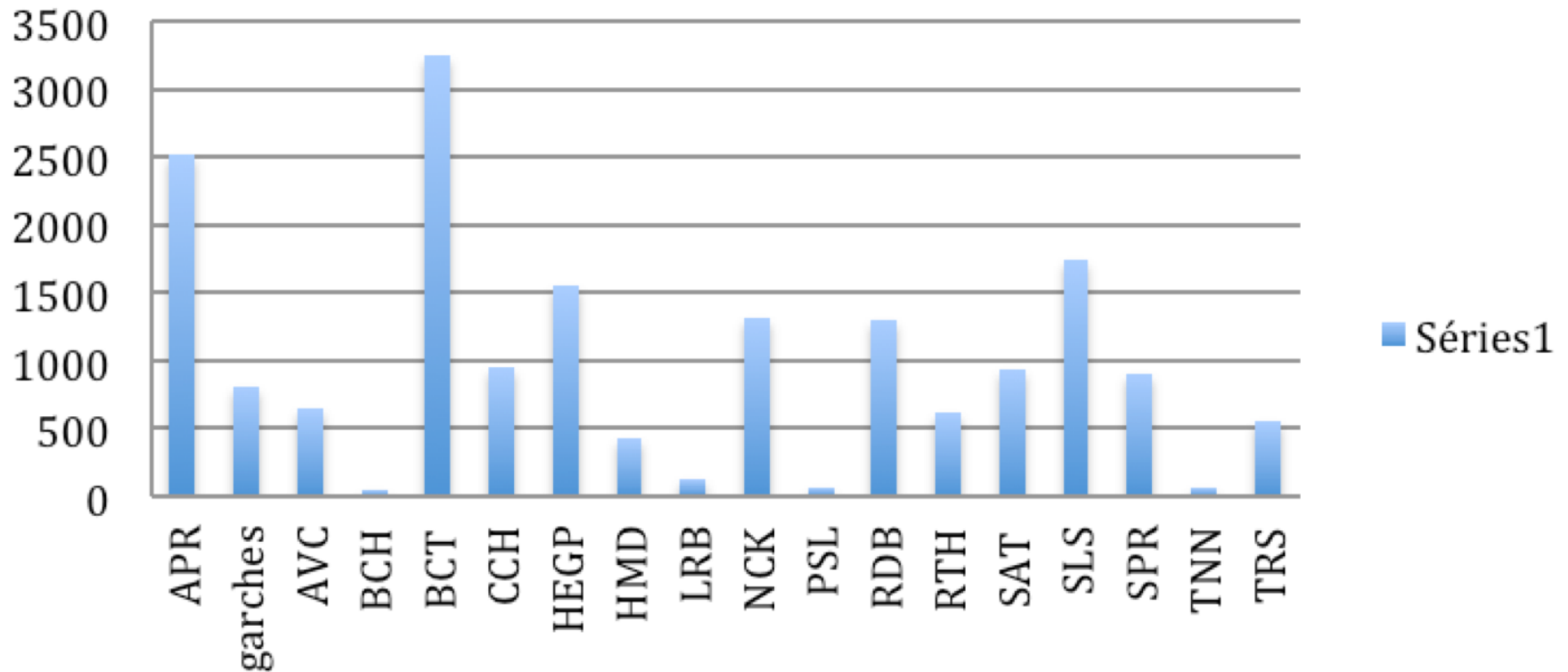
# Analyse 2015

## rapport cs med int/ext



# Analyse 2015

## Cs IDE (ext+int)/ETP



# Douleur : cibles amélioration

- Interne : assurer la mise en place des EMD
    - 1 médecin + 1 IRD : cs, formation, compagnonnage, tutorat
    - Protocole de coopération
    - Relevé activité médicale et IRD (référentiel)
  - Externe : valoriser et pérenniser les SD
    - Parcours de soin, PEC non médicamenteuse (circulaire frontière)
- Renforcer
    - formation des personnels soignants
    - traçabilité de la douleur
    - relation avec médecine de ville
    - promouvoir les démarches d'évaluation

# SP: cibles amélioration

- Étayer les équipes spécialisées de soins palliatifs
    - Création postes
  - Territoire et parcours intégré
  - Partenariat ville-hôpital
- Renforcer la formation des soignants
  - Dynamique médico-universitaire

## Bureau Composition

<b>Dr I. Nègre</b>	MAR- Douleur	<b>Dr B. George</b>	Douleur cancer
<b>E. Malaquin-Pavan</b>	Cadre expert		
<b>Ph. Dupuis</b>	Cadre HAD	<b>Dr G. Abitbol</b>	SP + gériatrie
<b>G. Oliveira</b>	IRD- Tt Non médicamenteux	<b>Dr A. Spassova</b>	MG, vice pres CODM94
<b>Dr C. Gréco</b>	Douleur-SP pédiatre	<b>MC. Jouan</b>	Siège- direction qualité partenariat patient
<b>Dr C. Vulser</b>	Douleur	<b>S. Alleaume</b>	Siège- Innovation
<b>C. Heuze</b>	Formation	<b>D. Taravel</b>	RU

- Réunion bureau / 2mois
- Actions compliquées par COVID
- Plusieurs axes : global, douleur, soins palliatifs pondération par délai de mise en place (court, moyen, long terme)
- 1 à 2 responsable/thème
- Modifié après départ de VBD

# CLUD-SP

Thème	Commentaires
<i>Share point</i>	En cours/ refonte site APHP
<i>Newsletter</i>	En cours/ refonte site APHP
Coordination CLUD-SP locaux	Listing achevé. Réunion CLUD prévue à la rentrée
Liens sociétés savantes	OK (gériatrie, MG, anesthésie...) mais liens formels
Journée annuelle CLUD-SP central	Après nbx reports 14 juin 2022
Rétrocession opioïdes	Interrompu (VBD)
Partenariat avec usagers	En cours: proposition de formation de RU : place, missions (DPO, SP et fin de vie, douleur des soins)
Relation ville-hôpital	En cours
Certification préparation	2023



# RU

- **Problématiques prioritaires à identifier**

- Douleur/fin de vie aux urgences
- Douleur post-op
- Prévention des douleurs induites par les soins
- Informations des patients/familles sur la prise en charge de la douleur : *flyer*? livret éducatif?
- Informations des patients/familles sur la prise en charge de la fin de vie : *flyer* ?
- Informations des patients/familles et des professionnels concernant les directives anticipées

- **Méthodologie**

- Élaborer un questionnaire adressé à l'ensemble des RU ? Questionnaire adressé juste à ceux qui ont le mandat CLUD-SP (actualisation – fiche de missions – coordonnées).
- Profiter d'une rencontre trimestrielle *Groupe W Usagers APHP* (calendrier à voir avec M. BESSE) DPUA pour présenter le projet et recueillir les avis (diaporama projet - priorités) : cibler la réunion de Juin 2019 ?
- Demander en tant que CLUD-SP AP-HP aux présidents CLUD-SP GH/sites actuels de transmettre les coordonnées des RU qui siègent à leurs instances pour prendre contact.
- Demander en tant que CLUD-SP AP-HP aux directions Qualité et droits des patients GH/sites de transmettre les coordonnées des RU qui siègent aux CDU et aux CLUD-SP pour prendre contact.

# CLUD LOCAUX

- Difficiles à identifier
- Organisation variable selon GH
  - CLUD GH
  - Fédération
  - Pas de CLUD GH
- Questionnaire envoyé, servira de *mailing* et support d'enquête des RU

# Douleur

Thème	Commentaires
<i>e.learning</i>	Terminé. Test prévu à BCT en juin 2022.
Protocole de coopération	Attente du décret loi ASAT et validation CME
Reco opioïdes (méthadone)	Fait
Formation douleur AP-HP	Fait en sept 2021 beau succès (50 pers)
Audit PCA	Interrompu (VBD)
Stock PCA AP-HP	Interrompu (VBD)
DI aux urgences, dl induite	Interrompu (COVID)
DI neuropathique enfant	2022
Expertise marché PCA	En cours
Dépistage dl neuropathique	2022
Recensement codage-activité interne	Accès rapports activité

# Pharmaclass

- Mise en relation du dossier *Orbis*, labo, prescription
- Établissement de règles et d'alertes
- Essai sur BCT, en cours

n°	Nom règle	Patient (age/poids/service)	Médicament	Biologie	Diagnostic	Description règle	Conduite à tenir
1	IR et morphine		X	X		Prescription de morphine en cas d'insuffisance rénale sévère avec DFG < 15mL/min	
2	IR et pregabaline gabapentine et dose		X	X		Prescription de pregabaline et gabapentine à des doses supratherapeutique en présence d'une insuffisance rénale	
3	Agoniste partiel et Antagoniste opioïde Contre-indication Douleurs		X			Les agonistes partiels (buprénorphine et nalbuphine) et antagonistes opioïdes (nalmeferne et naltrexone) sont contre-indiqués avec : - les antalgiques morphiniques (risque de douleur) - la méthadone (risque de sevrage) La buprénorphine est contre-indiquée avec les antagonistes opioïdes : risque de sevrage	
4	Alerte durée de prescription fentanyl patch supérieur 72 h		X			Alerte durée de prescription : fentanyl patch > 72 h(N02AB)	
5	Antagonistes morphiniques avec opioïdes		X			Contre-indication : Nalbuphine + Morphine ou Oxycodone Association à prendre en compte : Naloxone + Morphine	Utilisation possible de manière concomitante aux posologies suivantes : - Nalbuphine : 0,1 - 0,2 mg / kg / jour - Naloxone : 0,5 - 1 µg / kg / h
6	Co prescription AINS		X			Co prescription de 2 AINS non recommandée : majoration risque ulcère et hémorragique.	Réévaluer la prescription
7	Constipation Opio-induite		X			Omission d'un laxatif osmotique en cas de traitement par morphine prévu pour plus de 48 heures.	Réévaluer la prescription
8	Morphine et DFG <15		X	X		Sauf pour les soins palliatifs. Risque d'accumulation du métabolite morphine-6-glucuronide. Les signes d'une intoxication ou d'un surdosage par la morphine englobent un myosis, une paralysie respiratoire et une hypotension artérielle. Un collapsus cardiovasculaire et un coma peuvent survenir dans les cas graves.	Proposer oxycodone (ratio : 1.5-2 en IV - 5-6 en per os)
9	Opioides sans laxatifs		X			Prescription opioïde + abs de laxatif + 24h après prescription	Vérifier prescription opioïdes (date de prescription), absence laxatif, symptômes constipation Conduite à tenir :Proposer ajout de laxatifs osmotiques type Macrogol, si notion de constipation
10	Opioides Surdosage Sédation		X			Fréquence d'administration trop élevée de morphinique LP ; risque de sédation Tramadol LP Morphine LP, Oxycodone LP	
11	Pertinence du Paracetamol_IV		X			L'alerte indique que du paracétamol injectable est prescrit avec au moins une autre spécialité administrée par voie orale.	Proposer un relai Per Os dès que possible Le paracétamol injectable doit être réservé à deux situations : 1/ lorsque la voie orale ou rectale est impossible, notamment en situation post opératoire 2/ lorsqu'une action plus rapide est recherchée (notion d'urgence à traiter la douleur)



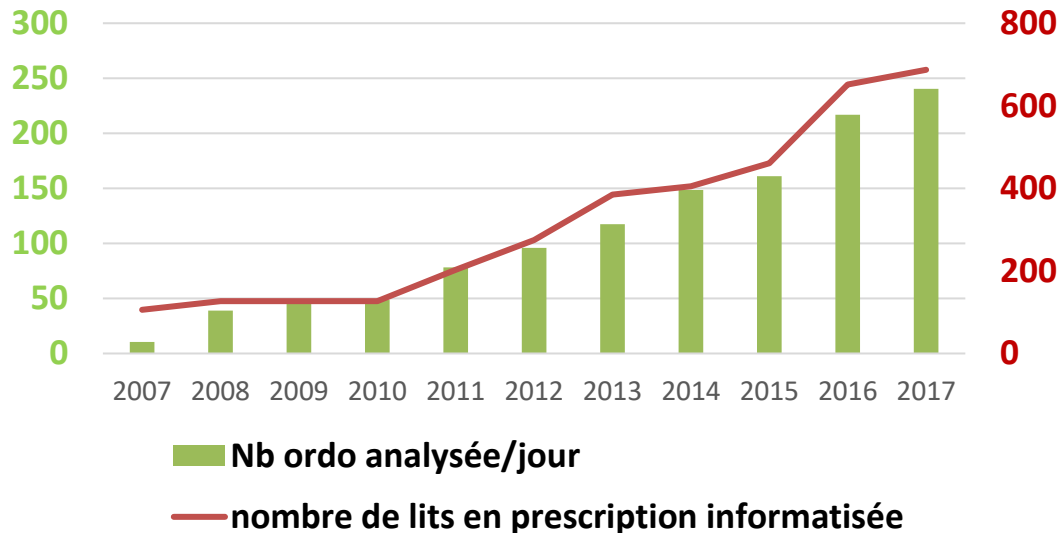
# 1 Contexte

---

- **Hôpital Bicêtre** - 954 lits - DMS de 9jours
- 19 pharmaciens dont 5 chargés de l'analyse pharmaceutique des prescriptions
- LAP PHARMA remplacé par ORBIS Médication en mars 2022.
- Projet APHP *PharmaClass*/ORBIS démarré en 2017 retardé mais opérationnelle courant 2022 sur les sites pilotes
- *Pharmaclass* interfaçable avec nous outils informatiques et installation anticipé (déc. 2021) pour ne pas perdre en fonctionnalité sur l'analyse pharmaceutique

# 1 Contexte

## Nombre/jour d'ordonnances analysées au regard du nombre de lit en prescription informatisée (HL Bicêtre)



→ Démarche d'efficacité pour cibler les prescriptions à risque d'iatrogénie

### Prescription informatisée (PI)

**courant 2018 → 762 lits**

#### 33 services :

- Médecine : 19
- SSR : 2
- Chirurgie : 7
- Pédiatrie : 7

Services d'urgences, de réanimation et HDJ non déployés

### Analyse pharmaceutique exhaustive (analyse de toutes les PI)

**En 2017 : 88 000 ordos analysées !**

- Pic à 300 prescriptions/jour pour # 2 ETP
- Quelle stratégie de choix des services lors d'absence ?
- Perte de postes en 2018..

# 2

## Système d'aide à la décision clinique

Données scientifiques  
BDM (Thériaque)

Données patient

- Identité (ORBIS® - DEDALUS)
- Biologie (GLIMS®)
- Prescription (~~PHARMA® - CENG~~ → ORBIS® - DEDALUS)
- Diagnostics (Codage PMSI local)

Système expert



Intégration  
structuration  
synchronisation



Alertes  
iatrogénies



Consensus  
Digitalisation

Corpus  
de règles



Formation continue

Pratiques  
terrain



Équipes transversales  
(équipes mobiles transversales,  
pharmaciens cliniciens,...)



# Résultats d'activité

0 / 10

15/01/2022 09:30

IR et antalgiques LP [IR\_Antalgiques\_LP]

Score: 15

[8005673205] [102619347] KECHICHE FATMA

Antalgiques

6511 - MAL INFECTIEUSES ET TROPICALES  
Kremlin Bicêtre

00h00m00s



Age 77 ans



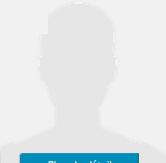
Analyse n°220105126801 du 15/01/2022

[62238-1] Filtration glomérulaire corrigée 1,73m2  
calculée [Volume relatif/Temps] Sérum/Plasma ;  
Numérique ; Créatinine, Formule CKD-EPI, Valeur  
mesurée 95.0



Ordonnance n°ORDO\_3729494 du 10/01/2022

[N02AA01] MORPHINE, [9151031] SKENAN LP 10 MG,  
MICROGRANULES A LIBERATION PROLONGEE EN  
GELULE, Présence dans la prescription



Cinétique

Plus de détails



Non traitée





# Résultats d'activité

## Association paliers II et III [ASSO\_Palier\_II\_III]

Antalgiques

Use des

Alerte

Commentaires

Règle d'origine

Cinétique

### Description :

Les antalgiques de Palier 2 et 3 s'associent difficilement et leur association n'est pas recommandées. Cela n'est pas exclu, mais il faut garder à l'esprit qu'il y a un risque élevé de majoration des effets indésirables (troubles digestifs de type nausée/vomissement et constipation) sans bénéfice clinique antalgique.

**CAT : réévaluer la prise en charge antalgique en ne laissant que le palier II ou III (en assoc avec palier I)**

Source bibliographique :

Impact clinique :                      Impact économique :                      Impact organisationnel :

Conduite à tenir :

Version :

7

Criticité :

0/10

Urgence :

24 heures

SI :

```
(
ORDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O RDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O || ORDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O RDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O || ORDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O RDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O
)
&&
<
ORDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O RDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O || ORDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O RDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O || ORDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O RDD_PTC_N02A40J [pbRepeaDaily] - O
)
)
```

4

# Apport du SADM

---

- Outil d'aide à la décision « systémique » (prescription, biologie et diagnostics)
- Outil personnalisable, pour avoir la main sur les règles appliquées
- Renforce la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Possibilité de renseigner un score de criticité
  - Criticité élevée : analyse permanente par les équipe de « hotline »
  - Criticité moyenne : à prioriser / analyse en visite
- Optimise le temps de préparation des visites multidisciplinaires
- Ouvre des possibilités de collaboration (équipe douleur, pharmaciens,...)
  - Rédaction des conduites à tenir (niveau d'évidence - références)
  - Harmonisation des pratiques

**Clé 3 : mettre en œuvre sur le terrain en temps réel**

**Plus de data utilisables, plus de règles pertinentes et plus d'erreurs évitées**

**Clé 1 : mettre en forme les data malgré la non-Interopérabilité**

**Des data patients personnalisées et contextualisées**

n°	Nom règle	Patient (age/poids/service)	Médicament	Biologie	Diagnostic	Description règle	Conduite à tenir
1	IR et morphine		X	X		Prescription de morphine en cas d'insuffisance rénale sévère avec DFG < 15mL/min	
2	IR et pregabaline gabapentine et dose		X	X		Prescription de pregabaline et gabapentine à des doses supratherapeutique en présence d'une insuffisance rénale	
3	Agoniste partiel et Antagoniste opioïde Contre-indication Douleurs		X			Les agonistes partiels (buprénorphine et nalbuphine) et antagonistes opioïdes (nalmefene et naltrexone) sont contre-indiqués avec : - les antalgiques morphiniques (risque de douleur) - la méthadone (risque de sevrage) La buprénorphine est contre-indiquée avec les antagonistes opioïdes : risque de sevrage	
4	Alerte durée de prescription fentanyl patch supérieur 72 h		X			Alerte durée de prescription : fentanyl patch > 72 h(N02AB)	
5	Antagonistes morphiniques avec opioïdes		X			Contre-indication : Nalbuphine + Morphine ou Oxycodone Association à prendre en compte : Naloxone + Morphine	Utilisation possible de manière concomitante aux posologies suivantes : - Nalbuphine : 0,1 - 0,2 mg / kg / jour - Naloxone : 0,5 - 1 µg / kg / h
6	Co prescription AINS		X			Co prescription de 2 AINS non recommandée : majoration risque ulcère et hémorragique.	Réévaluer la prescription
7	Constipation Opio-induite		X			Omission d'un laxatif osmotique en cas de traitement par morphine prévu pour plus de 48 heures.	Réévaluer la prescription
8	Morphine et DFG <15		X	X		Sauf pour les soins palliatifs. Risque d'accumulation du métabolite morphine-6-glucuronide. Les signes d'une intoxication ou d'un surdosage par la morphine englobent un myosis, une paralysie respiratoire et une hypotension artérielle. Un collapsus cardiovasculaire et un coma peuvent survenir dans les cas graves.	Proposer oxycodone (ratio : 1.5-2 en IV - 5-6 en per os)
9	Opioides sans laxatifs		X			Prescription opioïde + abs de laxatif + 24h après prescription	Vérifier prescription opioïdes (date de prescription), absence laxatif, symptômes constipation Conduite à tenir :Proposer ajout de laxatifs osmotiques type Macrogol, si notion de constipation
10	Opioides Surdosage Sédation		X			Fréquence d'administration trop élevée de morphinique LP ; risque de sédation Tramadol LP Morphine LP, Oxycodone LP	
11	Pertinence du Paracetamol_IV		X			L'alerte indique que du paracétamol injectable est prescrit avec au moins une autre spécialité administrée par voie orale.	Proposer un relai Per Os dès que possible Le paracétamol injectable doit être réservé à deux situations : 1/ lorsque la voie orale ou rectale est impossible, notamment en situation post opératoire 2/ lorsqu'une action plus rapide est recherchée (notion d'urgence à traiter la douleur)

# Soins palliatifs

Thème	Commentaires
Activité - bilan interne	Accès rapports activité
Sédation : diffusion sédapal	En cours : enquête envoyée
PEC SP en USLD	Dernier trimestre
Rétractions douloureuses (gériatrie)	Prévu en 2023

# Audit sédation SP

- 24 réponses/68 envois
- 95% pratiquent des SPC
- Outil sedapal :
  - 88% le connaissent, 25% l'utilisent
  - Nécessité d'information et d'incitation à utiliser sedapal et meilleure traçabilité

# SEDAPAL

L'intentionnalité de la sédation est décrite par SEDAPALL sur 3 axes :

- La **durée** prescrite qui doit être classée sur une des 3 possibilités : transitoire, indéterminée, ou maintenue jusqu'au décès (D1 D2 D3). Ce paramètre conditionne la nature de la réversibilité\* de la sédation.
- Le **niveau de profondeur** doit être classé sur une des 2 possibilités : proportionnée\* ou d'emblée profonde\* (P1 P2).
- Le niveau de **consentement\*** ou la demande, doit être classé sur une des 4 possibilités : non obtenu, obtenu de manière anticipée, obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation. Il peut aussi s'agir d'une demande\* exprimée par le patient. (C0 C1 C2 C3).

Chaque situation de décision de sédation peut ainsi être facilement cotée sur chacun des 3 axes (D 1/2/3 ; P 1/2 ; C 0/1/2/3) ce qui représente 24 situations théoriquement possibles.

# Typologie sedapal

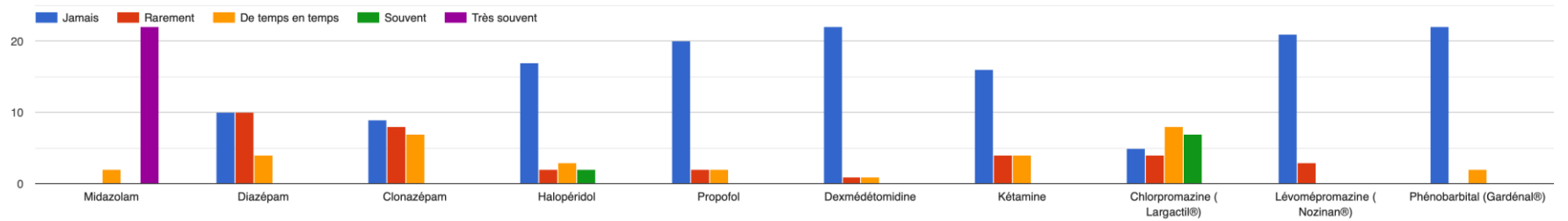
<b>Axe D Durée prescrite</b>	<b>Type</b>
Sédation transitoire (réversible*)	D1
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)	D2
Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)	D3

<b>Axe P Profondeur</b>	<b>Type</b>
Sédation proportionnée*	P1
Sédation profonde* d'emblée	P2

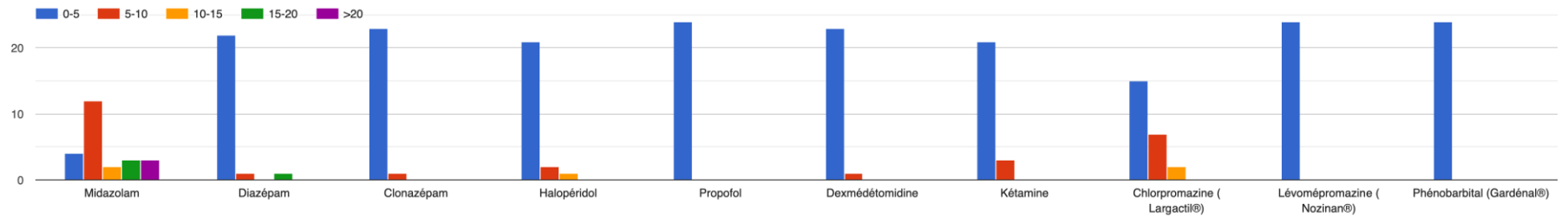
<b>Axe C Consentement*- Demande*</b>	<b>Type</b>
Absence de consentement	C0
Consentement donné par anticipation	C1
Consentement	C2
Demande de sédation	C3

# Produits utilisés

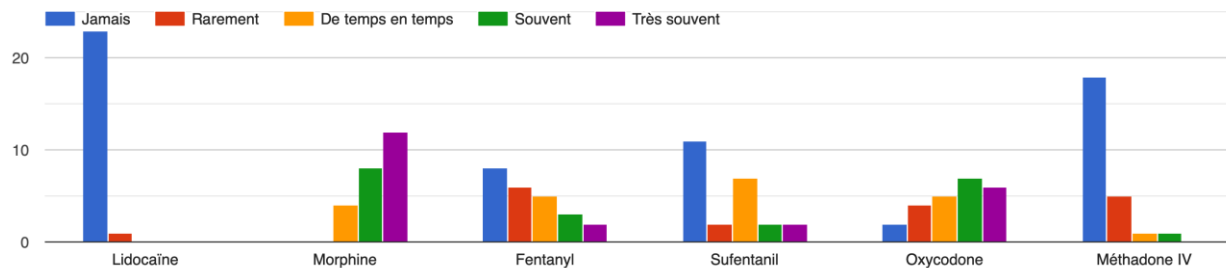
Dans le cadre de la SPC (loi Léonetti/Clays 2016), pour provoquer la sédation, j'utilise



Combien de fois/an?



Avez-vous pour habitude d'associer d'autres traitements médicamenteux lors de cette SPC ? Si oui, lesquels ?





# Conclusion

- Équipe dynamique et synergique
- Travaux compliqués par le COVID, départs, disponibilité
- Nécessité d'une meilleure diffusion des infos CLUD-SP