

UNIVERSITE de LIMOGES  
Faculté de Pharmacie



ANNEE 2000

Thèse n° 3364

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
ET LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE**



**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

*présentée et soutenue publiquement le 8 Novembre 2000*

par  
**Patrice MARCO**  
né le 13 Août 1975 à Limoges (Haute-Vienne)

**EXAMINATEURS de la THESE**

- Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard ..... PRESIDENT
- Monsieur DEVALOIS Bernard ..... DIRECTEUR DE THESE
- Monsieur JAUBERT Marc ..... JUGE
- Monsieur PARVEAU Alain ..... JUGE
- Madame RATSIMBAZAFY Voahirana ..... JUGE

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE PHARMACIE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE :** Monsieur le Professeur GHESTEM Axel  
**ASSESSEURS :** Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard  
Monsieur COMBY Francis, Maître de Conférences

**PROFESSEURS :**

<b>BENEYTOUT</b> Jean-Louis	BIOCHIMIE-BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>BERNARD</b> Michel	PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE
<b>BOSGIRAUD</b> Claudine	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PARASITOLOGIE
<b>BROSSARD</b> Claude	PHARMACOTECHNIE
<b>BUXERAUD</b> Jacques	CHIMIE ORGANIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>CHULIA</b> Albert	PHARMACOGNOSIE
<b>CHULIA</b> Dominique	PHARMACOTECHNIE
<b>DELAGE</b> Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
<b>DREYFUSS</b> Gilles	PARASITOLOGIE
<b>GHESTEM</b> Axel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>HABRIOUX</b> Gérard	BIOCHIMIE-BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>LACHATRE</b> Gérard	TOXICOLOGIE
<b>MOESCH</b> Christian	HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT
<b>LOUDART</b> Nicole	PHARMACODYNAMIE

**SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES**

**ADMINISTRATIFS :** POMMARET Maryse

Je tiens, en premier lieu, à dédier ce travail à mon grand-père, décédé au cours de l'élaboration de cette thèse. Ayant lui aussi été amené à réaliser ce type d'exposé, il y a quelques années maintenant, il aurait certainement été très fier de voir son petit fils prendre aujourd'hui le relais.

A notre Président de thèse, Monsieur **Gérard HABRIOUX**, qui a su, par son savoir et son expérience, me guider tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre gentillesse et surtout votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A notre Directeur de thèse, Monsieur **Bernard DEVALOIS**, Docteur en Médecine et responsable de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du CHRU de Limoges.

C'est avec spontanéité que vous avez accepté de me diriger au cours de la réalisation de cette thèse ; que ce travail soit l'expression de ma reconnaissance.

A nos juges, Madame **Voa RATSIMBAZAFY**, Pharmacien Hospitalier au CHRU de Limoges, Monsieur **Alain PARVEAU**, Pharmacien d'officine et Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens au moment de la réalisation de ce document et Monsieur **Marc JAUBERT**, actuel Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Je vous prie de bien vouloir croire à ma respectueuse reconnaissance.

A ma Mère. Tout ce que tu m'as apporté au cours des mes années d'études en général et lors de ce travail en particulier est inestimable. Je t'en serai éternellement reconnaissant, car c'est en grosse partie grâce à toi que je suis là aujourd'hui pour présenter cet exposé.

A ma Fiancée Géraldine, pour tout le soutien et l'affection apportés au cours de la réalisation de ce travail. Que cette thèse soit l'expression de tout l'amour que je te porte.

A ma grand-mère maternelle. Les liens qui nous unissent sont indescriptibles. Je souhaite à quiconque de pouvoir recevoir un jour tout l'amour et l'affection que tu m'as portés depuis toujours.

A ma grand-mère paternelle, que je vois malheureusement trop peu souvent.

A Liliane et Jean-Jacques, pour l'accueil et le soutien qu'ils ont toujours su m'apporter. Que ce travail soit l'expression de mon éternelle affection.

A Béatrice, Daniel et Marie, sans qui la réalisation matérielle de ce travail aurait été difficile. Qu'ils soient assurés de toute ma reconnaissance et mon amitié.

A mon frère Bastien.

A mon Père.

A toute ma famille.

A tous mes amis.

# PLAN

## INTRODUCTION

### *PREMIERE PARTIE : LES SOINS PALLIATIFS*

#### I) DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

##### A) LES SOINS PALLIATIFS

##### B) L'ACCOMPAGNEMENT

- 1) Accompagnement et Soins Palliatifs
- 2) En quoi consiste l'Accompagnement ?
- 3) L'importance de l'Accompagnement



a) le rôle des soignants

b) le rôle de la famille

#### **4) Conclusion**

### C) ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE, EUTHANASIE ET SOINS PALLIATIFS

1) L'euthanasie

2) L'acharnement Thérapeutique

## II) HISTORIQUE DES SOINS PALLIATIFS

A) LES BALBUTIEMENTS DES SOINS PALLIATIFS

B) LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE

C) OU EN EST-ON AUJOURD'HUI ?

## III) LES OBJECTIFS DES SOINS PALLIATIFS

A) QU'APPORTENT-ILS AUX MALADES EN FIN DE VIE ?

**1) Changement des Attitudes face à la Mort**

**2) Garantir un Confort en Fin de Vie**

**3) Comment Atteindre ces Objectifs**

**B) CONCLUSION**

**IV) L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS**

**A) LES SOINS PALLIATIFS A L'HÔPITAL**

**1) Les Unités de Soins Palliatifs**

**2) Les Unités Mobiles de Soins Palliatifs**

**B) LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE**

**1) La Décision de la Prise en Charge à Domicile**

a) le choix du médecin

b) le choix du malade et de sa famille

**2) La Nécessité d'une Equipe Pluridisciplinaire dans la Prise en Charge à Domicile d'un Malade en Fin de Vie**

a) les différents intervenants

b) le travail d'équipe

### **3) Les Structures de Prise en Charge à Domicile**

a) l'hospitalisation à domicile

b) les soins infirmiers à domicile

c) le maintien à domicile

## **V) LES LIMITES ACTUELLES DES SOINS PALLIATIFS**

A) LIMITES LIEES A L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS A  
L'HÔPITAL

B) LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES  
ACCOMPAGNANTS

**1) Ne pas s'investir totalement**

**2) S'adapter au Malade**

**3) Eviter l'épuisement**

C) LE CAS PARTICULIER DE LA GERIATRIE

D) LES DIFFICULTES DES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

**VI) LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LES SOINS  
PALLIATIFS A DOMICILE**

A) LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS

B) LA DELIVRANCE DU MATERIEL MEDICAL

***DEUXIEME PARTIE : LA DOULEUR***

**I) INTRODUCTION**

A) LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : UN FAIT  
D'ACTUALITE

B) COMMENT PEUT-ON DEFINIR LA DOULEUR ?

C) LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR

## **1) Classification selon la durée d'évolution**

- a) les douleurs aiguës
- b) les douleurs chroniques

## **2) Classification selon leur origine**

- a) les douleurs par excès de nociception
- b) les douleurs par désaffération

# **III) NEUROPHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR**

## **A) LES VOIES DE LA DOULEUR**

### **1) Stimulation à la périphérie**

- a) les récepteurs périphériques : les nocicepteurs

*α) au niveau cutané*

*β) au niveau musculaire et articulaire*

*χ) au niveau viscéral*

- b) activation des nocicepteurs

c) les fibres nerveuses ascendantes

*α) les différents types de fibres*

*β) le phénomène de la double douleur*

## **2) Le Relais Médullaire**

a) terminaison des afférences nociceptives

b) transmission du message nociceptif au niveau spinal

## **3) Les Voies Supra-médullaires de la Sensibilité Douloreuse**

a) de la moelle au thalamus

b) structures supraspinales impliquées dans la nociception

## **B) MECANISMES DE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU MESSAGE DOULOUREUX**

### **1) Les Contrôles Segmentaires**

### **2) Les Opiacés Endogènes : les endomorphines**

a) récepteurs aux endomorphines

b) rôle des endomorphines dans le contrôle des messages  
douloureux

### 3) Les Contrôles d'origine Supraspinale

## III) L'EVALUATION DE LA DOULEUR

A) NECESSITE D'EVALUER LA DOULEUR

B) L'INTERROGATOIRE

C) LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES

D) LES ECHELLES VERBALES MULTIDIMENSIONNELLES

E) LES ECHELLES COMPORTEMENTALES

## IV) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR

A) STRATEGIE THERAPEUTIQUE

B) ANTALGIQUES DE PALIER 1

**1) L'aspirine**

**2) Le Paracétamol**

**3) Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens**

**4) La Noramidopyrine**

**C) ANTALGIQUES DE PALIER 2**

**1) La Codéine**

**2) Le Dextropropoxyphène**

**3) Le Tramadol**

**4) Les Antalgiques Purs non Morphiniques**

**D) ANTALGIQUES DE PALIER 3**

**1) La Morphine et ses Dérivés**

a) la morphine

*α) mode d'action*

*β) l'utilisation de la morphine en pratique*



*$\beta_1$ ) privilégier la voie orale*

*$\beta_2$ ) instauration du traitement*

*$\beta_3$ ) relais avec les formes à libération prolongée*

b) les dérivés de la morphine

*$\alpha$ ) les agonistes purs*

*$\beta$ ) les agonistes-antagonistes*

## **2) Un Exemple d'utilisation des Morphiniques : l'analgésie contrôlée par le Patient**

### **3) Les Freins à la Prescription des Morphiniques**

a) les effets indésirables des morphiniques

*$\alpha$ ) la dépression respiratoire*

*$\beta$ ) nausées et vomissements*

*$\chi$ ) la constipation*

*$\delta$ ) action sur le système nerveux central*

b) pourquoi les réticences liées aux effets indésirables des morphiniques ne sont pas fondées

*α) la dépression respiratoire*

*β) les troubles digestifs*

*χ) le risque toxicomanogène*

*δ) conclusion*

## E) ANTALGIQUES ET DOULEURS PAR DESAFFERATION

# ***TROISIEME PARTIE : RÉGLEMENTATION DES MÉDICAMENTS STUPÉFIANTS***

## **I) LES MODIFICATIONS APORTEES AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

## **II) LA NOUVELLE LEGISLATION EN PRATIQUE**

A) LES ORDONNANCES SECURISEES

**1) Les Caractéristiques Techniques**

**2) Mentions à porter sur les Ordonnances Sécurisées**

**3) Commandes des Médicaments Stupéfiants**

**4) Modalités de Mise en Place des Ordonnances Sécurisées**

**5) Le Cas Particulier des Prescriptions Hospitalières**

B) DUREES DE PRESCRIPTION DES STUPEFIANTS

C) LES MODIFICATIONS CONCERNANT LA DELIVRANCE

**III) COMMENTAIRES**

A) INTERETS POUR LE MALADE

B) INTERETS POUR LE MEDECIN

C) INTERETS POUR LE PHARMACIEN

**IV) CONCLUSION**

## **QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE**

### **I) OBJECTIFS DU QUESTIONNAIRE**

### **II) PRESENTATION DE LA METHODE**

### **III) LES RESULTATS : COMPTE RENDU DES REPONSES OBTENUES**

### **IV) COMMENTAIRES**

#### **A) MOBILISATION DES OFFICINAUX POUR LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE**

#### **B) PHARMACIENS ET SOINS PALLIATIFS : ETAT DES CONNAISSANCES**

##### **1) Niveau d'information sur L'unité Mobile de Soins Palliatifs**

##### **2) Connaissances des Traitements Antalgiques utilisés en Soins Palliatifs**

###### **a) intérêt de la potion de morphine**

b) posologies utilisées en soins palliatifs

C) MODALITES DE DELIVRANCE ET DE PRESCRIPTION DES MORPHINIQUES

1) Le Problème posé par la Réglementation

2) Les Ordonnances Sécurisées

D) INVESTISSEMENT DES OFFICINAUX DANS UNE STRUCTURE DE SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

1) Participation à un éventuel Réseau

2) Participation à des réunions de formations

3) Organisation de l'officinal pour la Mise à Disposition du  
Traitement

V) CONCLUSION

A) LES PROBLEMES RENCONTRES

B) LES POINTS POSITIFS

CONCLUSION

## **INTRODUCTION**

Aujourd'hui, seulement 30% des sujets âgés décèdent chez eux, alors qu'il y a trente ans, le taux de décès à domicile était encore de 65,7%. L'urbanisme grandissant, la modification des pathologies font partie des facteurs qui peuvent permettre d'expliquer cette évolution.

Pourtant, une récente étude montre que 70% des malades préfèrent revenir chez eux pour y recevoir les derniers soins.

En effet, la réussite d'une thérapeutique (qu'elle soit curative ou palliative), dépend beaucoup de l'état psychologique et affectif du malade. On comprend ainsi l'importance de l'entourage familial qui aide au mourant à retrouver des points de repères lorsqu'il rentre chez lui.

Pour répondre à cette attente, les soins palliatifs à domicile apparaissent comme une évolution majeure dans la thérapeutique de fin de vie.

Le pharmacien d'officine se trouve alors à jouer un rôle central, en particulier dans la délivrance des médicaments morphiniques.

Ainsi, nous allons nous attacher, au cours de ce travail, à définir avec précision ce que représentent les soins palliatifs, en insistant plus particulièrement sur la prise en charge de la douleur, qui constitue une part importante de l'activité palliative.

De plus, de récentes modifications législatives concernant les médicaments classés comme stupéfiants étant apparues, nous préciserons les règles de prescription et de délivrance de ces spécialités.

Enfin, dans l'éventualité de la mise en place d'un réseau Ville-Hôpital concernant les soins palliatifs à domicile, nous nous efforcerons de définir les modalités de fonctionnement d'une telle prise en charge.

En outre, nous présenterons les résultats d'une enquête, réalisée auprès des pharmaciens d'officine de Creuse et de Haute-Vienne, afin de recueillir leurs réactions dans la perspective de la mise en place d'un tel réseau.

# PREMIERE PARTIE : LES SOINS

## PALLIATIFS

# **PREMIERE PARTIE : LES SOINS PALLIATIFS**

## **I) DEFINITIONS**

Nous allons, dans ce chapitre, définir les soins palliatifs et nous situerons par rapport à ceux-ci, ce que l'on appelle accompagnement, euthanasie et acharnement thérapeutique.

### **A) LES SOINS PALLIATIFS**

#### **1) Définition Officielle**

Les soins palliatifs apparaissant encore comme une discipline nouvelle, il est difficile de pouvoir les définir avec précision.

Beaucoup de définitions semblent encore trop réductrices, c'est pourquoi il paraît logique de prendre comme définition « officielle », celle élaborée par l'organisme, qui depuis longtemps



déjà milite pour le développement des soins palliatifs, à savoir la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), définition qui semble actuellement le mieux représenter la philosophie des soins palliatifs.

*La définition est la suivante : « les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques, ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et culturelle.*

*Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.*

*Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible, jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. » (cf Annexe n°1).*

## **2) Analyse de cette Définition**

On voit déjà ainsi que le principal concept des soins palliatifs repose sur un principe : la mort fait partie de la vie.

En effet, par définition, la fin de vie implique que la vie est encore présente, et que donc, les malades en fin de vie sont encore des vivants à part entière, ce qui veut dire qu'ils ont encore

des projets, des souvenirs et surtout qu'ils ont les mêmes besoins qu'une personne bien portante : besoin d'aimer et d'être aimé, besoin d'estime et de respect. Jusqu'au bout, ils sont capables de recevoir et de donner.

C'est peut-être cette notion qui a échappé à la médecine moderne ces dernières années ; car, devant les progrès considérables dans le traitement de nombreuses maladies, elle en est venue à considérer de façon trop restrictive la guérison comme une victoire et l'aggravation de la maladie comme un échec. Bref, cette médecine a peut-être eu trop tendance à s'occuper de la maladie et à oublier le malade : aujourd'hui, elle doit être capable de permettre à un malade incurable de vivre le moins mal possible ce qu'il est en train d'éprouver.

### **3) Notion de Soins Continus**

Jusqu'à ces dernières années, on n'envisageait que deux phases dans le traitement d'une maladie grave : la phase curative et la phase terminale. Quand il n'y avait plus d'espoir de guérison, le malade basculait en phase terminale : « on ne pouvait plus rien pour lui ».

Or, avec le développement des soins palliatifs, on peut voir apparaître une troisième phase : la phase palliative. Ceci est primordial, car grâce à cette phase intermédiaire, on peut actuellement parler de « soins continus », dans la prise en charge d'une maladie incurable.

En effet, soins palliatifs et soins curatifs sont loin d'être incompatibles, au contraire, il y a même une véritable complémentarité entre ces deux types de prise en charge.

Le traitement d'une pathologie comme le SIDA en est un exemple : tout en essayant de combattre le virus, on pallie également les symptômes engendrés par les infections opportunistes, que l'on ne peut éviter tant que le virus est toujours présent dans l'organisme.

Si la différence entre phase curative et phase palliative est assez facile à comprendre, il est par contre plus difficile de différencier les soins palliatifs et les soins terminaux. La nuance est d'ailleurs suffisamment subtile pour que certains spécialistes n'hésitent pas à parler de « soins palliatifs terminaux ».

Dans la phase palliative, la stratégie vise en priorité à améliorer la qualité de vie et le confort. Ainsi, les traitements ont une toxicité faible. Ce ne sont que des traitements de support (antibiothérapie par exemple) et ne sont mis en place que si leurs résultats permettent d'apporter des éléments de confort.

Dans la phase terminale, le décès est imminent (quelques heures, au plus quelques jours) : les traitements ont pour seul objectif le soulagement des symptômes pénibles (la douleur surtout), en acceptant le risque thérapeutique. Ni les traitements de support, ni les examens complémentaires n'ont de place dans cette phase.

#### **4) Implication de la Famille**

Si les soins palliatifs s'intéressent essentiellement au malade lui-même, on ne peut concevoir une démarche palliative sans soutien psychologique de la famille de ce malade.

Ainsi, « *un effort tout particulier pour accueillir et soutenir les familles est aussi considéré comme une des caractéristiques essentielle des soins palliatifs.* » (cf Annexe n°1).

Les soins palliatifs considèrent le groupe formé par le malade et sa famille comme un ensemble qui a besoin d'une aide, pour s'adapter à une situation angoissante et déstabilisante. D'ailleurs, pour C. Couvreur (1989), « *les soins palliatifs incluent les besoins de toutes les personnes impliquées par la mort prochaine d'un être humain, sans en exclure aucune : parents, famille et amis proches, soignants.* »

## B) L'ACCOMPAGNEMENT

### 1) Accompagnement et Soins Palliatifs

On ne peut pas parler de soins palliatifs sans parler de l'accompagnement des malades en fin de vie. D'ailleurs, dans la définition des soins palliatifs citée ci-dessus, on a bien noté que « *les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires.* »

De plus, « *en plus du soulagement de la douleur physique qui est un préalable, il faut prévoir un ensemble d'attitudes et de comportements adaptés à l'état du malade, souvent angoissé moralement et physiquement. Cela constitue l'accompagnement.* » (Annexe n°1).

Mais des soins ne sauraient être efficaces s'il n'y avait pas derrière une qualité de relation bien particulière mise en œuvre entre le soignant et le malade. De même, le malade ne pourra pas bénéficier de toute l'aide psychologique apportée par le soignant, tant que son esprit sera continuellement occupé à ressentir les manifestations physiques de la douleur.

C'est pourquoi soins palliatifs et accompagnement sont indissociables dans la prise en charge d'un malade en fin de vie.

### 2) En quoi consiste l'Accompagnement ?

Si on se réfère à la définition du dictionnaire *Petit Robert*, accompagner c'est « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui.* »

On peut prendre, l'image d'une personne aveugle qui désire traverser une rue. Cette personne n'attend qu'une chose, c'est qu'on lui prenne la main pour l'aider à atteindre le trottoir opposé sans encombre. Pour une personne en fin de vie, le trottoir opposé est la mort et la densité du

trafic automobile peut être assimilée à toutes les douleurs physiques et psychiques que peut ressentir le malade.

Ce qui est important dans l'accompagnement, c'est de rester dans le « rythme » du malade : c'est le malade qui impose sa vitesse, on ne doit pas le devancer ni même le ralentir dans sa progression vers la mort.

Cette notion est primordiale dans la conception des soins palliatifs, car elle permet de différencier complètement les soins palliatifs de l'euthanasie ou de l'acharnement thérapeutique. On ne hâte ni n'accélère la mort.

### **3) L'importance de l'Accompagnement**

Le grand malade se trouve dans une situation très délicate : il sait que ses jours sont comptés, ce qui exige de lui de changer radicalement d'attitude par rapport à la vie.

Ceci représente une charge trop lourde pour une seule personne, déjà diminuée physiquement et moralement par sa maladie.

Conscient d'être une charge, il doute de lui, de son utilité. Il a donc besoin de sentir sécurisé, de pouvoir partager sa peur face à la mort.

Ce sont les soignants, mais aussi la famille, chacun de façon différente mais très complémentaire, qui vont pouvoir jouer ce rôle de soutien.

Ils vont pouvoir établir une relation avec le malade, de telle sorte que celui-ci se sente rejoint dans son épreuve : se sentant plus fort, il aura moins d'appréhension vis-à-vis des épreuves qu'il aura à surmonter.

### a) le rôle des soignants

Les soignants doivent en premier lieu savoir qu'ils s'engagent dans une démarche difficile : côtoyer la mort n'est jamais facile. Comme un miroir, c'est leur propre mort qu'ils peuvent entrevoir à travers celle du malade en fin de vie.

Il est donc primordial pour les soignants de savoir se ressourcer et se recharger quand le besoin s'en fait sentir : ils ne doivent en aucun cas faire entrevoir leur faiblesse au mourant.

Pour pouvoir faire passer les messages et pouvoir comprendre ceux formulés par les malades, le soignant doit être en parfaite harmonie et dans des conditions parfaites d'empathie avec le malade ; « *Il faut ajouter au savoir faire le savoir vivre, le savoir se taire, le savoir écouter* » (C. Baschet et J. Baheill, 1996).

Elisabeth Kübler-Ross, une des pionnière des soins palliatifs, a décrit cinq étapes par lesquelles un sujet en fin de vie peut être amené à passer : (E. Kübler-Ross, 1969.)

- le déni : la personne commence par refuser sa maladie
- la colère : les malades réagissent avec beaucoup d'agressivité contre leur sort, traduisant une notion d'injustice.
- la dépression : la personne se sent coupée d'elle même et des autres, privée de l'imaginaire et du désir qui la portaient jusqu'à présent dans la vie
- résignation et passivité
- acceptation

Même si le danger serait de croire que chaque malade en fin de vie suivra de façon constante ce trajet, il est important que le soignant puisse reconnaître dans une dépression, une colère ou une frustration, une demande d'aide du malade, de façon à pouvoir trouver les réponses à

donner. C'est en cela que le soignant doit faire preuve d'un savoir de communication et d'un sentiment d'empathie.

Le rôle des soignants ne se limite pas à établir une relation de confiance avec le malade, il faut aussi communiquer avec la famille.

En incitant les proches à participer aux soins et en les informant des décisions thérapeutiques, les soignants vont responsabiliser les familles, ce qui les aidera à surmonter l'épreuve, en leur donnant le sentiment de pouvoir faire quelque chose pour leur malade.

Enfin, en plus de l'arsenal médical, les soignants sont également là pour mettre à disposition des familles des aides concrètes, matérielles voire financières, capables d'alléger le poids de la prise en charge.

#### b) le rôle de la famille

Si le personnel soignant connaît parfaitement le malade quant à son histoire médicale et thérapeutique, personne ne connaît mieux la personnalité affective du malade que son entourage familial.

C'est souvent le malade qui choisit son accompagnement dans ses proches : c'est une responsabilité qui peut entraîner un sentiment de crainte, par peur de ne pas pouvoir assumer une aussi lourde tâche.

Lorsqu'un individu est malade, sa personnalité peut s'en trouver modifiée et la famille risque alors de perdre ses repères face à un individu qu'elle découvre sous une autre facette.

Ainsi, il peut être difficile d'accepter les colères et les paroles amères énoncées par le mourant, qui, n'osant pas se révolter auprès des soignants, se « défoule » sur sa famille. C'est alors aux soignants d'expliquer ces accès de colère, afin que les proches y soient préparés et puissent y faire face. Une véritable complicité doit donc s'établir entre les soignants et la famille.

La famille a également un véritable rôle à jouer dans tout ce qui est soins d'hygiène et soins de nursing.

Ces soins sont capitaux en fin de vie, car tout en procurant une hygiène à la fois préventive et curative, la toilette est directement liée à l'image du corps et contribue à redonner confiance au malade, qui retrouve de la dignité.

Le moment de la toilette apporte en plus détente et décontraction et c'est également un moment d'écoute et de confiance, que la famille ne doit pas laisser passer.

#### **4) Conclusion**

On peut résumer ce qu'est l'accompagnement par cette citation du Docteur Verspieren (1984) : « *Le mot accompagnement de lui même indique une attitude, une conception de soins et la relation avec le grand malade. Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés, en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.* »

Grâce à l'accompagnement, on découvre que les soins palliatifs ne sont pas seulement des soins cliniques, mais ils possèdent également toute une composante psychologique.



Les soins palliatifs considèrent donc le malade dans sa globalité : ils sont à l'écoute du malade, qui, comme tout être vivant a des désirs, des colères, bref a besoin d'être entendu et de communiquer avec son entourage.

### C) ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE, EUTHANASIE ET SOINS PALLIATIFS

Il n'est pas rare, que pour les personnes mal informées ou les détracteurs des soins palliatifs, ceux-ci soient assimilés à l'euthanasie ou à l'acharnement thérapeutique.

Bien évidemment, lorsque l'on connaît la philosophie et les buts des soins palliatifs, on voit facilement qu'ils représentent une démarche en tout point opposée : en aucun cas, les soins palliatifs n'interviennent sur le délai d'apparition de la mort (« *les soins palliatifs ne hâtent ni ne retardent le décès* » (cf annexe n°1).

De plus, accompagner une personne ne signifie en aucun cas la ralentir ou la presser vers un but précis, mais au contraire la suivre au rythme qu'elle aura choisi..

#### 1) L'Euthanasie

Un des principaux arguments mis en avant par les soignants favorables à l'euthanasie est le droit au malade en fin de vie de mourir dans la dignité.

Certes, lorsqu'une personne souffre et qu'elle se sait promise à une mort prochaine, on peut comprendre qu'elle veuille abréger ses souffrances.

Si le malade en vient à une telle demande, c'est qu'en amont, l'équipe soignante n'a pu ou n'a pas voulu organiser tout l'accompagnement auquel un malade en fin de vie a légitimement droit.

Car, la principale raison pour laquelle le malade veuille mettre fin à ses jours, vient du fait que ses douleurs deviennent insupportables. Dès que la souffrance est soulagée, dans la plupart des cas la demande d'euthanasie n'est pas réitérée.

## **2) L'Acharnement Thérapeutique**

Certes, dans le terme soins palliatifs, on retrouve le mot « soins ». Par conséquent, la thérapeutique a encore sa place.

Seulement, la grosse différence avec l'acharnement thérapeutique tient dans le fait qu'en aucun cas cette thérapeutique n'a de visée curative.

L'acharnement thérapeutique a, quant à lui, pour objectif de poursuivre une thérapeutique lourde, à visée curative, qui ne fera que prolonger les souffrances et l'inconfort du malade. La fin de vie devient alors un véritable cauchemar pour lui et sa famille.

C'est ainsi qu'en considérant le malade comme une personne vivante et sa mort comme un processus normal, les soins palliatifs se distinguent de l'acharnement thérapeutique, qui d'une certaine manière, cherche à nier que la mort soit le terme normal d'une vie.

## II) HISTORIQUE DES SOINS PALLIATIFS

### A) LES BALBUTIEMENTS DES SOINS PALLIATIFS

En étant un peu provocateur, on pourrait dire que les soins palliatifs existent depuis que la médecine existe, à savoir depuis tout temps.

En effet, ce n'est guère qu'à la découverte des antibiotiques que la médecine a commencé à guérir : auparavant, les médecins de l'époque, ne connaissant pas l'origine des différents maux, ne pouvaient que s'opposer à leurs manifestations extérieures, sans pouvoir en traiter la cause.

Pour être plus précis, c'est en France au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle que l'on commence à s'occuper à part entière des malades en fin de vie.

On peut alors citer l'initiative de Jeanne Garnier, qui à l'âge de 24 ans se retrouve veuve et perd coup sur coup ses deux enfants. Cette terrible expérience la pousse à se consacrer, avec l'aide d'autres veuves, aux malades incurables. C'est ainsi qu'en 1842, elle créa à Lyon l'association « Les Dames du Calvaire ».

C'est alors que l'on commence véritablement à parler d'hospices, dans lesquels sont accueillis des malades, qui y terminaient leur vie, souvent encore dans des conditions difficiles.

Plusieurs structures furent ensuite créées dans plusieurs villes de France, et l'on peut encore aujourd'hui retrouver à Paris « La Maison Jeanne Garnier », actuellement une des plus grosses structure palliative française, avec 82 lits.

En 1879, on retrouve ce concept d'hospice en Irlande, où la fondatrice des « Soeurs Irlandaises de la Charité », Sœur Mary Aikenhead, créa le « Our Lady's Hospice », à Dublin.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les filles de Mary Aikenhead, fondent à Londres le « Saint Joseph Hospice ».

C'est dans cette dernière structure qu'entre alors en scène celle qui sera la première à parler de soins palliatifs au sens propre du terme, à savoir le Docteur Cicely Saunders.

Persuadée qu'il était encore possible de **soigner** alors qu'il n'est plus possible de **traiter**, ce médecin introduit un concept tout à fait novateur à l'époque : « la douleur totale ». Ce fût la première à considérer la douleur non seulement comme un élément physique, mais également comme une expérience intégrant des éléments psychiques, sociaux et spirituels.

Elle fût également la première à utiliser la morphine non seulement de façon curative pour calmer la douleur, mais aussi et surtout de façon préventive pour éviter que celle-ci ne réapparaisse.

En 1967, Cicely Saunders crée l'Hospice Saint Christopher de Londres, véritable point de départ pour la propagation des soins palliatifs à travers le monde entier.

Un autre personnage féminin est à mettre en parallèle avec le Docteur Cicely Saunders : le Docteur Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre anglais, se fit remarquer par son non conformisme : elle comptait plus sur ses relations avec les malades que sur l'utilisation des neuroleptiques (dont on découvrait l'usage), pour les aider à finir leurs jours dans les meilleures conditions possibles.

L'année 1975 marque un tournant décisif dans le développement des soins palliatifs.

C'est en effet cette année là que le Docteur Balfour Mount, chirurgien au Royal Victoria Hospital de Montréal, créa la première unité de soins palliatifs au monde.

La démarche du Docteur Mount bouleverse la manière de concevoir et de pratiquer la médecine : pour lui, priorité est donnée à l'autonomie du malade. C'est au médecin d'adapter sa démarche thérapeutique en fonction du malade et non pas au malade de s'adapter aux protocoles qui lui sont soumis.

## B) LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE

Si c'est en France que, grâce à Jeanne Garnier, on a commencé à s'intéresser aux malades en fin de vie, rien n'y était, jusqu'à une période récente, véritablement organisé, alors que dans les pays anglo-saxons, les soins palliatifs connaissaient un essor considérable.

Bien qu'en 1973, un groupe d'experts ait été constitué, à la demande du Ministre de la Santé, pour travailler sur l'accompagnement des malades en phase terminale, leur rapport ne sera jamais exploité.

Il faut attendre 1981 et la constitution à Grenoble, sous l'égide du cancérologue René Schaerer et de la psychologue Janine Pillot, de l'association JALMALV (Jusqu'à La Mort Accompanyer La Vie), pour voir apparaître un premier mouvement réellement organisé, dont le but était de faire évoluer les attitudes face à la mort.

1984 est un année primordiale dans le développement des soins palliatifs en France. Alors que de nombreux mouvements pro-euthanasie apparaissent, c'est cette année que se constitue à Paris, l'Association pour le développement des Soins Palliatifs (ASP), dont le travail a permis entre autres, la rédaction de la Charte des Soins Palliatifs. (cf *Annexe n°1*).

En 1985, le Secrétaire d'Etat chargé de la santé, Monsieur Edmond Hervé, constitue un groupe d'experts, sous la présidence de Geneviève Laroque, Inspecteur Général des Affaires Sociales.

Les travaux ainsi entrepris ont permis la rédaction de la Circulaire du 26 Août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

Cette Circulaire, encore appelée « Circulaire Laroque », a permis à Michèle Barzach, alors devenue Ministre de la Santé, de donner aux soins palliatifs une reconnaissance officielle.

A partir de là, tout s'enchaîne, avec la création de la première unité de soins palliatifs en France, dans le service du Docteur Maurice Abiven, à l'Hôpital International de la Cité Universitaire de Paris.

Puis, en 1989, l'organisation du premier congrès international de soins palliatifs à Nancy et la création en 1990 de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, à Paris.

Enfin, en 1991, la loi hospitalière du 31 Juillet, reconnaît les soins palliatifs comme une fonction officielle des hôpitaux.

### C) OU EN EST-ON AUJOURD'HUI ?

En France, le retard reste encore très important par rapport à l'Angleterre. En 1997, on comptait 51 unités de soins palliatifs et 55 équipes mobiles.

La répartition de ces structures est encore anarchique, avec des zones pauvres telles la Lorraine, l'Aquitaine, le Limousin, la Corse, le Centre et des zones mieux équipées (Région Parisienne, Lyon et le Nord Pas-de-Calais).

Une donnée cependant encourageante, est l'officialisation de l'enseignement des soins palliatifs en France. En effet, un diplôme universitaire de soins palliatifs a été créé et, dans les premier et

deuxième cycles des études médicales, l'enseignement des soins palliatifs et du traitement de la douleur sont devenues obligatoires (Circulaire de la Direction Générale des Etablissement de Santé et de la Direction Générale de la Santé n°15, du 9 Mai 1995). On peut simplement regretter que les études de Pharmacie aient été oubliées par cette circulaire.

Dans les autres pays du globe, les soins palliatifs sont également en plein essor. Dans les pays occidentaux, l'explosion des soins palliatifs a été générale, sauf peut-être en Allemagne, qui semble encore réticente au développement de telles structures.

Aux Etats-Unis, si le mouvement a été un peu plus tardif, on compte aujourd'hui plus d'un millier de réalisations, plus de 500 au Canada.

Les pays de l'Est ne sont pas en reste, avec des structures implantées en Pologne, en Roumanie, en Russie ou encore en Bulgarie.

Le mouvement des soins palliatifs est également présent dans des pays comme Taïwan, le Zimbabwe, le Zaïre.

Bref, les soins palliatifs sont sortis de l'originalité et peuvent désormais continuer à se développer sur des bases saines.

### **III) LES OBJECTIFS DES SOINS PALLIATIFS**

#### **A) QU'APPORTENT-ILS AUX MALADES EN FIN DE VIE ?**

##### **1) Changement des Attitudes Face à la Mort**

Comme nous l'avons déjà dit, les progrès fabuleux réalisés dans les domaines pharmacologiques et technologiques font que le patient incurable devient cause de malaise pour les soignants qui voient dans la mort de leur patient un échec.

C'est ainsi que la mort est devenue un sujet tabou, aussi bien au niveau des institutions médicales qu'au sein des familles.

Pourtant, le malade en fin de vie n'accepte plus les sous-entendus et désirerait pouvoir parler sans appréhension de sa propre mort.

C'est pourquoi un des premiers objectifs des soins palliatifs est de favoriser une réintégration de la mort et des mourants dans la société.

Pour cela, les soins palliatifs n'hésitent pas à reconnaître la mort comme une réalité proche : ils sont une véritable préparation à la mort.

Ainsi, contrairement à la plupart des services hospitaliers, les proches sont admis auprès du mourant, et plus, une place privilégiée leur est réservée, dans la mesure où cette préparation à la mort leur est aussi destinée.

C'est dans ce contexte de confiance, où tous les tabous ont été levés, que peut s'instaurer un véritable dialogue au sein du trio formé par le malade, sa famille et l'équipe soignante.



## 2) Garantir un Confort en Fin de Vie

Pour garantir aux malades un maximum de soins de confort, trois axes de prise en charge peuvent être soulignés.

Dans un premier temps, il est évident qu'il faut apporter au malade un traitement de tous les symptômes qui diminuent la qualité de vie. Bien entendu, la prise en charge de la douleur en est le principal volet. Mais de nombreux autres maux doivent également être pris en considération :

- les troubles gastro-intestinaux : constipation (liée à l'utilisation des morphiniques), nausées et vomissement, anorexie.
- les escarres
- l'insomnie, l'anxiété ou l'agitation

Il est à noter, que la plupart des troubles apparaissant au stade terminal d'une maladie sont liés à la polymédication dont fait l'objet le malade en fin de vie. C'est pourquoi, la démarche palliative vise toujours à restreindre les traitements uniquement à des traitements de confort, afin de limiter le risque iatrogène.

Le deuxième axe de prise en charge est représenté par tout ce qui est soins de nursing : on ne parle plus de médicaments, mais seulement de soins d'hygiène et d'esthétique, qui vont permettre d'améliorer à la fois le confort physique et psychologique du malade.

Enfin, le dernier axe de prise en charge correspond à tout ce qui a été défini comme étant l'accompagnement : écoute, échange. C'est à ce niveau là qu'est incluse la prise en charge de la famille.

### 3) Comment Atteindre ces Objectifs ?

Les soins palliatifs se doivent d'être des soins relationnels, capables de replacer le patient et sa famille au centre du dispositif de soins. Ils se doivent d'intégrer les dimensions sociales, psychologiques et spirituelles qui font la caractéristique d'un accompagnement de fin de vie réussi.

Le travail de l'équipe soignante ne s'arrête pas avec le décès du malade. En effet, les soignants gardent contact avec la famille pour les soutenir dans l'épreuve du deuil. De plus, tout un travail de deuil ayant été réalisé auparavant, les proches se sentent un peu moins démunis lors du décès.

Tout ceci nécessite du temps disponible pour les soignants, qui se doivent d'avoir des qualités d'écoute, de chaleur humaine et de tendresse non négligeables, car entendre parler de la mort ne peut que renvoyer à l'expression de sa propre mort. Sans des compétences particulières et spécifiques, il est difficile, voire même impossible d'assurer un accompagnement efficace.

### B) CONCLUSION

Les soins palliatifs ont donc pour objectif de garantir la qualité de la fin de vie, en évitant une médicalisation et des hospitalisations excessives.

Ceci n'est possible qu'en apportant au malade en fin de vie :

- un soulagement de sa douleur physique

- des soins de confort (soins de nursing)
- un entourage à l'écoute de ses besoins, de ses désirs, de ses inquiétudes (on retrouve là la notion d'accompagnement)
- en assurant à ses proches un soutien psychologique

Ces objectifs sont particulièrement bien résumés par ces propos du Docteur Abiven (1992) : *« privilégier la qualité de vie plutôt que sa quantité et sa durée, aider le malade à sortir de sa solitude en abandonnant cette conspiration du silence, fausse et équivoque, le secret se révélant source d'angoisse et de stress, traiter toutes les souffrances dont les composantes sont à la fois psychiques, sociales et morales. Il s'agit de prendre en charge le malade dans sa globalité, tout en réapprenant à réintégrer la mort et reconnaître que la mort est un aboutissement d'un cycle évolutif normal et ainsi détruire le mythe de l'immortalité.*

#### **IV) L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS**

##### **A) LES SOINS PALLIATIFS A L'HÔPITAL**

###### **1) Les Unités de Soins Palliatifs (USP)**

Les USP sont de véritables services spécialisés, le plus souvent de faible capacité (une quinzaine de lits au maximum), intégrés dans des hôpitaux généraux.

Elles permettent de répondre aux besoins des cas particulièrement difficiles, sur le plan du contrôle médical des symptômes ou sur le plan psychosocial, qui ne répondent plus aux vocations des services « curatifs ».

L'activité des USP se répartit en trois fonctions principales :

- la consultation externe : elle permet le suivi des patients retournés à domicile, ou la surveillance ambulatoire des patients non hospitalisés mais suivis au long cours.
- l'hospitalisation des patients en fin de vie, pour lesquels certains symptômes mal soulagés font qu'ils se retrouvent en situation délicate et nécessitent un accompagnement spécifique
- l'enseignement et la recherche clinique.

Lors de la mise en place de ces structures, seuls les malades en phase terminale pouvaient y être accueillis.

Aujourd'hui, certains malades peuvent y venir pour équilibrer un traitement symptomatique délicat, sans pour autant être en phase terminale, mais seulement pour retrouver des soins de confort.

De plus, les pathologies admises en USP, s'élargissent au SIDA, à certaines maladies neurologiques, ainsi qu'à des situations nouvelles, comme l'isolement social.

## **2) Les Unités Mobiles de Soins Palliatifs (UMSP)**

Leur définition est donnée dans le texte du Rapport Delbecque (Ministère de la Santé, Janvier 1993) : « *ce sont des équipes pluridisciplinaires consultantes au service des équipes soignantes hospitalières et extra-hospitalières.* »

Comme les USP, on y retrouve tous les acteurs de la prise en charge d'un malade à l'hôpital :

- un ou plusieurs médecins
- des infirmières et des cadres infirmiers
- un psychologue
- un kinésithérapeute
- une assistante sociale
- une secrétaire médicale

Tout en ayant des locaux qui leurs sont propres, les UMSP ne possèdent pas de lits pour recevoir les malades en fin de vie : c'est l'équipe soignante de l'unité qui se déplace à la demande des autres services de l'hôpital, afin de les guider dans la mise en place ou dans l'adaptation des traitements de confort, de même que dans leur relation avec le malade ou sa famille.

Les UMSP peuvent également se déplacer dans un autre hôpital que celui dont elles dépendent, afin de pouvoir y apporter leur soutien et leur aide.

En prenant ainsi en charge médicalement, psychologiquement et au niveau des soins infirmiers le malade dans son service d'origine, l'UMSP assure une continuité des soins du malade.

Cette structure permet ainsi :

- au malade de rester dans le service qui le connaît bien et dans lequel il a commencé à prendre ses repères.
- à l'équipe soignante d'origine de ne pas se sentir menacée, car elle garde toute autonomie quant aux décisions thérapeutiques à prendre, l'intervention de l'UMSP n'étant que consultative.

Comme les USP, les UMSP laissent une large place aux consultations extérieures des patients en fin de vie qui le désirent, mais aussi des familles.

Enfin, pour tous les soignants pouvant traverser des difficultés dans l'accompagnement des malades en fin de vie, l'UMSP est également un espace de parole : ces soignants ont en effet la possibilité de rencontrer la psychologue de l'unité.

## B) LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

### 1) La Décision de la Prise en Charge à Domicile

#### a) le choix du médecin

La plupart du temps, le retour du malade à domicile est une chose positive pour lui. En effet, il s'y sentira plus entouré et donc plus secondé pour affronter la dernière épreuve de sa vie, à savoir sa propre mort.

Cependant, une telle décision ne doit pas être prise à la légère et il est nécessaire d'évaluer au préalable les conditions matérielles, personnelles et affectives que le malade sera en mesure de trouver chez lui.

C'est le médecin généraliste qui va proposer une prise en charge à domicile. En effet, c'est lui qui connaît le mieux l'état de santé du malade et qui, bien souvent, connaît également bien la famille.

Cependant, en aucun cas il ne va imposer une telle décision, qui serait alors irrémédiablement vouée à l'échec. C'est au malade et à sa famille de décider d'un maintien à domicile.

#### b) le choix du malade et de la famille

La plupart des personnes âgées sont favorables à l'idée de mourir chez eux. Cependant, ces malades ne souhaitent retourner à domicile que s'ils sentent un environnement médical et familial préparé à cette éventualité. De plus, certains se sentent au contraire plus en sécurité dans une structure hospitalière.

Quant à la famille, la décision n'est pas toujours facile à prendre : assurer la prise en charge d'un malade en fin de vie, même épaulé par une équipe qualifiée implique toujours un investissement personnel important. Ainsi, il n'est pas rare de voir des familles refuser le maintien à domicile, ne se sentant pas capables d'assumer une telle responsabilité.

Dans ce cas-là, même si le malade le désire, le retour au domicile sera difficile. En effet, le malade ressentira vite qu'il est une charge pour ses proches ; il aura alors une fin de vie pénible, ce qui bien sûr est l'opposé de ce qui était recherché initialement.

On voit ainsi le rôle primordial du médecin généraliste, qui se doit de bien informer les malades et les familles, afin que quelle que soit la décision prise, elle ne soit jamais regrettée.

## **2) Nécessité d'une Equipe Pluridisciplinaire dans la Prise en Charge à Domicile d'un Malade en Fin de Vie**

Une fois le malade et sa famille prêts au maintien à domicile, toute une organisation médicale doit se mettre en place, pour pouvoir faire face aux attentes de cette entité représentée par le malade et sa famille.

En effet, si le médecin généraliste est à l'origine du retour à domicile, en aucun cas il ne pourra assumer à lui tout seul une prise en charge aussi lourde.

### **a) les différents intervenants**

Le médecin traitant va être le véritable référent de cette équipe : c'est lui qui va assurer la diffusion de l'information aux autres membres (il devra donc accepter de partager le secret médical). De plus, il va être le lien avec l'hôpital.

L'infirmière quant à elle, sera certainement la personne soignante qui sera le plus souvent au contact du malade, de part les soins quotidiens qu'elle sera amenée à pratiquer.

De ce fait, elle aura un rôle primordial à jouer, en informant le médecin de l'évolution de l'état de santé du malade.

C'est également elle qui va utiliser le matériel médical délivré par le pharmacien : elle représente donc un interlocuteur privilégié pour ce dernier, d'autant plus que c'est souvent l'infirmière qui guide le médecin dans ce type de prescription.

Le kinésithérapeute a également un rôle tout particulier à jouer : si l'infirmière est là pour réaliser des soins pas toujours agréables pour le malade (nettoyage des pansements,



injections, prises de sang...), la visite du kinésithérapeute va permettre au patient de rompre avec la monotonie de la journée.

En effet, le malade va pouvoir effectuer des mouvements qu'il ne peut plus effectuer seul, voire même parfois marcher en toute confiance.

Ainsi, tout le temps passé par le malade hors de son lit, représente autant de moments pendant lesquels il se sent un peu moins diminué et qui lui font oublier pendant un instant au moins la proximité de la mort.

Sans compter tous les soins de confort (aide à l'expectoration, massages doux...) qui font de la visite du kinésithérapeute un moment attendu dans la journée d'un malade en fin de vie.

Enfin, il ne faut pas oublier tout l'apport psychologique apporté par la famille et d'autres bénévoles, qui font eux aussi partie intégrante de l'équipe chargée de l'accompagnement du malade.

Le rôle du pharmacien n'a pas été oublié : il fait lui aussi partie de l'équipe et son rôle sera détaillé dans un chapitre ultérieur.

#### b) le travail en équipe

Ainsi, près d'une dizaine de professionnels peuvent se succéder au chevet d'un malade lourd suivi à domicile.

C'est pourquoi, il faut une organisation parfaite, pour qu'aucun écueil ne voit le jour et ainsi éviter des soucis supplémentaires à une famille déjà fragilisée.

Il doit donc s'instaurer un véritable travail d'équipe, où chacun doit accepter la présence de l'autre et accepter de dépendre de l'autre.

La communication entre les différents intervenants est donc un élément primordial : la mise en commun des connaissances acquises par l'un ou l'autre sur le malade ou sa famille, ne peut que faire évoluer de façon positive la prise en charge.

Une telle équipe ne peut en réalité exister que par l'union de tous au service d'un seul but : respecter le désir du malade et travailler jusqu'au bout pour son confort.

### **3) Les Structures de Prise en Charge à Domicile**

#### **a) l'hospitalisation à domicile (HAD)**

Elle existe officiellement depuis la Circulaire du 29 Octobre 1974, qui définit les conditions médicales d'admission, la capacité et le fonctionnement des services, ainsi que la tarification de la prise en charge.

Elle concerne le malade de tout âge, dont l'état ne justifie plus le maintien dans une structure hospitalière, mais nécessite cependant des soins identiques à ceux dispensés à l'hôpital.

Si depuis les décrets du 2 Octobre 1992, tout médecin traitant peut la prescrire, elle est le plus souvent décidée par un médecin hospitalier.

Les services d'HAD peuvent relever d'un hôpital public ou peuvent être gérés par des associations à but non lucratif.

L'équipe est constituée :

- d'un médecin hospitalier

- d'une infirmière du service
- d'une aide soignante et d'une aide ménagère

Tous collaborent avec le médecin généraliste et éventuellement avec une équipe médicale.

Le forfait journalier prend en charge les soins médicaux effectués par le médecin traitant, les soins paramédicaux, les services ménagers, la fourniture du matériel médical et bien souvent des médicaments, ce qui exclut le pharmacien d'officine de la prise en charge d'un malade habituel.

Les malades sont généralement dispensés d'avance des frais.

#### b) les soins infirmiers à domicile (SIAD)

Les soins pratiqués dans ces structures sont plus légers que ceux pratiqués dans le cadre de l'HAD.

Leur objectif est de prévenir, retarder ou raccourcir l'hospitalisation ou le placement en long séjour des personnes âgées.

Le médecin de famille est le prescripteur, mais il est déchargé des tâches de coordination, d'organisation des intervenants, tout en gardant son rôle décisionnel.

Le malade conserve quant à lui le libre choix, aussi bien de son médecin que de son pharmacien.

### c) le maintien à domicile (MAD)

Contrairement aux deux organisations précédentes, le MAD n'appartient à aucune structure définie sur le plan juridique.

Le MAD repose sur un concept libéral : le médecin généraliste joue un rôle de coordinateur, en collaboration avec une infirmière libérale, une aide ménagère, un kinésithérapeute et le pharmacien d'officine qui délivre les médicaments ainsi que le matériel médical.

## V) LIMITES ACTUELLES DES SOINS PALLIATIFS

### A) LIMITES LIEES A L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS A L'HÔPITAL

Les moyens techniques mis à disposition des UMSP ou des USP sont souvent modestes par rapport à la globalité de l'hôpital.

C'est ainsi que ces structures n'ont pas forcément le personnel et les locaux nécessaires pour une prise en charge de l'ensemble des malades hospitalisés et susceptibles de pouvoir bénéficier de soins palliatifs.

Les USP ont pendant longtemps accueilli essentiellement des malades en phase terminale.

La volonté des soignants étant de s'occuper le plus tôt possible des malades en fin de vie ne pouvait alors pas être réalisée. C'est pourquoi de plus en plus, les USP tentent d'accueillir des malades avant la phase terminale de leur maladie.

Les UMSP n'ont pas ce problème de recrutement, les malades étant présents dans l'ensemble des services de l'hôpital. Cependant, cette organisation pose d'autres difficultés.

En effet, l'unité n'intervenant qu'à titre consultatif, il n'est pas garanti que le traitement qu'elle préconise soit réellement mis en place.

De plus, plus il y aura de médecins qui s'occuperont du malade, plus il y aura un risque d'interférence dans les prescriptions. Or, un des objectifs des soins palliatifs étant de réduire au maximum la polymédication du malade en fin de vie, cela peut poser des problèmes.

Sans l'appel du service « hôte », l'unité ne peut intervenir auprès du malade. C'est ainsi que des malades n'ont pas accès à tout l'accompagnement qu'ils sont en droit d'attendre, seulement parce que l'équipe soignante n'a pas voulu faire appel à une autre équipe.

Toutes ces difficultés soulèvent bien la nécessité d'une forte coordination entre les équipes de soins palliatifs et les équipes des services plus traditionnels, afin que l'activité palliative à l'hôpital puisse être réalisée dans les meilleures conditions possibles.

## B) LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES ACCOMPAGNANTS

### 1) Ne pas s'investir totalement

Les soins palliatifs, nous l'avons vu, ont pour but d'aider le malade à vivre une mort la moins pénible possible. Mais il faut malgré tout ne pas perdre de vue que la mort mettra inévitablement fin à cet accompagnement (du moins pour le malade).

En fait, toute la difficulté de l'accompagnement réside dans la capacité à garder une certaine distance avec le malade, tout en lui apportant ce dont il a besoin. Ceci est d'autant plus difficile que devant une personne affaiblie par la maladie, on peut être tenté de répondre à l'ensemble de ses attentes.

Et c'est bien là le danger, car la demande affective du malade grandit d'autant plus qu'il sent la mort proche, et il peut ainsi demander un investissement total de la part de ses proches. C'est à ce moment là que le soignant doit être vigilant et qu'il doit aider les proches à trouver la juste distance dans la relation avec son malade, de manière à ce que le deuil ultérieur soit une période moins difficile à vivre.

### 2) S'adapter au Malade

Le soignant doit en effet adapter ses méthodes au malade, et non pas l'inverse. Ainsi, il n'y a pas de schéma stéréotypé ni de protocoles dans l'accompagnement d'un malade en fin de vie. Le malade est d'ailleurs tout à fait en droit de refuser un accompagnement.

C'est alors une situation très délicate, car plus que jamais, soignants et famille doivent avoir une attitude d'écoute et d'observation de façon à percevoir chez le malade qui a souhaité s'isoler, les moindres signes qui marqueront une volonté de sa part de rompre cet isolement.

### **3) Eviter l'épuisement**

Il n'est en effet pas rare de voir apparaître, aussi bien chez les soignants que dans la famille, une certaine lassitude voire une fatigue au chevet du malade.

C'est alors que prend toute la dimension d'un travail en équipe, où les plus forts dans l'épreuve soutiennent les plus fragiles.

Cette solidarité est indispensable, afin d'éviter des erreurs de jugement de la part des soignants, et des demandes d'euthanasie de la part des proches.

### **C) LE CAS PARTICULIER DE LA GERIATRIE**

Les soins palliatifs chez le sujet âgé ont leurs caractéristiques : ils sont en outre différents en raison des pathologies rencontrées chez le vieillard, autres que le cancer.

De plus, contrairement à l'interruption souvent brutale de la vie d'un sujet jeune, la mort du sujet âgé est plus considérée comme « culturellement acceptable » : ils ont vécu plus longtemps que la plupart de ceux qui les entourent, et chaque journée supplémentaire peut être vécue comme une nouvelle victoire sur la mort.

Ainsi, l'accompagnement est totalement différent. Les sujets âgés s'étant préparés depuis longtemps à l'échéance de la mort, ils n'ont pas du tout les mêmes attentes, vis à vis des soignants ou de leurs proches, que les malades se trouvant d'un jour à l'autre confrontés brutalement à une mort imminente.

Ce n'est pas pour autant que la démarche palliative en gériatrie soit exempte de difficultés.

Les problèmes de communication qu'éprouvent de nombreux vieillards rendent délicate l'évaluation des symptômes.

La personne âgée peut mettre longtemps à mourir, ce qui demande une grande résistance pour l'entourage du malade, qui se voit confronté à la déchéance physique et souvent intellectuelle de leur proche.

On voit ainsi, que cette notion de soins palliatifs en gériatrie permet une ouverture du concept des soins palliatifs, bien trop souvent réduits à la prise en charge du patient cancéreux. La difficulté étant que la démarche palliative en gériatrie est tout à fait différente qu'en oncologie, et c'est à l'équipe soignante de se remettre en cause de manière à adapter son accompagnement à la personne âgée, déjà préparée à la mort, contrairement au malade cancéreux.

#### D) LES DIFFICULTES DES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

Nous avons déjà noté l'importance du fait que ce soit la famille qui décide le retour à domicile, afin que celui-ci soit une réussite.

N'empêche qu'une fois le malade chez lui, les difficultés d'accompagnement sont bel et bien présentes. Ce maintien à domicile reste une charge assez lourde à gérer pour la famille.

Il incombe en effet aux proches, des contraintes physiques (aide aux soins), morales (responsabilité, vigilance), financières (les soins à domicile coûtent cher en matériel non remboursé, en présence permanente exigée pour un membre ne pouvant ainsi pas aller travailler à l'extérieur), et parfois des difficultés sociales, leur vie se trouvant bouleversée, centrée qu'elle est désormais sur l'être âgé.



C'est pourquoi, pour plus de 85% des médecins généralistes, l'entourage familial constitue une des principales limites en soins palliatifs. (*Ph Walker, 1997*).

C'est alors à l'équipe soignante de tout mettre en œuvre pour aider et motiver la famille dans une situation si difficile à gérer pour elle. Sans ce soutien, le maintien à domicile est voué à l'échec.

## **VI) LE ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE**

Dans les trois structures précédemment citées, le pharmacien ne peut intervenir que dans les SIAD et le MAD. Il ne peut intervenir dans l'HAD que si elle est associée au MAD. Dans le cadre de son intervention, il va bien sûr délivrer les médicaments, mais il va aussi fournir le matériel médical, au combien important dans la prise en charge à domicile.

### **A) LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS**

Comme la prise en charge de la douleur est un des éléments primordial dans les soins palliatifs, il est évident que le pharmacien se trouvera confronté à de nombreuses prescriptions de morphiniques.

Cette prise en charge de la douleur peut s'effectuer par l'intermédiaire de morphiniques prescrits à des doses inhabituellement élevées.

Lors de la première délivrance, le pharmacien peut être ainsi alerté devant les doses prescrites. C'est pourquoi, il ne doit pas hésiter à prendre contact avec le prescripteur, d'une part pour se faire confirmer la prescription, mais également pour établir un dialogue au sujet du patient.

Le pharmacien se positionnera ainsi de façon précise au sein de l'équipe soignante. De plus, en connaissant le traitement du malade, il pourra prévoir, pour les délivrances ultérieures, un stock quantitativement et qualitativement adapté au malade en fin de vie.

Le pharmacien se doit également d'expliquer au malade mais surtout à sa famille (car c'est elle le plus souvent qui viendra à l'officine), le traitement prescrit.

En effet le mythe de la morphine est toujours présent (surtout chez les personnes âgées pour qui elle signifie la « mort fine »). C'est alors au pharmacien de rassurer et dédramatiser la prescription de ces médicaments.

C'est pendant ce dialogue que le pharmacien doit trouver l'opportunité d'apporter un soutien psychologique supplémentaire.

Enfin, il est du devoir du pharmacien de faciliter l'observance du traitement : devant les effets indésirables fréquents des morphiniques (nausées, constipation en particulier), il devra apporter les conseils et les médicaments nécessaires.

Ainsi, un malade à qui il a été prescrit un morphinique ne doit jamais sortir de l'officine sans laxatif.

## B) LA DELIVRANCE DU MATERIEL MEDICAL

Par manque d'information ou peut-être par manque de motivation, les pharmaciens d'officine se trouvent souvent court-circuités par des sociétés privées de location de matériel quand un de leur malade sort de l'hôpital.

C'est pourquoi ils se doivent de se repositionner dans ce domaine pour pouvoir jouer à part entière leur rôle dans l'accompagnement des malades en fin de vie.

Pour cela, le pharmacien doit valoriser sa position en mettant en avant ses deux principaux atouts : proximité et disponibilité.

Le malade ne pourra que lui en être reconnaissant, car l'installation de ce type de matériel nécessite de pénétrer dans son domicile. Il préférerait sûrement que ce soit une personne qu'il connaît bien et en qui il a confiance qui le fasse.

De plus, cette installation est pour le pharmacien l'occasion de créer de nouveaux liens avec le malade, lequel appréciera que son pharmacien se soit déplacé de son officine.

## DEUXIEME PARTIE : LA DOULEUR

# DEUXIEME PARTIE :

## LA DOULEUR

### I) INTRODUCTION

#### A) LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : UN FAIT D'ACTUALITE

L'année 1999 a marqué en France une véritable prise de conscience en ce qui concerne les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre le phénomène douloureux.

En effet, la France souffrait d'un certain retard vis-à-vis d'autres pays industrialisés, notamment dans l'utilisation de la morphine à des fins médicales, comme le montre le résultat de nombreuses enquêtes réalisées ces dernières années.

Une étude menée en 1995 sur 605 patients cancéreux hospitalisés ou traités en ambulatoire dans vingt centres de soins répartis sur toute la France (*Brasseur L., Cleeland Ch. et col, 1995*) a montré que :

- 30% des malades douloureux n'avaient aucun traitement
- 41% seulement des malades souffrant de douleur intense recevaient des morphiniques forts
- globalement, 49% des malades douloureux recevaient un traitement adapté, selon les recommandations de l'OMS.

Une enquête de 1997, menée sur 315 patients atteints par le VIH, hospitalisés ou en ambulatoire, pris en charge dans trente-quatre établissements répartis sur toutes la France (*Colleau S.N., Fontaine A. et coll, 1997*) a montré les résultats suivants :

- 57% d'entre eux souffraient de douleurs modérées ou sévères sans recevoir aucun traitement
- parmi ceux dont les douleurs étaient importantes, 15% seulement se voyaient prescrire des opioïdes
- au total, 85% des patients douloureux n'étaient pas pris en charge selon les standards de l'OMS

Le tableau de la page suivante (*Vainio A., 1997*) décrit l'utilisation de la morphine à des fins médicales, mesurée en consommation moyenne par jour et par millions d'habitants de doses quotidiennes définies (30mg de morphine intramusculaire ou 100mg per os).

Années → Pays ↓	1986-1990	1990-1994	1992-1996
Canada	1670	2382	2827
Royaume-Uni	1483	2623	2809
Irlande	1062	1794	2264
Etats-Unis	801	1531	1965
<b>France</b>	<b>196</b>	<b>646</b>	<b>1462</b>
Suisse	605	1079	1371
Allemagne	212	524	541

On peut ainsi noter que d'une part la douleur est insuffisamment prise en charge, et que d'autre part, lorsqu'elle l'est, les traitements sont souvent inadaptés, avec surtout très peu de prescriptions de morphiniques.

C'est pour essayer de combler ces lacunes qu'un plan triennal de lutte contre la douleur, dans les établissements de santé publics et privés, a été instauré en 1998.

Les circulaires n°98/586 du 22 Septembre 1998 et n°99/84 du 11 Février 1999, émanant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de la Direction Générale de la Santé, de la Direction des Hôpitaux et de la Direction de l'Action Sociale, précisent le contenu de ce plan triennal, qui s'articule autour de quatre axes principaux :

- développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins
- formation et information des professionnels de santé
- prise en compte de la demande du patient
- information au public

### B) COMMENT PEUT-ON DEFINIR LA DOULEUR ?

Bien que la douleur soit certainement le symptôme le mieux connu et le mieux décrit (chacun a déjà souffert au moins une fois dans sa vie), il est très difficile d'énoncer une définition qui permette d'englober tous les facteurs caractérisant la sensation douloureuse.

En effet, pendant longtemps, la douleur a été réduite à une simple sensation consécutive à un traumatisme ou à une agression. Or, le fait que devant une même cause déclenchante, tous les individus ne ressentent pas la même intensité dans la douleur, permet de dire que celle-ci possède une dimension affective, cognitive et comportementale.

C'est pourquoi plusieurs définitions ont été proposées, afin d'intégrer toutes ces composantes (*Serrie A., Thurel Cl., 1993*) :

- Sternbach, en 1968 définit la douleur comme « *une sensation personnelle et intime du mal, un stimulus nociceptif qui signale une lésion tissulaire actuelle ou imminente, un schéma de réactions destinées à préserver l'organisme du mal* ».
- Mountcastle en 1980 considère la douleur comme « *une expérience sensorielle provoquée par des stimuli qui lèsent les tissus ou menacent de*



*les détruire, expérience définie introspectivement par chacun comme ce qui fait mal ».*

- C'est la définition de Merskey qui a été adoptée comme « définition officielle » par l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (I.A.S.P.) : *« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ».*

Il est important d'insister sur cette composante multifactorielle de la douleur, car elle va directement conditionner la prise en charge thérapeutique. En effet, la douleur étant très difficile à évaluer, c'est souvent par la simple observation du sujet et par le rapport verbal qu'il fait de sa douleur que le traitement va être adapté.

Il est donc indispensable de toujours avoir à l'esprit que la douleur est ressentie et exprimée de façon différente d'un individu à l'autre, afin d'adapter le traitement au malade et non pas essayer d'adapter le malade à un traitement standard.

## C) LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS

### 1) Classification selon la Durée d'Evolution

#### a) les douleurs aiguës

La brûlure et la piqûre sont les exemples types d'une douleur aiguë. Dans les deux cas, la douleur est toujours ressentie de façon intense, mais elle est transitoire.

La douleur aiguë agit comme un véritable signal d'alarme, témoignant de la présence d'une lésion. C'est elle qui va amener le malade à consulter.

### b) les douleurs chroniques

Véritable maladie, la douleur chronique va mobiliser la totalité des structures nerveuses et va devenir la préoccupation dominante du malade.

La douleur chronique va en fait induire différents retentissements sur la vie de l'individu : sur le plan physique, elle va entraîner des troubles du sommeil, une perte d'appétit ; sur le plan psychologique et social, elle va envahir tout l'univers affectif du malade, ce qui entraînera des répercussions professionnelles et familiales pour le malade.

De plus, la douleur chronique constitue un véritable cercle vicieux : en effet, le malade ne sachant pas quand cette douleur va cesser, l'anxiété et la dépression surgissent, accentuant encore les composantes physiques de la douleur.

De façon arbitraire, on considère qu'une douleur devient chronique quand elle évolue au delà de trois à six mois.

Ainsi, les douleurs cancéreuses et celles liées au sida sont des douleurs chroniques, et leur prise en charge fera donc partie de l'accompagnement des malades en fin de vie.

## 2) Classification selon leur Origine

### a) les douleurs par excès de nociception

Ce sont des douleurs qui sont dues à la stimulation excessive de récepteurs périphériques (les nocicepteurs).

Les caractéristiques de ces douleurs sont très variées : elles peuvent aussi bien être continues qu'intermittentes, et leur degré d'intensité est variable.

Une des causes de cette hyperstimulation des nocicepteurs peut être une lésion tissulaire.

En effet, les nocicepteurs étant un point de contact entre le tissu et l'extrémité de la fibre nerveuse, toute lésion articulaire, traumatisme, ou même tumeur néoplasique, peut être responsable de phénomènes d'écrasement, d'augmentation de pression locale ou de torsion au niveau de ces récepteurs. Les nocicepteurs sont alors activés de façon anormale, ce qui génère le message douloureux.

### b) les douleurs par désafférotation

Toutes les douleurs ne peuvent s'expliquer par des lésions tissulaires, entraînant un excès de nociception.

En effet, certaines douleurs sont liées à une lésion du système nerveux central ou périphérique : on parle alors de douleurs par désafférotation. Dans ce cas là, la douleur ne provient pas d'un excès de stimulation, mais au contraire d'une interruption des voies de nociception, entraînant un fonctionnement non contrôlé du système de transmission.

La douleur est alors tout à fait spécifique : elle est ressentie soit en dehors de toute stimulation, soit en présence d'un stimulus qui normalement ne produit aucune douleur.

Les douleurs des amputés avec membre fantôme douloureux ainsi que les douleurs post-zostériennes sont des douleurs par désafférentation.

## **II) NEUROPHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR**

### **A) LES VOIES DE LA DOULEUR**

Le message douloureux naît au niveau périphérique, suite à la stimulation des nocicepteurs.

Ce message emprunte alors de nombreuses voies et relais, avant d'arriver vers les structures cérébrales, où s'effectue la perception douloureuse.

Sur son trajet, l'influx nerveux va subir de nombreux contrôles, qui vont permettre une modulation du message douloureux.

#### **1) Stimulation à la Périphérie**

##### **a) les récepteurs périphériques : les nocicepteurs**

Il n'existe pas, en fait, de structures histologiquement individualisées pouvant être qualifiées de récepteurs nociceptifs proprement dits.

En réalité, ce sont les terminaisons nerveuses libres avec arborescences démyélinisées qui jouent le rôle de récepteurs.

Ces terminaisons libres sont ubiquitaires : on les retrouve aussi bien au niveau cutané, musculaire ou articulaire qu'au niveau des viscères.

#### *α) au niveau cutané*

Deux types de nocicepteurs ont été clairement mis en évidence :

- les mécanonocicepteurs
- les nocicepteurs polymodaux

Les mécanonocicepteurs ne répondent qu'à des stimuli intenses de nature mécanique.

Ils sont particulièrement réceptifs aux stimulations telles que les piqûres et les pincements.

Deux caractéristiques sont à noter quant à ces mécanonocicepteurs :

- la répétition d'un stimulus mécanique sur un même champ récepteur peut entraîner une inactivation du nocicepteur
- en temps normal, les mécanonocicepteurs ne sont pas activés par des stimuli chimiques ou thermiques de moins de 53°C. Cependant, lorsqu'il y a répétition de stimulation thermique, il y a sensibilisation de ces nocicepteurs, qui réagiront ensuite à des températures inférieures à 45°C.

Les nocicepteurs polymodaux, réagissent, quant à eux, à tous les types de stimulations, aussi bien mécaniques, chimiques que thermiques

Il faut cependant noter que cette classification des récepteurs cutanés n'est pas en réalité aussi simple. En effet, les champs récepteurs de chacun de ceux deux types de nocicepteurs sont larges et se recouvrent les uns les autres.

Par conséquent, certains mécanonocicepteurs pourront répondre à une stimulation thermique, ce qui permettra d'expliquer le phénomène de la « double douleur », qui sera abordé un peu plus loin.

### *β) au niveau musculaire et articulaire*

Si les récepteurs à ce niveau là ont été beaucoup moins étudiés qu'au niveau cutané, des terminaisons nerveuses libres y ont été clairement observées. Ces terminaisons sont en fait des nocicepteurs polymodaux.

Néanmoins, le rôle de certaines fibres nerveuses n'a pas encore été clairement établi. En effet, si un certain nombre de ces fibres se comporte comme des nocicepteurs polymodaux en réagissant aux stimulations thermiques, mécaniques et chimiques, d'autres répondent aussi aux simples contractions et étirements musculaires.

Rien ne prouve donc qu'au niveau musculaire, les nocicepteurs ne réagissent spécifiquement qu'aux stimulations douloureuses.

### *γ) au niveau viscéral*

Rien ne permet d'affirmer qu'à ce niveau-là, la douleur résulte de l'excitation de nocicepteurs spécifiques ou si elle a plutôt comme origine l'activation excessive de récepteurs, qui dans des conditions normales participent à la régulation de la fonction réflexe du viscère.

Cependant, des fibres nerveuses dont la stimulation déclenche des réactions portant à penser qu'elles agissent uniquement comme nocicepteurs, ont été observées au niveau du cœur, de la plèvre, de la cavité abdominale, de la vésicule biliaire et des testicules.

#### b) activation des nocicepteurs

Les mécanismes d'activation des nocicepteurs sont encore mal élucidés. Cependant, divers arguments sont en faveur d'une combinaison entre une action directe sur le récepteur liée à sa stimulation intense et une action indirecte, liée à la libération de substances dites algogènes.

La première phase de l'activation correspond à la destruction cellulaire consécutive à la lésion. Potassium, histamine, sérotonine, bradykinine adénosine triphosphate sont alors libérées des cellules endommagées.

Ces médiateurs vont activer les nocicepteurs polymodaux (car sensibles aux stimulations chimiques), déjà préalablement excités par l'agression étant sensibles aux stimulations mécaniques.

La seconde phase correspond au processus inflammatoire. En effet, les prostaglandines formées par l'action de la cyclo-oxygénase, et les leucotriènes formées par l'action de la lipo-oxygénase. sont synthétisées sur place.

Ces substances pro-inflammatoires ont pour rôle de sensibiliser les nocicepteurs aux substances algogènes.

C'est ce qui explique l'activité antalgique de l'aspirine et des anti-inflammatoires en général, qui en inhibant la cyclo-oxygénase, empêchent en même temps la production des prostaglandines.

Enfin, la dernière phase de l'activation des récepteurs, correspond à la libération par le nocicepteur lui-même d'un polypeptide de onze acides aminés : la substance P.

La substance P est un vasodilatateur très puissant, qui occasionne l'oedème, rencontré dans toute situation inflammatoire.

De plus, la substance P entraînant la libération d'histamine à partir des mastocytes, stimule les nocicepteurs.

On remarque ainsi, qu'un véritable cercle vicieux s'instaure, lors de la stimulation des récepteurs périphériques.

### c) les fibres nerveuses ascendantes

Faisant suite aux terminaisons nerveuses libres, des fibres nerveuses permettent de conduire le message douloureux de son point de naissance périphérique vers le système nerveux central.

#### *α) les différents types de fibres*

Classiquement, trois types de fibres nerveuses affectant directement ou indirectement la perception douloureuse, sont classées selon leur diamètre et leur degré de myélinisation :

- les fibres  $A\alpha\beta$
- les fibres  $A\delta$



- les fibres C

Leurs caractéristiques sont reprises dans le tableau suivant :

	MYELINISATION	DIAMETRE (en $\mu$ )	VITESSE DE CONDUCTION (en m/s)
Fibres $A\alpha\beta$	OUI	6 à 12	35 à 75
Fibres $A\delta$	OUI	1 à 5	5 à 30
Fibres C	NON	0,2 à 1,5	0,5 à 2

Les terminaisons libres des fibres  $A\alpha\beta$  sont des mécanonocicepteurs, qui possèdent un seuil de réponse très bas : elles répondent à un simple effleurement.

La stimulation de ces mécanorécepteurs n'entraîne pas de douleur, mais une simple sensation tactile.

Ces fibres renseignent en outre très précisément sur la nature, l'intensité et le lieu d'origine de l'information nociceptive.

Les extrémités des fibres  $A\delta$  sont essentiellement des mécanonocicepteurs et quelques récepteurs polymodaux (entre 20 et 50%).

Lorsque ces fibres sont mises en jeu dans la conduction du message douloureux, il en résulte une sensation douloureuse rapide, tolérable, bien localisée, à type de piqûre.

Les fibres C sont quant à elles très nombreuses, puisqu'elles représentent près de trois-quarts des fibres nerveuses périphériques. Leurs extrémités libres sont uniquement des récepteurs polymodaux.

On les tient responsables d'une douleur plus tardive, diffuse, à type de brûlure. On leur confère un rôle très important pour ce qui est de l'intensité de la douleur ressentie.

Tout comme les fibres A $\delta$ , les fibres C ne présentent aucune activité spontanée lorsqu'elles ne sont pas stimulées.

### *$\beta$ ) le phénomène de la double douleur*

La différence histologique des fibres ascendantes permet d'expliquer la différence dans la transmission des informations nociceptives, ainsi que dans leur intégration au niveau des zones corticales.

Ainsi, une première douleur qui est ressentie brièvement et de façon bien localisée est due à l'activation des fibres A $\delta$ . Cette première sensation signale une menace à l'intégrité de l'organisme, ce qui permet une réaction rapide et adaptée (c'est le réflexe de retirer sa main de la source de chaleur lors d'une brûlure ou de l'aiguille lors d'une piqûre).

Une deuxième douleur, plus diffuse et qui persistera plus ou moins longtemps (c'est la douleur chronique) selon l'intensité de la lésion, est transmise par les fibres C, qui conduisent l'influx de façon très lente.

Une fois démontré le rôle des fibres A $\delta$  et C dans la conduction de la douleur, il ne faut pas perdre de vue que la preuve de leur spécificité reste encore à déterminer.

En effet, les fibres C représentant près de trois-quarts des fibres afférentes, il semble difficile de croire qu'elles ne puissent que transmettre des sensations douloureuses.

Les fibres A $\delta$  et C doivent donc être considérées comme possédant un caractère de plurisensibilité.

## **2) Le Relais Médullaire**

### **a) terminaisons des afférences nociceptives**

Les fibres afférentes atteignent le système nerveux central après leur trajet périphérique, par les racines postérieures de la moelle épinière ou leur équivalent au niveau rachidien.

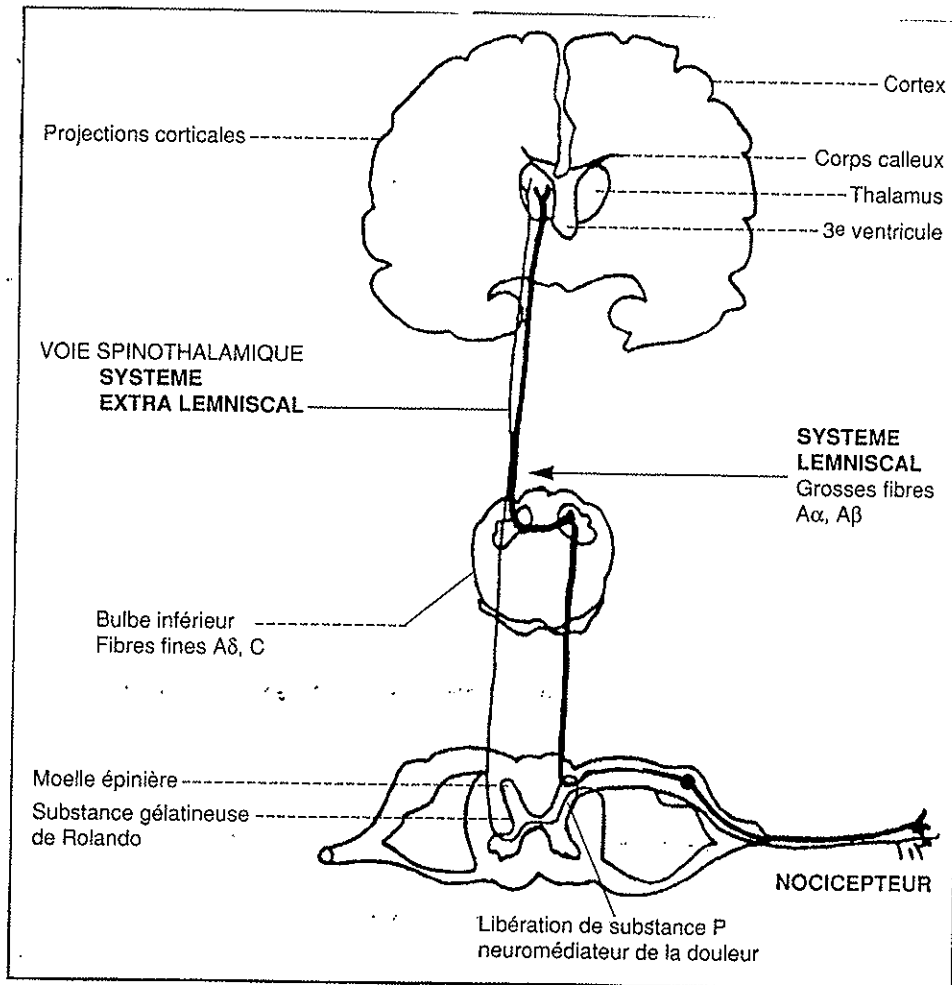
La corne postérieure de la moelle épinière a été divisée par Rexed en 1952 en différentes zones, en fonction des particularités morphologiques et de la répartition des cellules de la substance grise ; on trouve ainsi, des couches les plus superficielles vers les plus profondes :

- la couche I : zone marginale de Waldeyer, constituée de cellules de gros diamètre
- les couches II et III : elles forment la substance gélatineuse de Rolando et comportent les plus petits neurones du système nerveux central
- les couches IV, V et VI, formées de cellules d'assez gros diamètre.

Les fibres A $\delta$  et C se terminent de façon massive au niveau des couches superficielles (I, II, et III). Les fibres de plus gros calibre aboutissent à un niveau plus profond (couches IV et V).

A leur entrée dans la moelle épinière, les fibres A $\delta$  et C se divisent en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante.

Ces fibres fines pénètrent alors dans la substance grise médullaire, traversent la zone de Waldeyer et vont se connecter aux interneurones de la substance de Rolando, interneurones qui font la liaison avec les fibres de gros calibre arrivant par les couches profondes de la moelle.



### b) transmission du message nociceptif au niveau spinal

Les messages nociceptifs véhiculés par les fibres afférentes activent les neurones spinaux situés dans les couches superficielles et profondes de la moelle épinière.

De nombreux peptides semblent impliqués dans cette neuromédiation, mais la substance P paraît jouer le rôle le plus important.

D'autres neurotransmetteurs interviendraient soit directement au niveau de la transmission elle-même, soit indirectement par des phénomènes de modulation ou de contrôle pré-synaptique.

C'est ainsi que la somatostatine, le VIP (Peptide Intestinal Vasoactif), le CGRP (Peptide Lié au Gène de la Calcitonine), des opioïdes endogènes, la cholécystokinine, le GABA ou encore le potassium, seraient autant de substances qui auraient leur rôle à jouer dans la neurotransmission du message douloureux au niveau médullaire.

### **3) Les Voies Supramédullaires de la Sensibilité Douloureuse**

#### **a) de la moelle à l'hypothalamus**

A la sortie de la moelle, les fibres nerveuses sont regroupées en faisceaux. Le faisceau formé par la réunion des fibres de gros calibres représente la voie lemniscale. Cette voie est responsable de la sensibilité tactile fine, musculaire et articulaire. Elle intervient essentiellement dans le contrôle de la douleur et peu dans sa conduction.

Les fibres myéliniques de fin diamètre et les fibres amyéliniques forment quant à elles la voie extralemniscale. C'est la voie des sensibilités tactiles grossières et des perceptions thermiques douloureuses. C'est la principale voie spino-thalamique de conduction de la douleur.

Les interneurons de ce faisceau spino-thalamique étant de nature enképhalinergique, cela explique que l'administration médullaire de la morphine soit souvent très efficace.

### b) structures supraspinales impliquées dans la nociception

Le thalamus est le relais fondamental de toutes les sensibilités en général et donc de toutes les douleurs en particulier.

Les neurones du thalamus transmettent les informations sur la localisation, l'intensité, la surface et la durée de la stimulation nociceptive.

Bref, c'est le thalamus qui transmet la sensation douloureuse brute.

L'hypothalamus est la région où se font les diverses intégrations conduisant aux réactions végétatives, humorales et endocriniennes de la douleur.

La formation réticulée, bien connue pour son rôle dans le contrôle de la vigilance, de la motricité et de la nociception, intervient elle aussi dans l'élaboration des réactions comportementales en réponse à des stimulations nociceptives.

Même si des diminutions de la sensation douloureuse ont été rapportées chez des patients souffrant de lésions du cortex pariétal (*Hacpille L., 1994*), la participation de cette structure ne semble pas absolument indispensable à la perception élémentaire de la douleur.

Cependant, le cortex intervient au niveau de la richesse expérientielle de la douleur, ainsi qu'au niveau de l'intégration émotionnelle et affective de la douleur.

## B) LES MECANISMES DE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU MESSAGE

### DOULOUREUX

#### 1) Les Contrôles Segmentaires

Le mécanisme de cette inhibition est connu sous le nom de la théorie du « *Gate Control* », proposée par Wall et Melzack (*Hacpille L., 1994*).

Cette théorie stipule que lorsque les fibres de gros diamètres  $A\alpha\beta$  sont activées, elles vont inhiber la propagation de l'influx véhiculé par les fibres fines  $A\delta$  et C.

Pour cela, les fibres  $A\alpha\beta$  vont par leurs collatérales médullaires exciter un système interneuronal inhibiteur. Or, cet interneurone interagit sur la transmission du message nerveux véhiculé par les fibres  $A\delta$  et C. Lorsque ce système inhibiteur est activé, la transmission du message douloureux est stoppée au niveau médullaire : la porte est fermée.

Dans une situation normale de repos, l'interneurone inhibiteur est inhibé : la porte est ouverte.

Dès qu'une stimulation au niveau des terminaisons libres périphériques est ressentie, les premiers influx franchissent alors le relais médullaire : il en résulte une sensation douloureuse brève et peu intense.

Cependant, si la stimulation continue, il va y avoir activation de l'interneurone inhibiteur : la porte se ferme et aucune douleur n'est alors ressentie, le message douloureux étant stoppé au niveau médullaire.

Lorsque l'intensité de la stimulation est forte et prolongée, l'influx nerveux véhiculé par les fibres  $A\delta$  et C est alors suffisamment important pour contrebalancer l'activation du système

interneuronal inhibiteur : la porte s'ouvre alors et le message douloureux arrive au niveau des centres supérieurs, ce qui est à l'origine de la perception douloureuse.

## 2) Les Opiïdes Endogènes ou Endomorphines

### a) récepteurs aux endomorphines

C'est par la présence dans l'organisme de quatre types de récepteurs qu'agissent les analgésiques opiacés :

- les récepteurs  $\mu$  : ils sont responsables des réactions d'euphorie et de dépendance physique. Il en existe en fait deux sous-types : les récepteurs  $\mu 1$  et  $\mu 2$ .
- les récepteurs  $\kappa$  : ils sont responsables de l'analgésie spinale, du myosis et de la sédation
- les récepteurs  $\sigma$  : ils sont responsables de la dysphorie, des hallucinations et de la stimulation vasomotrice
- les récepteurs  $\delta$  : dernier type de récepteurs découverts, ils seraient à l'origine des modifications du comportement affectif et peut-être d'une analgésie.

S'il existe des récepteurs endogènes, c'est que leurs ligands naturels existent également dans l'organisme. Trois molécules ont ainsi été découvertes : la pro-enképhaline, la pro-dynorphine et la pro-opiomélanocortine. Ces molécules sont en fait des précurseurs, qui après clivage enzymatique donnent naissance aux opioïdes endogènes : l'enképhaline pour la pro-enképhaline, la dynorphine pour la pro-dynorphine et les endorphines pour la pro-opiomélanocortine.



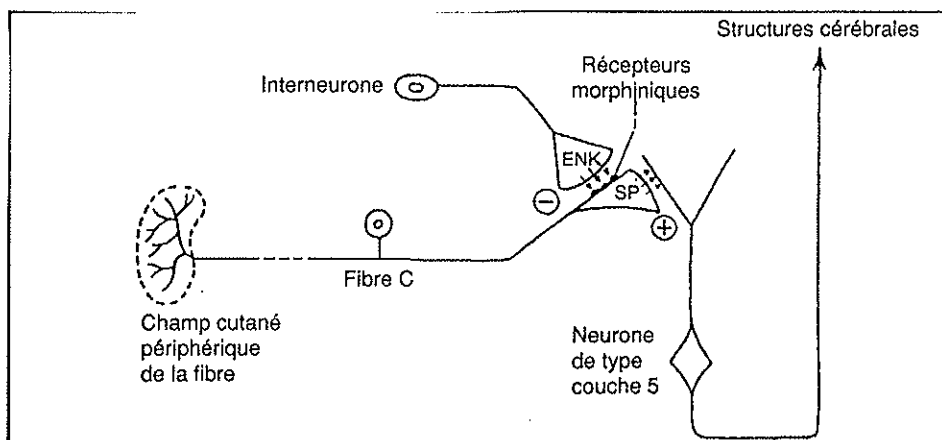
La sélectivité de ces endomorphines n'est pas parfaite, mais l'on peut cependant dire que les endorphines se fixent préférentiellement sur les récepteurs  $\mu$ , les enképhalines sur les récepteurs  $\delta$  et les dynorphines sur les récepteurs  $\kappa$ .

### b) rôle des endomorphines dans le contrôle du message douloureux

Au niveau médullaire, les opioïdes endogènes modulent le transfert de l'information nociceptive vers le cerveau, en inhibant la libération de la substance P.

En effet, au niveau de la corne postérieure de la moelle, les terminaisons des fibres C libèrent la substance P dans la fente synaptique. Celle-ci, après fixation sur ces récepteurs, active le neurone post-synaptique : le message douloureux parviendra alors aux structures cérébrales.

Mais à ce même niveau, se trouvent des interneurones contenant de l'enképhaline. Lorsqu'ils sont activés, l'enképhaline est libérée et va inhiber la libération de la substance P dans la fente synaptique : la transmission du message douloureux est alors stoppée au niveau médullaire



La compréhension des mécanismes par lesquels entrent en jeu les endomorphines reste encore très limitée.

Trois questions restent en particulier sans réponse :

- les systèmes opioïdes ont-ils une activité constante ?
- comment entrent-ils en action ?
- la douleur et la nociception modifient-elles leur activité ?

### **3) Les Contrôles d'origine Supraspinale**

Ces contrôles s'exercent surtout à partir du tronc cérébral, par l'intermédiaire du noyau du raphé magnus, situé dans le bulbe. Ils peuvent aussi venir du thalamus, du bulbe ou du cortex.

Dans ces régions là, des neurones sont à l'origine de voies descendantes, s'articulant avec les neurones de la substance gélatineuse de Rolando.

Ces voies descendantes exercent une action inhibitrice sur la quasi totalité des neurones nociceptifs.

Ces effets inhibiteurs passent par l'intermédiaire des opioïdes endogènes et peut-être de la sérotonine.

### III) L'EVALUATION DE LA DOULEUR

La douleur est , s'il en est, un phénomène éminemment subjectif et multidimensionnel. Il est donc fortement complexe de l'analyser quantitativement et objectivement, surtout qu'il n'existe pas de méthodes de mesure des effets d'une stimulation douloureuse sur l'organisme, le phénomène douloureux ne possédant pas de marqueurs biologiques.

Il est pourtant nécessaire d'évaluer la douleur. Pour cela, les spécialistes comptent d'abord sur l'interrogatoire du malade, ainsi que sur trois types de méthodes, appelées échelles d'évaluation :

- les échelles *unidimensionnelles*
- les échelles *multidimensionnelles*
- les échelles *comportementales*

#### A) NECESSITE D'EVALUER LA DOULEUR

Il est en premier lieu indispensable pour le médecin de disposer de méthodes objectives pour pouvoir poser un diagnostic devant une plainte douloureuse décrite par un malade.

En effet, aucun individu ne réagit de façon identique lorsqu'il souffre : certains vont avoir des manifestations exacerbées pour une douleur de faible intensité, alors que d'autres, au contraire, ne vont pas se manifester outre mesure alors que le phénomène douloureux est important.

Sans méthode d'évaluation, le diagnostic est alors difficile puisque dépendant seulement de l'estimation du malade pour sa propre douleur. Le risque est alors de mettre en place un traitement antalgique inadapté.

L'évaluation de la douleur est également nécessaire afin de mesurer l'efficacité d'un traitement antalgique.

En effet, dans les douleurs chroniques, les effets thérapeutiques ne suivent que très rarement la loi du tout ou rien. Il faut donc des méthodes d'appréciation sensibles pour mettre en évidence un léger effet hypoalgésiant, qui, aussi faible soit-il, montre un progrès dans la prise en charge du patient douloureux chronique.

## B) L'INTERROGATOIRE

Avant de poser un diagnostic, l'interrogatoire du patient est l'étape obligatoire. Le phénomène douloureux n'échappe pas à cette règle.

Le médecin devra alors essayer de faire préciser par le malade sept caractéristiques de sa douleur :

- sa ou ses localisations, ainsi que son étendue et ses éventuelles irradiations
- son type : brûlure, coup de poignard, élancement...
- son rythme : diurne ou nocturne, ainsi que son évolution dans l'année
- son caractère : aigu ou chronique
- ses circonstances d'apparition et ses facteurs déclenchants
- ses signes d'accompagnement
- son intensité

### C) LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES

Ces échelles sont qualifiées d'unidimensionnelles dans la mesure où elles vont seulement permettre d'apprécier une intensité.

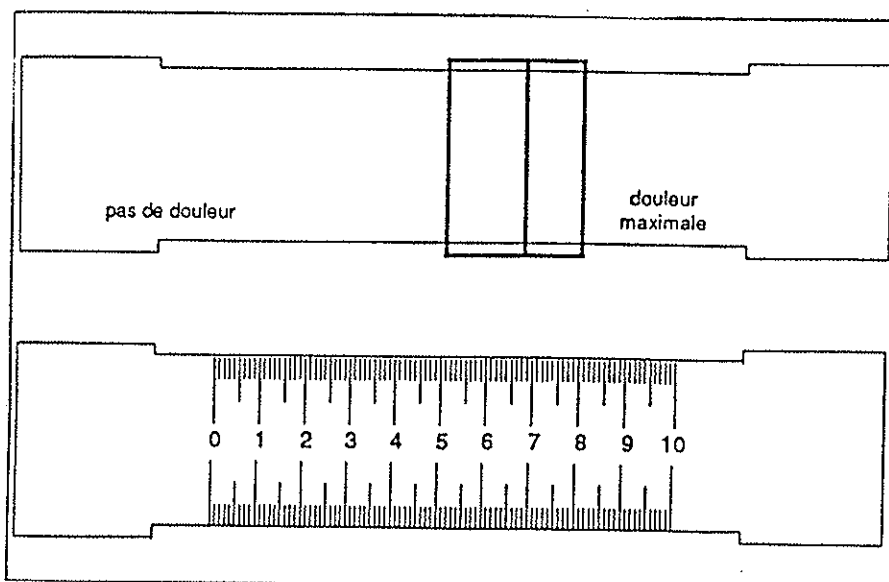
On parle d'échelles d'auto-évaluation, car elles sont utilisées directement par le patient pour apprécier sa douleur.

L'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.), est l'échelle la plus utilisée dans les essais cliniques.

Elle se présente sous la forme d'une règlette, qui possède sur l'un de ses côtés une ligne horizontale dont les deux extrémités sont définies par des descriptions comme « pas de douleur » et « douleur maximale ».

Le patient place le curseur sur la ligne horizontale selon l'intensité de la douleur qu'il ressent.

La position du curseur va être repérée au verso de la règlette par un score allant de 0 à 10.



L'Echelle Verbale Simple (E.V.S.), est constituée par un certain nombre de qualificatifs (au moins quatre ou cinq), décrivant la souffrance.

Cette échelle est présentée au malade, qui choisit le qualificatif qui lui semble le mieux adapté à sa douleur.

Enfin, l'Echelle Numérique (E.N.), consiste simplement à demander au patient de donner une note correspondant à son niveau de douleur.

Cette note sera comprise entre 0 (absence de douleur) et 10 ou 100 (douleur maximale). Ce type d'échelle permet également d'évaluer l'importance du soulagement.

#### D) LES ECHELLES VERBALES MULTIDIMENSIONNELLES

Melzack a mis au point en 1975, une échelle d'évaluation qui permet d'intégrer l'aspect pluridimensionnel de la douleur : c'est le *Mac Gill Pain Questionnaire*.

Ce questionnaire est constitué de soixante-dix-huit qualificatifs répartis en quatre classes :

- les critères temporels, toute douleur ayant une durée propre
- les critères descriptifs ou cognitifs définissant la douleur
- les critères évaluatifs, précisant l'imagerie mentale associée à la douleur
- les critères affectivo-émotionnels, correspondant au niveau douloureux.

Ces quatre classes sont-elles mêmes réparties en vingt sous-classes, correspondant chacune à un aspect de la douleur. Le patient choisit la ou les sous-classes qui correspondent à

sa douleur. Puis, dans chaque sous-classe, il choisit le qualificatif le plus approprié (cf schéma) :

	A : critères cognitifs	B : critères évaluatifs	C : critères temporels	D : critères affectivo-émotionnels
<b>1</b>	1 Fourmillante 2 Perçante 3 Poignardante 4 Perforante	<b>2</b> 1 Aiguë 2 Cisailante 3 Lacérante	<b>3</b> 1 Étirement 2 Tiraillement 3 Torsion	<b>4</b> 1 Cuisante 2 Brûlante 3 Bouillante 4 Cautérisante
<b>6</b>	1 Pénétrante 2 Transperçante 3 Irradiante 4 Envahissante	<b>7</b> 1 Sensible 2 Tension 3 Rapante 4 Incisive	<b>8</b> 1 Nauséuse 2 Suffocante	<b>9</b> 1 Crispante 3 Engourdissante 3 Comprimante 4 Arrachante
<b>11</b>	1 Crampe 2 Serrante 3 Tenaillante 4 Envahissante	<b>12</b> 1 Continuë 2 Sourde 3 Dououreuse 4 Pesante 5 Enervante	<b>13</b> 1 Enervante 2 Epuisante	<b>14</b> 1 Lancinante 2 Tressautante 3 Fulgurante
<b>16</b>	1 Angoissante 2 Effrayante 3 Terrifiante	<b>17</b> 1 Ennuyeuse 2 Gênante 3 Pénible 4 Intense 5 Insupportable	<b>18</b> 1 Aveuglante 2 Déprimante	<b>19</b> 1 Eprouvante 2 Cruelle 3 Affreuse 4 Meurtrière
				<b>20</b> 1 Agaçante 2 Contrariante 3 Atroce 4 Horrible 5 Torturante

### E) LES ECHELLES COMPORTEMENTALES

Il est toujours difficile d'apprécier la douleur aux âges extrêmes de la vie à cause de la difficulté du rapport verbal.

C'est pourquoi des méthodes liées aux modifications comportementales entraînées par la douleur ont vu le jour.

C'est ainsi, que Bourhis a décrit trois échelles comportementales, qui permettent en outre d'apprécier le comportement douloureux chez le patient cancéreux et hospitalisé :

(Hacpille L., 1994) :

- retentissement sur les activités
- demande d'antalgiques
- fréquence des plaintes et envahissement du langage

### Echelles de Bourhis

#### Envahissement du langage

1. Pas de plainte, même à l'interrogatoire
  2. Plainte uniquement à l'interrogatoire
  3. Plainte spontanée, mais peu fréquente et s'adressant seulement à certaines personnes de l'entourage
  4. Envahissement partiel du langage par la plainte : le patient se plaint à tout le monde, mais est cependant capable de parler d'autre chose
  5. Envahissement complet du langage par la plainte
- 

#### Réduction des activités spontanées

1. Activité normale : le sujet se rend au travail
  2. Activité d'extérieur partielle : le sujet abandonne certains travaux et distractions habituelles
  3. Activité d'intérieur seule
  4. Activité de chambre
  5. Confinement au lit : le malade grabataire
- 

## IV) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR

### A) STRATEGIE THERAPEUTIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé (l'O.M.S.), a classé les médicaments antalgiques en trois niveaux, selon leur puissance d'action.

Ces trois paliers sont représentés par trois chefs de file :

- l'aspirine pour le palier 1
- la codéine pour le palier 2
- la morphine pour le palier 3.

Le choix de la thérapeutique se fera en utilisant les paliers successifs, en fonction de l'intensité de la douleur, toujours en privilégiant la voie orale.

Ainsi, dans les recommandations de l'OMS, un palier supérieur ne pourra être atteint que si les médicaments du palier précédent se sont révélés insuffisants ou inefficaces.



Il est important de savoir que des associations de médicaments antalgiques peuvent souvent s'avérer très efficaces dans le traitement des douleurs rebelles.

Cependant, il est totalement inutile d'associer entre eux des médicaments appartenant au même palier : les mécanismes d'action étant les mêmes, une telle association ne pourra qu'entraîner l'addition des effets indésirables des deux médicaments, sans pour autant obtenir de synergie des effets.

Bien que quelques médicaments des paliers 1 et 2 aient une certaine action sur les douleurs cancéreuses (notamment l'aspirine sur les douleurs liées aux métastases), ce sont surtout les médicaments de niveau 3 qui sont utilisés en soins palliatifs.

Par conséquent, nous nous attacherons à développer surtout la prise en charge de la douleur par les morphiniques.

## B) ANTALGIQUES DU PALIER 1

Ces médicaments sont également appelés antalgiques périphériques. En effet, ils agissent en inhibant les cyclo-oxygénases et donc la formation des prostaglandines.

En réduisant la synthèse des prostaglandines, ces molécules vont bloquer l'accumulation des substances algogènes qui sensibilisent les nocicepteurs en périphérie.

## 1) L'Aspirine

L'aspirine, ou acide acétylsalicylique, possède quatre propriétés :

- analgésique et anti-inflammatoire : ces deux propriétés sont liées à l'inhibition de la synthèse des prostaglandines au niveau périphérique
- antipyrétique : cette propriété est également due à l'inhibition de la libération des prostaglandines, mais au niveau central
- anti-agrégant plaquettaire : cet effet est dû à l'inhibition de la synthèse du thromboxane A<sub>2</sub>, pro-agrégant, dans les plaquettes.

L'effet anti-agrégant plaquettaire est obtenu à des doses faibles : de 75 à 300 mg par 24 heures.

Les effets analgésiques et antipyrétiques sont obtenus pour des doses allant de 0,5 à 3 g par 24 heures.

Les effets anti-inflammatoires nécessitent des doses plus élevées : supérieures à 3g par 24 heures.

Les posologies de l'aspirine ne doivent pas dépasser 6g par jour chez l'adulte et 50 mg par kilo et par jour chez l'enfant.

L'aspirine est particulièrement efficace dans les maladies chroniques inflammatoires et rhumatismales (polyarthrite rhumatoïde, rhumatismes articulaires).

Dans les douleurs cancéreuses, son efficacité est limitée. Cependant, dans certains cancers du sein, la production locale de prostaglandine peut être responsable de douleur cutanée, de prurit et d'érythème : ces manifestations répondent bien à l'aspirine.

Concernant ses effets indésirables, l'aspirine est bien connue pour provoquer des troubles digestifs (hémorragies digestives, aggravation d'ulcères gastro-duodénaux), des allergies et des perturbations de l'hémostase.

Son utilisation au cours des trois premiers mois de la grossesse est déconseillée et elle est contre-indiquée à partir du sixième mois.

La prise d'aspirine est également déconseillée pendant l'allaitement.

## **2) Le Paracétamol**

Le paracétamol est une molécule douée d'activités antipyrétique et antalgique comparables à celles de l'aspirine.

La différence entre les deux molécules réside dans le fait que le paracétamol ne possède pas d'activité anti-inflammatoire, ou plus exactement en posséderait, mais à des doses telles qu'elles rendraient son utilisation toxique.

Le paracétamol jouit d'une très bonne tolérance. Cependant, en cas de surdosage, son métabolite intermédiaire, le N-acétyl-para-benzoquinone-imine, est formé en trop grande quantité et échappe alors à l'inactivation par le glutathion. Or, le N-acétyl-para-benzoquinone-imine est hépatotoxique et peut provoquer une nécrose hépatique.

Néanmoins, il faut tout de même atteindre des doses de l'ordre de 10g chez l'adulte et de 150mg/kg/prise chez l'enfant pour risquer un surdosage.

Sachant que les doses maximales sont de 4g par jour chez l'adulte et de 60mg/kg/jour en quatre prises chez l'enfant, l'intoxication par le paracétamol est le plus souvent la conséquence d'un acte volontaire (les tentatives de suicide au paracétamol sont fréquentes).

Le paracétamol est un des rares antalgiques de niveau 1 à pouvoir être utilisé aussi bien pendant la grossesse que l'allaitement.

### **3) Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)**

Les AINS (dont le chef de file est, ne l'oublions pas, l'aspirine) ont tous des propriétés antalgiques, qui peuvent être dissociées de leur activité anti-inflammatoire.

Ils possèdent potentiellement les mêmes effets secondaires que l'aspirine, mais sont en pratique mieux tolérés.

Les AINS utilisés comme antalgiques sont tous des dérivés de l'acide propionique. Le plus connu et le plus utilisé est certainement l'ibuprofène (*ADVIL*<sup>®</sup>, *NUROFEN*<sup>®</sup>).

Mais, on peut également citer le kétoprofène (*TOPREC*<sup>®</sup>), le fénoprofène (*NALGESIC*<sup>®</sup>), l'acide méfamique (*PONSTYL*<sup>®</sup>), l'acide niflumique (*NIFLURIL*<sup>®</sup>) et le diclofénac (*VOLTARENE*<sup>®</sup>).

### **4) La Noramidopyrine**

La noramidopyrine est un puissant antalgique périphérique. Son activité est supérieure à celle de l'aspirine ou du paracétamol : le délai d'action est plus court et la durée d'antalgie plus longue. Elle est en outre plus efficace dans les douleurs viscérales.

Malgré son puissant pouvoir antalgique, la noramidopyrine est de moins en moins utilisée, car elle peut être à l'origine d'effets indésirables rares, mais graves : tout comme un autre dérivé pyrazolé qu'est la phénylbutazone, la noramidopyrine peut être responsable d'agranulocytose et de choc anaphylactique.

On trouve la noramidopyrine associée à d'autres principes actifs dans des spécialités comme *VISCERALGINE*<sup>®</sup>, *OPTALIDON*<sup>®</sup>, *SALGYDAL*<sup>®</sup>...

### C) LES ANTALGIQUES DE PALIER 2

On retrouve dans ce palier, des molécules non morphiniques comme le néfopam et la floctafénine, qui sont des antalgiques purs.

Mais on commence surtout à voir apparaître des opiacés faibles comme la codéine, le dextropropoxyphène et le dernier venu, le tramadol.

Les opiacés agonistes-antagonistes comme la buprénorphine et la nalbuphine sont à la limite du palier 3, et seront traités dans le prochain paragraphe.

#### 1) La Codéine

Si la codéine est surtout connue pour ses propriétés antitussives, elle n'en demeure pas moins un bon antalgique.

Cependant, l'explication de son effet analgésique est encore vague. N'ayant que peu d'affinité pour les récepteurs  $\mu$ , elle serait en fait transformée en morphine par l'intermédiaire du

cytochrome p 450. Or, cette voie métabolique est déficiente chez 10% des sujets : ceci expliquerait les grandes variations interindividuelles dans l'efficacité antalgique de la codéine.

La puissance de l'activité analgésique de la codéine est dix fois inférieure à celle de la morphine. C'est pourquoi elle est le plus souvent associée à d'autres principes actifs, principalement le paracétamol.

Ces deux principes actifs agissent en synergie, les effets obtenus lorsqu'ils sont utilisés ensemble étant supérieurs à ceux obtenus lorsqu'ils sont utilisés séparément.

Cependant, dans la spécialité *DICODIN*<sup>®</sup>, la codéine est utilisée seule. Elle se trouve alors sous forme de dihydrocodéine.

## **2) Le Dextropropoxyphène**

Le dextropropoxyphène est un morphinique de synthèse quinze fois moins actif que la morphine.

Il est donc également moins actif que la codéine, mais lui est pourtant préféré : son utilisation est plus facile et ses effets secondaires sont rares. En effet, il n'est que très peu dépressif respiratoire et une constipation n'est que très rarement observée.

Il peut être utilisé seul dans *ANTALVIC*<sup>®</sup>, mais il est le plus souvent associé au paracétamol, l'association étant synergique. On trouve ainsi les spécialités *DIANTALVIC*<sup>®</sup> (paracétamol + dextropropoxyphène) et *PROPOFAN*<sup>®</sup> (paracétamol + dextropropoxyphène + caféine).

### **3) Le Tramadol**

Tout comme la codéine, le tramadol (*TOPALGIC*<sup>®</sup>, *CONTRAMAL*<sup>®</sup>), se caractérise par une faible affinité pour les récepteurs  $\mu$ .

Pharmacologiquement, il se différencie cependant de la codéine par son action inhibitrice de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine.

Les effets indésirables du tramadol sont ceux des opiacés, avec en particulier une constipation. Il est donc nécessaire, tout comme avec la codéine d'ailleurs, d'associer un laxatif lors de la prescription de tramadol.

Etourdissement et nausées sont des effets indésirables fréquents lors de l'instauration du traitement. Ces effets semblent s'estomper au cours du traitement.

Enfin, le tramadol est moins déprimeur respiratoire et toxicomanogène que les autres opiacés.

### **4) Les Antalgiques Purs Non Morphiniques**

De la classe des fénines, seule reste la floctafénine (*IDARAC*<sup>®</sup>), la glafénine (*GLIFANAN*<sup>®</sup>) ayant été retirée du marché, du fait de fréquentes manifestations allergiques (allant jusqu'au choc anaphylactique).

La floctafénine doit cependant être utilisée avec précaution, étant elle aussi allergisante. L'évaluation du rapport bénéfice-risque étant souvent délicate pour cette molécule, la floctafénine est souvent abandonnée au profit de molécules tout aussi efficaces et beaucoup plus faciles à manier.

Concernant ses propriétés thérapeutiques, la floctafénine est dépourvue de propriétés antipyrétiques et anti-inflammatoires. Elle est caractérisée par un effet antalgique rapide (vingt à trente minutes), mais variable selon les malades.

Le néfopam (*ACUPAN*<sup>®</sup>), possède un mécanisme d'action qui le rapproche des antidépresseurs tricycliques : il agirait par inhibition de la recapture de la sérotonine au niveau du système nerveux central.

C'est un produit dépourvu d'action dépressive respiratoire et toxicomanogène.

#### D) LES ANTALGIQUES DE PALIER 3

A l'heure actuelle, les antalgiques de palier trois, à savoir les morphiniques forts, restent le traitement de base des douleurs cancéreuses rebelles.

Pour des raisons que nous allons tenter d'élucider, qui tiennent essentiellement à certaines réticences ou tabous sur l'usage des morphiniques, cette évidence est malheureusement mise à mal.

A partir des composés naturels que sont la morphine, la codéine ou encore la thébaine qui sont extraits de l'opium, la recherche a permis d'obtenir de nouveaux dérivés, par synthèse ou hémisynthèse.

On retrouve ainsi :

- les composés semi-synthétiques : héroïne (dérivée de la morphine), buprénorphine (dérivée de la thébaine) et nalbuphine



- les composés synthétiques : méthadone, dextromoramide et dextropropoxyphène (groupe des diphenylpropylamines), la pentazocine (groupe des benzomorphanes) ainsi que la péthidine et le fentanyl (groupe des phénylpipéridines).

## **1) La Morphine et ses Dérivés**

### **a) la morphine**

La morphine représente la substance étalon qui permet de mesurer l'efficacité des autres antalgiques.

La différence d'efficacité entre la morphine et ses dérivés est fonction de l'affinité des substances pour les récepteurs opiacés endogènes, ainsi que des activités intrinsèques et des liposolubilités.

C'est ainsi que bien qu'ayant une grande affinité pour les récepteurs  $\mu$ , la morphine n'agit que lentement par rapport à ses dérivés, car elle est peu liposoluble

### **$\alpha$ ) mode d'action**

L'efficacité de la morphine s'explique par sa grande affinité pour les récepteurs opioïdes, situés principalement dans les régions du tronc cérébral et de la moelle. Or, ces récepteurs ont un rôle dans la modulation de la douleur, comme nous l'avons démontré en explicitant le rôle des opioïdes endogènes dans le contrôle du message douloureux.

Ainsi, la morphine va inhiber la transmission des messages nociceptifs dès le premier relais au niveau médullaire, en déprimant fortement les réponses dues aux fibres C, ainsi que, bien que plus faiblement, celles dues aux fibres A $\delta$ .

Pour exercer cette action, la morphine va en fait agir au niveau post-synaptique, sur la membrane des neurones nociceptifs spinaux.

En effet, comme les opiacés endogènes, en se fixant sur les récepteurs opioïdes qui coexistent en grande quantité avec ces interneurones spinaux, la morphine va inhiber la libération de la substance P, dont on connaît le rôle sur le renforcement des décharges des fibres afférentes.

L'action de la morphine s'exerce également au niveau supra-médullaire. En effet, en se fixant sur les récepteurs opioïdes du bulbe, du mésencéphale, du diencephale et du rhinencéphale, la morphine va pouvoir activer le système inhibiteur exercé au niveau central sur les neurones nociceptifs de la moelle.

Au total, l'action de la morphine se traduit par :

- une élévation du seuil de perception de la douleur
- une dénaturation du message douloureux
- une dépression des réactions corticales et sous-corticales

Grâce à son effet direct sur le système nerveux central, la morphine arrive à soulager toutes les douleurs, à l'exception de celles qui proviennent d'une lésion du système nerveux central et des douleurs d'origine psychogène.

## *β) L'utilisation de la morphine en pratique*

### *β<sub>1</sub>) privilégier la voie orale*

Comme pour tous les morphiniques, la voie d'administration à employer en priorité est la voie orale, car elle assure le meilleur confort pour le malade.

Or, per os, la biodisponibilité de la morphine n'est que de 20 à 30%. C'est pourquoi la morphine doit être administrée à doses élevées.

De plus, elle devra être administrée de façon régulière et préventive : une administration toutes les quatre heures semble un bon compromis entre efficacité, effets secondaires et confort, ceci bien sûr pour la morphine à libération immédiate (chlorhydrate de morphine sous forme sirop ou sulfate de morphine sous forme de comprimés dans la spécialité *SEVREDOL*<sup>®</sup>).

### *β<sub>2</sub>) instauration du traitement*

Pour débiter un traitement au long cours, on peut administrer 10mg toutes les quatre heures. En dessous de cette dose, la morphine a de fortes chances d'être inefficace, ce qui aurait pour conséquence de décourager le malade déjà fragile moralement.

Il est également fréquent d'envisager un traitement au long cours alors que le malade n'a reçu que des injections. Il faut alors passer de la voie injectable à la voie orale en respectant l'équivalence suivante : 10mg de morphine injectable = 20mg de morphine orale. Si ce rapport de un pour deux est celui préconisé par l'OMS et utilisé par la plupart des équipes, certaines recommandent cependant un rapport de un pour trois.

Le passage de la voie injectable à la voie orale se fera en remplaçant tout d'abord certaines injections par des prises orales, puis finalement en remplacement de toutes les injections.

Si la dose ne suffit pas à soulager le malade, on peut être amené à donner des doses supplémentaires avant les quatre heures séparant deux administrations : on parle alors d'interdoses.

Il est fréquemment pratiqué de donner une interdose égale à la moitié de la dose initiale.

La quantité de morphine à administrer quotidiennement sera alors réévaluée en tenant compte des interdoses données.

Ainsi, si les doses habituelles sont de 10mg toutes les quatre heures et qu'il y a eu trois interdoses de 5mg, on repartira le lendemain sur 75mg réparties en six prises.

Il est important de préciser qu'il n'y a plus à la Pharmacopée de doses maximales préconisées concernant la morphine. C'est ainsi que des douleurs n'ont pu être maîtrisées qu'à des doses de plus de 1000mg toutes les quatre heures. Toutefois, arriver à de telles doses ne peut se faire qu'en surveillant de très près l'apparition d'une éventuelle dépression respiratoire, et en contrecarrant les effets indésirables inévitables de la morphine, à savoir constipation et nausées.

### *β<sub>3</sub>) relais avec les formes à libération prolongée*

L'objectif étant toujours le confort du malade, le but de l'instauration d'un traitement antalgique au long cours est d'arriver à un minimum de prises quotidiennes.

C'est à ce niveau que les formes à libération prolongée prennent toute leur importance. *MOSCONTIN*<sup>®</sup> ET *SKENAN*<sup>®</sup> permettent la libération régulière de sulfate de morphine pendant douze heures en maintenant une concentration plasmatique efficace. Ces deux spécialités ont donc l'avantage de permettre une prise biquotidienne.

Le passage à la forme L.P. se fera lorsque le patient aura atteint un niveau d'antalgie stable avec une solution de morphine toutes les quatre heures.

On répartira alors la dose de morphine des vingt-quatre heures en deux prises espacées de douze heures. La première prise de la forme L.P. se fera quatre heures après la dernière dose de solution.

Cependant, la concentration plasmatique efficace n'étant pas atteinte immédiatement avec la forme L.P., le malade risque de souffrir le temps que le plateau soit établi.

Pour pallier cet inconvénient, on peut :

- soit administrer une dose de solution en même temps que la première prise de la forme L.P.
- soit administrer la forme L.P. non pas quatre heures après la dernière dose de solution, mais deux heures seulement.

L'efficacité du traitement doit être réévaluée fréquemment de manière à augmenter les doses si besoin est, sachant que parfois des interdoses peuvent être nécessaires entre les deux prises quotidiennes.

#### b) les dérivés de la morphine

Selon leurs affinités pour les différents récepteurs, on va retrouver comme dérivés de la morphine des agonistes purs et des agonistes-antagonistes.

##### a) les agonistes purs

La morphine n'est pas le seul agoniste utilisé comme antalgique. En effet, parmi les molécules les plus employées, on peut retrouver la péthidine (*DOLOSAL*<sup>®</sup>), le dextromoramide (*PALFIUM*<sup>®</sup>) et surtout le fentanyl (*DUROGESIC*<sup>®</sup>).

La péthidine est certainement la molécule la plus difficile à utiliser. En effet, sa biodisponibilité n'est que de 50% par voie orale et un de ses métabolites, la norpéthidine, possède des effets convulsionnants.

De plus, la péthidine est cinq à dix fois moins puissante que la morphine et sa durée d'action est plus courte.

Tous ces arguments font que la péthidine n'est utilisée dans le traitement des douleurs chroniques qu'en cas d'intolérance ou de contre-indication à la morphine. Elle est en fait surtout utilisée en anesthésie comme prémédication.

Le dextromoramide est quant à lui cinq à dix fois plus puissant que la morphine. Cependant, sa durée d'action est très brève (deux à trois heures), ce qui fait qu'il est difficilement utilisable pour des douleurs chroniques.

Par contre, le dextromoramide est particulièrement intéressant lors de certaines manoeuvres douloureuses (pansements, soins d'escarres).

Enfin, le fentanyl est avec la morphine l'agoniste le plus utilisé. Cinquante à cent fois plus puissant que la morphine, il se présente sous forme de patchs.

Cette forme galénique permet une diffusion progressive et stable du principe actif pendant trois jours. De plus, le passage hépatique est shunté, ce qui assure une meilleure biodisponibilité et une meilleure tolérance digestive.

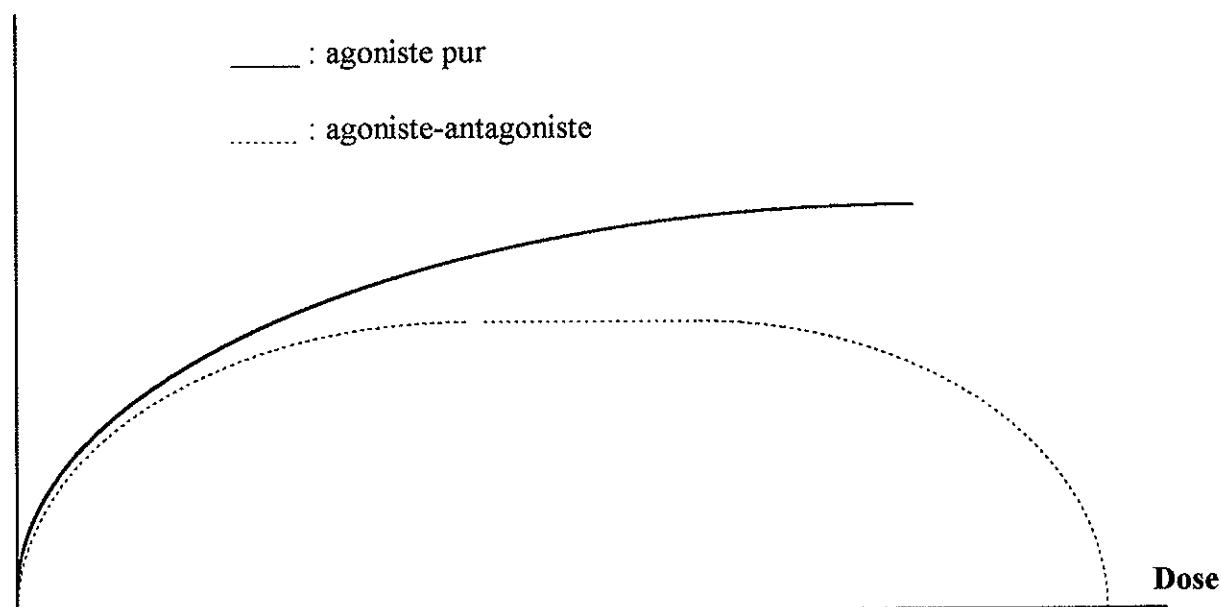
*β) les agonistes-antagonistes*

Ces opioïdes sont des antagonistes vis à vis des récepteurs  $\mu$ , alors qu'ils sont agonistes pour d'autres types de récepteurs aux opiacés.

Du fait de cet antagonisme des récepteurs  $\mu$ , ces médicaments ne doivent pas être associés à la morphine, qui, ne pouvant pas se fixer sur les récepteurs  $\mu$  n'exercera pas son action antalgique, mais qui en plus ira se fixer sur les autres types de récepteurs, ce qui augmentera ses effets indésirables.

Enfin, ces agonistes-antagonistes sont tous caractérisés par un effet plafond : au delà d'une certaine dose, l'augmentation des posologies s'accompagne d'une diminution de l'effet, comme le montre la courbe suivante :

**Effets**



La nalbuphine (*NUBAIN*<sup>®</sup>) est antagoniste  $\mu$  et agoniste  $\kappa$  et  $\sigma$ . La fixation aux récepteurs  $\kappa$  est responsable d'une activité analgésique intrinsèque et d'une sédation, l'association aux récepteurs  $\sigma$  déclenche quant à elle des manifestations psychomimétiques.

La nalbuphine a supplanté la pentazocine (*FORTAL*<sup>®</sup>) qui n'est plus commercialisée en France à cause des hallucinations et des états dysphoriques que son utilisation entraînait.

Cependant, la nalbuphine n'est commercialisée que sous forme injectable, ce qui limite son utilisation au long cours.

La buprénorphine (*TEMGESIC*<sup>®</sup>), ne possède pas d'activité antagoniste à proprement parlé : c'est un agoniste partiel des récepteurs  $\mu$ .

Cela signifie qu'elle possède une affinité très importante pour les récepteurs  $\mu$ , de sorte qu'elle empêchera toute autre molécule de se fixer sur ces récepteurs. De plus, elle va entraîner le déplacement d'autres molécules agonistes préalablement fixées aux récepteurs  $\mu$ , ceci même à faibles doses.

C'est donc simplement parce qu'elle possède une affinité plus importante que la morphine pour les récepteurs  $\mu$ , que la buprénorphine antagonise son action et ne doit pas y être associée. De plus, cette affinité explique que la buprénorphine possède une puissance analgésique plus importante que celle de la morphine, malgré une activité intrinsèque plus faible.

Utilisée par voie sublinguale, la buprénorphine possède un délai d'action court (de quinze à vingt-cinq minutes), et une efficacité prolongée. Ces caractéristiques en font une molécule tout à fait adaptée au traitement des douleurs chroniques.

## **2) Un Exemple d'utilisation des Morphiniques : l'Analgésie Contrôlée par le Patient**

L'Analgésie Contrôlée par le Patient (P.C.A.), est une technique d'administration qui permet au malade algique de s'administrer (le plus souvent par voie intraveineuse), une dose d'antalgique lorsqu'il en ressent le besoin, à l'aide d'une pompe programmable.



C'est une méthode tout à fait adaptée à des malades souffrant de douleurs intenses et pour lesquels les morphiniques à libération prolongée n'apportent pas de soulagement efficace ou pour lesquels la voie orale n'est pas possible.

Le principe de fonctionnement est simple : par l'intermédiaire d'un système de contrôle, le médecin va tout d'abord fixer la dose de charge qui sera administrée obligatoirement au malade à intervalle régulier (généralement toutes les quatre heures). Puis, il va fixer la dose bolus, c'est à dire la dose d'antalgique qui sera délivrée au malade sur sa demande. Enfin, le médecin va également fixer l'intervalle de sécurité compris entre l'injection de deux bolus.

Ainsi, dès qu'il en ressent le besoin, le malade appuie sur le bouton presseur. La pompe programmable délivrera alors une dose présélectionnée, mais seulement si la dose maximale prescrite par le médecin n'est pas dépassée et si l'intervalle suffisant entre deux bolus est atteint.

On voit tout de suite les avantages d'un tel système :

- cette méthode permet de pallier les variabilités inter-individuelles dans la demande en antalgique
- la douleur étant difficile à évaluer par le personnel soignant, c'est le malade lui-même qui évalue sa propre douleur. Il n'y a donc pas de sous-estimation de l'intensité douloureuse
- cette méthode permet de supprimer le délai qui peut exister entre la demande d'analgésique par le patient et l'injection réalisée par l'infirmière

La crainte majeure lors de l'utilisation d'un tel système serait bien sûr de voir apparaître des effets indésirables, et en particulier une dépression respiratoire, liés à un excès de consommation.

Ce risque est en fait très faible, car, par l'intermédiaire du système de contrôle, le malade ne peut bien sûr s'administrer qu'une quantité préalablement définie par le médecin.

De plus, on s'aperçoit que les doses de morphiniques employées sont souvent inférieures à celles utilisées avec des méthodes plus conventionnelles. En effet, la douleur étant mieux contrôlée car mieux évaluée, les quantités d'antalgiques nécessaires pour une bonne efficacité sont plus faibles.

Enfin, il faut bien préciser que l'utilisation d'une telle méthode ne peut se faire qu'après une période d'éducation du malade, pendant laquelle on lui apprendra, entre autre, à surveiller l'apparition d'effets indésirables, notamment une somnolence qui marque le début d'un surdosage.

### **3) Les Freins à la Prescription des Morphiniques**

Bien que les morphiniques aient prouvé toute leur efficacité dans le traitement des douleurs chroniques, certaines réticences quant à leur prescription sont encore bien ancrées dans le corps médical.

Ces réticences sont liées aux effets secondaires que peuvent entraîner la morphine et ses dérivés. C'est pourquoi nous allons nous attacher dans un premier temps à décrire les principaux effets indésirables rencontrés lors de l'utilisation des morphiniques.

Dans un deuxième temps, nous allons voir pourquoi ces réactions secondaires sont en fait très rares lors d'une utilisation correcte des morphiniques et ne doivent donc pas être à l'origine

d'un frein à la prescription de médicaments qui peuvent soulager à coup sûr un malade en fin de vie.

#### a) les effets indésirables des morphiniques

##### *α) la dépression respiratoire*

La dépression respiratoire est certainement l'effet indésirable qui fait le plus peur, lors de la mise en place d'un traitement morphinique.

Elle résulte de la stimulation des récepteurs  $\mu$  et  $\kappa$ , ce qui a pour conséquence d'entraîner une diminution de la sensibilité des chémorécepteurs des centres bulbaires sensibles au  $\text{CO}_2$ .

Il se produit de plus une bronchoconstriction d'origine hyperhistaminique et hypervagotonique.

##### *β) nausées et vomissements*

Les morphiniques agissent également au niveau de la chémoreceptor trigger zone, qui commande le centre du vomissement.

A faible dose, les morphiniques stimulent cette zone, à plus forte dose, ils la dépriment. Ces deux effets expliquent les différences de susceptibilité individuelle.

En pratique, nausées et vomissements surviennent en début de traitement pour régresser par la suite. Ils ne touchent environ qu'un tiers des personnes traitées.

### γ) la constipation

La constipation est un effet indésirable obligatoire pour une antalgie efficace. En effet, il existe deux sous-types de récepteurs  $\mu$  : les récepteurs  $\mu_1$ , dont la stimulation est responsable entre autre de l'analgésie, et les récepteurs  $\mu_2$ , responsables entre autre de la constipation.

Les morphiniques se fixent en priorité sur les récepteurs  $\mu_1$ . Or, l'antalgie ne sera maximale que si tous les récepteurs  $\mu_1$  sont saturés. Une fois les récepteurs  $\mu_1$  saturés, les morphiniques se fixent alors sur les récepteurs  $\mu_2$ , entraînant alors une constipation.

On peut donc dire que tant qu'il n'y a pas de constipation, la douleur n'est pas soulagée au maximum de ce qu'elle pourrait être.

Un traitement laxatif doit donc toujours être associé à un traitement par morphinique au long cours.

### δ) action sur le système nerveux central

L'accoutumance est un phénomène qui se développe au fur et à mesure de l'administration d'une substance. Elle se traduit par une diminution des effets pharmacologiques et conduit donc à augmenter les doses pour retrouver l'effet initial.

Ce phénomène peut donc s'appliquer en théorie aux morphiniques utilisés au long cours, mais en pratique, c'est souvent l'évolution défavorable de la maladie qui conduit à l'augmentation des doses.

Lors d'un arrêt brutal d'un traitement par morphiniques, il peut apparaître une dépendance physique, qui se manifeste par l'apparition d'un syndrome de sevrage. Les signes

en sont les suivants : larmoiement, bâillement, frissons, hyperventilation, hyperthermie, mydriase, myalgies, diarrhée, vomissements, anxiété.

La cause de ce syndrome de sevrage serait de nature noradrénergique : lors de l'arrêt des morphiniques, il y a diminution de la libération de noradrénaline. L'organisme réagit en augmentant le nombre des récepteurs  $\alpha$ -adrénergiques : la noradrénaline libérée agit alors sur ces récepteurs en excès, entraînant les manifestations du sevrage.

A côté de cette dépendance physique, les morphiniques peuvent aussi être à l'origine d'une dépendance psychique, correspondant à des modifications comportementales, traduisant une envie irrésistible de consommer une drogue afin d'en éprouver les effets.

b) pourquoi les réticences liées aux effets indésirables des morphiniques  
ne sont pas fondées

a) la dépression respiratoire

Le risque de voir apparaître une dépression respiratoire chez des douloureux chroniques est faible.

Il faut tout d'abord savoir que la marge de sécurité entre les doses analgésiques efficaces et celles entraînant un arrêt respiratoire est grande : tant que le malade n'est pas soulagé, il n'y a aucun risque de voir apparaître une dépression respiratoire.

De plus, la douleur, en entraînant la libération d'adrénaline, exerce un effet stimulant sur la respiration.

Enfin, il est à noter que le phénomène de dépression respiratoire a surtout été observé par voie injectable et très rarement par voie orale, qui rappelons le, est la voie à privilégier. Bref, il est vraiment exceptionnel de voir apparaître une dépression respiratoire lors de l'augmentation progressive des posologies. De plus, si jamais un accident apparaissait, il céderait quasi instantanément après la prise d'un antagoniste des récepteurs opioïdes : la naloxone (*NARCLAN*<sup>®</sup>).

### *β) les troubles digestifs*

La constipation est certes un inconvénient à l'utilisation des morphiniques, mais en aucun cas cela ne peut constituer un obstacle à leur emploi.

En effet, il n'apparaît pas comme une difficulté majeure d'associer, dès le début du traitement, des laxatifs, en évitant bien sûr les laxatifs anthraquinoniques, trop irritants au long cours.

Il en est de même pour les nausées et les vomissements, qui peuvent tout à fait être contrôlés par des antiémétiques.

De plus, contrairement à la constipation, nausées et vomissements vont céder au bout de quelques jours de traitement.

### *χ) le risque toxicomanogène*

Le risque de voir apparaître une accoutumance peut être considérablement diminué si les morphiniques sont administrés de façon régulière et à horaire fixe.

En effet, pendant longtemps, on administrait les morphiniques à la demande. Or, si l'on attend que la douleur réapparaisse pour la traiter, il s'installe un cycle soulagement-douleur-

soulagement. Les malades s'épuisent alors moralement et physiquement, ils deviennent plus sensibles à la douleur, et c'est alors que l'on est obligé d'augmenter les doses au risque de voir apparaître une accoutumance.

Si au contraire, on cherche à prévenir l'apparition de la douleur en administrant l'antalgique en fonction de sa durée d'action (soit quatre heures pour la majorité des opiacés), le risque de devoir augmenter les doses est quasi inexistant, sauf en cas d'aggravation de la maladie.

Tout en étant plus efficace, cette méthode est également plus humaine, car on n'attend pas que le malade ait mal pour le soulager.

La dépendance physique ne peut apparaître qu'en cas d'arrêt brutal de l'apport en morphiniques.

Or, en phase terminale de cancer, il est très rare que l'on arrête les morphiniques avant le décès du malade.

Si le cas se présentait, il existe des techniques de sevrage consistant à diminuer progressivement les doses ou à utiliser des substances douées d'activité moins puissante, comme la méthadone par exemple.

Bref, il paraît inconcevable qu'aujourd'hui un traitement chronique par morphinique soit arrêté brutalement ; par conséquent, une dépendance physique est exceptionnelle.

Enfin, la dépendance psychique représente sûrement l'obstacle le plus important à l'extension de l'utilisation des opioïdes.

En fait, le risque principal concerne les malades qui ont des antécédents de toxicomanie. Dans ce cas, il est sûr que la réadministration d'un morphinique peut être à l'origine d'une rechute, et l'utilisation des antalgiques opiacés en première intention est alors à reconsidérer.

Chez le malade sans antécédent, le risque de développer une toxicomanie est de l'ordre de 1 pour 1000. Cela s'explique par le fait que le morphinique est administré régulièrement, sans que le patient en fasse la demande. De cette façon, l'apport en morphinique est totalement indépendant de la volonté du malade : celui-ci ne peut avoir un comportement toxicomaniaque vis à vis d'une substance non réellement désirée.

Dans le cas exceptionnel où une toxicomanie apparaîtrait, il faudrait alors évaluer le risque que cela peut comporter chez un malade dont l'espérance de vie est diminuée. Ne vaut-il pas mieux rendre dépendant un malade cancéreux et qu'il puisse finir ses jours sans souffrir, plutôt que d'éviter à tout prix l'apparition d'une toxicomanie au dépend du confort d'un patient en fin de vie ?

#### δ) conclusion

Aucun obstacle à l'utilisation des morphiniques n'apparaît suffisamment infranchissable pour priver un malade douloureux chronique d'une substance dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

Jusqu'à il y a très peu de temps, l'obligation d'utiliser un bon de stupéfiant extrait d'un carnet à souches pouvait être un frein à la prescription des morphiniques. Or, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1999, tous les stupéfiants doivent être rédigés sur une ordonnance sécurisée, ce qui pose beaucoup moins de tracasseries administratives aux prescripteurs.

En conséquence, il n'existe aujourd'hui en théorie aucun frein à l'utilisation des morphiniques. Espérons qu'ainsi un maximum de malades pourront en bénéficier.



## E) ANTALGIQUES ET DOULEURS PAR DESAFFERATION

Il ne faut pas perdre de vue qu'aussi efficaces que soient les morphiniques dans les douleurs par excès de nociception, ils ne possèdent aucune action contre les douleurs par désafférotation.

C'est dans ce cas là que l'on va utiliser, entre autres, des antidépresseurs tricycliques, et surtout des anti-épileptiques.

C'est ainsi que des molécules comme l'imipramine (*TOFRANIL*<sup>®</sup>), l'amitriptyline (*LAROXYL*<sup>®</sup>), la clomipramine (*ANAFRANIL*<sup>®</sup>) ainsi qu'un anti-épileptique comme la carbamazépine (*TEGRETOL*<sup>®</sup>) peuvent être utilisés comme antalgiques dans des douleurs comme :

- névralgie du trijumeau
- douleurs post zostériennes
- neuropathie diabétique
- lombalgie chronique
- certaines douleurs cancéreuses

**TROISIEME PARTIE :**

**REGLEMENTATION DES**

**MEDICAMENTS STUPEFIANTS**

## **TROISIEME PARTIE : REGLEMENTATION DES MEDICAMENTS STUPEFIANTS**

Comme nous l'avons vu, la prise en charge de la douleur est un élément incontournable de l'activité palliative. De ce fait, de nombreux médicaments stupéfiants sont prescrits et donc délivrés.

Ainsi, il est important de bien connaître la législation inhérente aux substances vénéneuses en général et aux stupéfiants en particulier.

Sachant qu'en plus la législation a été notablement modifiée par les journaux officiels du 1<sup>er</sup> Avril 1999 et du 24 Septembre 1999, il nous apparut opportun de rappeler avec précision quelles étaient aujourd'hui les règles de prescription et de délivrance des médicaments classés sur la liste des stupéfiants.

**D) LES MODIFICATIONS APORTEES AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

ANCIENNE REDACTION	NOUVELLE REDACTION
<p><b>Article R.5194</b> <i>1<sup>er</sup> alinéa</i> : « Toute ordonnance comportant une prescription de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigée après examen du malade et indiquer lisiblement :</p> <p>1° Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;</p> <p>2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi ;</p> <p>3° La quantité prescrite ou la durée du traitement et, éventuellement, le nombre de renouvellements ; »</p>	<p>« Toute prescription de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigée <b>sur une ordonnance répondant à des spécifications techniques</b> fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, et indiquer lisiblement :</p> <p>1° Le nom, la qualité, et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, <b>son identifiant lorsqu'il existe</b>, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;</p> <p>2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie, son mode d'emploi, <b>et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;</b></p> <p>3° <b>Soit la durée du traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement</b>, et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription</p> <p>4° En outre, elle mentionne, lorsqu'elle est destinée à la médecine humaine, les nom et prénom, le sexe et l'âge du malade, et, si nécessaire sa taille et son poids ; »</p>

<p><b>Article R.5194</b> <i>3<sup>ème</sup> alinéa</i> : « Toute commande à usage professionnel de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit indiquer :</p>	<p>« Toute commande à usage professionnel de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigée sur l'ordonnance mentionnée au premier alinéa, et doit indiquer : »</p>
	<p><b>Article R.5194 :</b> <i>deux alinéas supplémentaires ont été rajoutés</i> : « Le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription, ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié. Cette règle s'applique également aux commandes à usage professionnel »</p> <p>« En cas de perte ou de vol de leurs ordonnances, les prescripteurs doivent en faire la déclaration sans délai aux autorités de police. »</p>
<p><b>Article R.5212 :</b> « Il est interdit de prescrire et d'exécuter des ordonnances comportant des substances en nature classées comme stupéfiants.</p> <p>Les ordonnances comportant des prescriptions de médicaments classés comme stupéfiants ou renfermant une ou plusieurs substances classées comme stupéfiants sont rédigées sur</p>	<p>« Il est interdit de prescrire et de délivrer des substances classées comme stupéfiants lorsqu'elles ne sont pas contenues dans une spécialité pharmaceutique ou une préparation.</p> <p>Outre les mentions prévues à l'article R.5194, l'auteur d'une ordonnance comportant une prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des</p>

<p>des feuilles extraites d'un carnet à souches d'un modèle déterminé par le ministre chargé de la santé. La charge de l'impression incombe, chacun en ce qui le concerne, à l'ordre national des médecins, à l'ordre national des chirurgiens dentistes, à l'ordre des vétérinaires, qui adressent, annuellement, à chaque inspection régionale de la pharmacie un relevé nominatif des carnets délivrés.</p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article R.5194, l'auteur de l'ordonnance doit indiquer en toutes lettres la quantité qu'il prescrit : nombre d'unités thérapeutiques s'il s'agit de spécialités, doses ou concentrations de substances et nombre d'unités ou volume s'il s'agit de préparations magistrales. »</p>	<p>stupéfiants, doit indiquer en toutes lettres : le nombre d'unités thérapeutiques par prise et le dosage s'il s'agit d'une spécialité, les doses ou les concentrations de substances et le nombre d'unités ou le volume s'il s'agit de préparations .»</p>
<p><b>Article R.5213 :</b> « Il est interdit de prescrire des médicaments classés comme stupéfiants pour un traitement d'une durée supérieure à sept jours. Pour certains médicaments désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'Agence du médicament, cette durée peut être portée soit à quatorze, soit à vingt-huit jours. Une telle ordonnance ne peut être exécutée, selon le cas, que pendant les sept, quatorze ou vingt-huit jours qui courent à compter de sa date d'établissement, et seulement pour la durée de prescription restant à courir.</p>	<p>« Il est interdit de prescrire des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants <b>pour une durée supérieure à vingt-huit jours</b>. Pour certains médicaments désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, <b>cette durée peut être réduite à quatorze ou sept jours</b>.</p> <p>Le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, pris après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, prévoir que la délivrance</p>

<p>Il est de même interdit au praticien d'établir, et au pharmacien d'exécuter, une ordonnance comportant une prescription desdits médicaments au cours d'une période couverte par une prescription antérieure de médicaments classés comme stupéfiants. Il peut toutefois être dérogé à cette interdiction si le prescripteur le demande expressément en faisant état, sur l'ordonnance, de la précédente prescription dont il a connaissance.</p> <p>Il est également interdit à toute personne déjà bénéficiaire d'une telle prescription, de recevoir pendant la période de traitement couverte par ladite prescription, une nouvelle ordonnance comportant une prescription de ces médicaments, sans qu'elle ait informé le praticien de la précédente prescription. »</p>	<p>d'un médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants <b>doit être fractionné</b>. L'arrêté mentionne la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toutefois, le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, <b>exclure le fractionnement</b>, en portant sur l'ordonnance la mention « <i>délivrable en une seule fois</i> ».</p> <p>L'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité ou pour la totalité de la fraction de traitement, <b>que si elle est présentée au pharmacien dans les vingt-quatre heures suivant sa date d'établissement ou suivant la fin de la fraction précédente</b> ; si elle est présentée au delà de ce délai, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir.</p> <p>Une nouvelle ordonnance comportant une prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, ne peut être établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance. »</p>

<p><b>Article R.5214 1<sup>er</sup> alinéa :</b> « Après exécution de la prescription, l'ordonnance, revêtue des mentions prévues à l'article R.5199, est conservée trois ans par le pharmacien. Classées chronologiquement, les ordonnances sont présentées à toute réquisition des autorités compétentes. Copie en est remise obligatoirement au client, revêtue des mentions prévues à l'article R.5199, de l'indication « copie » et de deux barres transversales. »</p>	<p>« <b>Une copie</b> de toute ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, revêtue des mentions prévues à l'article R.5199 <b>est conservée pendant trois ans par le pharmacien.</b> Classées <b>alphabétiquement</b> par nom de prescripteur et chronologiquement, ces copies sont présentées à toute réquisition des autorités de contrôle.</p>
<p><b>Article R.5217:</b> « Toute entrée et toute sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants doivent être inscrites par les personnes mentionnées au troisième alinéa de l'article R.5171 sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police.</p> <p>L'inscription des entrées se fait dès réception. Elle comporte la date, la désignation des produits, leur quantité, le nom et l'adresse du fournisseur.</p> <p>L'inscription des sorties se fait mensuellement par relevé global. »</p>	<p>« Toute entrée et toute sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants doivent être inscrites par les personnes mentionnées au troisième alinéa de l'article R.5171 sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police.</p> <p>L'inscription des <b>entrées et des sorties</b> se fait <b>mensuellement</b> par relevé global comportant la date à laquelle il est établi. L'inspection des entrées comporte la désignation et la quantité de stupéfiants reçues. »</p>



## II) LA NOUVELLE LEGISLATION EN PRATIQUE

Il faut tout d'abord préciser que si les médicaments stupéfiants font l'objet d'une législation aussi stricte, qui peut parfois paraître un peu trop lourde, c'est parce que, de par leur définition, ce sont des médicaments qui ont un statut particulier.

En effet, ce sont tout d'abord des substances vénéneuses, définies par l'article R.5149 du Code de la Santé Publique, c'est à dire des substances qui présentent des risques directs pour l'homme.

De plus, les stupéfiants sont des substances qui peuvent provoquer chez l'utilisateur un état de dépendance physique ou psychique.

C'est pour cette raison que les stupéfiants peuvent être utilisés de façon détournée, en particulier par les toxicomanes : en plus de la réglementation inhérente à toute substance vénéneuse (en particulier l'obligation de prescription), les stupéfiants sont également soumis à une réglementation qui leur est propre, afin d'éviter une dérive de leur utilisation.

Cependant, cette législation trop rigide a certainement représenté un frein pour la prescription des stupéfiants.

Ainsi, le but des modifications récentes apportées à la réglementation des médicaments stupéfiants fut de simplifier la rédaction des ordonnances, et par là même en augmenter leur prescription. Certaines modifications permettent également une simplification de la délivrance par les pharmaciens.

Ces modifications s'inscrivent dans le cadre du plan de lutte contre la douleur, annoncé par Monsieur Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, en 1998.

## A) LES ORDONNANCES SECURISEES

L'ordonnance sécurisée est certainement la modification la plus marquante apportée à la législation des stupéfiants.

Si actuellement, seule la prescription des stupéfiants est obligatoire sur ces ordonnances, ces dernières deviendront à terme le support unique de toute prescription.

Cependant, afin de garantir leur caractère infalsifiable, ces ordonnances sécurisées doivent posséder des spécifications techniques.

### 1) Les Caractéristiques Techniques

Cinq caractéristiques rendent l'ordonnance sécurisée infalsifiable. La première concerne le papier lui-même :

- c'est un papier protégé, donc difficile à se procurer. De plus, il ne possède pas d'azurant optique, ce qui fait que sa couleur est crème et non pas blanche, ce qui la différencie du papier habituellement utilisé.
- il possède un filigrane : un caducée en deux tons, visible par transparence (un caducée complet au moins une fois et un caducée incomplet au moins deux fois).
- l'identification du prescripteur est pré-imprimée dans un bleu d'une intensité donnée. Ce n'est pas à proprement parlé un système de sécurité, mais cette caractéristique, comme les deux premières du reste, rend le photocopiage difficile, voire impossible, le filigrane ne pouvant apparaître à la photocopie et les couleurs étant forcément modifiées.

- la présence d'une numérotation, qui peut permettre l'identification du lot de l'ordonnance.
- la présence en bas à droite de l'ordonnance d'un double carré en micro-lettres. Les micro-lettres, visibles à l'œil nu, mais de très près, mentionnent « *ordonnance sécurisée* ».

En plus de ces spécificités techniques, la sécurité a également été pensée en amont, puisque seules quelques entreprises sont labellisées par l'Association Française de Normalisation (A.F.N.O.R.), pour fabriquer ces ordonnances.

De plus ces entreprises sont tenues de vérifier systématiquement que les commandes émanent bien de médecins, le cycle de fabrication et les lieux de stockage sont très contrôlés, et les colis d'ordonnance sont suivis de bout en bout par des transporteurs spécialisés.

## **2) Mentions à porter sur les Ordonnances Sécurisées**

Qu'il s'agisse d'une prescription de médicaments stupéfiants ou non, le prescripteur doit indiquer dans le double carré présent au bas de l'ordonnance, le nombre de spécialités prescrites.

Concernant le malade, les nom, prénom, âge et sexe sont toujours obligatoires, mais le médecin est désormais tenu de préciser quand cela est nécessaire, la taille et le poids.

Quant aux prescriptions de stupéfiants, si auparavant il était suffisant d'indiquer en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques, il est désormais nécessaire de préciser le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage. La durée du traitement doit toujours être mentionnée en toutes lettres.

Concernant les préparations magistrales, les mentions obligatoires n'ont pas été modifiées : formule détaillée, doses ou concentrations de substances, nombre d'unités ou volume.

### **3) Commande des Médicaments Stupéfiants**

Les médecins, pour leur usage professionnel, doivent dorénavant utiliser les ordonnances sécurisées en indiquant la mention « *usage professionnel* ».

Les pharmaciens, quant à eux, continuent à utiliser leur carnet à souches pour commander les stupéfiants à leur grossiste-répartiteur.

### **4) Modalités de mise en place des Ordonnances Sécurisées**

Le Journal Officiel du 1<sup>er</sup> Avril 1999 marquait la naissance des ordonnances sécurisées, qui pouvaient dès lors être utilisées comme support de prescription.

Le décret indiquait également que, jusqu'au 30 Juin 1999, les prescriptions de stupéfiants pouvaient se faire soit sur le carnet à souches, soit sur les ordonnances sécurisées, ce qui devait permettre aux médecins d'écouler leur stock de carnets à souches.

En effet, à partir du 1<sup>er</sup> Juillet 1999, tous les stupéfiants auraient dû être prescrits uniquement sur des ordonnances sécurisées.

Or, de nombreux problèmes matériels ont apparemment rendu difficile l'approvisionnement des médecins en ordonnances sécurisées. Ce qui fait que, d'après l'enquête réalisée les 25 et 26 Mai 1999 (*cf Annexe n°3*) , seuls 71% des médecins interrogés déclaraient avoir l'intention d'utiliser des ordonnances sécurisées au 1<sup>er</sup> Juillet 1999. En outre, un médecin sur cinq s'y refusait.

Le 28 Juin 1999, un délai a été accordé aux prescripteurs qui n'auraient pas encore pu se procurer d'ordonnances sécurisées : la prescription sur carnet à souches a été admise jusqu'au 30 Septembre 1999.

Si aujourd'hui, les carnets à souches ont disparu, les ordonnances ordinaires sont encore utilisées pour la prescription de tout médicament, en dehors bien sûr des stupéfiants.

Mais, au 1<sup>er</sup> Octobre 2000, tous les médicaments devraient être prescrits obligatoirement sur des ordonnances protégées, qui deviendraient ainsi le support unique de toutes les prescriptions médicamenteuses.

### **5) Le Cas Particulier des Prescriptions Hospitalières**

Une circulaire adressée le 8 Avril 1999 aux directeurs des établissements publics de santé et aux responsables des établissements de santé privés, a précisé les modalités d'application des décrets publiés au Journal Officiel du 1<sup>er</sup> Avril 1999.

Cette circulaire indique en premier lieu, que le champ d'application des ordonnances sécurisées est limité aux prescriptions de sortie, ainsi qu'aux prescriptions en rapport avec des consultations externes.

Cependant, concernant les prescriptions en interne, si l'utilisation d'ordonnances sécurisées n'est pas obligatoire, la circulaire indique quand même que : *« la sécurité et le suivi des médicaments doivent être assurés par un circuit interne, permettant la traçabilité et l'analyse pharmacologique de l'ordonnance. »*

L'autre fait important de cette circulaire est relatif à l'identification du prescripteur. En effet, si jusqu'à présent, il était difficile de connaître l'auteur de la prescription, les ordonnances protégées devront désormais comporter :

- le numéro d'inscription de l'établissement (c'était déjà le cas)
- l'identifiant du prescripteur (numéro ADELI)

De plus, lorsque le prescripteur agit sous la responsabilité du chef de service, le nom et la qualité de ce chef de service, ainsi que son numéro ADELI, doivent également figurer sur l'ordonnance sécurisée.

## B) DUREE DE PRESCRIPTION DES STUPEFIANTS

L'ancienne réglementation interdisait de prescrire ou de délivrer des stupéfiants pour une durée supérieure à sept jours, cette durée pouvant être portée pour certains médicaments à quatorze ou vingt-huit jours.

Il est désormais interdit de prescrire ou de délivrer des stupéfiants pour une durée supérieure à vingt-huit jours, avec des exceptions pour certaines substances, qui ont une durée de prescription limitée à quatorze ou sept jours.

Les décrets et arrêtés publiés au Journal Officiel du 24 Septembre 1999, indiquent les nouvelles durées de prescriptions réglementaires pour les stupéfiants. Ces nouvelles modalités sont reprises dans le tableau suivant :

DUREE DE PRESCRIPTION	DCI	SPECIALITES	VOIE D'ADMINISTRATION
28 jours	Méthylphénidate	<i>RITALINE</i> <sup>®</sup>	orale
	Sulfate de Morphine	<i>KAPANOL</i> <sup>®</sup> , <i>MOSCONTIN</i> <sup>®</sup> , <i>SKENAN</i> <sup>®</sup>	orale
	Chlorhydrate de Morphine	<i>MORPHINE</i> (systèmes actifs pour perfusions)	injectable
28 jours mais fractionnement pour 14 jours	Fentanyl	<i>DUROGESIC</i> <sup>®</sup>	transdermique
28 jours mais fractionnement pour 7 jours	Buprénorphine	<i>SUBUTEX</i> <sup>®</sup>	sublingual
14 jours	Chlorhydrate de Morphine	<i>MORPHINE BUVAVBLE</i>	orale
		<i>SEVREDOL</i> <sup>®</sup>	orale
		<i>ACTISKENAN</i> <sup>®</sup>	orale
	Hydromorphone	<i>SOPHIDONE</i> <sup>®</sup>	orale
14 jours mais fractionnement pour 7 jours	Méthadone	<i>METHADONE</i>	orale

7 jours	<b>Alfentanyl</b>		<b>RAPIFEN®</b>	<b>injectable</b>
	<b>Chlorhydrate Morphine</b>	<b>de</b>	<b>MORPHINE</b>	<b>injectable</b>
	<b>Pentazocine</b>		<b>FORTAL®</b>	<b>injectable</b>
	<b>Péthidine</b>		<b>DOLOSAL®</b>	<b>injectable</b>

Le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du malade, exclure le fractionnement, en portant sur l'ordonnance la mention : « *délivrance en une seule fois* ».

Enfin, jusqu'à présent, le malade devait se présenter à l'officine le jour même de la rédaction de son ordonnance pour pouvoir bénéficier de la totalité de la délivrance. Aujourd'hui, il dispose d'un délai supplémentaire de vingt-quatre heures pour présenter son ordonnance de stupéfiants.

### C) LES MODIFICATIONS CONCERNANT LA DELIVRANCE

Avec les carnets à souches, le pharmacien conservait l'original de l'ordonnance et rendait une copie au malade.

Il doit désormais réaliser une copie de l'ordonnance qu'il conserve pendant au moins trois ans, et il remet l'original de la prescription au malade.

Le pharmacien doit classer ces copies alphabétiquement par nom de prescripteur et chronologiquement, alors qu'auparavant, seul un archivage chronologique était demandé.



La nouvelle réglementation des substances vénéneuses officialise l'ordonnancier informatisé, qui bien qu'étant couramment utilisé par les pharmaciens n'était toujours pas réglementaire au sens strict du terme.

Cependant, concernant les stupéfiants, seul l'ordonnancier manuel doit être utilisé lors de toute délivrance.

### III) COMMENTAIRES

#### A) INTERÊTS POUR LE MALADE

C'est surtout pour lui que cette nouvelle réglementation a vu le jour, car il ne faut pas oublier qu'elle s'inscrit dans le cadre d'un plan de lutte contre la douleur.

On peut tout d'abord dire que l'allégement des règles de prescription devrait augmenter le nombre d'ordonnances de stupéfiants : les malades auront donc plus facilement accès aux antalgiques majeurs.

De plus, par le fait que les médicaments stupéfiants sont désormais prescrits sur une ordonnance identique à celle utilisée pour tout autre médicament, le malade se sentira moins marginalisé de par son traitement.

Enfin, un délai supplémentaire de vingt-quatre heures leur a été accordé pour bénéficier de la délivrance en totalité de leur ordonnance.

Ceci est tout à fait intéressant lorsque l'on sait que, parfois, le malade ne peut pas se rendre immédiatement chez son pharmacien, en particulier lorsqu'il sort de l'hôpital. De plus, un malade qui souffre a forcément besoin de la totalité de son traitement.

### B) INTERÊTS POUR LE MEDECIN

Tout a été fait pour faciliter les règles de prescription : plus de carnets à souches à commander, plus d'ordonnance supplémentaire pour la prescription de stupéfiants...

La lourdeur administrative des prescriptions de stupéfiants représentait inévitablement un frein à l'accès des malades aux antalgiques majeurs ; ce frein est désormais levé.

Malgré cette réglementation plus souple, les prescripteurs sont tout de même tenus d'apposer sur l'ordonnance des mentions obligatoires, en particulier les quantités prescrites par prise et le nombre de prises par jour.

Enfin, concernant les médecins hospitaliers, leur identification doit désormais être précise, ce qui ne peut que faciliter la communication entre le pharmacien et l'hôpital.

### C) INTERÊTS POUR LES PHARMACIENS

En fait, il n'y a pas véritablement de changements pour eux, si ce n'est qu'ils vont devoir redoubler de vigilance vis-à-vis des ordonnances sécurisées.

En effet, aussi infalsifiables soient-elles, les progrès de l'informatique sont tels que l'on peut se demander si de faux très ressemblants ne risquent pas bientôt de circuler, d'autant plus que la

qualité inégale des ordonnances sécurisées (en particulier les filigranes plus ou moins visibles) risquent d'induire les pharmaciens en erreur.

En théorie, les caractéristiques techniques censées rendre l'ordonnance infalsifiable devraient toutes être vérifiées par le pharmacien à chaque délivrance. En plus de l'analyse pharmacologique de l'ordonnance, s'ajoute ainsi une analyse technique, et c'est autant de temps perdu pour un malade souffrant et désireux d'avoir accès au plus vite à son traitement.

Bref, le carnet à souches semblait représenter un gage de sécurité que les ordonnances protégées ne semblent pas encore posséder.

D'autre part, il paraît curieux de remettre l'original de l'ordonnance au malade : cela ne risque-t-il pas d'être la porte ouverte aux trafics d'ordonnances par les toxicomanes ?

Le pharmacien risque en plus de photocopier une ordonnance falsifiée, et il est impossible à partir d'une photocopie de prouver si l'original était bel et bien authentique.

Enfin, était-il bien utile d'imposer au pharmacien, en plus de l'archivage par ordre chronologique, un archivage par ordre alphabétique par nom de prescripteur ?

#### **IV) CONCLUSION**

Le but de cette nouvelle législation est, on l'a vu, de favoriser l'utilisation des stupéfiants pour les malades qui souffrent. C'est un objectif tout à fait louable, et qui, espérons le, sera atteint.

Cependant, il sera difficile, avec des règles identiques, de faciliter l'accès aux antalgiques majeurs et en même temps d'encadrer la délivrance des traitements de substitution, dont on connaît les risques de détournement.

On pourrait donc imaginer la mise en place d'une législation beaucoup plus souple pour les stupéfiants utilisés à visée antalgique et une législation beaucoup plus rigide pour ceux utilisés dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés. Et ceci d'autant plus que ce ne sont pas du tout les mêmes spécialités qui sont utilisées dans les deux cas.

On voit ainsi que la vigilance du pharmacien devra être exacerbée, surtout qu'en banalisant la prescription des stupéfiants, les médecins risquent d'être moins attentifs aux règles de prescriptions et d'oublier quelques mentions obligatoires.

Enfin, on peut regretter que cette nouvelle législation n'ait pas pris en considération le problème posé par les stupéfiants non utilisés par le malade.

En effet, pour l'instant, après le décès du malade ou lorsque le traitement ne convient pas, aucune disposition n'est prise pour organiser le retour de ces médicaments non utilisés au pharmacien ; de grandes quantités de stupéfiants restent ainsi quasiment dans la nature, en tous les cas pas à l'abri des toxicomanes.

**QUATRIEME PARTIE : ANALYSE**  
**DU QUESTIONNAIRE**

# QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

## D) OBJECTIFS DU QUESTIONNAIRE

Nous désirions connaître le sentiment des pharmaciens d'officine sur les soins palliatifs sur différents thèmes :

- connaître le niveau d'information des pharmaciens d'officine des deux départements sondé, sur l'unité mobile de soins palliatifs de Limoges et sur les soins palliatifs en général
- déterminer leur opinion sur les modalités de délivrance et de prescription des médicaments classés comme stupéfiants
- enfin, connaître le rôle exact qu'ils pourraient être amenés à jouer dans une structure de soins palliatifs à domicile

Aussi, un questionnaire intitulé « *Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs* », a été envoyé aux 237 officines des deux départements de la Haute-Vienne et de la Creuse.

Les pharmaciens de la Corrèze n'ont pas été inclus dans cette enquête, étant donné qu'un réseau Ville-Hôpital de soins palliatifs existe déjà dans ce département (le réseau *ONCORREZE*).

## **II) PRESENTATION DE LA METHODE**

Ce questionnaire comportait quinze questions, dont douze questions fermées.

Avant d'être envoyé, ce questionnaire a été testé auprès de cinq pharmaciens installés à Limoges, afin de vérifier que les questions posées permettaient bien de répondre aux objectifs fixés.

Puis, le questionnaire fut expédié à toutes les pharmacies des deux départements dans une enveloppe à en-tête émanant du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

En plus du questionnaire, cette enveloppe contenait :

- une lettre expliquant les motivations d'une telle enquête (*cf Annexe n°3*)
- une lettre de Monsieur le Président du Conseil Régional de l'Ordre (*cf Annexe n°4*)
- une lettre de Monsieur le Professeur Habrioux (*cf Annexe n°5*)

Les pharmaciens avaient également à leur disposition une enveloppe timbrée pour envoyer leur réponse.

Le recueil des réponses s'est effectué sur une période d'un mois et demi. Aucune relance par appel téléphonique n'a été nécessaire.

Sur les 237 officines incluses dans l'enquête, 127 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de **54%**.

### **III) LES RESULTATS : COMPTE RENDU DES REponses OBTENUES**

Afin de mieux analyser les réponses, il nous a semblé utile, en plus de distinguer les réponses provenant d'officines creusoises ou de la Haute-Vienne, de distinguer également les officines rurales des officines urbaines.

Ainsi, concernant la Haute-Vienne, les officines des communes suivantes ont été considérées comme des officines urbaines :

- Limoges
- Panazol
- Le Palais sur Vienne
- Feytiat
- Condat sur Vienne
- Isle

Quant aux officines creusoises, seules celles de Guéret, La Souterraine et Aubusson ont été considérées comme des officines urbaines.



Question n°1 : « *Connaissez-vous l'existence d'une unité mobile de soins palliatifs au CHRU de Limoges ?* » (127 réponses) :

- OUI ⇒ 53% ( 67 réponses)
- NON ⇒ 47% (60 réponses)

Question n°2: a) « *Si oui, avez-vous déjà délivré des ordonnances provenant de ce service ?* » (67 réponses) :

- OUI ⇒ 21% (14 réponses)
- NON ⇒ 79% (53 réponses)

b) « *Si oui, avez-vous dû contacter le prescripteur, et pour quelles raisons ?* » (14 réponses) :

- OUI ⇒ 43% (6 réponses)
- NON ⇒ 57% (8 réponses)
- Raisons du contact avec le prescripteur :
  - ➔ problèmes de dosage
  - ➔ non respect de la législation sur la façon de prescrire les stupéfiants du temps du carnet à souches

- problème de posologie non précisée
- prescription de médicaments réservés à l'usage hospitalier
- chevauchement
- absence de durée de traitement et de posologie
- pas de chlorhydrate de morphine en stock pour la préparation de la solution buvable

Question n°3 : « *Participez-vous à un réseau de prise en charge (SIDA, traitement de substitution aux opiacés... ?* » (121 réponses) :

- OUI ⇒ 34% (41 réponses)
- NON ⇒ 66% (80 réponses)

Question n°4 : « *Dans le cadre de la mise en place d'un éventuel réseau ville-hôpital concernant la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs :* »

a) « *seriez-vous désireux de participer à un tel réseau ?* » (122 réponses):

- OUI ⇒ 88% (107 réponses)
- NON ⇒ 12% (15 réponses)

b) « dans le cas où une formation et une information sur les soins palliatifs seraient mises en place, quels thèmes pensez-vous qu'il serait important de développer, afin que les pharmaciens aient toutes les informations nécessaires pour participer à cette prise en charge ? » (plusieurs réponses possibles) :

- la relation médecin-pharmacien au sein d'un réseau ⇒ 69% (88 réponses)
- la nature des soins prodigués, autres que la prise en charge de la douleur ⇒ 70% (89 réponses)
- les nouvelles techniques de prise en charge de la douleur ⇒ 83% (106 réponses) :

→ paliers de l'OMS et nature des principes actifs antalgiques ⇒ 45% (57 réponses)

→ posologies utilisées ⇒ 68% (86 réponses)

→ matériel d'administration (pompes à morphines) ⇒

72% (92 réponses).

Question n°5 : « *A propos de l'hospitalisation à domicile, quelle est votre situation ?* » (125 réponses) :

- vous possédez votre propre matériel, que vous louez à vos malades ⇒ 9% (11 réponses)
- vous travaillez par l'intermédiaire de prestataires de services ⇒ 70% (87 réponses)
- les deux à la fois ⇒ 21% (27 réponses)

Question n°6 : « *Pensez-vous que les modalités de prescription et de délivrance des médicaments stupéfiants sont adaptées et si non pourquoi ?* » (119 réponses) :

- OUI ⇒ 40% (48 réponses)
- NON ⇒ 56% (67 réponses)
- Pas d'avis ⇒ 4% (4 réponses)
- Raisons évoquées quand il a été répondu négativement à cette question :

→ prescriptions trop tardives des stupéfiants : cité par 3 pharmaciens

- modalités trop lourdes entraînant une marginalisation du traitement de la douleur : cité par 32 pharmaciens
- manque de rigueur des prescripteurs : cité par 1 pharmacien
- le patient en fin de vie devrait pouvoir moduler la prise des antalgiques selon ses besoins : cité par 1 pharmacien
- problème des médicaments non utilisés : cité par 1 pharmacien
- contrôle obsessionnel des inspecteurs : cité par 3 pharmaciens
- la prescription est adaptée, mais la délivrance est trop lourde : cité par 7 pharmaciens
- modalités inadaptées aux soins palliatifs, où les posologies prescrites sont très élevées par rapport à l'habitude : cité par 5 pharmaciens
- difficulté d'adaptation des posologies liée à l'impossibilité du chevauchement : cité par 4 pharmaciens
- peu de rapports entre médecins et pharmaciens : cité par 1 pharmacien
- difficulté de faire coïncider date de prescription et date de délivrance : cité par 1 pharmacien

Question n°7: « *A votre avis, en quoi les ordonnances sécurisées vont-elles apporter du changement ?* » (148 réponses, certains pharmaciens ayant donné plusieurs réponses) :

- Aucun changement ⇒ **22%** (28 réponses)
- Plus grande facilité de prescription ⇒ **41%** (52 réponses)
- Plus de falsifications donc plus de vigilance pour le pharmacien ⇒ **11%** (14 réponses)
- Banalisation de la prescription donc moins de vigilance de la part des prescripteurs ⇒ **4%** (5 réponses)
- Simplification administrative pour le pharmacien ⇒ **13%** (17 réponses)
- Le malade se sent moins exceptionnel ⇒ **8%** (10 réponses)
- Pas de simplification pour le pharmacien ⇒ **8%** (10 réponses)
- Moins de falsifications ⇒ **6%** (8 réponses)
- Nouvel ordre de classement inutile ⇒ **3%** (4 réponses)

Question n°8: « *Quelle(s) est (sont) la (les) erreur(s) que vous constatez le plus souvent, concernant une prescription de stupéfiants ?* » (127 réponses) :

- Chevauchement non précisé ⇒ **29%** (37 réponses)
- Aucune erreur ⇒ **16%** (20 réponses)
- Pas d'écriture en toutes lettres ⇒ **22%** (28 réponses)
- Durée de traitement non conforme à la législation ⇒ **10%** (13 réponses)
- Pas d'inscription du nombre de spécialités prescrites, dans le cadre prévu à cet effet ⇒ **2%** (2 réponses)
- Pas de durée de traitement ⇒ **18%** (23 réponses)
- Absence de posologie ⇒ **3%** (4 réponses)
- Pas de bon toxique ⇒ **2%** (2 réponses)
- Interactions médicamenteuses ⇒ **1%** (1 réponse)

Question n°9: « *En cas d'erreur importante sur une telle prescription, prenez-vous contact avec le prescripteur ?* » (125 réponses)

- OUI ⇒ **100%**
- NON ⇒ **0%**

Question n°10 : « *A propos de la potion de morphine, pensez-vous que c'est une modalité thérapeutique qui soit dépassée ? Pourquoi ?* » (127 réponses)

• OUI ⇒ 52% (66 réponses) :

- doses moins précises : 7 fois cité
- amertume non masquée : 2 fois cité
- moins bonne observance du traitement : 3 fois cité
- formes L.P. plus adaptées (conservation, fiabilité...) : 32 fois

cité

- risque d'erreur dans la préparation : 6 fois cité
- accoutumance très rapide : 1 fois cité
- plus d'effets indésirables : 1 fois cité
- faible rapidité d'action : 2 fois cité
- source de dérives : 1 fois cité
- fait attendre ou revenir le malade : 2 fois cité

• NON ⇒ 28% (35 réponses) :

- idéale pour les malades ne pouvant plus avaler : 6 fois cité
- bonne adaptation des posologies, utilisation possible en

bolus : 17 fois cité.

- pas de forme équivalente pour cette voie d'administration : 3

fois cité

- facilité d'emploi : 3 fois cité



→ diminue le nombre d'injections, donc améliore le confort du malade : 1 fois cité

→ bonne tolérance, bonne efficacité : 1 fois cité

→ facile à préparer : 1 fois cité

- 26 pharmaciens ne se prononçaient pas ou n'avaient pas d'avis ⇒  
20%

Question n°11 : « *Dans le cadre d'un traitement chronique à visée antalgique, pensez vous qu'il est plus judicieux de prescrire la morphine :* » (127 réponses)

- Par voie orale ⇒ 73% (93 réponses)
- Par voie injectable ⇒ 11% (14 réponses)
- Pas d'avis ou ne se prononcent pas ⇒ 16% (20 réponses)

Question n°12 : a) « *Actuellement, êtes-vous en mesure d'honorer immédiatement une prescription pour soins palliatifs (la posologie pouvant aller jusqu'à trois ou quatre grammes de morphine par jour) ?* » (124 réponses)

- OUI ⇒ 20% (25 réponses)
- NON ⇒ 80% (99 réponses). Dans ce cas là, les délais d'approvisionnement étaient les suivants :
  - une demi journée ⇒ 47% (46 réponses)
  - une à quatre heures ⇒ 38% (37 réponses)
  - dans la journée ⇒ 11% (11 réponses)
  - vingt-quatre à quarante-huit heures ⇒ 1% (1 réponse)
  - trois à quatre jours ⇒ 2% (2 réponses)

b) « *Seriez-vous prêts à vous organiser pour assurer la délivrance complète d'une prescription de stupéfiants dans le cadre d'un traitement pour soins palliatifs ?* »  
(122 réponses)

- OUI ⇒ 95% (116 réponses)
- NON ⇒ 5% (6 réponses)

Question n°13: « *Commentaires et suggestions concernant les soins palliatifs à domicile* » :

Parmi les nombreuses remarques suggérées par les pharmaciens interrogés, deux éléments ressortent nettement :

- Il faudrait une meilleure coordination et communication entre l'hôpital et le pharmacien. En effet, si les pharmaciens étaient prévenus suffisamment à l'avance (même une demi-journée), ceux-ci pourraient s'organiser en temps utile de manière à ce que le malade puisse avoir l'intégralité de son traitement lors de sa sortie de l'hôpital
- pour pouvoir jouer pleinement leur rôle, de nombreux pharmaciens souhaiteraient avoir plus d'informations et de formations, non seulement sur les spécialités utilisées en soins palliatifs, mais aussi et surtout sur le matériel utilisé, en particulier les pompes à morphine. De plus, il semblerait souhaitable que les médecins généralistes aient également accès à ces formations, ce qui leur permettrait de prescrire plus sûrement des antalgiques majeurs.

#### IV) COMMENTAIRES

##### A) MOBILISATION DES OFFICINAUX POUR LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

Compte tenu de la sollicitation importante dont sont l'objet les pharmaciens pour ce genre d'enquête, nous nous étions basés sur un taux de réponse de 20 voire 30%, dans le meilleur des cas.

Ainsi, le pourcentage de réponse obtenu (54%), marque l'intérêt majeur qu'ont porté les pharmaciens à ce sujet, d'autant plus qu'il n'a pas été nécessaire d'effectuer de relances téléphoniques pour obtenir ce résultat.

La majorité des réponses nous est parvenue d'officines rurales : 59% des réponses. Cela s'explique non pas par le fait que les officinaux en ville s'intéressent moins au sujet, mais par la proportion d'officines rurales dans la région.

Cependant, le fait que les officinaux ruraux aient montré un tel intérêt dans cette enquête est particulièrement intéressant, car c'est bien sûr en priorité dans les campagnes, loin des centres hospitaliers, que les soins palliatifs à domicile sont à développer.

Notons enfin, qu'il n'y a aucune disparité dans le pourcentage des réponses entre les deux départements : en Creuse, 55% des officinaux nous ont répondu, en Haute-Vienne, 53%. Sur Limoges même, 54% des pharmaciens ont renvoyé le questionnaire.

## B) PHARMACIENS ET SOINS PALLIATIFS : ETAT DES CONNAISSANCES

### 1) Niveau d'information sur l'Unité Mobile de Soins Palliatifs

Seuls 53% des officinaux avaient déjà entendu parlé de l'unité au moment de l'enquête, soit un peu plus d'un an après son ouverture.

Lorsque l'on sait que parmi les pharmaciens ayant répondu connaissant l'unité, 40% étaient des pharmaciens installés à Limoges, on remarque que peu d'officines rurales étaient au

courant de l'existence d'une telle structure (une officine sur quatre en Creuse, une sur cinq en Haute-Vienne).

L'équipe du Docteur Devalois n'a pourtant pas été avare d'informations et de formations lors de l'ouverture de l'unité en septembre 1998, que ce soit au niveau des professionnels de santé ou pour le grand public.

Autre résultat surprenant : le fait que seulement 11% des pharmaciens interrogés avaient déjà eu à délivrer des ordonnances provenant de l'unité mobile de soins palliatifs.

Trois éléments peuvent expliquer ce faible pourcentage :

- les malades pris en charge à l'unité ne proviennent pas seulement des deux départements de la Creuse et de la Haute-Vienne. Nombreux sont originaires des départements limitrophes, départements dans lesquels les pharmaciens n'ont pas été sondés
- les médecins de l'unité se déplaçant dans tous les services du CHRU, il se peut très bien qu'une ordonnance de sortie du malade soit en rapport avec des soins palliatifs, bien qu'elle n'ait pas été rédigée par un médecin de l'unité
- au début de son activité (ce qui était le cas au moment de l'enquête) , l'unité s'occupait essentiellement des malades hospitalisés et moins des patients en ambulatoire : peu d'ordonnances sortaient de l'hôpital.

## 2) Connaissance des Traitements Antalgiques utilisés en Soins Palliatifs

On peut remarquer que le niveau de connaissance des pharmaciens concernant les doses et les molécules utilisées, est relativement contrasté.

C'est sur la voie d'administration à privilégier que les connaissances sont les plus sûres, puisque les trois-quarts des pharmaciens savent que c'est la voie orale qui doit être privilégiée dans le cadre d'un traitement antalgique chronique.

### a) intérêt de la potion de morphine

52% des pharmaciens interrogés pensent que cette forme galénique n'a plus sa place dans l'arsenal thérapeutique.

La principale raison évoquée est liée au fait qu'il existe actuellement des spécialités à libération prolongée beaucoup plus fiables, par rapport à une préparation dont la fabrication peut être à l'origine d'erreurs et donc de doses peu précises.

Ceci nous montre en fait que les pharmaciens ont oublié que la potion de morphine est utilisée en temps que forme à libération immédiate. De ce fait, on peut comprendre qu'ils soient étonnés de voir encore prescrire une préparation magistrale, alors qu'ils pensent que des spécialités équivalentes existent.

Par contre, le faible pourcentage de pharmaciens pensant que la potion de morphine a encore sa place sait exactement quel est son rôle.

En effet, la majorité a répondu que la potion pouvait permettre une bonne adaptation des posologies, lors de l'instauration du traitement, ou qu'elle pouvait être utilisée conjointement

aux formes L.P., pour soulager les douleurs pouvant survenir entre les deux prises quotidiennes de la spécialité.

#### b) posologies utilisées en soins palliatifs

Les pharmaciens sont relativement mal informés des fortes doses de morphiniques pouvant être utilisées en soins palliatifs.

En effet, dans 43% des officines ayant eu à délivrer des ordonnances relevant de soins palliatifs, le pharmacien a du prendre contact avec le prescripteur.

Les raisons de ces entretiens, outre les problèmes de législation, concernaient essentiellement des soucis de posologies. En effet, étonnés des doses élevées nécessitées par le traitement de ces malades, les pharmaciens désiraient une confirmation de la part du prescripteur.

La question n'est pas ici de soulever le problème posé par ces nombreux contacts, car cette communication entre acteurs de santé doit rester un des éléments primordiaux dans la prise en charge du malade à domicile.

Mais les résultats montrent ici que ces entretiens ont essentiellement concerné des problèmes administratifs, bien loin des préoccupations du malade.

Une meilleure information du pharmacien, permettrait de recadrer ces discussions en les limitant aux seules informations médicales que sont en droit, voire en devoir, d'échanger deux professionnels de santé entre eux.

Cet entretien ne doit avoir lieu qu'une fois que le malade est sorti de l'officine avec son traitement, de manière à ce que la confiance qu'il a en son médecin ne soit pas altérée, et surtout de façon à ce qu'il ait accès au plus vite à son traitement.

## C) MODALITES DE DELIVRANCE ET DE PRESCRIPTION DES MORPHINIQUES

### 1) Les Problèmes Posés par la Réglementation

56% des pharmaciens pensent que la réglementation des stupéfiants est beaucoup trop lourde administrativement.

De plus, la moitié pense que cette législation ne fait que marginaliser un peu plus un malade qui se sent déjà comme un individu différent des autres, du fait de sa maladie.

Etant donné que cette réglementation est très rigide, cela entraîne invariablement des erreurs de prescription.

Ces erreurs mettent le pharmacien dans une situation difficile ; en effet, il doit choisir entre respecter scrupuleusement la législation, par peur des représailles lors du contrôle par l'inspecteur des pharmacies, ou préférer l'intérêt du malade, et délivrer alors une ordonnance non conforme.

Le plus souvent, le pharmacien connaît le malade et sait qu'il n'y a pas de risque de dérives de toxicomanie. Ainsi, c'est évidemment la deuxième solution qu'il choisit, quitte à reprendre ensuite contact avec le prescripteur, afin qu'il rédige une nouvelle ordonnance, conforme cette fois-ci.

Tout n'est, encore une fois, qu'un problème de communication. En effet, les prescripteurs ne sont pas forcément au courant des risques encourus par le pharmacien lorsqu'il ne respecte pas la réglementation des stupéfiants.



S'ils en étaient un peu plus informés, ils seraient certainement plus attentifs à leur façon de prescrire.

Enfin, il est à noter que 10% des pharmaciens interrogés pensent qu'il serait judicieux de mettre en place une législation différente pour les stupéfiants utilisés à visée antalgique et ceux utilisés dans le cadre du traitement de substitution chez les toxicomanes.

En effet, la réglementation actuelle est là pour éviter une dérive liée à une mauvaise utilisation de substances à fort pouvoir toxicomanogène. Mais qu'en est-il de ce risque dans le cas d'un malade en fin de vie ?

## **2) Les Ordonnances Sécurisées**

C'est un sujet qui divise bon nombre de pharmaciens. En effet, 22% d'entre eux pensent que ces nouvelles ordonnances ne vont apporter aucun changement.

Pour les autres, une notion se dégage nettement : 41% des pharmaciens interrogés pensent qu'elles vont entraîner une plus grande facilité de prescription. De plus, 8% d'entre eux pensent qu'elles vont contribuer à moins marginaliser le malade cancéreux, qui se présentera à l'officine avec une ordonnance identique à celle présentée par n'importe quel malade.

Quant à la tâche quotidienne des pharmaciens, 13% d'entre eux pensent que les ordonnances sécurisées vont leur simplifier la délivrance, alors que 8% d'entre eux pensent au contraire que si elles facilitent la prescription, elles ne changent en rien la délivrance.

Concernant le problème de la falsification, les pharmaciens sont également divisés :

- 11% pensent que la falsification sera facilitée
- 6% pensent qu'elle sera diminuée

On voit ainsi que les pharmaciens estiment que les ordonnances sécurisées vont surtout apporter un plus au malade, mais qu'elles vont en même temps leur demander plus de vigilance, du fait des nombreuses caractéristiques à vérifier, pour s'assurer qu'elle n'a pas été falsifiée.

## D) INVESTISSEMENT DES OFFICINAUX DANS UNE STRUCTURE DE SOINS

### PALLIATIFS A DOMICILE

#### 1) Participation à un Eventuel Réseau

La notion de réseau est encore assez nouvelle et pas tout à fait ancrée dans la région, puisque seulement un pharmacien sur trois a mentionné qu'il faisait déjà partie d'un réseau.

Ce faible pourcentage s'explique par le fait que le réseau SIDA et le réseau toxicomanie, qui sont les principales structures mises en place en Limousin, sont des réseaux qui s'adressent essentiellement à des officines urbaines.

D'ailleurs, 61% des réponses positives à cette question sont des réponses émanant d'officines limougeaudes.

Bien que peu de pharmaciens participent à un réseau, 84% des pharmaciens interrogés seraient intéressés pour participer à une structure de soins palliatifs à domicile, ce qui montre encore une fois l'intérêt porté pour le sujet.

## **2) Participation à des Réunions de Formation**

La quasi totalité des pharmaciens interrogés souhaitent des informations et des formations supplémentaires, pour pouvoir jouer leur rôle avec le maximum de compétences.

C'est pourquoi nous leur avons proposé différents thèmes pouvant être développés dans le cadre de réunions de formation.

Parmi les trois thèmes proposés, c'est celui concernant les nouvelles techniques de prise en charge de la douleur qui remporterait le plus de succès. Concernant ce sujet, on peut noter que ce sont surtout les posologies et le matériel utilisés qui intéresseraient les pharmaciens.

Ainsi, il est important de voir que le pharmacien ne se sent pas bien informé sur les doses de morphiniques pouvant être utilisées en soins palliatifs, ce qui pourrait expliquer pourquoi il est toujours alerté devant une prescription importante de stupéfiants.

Le domaine du matériel médical est un domaine dans lequel le pharmacien est fortement concurrencé. S'il ne veut pas être totalement exclu de ce marché, il doit se remettre en question, notamment par le biais de formations complémentaires. Le résultat de ce questionnaire montre que les officinaux l'ont compris, puisque 72% d'entre eux veulent compléter leurs connaissances dans ce domaine.

### **3) Organisation de l'Officinal pour la Mise à Disposition du Traitement**

C'est sans aucun doute pour tout ce qui concerne le matériel médical que l'officinal a le plus de problèmes.

En effet, on le répète, le pharmacien d'officine est de plus en plus concurrencé par des prestataires de services, qui ont la confiance des services hospitaliers, qui apprécient leurs compétences et surtout leur disponibilité.

Il semble dommage que le pharmacien ne puisse apporter sa contribution dans ce domaine. En effet, il est certain que le malade préférerait voir entrer chez lui une personne qu'il connaît bien et en qui il a confiance, pour lui installer et lui expliquer le matériel dont il a besoin.

Pour cela, il faut que l'officinal fasse valoir ses compétences (d'où l'importance des formations). Quant à la disponibilité, une simple organisation entre confrères pourrait permettre une possibilité d'intervention 24 heures sur 24.

Quant à la délivrance des médicaments, il est sûr que les stocks de morphiniques dans les officines ne sont quantitativement pas importants. La peur du braquage par les toxicomanes aurait pu en être une des explications, mais cette notion n'est pas retrouvée dans cette enquête (la région Limousin est, rappelons-le, une région fortement rurale). En fait, cette faiblesse du stock s'explique tout simplement par une faiblesse des prescriptions.

Ainsi, seulement 20% des pharmaciens mentionnaient être capables de délivrer en totalité une prescription importante de morphiniques.

Cependant, la quasi totalité des officinaux peut s'organiser de manière à mettre le traitement rapidement à la disposition du malade. Ainsi, 84% peuvent s'approvisionner dans la demi-journée, voire même dans l'heure qui suit pour ceux installés en ville.

91% seraient d'accord pour organiser leur stock en fonction du traitement de leur malade (s'ils en avaient connaissance au préalable).

Ainsi, si le pharmacien est prévenu même simplement une demi-journée à l'avance de la sortie du malade de l'hôpital, ce dernier pourra avoir à sa disposition son traitement en totalité, dès son retour à domicile.

## V) CONCLUSION

### A) LES PROBLEMES SOULEVES PAR CETTE ETUDE

Les soins palliatifs représentent encore un concept nouveau pour les pharmaciens.

Cela peut entraîner un problème quant à la prise en charge de la douleur, du fait d'une mauvaise analyse des prescriptions.

La législation actuelle des morphiniques ne semble pas encore aller totalement dans le sens de l'intérêt du malade (bien qu'il y ait eu des améliorations, en particulier avec le support unique que représentent les ordonnances sécurisées).

Cette législation oblige toujours le pharmacien, en cas d'ordonnance mal libellée, à choisir entre la respecter scrupuleusement, ou préférer l'intérêt du malade.

Enfin, la question de la faiblesse des stocks de morphiniques est certes un problème, mais une meilleure relation entre l'hôpital et le pharmacien en permettrait une meilleure gestion.

## B) LES POINTS POSITIFS

La forte mobilisation des pharmaciens pour cette enquête marque bien l'intérêt majeur porté sur le sujet.

Il en ressort de plus, de façon importante, que les officinaux sont prêts à consacrer de leur temps à des formations continues.

Enfin, il y a une réelle volonté de s'organiser au mieux afin de trouver des solutions pratiques pour que le malade ait accès au plus vite à son traitement.

Ainsi, les pharmaciens sont tout à fait prêts à être intégrés dans une structure de soins palliatifs à domicile, et veulent y jouer un rôle d'acteur de soin à part entière.

Il est évident qu'un contact étroit entre prescripteur et pharmacien doit s'établir, que ce soit à priori, afin d'anticiper les problèmes, ou à posteriori, afin de pouvoir les résoudre.

## CONCLUSION

Les réseaux de santé sont en train de devenir le système de prise en charge du futur. Les pharmaciens d'officine ont toutes les capacités nécessaires pour y jouer un rôle incontournable, et ceci d'autant plus lorsque c'est au domicile du malade qu'une telle organisation est mise en place.

Cependant, les pharmaciens devront sans cesse renouveler et réactualiser leurs connaissances, car si la maîtrise de la pharmacologie restera toujours la base de l'exercice officinal, des spécialisations dans des domaines comme le travail en équipe, la communication avec la personne malade et bien sûr l'hospitalisation à domicile deviendront indispensables pour pouvoir assumer le nouveau rôle qui est proposé au pharmacien de demain.

Les résultats de l'enquête qui a été menée au cours de ce travail paraissent positifs, en ce qui concerne la prise en charge du malade en fin de vie, à domicile.

Espérons, dans l'éventualité où serait réellement mis en place un réseau ville-hôpital de soins palliatifs à domicile, que les pharmaciens d'officine tiendront leurs engagements, afin qu'ils puissent être considérés comme des acteurs de santé à part entière.

## Références Bibliographiques

ABIVEN M. : « **Les soins palliatifs, où en sommes-nous ?** » Conférence, Association Française des Soins Palliatifs, 1992. 14p.

Association Française des Soins Palliatifs : « **Actualité, histoire et diffusion géographique de l'accompagnement des grands malades et des soins palliatifs.** » 1994. 26p.

BAHEILL J., BASCHET C. : « **La mort à vivre.** » Revue Autrement, 1996.

BESSION J.M. : « **La douleur.** » Paris, Editions Odile Jacob, 1992. 268p.

BESSION J.M., CHAOUCH A., CHITOUR D. : « **Pratique du traitement de la douleur.** » Paris, Doin Editeurs, 1988. 402p.

BOUERE M. : « **La prise en charge de la douleur : un enjeu de santé publique.** » Mémoire pour l'obtention du concours de Pharmacien Inspecteur de Santé Publique, Rennes le 13 Avril 1999. 104p.

BOURREAU F., COLLIN E., FACON A., LE BARS D., KRAKOWSKI I. : « **Douleurs prises aux mots.** » Asta Médica Oncologie. 124p.

BRASSEUR L., CLEELAND Ch., COLLEAU S., LARUE F. : « **Multicentre Study of Cancer Pain and its Treatment in France.** » British Medical Journal, Volume 310, 1995. p1034-1035.



BRILLOUET S., FRADET E. : « **Les antalgiques de palier 1.** » Les Actualités Pharmaceutiques, n°373, Mars 1999. P35-48.

CASTANIE E. : « **L'unité mobile de soins palliatifs du CHRU de Limoges.** » Rapport de stage, Institut Universitaire Professionnalisé de management, gestion des entreprises et des administration, Limoges 1999. 62 p.

CHAUVIN M. : « **Les morphiniques.** » Paris, Editions Arnette 1993. 329p.

COLLEAU S., FONTAINE A., LARUE F. : « **Underestimation and under Treatment of Pain in HIV Disease : Multicentre Study.** » British Medical Journal, Vol 314, 1997. p23-28.

CONTAMINE A. : « **Soulager et accompagner la personne cancéreuse en phase terminale à domicile.** » Mémoire de fin de formation du diplôme d'état d'infirmière. Limoges 1989. 82p.

COUVREUR C. : « **Les soins palliatifs. Encyclopédie de santé publique.** » Paris, Editions Medsi, 1989. 163p.

COUTURIER M. : « **La douleur : place des antalgiques. 2<sup>ème</sup> édition.** » Paris, Editions de l'Interligne, 1992. 256p.

FALLET P. : « **Substances vénéneuses : nouvelles règles.** » Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires, n°2301, 10 Avril 1999. p6-7.

HACPILLE L. : « **La douleur cancéreuse et son traitement. Approche globale en soins palliatifs.** » Paris, Editions Frison-Roche, 1994. 230p.

KÜBLER-ROSS E. : « **On Death and Dying.** » 1969.

LE BARS D., SCHERPEREEL Ph. : « **La douleur et son traitement.** » Paris, Editions Arnette, 1988. 450p.

Les Nouvelles Pharmaceutiques : « **Les ordonnances hospitalières sécurisées.** » N°175, 28 juin 1999. p6.

Les Nouvelles Pharmaceutiques : « **Prescription et dispensation des substances vénéneuses : de nouvelles règles.** » N°173, 22 Avril 1999. p12-13.

Les Nouvelles Pharmaceutiques : « **Substances vénéneuses : nouvelles règles.** » N°181, 7 Octobre 1999. p8.

MALLER A., MEYNADIER J., SAINT-MAURICE Cl. : « **La douleur : diagnostic, traitement et prévention.** » Paris, Editions Ellipses, 1995. 320p.

MARCHAND S. : « **Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner.** » Paris, Editions Masson, 1998. 311p.

OSTERMANN G., QUENEAU P. : « **Le médecin, le patient et sa douleur.** » Paris, Editions Masson, 1994. 428p.

OUBRIER A., PHILBET Th., PRINGENT A. : « **Accouchement douloureux des ordonnances sécurisées.** » Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires, n°2310, 12 Juin 1999. p20-26.

SCHENKERY J. : « **Les douleurs cancéreuses.** » Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires, n°2291, cahier pratique du 30 Avril 1999.

SCHORDERET M. : « **Pharmacologie : des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques.** » Paris, Editions Frison-Roche, 1989. 918p.

SERRIE A., THUREL Cl. : « **La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitement.** » Paris, Editions Arnette, 1993. 581p.

Sixième Congrès National de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : « **Les soins palliatifs dans la société : enjeux et défis.** » Avril 1998.

SOULAIRAC A. : « **Les mécanismes de la douleur.** » Paris, Editions Troublat pour les Laboratoires Roussel, 1971. 125p.

SOULIER J.P. : « **Mourir en paix.** » Paris, Editions Albin Michel, 1994. 231p.

TAVERNIER M. : « **Les soins palliatifs : que sais-je ?** » Paris, Editions Presse Universitaire de France, 1992.

TRICOT S. : « **Les soins palliatifs et le pharmacien d'officine.** » Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, Angers 1996.

VAINIO A. : « **Traitement de la douleur en phase terminale du cancer.** » La Revue du Praticien Médecine Générale, Tome 11, n°380, Mai 1997. p11.

VERSPIEREN : « **Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement.** » Paris, Collection Temps et Contretemps Desclée de Brower, 1984. 183p.

VIGNERAS B. : « **La vieillesse, la médecine et la mort chez soi. A propos de vingt deux cas en milieu rural.** » Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine. Limoges, 1996.

WALKER Ph. : « **Evaluation de l'adhésion des personnels médicaux et non médicaux dans le maintien à domicile des patients en fin de vie, suivis en cancérologie.** » Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine. Limoges, 1997.

# **ANNEXES**

## ANNEXE N°1

### **CHARTRE DES SOINS PALLIATIFS** **Association Française des soins palliatifs, 1993, France**

1. Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle ; prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, sociale et spirituelle devient alors primordial.
2. En plus du soulagement de la douleur physique qui est un préalable, il faut prévoir, un ensemble d'attitudes et de comportements adaptés à l'état du malade, souvent angoissé moralement et physiquement. Cela constitue l'accompagnement.
3. L'emploi nécessaire des moyens de lutte contre la douleur physique se fera avec le souci de ne pas altérer, autant que faire se pourra la conscience et le jugement du malade.
4. Sont au même titre considérés comme contraire à cet esprit deux attitudes : l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. L'acharnement thérapeutique peut être défini comme l'attitude qui consiste à poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait d'objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration de l'état du malade. Par euthanasie, on entend toute action ayant pour dessein de mettre fin à la vie du malade ou de le priver, sans raison majeure, jusqu'à son décès, de sa conscience et de sa lucidité.
5. Une attitude générale de franchise vis-à-vis du malade, quant à la nature ou au pronostic de sa maladie, est généralement requise pour assurer l'accompagnement de la meilleure qualité possible. Toutefois, les circonstances psychologiques sont trop variées pour que cette recommandation puisse être formulée autrement qu'en termes généraux. Il s'agit d'un idéal auquel il convient de tendre.
6. Pour soutenir la personne en phase terminale, s'impose l'intervention d'une équipe interdisciplinaire comportant, autour des médecins, des membres des différentes professions paramédicales concernées (infirmières, aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.). Y sont associés les représentants des différentes religions dont se réclameraient les malades hospitalisés. La prise en compte des besoins spirituels, particulièrement en cette phase de l'existence, paraît en effet essentielle, dans le respect le plus absolu des options philosophiques ou religieuses de chacun.
7. Les bénévoles qui acceptent d'apporter un soulagement aux malades, et de participer à son ultime accompagnement, sont considérés comme des collaborateurs précieux de l'équipe de soins. Ils veilleront à ce que leur action n'interfère, en aucun cas, avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux. Ils ne devront s'adonner à aucune pratique, technique ou méthode, présentée comme étant ou pouvant être une ressource thérapeutique substitutive, adjuvante ou complémentaire de celle prescrite par le médecin. Leur rôle est de conforter par leur présence attentive l'environnement social et affectif du malade et de son entourage. Les bénévoles auront été préparés spécialement à cette présence discrète et ils seront soutenus psychologiquement tout au long de leur action.
8. Un effort tout particulier pour accueillir et soutenir les familles est aussi considéré comme une des caractéristiques essentielles des soins palliatifs et de l'accompagnement en soins palliatifs. Il s'agit à la fois de permettre au malade de réaliser ses vœux ultimes et, s'il le désire, de renforcer et éventuellement de renouer ses liens affectifs lors de ses derniers moments. Il faut également préparer les familles au deuil et les aider moralement après le décès.
9. Les équipes de soins palliatifs et d'accompagnement, quel que soit leur lieu d'exercice (unité spécialisée, fixe ou mobile, domicile, service hospitalier) auront à cœur de contribuer à la formation du personnel médical, paramédical et des bénévoles ainsi qu'à la propagation des principes énoncés dans la présente charte. Les adhérents à la charte susciteront la création de nouveaux foyers et l'adhésion de nouveaux participants à leur action.

## ANNEXE N°2

Enquête réalisée par *Fovéa* les 25 et 26 Mai 1999, auprès de 119 Médecins

« *Allez-vous utiliser les nouvelles ordonnances sécurisées pour vos prescriptions de stupéfiants à partir du 1<sup>er</sup> Juillet 1999 ?* » :

- OUI → 71%
- NON → 19%
- NE SE PRONONCE PAS → 7%
- NE CONNAIT PAS LES ORDONNANCES SECURISEES → 3%

Le 20 Septembre 1999

Monsieur Patrice MARCO  
Etudiant en 6<sup>ème</sup> année de Pharmacie Limoges

Madame, Monsieur,

Etudiant en sixième année de pharmacie, je réalise, dans le cadre de ma thèse de fin d'études, avec le concours du Professeur Habrioux de la faculté de pharmacie de Limoges et du Docteur Devallois, responsable de l'unité mobile de soins palliatifs du CHRU de Limoges, une enquête concernant les soins palliatifs à domicile et la mise en place éventuelle d'un réseau Ville-Hôpital.

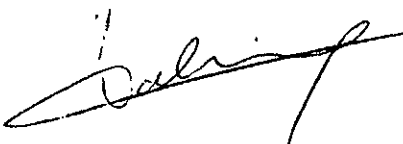
Le but de cette enquête est de déterminer votre sentiment vis à vis d'une telle prise en charge. C'est pourquoi, je me permets de vous envoyer, ainsi qu'à tous vos confrères de la Haute-Vienne et de la Creuse, ce questionnaire, dont l'analyse des réponses servira de base de réflexion aux différents acteurs (hospitaliers, médecins, pharmaciens, organismes de tutelle, etc...), quant à la mise en place éventuelle d'un tel réseau.

Je me dois de vous informer que cette enquête est réalisée en accord et avec l'appui du Pharmacien Inspecteur Régional et de Monsieur le Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Je vous précise en outre que cette enquête est entièrement anonyme. Un retour d'informations sera assuré par nos soins à la fin de l'étude, soit, dans le premier trimestre 2000.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes remerciements les plus sincères quant à l'attention que vous porterez à ce courrier.

**Monsieur le Professeur Habrioux**  
(directeur de thèse)



**Monsieur Patrice Marco**



## ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS

## CONSEIL RÉGIONAL DU LIMOUSIN

4, boulevard de Fleurus 87000 LIMOGES  
Tél. 05 55 34 22 52 - Fax 05 55 33 78 27

*Mon Cher Confrère,*

*Je viens solliciter une fois de plus votre aide et je vous prie de m'en excuser car je sais combien votre temps est précieux.*

*Il s'agit de répondre à un questionnaire mis au point par un étudiant en pharmacie Monsieur MARCO Patrice en collaboration avec Monsieur le Professeur HABRIOUX qui a accepté de le diriger dans l'élaboration de sa thèse dont le sujet est : **Le pharmacien et les soins palliatifs.***

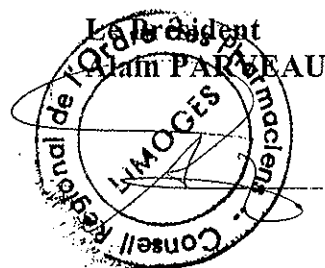
*Ce questionnaire qui se propose de recueillir votre sentiment sur l'organisation d'un réseau ville hôpital de soins palliatifs, me paraît d'un intérêt majeur pour notre profession.*

*La valeur des enseignements tirés de cette consultation sera bien évidemment fonction du nombre et du soin apportés aux réponses.*

*C'est la raison pour laquelle je sollicite votre étroite collaboration en vous demandant de répondre au questionnaire ci-joint.*

*En effet l'implication de notre profession apparaît chaque jour plus nécessaire, et notre engagement souhaité par les pouvoirs publics, met en relief le rôle éminent des pharmaciens au service de la santé de nos concitoyens.*

*Veuillez agréer, Cher Confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.*



**PS: Votre réponse doit impérativement nous par venir avant le 6 novembre 1999 pour pouvoir être exploitée.**



ANNEXE N°5

**Pr G. HABRIOUX**

☒ Laboratoire de Biochimie

Faculté de Pharmacie

2 rue du Dr Raymond Marcland

F-87025 LIMOGES Cedex

☎ 55-43-58-37

Fax 55-43-58-39

Cher(e) Collègue


En 1995, vous aviez répondu favorablement à une enquête concernant les Toxicomanies puisque nous avons eu un taux de réponse de 30 %, ce qui est remarquable dans ce type d'enquête.

Malgré les nombreuses sollicitations dont vous faites l'objet, je compte sur votre gentillesse pour améliorer ce score à l'occasion de l'enquête de Monsieur MARCO concernant « *Le Pharmacien et les soins palliatifs* ».

Avec tous mes remerciements

Amicalement



  
**Professeur G. HABRIOUX**

# TABLE DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<i>Page 21</i>
----------------------------------	----------------

## ***PREMIERE PARTIE : LES SOINS PALLIATIFS***

<b><u>I) DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT</u></b> .....	<i>Page 23</i>
---	----------------

<b><u>A) LES SOINS PALLIATIFS</u></b> .....	<i>Page 23</i>
---	----------------

<b>1) Définition Officielle</b> .....	<i>Page 23</i>
---------------------------------------	----------------

<b>2) Analyse de cette Définition</b> .....	<i>Page 24</i>
---	----------------

<b>3) Notion de Soins Continus</b> .....	<i>Page 25</i>
--	----------------

<b>4) Implication de la Famille</b> .....	<i>Page 26</i>
---	----------------

**B) L'ACCOMPAGNEMENT.....Page 27****1) Accompagnement et Soins Palliatifs.....Page 27****2) En quoi consiste l'Accompagnement ?.....Page 27****3) L'importance de l'Accompagnement.....Page 28**

a) le rôle des soignants.....Page 29

b) le rôle de la famille.....Page 30

**4) Conclusion.....Page 31****C) ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE, EUTHANASIE ET SOINS PALLIATIFS.....Page 32****1) L'Euthanasie.....Page 32****2) L'Acharnement Thérapeutique.....Page 33****II) HISTORIQUE DES SOINS PALLIATIFS.....Page34****A) LES BALBUTIEMENTS DES SOINS PALLIATIFS.....Page 34****B) LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE.....Page 36**

C) OU EN EST-ON AUJOURD'HUI ?.....Page 37

**III) LES OBJECTIFS DES SOINS PALLIATIFS.....Page 39**

A) QU'APPORTENT-ILS AUX MALADES EN FIN DE VIE ?....Page 39

**1) Changement des Attitudes face à la Mort.....Page 39**

**2) Garantir un Confort en Fin de Vie.....Page 40**

**3) Comment Atteindre ces Objectifs.....Page 41**

B) CONCLUSION.....Page 41

**IV) L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS.....Page 42**

A) LES SOINS PALLIATIFS A L'HÔPITAL.....Page 42

**1) Les Unités de Soins Palliatifs.....Page 42**

**2) Les Unités Mobiles de Soins Palliatifs.....Page 44**

**B) LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE.....Page 45**

**1) La Décision de la Prise en Charge à Domicile.....Page 45**

a) le choix du médecin.....Page 45

b) le choix du malade et de sa famille.....Page 46

**2) La Nécessité d'une Equipe Pluridisciplinaire dans la Prise en Charge à Domicile d'un Malade en Fin de Vie.....Page 47**

a) les différents intervenants.....Page 47

b) le travail d'équipe.....Page 48

**3) Les Structures de Prise en Charge à Domicile.....Page 49**

a) l'hospitalisation à domicile.....Page 49

b) les soins infirmiers à domicile.....Page 50

c) le maintien à domicile.....Page 51

**V) LES LIMITES ACTUELLES DES SOINS PALLIATIFS.....Page 51**

**A) LIMITES LIEES A L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS A L'HÔPITAL.....Page 51**

B) LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES ACCOMPAGNANTS.....Page 53

1) Ne pas s'investir totalement.....Page 53

2) S'adapter au Malade.....Page 53

3) Eviter l'épuisement.....Page 54

C) LE CAS PARTICULIER DE LA GERIATRIE.....Page 54

D) LES DIFFICULTES DES SOINS PALLIATIFS A DOMICILEPage 55

VI) LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE.....Page 56

A) LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS.....Page 56

B) LA DELIVRANCE DU MATERIEL MEDICAL.....Page 58

## ***DEUXIEME PARTIE : LA DOULEUR***

**D) INTRODUCTION**.....Page 60

**A) LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : UN FAIT D'ACTUALITE**.....Page 60

**B) COMMENT PEUT-ON DEFINIR LA DOULEUR ?**.....Page 63

**C) LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR**.....Page 64

**1) Classification selon la durée d'évolution**.....Page 64

a) les douleurs aiguës.....Page 64

b) les douleurs chroniques.....Page 65

**2) Classification selon leur origine**.....Page 66

a) les douleurs par excès de nociception.....Page 66

b) les douleurs par désaffération.....Page 66

### **III) NEUROPHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR.....Page 67**

#### **A) LES VOIES DE LA DOULEUR.....Page 67**

##### **1) Stimulation à la périphérie.....Page 67**

###### a) les récepteurs périphériques : les nocicepteurs.....Page 67

###### *α) au niveau cutané.....Page 68*

###### *β) au niveau musculaire et articulaire.....Page 69*

###### *χ) au niveau viscéral.....Page 69*

###### b) activation des nocicepteurs.....Page 70

###### c) les fibres nerveuses ascendantes.....Page 71

###### *α) les différents types de fibres.....Page 71*

###### *β) le phénomène de la double douleur.....Page 73*

##### **2) Le Relais Médullaire.....Page 74**

###### a) terminaison des afférences nociceptives.....Page 74

###### b) transmission du message nociceptif au niveau spinal.....Page 75



**3) Les Voies Supra-médullaires de la Sensibilité  
Douloureuse.....Page 76**

a) de la moelle au thalamus.....Page 76

b) structures supraspinales impliquées dans la  
nociception.....Page 77

**B) MECANISMES DE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU  
MESSAGE DOULOUREUX.....Page 78**

**1) Les Contrôles Segmentaires.....Page 78**

**2) Les Opiacés Endogènes : les endomorphines.....Page 79**

a) récepteurs aux endomorphines.....Page 79

b) rôle des endomorphines dans le contrôle des messages  
douloureux.....Page 80

**3) Les Contrôles d'origine Supraspinale.....Page 81**

**III) L'EVALUATION DE LA DOULEUR.....Page 82**

**A) NECESSITE D'EVALUER LA DOULEUR.....Page 82**

**B) L'INTERROGATOIRE.....Page 83**

C) LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES.....Page 84

D) LES ECHELLES VERBALES MULTIDIMENSIONNELLES..Page 85

E) LES ECHELLES COMPORTEMENTALES.....Page 86

**IV) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR..**Page 87

A) STRATEGIE THERAPEUTIQUE.....Page 87

B) ANTALGIQUES DE PALIER 1.....Page 88

1) **L'Aspirine.....**Page 89

2) **Le Paracétamol.....**Page 90

3) **Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens.....**Page 91

4) **La Noramidopyrine.....**Page 91

C) ANTALGIQUES DE PALIER 2.....Page 92

1) **La Codéine.....**Page 92

2) **Le Dextropropoxyphène.....**Page 93

3) Le Tramadol.....Page 94

4) Les Antalgiques Purs non Morphiniques.....Page 94

D) ANTALGIQUES DE PALIER 3.....Page 95

1) La Morphine et ses Dérivés.....Page 96

a) la morphine.....Page 96

*α) mode d'action.....Page 96*

*β) l'utilisation de la morphine en pratique.....Page 98*

*β<sub>1</sub>) privilégier la voie orale.....Page 98*

*β<sub>2</sub>) instauration du traitement.....Page 98*

*β<sub>3</sub>) relais avec les formes à libération prolongée.....Page 99*

b) les dérivés de la morphine.....Page 100

*α) les agonistes purs.....Page 100*

*β) les agonistes-antagonistes.....Page 102*

<b>2) Un Exemple d'utilisation des Morphiniques : l'analgésie contrôlée par le Patient.....</b>	<b>Page 103</b>
<b>3) Les Freins à la Prescription des Morphiniques.....</b>	<b>Page 105</b>
a) les effets indésirables des morphiniques.....	Page 106
<i>α) la dépression respiratoire.....</i>	<i>Page 106</i>
<i>β) nausées et vomissements.....</i>	<i>Page 106</i>
<i>χ) la constipation.....</i>	<i>Page 107</i>
<i>δ) action sur le système nerveux central.....</i>	<i>Page 107</i>
b) pourquoi les réticences liées aux effets indésirables des morphiniques ne sont pas fondées.....	Page 108
<i>α) la dépression respiratoire.....</i>	<i>Page 108</i>
<i>β) les troubles digestifs.....</i>	<i>Page 109</i>
<i>χ) le risque toxicomanogène.....</i>	<i>Page 109</i>
<i>δ) conclusion.....</i>	<i>Page 111</i>
<b><u>E) ANTALGIQUES ET DOULEURS PAR DESAFFERATION..</u></b>	<b>Page 112</b>

**TROISIEME PARTIE : RÉGLEMENTATION DES  
MÉDICAMENTS STUPÉFIANTS**

**I) LES MODIFICATIONS APPORTEES AU CODE DE LA SANTE  
PUBLIQUE.....Page 115**

**II) LA NOUVELLE LEGISLATION EN PRATIQUE.....Page 120**

**A) LES ORDONNANCES SECURISEES.....Page 121**

**1) Les Caractéristiques Techniques.....Page 121**

**2) Mentions à porter sur les Ordonnances Sécurisées.....Page 122**

**3) Commandes des Médicaments Stupéfiants.....Page 123**

**4) Modalités de Mise en Place des Ordonnances  
Sécurisées.....Page 123**

**5) Le Cas Particulier des Prescriptions Hospitalières.....Page 124**

B) DUREES DE PRESCRIPTION DES STUPEFIANTS.....*Page 125*

C) LES MODIFICATIONS CONCERNANT LA  
DELIVRANCE.....*Page 127*

**III) COMMENTAIRES.....***Page 128*

A) INTERETS POUR LE MALADE.....*Page 128*

B) INTERETS POUR LE MEDECIN.....*Page 129*

C) INTERETS POUR LE PHARMACIEN.....*Page 129*

**IV) CONCLUSION.....***Page 130*

## **QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE**

**I) OBJECTIFS DU QUESTIONNAIRE**.....Page 133

**II) PRESENTATION DE LA METHODE**.....Page 134

**III) LES RESULTATS : COMPTE RENDU DES REPONSES  
OBTENUES**.....Page 135

**IV) COMMENTAIRES**.....Page 146

**A) MOBILISATION DES OFFICINAUX POUR LES SOINS  
PALLIATIFS A DOMICILE**.....Page 146

**B) PHARMACIENS ET SOINS PALLIATIFS : ETAT DES  
CONNAISSANCES**.....Page 147

**1) Niveau d'information sur L'unité Mobile de Soins  
Palliatifs**.....Page 147

**2) Connaissances des Traitements Antalgiques utilisés en Soins Palliatifs.....Page 149**

a) intérêt de la potion de morphine.....Page 149

b) posologies utilisées en soins palliatifs.....Page 150

**C) MODALITES DE DELIVRANCE ET DE PRESCRIPTION DES MORPHINIQUES.....Page 151**

**1) Le Problème posé par la Réglementation.....Page 151**

**2) Les Ordonnances Sécurisées.....Page 152**

**D) INVESTISSEMENT DES OFFICINAUX DANS UNE STRUCTURE DE SOINS PALLIATIFS A DOMICILE.....Page 153**

**1) Participation à un Eventuel Réseau.....Page 153**

**2) Participation à des Réunions de Formations.....Page 154**

**3) Organisation de l'Officinal pour la Mise à Disposition du Traitement.....Page 155**



**V) CONCLUSION**.....Page 156

**A) LES PROBLEMES SOULEVES PAR CETTE ETUDE**.....Page 156

**B) LES POINTS POSITIFS**.....Page 157

**CONCLUSION**.....Page 158

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**.....Page 159

**ANNEXES**.....Page 163

## **SERMENT DE GALIEN**

**JE JURE EN PRESENCE DE MES MAITRES DE LA FACULTE ET DE MES CONDISEIPLES :**

**D'HONORER CEUX QUI M'ONT INSTRUIT DANS LES PRECEPTES DE MON ART ET DE LEUR TEMOIGNER MA RECONNAISSANCE EN RESTANT FIDELE A LEUR ENSEIGNEMENT ;**

**D'EXERCER DANS L'INTERET DE LA SANTE PUBLIQUE, MA PROFESSION AVEC CONSCIENCE ET DE RESPECTER NON SEULEMENT LA LEGISLATION EN VIGUEUR, MAIS AUSSI LES REGLES DE L'HONNEUR, DE LA PROBITE ET DU DESINTERESSEMENT ;**

**DE NE JAMAIS OUBLIER MA RESPONSABILITE, MES DEVOIRS ENVERS LE MALADE ET SA DIGNITE HUMAINE, DE RESPECTER LE SECRET PROFESSIONNEL.**

**EN AUCUN CAS, JE NE CONSENTIRAI A UTILISER MES CONNAISSANCES ET MON ETAT POUR CORROMPRE LES MOEURS ET FAVORISER LES ACTES CRIMINELS.**

**QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDELE A MES PROMESSES.**

**QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES CONFRESSES, SI J'Y MANQUE.**

SON A IMPRIMER N° 336

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

MARCO (Patrice). — Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs à domicile. — 179 f.; ill.; tabl. 30 cm (Thèse : Pharm.; Limoges; 2000).

**RESUME :**

Dans une première partie de ce travail, une définition des soins palliatifs ainsi qu'un positionnement de cette activité médicale par rapport à l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie sont proposés.

Après une étude neurophysiologique de la douleur, une deuxième partie relate les possibilités actuelles de la thérapeutique dans le domaine de l'antalgie.

Puis, une étude comparative résume les modifications apportées à la législation des médicaments (« Journal Officiel » du 1<sup>er</sup> avril 1999 et du 24 septembre 1999).

Enfin, ce travail présente les résultats d'une enquête réalisée en 1999 auprès des pharmaciens d'officine de la Creuse et de la Haute-Vienne, pour lesquels nous voulions connaître leur opinion concernant les soins palliatifs à domicile.

Il ressort de cette enquête que les officinaux sont prêts à participer à des réseaux et qu'ils souhaitent, entre autres, plus de formations et de relations avec les prescripteurs.

**MOTS CLES :**

- Soins palliatifs.
- Douleur.
- Morphiniques.
- Législation.
- Enquête.

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard.  
Directeur de Thèse : Monsieur DEVALOIS Bernard.  
Juges : Monsieur JAUBERT Marc.  
Monsieur PARVEAU Alain.  
Madame RATSIMBAZAFY Voahirana.