

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°33

THESE

pour le

DIPLOME D' ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Anne – Sophie ROGER

née le 02 avril 1975 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2006

**ASSOCIATION DE L'HOMÉOPATHIE A UNE MÉDICAMENT
ALLOPATHIQUE TRADITIONNELLE.
EXPERIENCE PERSONNELLE REALISEE EN SOINS PALLIATIFS**

Président : Monsieur le Professeur LAJAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur TESSON

INTRODUCTION

« *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* » article 37, code de déontologie médicale¹.

Les soins palliatifs se sont développés sur cette nécessité de répondre aux besoins spécifiques des patients présentant une maladie incurable, évolutive et potentiellement mortelle. Ces besoins relèvent le plus souvent de soins visant à rétablir un confort physique et d'un accompagnement du malade et de ses proches. La douleur, les troubles respiratoires, digestifs, neurologiques et psychiques sont notamment très souvent responsables d'inconforts motivant la mise en place de traitements médicamenteux. Notre époque contemporaine offre aux soins palliatifs un vaste arsenal thérapeutique issu de la médecine dite allopathique². Cet arsenal est extrêmement précieux. Il a largement contribué à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Toutefois, ces moyens thérapeutiques exposent les médecins à des difficultés d'utilisation. On identifie trois types majeurs de difficultés : un risque de iatrogénicité (source d'inconforts supplémentaires et d'une dégradation de l'état général du patient) ; une efficacité relative avec parfois persistance de symptômes « rebelles » ; et enfin, une galénique pouvant s'avérer malaisée dans certains cas (comprimés / gélules difficiles à déglutir, injections pénibles).

L'homéopathie est une méthode thérapeutique médicale empirique datant de plus de deux siècles. Elle séduit et voit augmenter le nombre de ses utilisateurs d'année en année. Aujourd'hui, nombreux sont les médecins qui pratiquent cette discipline, tout comme les pharmaciens, les dentistes et aussi les vétérinaires. Elle est considérée comme une médecine s'attachant à la personne malade dans sa globalité, physique et psychique. Les patients

¹ Décret n°95 - 1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale.

² Médecine allopathique – allopathie : provient du grec, *allo* : autre, *pathos* : maladie. Nom donné par les homéopathes à la médecine classique : méthode de traitement employant des médicaments qui produisent des effets contraires à ceux de la maladie à combattre, par opposition à l'homéopathie (cf. chapitre démarche homéopathique).

semblent l'apprécier pour son action sur de nombreux troubles fonctionnels et aussi organiques, associée à une quasi-absence de iatrogénicité. La médecine générale l'utilise couramment de même que de nombreuses spécialités telles que la gynécologie, la pédiatrie, l'oncologie, etc.

En théorie, l'homéopathie nous semble être une thérapeutique applicable dans l'exercice des soins palliatifs. Ces deux pratiques médicales s'intéressent communément au patient dans sa souffrance globale. A travers leur conception et leur philosophie, le malade est considéré dans toute sa spécificité de personne à soigner et non comme un simple corps à traiter. Leur objectif est de le soulager de toute forme d'inconfort avec un minimum d'effets secondaires.

Néanmoins, sur le terrain, l'homéopathie se révèle être très peu utilisée dans le domaine des soins palliatifs. Les homéopathes sont peu présents dans le milieu hospitalier, ce qui relativise la possibilité de mise en place d'études cliniques longitudinales, objectivant l'influence de cette approche médicale dans les unités de soins palliatifs. Est-ce le fruit d'une relative méconnaissance ou par le simple fait que cette pratique médicale ne suscite que trop peu d'intérêt ? Pourtant elle soulève certaines interrogations. Comment des médicaments dilués au centième pourraient soulager une douleur résistante aux plus forts des traitements allopathiques ? Comment une médecine perçue « d'action lente » se justifie-t-elle sur des personnes mourantes dont le besoin est d'être soulagé le plus rapidement de leur inconfort ? Qu'apporterait-elle aux patients dont l'espérance de vie est limitée ?

Exerçant dans les structures hospitalières de soins palliatifs du CHD de La Roche sur Yon et de l'Hôpital local de la Châtaigneraie, de mai 2003 à décembre 2004, nous avons pu observer les limites de l'allopathie dans la prise en charge des personnes en fin de vie. Ayant obtenu dans le même temps le diplôme de médecin homéopathe, nous avons été amenés à nous interroger sur une éventuelle complémentarité entre la médecine allopathique et l'homéopathie. En premier lieu, nous avons mis en évidence certaines similitudes théoriques telles que considérer le malade dans sa globalité et soulager les souffrances physiques et psychiques avec une iatrogénicité minimale. Face à la quasi-absence d'études sur ce sujet, nous avons eu envie d'effectuer notre propre expérience. Avec l'accord et l'aide des deux équipes médicales, quelques traitements homéopathiques ont été administrés sur des patients en situation de soins palliatifs.

A travers cette thèse, nous avons souhaité apporter un questionnement médical autour de cette expérience de pratique de l'homéopathie en soins palliatifs. L'objectif de ce travail n'est pas de tirer des conclusions quant à l'efficacité de l'homéopathie dans ce domaine. Il s'agit pour nous de relater et d'analyser cette expérience, menée auprès de quelques patients au sein d'une réalité hospitalière. Pour commencer notre démarche, nous procéderons à certains rappels théoriques au sujet des soins palliatifs et de l'homéopathie. Puis, nous présenterons nos cas cliniques. Enfin, l'analyse de notre expérience orientera une réflexion sur de prochaines perspectives de travaux.

APPROCHE MEDICALE DES SOINS PALLIATIFS

1. DEFINITION :

Les soins palliatifs concernent des personnes malades atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit l'âge. Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent, par une approche globale et individualisée, à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique et à sauvegarder la dignité de la personne malade et de son entourage. Ils améliorent ainsi la qualité de la vie en luttant contre les symptômes physiques et en apportant un soutien psychologique, spirituel et social. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent également à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Des bénévoles d'accompagnement, formés et bénéficiant d'une supervision des pratiques, peuvent compléter, avec le consentement du patient ou de ses proches, l'action des équipes soignantes (31).

2. PRINCIPES :

Le concept de soins palliatifs se fonde à la fois sur un principe et une pratique (10). Le principe repose sur un choix philosophique (mourir fait partie de la vie) et une position éthique (le respect inconditionnel de la personne considérée dans sa globalité). Quant à la pratique, elle tente de répondre aux besoins spécifiques des patients. Ceux-ci sont évalués à partir du malade, de sa propre place et non pas à partir du point de vue des soignants ou de la famille. Cela souligne l'influence fondamentale du dialogue et de l'écoute du malade.

En résumé, l'exercice des soins palliatifs nécessite certaines conditions indissociables : un choix philosophique et une position éthique.

des soins qualifiés « de confort » pour calmer la souffrance physique et psychique, requérant une compétence spécifique.

des relations d'accompagnement et de soutien du malade et son entourage.

des moyens de communication et d'échange entre les différents soignants.

Des principes de prise en charge en soins palliatifs ont été élaborés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) afin de guider les équipes soignantes dans leur accompagnement des personnes en fin de vie (31) :

- Respect du confort, du libre arbitre et de la dignité :

Lorsqu'un patient arrive en soins palliatifs, il est souvent épuisé physiquement et psychologiquement après des mois voire des années de lutte contre la maladie. Ses besoins sont nombreux et il est parfois difficile de tous les évaluer. L'équipe soignante veillera à ce que chaque prise de décision, concernant la prise en charge des symptômes, soit en harmonie avec ses souhaits. On vise ainsi, pour une majorité des patients, le soulagement de la souffrance tout en préservant au maximum l'expression de la dignité et de la qualité de vie.

- Prise en compte de la souffrance globale du patient :

Les plaintes des personnes en fin de vie sont généralement complexes et globales, empreintes de souffrances physiques et psychiques. Celles-ci s'expriment soit par un trouble organique tel qu'une douleur ou soit par un trouble psychologique tel qu'une angoisse excessive, une insomnie. Ses différentes sources de souffrance sont à évaluer afin qu'elles puissent bénéficier d'un accompagnement adéquat (écoute, communication, réconfort dans le respect de l'autre) ainsi que d'une éventuelle prise en charge médicamenteuse.

- Evaluation et suivi de l'état psychique du patient – qualité de l'accompagnement :

En soins palliatifs, le patient vit fréquemment une angoisse existentielle intense lorsqu'il se voit confronter à l'approche de la mort. Le rôle de l'équipe soignante est de reconnaître cette crise à partir des symptômes exprimés (anxiété, insomnie, douleurs, etc.). Elle doit évaluer comment il les gère et accompagner cette réorganisation psychique grâce à une écoute et un soutien, même si les symptômes sont contrôlés. Pour ce faire, cette approche nécessite une disponibilité de l'équipe soignante et l'instauration d'une relation de confiance entre tous les protagonistes (patients, famille et soignants). Cet accompagnement dans le temps est essentiel afin d'aider le patient à vivre malgré la proximité de la mort.

- Information et communication avec le patient et ses proches :

Dès l'annonce du diagnostic, le patient reçoit de nombreux renseignements sur le type de pathologie, son pronostic, les traitements à envisager, etc. L'arrêt des traitements curatifs est parfois difficile à accepter pour le patient qui lutte depuis des mois voire des années contre la maladie dans l'espoir de guérir. A son arrivée dans le service, l'équipe médicale évaluera l'état de ses connaissances sur la maladie. En fonction de ses capacités et de ses souhaits, elle continuera l'information avec mesure et progressivité. Celle-ci nécessite du temps et de la disponibilité ainsi qu'un environnement adapté. L'information des proches relève de ces mêmes principes. Elle permet d'évaluer leur souffrance, leurs besoins et aide à l'expression de leurs sentiments (ambivalence, fatigue, culpabilité, conflit, peur de l'avenir sans l'autre, etc.). Elle facilite également leur relation avec la personne malade.

- Coordination et continuité des soins :

Les besoins physiques et psychiques évoluent au même rythme que la maladie progresse. Quotidiennement, l'équipe médicale réalise une évaluation de ces besoins afin d'apporter, si possible, un soulagement rapide. Cette prise en charge nécessite, pour être efficace, d'une bonne communication (entre les soignants eux-mêmes et entre les soignants et le patient ou son entourage) et de la mise en place de moyens de coordination. La continuité des soins est favorisée par la définition d'un projet thérapeutique, la tenue du dossier médical par

l'ensemble des soignants et un dialogue permanent dans l'équipe médicale. Des protocoles d'urgence et/ou des prescriptions anticipées, avec les médicaments nécessaires, doivent être en permanence disponibles afin de faire face aux situations aiguës (épisodes de dyspnée majeure, de crise douloureuse, etc.).

- Prise en charge de la phase terminale et de l'agonie :

La phase terminale concerne les derniers jours de la vie et l'agonie les heures précédant la mort. Ce temps est émotionnellement très fort pour le malade, la famille et aussi les soignants. Il peut être celui d'une recherche « d'harmonisation in extremis » pour la personne qui meurt et ses proches. La phase terminale est à anticiper par le choix du lieu de soins le plus adapté au patient et par la mise à disposition de l'équipe soignante (ou éventuellement des proches) des médicaments nécessaires au soulagement d'éventuels symptômes pénibles. La communication avec le patient reste primordiale, qu'elle soit verbale ou non (attitude, regard, toucher, etc.). L'équipe pluridisciplinaire doit le rassurer en expliquant les gestes effectués. Elle doit rappeler régulièrement son engagement à rester à ses côtés pour le soulager consciencieusement. Il est bon que les proches soient intégrés dans cette démarche d'accompagnement en fonction de leurs possibilités. Ils doivent être informés de l'évolution clinique et des traitements mis en place. Les soignants veilleront à leur apporter leur soutien dans leur relation avec le mourant.

- Préparation au deuil :

Les soins palliatifs accompagnent le patient jusqu'à la conclusion de sa vie. On tente de lui procurer le « meilleur bien-être » tout en se préoccupant également du devenir des proches afin d'amoindrir les risques de deuil pathologique. Cette prise en charge nécessite l'instauration d'une bonne communication et d'une information précoce et régulière sur l'évolution de la maladie. Elle leur permet de se préparer à la séparation. Il semble également important d'essayer de repérer « les personnalités sensibles » (relation ambivalente ou dépendante, multiples deuils antérieurs, antécédents de maladie mentale, etc.) pour qu'un professionnel leur propose un suivi psychologique.

3. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PRINCIPAUX PROBLEMES RECONTRES EN SOINS PALLIATIFS :

La pratique palliative peut être amenée à utiliser divers moyens thérapeutiques dans le seul but d'apporter un confort optimal au patient en fin de vie. Seules les modalités classiques de la prise en charge allopathique sont développées dans ce paragraphe. Elles s'inscrivent en marge des recommandations de l'ANAES (31, 32).

3 – 1. Prise en charge des symptômes physiques et psychiques :

Les symptômes présentés par les patients en fin de vie sont divers et nombreux. Ils se révèlent souvent être associés voire intriqués surtout lors de la phase terminale. Deux sortes de traitements peuvent être mis en place : étiologique et/ou symptomatique. Le traitement étiologique s'avère recommandé en première intention dans tous les cas où il est simple, rapidement efficace et acceptable pour le patient, en étudiant au cas par cas le rapport bénéfices / risques des thérapeutiques. Le traitement symptomatique peut lui être associé ou s'y substituer quand il n'est pas possible. Seule son utilisation est détaillée ultérieurement.

Les médicaments utilisés en soins palliatifs sont souvent prescrits en dehors du cadre de leur AMM³. Toutes ces utilisations hors AMM sont autorisées par l'AFSSAPS⁴ qui publia, en octobre 2002, des recommandations de bonne pratique : « Soins Palliatifs : spécificités d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques » (32).

3 – 1 – 1. Douleurs :

- 1^{ère} phase : **évaluation de la douleur** : (10, 26, 31)

La plainte douloureuse nécessite une analyse rigoureuse afin d'orienter au mieux sa prise en charge. Une première analyse, qualitative, détermine ses caractéristiques (ses causes, sa sensation, sa topographie, etc.) et permet ainsi de la classer suivant son type : douleur nociceptive (stimulation des nocicepteurs par envahissement tissulaire), douleur neurogène

³ AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

⁴ AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

ou neuropathique (par lésion nerveuse périphérique ou centrale), douleur mixte (de mécanisme mixte : nociceptive et neuropathique) et douleur psychogène (composante affective prédominante). Une seconde analyse, quantitative, estime son intensité par un interrogatoire, un examen clinique et un outil validé : l'échelle visuelle analogique (EVA) pour les patients capables de communiquer ou l'échelle Doloplus pour les autres. Une dernière analyse, globale, étudie son retentissement sur le comportement quotidien (sommeil, activités, centres d'intérêt, etc.) et l'état psychique (recherche d'une dépression, d'une anxiété, etc.) du patient et de son entourage.

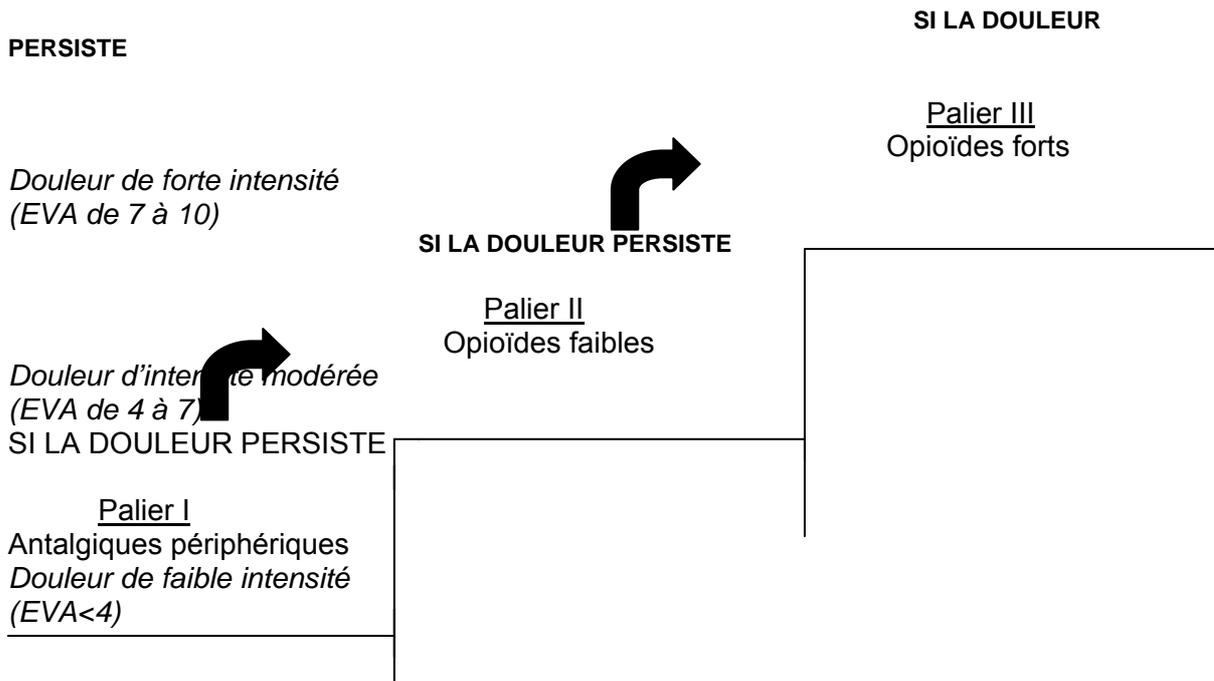
La douleur en soins palliatifs résulte à la fois de facteurs sensoriels, affectifs et cognitifs. Le traitement de la douleur physique n'empêche pas la douleur morale à l'approche de la mort. C'est pourquoi, certains malades continuent à souffrir même en recevant des doses croissantes d'analgésiques. L'évaluation et le traitement de chaque facteur sont nécessaires afin d'apporter un soulagement optimum : traitement d'une insomnie et/ou d'une dépression et/ou d'une anxiété (celles-ci peuvent être la conséquence de la douleur ou à l'inverse la majorer voire provoquer son apparition).

- **2^{ème} phase : traitement de la douleur** : (10, 16, 26, 31, 32)

Conformément aux préconisations de l'OMS⁵, il est recommandé de privilégier la voie orale, d'administrer les antalgiques de manière préventive (pas seulement au moment d'une crise douloureuse), de personnaliser le traitement, de réévaluer régulièrement ses effets (au minimum quotidiennement jusqu'à l'obtention d'une analgésie efficace), d'informer le patient et son entourage des effets indésirables possibles et de mettre à leur disposition des moyens permettant d'y faire face.

Traitement des douleurs nociceptives :

Lorsque le traitement étiologique s'avère insuffisant ou impossible, un traitement symptomatique est instauré avec des analgésiques périphériques et/ou centraux. Leur mise en place s'effectue selon la stratégie en trois paliers recommandée par l'OMS et schématisée par la figure ci-dessous (10) :



⁵OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

L'intensité de la douleur va guider le niveau de la prescription. Les analgésiques périphériques (paracétamol, dérivés salicylés, noramidopyrine) représentent le premier palier pour une douleur d'intensité faible (0 à 4 sur une EVA). Les analgésiques centraux mineurs ou opioïdes mineurs (codéine, dextropropoxyphène, tramadol) correspondent au deuxième palier pour une douleur d'intensité moyenne (4 à 7 sur une EVA). Les analgésiques centraux majeurs ou opioïdes forts (morphine, hydromorphone, fentanyl) constituent le troisième palier pour une douleur de forte intensité (7 à 10 sur une EVA). Classiquement les opioïdes majeurs ne sont pas prescrits en première intention. Cependant, si la douleur est intense d'emblée, il est licite de proposer un antalgique de palier III. De plus, s'il n'est pas logique d'associer un antalgique de palier I insuffisamment actif à un autre produit de même niveau, il est autorisé de coupler l'action d'un analgésique périphérique ou central mineur à celle d'un opioïde majeur.

Cette stratégie de l'OMS fait également appel à l'utilisation de médicaments dits co-analgésiques qui n'ont pas pour fonction première l'antalgie mais qui vont potentialiser l'action des analgésiques. Ils sont spécifiques à chaque type de douleur : antispasmodiques et corticoïdes dans les douleurs viscérales par envahissement tumoral et les coliques abdominales d'une occlusion intestinale ; corticoïdes, à dose plus ou moins forte suivant le contexte clinique, dans les céphalées par hypertension intracrânienne ; anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), corticoïdes, bi-phosphonates et radiothérapie à visée antalgique dans les douleurs de métastases osseuses ; AINS dans les douleurs localisées aux séreuses et muqueuses.

Une rotation d'opioïdes peut s'envisager chez un patient restant douloureux malgré un traitement morphinique bien conduit (résistance à la morphine) ou présentant des effets indésirables sévères et non contrôlés (intolérance à la morphine). Elle correspond au changement d'un opiacé par un autre à dose équivalente. Le choix de l'opioïde de remplacement dépend de la voie d'abord retenue, de l'âge, de l'histoire et des antécédents du patient.

Traitement des douleurs neuropathiques :

Les analgésiques classiques sont rarement efficaces sur ce type de sensations. D'autres classes médicamenteuses leur sont préférées voire associées : les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline) en première intention ou sérotoninergiques (paroxétine) en seconde intention et les anti-convulsivants (clonazépam, carbamazépine, gabapentine).

Traitement des douleurs psychogènes :

Pour les douleurs psychogènes, l'existence d'une composante émotionnelle et cognitive nécessite une prise en charge spécifique par des professionnels. Un traitement médicamenteux se révèle souvent nécessaire à l'aide d'antidépresseurs et/ou d'anxiolytiques. La composante physique de la douleur est soulagée par les antalgiques classiques.

Face à ces différentes douleurs, le rôle du médecin va consister à manier toute la palette thérapeutique mise à sa disposition afin d'essayer de trouver le traitement le plus adéquat au type de douleur, recherchant ainsi une efficacité optimale avec une iatrogénicité minimale.

3 – 1 – 2. Troubles de l'état général : asthénie et diminution des performances physiques :

En soins palliatifs, la maladie progresse inéluctablement, entraînant une dégradation plus ou moins rapide des capacités physiques dont le symptôme principal se reflète par une asthénie globale. Il paraît difficile de lutter contre cette inévitable détérioration physique liée à la maladie incurable. L'équipe soignante tentera, par une prise en charge adaptée, de limiter l'asthénie dans le but de préserver une certaine qualité de vie. Celle-ci comprend des mesures d'économie gestuelle afin de préserver les capacités d'autonomie et de participation : adaptation des activités de la vie quotidienne et des soins ; réaménagement des horaires pour alterner activités et temps de repos ; recherche d'une origine iatrogène (de nombreux médicaments sont susceptibles de majorer l'asthénie) et modification thérapeutique adéquate quand elle est possible. La kinésithérapie est une aide précieuse pour le maintien du potentiel musculaire. Un apport nutritionnel à base de compléments protidiques et un traitement symptomatique par corticoïdes (cure de courte durée) peuvent être proposés au patient (31).

3 – 1 – 3. Troubles de l'alimentation et de l'hydratation :

- **Anorexie – Cachexie** : (31)

La maladie incurable, et particulièrement le cancer, entraîne progressivement l'apparition d'une anorexie et d'une dysphagie, responsables d'une cachexie parfois majeure. Les objectifs de leur prise en charge sont la limitation de l'asthénie, le maintien de l'autonomie et la prévention des escarres. La priorité est d'apporter au patient ce qui lui fait plaisir. Une présentation attirante des repas, des petites portions, des boissons fraîches peuvent favoriser l'appétit. Les préparations hyperprotidiques et hypercaloriques sont à privilégier selon les goûts. En effet, 95% des patients en phase terminale s'alimentent jusqu'à la veille de leur mort, sous couvert de soins de bouche répétés. Des médicaments orexigènes (corticoïdes) sont prescrits si ces mesures simples se révèlent insuffisantes. En présence d'une gastroparésie, des médicaments prokinétiques s'emploient (dompéridone, trimébutine, etc.). L'alimentation entérale ou parentérale n'est pas à proposer systématiquement. Son utilisation s'évalue en fonction de la phase de la maladie et des besoins physiques et psychiques du patient.

- **Déshydratation** :

De façon naturelle, tous les malades proches de la mort présentent un affaiblissement des capacités physiques et cognitives conduisant à un abandon progressif de toute hydratation par voie orale. Il en découle un état de déshydratation croissante. L'observation clinique permet de constater que la déshydratation des malades en fin de vie semble être un phénomène quasi systématique, les préservant de certains inconforts au moment de la phase terminale (9). Notamment, elle entraîne une diminution de la diurèse (avec par conséquent un moindre risque de rétention et une baisse des efforts et inconforts liés à la miction), une diminution des sécrétions pharyngo-laryngées, broncho-pulmonaires et digestives, des phénomènes compressifs, des oedèmes, des épanchements, qui sont toutes sources d'inconfort. De plus, la déshydratation entraîne une sédation progressive, naturelle. Elle participe certainement à une perte naturelle de la conscience des malades en fin de vie, les protégeant peut-être en partie de l'angoisse de la mort prochaine. La déshydratation induit ainsi, finalement, une diminution progressive des différentes fonctions physiologiques de l'organisme, conduisant la plupart des malades à mourir en « s'éteignant doucement » dans un affaiblissement physique et psychique progressif.

Dans ces conditions de déshydratation, l'expérience montre que l'inconfort exprimé relève d'une sensation désagréable de sécheresse buccale, beaucoup plus que celle d'une véritable sensation de soif. Un soulagement correct de ces symptômes semble être obtenu par des moyens simples (6, 10, 31) : humidification buccale régulière par des soins de

bouche actifs 4 fois par jour (1/3 de sérum physiologique, 1/3 de bicarbonates 1,4 % et 1/3 d'antimycosiques si besoin), un traitement curatif des mycoses oro-pharyngées, l'utilisation de brumisateurs d'eau, d'eau gélifiée, de glaçons ou de cubes d'ananas et la prévention des lèvres contre des gerçures ou fissures par un baume hydratant ou vaseline.

Une réhydratation parentérale n'est pas recommandée en systématique. La décision de son instauration dépend de la maladie, de son stade évolutif et des souhaits du patient ou de son entourage s'il ne peut les exprimer (31). Qu'il y ait ou non une hydratation parentérale (dans ce cas, la voie sous-cutanée est à privilégier), un apport liquidien même minime par voie orale est à conserver quand cela s'avère possible.

3 – 1 – 4. Troubles digestifs :

- **Nausées – Vomissements** : (16, 31, 32)

Ces troubles, très fréquents en soins palliatifs, sont délétères pour la qualité de vie du patient. Leur pénibilité est importante, source d'épuisement général. De plus, ils empêchent toute prise alimentaire, majorant ainsi l'affaiblissement des capacités physiques.

La première étape de leur prise en charge consiste en un diagnostic précis de leur étiologie : carcinose péritonéale, hypercalcémie, hypertension intracrânienne, médicaments, angoisse, etc. Dans tous les cas, un traitement symptomatique peut être proposé selon le contexte, le mécanisme des vomissements et le mode d'administration possible des médicaments. Les vomissements d'origine périphérique, liés à un trouble du tractus digestif (sans occlusion organique), sont traités en première intention par les antiémétiques périphériques (métoclopramide, dompéridone). En cas d'échec, on utilise par voie sous-cutanée (SC) les anti-émétiques centraux (neuroleptiques) et les anti-sécrétoires (scopolamine). Les vomissements d'origine centrale, liés à des troubles métaboliques, à la prise d'opiacés, à une chimiothérapie ou une tumeur cérébrale, sont traités par les neuroleptiques antiémétiques (chlorpromazine, halopéridol, lévomépromazine, métoclopramide à forte dose). La voie SC en continu est à privilégier surtout lors de la phase terminale.

Dans ces deux types de vomissements, des corticoïdes, à dose plus ou moins forte, peuvent être associés au traitement anti-émétique. Un traitement par benzodiazépines anxiolytiques (bromazépam, alprazolam per os voire midazolam en SC) est conseillé en cas d'anxiété majeure pouvant accroître les troubles. De plus, on peut mettre en place d'autres moyens simples comme la suppression, dans la mesure du possible, des stimuli susceptibles d'aggraver les symptômes (ex : odeurs), de fractionner les repas et de proposer de petites collations.

- **Constipation** : (16, 31)

La constipation est très fréquente et souvent liée au traitement morphinique, à l'alitement et à la pathologie (responsable d'une déshydratation qui la majore). Il faut évaluer le rythme habituel des selles pour un malade donné. C'est le changement de ce rythme qui est à prévenir et à traiter. Le traitement sera guidé par l'inconfort ressenti et ses difficultés d'exonération, plus que par la fréquence des selles. La prévention est systématique et diverse : par la diététique (hydratation suffisante, régime alimentaire à base de fibres, etc.), par le respect des habitudes de défécation du patient (horaire, position physiologique, etc.), par une activité physique régulière (ou à défaut par des massages du cadre colique respectueux du péristaltisme), par un traitement laxatif (laxatifs osmotiques - lactulose, stimulants - cascara, suppositoires – bicarbonate de sodium, lavements par voie basse) et par un éventuel geste thérapeutique (toucher rectal évacuant un fécalome).

- **Diarrhée** : (16, 31, 32)

C'est un symptôme régulièrement rencontré suite à une irradiation abdominale ainsi que chez les patient HIV (jusqu'à 15 à 20 selles par jour). Elle doit être rapidement traitée car elle retentit sur l'hydratation et l'état général du patient. S'il s'avère possible, le traitement étiologique est à réaliser en première intention. Le traitement symptomatique consiste en un anti-diarrhéique type loperamide ou diosmectite. Un morphinique et/ou un anti-sécrétoire (octréotide) et/ou un antispasmodique (tiémonium) peuvent lui être associés, en fonction du contexte clinique. Des mesures hygiéno-diététiques sont aussi à mettre en place : adaptation du régime alimentaire (arrêt momentané des laitages, des compléments nutritifs liquides, réhydratation) et soins d'hygiène (changes répétés, protection de la peau du périnée par des crèmes protectrices).

- Occlusion intestinale : (16, 31, 32)

En cas d'occlusion intestinale (principalement liée à une tumeur intrinsèque, des adhérences, une carcinose péritonéale ou des compressions extrinsèques), la chirurgie palliative est à discuter en première intention.

Si elle ne peut être réalisée, on propose un traitement symptomatique médicamenteux contre les douleurs (association d'un analgésique de palier I, II ou III, d'un antispasmodique – tiémonium et +/- d'un corticoïde) et contre les nausées et vomissements (association d'un anti-émétique neuroleptique – chlorpromazine, d'un corticoïde à forte dose – méthylprednisolone et d'un anti-sécréteur – scopolamine ou octréotide). La voie injectable (SC, IV⁶) est à privilégier. Il est nécessaire de diminuer les apports hydriques au minimum (500 à 1000 ml/j). Les anti-émétiques stimulant la vidange gastrique (dompéridone, métoclopramide) ainsi que les laxatifs stimulants sont contre-indiqués dans toute occlusion intestinale. Un fécalome est à éliminer avant tout traitement.

On doit minimiser l'utilisation de l'aspiration gastrique. Elle n'est proposée qu'en cas de vomissements résistants aux traitements précédents ou de vomissements fécaloïdes. Si la sonde d'aspiration est inévitable, une gastrostomie ou une jéjunostomie de décharge sont à privilégier. Elles semblent plus confortables qu'une sonde naso-gastrique.

En cas de contrôle total ou même partiel des nausées et des vomissements, le patient peut continuer à s'alimenter et à boire en fonction de ses capacités.

3 – 1 – 5. Troubles respiratoires :

- Dyspnée : (10, 16, 31, 32)

Cette respiration difficile, laborieuse et inconfortable est responsable d'une sensation désagréable (non douloureuse au sens strict du terme), comprenant à la fois la perception de la sensation par le patient et sa réaction vis à vis de celle-ci. Elle s'avère très anxiogène tant pour le patient, son entourage que pour l'équipe soignante. La gêne ressentie s'évalue par la clinique à la recherche de signes de lutte, souvent invalidants pour le patient, comme une fréquence respiratoire élevée (FR \geq 30), une respiration abdominale, un tirage sus claviculaire et sus sternal, etc.

Lorsque le traitement étiologique (broncho-dilatateurs, corticoïdes, diurétiques, antibiotiques, endoprothèse, etc.) s'avère insuffisant, et que le patient présente une difficulté respiratoire majeure avec polypnée, on instaure un traitement symptomatique. Les corticoïdes (prednisolone) sont indiqués en cas de compression des voies respiratoires ou de lymphangite carcinomateuse. En présence d'une anxiété associée, les benzodiazépines à demi-vie courte (alprazolam per os, midazolam par voie injectable) sont proposées. Une diminution des apports hydriques est réalisée en présence d'un encombrement bronchique

⁶ IV : intraveineux.

majeur, associée aux anti-sécrétoires (scopolamine en SC) et éventuellement aux broncho-dilatateurs β_2 stimulants lors d'une composante obstructive.

Parallèlement aux traitements médicamenteux, on rassure le patient par la parole et la présence de soignants, on le repositionne dans son lit ou au fauteuil afin d'améliorer la respiration (position demi-assise), on le conseille pour éviter la crise de panique, on lui enseigne des techniques de relaxation, de massage ou de kinésithérapie respiratoire douce (ventilation abdomino-diaphragmatique) et on peut l'aider avec un ventilateur ou un courant d'air pour atténuer sa sensation de manque d'air.

Lors d'une dyspnée résistante aux traitements précédents, l'utilisation de la morphine à visée dysanaleptique respiratoire est proposée. Elle diminue la sensation de gêne respiratoire (par une action centrale) ainsi que la consommation d'oxygène et le travail respiratoire. Elle ne provoque pas de détresse respiratoire aux doses initiales utilisées pour calmer la dyspnée. Comme pour la douleur, la posologie quotidienne s'adaptera en fonction de la réponse clinique. Lors d'une crise de dyspnée aiguë, on peut recourir à la morphine pour diminuer cette sensation. Le plus souvent, la dyspnée est d'origine multifactorielle et l'association d'un morphinique et d'un anxiolytique semble efficace afin d'apporter un confort convenable au patient. L'oxygénothérapie est rarement indispensable. On peut l'introduire en cas de cyanose importante.

Quelle que soit la thérapeutique utilisée, il est nécessaire de réévaluer la situation toutes les quatre heures. L'efficacité du traitement sur la sensation dyspnéique est appréciée par le patient à l'aide d'une auto-évaluation (échelle verbale subjective). Chez les patients dyspnéiques en phase ultime, il est recommandé de préparer l'équipe soignante et les proches à la survenue d'une crise asphyxique et de prévoir à l'avance les traitements à utiliser en urgence (morphine, midazolam SC ou IV, scopolamine SC).

- Toux : (16, 31, 32)

Chaque accès de toux entraîne, généralement, une crise douloureuse épuisant le patient. Lorsque le traitement étiologique n'est plus possible, un traitement symptomatique est débuté par des mesures simples : repositionnement du patient dans son lit ; humidification de l'air inspiré ; aérosols hydratants (de sérum physiologique ou d'eau faiblement minéralisée) et apports hydriques limités au maximum.

Puis, on instaure un traitement médicamenteux en fonction des caractéristiques de la toux. Pour une toux productive, les mucolytiques ne sont pas recommandés chez les patients en fin de vie souvent incapables d'expectorer. En présence d'un encombrement bronchique majeur, un anti-sécréteur (scopolamine SC) s'avère éventuellement efficace. Une kinésithérapie non douloureuse peut être effectuée, associée à une humidification de l'air. Pour une toux sèche, un antitussif opiacé ou non (codéine, pholcodine, dihydrocodéine ou dextrométhorphan) est utilisé. La morphine (même posologie que pour la dyspnée) ainsi que des aérosols d'anesthésiques locaux (diète complète d'une heure après la nébulisation) sont également proposés pour une toux sèche et rebelle. Quel que soit le type de toux, les broncho-dilatateurs β_2 mimétiques stimulants en aérosols peuvent être employés s'il existe une composante obstructive.

3 – 1 – 6. Troubles neuropsychiques :

La fin de vie est bien souvent un parcours psychique intense, fait de moments difficiles entrecoupés de moments d'apaisement.

- Anxiété : (10, 16, 31, 32)

En soins palliatifs, l'anxiété est un sentiment fréquent. Il semble normal face à la mort à venir. Mais l'anxiété peut éventuellement submerger le patient et alors nécessiter une aide

médicale. Elle est à prendre en charge rapidement par un soutien médicamenteux et aussi une présence. Les anxiolytiques (benzodiazépines à demie-vie courte – alprazolam) semblent efficaces pour soulager les aspects somatiques de l'anxiété. Le recours aux techniques corporelles (relaxation, massage, etc.) est à envisager si l'état du patient le permet.

Souvent, les familles sont très éprouvées par l'accompagnement de leur proche en fin de vie, d'autant plus que la durée est parfois plus longue que prévue. Elles ont également besoin du soutien de l'équipe soignante.

- Troubles du sommeil : (16, 31, 32)

Ils sont à rechercher, que le patient s'en plaigne ou non. Ils peuvent être le signe d'alerte d'une anxiété, d'une dépression, d'une douleur chronique, d'un syndrome confusionnel, etc. Ces répercussions (asthénie, anorexie, dépression) sont à apprécier systématiquement. La prise en charge commence par la mise en place d'un confort et d'un environnement sécurisant et favorable au sommeil. Le respect de ses habitudes nocturnes ainsi que de ses propres rites d'endormissement sont une priorité. Il est important de veiller à ne pas favoriser l'inversion des cycles de sommeil et à éviter les soins non indispensables la nuit. On peut proposer des techniques de relaxation afin de faciliter son apparition. Un traitement médicamenteux ne sera instauré qu'en dernier recours face à une insomnie rebelle. Il dépendra de son type : un anxiolytique en cas d'anxiété associée (bromazépam), un somnifère en cas de difficulté d'endormissement (zopildem), un antidépresseur sédatif en présence de signes de dépression (amitriptyline), un neuroleptique dans les insomnies rebelles (cyamémazine).

- Confusion – Agitation : (31, 32)

Le syndrome confusionnel peut annoncer la phase terminale. Il est à prendre en charge rapidement car il est source d'anxiété pour le patient et sa famille et peut entraîner déshydratation et arrêt de l'alimentation. Dans un premier temps, on recherche son étiologie : globe vésical, fécalome, douleurs, métastases cérébrales, iatrogénicité médicamenteuse (morphiniques, psychotropes), troubles électrolytiques (hypercalcémie, déshydratation, etc.) ou phase terminale de la maladie. Dans un second temps, une prise en charge symptomatique peut être associée ou substituée au traitement étiologique si celui-ci s'avère insuffisant ou impossible.

En cas d'agitation non réactive à l'entourage (cause médicale, confusion), les neuroleptiques sédatifs sont utilisés comme l'halopéridol, le chlorpromazine ou le lévomépromazine. En cas d'agitation névropathique, réactive à une situation anxiogène, les benzodiazépines d'action rapide sont employées soit per os (alprazolam), soit par voie injectable (midazolam). En parallèle, le facteur déclenchant doit être recherché et stoppé si cela s'avère possible.

Tableau récapitulatif des traitements symptomatiques les plus utilisés en soins palliatifs :

SYMPTOMES	TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	
DOULEURS	Nerveuses par compression /stimulation	Analgésiques +++ AINS ++ - Corticoïdes
	Nerveuses par destruction	Anti-dépresseurs tricycliques +++ Anti-épileptiques +++
	Osseuses (tumeur primitive ou métastase)	Analgésiques AINS +++ - Corticoïdes - Biphosphonates Radiothérapie - Kinésithérapie
	Viscérales	Analgésiques Antispasmodiques - Corticoïdes - AINS
	Céphalées	Paracétamol +++ Corticoïdes - Benzodiazépines
	Séreuses / Muqueuses Musculaires	AINS +++ Analgésiques
	Psychogènes	Antidépresseurs – Benzodiazépines Ecoute

TROUBLES DIGESTIFS	Vomissements périphériques	Anti-émétiques prokinétiques +++ ; si échec anti-émétiques neuroleptiques Corticoïdes - Anti-sécrétoires Benzodiazépines si anxiété associée
	Vomissements centraux	Anti-émétiques neuroleptiques +++ Corticoïdes Benzodiazépines si anxiété associée
	Occlusion intestinale	Anti-émétiques neuroleptiques +++ Antispasmodiques - Corticoïdes - Anti-sécrétoires Analgésiques contre les douleurs Benzodiazépines si anxiété associée
	Diarrhée	Ralentisseurs digestifs - Anti-sécrétoires - Anti-spasmodiques
	Constipation	Laxatifs osmotiques - émoullients - stimulants Diététique

TROUBLES RESPIRATOIRES	Dyspnée	Corticoïdes si compression des voies respiratoires Benzodiazépines si anxiété associée Morphine si dyspnée rebelle Anti-sécrétoires si encombrement bronchique
	Toux productive	Anti-sécrétoires +/- Kinésithérapie respiratoire
	Toux sèche	Antitussifs opiacé ou non Morphine si toux rebelle

	Anxiété	Benzodiazépines +++ Ecoute
--	---------	-------------------------------

TROUBLES NEURO – PSYCHIQUES	Troubles du sommeil	Benzodiazépines si anxiété associée Somnifères si trouble de l'endormissement Antidépresseurs sédatifs si dépression associée Neuroleptiques si insomnie rebelle
	Confusion Agitation	Neuroleptiques sédatifs si agitation non réactive à l'entourage Benzodiazépines d'action rapide si agitation réactive à une situation anxiogène

3 – 2. *Accompagnement spirituel : (10, 31)*

Des questions spirituelles telles que le sens de la vie, la culpabilité, la peur de la mort, la perte de contrôle des événements, les aspects religieux, peuvent relever d'un accompagnement. Il est important de permettre l'expression des croyances et des représentations, particulièrement lors de l'aggravation de la maladie et/ou à l'approche de la mort. Un accompagnement, une assistance affective et spirituelle doivent pouvoir être assurés, dans le respect de ses convictions : respect de ses opinions philosophiques et religieuses, respect de sa dignité et de son intimité. L'élaboration d'une réflexion au sein de l'équipe est fondamentale afin d'établir une relation de confiance et d'engagement avec le patient et ses proches et de rechercher le soutien le plus adapté dans le respect de la vie privée.

3 – 3. *Prise en charge des problèmes sociaux et familiaux : (10, 31)*

Les difficultés sociales et familiales telles que perte d'emploi, problèmes financiers (notamment coût des soins et du matériel), changement de rôle social et familial, peur de la dépendance, isolement, personne(s) à charge, conflits familiaux sont à identifier par une évaluation sociale, économique et familiale réalisée précocement. La compréhension de la structure familiale (éventuellement à l'aide d'un géosociogramme) permet de repérer chacun de ses membres, leur rôle respectif et aide à pointer ceux qui auront le plus besoin de soutien (enfants en bas âge...). Grâce à cette évaluation, une prise en charge adéquate sera réalisée, dans le respect de la vie privée, par des professionnels compétents comme les assistantes sociales, parties intégrantes de l'équipe soignante.

LA DEMARCHE HOMEOPATHIQUE

–

1. DEFINITION ET RAPPELS HISTORIQUES :

Le terme homéopathie provient du grec *OMOIOS* qui signifie *SEMBLABLE* ou *ANALOGUE* et du grec *PATHOS* qui signifie *SOUFFRANCE* ou *MALADIE*.

En décembre 1997, la commission d'étude sur l'homéopathie du Conseil National de l'Ordre des Médecins proposa la définition suivante : « *l'homéopathie est une méthode*

thérapeutique basée sur le trépied conceptuel d'Hahnemann : similitude, globalité, infinitésimalité. Elle correspond à l'administration de doses très faibles ou infinitésimales de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes chez l'homme en bonne santé (pathogénésies), des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade »⁷ (25).

C'est à la fin du XVIII^{ème} siècle que l'homéopathie actuelle naquit des recherches du médecin allemand Samuel Christian Frédéric Hahnemann (1755-1843). Nommé docteur en médecine en 1779, celui-ci exerça la médecine allopathique jusqu'en 1790. Non satisfait par la pratique médicale de l'époque qui, selon lui, promettait toujours un bien qu'elle ne donnait pas, il décida d'interrompre l'exercice de la médecine et de se consacrer à la traduction d'ouvrages de médecine, de pharmacie et de chimie. En 1790, alors qu'il traduisait la matière médicale de Cullen (1712-1790), Hahnemann découvrit l'homéopathie. En effet dans cet ouvrage, Cullen affirmait que l'écorce de quinquina était efficace contre la fièvre grâce à son action tonique sur l'estomac et qu'elle était susceptible de déclencher de la fièvre chez les sujets sains. Hahnemann resta perplexe face à cette hypothèse et décida de chercher par lui-même et sur lui-même les propriétés d'un agent aussi précieux pour la guérison d'un grand nombre de maladies. A cet effet, il s'administra, pendant plusieurs jours, de fortes doses de quinquina et constata qu'à chaque prise, une pseudo-crise de paludisme se déclenchait. Le principe de la loi des semblables (ou principe de similitude) était né : « des substances qui provoquent une sorte de fièvre chez l'homme sain, coupent les diverses variétés de fièvre intermittente », autrement dit « la fièvre guérit la fièvre ». Par la suite, il étendit ses investigations à d'autres substances couramment utilisées à l'époque (arsenic, belladone, etc.) et à d'autres personnes. Il commença à les utiliser avec succès en thérapeutique selon ce principe de similitude. Afin de diminuer les effets toxiques de ses expérimentations, Hahnemann dilua de plus en plus les médicaments homéopathiques et s'aperçut que ceux-ci conservaient toute leur efficacité, même à des doses très faibles. Après vingt ans de pratique, en 1810, il publia son œuvre maîtresse, « l'organon⁸ de l'art de guérir » où il expose les principes de l'homéopathie, se référant constamment à l'observation et à la rigueur de l'expérience. Hahnemann continua cette œuvre par la publication des effets des substances médicinales sur sujets sains, « Traité de matière médicale homéopathique », établissant ainsi une pharmacie rigoureuse et exploitable pour appliquer la loi de la similitude (11, 24, 25).

Cette nouvelle thérapeutique va progressivement se propager au XIX^{ème} siècle dans de multiples pays (Grande-Bretagne, Etats-Unis, France, Amérique du sud, Inde, Russie, etc.). De nombreux successeurs de nationalités différentes poursuivirent l'œuvre d'Hahnemann en expérimentant d'autres médicaments et en introduisant des idées et des pratiques nouvelles dans l'homéopathie. En France, ouverture du premier dispensaire homéopathique, rue de la Harpe à Paris par Mure (1809-1858) puis création en mars 1870 par Jousset (1880-1963) de l'hôpital Saint Jacques à Paris, à vocation homéopathique et toujours d'actualité. De nos jours en France, le diplôme permettant d'exercer la pratique homéopathique est attribué aux étudiants, obligatoirement docteurs en médecine, après trois années d'enseignement délivrées soit par l'Ecole française d'homéopathie (regroupement de l'Ecole homéopathique de l'Hôpital Saint Jacques, de l'Institut national homéopathique français et du Centre homéopathique de France) ou soit par les facultés de médecine au nombre de 8 en France (Besançon, Lille, Bordeaux, Paris XIII, Limoges, Poitiers, Marseille et Lyon). (24, 25, 35, 36)

⁷ Définition présentée et adoptée les 11 et 12/12/97 lors de la 213^{ème} session du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

⁸ Organon : provient du mot latin organo signifiant « j'assemble ».

2. QUATRE GRANDS PRINCIPES DE L'HOMÉOPATHIE :

SIMILITUDE (ou analogie)
 INDIVIDUALISATION des symptômes
 GLOBALITE des symptômes
 4- INFINITESIMALITE

2 – 1. Principe de similitude :

Hahnemann fit reposer sa doctrine sur la notion du principe de similitude, qui s'énonce ainsi : « *une substance médicamenteuse, capable de déterminer des troubles pathologiques dans un organisme en bonne santé, peut guérir des troubles analogues chez un individu malade* ». C'est le principe fondamental de l'homéopathie : « *similia similibus curentur* », les semblables sont guéris par les semblables. Ce fondement avait déjà été pressenti par Hippocrate et son école qui constatèrent un parallélisme entre le pouvoir toxicologique d'une substance et son action thérapeutique. Hippocrate énonçait « *les mêmes choses qui ont provoqué le mal, le guérissent* » (11, 25).

Afin de connaître l'action pharmacodynamique des substances qui serviront de base médicamenteuse, des expérimentations humaines sont réalisées. Elles sont connues sous le nom de pathogénésie (pathos = maladie, génésie = création), c'est-à-dire le développement d'une pathologie artificielle chez un sujet ne présentant aucun problème de santé diagnostiqué. Les substances expérimentées d'origine diverse (animale, végétale, minérale) sont testées à différents dosages. Les symptômes apparus chez les sujets pendant toute la durée de l'absorption médicamenteuse sont minutieusement recueillis. Seuls les plus frappants, les plus originaux, les plus inusités et les plus personnels sont conservés et deviennent les signes clés, les plus caractéristiques du médicament homéopathique. Ils sont consignés dans la matière médicale homéopathique qui rassemble les symptômes toxicologiques, les symptômes pathogénétiques et les symptômes guéris observés cliniquement de chaque traitement homéopathique expérimenté (24, 25).

Le médecin homéopathe doit donc faire une observation clinique la plus précise et complète possible afin d'obtenir les symptômes les plus caractéristiques de son patient. Il pourra, par la suite, les confronter à ceux des pathogénésies, consignés dans la matière médicale pour obtenir de la sorte un traitement homéopathique le plus efficace possible. La démarche de l'homéopathe est, après la démarche médicale classique, de comparer un tableau pathologique à un tableau expérimental.

Au final, suivant le principe de similitude, le médicament homéopathique déclenche chez le patient une maladie analogue à celle dont il souffre déjà, mais elle est d'intensité plus forte dans le but de la faire disparaître. La plus forte détruit la plus faible. Par la suite, la maladie artificielle créée par le médicament homéopathique, ayant détruit la véritable maladie, va s'affaiblir et disparaître totalement à l'arrêt de la prise du médicament.

2 – 2. Principe d'individualisation :

Une distinction doit être faite entre la sémiologie allopathique et homéopathique. La médecine allopathique recherche des signes cliniques de la maladie aboutissant à un diagnostic nosologique et de celui-ci à un choix thérapeutique. Le praticien allopathe prescrit

une même catégorie de médicaments (antibiotiques, antalgiques, etc.) aux malades présentant les mêmes signes typiques d'une affection. En médecine allopathique, le traitement est choisi en fonction des signes de la maladie.

La médecine homéopathique fait cette même démarche classique mais en plus, elle recherche une sémiologie complémentaire individuelle, plus personnelle au patient, appelée RIM (réaction individuelle du malade ou mode réactionnel individuel). Elle aboutit à un diagnostic de médicament par comparaison avec les pathogénésies de la matière médicale. En homéopathie, le traitement est choisi en fonction de la manière originale dont le malade manifeste sa maladie. Elle est une médecine réactionnelle qui impose au praticien de rechercher les symptômes les plus caractéristiques, les plus frappants, les plus singuliers et les plus extraordinaires du patient (24, 25).

2 – 3. Principe de globalité :

C'est la prise en considération de l'ensemble des symptômes caractéristiques du malade (les plus personnels) physiques, psychiques ou sensoriels contemporains de la pathologie à soigner. Lorsque la pathologie est aiguë, la recherche du traitement est basée sur la similitude s'établissant entre le tableau clinique ponctuel observé (le mode réactionnel individuel - la globalité du moment) et la matière médicale homéopathique retenue par le médecin. Lorsque la pathologie est plus ancienne et polyvalente, appelée maladie chronique, la notion de mode réactionnel répond à la recherche de la globalité du patient (recherche du traitement de fond) basée sur l'ensemble des pathologies observées de la naissance à l'instant de la consultation, c'est-à-dire sur les antécédents personnels voire familiaux (11, 24, 25).

2 – 4. Principe d'infinitésimalité :

Pour éviter les intoxications lors des expérimentations sur le sujet sain, Hahnemann a été amené naturellement à réduire les doses administrées en les diluant. Il constata alors que plus la dose expérimentale était diluée, plus les signes étaient nombreux, significatifs et dignes d'intérêt. Les pathogénésies réalisées en haute dilution déterminent les symptômes les plus fins, les plus caractéristiques du médicament testé. De plus, Hahnemann observa que l'administration d'une substance à dose pondérale chez l'homme malade entraînait une phase d'aggravation passagère de la maladie, précédant la guérison. Cette dilution de la dose sembla atténuer voire faire disparaître cette phase. Ainsi, pour les homéopathes, l'infinitésimalité permet d'éviter une toxicité aussi bien expérimentale que thérapeutique, tout en augmentant l'efficacité d'action du médicament (11, 24, 25).

3. METHODOLOGIE EN PRATIQUE HOMEOPATHIQUE :

A la fin du premier entretien, l'homéopathe a obtenu des informations personnelles diverses et variées (les symptômes les plus frappants, singuliers, caractéristiques et extraordinaires). C'est la phase d'individualisation. Son travail va ensuite consister à les valoriser puis à les hiérarchiser : procédé lui permettant d'obtenir des critères objectifs déterminants pour le choix du médicament. La sémiologie homéopathique est axée sur cette note subtile d'individualisation de la réponse thérapeutique au cas particulier du malade pris en charge.

3 – 1. Valorisation des symptômes : (24, 25)

Le symptôme est valorisé par une quantification correspondant à la fréquence, plus précisément, au nombre de fois où les expérimentateurs, lors d'une pathogénésie, le développeront. Le symptôme est quantifié de manière décroissante allant d'un degré fort (ou dit de troisième degré) pour un maximum d'expérimentateurs à un degré faible (de premier degré) pour un minimum d'expérimentateurs, en passant par un degré intermédiaire dit degré moyen ou de deuxième degré.

3 – 2. Hiérarchisation des symptômes : (24, 25)

Les symptômes sont ensuite hiérarchisés dans un ordre décroissant, des symptômes essentiels à accessoires :

3 – 2 – 1. Symptôme de premier ordre : le signe étiologique ou causalité :

Il inclut toutes les causes acquises physiques et psychiques, exogènes ou endogènes (les causes climatiques, traumatiques, les intoxications, les perturbations psychologiques et les troubles physiologiques), susceptibles de produire et d'expliquer le trouble pathologique.

3 – 2 – 2. Symptôme de deuxième ordre : le signe psychique :

Il est défini comme une modification du comportement par rapport à l'état préexistant. Les signes importants sont en relation avec l'instinct de survie, les troubles de l'humeur et du comportement social. Les autres signes, d'une moindre importance, sont les troubles de la perception, de l'intelligence et de la mémorisation, les thèmes du contenu onirique, les perturbations du sommeil et de la sphère sexuelle.

3 – 2 – 3. Symptôme de troisième ordre : le signe général :

Il correspond à l'ensemble des réactions globales du patient confronté à un trouble clinique qui l'envahit. Il comprend le mode réactionnel du patient (lié à son terrain), les signes objectifs (état pondéral, transpiration, fièvre et pouls, sommeil et sécrétions), les signes subjectifs (vitalité, thermorégulation, douleurs, soif) et la relation avec les aliments (aversion, désir).

3 – 2 – 4. Symptôme de quatrième ordre : la modalité générale :

Il s'agit de la façon dont le symptôme significatif est modulé par certains facteurs soit dans le sens d'une amélioration, soit dans le sens d'une aggravation. Les principales modalités sont la température ambiante (ex : aggravé ou amélioré par le froid), le contexte psychologique (ex : amélioré ou aggravé après une consolation), la position (ex : influencé par le repos), les excitations sensorielles (ex : aggravation par le bruit, les odeurs fortes), les modalités circadiennes (ex : amélioré la nuit), alimentaires et physiologiques (concernant les éliminations, les repas, le sommeil et les menstruations).

3 – 2 – 5. Symptôme de cinquième ordre : le signe loco-régional :

C'est un symptôme limité à une portion circonscrite de l'organisme ou d'un organe. Son étude le met au premier plan en l'absence des autres signes (trois signes locaux équivalents à un signe général). Il acquiert de la valeur par sa netteté et ses modalités. Il est présent dans les deux types de pathologies, aiguës et chroniques.

3 – 3. *En résumé : la démarche diagnostique du médecin homéopathe :*

L'homéopathe doit avoir une démarche diagnostique rigoureuse afin d'aboutir à une prescription la plus adaptée et la plus personnalisée à chaque patient. Cette démarche peut être synthétisée par sept étapes :

1^{ère} étape : Faire le diagnostic nosologique de la pathologie.

2^{ème} étape : Juger de la pertinence d'un traitement homéopathe.

3^{ème} étape : Etape d'individualisation : rechercher les symptômes personnels du malade en distinguant bien les signes caractéristiques liés à la maladie actuelle des signes correspondants au terrain du patient. Cette étape s'effectue par le biais de questions simples, utilisables aussi bien pour les pathologies aiguës que chroniques :

- 1) A la suite de quoi ?
- 2) Où, quand, comment ?
Sensations ? Aspect ?
- 3) Ce qui aggrave ?
Ce qui soulage ?
- 4) Ce qui accompagne ?
- 5) Ce qui surprend ?
- 6) Chez qui ?

4^{ème} étape : Etape de valorisation puis de hiérarchisation des symptômes qui permettront d'aboutir au choix du médicament ainsi que de sa dilution. Pour cela, il est nécessaire de choisir un minimum de trois signes caractéristiques (dits Trépied de Hering) mais de valeur maximale.

5^{ème} étape : Faire le diagnostic du médicament homéopathe en comparant le tableau clinique avec un des tableaux expérimentaux de la matière médicale.

6^{ème} étape : Vérifier que l'action générale du médicament est en accord avec la pathologie.

7^{ème} étape : Respecter les règles de prescription et plus particulièrement le choix de la dilution (pathologie aiguë ou chronique), la répétition des prises, etc.

4. LE MEDICAMENT A USAGE HOMEOPATHIQUE :

4 – 1. Définition : (24, 25)

Le médicament homéopathique n'existe qu'en fonction du phénomène de la similitude. Toute substance ayant fait l'objet de la description d'une pathogénésie peut devenir ainsi un médicament homéopathique. La pharmacopée donne également la formulation suivante : « *les préparations homéopathiques sont des médicaments obtenus par la méthode des dilutions successives dites hahnemanniennes* ».

4 – 2. Origine : (24, 25)

Afin de respecter la qualité du produit actif (base de l'application du traitement), le contrôle des matières premières est fondamental et tout particulièrement la sélection de son origine appelée « souche », de deux provenances différentes :

4 – 2 – 1. Provenance naturelle et assimilée composée des souches des trois règnes :

- **Souches d'origine végétale** :

Plus de quinze cents espèces botaniques sont dénombrées et utilisables, telles que des renonculacées (*pulsatilla nigricans* - anémone pulsatile...), des ombellifères (*conium maculatum* - grande cigüe...), des composées (*chamomilla vulgaris* - camomille allemande...) ou des champignons (*agaricus muscarius* - fausse orange...). Une grande importance est donnée à la qualité de la cueillette, de la conservation et du traitement. Elles sont recensées sous la forme de teintures-mères, TM (macération de la plante entière, racine comprise, dans une solution alcoolique de 45 à 90° pendant 2 à 3 semaines) et de macérats glycélinés, MG (macération d'une partie de la plante tels les bourgeons avant éclosion ou les radicules ou les jeunes pousses... dans une solution alcoolique).

- **Souches d'origine animale** :

Les plus utilisées proviennent principalement des reptiles (*naja nigricollis* - cobra à cou noir...), des mollusques (*sepia officinalis* - encre de seiche...) et des insectes (*apis mellifica* - abeille...). Soit l'animal entier, soit des extraits glandulaires ou tissulaires sont pris en considération ; le procédé demeure identique à celui employé pour les souches végétales.

- **Souches d'origine minérale** :

Les métaux (fer, cuivre, sodium...), les métalloïdes (soufre, phosphore, arsenic...) et leurs combinaisons (*natrum muriaticum*, hépar sulfur...) sont utilisés. Le concept de TM n'est pas admis dans le cas de ces souches. C'est leur aptitude à une solubilité dans l'eau et dans l'alcool qui déterminera leur méthode de transformation. On obtient soit une dilution (produits solubles), soit une trituration (produits insolubles).

4 – 2 – 2. Provenance biochimique et synthétique :

Les souches d'origine biochimique et synthétique donnent naissance aux médicaments biothérapeutiques. Appelés autrefois « nosodes », ce sont des produits biologiques, naturels (sécrétions, excréments pathologiques ou non, produits d'origine microbienne). Ils sont inscrits à la pharmacopée française et fournis par les Instituts Pasteur et Mérieux. Les biothérapeutiques sont classés en trois catégories : pharmacopée (codex), simples et

complexes. Il existe une quatrième catégorie correspondant aux isothérapeutiques, biothérapeutiques spécifiques.

- Biothérapeutiques enregistrés à la pharmacopée :

Ils sont obtenus à partir du sérum d'un vaccin ou d'une toxine inscrits à la pharmacopée, comme par exemple vaccino-toxinum influenzinum.

- Biothérapeutiques simples :

Ils proviennent de cultures microbiennes pures, comme par exemple colibacillinum (lysate obtenu à partir de cultures d'Escherichia Coli).

- Biothérapeutiques complexes :

Ils sont issus de substances naturelles (sécrétions et excréments pathologiques) ne correspondant pas à un produit pur, tel que morbillinum (lysate d'exsudats bucco-pharyngés de rougeoleux prélevés sur des malades non traités).

- Isothérapeutiques :

Certains sont des « auto-isothérapeutiques » préparés extemporanément d'après un prélèvement sur le malade lui-même (urines, sang, selles, crachats, pus...). D'autres sont des « hétéro-isothérapeutiques » élaborés à partir d'allergènes (poussière, pollen...) ou de spécialités classiques (acide salicylique...).

4 – 3. Préparation⁹ : (24, 25)

La préparation des médicaments homéopathiques comporte une succession d'opérations destinées à obtenir une division de la souche initiale et se termine, pour les granules et les globules, par l'imprégnation de ces derniers. Techniquement, on peut dire que le produit homéopathique s'obtient par la réalisation simultanée de deux phases : une phase de déconcentration (= dilution) soit hahnemannienne, soit korsakovienne pour les substances solubles ou de trituration pour les insolubles et une phase de dynamisation.

4 – 3 – 1. Phase de dilution hahnemannienne :

Cette méthode de déconcentration liquidienne peut s'effectuer suivant l'échelle centésimale ou l'échelle décimale. Par la première échelle, des centésimales hahnemanniennes « CH » sont obtenues par une méthode de dilution au centième. Le nombre de dilutions est réalisé jusqu'à obtention de la dose souhaitée (maximum 30 CH). Les CH les plus courantes sont 4 CH, 5 CH, 7 CH, 9 CH, 12 CH, 15 CH, 30 CH. Par la seconde échelle, des décimales hahnemanniennes « DH » sont obtenues par la même méthode de dilution mais réalisée au dixième. Les DH peuvent être utilisées de la dose 3 DH à 60 DH.

4 – 3 – 2 . Phase de dilution korsakovienne :

Cette technique est également dénommée « technique à flacon unique » car un seul et même flacon est utilisé pour toutes les opérations de dilution d'un produit. Les dilutions korsakoviennes « K » délivrées sont respectivement 6 K, 30 K, 200 K, 1000 K (MK), 10000 K

⁹ Cf. Annexe II : Préparation du médicament homéopathique.

(XMK), 50000 K (LXMK), et plus rarement 100000 K (CMK). Cette phase de dilution dite korsakovienne est moins réalisée car de prescription plus rare.

4 – 3 – 3. Phase de dynamisation :

Cette méthode consiste en une série de secousses répétées (une centaine par minute) après chaque dilution réalisée. Cette manipulation, essentielle dans la conception homéopathique, permet une homogénéisation du mélange obtenu après la dilution. Selon les homéopathes, grâce à l'action mécanique des secousses, les forces pharmacodynamiques latentes de la substance médicamenteuse sont démasquées.

4 – 4. Galénique : (24, 25)

Les médicaments conçus et préparés en vue de la prescription homéopathique existent sous plusieurs formes pharmaceutiques :

- **Le tube - granules et le tube - dose (globules) :**

Ces deux supports neutres apparaissent sous la forme de petites sphères de saccharose (85 %) et de lactose (15 %), auxquelles on fait subir les divers procédés d'imprégnations du produit dilué, devenant ainsi des médicaments actifs. Les granules, d'un poids de 50 mg chacun, sont au nombre de 70 à 80 par tube. Les globules, d'un poids moyen de 5 mg, sont au nombre de 200 environ par échantillon.

- **Les gouttes, les comprimés, les poudres et les ampoules buvables :**

Les préparations obtenues sous forme de gouttes proviennent des dilutions très basses, voire de la TM elle-même. Les comprimés sont à 0,10 g avec un support de saccharose-lactose. Les poudres sont obtenues par trituration (souvent sous forme de préparations magistrales de plusieurs substances) seulement pour les basses dilutions et sont disponibles sous l'aspect de flacons de 15, 30 et 60 g, avec une cuillère-mesure. Les ampoules buvables en une prise sont présentées avec ou sans véhicule alcoolique en 9, 12, 15 et 30 CH.

- **Les suppositoires et les ovules :**

Ils sont à 0,25 g dans un excipient de 2 g (witepsol).

- **Les ampoules injectables :**

Elles sont surtout utilisées en Allemagne avec le chlorure de sodium comme solvant.

- **Les pommades :**

Elles se présentent en tube de 20 à 30 g, à base de TM, dans un excipient gras (vaseline et/ou lanoline).

- **Les sirops, etc.**

4 – 5. Mode d'administration : (24, 25)

Les médicaments homéopathiques sont majoritairement délivrés en préparation perlinguale sous la forme de granules, de doses - globules et de gouttes. Ces médicaments sont à laisser fondre sous la langue. Afin de ne pas interagir avec leur action, il est demandé au malade de les absorber en dehors des repas et de diminuer voire d'arrêter tout excitant (tabac, café, thé, etc.) pendant la prise médicamenteuse. Il convient, en outre, de ne pas les toucher avec les doigts afin d'empêcher toute altération. De même, l'absorption simultanée

avec des substances à base de menthe, de camphre ou de camomille est à éviter car leurs effets rendraient inefficaces le produit homéopathique par vasoconstriction des capillaires linguaux. L'observance d'un traitement homéopathique au long cours n'empêche nullement la prise d'autres médicaments prescrits pour une maladie chronique ou lors d'une affection intercurrente aiguë.

Selon les indications du prescripteur, les granules sont ordonnés suivant une posologie comportant 2 à 5 éléments par prise renouvelable dans la journée (le plus souvent trois fois par jour). La dose - globules est administrée en une seule prise, également renouvelable d'une façon périodique (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, etc.). Les gouttes sont surtout utilisées chez des personnes incapables de prendre un médicament sous une autre forme telles que les personnes âgées, les nourrissons (dans ce dernier cas, en solution aqueuse et non alcoolique).

4 – 6. Posologies – règles : (24, 25)

4 – 6 – 1. Choix de la posologie :

Le choix est basé sur deux règles. La première règle établit un parallélisme entre le degré de similitude et le niveau de la dilution prescrite. Plus la similitude est grande entre le cas clinique et la matière médicale homéopathique, plus la dilution sera élevée et inversement. La seconde règle concerne le rythme de répétition de la prise médicamenteuse. Celle-ci doit s'espacer dès qu'une amélioration se manifeste et cesser dès la disparition des symptômes.

4 – 6 – 2. Choix de la dilution :

- De la basse dilution :

Elle est définie par la plus faible dilution (3 DH, 5 CH). Son action est limitée dans le temps et l'espace. Sa principale indication s'ordonne dans le cadre d'une faible similitude (due en général aux signes régionaux ou localisés¹⁰), correspondant principalement aux maladies aiguës. De plus, si le sujet est affaibli, âgé ou présentant une pathologie lésionnelle grave, les basses dilutions sont à privilégier au début car elles permettent d'atténuer l'apparition d'une aggravation. Dans tous les cas, les prises du médicament homéopathique doivent être espacées dès qu'une amélioration survient.

- De la dilution moyenne :

Elle se situe autour de la 7 CH. Elle est choisie sur un minimum de trois signes généraux ou leurs équivalents¹ (similitude plus poussée). Ses indications sont très nombreuses tant dans les affections aiguës que chroniques. La prescription est, dans les problèmes aigus, de quelques granules (2 à 5) une à trois fois par jour. Pour les maladies chroniques, le patient absorbe une prise quotidienne d'un à plusieurs granules, complétés ou non d'une dose - globules avec une périodicité hebdomadaire à mensuelle. Dans les deux cas, un espacement des prises doit être réalisé dès l'apparition d'une amélioration des signes cliniques.

- De la haute dilution :

¹⁰ Cf. chapitre 3 : Méthodologie en pratique homéopathique – paragraphe 3 – 2 : Hiérarchisation des symptômes.

Elle se définit de la 9 à la 30 CH pour les dilutions hahnemanniennes et de la 200 à la 100000 K pour les dilutions korsakoviennes. Elle correspond à une forte similitude basée sur les signes psychiques et généraux¹. Elle peut être utilisée dans les pathologies aiguës aux signes très spécifiques et personnalisés et dans les pathologies chroniques nécessitant un traitement au long cours. La prescription en aigu est de quelques granules, plusieurs fois dans la journée avec un espacement des prises dès amélioration clinique. Pour les affections chroniques, la dose hebdomadaire de globules est plus adaptée. L'espacement des prises est très variable et demande une réponse personnalisée.

4 – 6 – 3. Durée d'un traitement :

Pour les maladies aiguës, le traitement est choisi en fonction du mode réactionnel individuel (RIM) du moment. Il est préconisé jusqu'à disparition des symptômes aigus, le plus souvent en quelques jours. Pour les maladies chroniques, le traitement de fond doit être administré sur une plus longue période, allant généralement de quelques semaines à des mois voire des années, afin d'objectiver une modification clinique.

4 – 7. *Evaluation du traitement homéopathique : (24, 25)*

L'efficacité thérapeutique s'évalue lors de la deuxième consultation et peut se résumer en trois modalités :

4 – 7 – 1. Absence d'amélioration des symptômes :

Si le médicament homéopathique est confirmé par la clinique du deuxième interrogatoire, le médecin recherchera alors un « barrage » (bloquant l'action du médicament) et prescrira le même traitement à une dilution plus haute. Si le médicament homéopathique est infirmé par ce deuxième entretien, révélant une amélioration ou une diminution d'anciens symptômes remplacés par de nouveaux, le médecin arrêtera ce traitement inefficace et en sélectionnera un nouveau.

4 – 7 – 2. Aggravation des symptômes :

- Aggravation en début de traitement :

Elle est souvent évocatrice d'une guérison à venir¹¹. Elle peut durer de 24 à 48 heures puis s'arrêter brutalement. Il est alors conseillé d'attendre avant un renouvellement du médicament en l'absence de rechute. Elle peut persister ou récidiver : une diminution de la dilution du médicament est alors à réaliser.

- Aggravation au milieu du traitement :

Elle se rencontre chez le patient hypersensible aux médicaments homéopathiques (ou autres). Une amélioration rapide et partielle est obtenue en début de traitement mais fait ensuite place à la réapparition des signes pathologiques initiaux. Dans ce cas, il peut être réalisé soit un arrêt du médicament et une recherche d'un nouveau, soit un espacement des prises, soit une diminution de la posologie quotidienne ou soit, enfin, une prescription d'un traitement moins long.

¹¹ Cf. paragraphe 4 – 7 – 3 : Disparition des symptômes – loi de Hering.

- Aggravation tout au long du traitement :

Elle se traduit par une accentuation des signes cliniques ou une asthénie exagérée. Elle se rencontre lors de la prescription d'un biothérapeutique dans une affection aiguë, d'un médicament de fond dans une affection chronique ou d'un traitement (aigu ou chronique) dans une pathologie incurable. La réponse thérapeutique sera l'arrêt de ces derniers et la prescription d'un médicament d'action moins intense, en dilution basse.

- Aggravation par erreur de prescription :

Elle crée, chez le patient, la pathogénésie du médicament ordonné auquel il est sensible, en plus des symptômes initiaux. Il faut arrêter cette prescription et reprendre le cas clinique dans son intégralité à la recherche d'un médicament plus adapté.

4 – 7 – 3. Disparition des symptômes :

Hering, homéopathe américain (1800-1880), énonça les règles dites « Loi de Hering » de l'amélioration de l'état clinique d'un patient sous traitement homéopathique. Selon lui, une évolution est dite favorable quand les symptômes évoluent de l'intérieur de l'organisme vers l'extérieur, du haut du corps vers le bas et surtout dans l'ordre inverse de leur apparition.

En présence de symptômes majeurs toujours présents mais moins marqués, une augmentation de la dilution sera réalisée avec un espacement des prises.

En cas de modification des symptômes, la réponse thérapeutique consistera alors à rechercher un médicament différent et plus adéquat.

Lors d'une réelle observation de la disparition des symptômes, trois réponses cliniques peuvent se présenter : une guérison des symptômes avec amélioration de l'état général du patient, une palliation de la clinique (c'est à dire une évolution à bas bruit) ou enfin une suppression des symptômes originaux entraînant une évolution vers des signes à distance. Dans le premier cas, le travail thérapeutique de fond devra se poursuivre afin de prévenir une rechute ou encore l'apparition d'une autre affection inhérente à son terrain. Dans le second cas, un changement thérapeutique devra être effectué. Dans la dernière situation, soit les signes à distance apparus sont anciens (le patient les a oubliés¹²) et le traitement est reconduit, soit les signes sont nouveaux et un autre médicament adapté à ces symptômes est recherché.

5. CONCEPTION HOMEOPATHIQUE DES MALADIES :

Au début de ses recherches, Hahnemann considérait toutes les maladies dans leur caractère aigu. Mais face à la survenue de rechute (en raison des traitements limités à l'aspect symptomatique des troubles constatés chez les malades), la notion de maladie chronique apparut : passage d'une similitude du moment (ensemble des symptômes du malade du jour) à la notion d'une similitude plus large, basée sur « une totalité chronologique », les différents épisodes morbides étant reliés entre eux. Hahnemann a alors différencié les maladies aiguës et chroniques (11).

5 – 1. *Classification des maladies aiguës :*

Hahnemann les considérait comme des perturbations rapides de l'homéostasie, se terminant dans un temps plus ou moins long mais toujours de faible durée.

¹² Cf. Loi de Hering citée ci-dessus.

5 – 1 – 1. Maladies aiguës individuelles : (11, 24, 25)

- **Occasionnelles** : apparaissent souvent à la suite d'un facteur déclenchant : traumatisme, excès, intoxication, surmenage, émotion, refroidissement, chaleur, etc.

- **Répétitives ou associées à un terrain particulier** : exacerbations, émergences de la maladie chronique de fond (ex : première crise d'asthme chez un sujet atopique). La démarche homéopathique tient alors compte de l'historique de la maladie depuis le départ et de sa dynamique globale.

5 – 1 – 2. Maladies aiguës collectives : (11, 24, 25)

- **Immunisantes** (ex : rougeole, rubéole, scarlatine...).

- **Epidémiques ou sporadiques** : maladies favorisées par des conditions socio-économiques précaires, des catastrophes naturelles : choléra, grippe... Pour une même épidémie, un, deux ou trois grands modes réactionnels possibles se dégagent et par conséquent, un, deux ou trois traitements sont possibles.

5 – 2. *Classification des maladies chroniques* : (11, 24, 25)

5 – 2 – 1. Maladies artificielles :

Elles correspondent aux maladies causées par un mode de vie inadapté : mauvaise hygiène alimentaire, prise médicamenteuse, tabac, etc.

5 – 2 – 2. Maladies naturelles :

Elles sont nommées diathèses, c'est-à-dire des prédispositions. Pour mieux connaître le chronique, Hahnemann va regrouper les patients présentant les mêmes symptômes dans une même diathèse. Elle se traduit cliniquement par un ensemble symptomatologique retrouvé au cours d'épisodes pathologiques successifs et singulièrement évocateur d'une certaine façon de réagir. La diathèse est un état dynamique engendrant un mode réactionnel pathologique spécifique et analogique de l'individu. Cet état est également retrouvé chez un grand nombre de sujets : elle est aussi un mode réactionnel de groupe. Les diathèses correspondent donc à des faisceaux de symptômes retrouvés chez un même groupe de sujets, dans un contexte physiologique particulier. Elles évoluent spontanément dans le temps vers une aggravation progressive. La réponse thérapeutique se trouve dans un certain nombre de médicaments dits diathésiques contenant l'ensemble symptomatologique évocateur de la diathèse. Les prédispositions pathologiques retenues actuellement sont au nombre de quatre : la psore, le sycose, la luèze et le tuberculisme. Elles constituent une des trames essentielles du travail de recherche du médicament de fond (du terrain) d'un patient, en accord avec la loi de la similitude.

- **Conception de la psore** :

Elle se définit par un ensemble de perturbations dues à une intoxication chronique d'origine exogène ou endogène, sur un organisme insuffisamment épuré par les organes d'élimination. Pour lutter contre cette intoxication, le corps utilise toutes les voies

d'élimination possibles d'abord naturelles puis de dérivation. Ce qui aboutit aux éliminations périphériques et centrifuges (surtout au niveau des muqueuses et de la peau) avec poussées congestives et alternance de pathologies. Dans un deuxième temps, l'insuffisance d'élimination des déchets de l'organisme produit une pathologie de surcharge (lithiase, rhumatismes chroniques, sclérose...). Les principales pathologies relevant de cette modalité réactionnelle sont les troubles cutanés (dermatoses), les troubles métaboliques, les troubles intestinaux et une tendance aux maladies parasitaires.

- Conception de la sycose :

Anatomiquement et histologiquement, cette prédisposition est la traduction de l'atteinte du tissu réticulo-endothélial. Sa physiopathologie se résume dans la perturbation du métabolisme de l'eau. Elle évolue d'un stade de rétention d'eau vers celui aggravé d'une déshydratation. Cette modalité réactionnelle comporte une sensibilité à toute forme d'humidité et aux affections microbiennes et toxiques (principalement localisées aux sphères génito-urinaire et rhino-pharyngée), une expression clinique faite d'écoulements épais, purulents des muqueuses, des algies caractéristiques et des troubles cutanés (transpiration grasse, importantes proliférations tumorales ou kystiques).

- Conception de la luèze :

L'action luétique se traduit par une désorganisation cellulaire évoluant en trois stades : inflammatoire, ulcératif puis scléreux. Cette modalité réactionnelle atteint principalement le tissu vasculaire (artérite, IDM, phlébites...), le tissu ostéo-articulaire (laxité, dysmétrie, douleurs, troubles de la croissance...), le tissu glandulaire et ganglionnaire, le tissu dermique (connectivites, ulcérations...).

- Conception du tuberculinisme :

Cette prédisposition est caractérisée par une accélération du métabolisme et une perte de substance. Elle évolue suivant deux phases. La première, sanguine et lympho-ganglionnaire, est accompagnée d'atteinte des voies aériennes supérieures et d'une congestion veineuse périphérique. La deuxième, marquée par la déminéralisation, la sécheresse des muqueuses, les troubles intestinaux et hépato-vésiculaires, produit un amaigrissement aggravé par toute élimination (elle accentue la fuite des minéraux). Cette modalité réactionnelle se caractérise principalement par des affections de l'arbre respiratoire (broncho-pneumopathies, primo-infection tuberculeuse...), des affections du tractus digestif (diarrhée, constipation...), une tendance aux manifestations fébriles sine materia (avec éliminations muqueuses et séreuses) et à la congestion veineuse périphérique (acrocyanose...).

6. INDICATIONS ET TENDANCES HOMEOPATHIQUES :

6 – 1. Indications de l'homéopathie : (15, 23, 24, 25)

Les homéopathes considèrent cette pratique comme efficace sur les pathologies avec atteinte fonctionnelle ou lésionnelle réversible de l'organisme. Les indications formulées sont multiples, elles sont principalement celles de la médecine générale.

6 – 1 – 1. Sur des affections récidivantes, après un traitement classique :

- Infections ORL de l'enfant et de l'adulte : rhino-pharyngite, otite, bronchite...
- Affections digestives : colopathie, dyspepsie...

- Affections cutanées : eczéma, verrue, herpès...
- « Terrains » migraineux, asthmatiques...
- Affections psychiatriques : états anxieux, troubles du comportement...

6 – 1 – 2. Chez des patients présentant une contre-indication au traitement classique :

- Femmes enceintes ou allaitantes : constipation, RGO, lombalgies, cystite, préparation à l'accouchement...
- Sportifs de haut niveau.

6 – 1 – 3. Chez des patients présentant des intolérances au traitement classique :

- En cardiologie par exemple.

6 – 1 – 4. Sur des indications moins connues :

- Affections infectieuses aiguës : grippe, coryza, trachéite, gastro-entérite, etc. Il est important de toujours évaluer l'alternative avec une thérapeutique classique.
- En chirurgie dentaire (préparation à une extraction dentaire).
- En traumatologie (médicaments très spécifiques).
- En gynécologie (dysménorrhées, ménopause).
- En pré-opératoire : préparation homéopathique à l'intervention.
- Comme adjuvant à certains traitements classiques lourds parfois mal tolérés tels qu'une chimiothérapie (par exemple luttant contre les nausées – vomissements).

6 – 2. Contre-indications de l'homéopathie : (24, 25)

La description du champ d'application de la thérapeutique homéopathique est directement fondée sur l'observation des possibilités et des limites des similitudes existant entre les pathogénésies des substances actives et les maladies. Ainsi, il existe un protocole pointant toutes les pathologies (généralement atteintes lésionnelles irréversibles) ne relevant pas de la similitude et par conséquent nécessitant un traitement allopathique :

- Problèmes chirurgicaux (appendicite aiguë, traumatologie...).
- Troubles métaboliques et endocriniens (diabète insulino-dépendant...).
- Maladies à pronostic gravissime (néoplasme, maladies systémiques, infections sévères...).
- Troubles psychiatriques sévères (psychose maniaco-dépressive, bouffées délirantes...).
- Troubles lésionnels de pronostic vital inquiétant (insuffisance coronarienne, insuffisance rénale...).

6 – 3. Modalités de prescription de l'homéopathie : (24, 25)

L'ambition de l'homéopathie est d'apporter une réponse individuelle et douce, ne gênant en rien l'administration d'un autre traitement considéré comme indispensable. Par conséquent, le rôle de l'homéopathe est d'adapter les thérapeutiques (homéopathie et/ou allopathie) en fonction du malade.

6 – 3 – 1. Homéopathie exclusive :

Un simple traitement homéopathique peut être utilisé chez les enfants et les adultes sans antécédent particulier et présentant une pathologie citée précédemment (ne nécessitant pas de traitement plus agressif).

6 – 3 – 2. Homéopathie et allopathie :

Un traitement homéopathique peut être instauré en complémentarité d'un traitement allopathique lourd et agressif (type chimiothérapie) pour tenter de diminuer ses effets secondaires. De même, l'homéopathie peut compléter la prise en charge d'une pathologie chronique comme chez les personnes âgées avec une insuffisance coronarienne, les sujets à troubles psychiatriques majeurs...

6 – 3 – 3. Homéopathie et autres thérapeutiques naturelles :

Par exemple, une oligothérapie, une phytothérapie peuvent s'associer à un traitement homéopathique en vue d'optimiser l'efficacité thérapeutique.

6 – 4. *Différentes tendances homéopathiques : (24, 25)*

La nature de l'ordonnance est établie en fonction du raisonnement auquel se réfère l'homéopathe. La prescription médicale homéopathique sera déclinée selon trois tendances :

6 – 4 – 1. L'unicisme :

Il s'agit de la tendance hahnemannienne ou uniciste. Elle consiste en une quête d'un médicament unique « le similimum » dont la pathogénésie reflète le mieux l'ensemble des réactions du malade (que ce soit pour une pathologie aiguë ou chronique). Elle aboutit à la prescription d'un seul médicament à la fois, quitte à passer à un autre suivant le résultat obtenu. Pour une pathologie aiguë, une réponse thérapeutique doit être obtenue dès la douzième heure après la prise. Pour un état chronique, le résultat s'objectivera après un ou deux mois. Passé ce délai, un changement de traitement s'envisagera si aucune réponse n'est obtenue.

6 – 4 - 2. Le pluralisme :

Cette seconde tendance est celle de la prescription simultanée de plusieurs médicaments à usage homéopathique (comportant le « similimum » s'il est trouvé). Le traitement des malades et de leurs divers processus pathologiques conduit à ce pluralisme médicamenteux, sous condition d'une justification de cette prescription. Elle exige une connaissance très approfondie des relations entre les médicaments, afin de composer au mieux sur ce clavier thérapeutique.

6 – 4 – 3. Le complexisme :

Il s'agit de la prescription de plusieurs médicaments homéopathiques, de trois à six regroupés en un seul, le plus souvent sous la forme d'une préparation magistrale. Ceci est indiqué dans les troubles d'origine physiopathologique (congestion hépatique) ou organique

(insuffisance veineuse périphérique). Elles répondent à une synergie médicamenteuse potentielle à visée symptomatique.

7. PLACE DE L'HOMÉOPATHIE DANS LE SYSTEME DE SOINS ACTUEL :

Le nombre des médecins homéopathes en France a été multiplié par 6 en 20 ans. Plus de 2 médecins généralistes sur 10 ont recours à l'homéopathie. Parmi eux, 5000 médecins ont la qualification « orientation homéopathique » reconnue par l'Ordre des Médecins. A ce nombre, s'ajoutent environ 2000 chirurgiens dentistes. 75% des français sont favorables à la prescription de médicaments homéopathiques. De plus, 40% d'entre eux consultent régulièrement un médecin homéopathe. L'homéopathie pèse 1,7 % du chiffre d'affaire des médicaments en France et avec 230 millions d'euros, la France est le premier marché mondial de l'homéopathie (35, 36).

7 – 1. L'homéopathie et le secteur libéral :

Le secteur libéral représente, aujourd'hui encore, la majorité des consultations en homéopathie. Elle est majoritairement pratiquée par des médecins généralistes homéopathes ou non. Les spécialistes à orientation homéopathique sont de plus en plus nombreux : pédiatres, gynécologues, ORL, allergologues, psychiatres, etc. Les chirurgiens dentistes l'utilisent couramment contre les douleurs ou les saignements d'une extraction dentaire (35, 36).

7 – 2. L'homéopathie et le secteur hospitalier :

Avec la complémentarité pour mot d'ordre, l'homéopathie à l'hôpital reste encore confidentielle. Elle peut être associée à d'autres thérapeutiques dans de nombreuses spécialités telles que :

7 – 2 – 1. La gynécologie obstétrique :

L'homéopathie est utilisée pendant le suivi de la grossesse (douleurs, contractions...), l'accouchement (faux travail, contractions, douleurs...) et le post-partum (allaitement, douleur de la montée laiteuse...). Elle est actuellement mise en place dans le service d'obstétrique du CHU La Grave de Toulouse, à la maternité de la Polyclinique du Parc Rambot d'Aix en Provence. Les services de gynécologie de l'Hôpital Bichat de Paris et de l'Hôtel-Dieu de Lyon ont ouvert des consultations homéopathiques de gynécologie. Elles traitent diverses affections, avec ou sans l'aide d'un traitement allopathique, telles que les dysménorrhées, les crises d'herpès et leur récurrence, les mastodynies, les troubles liés à la ménopause, etc. (4, 15, 23).

7 – 2 – 2. La pédiatrie :

Les homéopathes constatent qu'ils apportent des bénéfices dans les pathologies infantiles aiguës comme les traumatismes (douleurs, agitation, plaies...), dans la prise en charge chirurgicale en pré-opératoire (prévention des hémorragies) et en post-opératoire (douleurs, troubles digestifs...). Pour exemple, le service de pédiatrie du CHU de Grenoble l'utilise fréquemment (14, 15, 23).

7 – 2 – 3. L'oncologie :

L'homéopathie est utilisée contre les effets indésirables de certains traitements lourds tels que la chimiothérapie (vomissements, mucites, asthénie, douleurs...), la radiothérapie (brûlures, douleurs...). L'institut Curie de Paris l'a introduit avec succès dans son arsenal thérapeutique (4).

7 – 2 – 4. L'hépatologie :

Le service d'hépatologie et de sidologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon propose une consultation d'homéopathie aux patients. Elle tente de traiter principalement les effets indésirables des antiviraux (troubles digestifs, cutanés...), notamment ceux qui sont résistants aux médicaments habituels (4).

Progressivement, l'homéopathie est introduite dans le milieu hospitalier. Elle pourrait devenir une aide précieuse, en complémentarité des traitements classiques, pour de nombreuses autres spécialités telles que la gériatrie, la chirurgie (préparation à l'acte chirurgical), la dermatologie... La consultation libérale reste le temps fondamental en vue d'une recherche efficiente du traitement de fond particulier, singulier, de chaque patient.

8. RECHERCHE EN HOMEOPATHIE :

Face aux nombreuses interrogations que l'homéopathie soulève depuis toujours, des études cliniques se mettent progressivement en place depuis une vingtaine d'années. Pour initier leurs recherches, les homéopathes doivent lever des obstacles d'ordre clinique, scientifique et logistique. En effet, l'homéopathie est une thérapeutique individualisée : elle ne saurait voir son évaluation réduite à celle du médicament homéopathique. De plus, ses mécanismes d'action ne sont pas identifiés : la probabilité d'une présence moléculaire dans les médicaments homéopathiques de haute dilution (à partir de la 9 CH) est très faible voire nulle. Enfin, les structures et les moyens de recherche sont insuffisants : ce troisième obstacle est relatif à l'absence presque totale d'insertion des médecins homéopathes dans les structures hospitalo-universitaires (24, 25).

Malgré ces difficultés, des études cliniques s'élaborent, tentant de répondre au questionnement du monde médical. Les effets cliniques de l'homéopathie se limitent-ils au seul effet placebo ? L'homéopathie a-t-elle prouvé une action reproductible dans des pathologies spécifiques ? Celle-ci peut-elle être évaluée par les méthodes de pharmacologie clinique adaptées aux stratégies médicamenteuses classiques ? Des essais ont été réalisés en double aveugle, versus placebo. Pour exemple : étude de l'action analgésique de médicaments homéopathiques dans la montée laiteuse post-partum : association Apis Mellifica et Bryonia / placebo (24, 25, 27).

Quant à la recherche fondamentale, elle essaie d'apporter une compréhension de l'homéopathie, thérapeutique datant de plus de deux siècles. En effet, celle-ci utilise des médicaments excessivement dilués. Selon Avogadro, physicien du XVIIIème siècle, une

dilution à 10^{23} , correspondant à une dilution homéopathique entre 11 CH et 12 CH, ne renferme plus de molécule. Cette notion d'infinitésimalité fait douter d'une réelle efficacité de l'homéopathie. Comment des médicaments dilués au centième peuvent-ils agir concrètement ? La recherche tente de démontrer l'activité pharmacologique des hautes dilutions : travaux construits d'après la loi de la similitude (action de dilution homéopathique d'Apis Mellifica sur l'érythème solaire), travaux de pharmacologie classique (étude, in vivo, de l'activité biologique de dilutions homéopathiques d'aspirine), etc. (24, 25, 27)

Les recherches clinique et fondamentale semblent s'étoffer depuis une vingtaine d'années. Pourtant, des preuves scientifiques d'une réelle efficacité de l'homéopathie n'ont pas encore été clairement établies. Il apparaît déterminant de poursuivre des recherches scientifiques rigoureuses. Ceci permettrait peut-être d'améliorer les conditions de son intégration dans l'actuel système de santé fondé sur des preuves scientifiques, objectivables, reproductibles et standardisées.

LIMITES DE L'ALLOPATHIE EN SOINS PALLIATIFS

Notre souhait d'évaluer l'homéopathie s'est dessiné lors de notre pratique quotidienne au lit des malades en phase terminale. Nous tentions d'amoindrir leurs inconforts pénibles, qu'ils soient physiques ou psychiques. La médecine allopathique, par sa diversité pharmacologique, nous permettait d'apporter un soulagement sur un grand nombre de symptômes, améliorant ainsi la qualité de leur fin de vie. Néanmoins, nous rencontrons parfois certaines difficultés à son utilisation. Nous allons à présent énumérer les principales.

1. UNE EFFICACITE RELATIVE :

La pratique des soins palliatifs nous a confronté à des situations diverses d'inconfort, où les possibilités de soulagement s'avéraient insuffisantes malgré l'application des recommandations thérapeutiques habituelles.

La survenue de symptômes dits « rebelles » est difficilement prévisible. Aucune corrélation stricte ne peut être établie entre l'importance des lésions, la perception du phénomène douloureux et l'impact thérapeutique symptomatique. La causalité de ces troubles s'avère complexe, résultat de facteurs organiques (liés au type pathologique) et psychiques (propres à chaque patient). En effet, certaines dispositions psychiques, telles qu'une souffrance intériorisée, ont été observées comme pouvant favoriser parfois leur apparition. Si une forte participation psychologique à la symptomatologie peut être évoquée dans le cadre de symptômes « rebelles », il reste que dans un bon nombre de situations, l'action pharmacologique des médications utilisées semble insuffisante.

Tous les symptômes peuvent devenir « rebelles » mais certains plus particulièrement, comme par exemple les douleurs neuropathiques, les nausées – vomissements, les symptômes neuropsychiques, le hoquet et certaines dyspnées.

Durant notre pratique palliative, nous avons dû faire face à cette symptomatologie « rebelle ». Nous éprouvions des difficultés à la traiter malgré l'aide d'une palette thérapeutique diversifiée, ciblant l'atteinte organique du trouble et une éventuelle composante psychologique.

2. UNE IATROGENICITE IMPORTANTE :

Les symptômes présentés par les patients en fin de vie sont divers et multiples. La prise en charge consiste à leur apporter un confort optimal, avec un minimum d'effets secondaires, par des thérapeutiques médicamenteuses, un accompagnement psychologique et des soins de nursing.

Pour un même symptôme, les médecins sont souvent amenés à utiliser plusieurs médications simultanées afin d'obtenir le soulagement souhaité. Par ailleurs, la pharmacocinétique des médicaments s'avère modifiée lorsque ceux-ci sont administrés chez des patients dont le métabolisme est très altéré : insuffisance rénale, diminution du taux d'albumine... Le risque de iatrogénicité en est d'autant plus avéré que la plupart des traitements utilisés agissent sur le système nerveux. La marge thérapeutique est donc étroite entre le confort recherché et le risque d'apparition des effets secondaires des médicaments.

Pendant notre exercice hospitalier, nous avons pris en charge un nombre non négligeable de patients dont l'organisme se trouvait très affecté par les effets des médications instaurées au préalable. Nous avons été frappés de la permanence du risque iatrogène. Notre attention vis-à-vis de la iatrogénicité s'est traduite par une prise en charge quotidienne. Elle nous demandait une vigilance extrême et permanente, particulièrement chez des patients dont l'organisme est épuisé.

Ci-dessous, nous abordons les classes médicamenteuses les plus usitées en soins palliatifs (16, 32). Nous présentons simultanément leurs effets indésirables les plus couramment rencontrés (33, 34). Les interactions médicamenteuses ne sont pas détaillées.

Les morphiniques :

Indications en soins palliatifs :

Traitement des douleurs nociceptives.

Traitement symptomatique de la dyspnée.

Effets secondaires :

- les plus fréquents :

constipation : elle est souvent déjà présente chez le patient en fin de vie. Elle persiste durant toute l'administration du morphinique.

somnolence : elle apparaît en début de traitement mais le risque reste permanent.

nausées – vomissements : ils sont observés pendant les premiers jours du traitement.

- Plus rarement :

rétention aiguë d'urines : elle est également favorisée par l'utilisation simultanée avec des médicaments à effets atropiniques.

troubles neuropsychiques : vertiges, augmentation de la pression intra-crânienne, confusion, sédation, dysphorie, cauchemars, hallucinations. Ces troubles peuvent être évocateurs d'un surdosage en morphiniques. Ils sont alors associés à une bradypnée (inférieure à 8/min), des myoclonies des membres, une rétention urinaire et un myosis

extrême. Ce surdosage nécessite une diminution de la posologie voire une rotation d'opiacés.

dépression respiratoire : modérée aux doses thérapeutiques mais risque de bradypnée avec pauses respiratoires chez le patient surdosé.

troubles cardio-vasculaires : bradycardie, hypotension orthostatique.

troubles cutanés : rougeur, prurit.

Durant notre pratique palliative, notre attention visait essentiellement la iatrogénicité des morphiniques. En effet, leur utilisation quasi-systématique dans nos traitements et leurs effets puissants les rendaient très présents dans notre prise en charge. La constipation était quasi-permanente nécessitant un traitement laxatif systématique. Nous étions très vigilants vis-à-vis de la somnolence et des troubles neuropsychiques très fréquents. Au moindre signe évocateur, nous diminuions le dosage voire réalisons une rotation d'opiacés. Les clonies n'étaient pas rares et nous signalaient la nécessité de réduire la posologie afin d'éviter un surdosage plus profond. Les autres symptômes ne se présentaient qu'occasionnellement.

Les corticoïdes :

Indications en soins palliatifs :

Ils sont souvent utilisés dans le domaine des soins palliatifs pour leur action anti-inflammatoire et leur effet réducteur de l'œdème tumoral. Ces propriétés sont utiles pour le traitement des douleurs, de l'occlusion intestinale et de la dyspnée. De plus, leur effet orexigène permet de lutter contre les anorexies rebelles très fréquentes

Effets secondaires :

- les plus fréquents :

troubles métaboliques : rétention hydrosodée, hypokaliémie, décompensation diabétique, hyperglycémie.

troubles psychiques : euphorie, excitation, insomnie.

troubles infectieux : par un effet immunosuppresseur favorisant les infections.

- plus rarement :

troubles digestifs (< 2%) : ulcère gastro-duodéal, perforation, hémorragie.

troubles endocriniens, cutanés, ophtalmologiques, etc. : ils sont à relativiser dans la pratique des soins palliatifs terminaux. Les bénéfices priment sur les effets indésirables, lesquels sont surtout observés lors de prises au long cours.

Nous avons très peu observé ces effets indésirables dans les pathologies terminales. Ils semblent se manifester essentiellement lors de prises au long cours.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

Indications en soins palliatifs :

Associés aux antalgiques, ils renforcent leur action dans le traitement de certaines douleurs nociceptives.

Effets secondaires :

- les plus fréquents :

troubles digestifs (10 à 30%) :

mineurs : nausées, gastralgies, vomissements, dyspepsie, diarrhée, etc.

majeurs : ulcère gastro-duodéal, colite, perforation, hémorragie, etc.

réactions allergiques : prurit, éruptions cutanées (rash, urticaire, purpura), œdème de Quincke, crise d'asthme voire choc anaphylactique.

- plus rarement :

troubles neuropsychiques : céphalées, vertiges, somnolence.

troubles rénaux : insuffisance rénale aiguë, syndrome néphrotique.

perturbations hépatiques : élévation des transaminases.

perturbations hématologiques : thrombocytopénie.

De même, nous n'avons pas constaté ces effets secondaires. Contre les troubles digestifs, les patients bénéficiaient d'une prévention. Les autres effets étaient peut-être masqués par la maladie prédominante.

Les anti-sécrétoires :

Indications en soins palliatifs :

La scopolamine et l'octréotide sont les molécules les plus utilisées pour réduire les sécrétions. La scopolamine agit principalement sur les sécrétions bronchiques (notamment dans la phase ultime pour diminuer les râles agoniques), salivaires et digestives. L'octréotide diminue la sécrétion digestive (fistules, vomissements des syndromes occlusifs, diarrhées rebelles).

Effets secondaires de la scopolamine :

- **ceux des anti-cholinergiques** : sécheresse des muqueuses, rétention urinaire, constipation, troubles de l'accommodation, tachycardie.
- **un effet sédatif central** : confusion, agitation, hallucinations, délire en particulier chez les personnes âgées fragilisées.

Effets secondaires de l'octréotide :

- **réaction cutanée aux points d'injection.**
- **troubles digestifs** : nausées, vomissements, météorisme, douleurs abdominales, anorexie, diarrhée, etc. Tous ces effets sont, le plus souvent, d'intensité modérée et de courte durée.

Dans notre pratique, nous avons utilisé majoritairement la scopolamine. Nous étions essentiellement confrontés à son action sédativante centrale. Nous devons diminuer le dosage voire abandonner le traitement en fonction de la gravité des symptômes.

Les benzodiazépines (BZD) :

Indications en soins palliatifs :

Elles sont employées pour leurs propriétés anxiolytiques, myorelaxantes, anti-convulsivantes et sédatives. Certaines BZD sont parfois utilisées dans le traitement des douleurs neuropathiques.

Effets secondaires :

Ils portent essentiellement sur la sphère neuropsychique.

- les plus fréquents : **somnolence, confusion, difficultés de concentration, sensations ébrieuses, céphalées, ataxie, hypotonie musculaire, amnésie antérograde.**

- plus rarement :

réactions paradoxales : irritabilité, agressivité, excitation.

surdosage en BZD : état ébrieux, somnolence, coma, dépression respiratoire. Il n'est pas rare de l'observer chez les personnes en fin de vie en raison des difficultés d'élimination des

métabolites. Le surdosage est d'intensité plus ou moins importante selon les doses administrées.

Nous n'avons remarqué que des phénomènes de somnolence ou de confusion. Généralement, une simple diminution des doses nous permettait de rétablir un état psychique normal.

Les neuroleptiques :

Indications en soins palliatifs :

Agitations – états confusionnels.
Nausées – vomissements rebelles.

Effets secondaires :

- les plus fréquents : **troubles neuropsychiques :**

à doses faibles : somnolence, indifférence, sédation, variation de l'état thymique, syndrome confusionnel (plus rare), etc.

à doses plus élevées : syndrome extrapyramidal (dyskinésies précoces et syndrome hyperkinétique).

- plus rarement :

effets anti-cholinergiques : cf. supra effets de la scopolamine.

hypotension orthostatique.

troubles endocriniens, hépatiques, cutanés, généraux, etc. : peu observés en soins palliatifs.

Comme pour les BZD, nous avons surtout observé des troubles neuropsychiques comme la somnolence et le syndrome confusionnel. Ils disparaissaient lors de la diminution de la posologie. Généralement, nous avons recours à plusieurs psychotropes simultanément, amplifiant le risque d'apparition de leurs effets secondaires, notamment les troubles neuropsychiques.

Les antidépresseurs :

Indications en soins palliatifs :

Les plus employés sont les antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques qui ont une utilisation double :

traitement des états dépressifs.

traitement des douleurs neurogènes.

Effets secondaires des antidépresseurs tricycliques :

- **effets liés à la maladie :** réactivations anxieuses, délirantes ou hallucinatoires, levée de l'inhibition avec risque suicidaire.

- **effets centraux :** insomnie, anxiété, somnolence diurne, confusion, tremblement fin digital.

- **effets anti-cholinergiques :** cf. supra effets de la scopolamine.

Effets secondaires des antidépresseurs sérotoninergiques :

- les plus fréquents :

troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, constipation.

troubles généraux : asthénie, bouche sèche, anorexie.

troubles neuropsychiques : somnolence, céphalées, insomnie, nervosité, tremblements, agitation, confusion.

- Plus rarement :

hyponatrémies : elles peuvent être responsables d'un syndrome confusionnel. Elles imposent l'arrêt du traitement.

réactions allergiques, saignements divers, troubles endocriniens et sexuels, etc. : exceptionnels en soins palliatifs.

Nous avons très peu observé ces effets indésirables. Les antidépresseurs s'avéraient en général bien supportés. Mais lors d'une polymédication, ils pouvaient participer à l'apparition d'un état confusionnel.

Les anti-convulsivants :

Indications en soins palliatifs :

Le carbamazépine et la gabapentine sont les anti-convulsivants les plus couramment prescrits en pratique palliative.

Deux indications :

anti-convulsives.

traitement des douleurs neuropathiques.

Effets secondaires de la gabapentine :

Ces effets sont très fréquents mais d'intensité modérée et transitoire (surtout en début de traitement) :

- **troubles neuropsychiques** : sensations vertigineuses, somnolence, céphalées, asthénie, troubles de l'équilibre et troubles du comportement avec agitation, irritabilité voire agressivité et hyperkinésie.

- **troubles digestifs** : nausées, vomissements, anorexie.

Effets indésirables de la carbamazépine :

Les manifestations suivantes disparaissent habituellement en 8 à 15 jours, spontanément ou après réduction temporaire des doses.

- les plus fréquents :

troubles neuropsychiques : somnolence, ataxie, vertiges, confusion et agitation.

troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, constipation et sécheresse buccale.

- plus rarement : **troubles cutanés** : éruptions cutanées de type allergique, prurit.

Durant notre pratique palliative, nous n'avons eu à administrer que la gabapentine. Les sensations vertigineuses étaient fréquentes ainsi que la somnolence à un moindre degré. Une diminution de la posologie permettait de les faire disparaître.

3. UNE GALENIQUE PARFOIS MALAISEE :

Les patients en fin de vie présentent très souvent des difficultés alimentaires avec une anorexie et une dysphagie marquées. De plus, ils bénéficient généralement d'une polymédication nécessaire à leur confort. Ils éprouvent beaucoup de difficultés à avaler des médicaments dont la galénique ne s'avère pas toujours adaptée. Les médicaments sont souvent assimilés à des produits chimiques. Plus leur nombre est important, plus une sensation de dégoût est présente.

D'autre part, la voie injectable sous-cutanée est très utilisée pour le traitement des symptômes lorsque la voie orale s'avère impossible. Le fait d'injecter est pratique, particulièrement avec les sites permanents (par aiguille épicrotânienne sous-cutanée) mais peut présenter quelques inconvénients. Par exemple, les injections d'interdoses (ex :

d'antalgiques pour calmer une crise douloureuse) sont parfois pénibles lorsqu'elles se répètent trop souvent.

Durant notre exercice en soins palliatifs, nous avons recueilli de nombreuses plaintes des patients vis-à-vis du goût des médicaments et de leur quantité excessive. Ils refusaient parfois catégoriquement de prendre leur médication. Ils se disaient épuisés de devoir absorber autant de médicaments, au détriment d'une alimentation essentielle au maintien de leur bien-être.

L'utilisation de l'allopathie est fortement utile et indispensable mais notre pratique nous a fait mesurer son risque iatrogène majeur (portant essentiellement sur la sphère neuropsychique) ainsi qu'une fréquente polymédication très pénible pour les patients. Il nous semble primordial que ce domaine médical puisse utiliser la voie d'administration médicamenteuse la plus inoffensive et la plus adaptée à l'état général très altéré du patient en fin de vie.

Tableau synthèse des principaux effets secondaires des médicaments spécifiques aux soins palliatifs

PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	<i>MORPHINIQUES</i>	<i>CORTICOIDES</i>	<i>AINS</i>	<i>ANTI-SECRETOIRES</i>	<i>BENZODIAZEPINES</i>	<i>NEUROLEPTIQUES</i>	<i>ANTI-DEPRESSEURS</i>	<i>ANTI-CONVULSIVANTS</i>
<u>Neuropsychiques</u>	Somnolence +++ Confusion ++ Dysphorie ++	Insomnie ++ Euphorie ++ Excitation ++	Céphalées + Vertiges + Somnolence+	Confusion ++ Agitation ++ Hallucinations / Délire +	Somnolence ++ Confusion ++ Hypotonie ++ Troubles de la concentration +	Sédation ++ Somnolence ++ Confusion ++ Syndrome extra pyramidal +	Somnolence / sédation ++ Confusion ++ Insomnie + Tremblements +	Somnolence ++ Vertiges ++ Confusion / Agitation + Tremblements +
<u>Digestifs</u>	Nausées +++ Vomissements ++ Constipation +++	Ulcère gastroduodéal + Perforation / Hémorragie +	Nausées +++ Vomissements +++ Gastralgies +++ Dyspepsie +++ Ulcère gastroduodéal ++ Perforation / Hémorragie ++	Nausées ++ Vomissements ++ Anorexie ++ Douleurs abdominales ++ Météorisme ++ Diarrhée ++		Constipation ++	Constipation ++ Nausées ++ Vomissements ++ Diarrhée +	Nausées ++ Vomissements ++ Constipation + Diarrhée +
<u>Respiratoires</u>	Dépression respiratoire +			Epaississement des sécrétions ++				
<u>Cutanés</u>	Prurit +		Réactions allergiques ++					Réactions allergiques +
<u>Urinaires</u>	Rétention +		Syndrome néphrotique + Insuffisance rénale aiguë +	Rétention ++		Rétention ++	Rétention + Troubles mictionnels +	
<u>Cardiaques</u>	Hypotension + Bradycardie +			Tachycardie ++		Hypotension orthostatique ++	Tachycardie + Hypotension orthostatique +	
<u>Métaboliques</u>		Rétention hydrosodée ++ Décompensation diabète ++						
<u>Biologiques</u>		Hyperglycémie ++	Trombocytopénie + Elévation transaminases +				Hyponatrémie +	
<u>Risque de surdosage</u>	+++			++ (scopolamine)	+++	+		++

L'HOMÉOPATHIE DANS LE DOMAINE DE LA CANCEROLOGIE ET DES SOINS PALLIATIFS

Homéopathie et soins palliatifs :

Lors de notre recherche bibliographique, nous n'avons recensé aucune étude clinique randomisée ou non, relatant d'une utilisation de l'homéopathie dans le domaine des soins palliatifs. Les quelques articles réalisés sur ce sujet énoncent les différentes médecines complémentaires pouvant avoir un intérêt dans la pratique palliative. Ces écrits énumèrent les principes et les atouts de thérapies comme l'acupuncture, l'homéopathie, l'hypnothérapie, etc., pour le traitement de certains symptômes observés chez les patients en fin de vie. En 2001, dans la revue *American Cancer Society*, Ernst et coll. déclarent que celles-ci facilitent la relaxation, réduisent le stress et l'anxiété, améliorent le sommeil et enfin soulagent la douleur et d'autres symptômes tout en diminuant les effets secondaires des médicaments allopathiques (7). Malheureusement leurs arguments ne se réfèrent à aucune conclusion issue d'études scientifiques statistiquement validées. En 2003, Ernst (*Palliative Medicine*) et Zappa (*Journal of Nursing Care Quality*) annoncent que ces médecines devraient prochainement occuper une place de plus en plus importante dans la prise en charge palliative (8, 30).

Homéopathie et cancer :

Place de l'homéopathie en oncologie :

Certaines enquêtes ont tenté d'estimer le degré d'utilisation des thérapies complémentaires chez les malades cancéreux.

Aux Etats-Unis, une enquête de la société Datamonitor, société de renseignement dans les domaines du commerce et de l'industrie, a estimé en 2002 que 80 % des patients atteints d'une maladie cancéreuse utilisent une médecine complémentaire en plus du traitement conventionnel (5).

Molassiotis a réalisé, en 2005, une étude européenne, sur près de mille patients, en vue d'explorer l'utilisation des médecines complémentaires par les malades atteints d'un cancer. Les résultats montrent que 36 % utilisent l'une de ces médecines. Ce taux oscille entre 15 % et 73 % selon les pays. Cinquante huit thérapies ont été identifiées, l'homéopathie étant l'une des plus utilisées (20).

D'autres enquêtes ont été réalisées :

- Etude de la participation des thérapies complémentaires en oncologie pédiatrique à l'hôpital Saint Justine de Montréal (2005) : elle estime à 49 %, le nombre des enfants, atteints d'une pathologie cancéreuse, ayant recours à une médecine complémentaire (18).
- Etude de la participation des thérapies complémentaires en oncologie ORL au centre médical Chaim Sheba d'Israël (2005) : elle constate que les patients atteints d'un cancer de la sphère ORL utilisent très peu (6 %) ces médecines (28).
- Etude du rôle des médecines complémentaires dans la survie chez les patients atteints de maladie cancéreuse en Norvège (2003) : elle démontre une période de survie plus courte chez les patients utilisant ces médecines : taux de mortalité de 79% chez les patients ayant recours aux thérapies non conventionnelles contre 65% pour les patients ne les utilisant pas (pathologies très évolutives ou homéopathie accélérant la mortalité ?). (22)

Efficacité de l'homéopathie en oncologie :

Pour Cassileth dans la revue *The oncologist* (2004), Molassiotis dans *Annals of Oncology* (2005) et Milazzo dans *European Journal of cancer* (2006), l'homéopathie en cancérologie est utilisée soit pour tenter de lutter contre les effets secondaires des traitements spécifiques notamment la chimiothérapie, la radiothérapie, soit pour accroître les facultés de l'organisme à se battre contre la maladie ou soit pour améliorer le bien-être physique et émotionnel (3, 16, 19).

Nous avons recensé quatre études randomisées (versus placebo et tirage au sort) étudiant chacune l'effet d'une médication homéopathique contre des symptômes présentés par des patients atteints de cancer :

- 2000, Balzarini et coll. : Etude de l'efficacité d'une association homéopathique (Belladonna 7 CH et X-ray 15 CH) dans le traitement de dermatites aiguës radio-induites chez des patientes opérées d'un cancer du sein (1).
- 2001, Oberbaum et coll. : Etude de l'efficacité d'une médication homéopathique complexe (Traumeel S®) dans le traitement de la stomatite induite par la chimiothérapie chez des enfants ayant subi une greffe de moelle osseuse (21).
- 2005, Jacobs et coll. / Thompson et coll. : Etudes de l'efficacité de l'homéopathie dans le traitement de symptômes liés à une carence oestrogénique chez des patientes atteintes d'un cancer du sein (13, 29).

Les résultats de ces études nous apparaissent peu significatifs. En effet, celles-ci nous semblent posséder une méthodologie approximative ne permettant pas d'apporter de conclusions affirmatives : échantillon réduit, critères d'observation non valides, survenue de facteurs difficilement maîtrisables, absence de « p » statistique, etc.

Homéopathie et douleurs / troubles digestifs :

En vue de la réalisation de notre expérience, nous avons recherché une documentation traitant de l'homéopathie dans le traitement de symptômes pénibles observés dans la pratique palliative, à savoir les douleurs et les troubles digestifs.

Nous n'avons pu mettre en évidence aucune publication, aucune étude évoquant la douleur d'origine cancéreuse. Les articles relatent, en grande majorité, de l'utilisation de l'homéopathie dans le traitement des douleurs chroniques ressenties par exemple lors d'épisodes de migraines ou dans des maladies ostéo-articulaires telles les lombalgies, les pathologies rhumatologiques inflammatoires, la fibromyalgie, etc. Pour les troubles digestifs, les écrits s'intéressent essentiellement aux effets de traitements homéopathiques dans les pathologies inflammatoires intestinales chroniques, dans les troubles intestinaux de la grossesse ou dans la diarrhée aiguë infantile. Nous n'avons retrouvé aucune étude sur les nausées – vomissements suite à une chimiothérapie, ni sur les troubles fonctionnels digestifs ou sur les douleurs abdominales d'origine cancéreuse.

Au travers une revue de littérature internationale, nous n'avons recensé aucune étude validée relatant de l'efficacité de l'homéopathie dans le traitement de certains symptômes présentés par les patients en fin de vie. C'est avec peu de références cliniques objectives que nous avons débuté notre propre évaluation de l'homéopathie sur quelques symptômes pénibles observés en soins palliatifs.

UNE EXPERIENCE PERSONNELLE

Cette rareté de données scientifiques sur le rôle de l'homéopathie dans le domaine des soins palliatifs a renforcé notre envie de réaliser notre propre évaluation, avec nos aptitudes d'homéopathe nouvellement formé, sur l'effet de certaines médications homéopathiques contre des symptômes pénibles présentés par les patients en fin de vie. Nous avons donc tenté d'associer l'homéopathie à l'allopathie dans le traitement de certains inconforts « rebelles », en préservant comme objectif le confort du patient. Cette expérience s'est déroulée sur une année : de décembre 2003 à décembre 2004 dans les structures hospitalières de soins palliatifs du Centre Hospitalier Départemental de La Roche sur Yon et de l'Hôpital Local de la Châtaigneraie.

Seule la symptomatologie aiguë a été prise en compte pour cette évaluation. Les personnes en phase terminale d'une maladie incurable se trouvent à un stade trop avancé pour que la recherche d'un traitement au long cours (traitement de fond) ne leur soit profitable.

Notre évaluation a porté sur **des douleurs** (nociceptives et neurogènes) et **des troubles digestifs** (nausées – vomissements, constipation et troubles fonctionnels à type de nausées chroniques et de reflux gastrique).

Dans une première partie, nous présentons la méthodologie utilisée puis dans une seconde, nous exposons les résultats observés sous la forme de graphiques. Pour faciliter leur analyse, nous avons regroupé les cas cliniques d'une même symptomatologie (douleurs / troubles digestifs). Malgré des critères d'évaluation ne permettant aucune conclusion exploitable, l'analyse des résultats est réalisée dans la discussion. Nos différents cas cliniques sont retranscrits dans leur totalité en Annexe I.

1. METHODE DE TRAVAIL :

1 – 1. Les patients :

Notre évaluation s'est effectuée sur six patients en phase terminale d'une maladie cancéreuse incurable. La moyenne d'âge oscillait entre 50 et 78 ans avec la participation de trois femmes et trois hommes. Ils présentaient des symptômes pénibles (douleurs et/ou troubles digestifs) partiellement ou non améliorés par des traitements allopathiques optimaux prescrits selon les recommandations. L'état cognitif des malades leur permettait de comprendre le but de notre expérience et par conséquent, d'accepter ou non d'y participer. L'évolution de la douleur sous l'association homéopathie – allopathie a été réalisée sur quatre patients et celle des troubles digestifs sur quatre patients. A noter que nous avons observé, chez deux personnes, à la fois l'évolution de la douleur et d'un trouble digestif.

1 – 2. La méthodologie :

1 – 2 – 1. Méthode d'intervention :

Initialement, nous nous assurons que les traitements allopathiques se révélaient partiellement efficaces ou totalement inefficaces sur les symptômes sélectionnés. Nous tentions alors d'y associer notre traitement homéopathique.

Les patients connaissaient notre objectif thérapeutique : soulager leurs symptômes en associant une médication homéopathique à leur traitement antérieur. Nous donnions une explication simple, argumentée, afin de leur faire prendre conscience que notre proposition de traitement s'axait sur le versant symptomatique et non curatif : « *Je vais tenter, avec cette association médicamenteuse, d'améliorer le soulagement de certains de vos troubles, sources d'inconfort. Mais, je ne pourrai agir sur la maladie elle-même* ».

Chaque traitement était sélectionné selon la méthodologie homéopathique. C'est-à-dire que chacun correspondait à la symptomatologie du patient traité.

La dilution (basse, moyenne ou haute) était définie suivant le degré de similitude entre le médicament homéopathique choisi et la matière médicale :

faible similitude : basse dilution (5 CH, 7 CH).

moyenne similitude : dilution moyenne (9 CH).

forte similitude : haute dilution (15 CH).

On sélectionnait également les dilutions selon l'état clinique du patient. En présence d'une dégradation croissante de l'état physique, le choix s'orientait vers une basse dilution afin d'éviter la survenue d'une phase d'aggravation ou l'apparition d'une pathogénésie lors d'une erreur de sélection médicamenteuse.

L'administration de chaque médicament homéopathique s'effectuait suivant les règles suivantes : 3 granules administrés trois fois par jour, matin (8h), midi (12h) et soir (18h), avant les repas et par voie sub-linguale.

La durée de l'observation était déterminée par les facteurs suivants :

décès.

retour à domicile.

changement de service.

coma avec arrêt de toute prise orale.

persistance voire aggravation de la symptomatologie après une administration suffisante du médicament : le traitement homéopathique était arrêté car il s'avérait inefficace.

Pour des raisons éthiques et tenant compte de notre pratique débutante (risque de tâtonnement thérapeutique), nous n'avons pas réalisé de modification du traitement homéopathique face à la persistance des symptômes. En effet, en présence d'une symptomatologie parfois maximale, nous devons avoir recours à des thérapeutiques, dont l'efficacité était prouvée, afin d'apporter un soulagement rapide et efficace.

Le médicament homéopathique s'administrait en complémentarité du traitement allopathique. Lors d'une crise aiguë intercurrente symptomatique, le patient pouvait bénéficier de prescriptions anticipées allopathiques (morphiniques, anti-spasmodiques, paracétamol, etc.). Nous procédions à un changement du traitement allopathique quotidien devant la persistance d'une aggravation de la symptomatologie.

1 – 2 – 2. Méthode d'évaluation :

Nous avons sélectionné des critères d'évaluation pour chaque groupe de symptômes. Leur observation débutait dix jours avant la mise en place du traitement et se poursuivait jusqu'à l'arrêt du traitement homéopathique pour les raisons citées précédemment.

1 – 2 – 2 – 1. Evaluation de la douleur :

- Cotation de l'intensité du fond douloureux permanent :

Elle s'accomplissait à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur. Celle-ci était définie de 0 : pas de douleur à 10 : douleur extrême imaginable. Trois mesures par jour étaient effectuées à heures fixes : 8h, 12h et 18h. Pour faciliter la lecture des résultats, nous avons calculé une moyenne des trois scores EVA quotidiens.

- Cotation de l'intensité des pics douloureux nécessitant un supplément d'antalgiques d'action rapide :

Elle s'effectuait à l'aide de la même EVA que pour celle du fond douloureux. Lors de chaque crise douloureuse, nous réalisions systématiquement une cotation avant la prise d'antalgiques puis une heure post prise. Seules les premières cotations sont prises en compte lors des résultats. Dans la majorité des crises, les antalgiques apportaient un soulagement convenable. Les EVA obtenues une heure après leur administration n'avaient plus d'intérêt pour notre expérience. Une moyenne des scores EVA des crises douloureuses a été également calculée sur chaque journée.

- Consommation en interdosages d'antalgiques :

Les interdosages correspondaient au supplément d'antalgiques d'action rapide (autre que le traitement de base) administrés lors d'une crise douloureuse. Nous avons quantifié leur utilisation pour chaque journée.

- Auto-évaluation : cotation du bien-être global :

Une EVA mesurait le sentiment de bien-être global ressenti par le patient (en lien avec une amélioration ou non des douleurs) ; à raison d'une cotation par jour :

0 : inconfort maximal / symptômes identiques.

10 : confort maximal / symptômes disparus.

1 – 2 – 2 – 2. Evaluation des troubles digestifs :

- Rythmicité des symptômes :

Selon le cas clinique évalué, nous avons quantifié soit le nombre d'épisodes de nausées – vomissements et/ou d'épisodes de reflux gastrique survenant dans une journée, soit le rythme quotidien d'apparition des selles.

- Consommation en médicaments d'action digestive :

Elle correspondait à la quantité d'anti-émétiques et de médicaments visant à soulager les épisodes de reflux gastrique, consommés par le patient dans une journée (autre que le traitement de base).

Dans le cas d'une constipation, nous avons évalué l'augmentation ponctuelle du traitement laxatif. Nous administrions à J2 sans selles un suppositoire de GLYCERINE® ou un MICROLAX®, à J3 sans selles un LAVEMENT NORMACOL® ou du FLEET SODA® ou des injections de PROSTIGMINE® en SC (1 ampoule 2/j) si ces derniers s'avéraient inefficaces.

- Auto-évaluation : cotation du bien-être global :

Le patient cotait, à l'aide d'une EVA, son bien-être global en lien avec une modification ou non de son état digestif. Cette évaluation se réalisait quotidiennement à raison d'une mesure par jour:

0 : inconfort maximal / symptômes identiques.

10 : confort maximal / symptômes disparus.

2. LES RESULTATS :

Nous présentons successivement les résultats obtenus pour le groupe « douleurs » puis ceux du groupe « troubles digestifs ». Ils sont représentés sous la forme de graphiques caractérisant l'évolution de chaque critère d'évaluation. Celle-ci est observée sous allopathie seule de J0 à J10 puis sous l'association homéopathie – allopathie de J0 à une durée propre à chaque patient (cf. raisons citées dans la méthodologie). J10 sous allopathie seule et J0 sous l'association homéopathie – allopathie correspondent à la même journée dans notre évaluation à savoir celle de la première prise homéopathique.

2 – 1. Les douleurs :

2 – 1 – 1. Cas clinique n°1 – Patient n°1 :

Evaluation de l'homéopathie sur des douleurs de type neurogène.

Mr F., âgé de 50 ans, présente une récurrence d'un carcinome épidermoïde du plancher buccal droit. Décision d'une prise en charge palliative face à la poursuite évolutive tumorale. Ces troubles associent un fond douloureux permanent lié à des douleurs faciales (sensation de brûlure débutant en regard de l'ATM¹³ gauche et irradiant jusqu'à la région mentonnière) et des crises aiguës de douleurs (décharges électriques) se déclenchant plusieurs fois par jour. Le fond douloureux est peu amélioré par le traitement associant un morphinique et un anti-épileptique. Les crises paroxystiques nécessitent l'administration systématique d'une interdose de morphine. Le dosage des médicaments ne peut être augmenté en raison de l'apparition d'une somnolence d'origine iatrogène.

En complémentarité du traitement allopathique, nous introduisons à J10 le médicament homéopathique SPIGELLA 9 CH® à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : diminution de la symptomatologie douloureuse.

Fond douloureux permanent :

¹³ ATM : articulation temporo-mandibulaire.

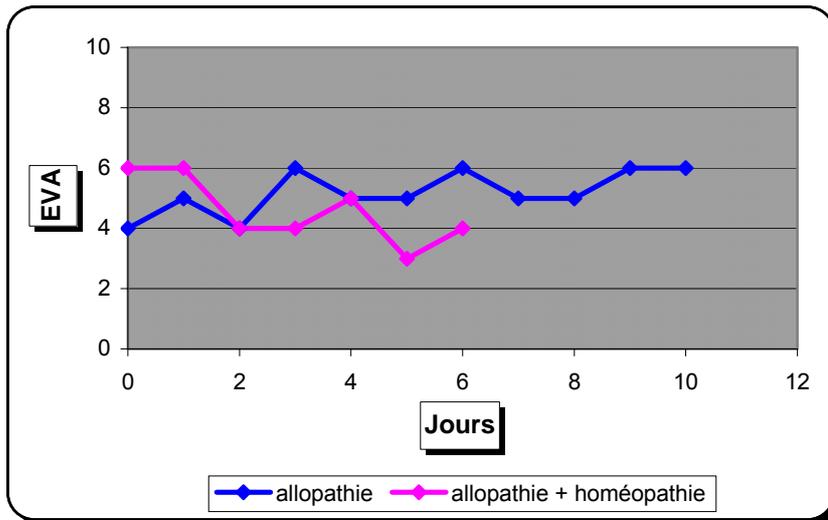


Figure 1 : Evolution journalière de l'intensité du fond douloureux permanent sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J6 correspond au décès du patient (J7).
- le traitement antalgique de fond ne subit aucune modification durant toute la prise homéopathique.

Pics douloureux nécessitant un supplément d'antalgiques d'action rapide :

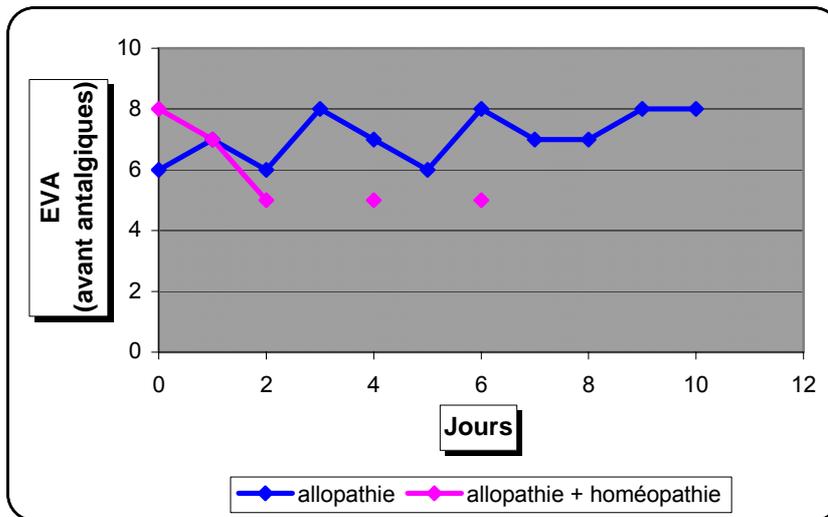


Figure 2 : Evolution journalière de l'intensité des pics douloureux (avant antalgiques d'action rapide) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 1

Consommation en interdoses d'antalgiques :

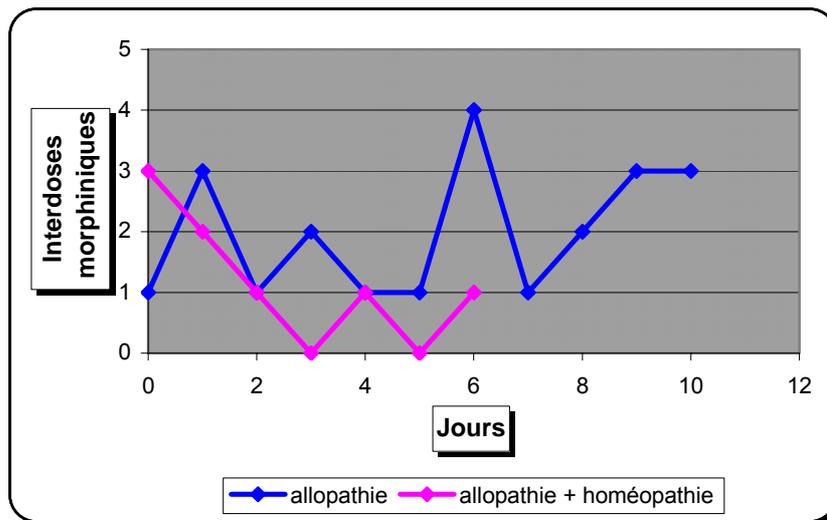


Figure 3 : Consommation journalière en interdoses d'antalgiques d'action rapide sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 1.

Bien-être global :

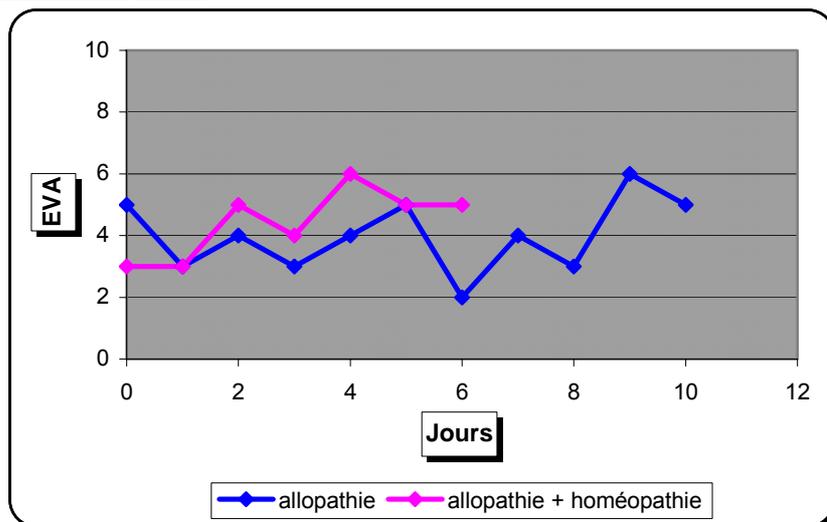


Figure 4 : Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 1.

2 – 1 – 2. Cas clinique n°2 – Patient n°2 :

Evaluation de l'homéopathie sur des douleurs abdominales de type crampes.

Mme G., âgée de 78 ans, est atteinte d'une carcinose péritonéale d'origine ovarienne. Décision d'arrêt de tout traitement à visée curative face à une reprise évolutive tumorale et d'une prise en charge palliative dans le but d'améliorer son confort. Ses troubles associent des douleurs abdominales rebelles (permanentes et paroxystiques) à type de crampes en regard de la région sus-ombilicale et une constipation opiniâtre. Le fond douloureux

permanent est partiellement calmé sous morphiniques et corticoïdes. Les fréquentes crises douloureuses nécessitent parfois l'administration d'une interdose de morphine.
 A J10, nous associons au traitement allopathique le médicament homéopathique NUX VOMICA 5 CH®, à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : diminution de la symptomatologie douloureuse.

Fond douloureux permanent :

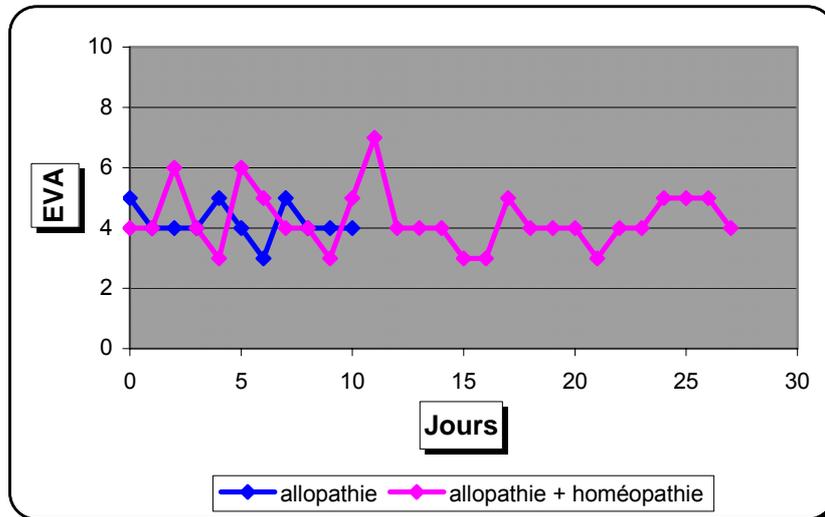


Figure 5 : Evolution journalière de l'intensité du fond douloureux permanent sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J27 correspond au transfert de la patiente dans un autre service à J28.
- durant la prise homéopathique, le traitement morphinique a été augmenté de moitié à J3 et à J14 soit une augmentation totale de deux tiers du traitement antalgique.

Pics douloureux nécessitant un supplément d'antalgiques d'action rapide :

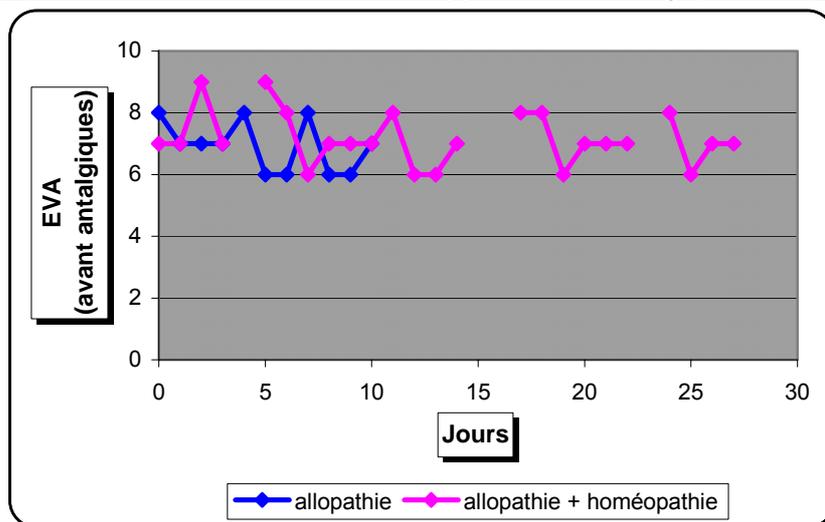


Figure 6 : Evolution journalière de l'intensité des pics douloureux (avant antalgiques d'action rapide) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 5.

Consommation en interdosés d'antalgiques d'action rapide :

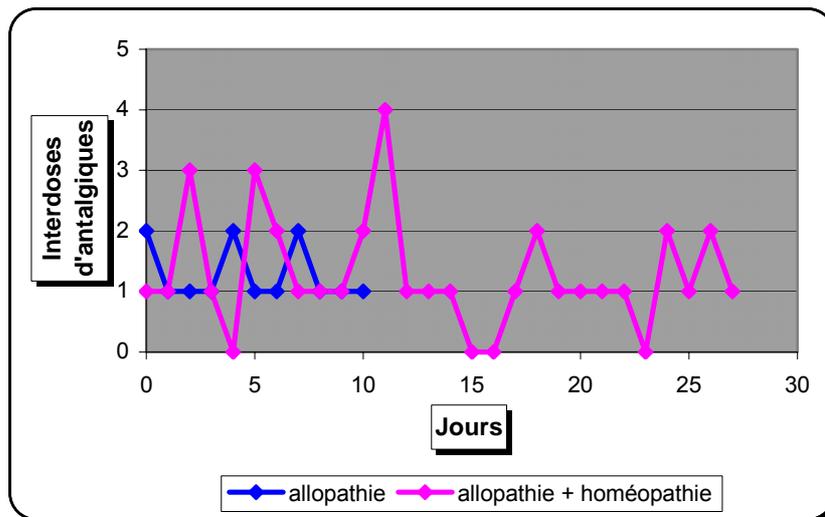


Figure 7 : Consommation journalière en interdoses d'antalgiques d'action rapide sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.
Remarque : cf. remarque figure 5.

Bien-être global :

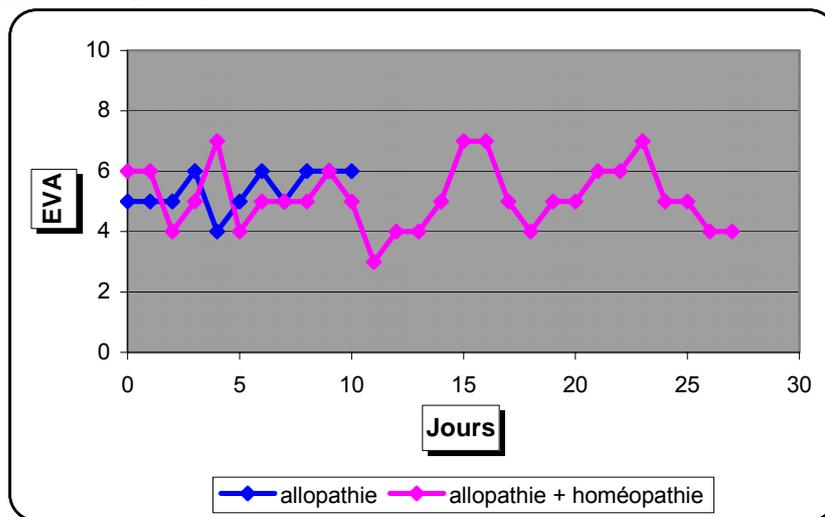


Figure 8 : Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- cf. remarque figure 5.
- l'étude du bien-être correspond à la sensation globale éprouvée par la patiente, résultat d'une modification clinique ou non des douleurs et de la constipation traitées simultanément.

2 – 1 – 3. Cas clinique n°3 – Patient n°3 :

Evaluation de l'homéopathie sur des douleurs abdominales de type coliques.

Mr B., âgé de 65 ans, est atteint d'un adénocarcinome de la prostate avec présence d'un envahissement métastatique vertébrale en T9. Mise en place d'une prise en charge palliative

dans le but de diminuer l'inconfort ressenti par le patient en raison d'une symptomatologie rebelle. Ces symptômes associent des douleurs abdominales (sensation permanente de pesanteur en regard de l'estomac et épisodes aigus de coliques abdominales) et des troubles digestifs. Les douleurs permanentes s'avèrent résistantes aux morphiniques et anti-spasmodiques. Les épisodes paroxystiques nécessitent l'administration d'une interdose de morphinique.

A J10, nous associons au traitement allopathique le médicament homéopathique NUX VOMICA 7 CH®, à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : diminution de la symptomatologie douloureuse.

Fond douloureux permanent :

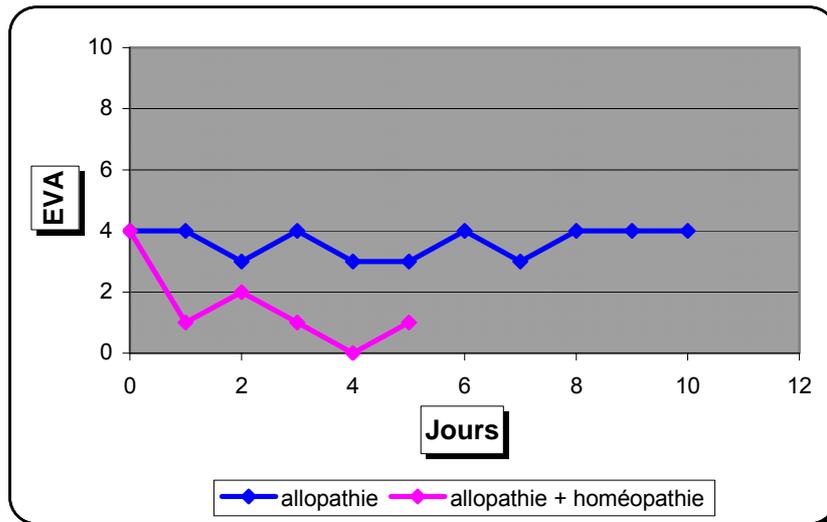


Figure 9 : Evolution journalière de l'intensité du fond douloureux permanent sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J5 correspond au retour à domicile (J5).
- le traitement antalgique ne subit aucune modification pendant toute la durée de la prise homéopathique.

Pics douloureux nécessitant un supplément d'antalgiques d'action rapide :

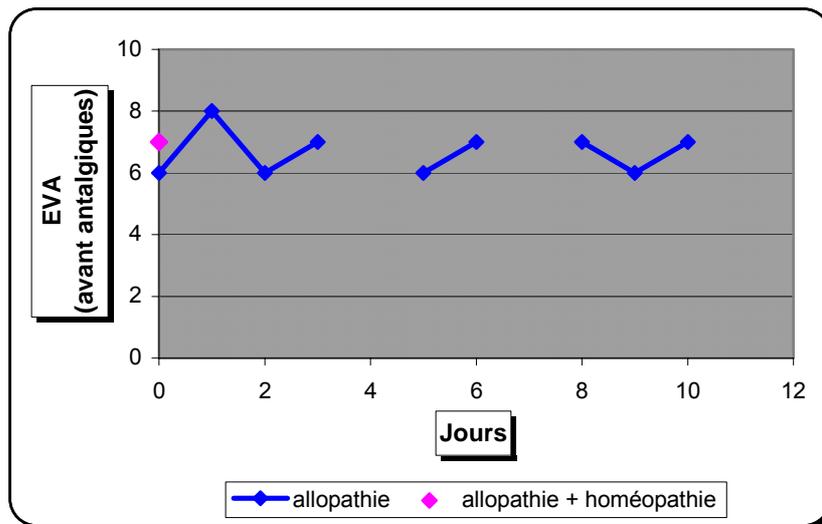


Figure 10 : Evolution journalière de l'intensité des pics douloureux (avant antalgiques d'action rapide) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.
Remarque : cf. remarque figure 9.

Consommation en interdoses d'antalgiques d'action rapide :

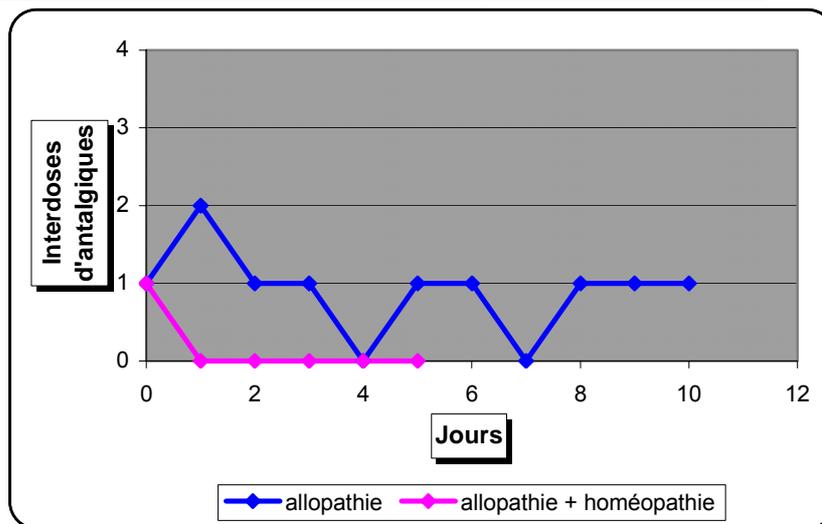


Figure 11 : Consommation journalière en interdoses d'antalgiques d'action rapide sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.
Remarque : cf. remarque figure 9.

Bien-être global :

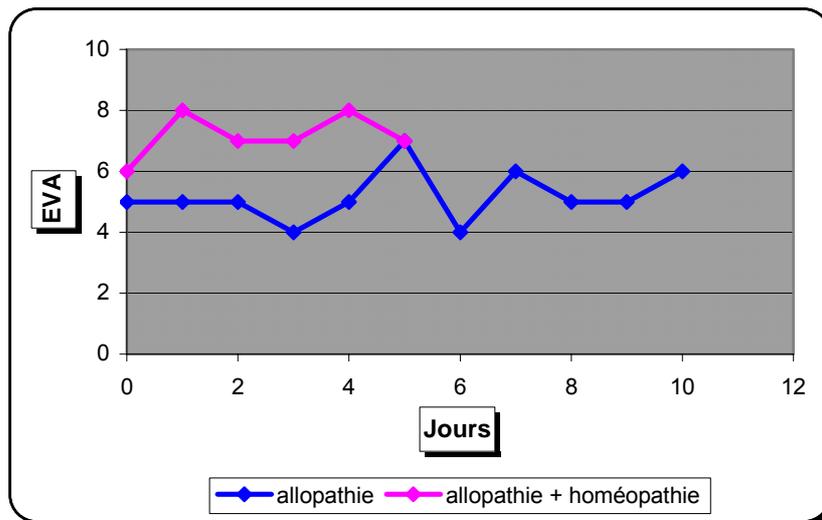


Figure 12 : **Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.**

Remarques :

- cf. remarque figure 9.
- l'étude du bien-être correspond à la sensation globale éprouvée par le patient, résultat d'une modification clinique ou non des douleurs et des troubles digestifs fonctionnels traités simultanément.

2 – 1 – 4. Cas clinique n°4 – Patient n°4 :

Evaluation de l'homéopathie sur des douleurs de type neurogène.

Mme M., âgée de 56 ans, est atteinte d'un ostéosarcome du sacrum radio-induit. Décision d'une prise en charge palliative face à une poursuite évolutive locale majeure responsable d'un syndrome douloureux rebelle. Ce dernier associe une sensation de brûlure permanente au niveau de la cicatrice tumorale (jonction lombosacrée) et des décharges électriques paroxystiques débutant à la région sacrée et irradiant le membre inférieur droit. Réponse clinique partielle des différentes thérapeutiques mises en place : anti-inflammatoires, paracétamol, anxiolytiques, anti-dépresseurs, morphiniques, anti-épileptiques, kétamine. Nous introduisons à J10, en complémentarité du traitement allopathique, le médicament homéopathique AGARICUS 9 CH®, à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : diminution de la symptomatologie douloureuse.

Fond douloureux permanent :

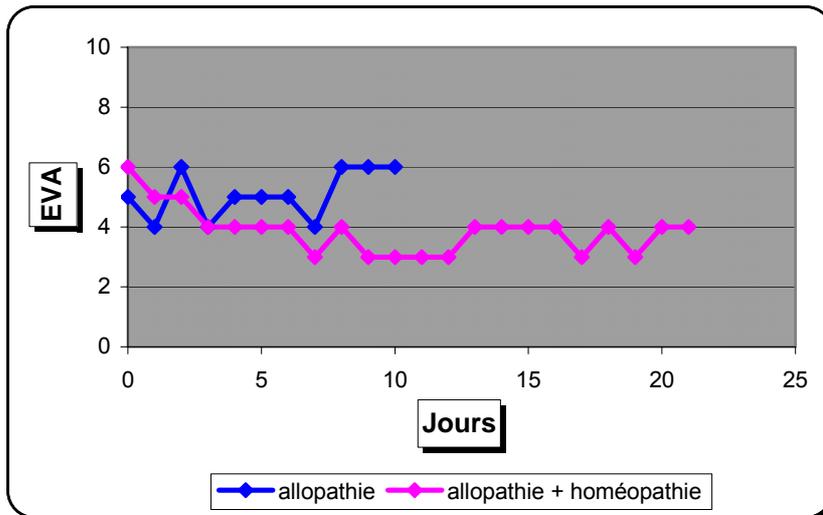


Figure 13 : Evolution journalière de l'intensité du fond douloureux permanent sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J21 correspond à l'apparition d'un état semi comateux empêchant toute prise orale.
- les deux tiers du traitement antalgique ont été progressivement arrêtés pendant la prise homéopathique.

Pics douloureux nécessitant un supplément d'antalgiques d'action rapide :

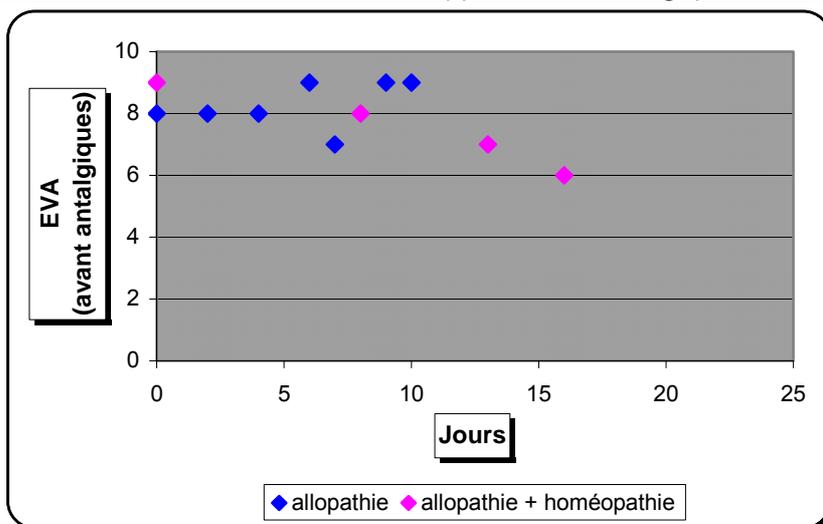


Figure 14 : Evolution journalière de l'intensité des pics douloureux (avant antalgiques d'action rapide) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 13.

Consommation en interdoses d'antalgiques d'action rapide :

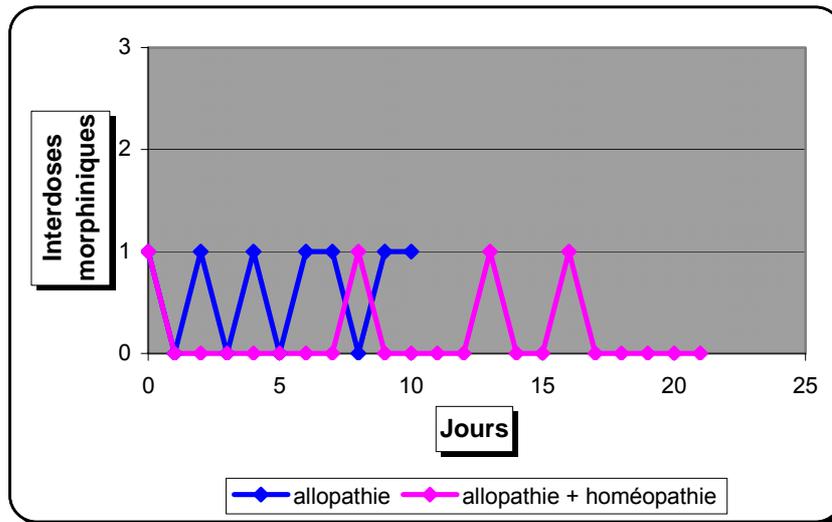


Figure 15 : Consommation journalière en interdoses d'antalgiques d'action rapide sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.
Remarque : cf. remarque figure 13.

Bien-être global :

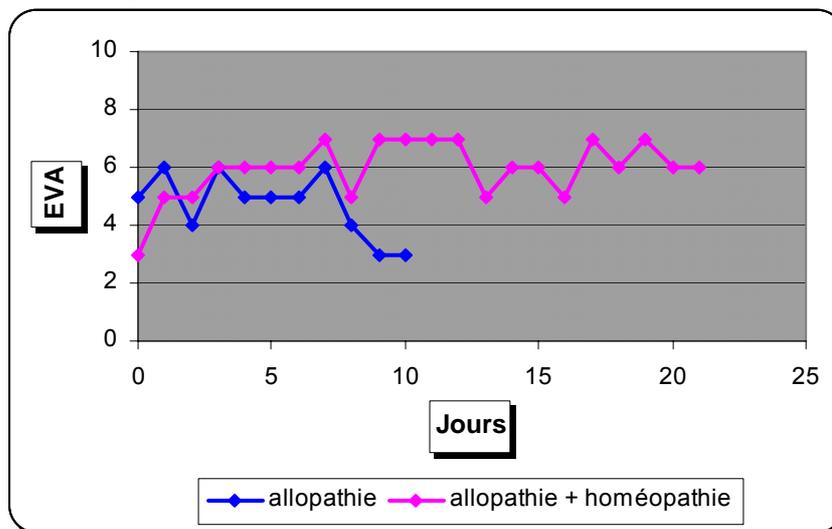


Figure 16 : Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.
Remarque : cf. remarque figure 13.

2 – 2. Les troubles digestifs :

2 – 2 – 1. Cas clinique n°5 – Patient n°2 :

Evaluation de l'homéopathie sur une constipation opiniâtre.

Il s'agit de Mme G. pour laquelle nous avons observé l'action homéopathique contre un syndrome douloureux rebelle (cf. cas clinique n°2). Elle présente également une constipation opiniâtre sous la forme d'une selle unique tous les 2 à 3 jours. Elle résiste aux traitements laxatifs classiques et doit régulièrement bénéficier d'une prise laxative supplémentaire (suppositoire, lavement, préparation colique ou injections de laxatifs suivant le retard des selles).

A J10, nous introduisons, en complémentarité du traitement allopathique, le médicament homéopathique NUX VOMICA 5 CH®, à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : régulation du rythme quotidien des selles.

Rythme d'apparition des selles :

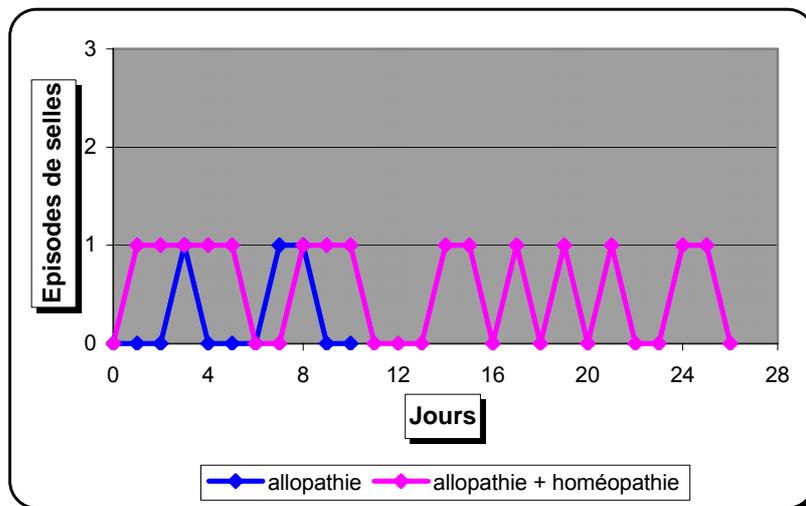


Figure 17 : Evolution journalière du rythme d'apparition des selles sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J27 correspond au transfert de la patiente dans un autre service à J28.
- durant la prise homéopathique, en plus des augmentations ponctuelles, le traitement laxatif de base a dû être augmenté à J7 et à J13.

Consommation en laxatifs :

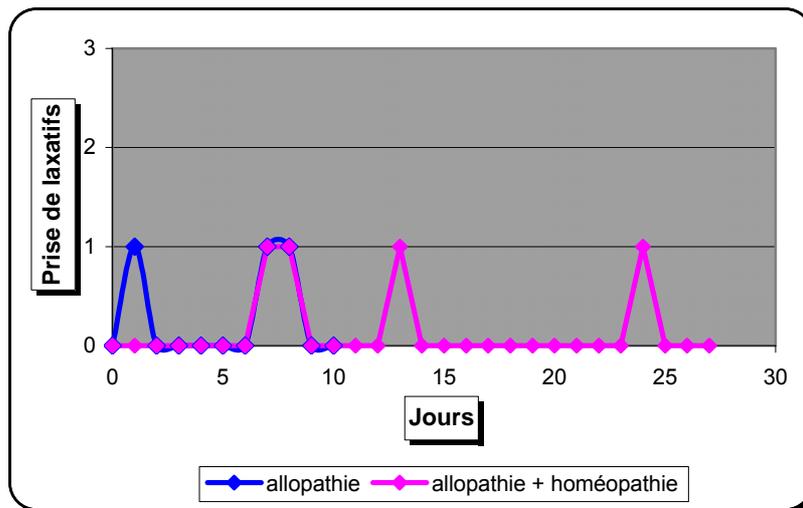


Figure 18 : Evolution journalière des augmentations ponctuelles du traitement laxatif sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 17.

Bien-être global :

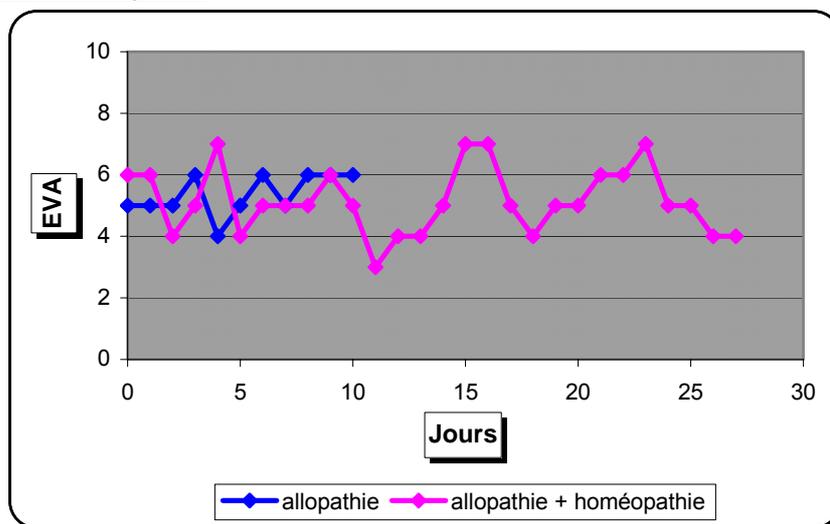


Figure 19 : Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figures 8 et 17.

2 – 2 – 2. Cas clinique n°6 – Patient n°3 :

Evaluation de l'homéopathie sur des nausées / vomissements accompagnés de troubles fonctionnels à type de RGO.

Il s'agit de Mr B. pour lequel nous avons observé l'action homéopathique contre un syndrome douloureux rebelle (cf. cas clinique n°3). Ces troubles digestifs associent des épisodes de reflux gastrique obligeant le patient à recourir à une alimentation liquide de petite quantité et des nausées se terminant régulièrement par des vomissements lors des prises médicamenteuses difficiles à absorber. Ces épisodes nauséux nécessitent parfois l'administration d'un anti-émétique.

A J10, nous associons le médicament homéopathique NUX VOMICA 7 CH® au traitement allopathique, à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : diminution des épisodes de reflux gastrique et de nausées.

Rythmicité des épisodes de reflux gastrique et nausées – vomissements :

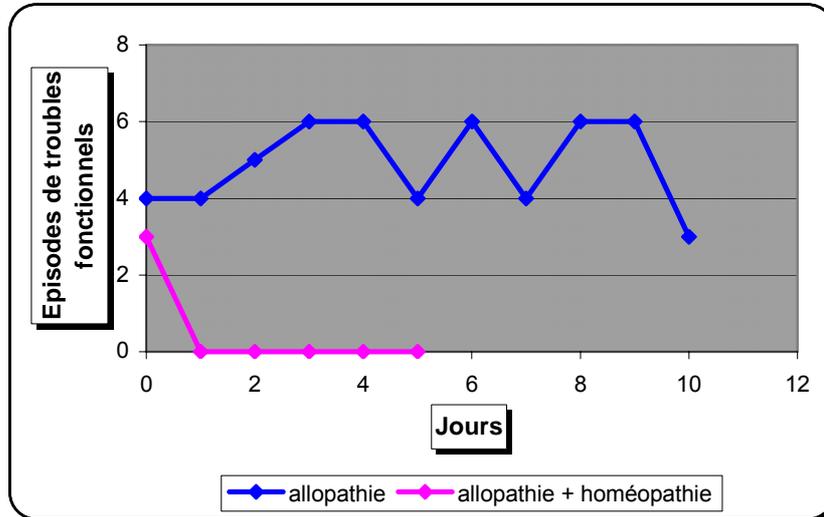


Figure 20 : **Evolution journalière des troubles fonctionnels (nausées – vomissements et reflux gastrique) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.**

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J5 correspond au retour à domicile (J5).
- le traitement de fond ne subit aucune modification durant toute la prise homéopathique.

Consommation en anti-émétiques :

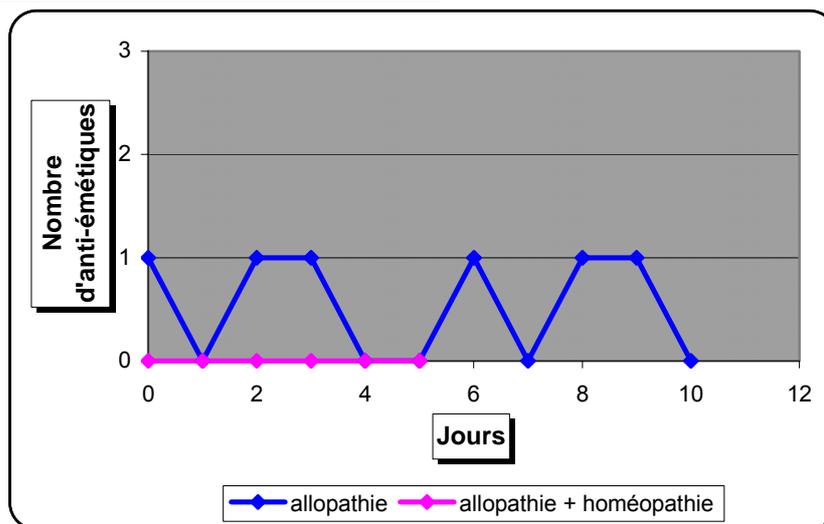


Figure 21 : **Consommation journalière d'anti-émétiques sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.**

Remarque : cf. remarque figure 20.

Bien-être global :

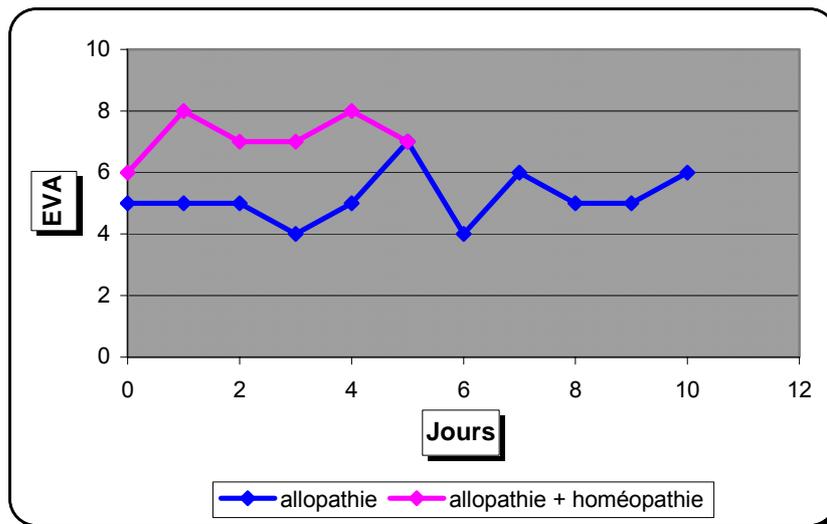


Figure 22 : Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figures 12 et 20.

2 – 2 – 3. Cas clinique n°7 – Patient n°5 :

Evaluation de l'homéopathie sur des troubles fonctionnels à type d'épisodes de nausées et/ou reflux gastrique.

Mr Q., âgé de 78 ans, est pris en charge dans le cadre d'une poursuite évolutive d'un cancer gastrique. Il présente une altération majeure de son état général avec une dysphagie empêchant toute alimentation solide. Ces troubles associent des épisodes rebelles de nausées et/ou reflux gastrique déclenchés par la nourriture. Le patient ne reçoit aucun traitement de fond mais bénéficie de l'administration ponctuelle d'un morphinique et/ou d'un anti-émétique lors d'épisodes particulièrement rebelles.

A J10, nous associons, au traitement allopathique, le médicament homéopathique NUX VOMICA 5CH®, à raison de 3 granules matin, midi et soir. Effet recherché : diminution des épisodes de reflux gastrique et de nausées.

Rythmicité des épisodes de nausées – reflux gastrique :

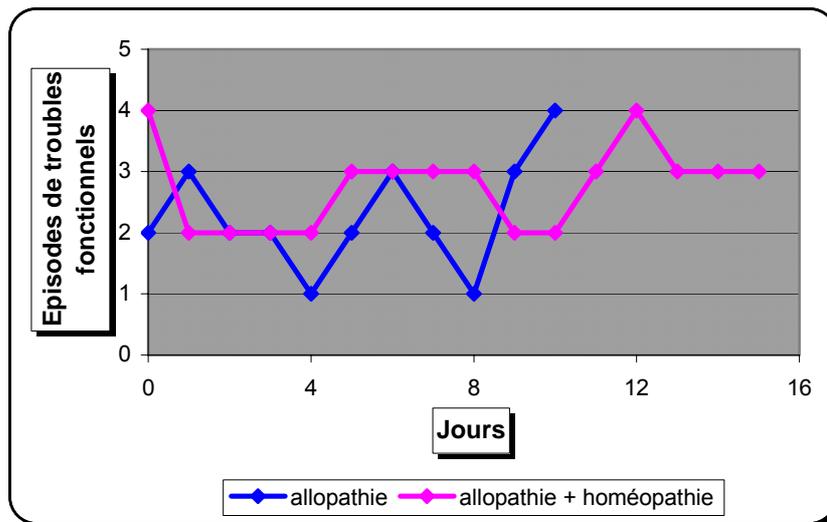


Figure 23 : Evolution journalière des troubles fonctionnels (nausées – reflux gastrique) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarques :

- l'arrêt du traitement homéopathique à J15 a été décidé face à l'absence d'amélioration clinique.
- le traitement de base resta identique durant toute la prise homéopathique.

Consommation en anti-émétiques et morphiniques :

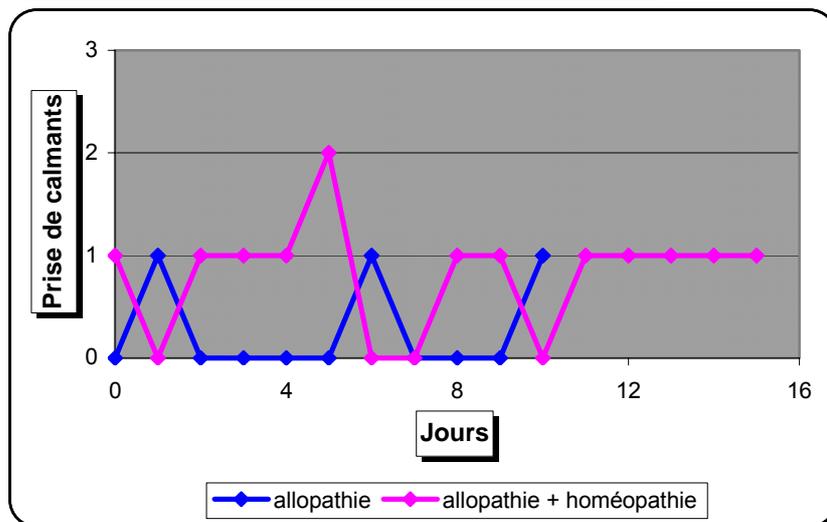


Figure 24 : Consommation journalière de calmants digestifs (anti-émétique – morphinique) sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 23.

Bien-être global :

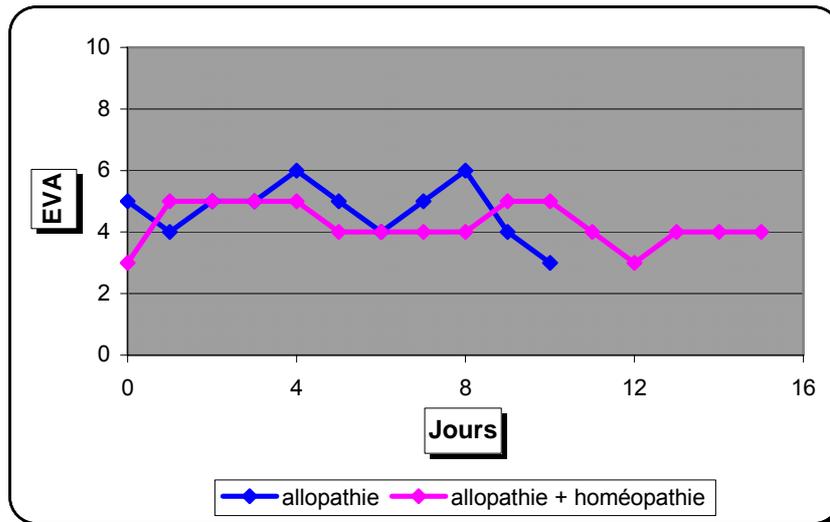


Figure 25 : Evolution journalière du bien-être global sous allopathie seule puis sous association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. remarque figure 23.

2 – 2 – 4. Cas clinique n°8 – patient n°6 :

Evaluation de l'homéopathie sur des nausées / vomissements chimio-induits.

Mme R., âgée de 77 ans, présente une carcinose péritonéale d'origine ovarienne. La patiente est hospitalisée en soins palliatifs pour initier un traitement par chimiothérapie (6 cures envisagées de TAXOL® – CARBOPLATINE®). Malgré un traitement préventif par anti-émétique périphérique, les deux premières cures provoquent l'apparition de nausées et vomissements nécessitant la mise en place d'une perfusion parentérale composée d'un anti-émétique central, d'un sétron et d'un corticoïde.

Lors de la troisième cure, nous introduisons, en complémentarité de la prévention anti-émétique, le médicament homéopathique IPECA 9 CH®, à raison de 3 granules matin, midi et soir (débuté le jour de la cure). Effet recherché : diminution des nausées – vomissements chimio-induits.

Pour ce cas clinique, nous avons comparé sur trois cures de chimiothérapie, dont seule la dernière bénéficiait d'une médication homéopathique, l'apparition de leurs effets secondaires et le nombre de traitements anti-émétiques administrés pour réduire ces troubles.

Rythmicité des nausées – vomissements :

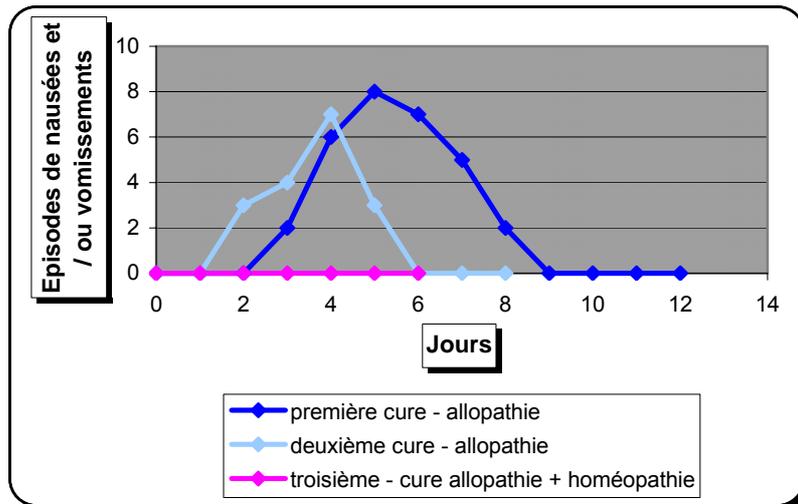


Figure 26 : Evolution journalière des effets secondaires (nausées – vomissements) de deux cures de chimiothérapie réalisées sous allopathie seule puis d'une cure bénéficiant de l'association homéopathie – allopathie.

Remarque : L'arrêt de l'observation à J12 pour la 1^{ère} cure, à J8 pour la 2^{ème} (retour à domicile) et à J6 pour la 3^{ème} (retour à domicile) correspond à la disparition totale de toute symptomatologie.

Consommation en anti-émétiques :

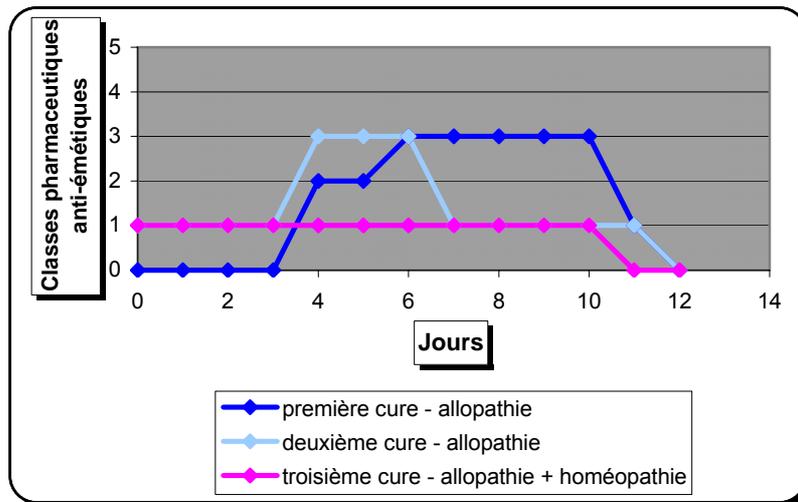


Figure 27 : Consommation quotidienne en anti-émétiques périphériques et centraux administrés pour réduire les effets secondaires de deux cures de chimiothérapie réalisées sous allopathie seule puis d'une cure bénéficiant de l'association homéopathie – allopathie.

Remarque : une sortie à domicile a été réalisée à J11 pour la 2^{ème} cure de chimiothérapie et à J10 pour la 3^{ème} cure.

Bien-être global :

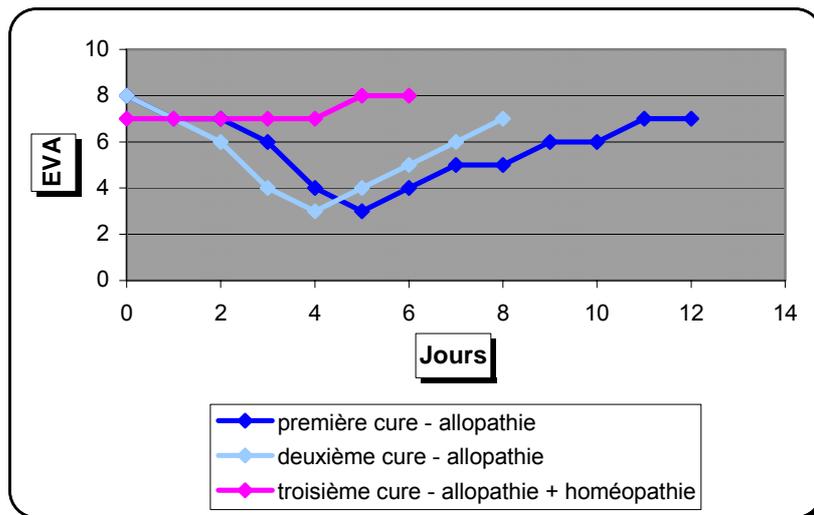


Figure 28 : Evolution journalière du bien-être global lors de deux cures de chimiothérapie réalisées sous allopathie seule puis d'une cure bénéficiant de l'association homéopathie – allopathie.

Remarque : cf. fig. 26.

DISCUSSION

1. INTERPRETATION DES RESULTATS :

1 – 1. Cas cliniques ininterprétables :

Pour certaines des évaluations, nous avons dû procéder à des modifications du traitement allopathique durant la période d'observation de l'homéopathie. De ce fait, leurs résultats sont difficilement interprétables :

Pour les douleurs :

Cas clinique n°4 :

Sous homéopathie, nous constatons une amélioration notable de la clinique : cotations EVA diminuées pour le fond douloureux de 1 à 2 points (fig.13) et augmentées pour le bien-être global de 1 à 4 points (fig.16) ; crises douloureuses moins fréquentes (fig.14) entraînant une réduction de la consommation en interdoses d'antalgiques (fig.15). L'apparition de signes d'une iatrogénicité de la morphine (sommolence) nous a amené à diminuer les doses de cette médication opiacée. La nécessité de cette diminution et l'amélioration des scores EVA peuvent faire évoquer un effet positif de l'homéopathie. Toutefois, cette modification du traitement morphinique pendant notre étude nous incite à beaucoup de prudence dans l'interprétation des résultats. Les conditions d'évaluation de la douleur par le patient ont pu être modifiées par la baisse de la posologie de morphine. Par ailleurs, on ne peut écarter l'hypothèse que la douleur ait été initialement majorée par un surdosage en morphine (par neurotoxicité notamment).

Pour les troubles digestifs :Cas clinique n°5 :

Durant l'administration homéopathique, nous avons procédé à deux augmentations du traitement laxatif de base à J7 et J13. Cette modification thérapeutique rend impossible toute interprétation de ce cas clinique. Pourtant, en analysant les graphiques, nous observons une amélioration de la constipation pendant les cinq premiers jours de la prise homéopathique (fig.17) avec un arrêt des augmentations ponctuelles du traitement laxatif (fig.18). Par la suite, on constate la réapparition de l'irrégularité du transit (fig.17) et la reprise de la consommation en laxatifs (fig.18). Cette courte période d'amélioration clinique pourrait résulter soit d'une efficacité passagère du médicament homéopathique ou soit d'un effet placebo.

Cas clinique n°8 :

Les trois cures de chimiothérapie ont été réalisées avec les mêmes produits cytotoxiques. Mais nous ne pouvons affirmer que leur dosage était identique lors des trois cures. Si celui-ci s'avérait différent, nous ne pourrions interpréter cette évaluation homéopathique. Nous pouvons toutefois souligner une absence totale d'apparition d'effets secondaires lors de la troisième cure de chimiothérapie, seule à être associée au traitement homéopathique (fig.26). La cotation du bien-être global pendant cette cure est augmentée par rapport aux deux premières (fig.28) et aucun traitement anti-émétique n'est ajouté à celui instauré en prévention (fig.27).

1 – 2. Cas cliniques interprétables :

Parmi les évaluations interprétables, certaines nous évoquent une possible efficacité du traitement homéopathique avec la présence d'une amélioration du confort du patient. D'autres, par contre, ne mettent en évidence aucune modification de la clinique sous prise homéopathique.

Pour les douleurs :

Cas clinique n°1 :

Durant toute la prise homéopathique, le traitement antalgique de base ne subit aucun changement. Il ne fut pas diminué en raison d'une relative stabilité clinique des douleurs. Lors de l'analyse des graphiques, nous constatons une amélioration notable de la clinique sous l'association homéopathie – allopathie : diminution des cotations EVA du fond douloureux de 2 points (fig.1) et des crises paroxystiques de 1 à 3 points (fig.2) ; baisse des épisodes aigus entraînant une réduction de la consommation en interdoses d'antalgiques (fig.3) ; augmentation de la cotation EVA du bien-être global de 1 à 3 points (fig.4).

Cas clinique n°2 :

Nous avons dû augmenter de deux tiers le dosage du traitement antalgique (morphinique) face à une aggravation de la symptomatologie douloureuse. Manifestement, le traitement homéopathique n'était pas efficace. Parallèlement, l'analyse des graphiques ne montre aucune modification des paramètres évalués. Mais il nous est difficile d'affirmer d'une totale inefficacité homéopathique compte tenu de cette augmentation morphinique réalisée pour des raisons éthiques vis-à-vis de la souffrance de la patiente.

Cas clinique n°3 :

L'étude a été réalisée sans modification du traitement allopathique. Les graphiques montrent une nette amélioration clinique sous homéopathie : baisse des cotations EVA du fond douloureux de 1 à 4 points (fig.9) et augmentation identique de celles du bien-être global (fig.12) ; disparition totale des crises paroxystiques (fig.10) et arrêt des prises d'interdoses d'antalgiques (fig.11).

Pour les troubles digestifs :

Cas clinique n°6 :

Comme pour le traitement antalgique, nous n'avons pas proposé de diminution de la médication digestive en raison d'une stabilité clinique satisfaisante avec ces thérapeutiques. Sous l'association homéopathie – allopathie, nous constatons une disparition totale des troubles fonctionnels digestifs (fig.20) avec un arrêt d'administration en anti-émétiques (fig.21) et une reprise d'une alimentation solide correcte. Un retour à domicile a été organisé sans difficulté.

Cas clinique n°7 :

Les conditions du traitement allopathique n'ont pas été modifiées pendant notre étude. Le patient a continué de bénéficier de l'administration ponctuelle d'interdoses d'antalgiques ou d'anti-émétiques lors d'une symptomatologie rebelle. A la lecture des graphiques, nous pouvons conclure à une absence d'efficacité de l'homéopathie. Aucune modification des critères d'évaluation n'est mise en évidence : rythme d'apparition des troubles digestifs (fig.17), consommation de calmants (fig.18) et cotations EVA du bien-être global inchangés (fig.19).

2. DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA REALISATION DE NOS EVALUATIONS :

2 – 1. Difficultés relatives aux maladies évolutives :

Il nous a semblé particulièrement difficile de réaliser une évaluation sur des patients dont la maladie est rapidement évolutive. En effet, l'absence de modification clinique sous la médication homéopathique peut être soit liée à une inefficacité du traitement ou bien à une évolution de la maladie terminale. De même, la récurrence d'une symptomatologie après une phase d'amélioration peut-être en lien avec une poussée de la maladie.

En raison de nos faibles moyens d'expérimentations, il nous est impossible de déterminer si l'amélioration observée est liée à une certaine efficacité homéopathique ou à une poursuite évolutive de la maladie.

2 – 2. Difficultés liées à l'utilisation de l'homéopathie :

La pratique médicale en soins palliatifs nous amène à soulager le plus efficacement et le plus rapidement possible des symptômes pénibles et inconfortables. En présence d'une symptomatologie aiguë et rebelle, il nous a été difficile de ne pas recourir aux traitements conventionnels allopathiques dont l'efficacité est reconnue. En effet, l'homéopathie est encore peu utilisée dans ce domaine médical et son utilisation n'est actuellement validée par aucune étude scientifique. Pour des raisons éthiques et morales vis-à-vis de la souffrance des malades, nous ne pouvons nous abstenir d'administrer un traitement allopathique lors d'une crise paroxystique des symptômes voir de modifier le traitement de fond s'ils persistaient ou s'aggravaient.

2 – 3. Difficultés face à l'effet placebo :

Devant l'évolution favorable de différents symptômes sous traitement homéopathique, nous devons tenir compte de la réalité d'un effet placebo. Il nous apparaît ici comme un des paramètres pouvant provoquer de tels changements cliniques. On sait généralement que l'effet placebo peut être influencé par différents facteurs : type de la maladie (plus le stress du malade est grand, plus l'effet placebo est présent), relation médecin - malade, attentes du patient et du médecin, personnalité du patient (il n'existe cependant pas de personnalité placebo - répondeur typique) et le produit placebo (la couleur, la présentation, etc., ont un rôle dans l'effet placebo) (2, 12, 17).

Il nous a semblé que les conditions de réalisation de notre étude ont pu favoriser l'apparition de certains paramètres influençant une réponse de type placebo :

- Le contexte de la maladie grave :

Les patients vivent difficilement cette dernière période de leur vie. Ils semblent plus enclins à accepter la réalisation d'actes thérapeutiques en vue de soulager leur souffrance. Il nous est apparu que la phase terminale déclenche souvent un état de stress pouvant faciliter l'acceptation d'une médecine nouvelle ayant pour but d'améliorer un inconfort global souvent très pénible à ce stade de la maladie.

- L'adhésion du patient :

Notre expérimentation a procuré à priori un effet plutôt positif avec une forte adhésion des patients. Ceux-ci ont accepté spontanément le recours à l'homéopathie en complémentarité de leur traitement après une explication claire des modalités de notre méthodologie. Face à une symptomatologie inconfortable et souvent rebelle, ils ont montré

une grande aspiration à être soulagés par une thérapeutique nouvelle. L'homéopathie leur apparaissait comme une aide supplémentaire dans leur prise en charge. Ils ont semblé apprécier notre initiative d'apporter une thérapeutique méconnue dans ce domaine médical. Par ailleurs, cette adhésion était certainement majorée par la notion de non toxicité de cette médecine (absence de contre-indications et de iatrogénicité) ainsi que par son aspect pratique (galénique simple). Les patients ont paru véritablement sensibles à ces arguments. Ils n'éprouvaient aucune crainte lors de son administration ou vis-à-vis d'éventuels effets indésirables à venir.

- La prise en charge du patient dans sa globalité :

Les patients en fin de vie demandent une prise en charge globale de leur souffrance physique et psychique. La réponse homéopathique s'inscrit dans cette logique avec son principe de globalité. Les patients n'ont pas semblé ressentir de discontinuité entre la prise en charge palliative et homéopathique. De plus, la recherche du médicament homéopathique demande du temps et de l'attention afin de mettre en évidence le traitement le plus adapté à la symptomatologie du patient. Les patients apparaissaient rassurés par le temps consacré de la part des soignants. Nous avons le sentiment que cette pratique médicale globale leur signifiait qu'on les considérait, qu'on s'intéressait particulièrement à leur symptomatologie.

- L'implication des soignants :

Nous avons évoqué l'adhésion du patient comme facteur influençant l'apparition d'un effet placebo. Mais qu'en est-il du nôtre, de celui des soignants ? De celui du futur médecin homéopathe tentant d'élaborer une étude dont le but inconscient serait de démontrer que sa spécialité s'avèrerait profitable aux soins palliatifs ? L'entrain de cette initiative personnelle a-t-il pu créer une atmosphère positive ressentie par le patient ? De là, naîtrait un pouvoir suggestif aboutissant à un soulagement de la symptomatologie ?

Par ailleurs, cette double notion d'absence de contre-indications et de iatrogénicité nous a procuré un sentiment de sérénité de prescription. Celui-ci nous donnait une envie d'approfondir la recherche du médicament le plus approprié au patient. Cet enthousiasme thérapeutique était-il ressenti, influençant favorablement l'adhésion des patients à notre expérimentation ? De même, nous portions une attention importante aux évaluations des symptômes et de l'action homéopathique. Cette attitude a-t-elle pu influencer la réponse clinique au médicament ?

Tel un miroir, le médecin apparaît induire une grande partie de l'attitude du malade.

L'enthousiasme du soignant, l'intérêt qu'il porte au patient et la croyance dans le traitement pourrait agir en faveur d'un effet placebo, source de changements cliniques (12).

- La relation médecin – malade :

La qualité de cette relation semble donc diriger la réponse thérapeutique. Cette relation s'avère bilatérale impliquant l'attitude positive ou négative des soignants et aussi des soignés. Nous avons eu l'impression que des actes simples comme la puissance du regard, d'un toucher, d'un sentiment de respect mutuel, de reconnaissance de la souffrance par le thérapeute, etc., pouvaient influencer la qualité de la relation soigné – soignant (2, 17).

La conviction que le produit est un moyen de soulagement n'est jamais neutre. Non seulement pour le patient, mais aussi pour le prescripteur, elle exerce une potentialisation si le soignant est convaincu de son bien-fondé, elle en atténue ou en ruine les effets s'il est sceptique à son égard. Une « saisie » se réalise entre les espoirs du patient et ceux du médecin qui génère l'efficacité souhaitée. La puissance d'action recelée par la thérapeutique est modulée par les attentes et les croyances des soignants, et la manière dont il est perçu par le malade (17).

CONCLUSION

Alternant parallèlement des études d'homéopathie et un travail d'assistant en soins palliatifs, nous avons naturellement été amenés à analyser notre pratique médicale auprès des personnes en fin de vie. Nous avons constaté les limites de l'allopathie dans la prise en charge des symptômes pénibles présents lors de la phase terminale d'une maladie incurable. Nous nous sommes alors interrogés sur ce que pourrait apporter l'homéopathie dans le traitement de ces inconforts. Face à la rareté des études sur ce sujet, nous avons pris l'initiative d'effectuer notre propre évaluation. Cette expérience s'est réalisée sur quelques cas cliniques et n'a pas été établie avec une méthodologie permettant des conclusions affirmatives. En ce sens, nos résultats ne sont pas interprétables. Néanmoins, pour un bon nombre de patients, nous avons été satisfaits de voir apparaître certains effets favorables sur leur symptomatologie. Ils ont semblé apprécier cette amélioration de leur confort.

Ce travail nous a permis de mesurer les difficultés de réalisation d'une telle expérimentation dans le domaine des soins palliatifs. L'évolutivité de la maladie terminale, l'administration d'une thérapeutique sans preuve d'efficacité et l'importance de l'effet placebo ont rendu difficile la mise en place et l'interprétation de cette évaluation. Ces difficultés sont réelles, c'est pourquoi nous estimons que seuls des essais scientifiques validés (contrôlés, randomisés, avec tirage au sort et en double aveugle) permettraient de vérifier nos premières constatations. Certes, celles-ci s'avèrent difficiles à mettre en œuvre mais les atouts de l'homéopathie, à savoir son principe de globalité, sa non – iatrogénicité et sa galénique originale, nous semblent appropriés à l'exercice des soins palliatifs. Il pourrait être intéressant de commencer par des études objectivant l'utilisation de l'homéopathie dans le traitement de symptômes (type douleurs et troubles digestifs) en dehors du cadre de la phase terminale où les conditions d'évaluation s'avèreraient moins difficiles.

Par ailleurs, ce travail nous a permis de faire se rencontrer deux pratiques médicales se méconnaissant, l'une s'exerçant principalement à l'hôpital et l'autre surtout dans le cadre de la médecine libérale. Nous avons grandement apprécié « cette tentative d'association expérimentale » tant sur le plan humain que sur le plan thérapeutique.

Notre sensibilité de futur médecin homéopathe nous a constamment guidé dans cette démarche afin d'apporter un premier questionnement pouvant, nous l'espérons, inciter la mise en place d'autres méthodologies plus rigoureuses, scientifiques, indispensables afin de crédibiliser le recours à une médication homéopathique dans le cadre des soins palliatifs.

ANNEXES

ANNEXE I :

PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

PATIENT N°1 : CAS CLINIQUE N°1

Mr F., né le 15/12/54, présentait une récurrence d'un carcinome épidermoïde du plancher buccal antérieur droit diagnostiqué en avril 2002 et traité initialement par chirurgie et radiothérapie. Récurrence en septembre 2003 sur toute la hauteur de la langue et du plancher buccal avec suspicion d'une atteinte osseuse mandibulaire. Apparition d'une fistule sous-mentonnaire et d'hémorragies à répétition au niveau buccal et fistulaire. Décision d'une prise en charge palliative en novembre 2003 face à l'échec d'une cure de chimiothérapie. Première hospitalisation en soins palliatifs du 17/10/03 au 24/11/03 pour altération de l'état général, douleurs et hémorragies importantes. Un retour à domicile d'une quinzaine de jours fut organisé devant une certaine récupération de son autonomie et la quasi-disparition des symptômes.

Nouvelle hospitalisation le 15/12/03 en raison d'un épuisement psychique du patient et de sa famille. A son arrivée dans le service, Mr F. présentait la symptomatologie suivante :

- une réapparition des hémorragies buccales et fistulaires : Celles-ci survenaient à raison d'un épisode tous les 2 à 3 jours et s'arrêtaient spontanément. Des pansements à l'EXACYL® furent mis en place quotidiennement, diminuant leur fréquence d'apparition tous les 4 à 5 jours.
- une hypersialorrhée (prédominante le soir) lui apportait une gêne notable. Celle-ci fut améliorée par des injections de scopolamine.
- des douleurs faciales de type névralgique (sensations de brûlures, d'élançements) débutant au niveau de l'ATM¹⁴ gauche et irradiant vers la mâchoire inférieure puis vers la région mentonnaire. Elles apparaissaient aux mouvements de la tête particulièrement après le sommeil. Elles étaient aggravées en parlant et améliorées au repos et par la pression sur l'oreille gauche et la mâchoire. Sous SKENAN® 200 mg/j et NEURONTIN® 3000 mg/j, Mr F. cotait une douleur permanente entre 4 et 6/10 sur l'EVA. Les accès douloureux étaient évalués entre 6 et 8/10 et autour de 3/10 une heure après l'administration d'une interdose de morphine de 30 mg. Il en bénéficiait en moyenne d'une à trois fois par jour. Du 15/12/03 au 03/01/04, on augmenta progressivement le dosage des antalgiques (mêmes cotations du fond douloureux et des crises pendant ces quinze jours). Le 03/01/04, le traitement antalgique associait SKENAN® 320 mg et NEURONTIN® 3600 mg par jour. Du 03 au 06/01/04, Mr F. garda un fond douloureux coté entre 5 et 6/10. Les accès douloureux oscillaient autour de 8/10 avec peu d'amélioration par la prise de morphine. Ces besoins en interdosages de morphine (40 mg) variaient entre une à quatre par jour. Il présentait une légère somnolence d'origine iatrogène. Il ne souhaitait aucune modification du traitement puisque dans cet état la douleur lui était supportable. Mr F. repartait tous les week-ends à domicile.

Face à cette impasse thérapeutique, décision d'associer à l'allopathie un traitement homéopathique en vue de soulager ces douleurs faciales.

¹⁴ ATM : articulation temporo-mandibulaire.

Administration de SPIGELLA® 9 CH du 06/01/04 au 13/01/04 à raison de 3 granules matin, midi et soir en complémentarité du traitement suivant (administré par sonde de gastrostomie) :

SKENAN 160 mg® : 1 comprimé 8h – 20h.

NEURONTIN 300 mg® : 4 – 4 – 4.

En cas de crise douloureuse : 40 mg de SULFATE de MORPHINE® dans la sonde de gastrostomie (à renouveler si besoin).

SOLUPRED 20 mg® : 3 – 1 – 0.

XANAX 0,25® : 1 – 0 – 2.

PROZAC 20® : 1 – 0 – 0.

SCOBUREN® : 1 ampoule en SC à 8h, 14h et 20h.

Alimentation entérale NOVASOURCE® : 3 poches de 500ml/j.

Choix de **SPIGELIA®** sur les critères suivants :

- douleurs de type névralgique au niveau de l'ATM.
- douleurs de type névralgie faciale aggravées au mouvement.
- douleurs de type névralgie faciale aggravées en parlant.
- douleurs de type névralgie faciale améliorées par la pression.

En raison de la forte similitude existant entre les symptômes du médicament homéopathique sélectionné et la matière médicale, nous avons privilégié la dilution 9 CH. La condition physique du patient permettait son utilisation.

Evaluation de l'association homéopathie – allopathie réalisée du 06/01/04 (1^{ère} prise homéopathique) au 12/01/04 (décès du patient le 13/01/04) :

le 07/01/04, le patient somnola pratiquement toute la journée avec un fond douloureux évalué à 6/10. Il reçut 2 interdoses à 7h00 et à minuit pour des accès douloureux cotés à 7/10 avant la prise antalgique (4/10 une heure après).

le 08/01/04, Mr F. semblait plus reposé et plus tonique avec un fond douloureux à 4/10. Il demanda une interdose à 22h30 pour une crise évaluée à 5/10 (4/10 une heure après).

Du 09/01/04 au 13/01/04, le patient réclama deux interdoses (accès évalués à 5/10 avant interdose et à 3/10 une heure après) les 10/01/04 à 16h et 12/01/04 à 3h. Il continuait de coter une douleur continue entre 3 et 5/10.

Mr F. rentra à domicile le week-end du 10-11/01/04. A son retour, il présenta une hémorragie au niveau de la fistule sous-mentonnière qui ne fut pas stoppée. Un traitement par HYPNOVEL® fut instauré à la seringue électrique le 12/01/04 (20 mg/j en continu) afin d'atténuer la survenue d'une angoisse majeure. Mr F. décéda le 13/01/04 à 4h00, il se disait non douloureux et semblait apaisé à l'idée de quitter les siens.

PATIENT N°2 : CAS CLINIQUES N°2 ET 5

Mme G., née le 15/09/26, était atteinte d'une carcinose péritonéale d'origine ovarienne découverte en septembre 2003, traitée par chirurgie (hystérectomie – ovariectomie - omentectomie) suivie de 6 cures de chimiothérapie. Décision d'arrêt de tout traitement à visée curative en mars 2004 face à une reprise évolutive tumorale (avec apparition d'une

ascite et d'un épanchement pleural gauche de moyenne abondance, ayant nécessité tous les deux une évacuation par ponction). Décision d'une prise en charge palliative afin d'améliorer son confort.

Hospitalisation de Mme G. le 13/04/04 face à un maintien à domicile difficile, la patiente vivant seule. A son arrivée, elle présentait une asthénie majeure mais restait autonome pour les gestes de la vie quotidienne. Elle se déplaçait sans aide et semblait consciente du pronostic de sa maladie.

Mme G. présentait différents symptômes difficilement contrôlables par les médicaments allopathiques :

- Des douleurs abdominales rebelles :

Elle se plaignait de crises douloureuses abdominales sus - ombilicales, transversales, en barre, à type de crampes, améliorées par le décubitus dorsal. Elle les évaluait entre 6 et 8/10 sur l'EVA avant la prise d'antalgiques d'action rapide et à 3/10 une heure après. On lui administrait quotidiennement une voire deux interdoses de morphine.

D'autre part, la patiente cotait un fond douloureux permanent autour de 4/10 sur l'EVA (moyenne des trois cotations quotidiennes du matin, midi et soir). Elle se décrivait comme étant « gonflée » au niveau de toute la région abdominale. Cliniquement, la palpation de la région épigastrique reproduisait la douleur (abdomen météorisé sans ascite). La prise morphinique sous la forme d'un patch de DUROGESIC 25µg® toutes les 72h semblait calmer partiellement les douleurs. Du SKENAN 10 mg® matin et soir fut rajouté du 16/04/04 au 22/04/04 sans résultat.

- Une constipation rebelle :

Depuis l'intervention chirurgicale de septembre 2003, Mme G. se plaignait d'un transit intestinal difficilement gérable et très mal vécu. Elle présentait une selle unique tous les 2 à 3 jours. Cette constipation résistait aux traitements laxatifs habituels : TRANSIPEG® (du 15/04 au 21/04), PERISTALTINE® (introduite le 15/04), PROSTIGMINE® (une injection 2/j les 20 et 21/04). Seuls les lavements NORMACOL® et le FLEET SODA® semblaient plus ou moins efficaces au troisième jour sans selles.

Décision d'associer un médicament homéopathique au traitement allopathique afin d'améliorer les douleurs abdominales et la constipation (Mme G. ne souhaitant pas de médication excessive).

Administration de NUX VOMICA 5 CH® à raison de 3 granules matin, midi et soir du 23/04/04 au 21/05/04, **associé au traitement suivant** :

DUROGESIC 25 µg® : 1 patch toutes les 72h.

En cas de crise douloureuse abdominale : un comprimé d'ACTISKENAN 10 mg® ou une injection SC ou IV de 3 mg de SULFATE de MORPHINE®.

PERISTALTINE® : 1 – 1 – 1.

En cas d'un retard de transit : à J2 sans selles : un MICROLAX® ou un suppositoire de GLYCERINE® ; à J3 sans selles un lavement NORMACOL® ou du FLEET SODA® ; si persistance : 2 injections/j de PROSTIGMINE® SC pendant deux jours consécutifs.

XANAX 0,25® : 1 – 0 – 0.

SOLUPRED 20 mg® : 2 – 1 – 0.

LASILIX 20 mg® : 1 – 0 – 0.

MOPRAL® : 0 – 0 – 1.

GAVISCON® sachet : 1 – 0 – 0.

IMOVANE 7,5® : 0 – 0 – 0 – 1.

Choix du médicament sur les critères suivants :

- douleurs abdominales améliorées par le décubitus dorsal.
- douleurs abdominales aggravées à la pression.
- inactivité du rectum.

Une dilution 5 CH fut choisie en raison d'une faible similitude existant entre le médicament sélectionné et la matière médicale ainsi que sur une atteinte de l'état général relativement importante.

Une évaluation de l'association homéopathie – allopathie fut réalisée du 23/04/04 (1^{ère} prise homéopathique) au 20/05/04 (arrêt de la prise médicamenteuse en raison d'une hospitalisation le 21/05/04 pour un talcage pleural en chirurgie thoracique sur récurrence de l'épanchement pleural) :

- Les douleurs abdominales :

Du 23/04/04 au 26/04/04, elle évaluait le fond douloureux autour de 4/10 et les crises douloureuses autour de 7/10 avant la prise d'antalgiques et à 4/10 une heure après. Le nombre d'interdoses oscillait entre 1 à 3 par jour. La patiente ayant bénéficié de 3 interdoses le 25/04, le DUROGESIC® fut augmenté à 50 µg le lendemain. Jusqu'au 06/05, les EVA fluctuaient entre 3 et 7/10 pour le fond douloureux et entre 6 et 9/10 pour les crises. La demande en interdoses était variable : de 0 à 4 selon les jours. Le 07/05, le dosage du DUROGESIC® passa à 75 µg en raison d'un inconfort global de la patiente. Sous ce traitement, qui ne subira aucune modification jusqu'au 20/05/04, la patiente cotait une douleur permanente oscillant entre 3 et 6/10 (EVA crises identiques). Elle bénéficiait de 0 à 2 interdoses par jour.

- La constipation :

Du 24 au 28/04/04, Mme G. présenta une selle moyennement abondante chaque matin. Aucune modification du traitement laxatif ne fut réalisée pendant ces cinq jours. Le 30/04/04, à J2 sans selles, la patiente bénéficia d'un MICROLAX® (négatif) et de l'instauration du JAMYLENE® (1 – 1 – 0). Le lendemain, un lavement NORMACOL® se révéla positif. Les deux jours suivants, le transit fut correct à raison d'une selle le matin. Le 06/05, après deux jours de retard, on lui prescrivit du FLEET SODA® (positif) et une augmentation du JAMYLENE® (1 – 1 – 1). Du 07/05 au 20/05/04, le transit intestinal consista en une selle tous les 2 jours (de manière plus ou moins régulière). Durant cette période, le traitement laxatif resta inchangé à l'exception d'un suppositoire de GLYCERINE® (positif) administré le 17/05 à J2 sans selles.

Devant l'apparition d'une gêne respiratoire très invalidante relative à un épanchement pleural de forte abondance et nécessitant la réalisation d'une ponction par semaine, un talcage pleural fut réalisé le 21/05/04 en chirurgie thoracique. A son retour dans le service le 01/06/04, la patiente présenta une rapide altération de l'état général liée à la présence d'un syndrome occlusif avec des vomissements majeurs. Mme G. décéda le 10/06/04 à 21h10.

PATIENT N°3 : CAS CLINIQUES N°3 ET 6

Mr B., né le 27/07/39, était atteint d'un adénocarcinome de la prostate, diagnostiqué en juin 2000 et traité par chirurgie (présence d'un envahissement local) suivie de radiothérapie et chimiothérapie. Découverte en janvier 2004 d'une métastase vertébrale en T9 responsable d'une épидурite entraînant une parésie des membres inférieurs. Décision d'une prise en charge palliative. Hospitalisation le 22/09/04 à la demande de son médecin traitant face à un maintien à domicile devenu difficile.

A son arrivée dans le service, Mr B. se plaignait d'oedèmes majeurs des membres inférieurs (sur probable compression abdominale lymphatique) très invalidants et douloureux à la moindre mobilisation. Ils l'obligeaient à rester alité en permanence. On obtint une nette résorption sous diurétiques et un lever au fauteuil, à raison de 2 à 3 heures par jour, sous couvert d'un traitement morphinique.

D'autres symptômes, résistants aux différents traitements allopathiques, étaient présents :

- des douleurs abdominales :

Sensation permanente et douloureuse de pesanteur au niveau de l'estomac évaluée entre 3 et 4/10 sur l'EVA (moyenne des trois cotations quotidiennes du matin, midi et soir). Ces douleurs résistaient au traitement morphinique par SKENAN® (augmenté progressivement jusqu'à 520 mg/j le 30/09/04) associé à des anti-spasmodiques (SPASFON® le 27/09/04 remplacé par de la VISCERALGINE FORTE® le 05/10/04).

De plus, des crises aiguës de coliques abdominales survenaient régulièrement (un à deux épisodes par jour) déclenchées le plus souvent par les repas. Les EVA oscillaient entre 6 et 8/10 avant antalgiques d'action rapide (environ une interdose/j) et autour de 3/10 une heure après.

- des troubles digestifs :

Ils se manifestaient au travers d'épisodes de reflux gastrique très fréquents, particulièrement prononcés lors des prises alimentaires. Ils obligeaient le patient à recourir à une alimentation liquide, de petite quantité. Il se plaignait également de nausées se

terminant régulièrement par des vomissements lors des prises médicamenteuses difficiles à absorber (un épisode en moyenne par jour). Il bénéficiait d'un comprimé d'anti-émétiques en fonction de l'importance du trouble (un comprimé tous les un à deux jours).

Décision d'associer un médicament homéopathique au traitement allopathique afin d'améliorer les douleurs abdominales et les troubles digestifs fonctionnels (reflux gastrique – nausées / vomissements).

Administration de NUX VOMICA 7 CH® du 21/10/04 au 26/10/04, à raison de 3 granules matin, midi et soir, en complémentarité du traitement suivant :

SKENAN 260 mg® : 1 comprimé 8h – 20h.

VISCERALGINE FORTE® : 1 ampoule IV matin et soir.

En cas de douleurs : 1 comprimé d'ACTISKENAN 60 mg® ou 30 mg de MORPHINE® SC.

En cas de nausées – vomissements : 1 comprimé ou 1 ampoule SC de PRIMPERAN® ; en cas d'inefficacité : 1mg d'HALDOL® en SC.

LASILIX 40 mg® : 3 – 0 – 0.

SCOBUREN® : ½ ampoule SC matin et soir (contre une hypersialorrhée).

TRANSIPEG 5,9® : 1 – 1 – 0.

IMOVANE 7,5® : ½ comprimé au coucher.

Choix de NUX VOMICA® sur les symptômes suivants :

- nausées - vomissements dès prise médicamenteuse difficile à ingérer.
- coliques abdominales déclenchées par les repas.
- sensation de pesanteur au niveau de l'estomac.
- reflux gastriques aggravés par l'alimentation.

La dilution de 7 CH fut proposée sur une similitude moyennement importante entre le médicament choisi et la matière médicale. De plus, la condition physique du patient permettait son utilisation.

L'observation de l'association thérapeutique homéopathie – allopathie fut réalisée du 21/10/04 (1^{ère} prise homéopathique) au 26/10/04 (retour au domicile) :

- Les coliques abdominales :

Du 21 au 26/10/04, le patient évaluait la sensation de pesanteur entre 0 et 2/10 sur l'EVA. Aucune crise aiguë de coliques ne survint jusqu'à sa sortie. Par conséquent, aucune interdose d'antalgiques ne fut administrée durant cette période.

- Les troubles digestifs :

Une reprise de l'alimentation débuta dès le 22/10/04, liée à la disparition totale des épisodes de reflux gastrique. A sa sortie, Mr B. se nourrissait d'un plateau normal quasi-complet. Les prises médicamenteuses se déroulaient sans problème. Aucune administration de PRIMPERAN® ne fut notée jusqu'au 26/10/04.

Dès le 22/10/04, au regard d'une amélioration de son état général, le patient envisagea un retour à domicile pour le 26/10/04. Des aides extérieures (IDE, aides ménagères) furent sollicitées. Mr B. est donc rentré à domicile le jour prévu avec un traitement identique à celui de l'hospitalisation (voir ci-dessus).

PATIENT N°4 : CAS CLINIQUE N°4

Mme M., née le 21/07/48, fut admise en soins palliatifs le 10/02/04 pour prise en charge d'un ostéosarcome du sacrum radio-induit découvert en 2003. Antécédents de cystadénocarcinome muqueux de l'ovaire gauche en 1985 (traité par chirurgie et radiothérapie) et de plexite post-radique en 1999 entraînant un déficit distal L5 S1 droit. Poursuite évolutive malgré plusieurs cures de chimiothérapie et l'exérèse partielle de l'ostéosarcome en janvier 2004 (mise en place d'un cystocath et d'une colostomie). La principale plainte de la patiente était d'ordre somatique. Elle présentait deux types de douleurs neuropathiques :

- Un fond douloureux continu :

Mme M. le décrivait en ces termes : sensation permanente, brûlante qu'elle évaluait entre 4 et 6/10 sur l'EVA (moyenne des trois mesures quotidiennes matin, midi et soir). Douleur localisée au niveau de la jonction lombosacrée, en regard de la cicatrice. Un bourgeonnement rouge, suintant, douloureux, probablement d'origine tumorale, émergeait à cet endroit.

- Des crises douloureuses aiguës :

Décrites comme des décharges électriques paroxystiques localisées à la région sacrée, irradiant le membre inférieur droit, le plus souvent déclenchées par des mobilisations et améliorées par la position de décubitus dorsal. La patiente les cotait entre 7 et 9/10 sur l'EVA avant antalgiques d'action rapide et autour de 5/10 une heure après. Leur survenue était de l'ordre d'une à deux crises par jour, cédant en général spontanément mais nécessitant l'administration d'antalgiques dans un tiers des cas.

Différentes thérapeutiques furent essayées contre ces douleurs apportant une réponse clinique partielle : anti-inflammatoires, paracétamol, anxiolytiques, anti-dépresseurs, morphiniques, anti-épileptiques, kétamine. Une rotation d'opioïdes (MORPHINE® remplacée par de la SOPHIDONE®) fut effectuée face à l'apparition d'effets secondaires de la morphine (clonies, confusion majeure).

Décision d'associer un traitement homéopathique à l'allopathie afin de soulager ces douleurs rebelles.

Administration d'AGARICUS 9 CH® du 23/03/04 au 13/04/04, à raison de 3 granules matin, midi et soir, associé au traitement suivant :

NEURONTIN® : 1200 mg matin, midi et soir le 09/03/04, diminué à 1000 mg matin – soir et 800 mg le midi le 16/03/04.

SOPHIDONE 8 mg® : 8h – 20h depuis le 25/02/04 (avec une alternance d'augmentation et de diminution des doses jusqu'au 23/03/04).

KETALAR® : 2 cc/h (en continu sur 24h) introduit le 07/03/04.

RIVOTRIL® : 5 gouttes à 18h (présentes à son arrivée dans le service).

LAROXYL® : 7 gouttes au coucher introduites le 01/03/04.

XANAX 0,25® : 1 – 0 – 1.

En cas de douleurs : un comprimé d'ACTISKENAN 20 mg® per os ou 10 mg de MORPHINE® SC, à renouveler en cas de besoin.

FRAXIPARINE 0,4 ml® : 1 injection SC par jour.

Choix d'AGARICUS® sur les symptômes suivants :

- douleurs de la région sacrée, type brûlures.
- douleurs de la région sacrée déclenchées au moindre mouvement.
- douleurs de la région sacrée aggravées au toucher.
- douleurs de la région sacrée améliorées couché sur le dos.

On privilégia la dilution 9 CH en raison d'une similitude importante entre le médicament sélectionné et la matière médicale homéopathique. De plus la condition physique de la patiente le permettait.

On observa l'association homéopathie – allopathie du 23/03/04 (1^{ère} prise homéopathique) au 13/04/04 (date d'apparition d'un état semi-comateux avec prise orale et communication devenues impossibles) :

Le 24/03/04, la patiente se disait moins douloureuse mais présentait de fréquentes périodes d'endormissement. On procéda à un arrêt du KETALAR® le jour même puis du RIVOTRIL® le lendemain. Le 30/03/04, face à la réapparition d'une somnolence associée à des mouvements cloniques, une diminution de la SOPHIDONE® (4 mg matin et soir) a été réalisée. Le jour suivant, on effectua un relais par MORPHINE® (5 mg toutes les 4h en SC) en raison d'une prise orale devenant difficile. Durant toute l'observance homéopathique, la patiente cotait son fond douloureux entre 3 et 5/10. Les mobilisations déclenchaient encore quelques accès douloureux (cotés entre 6 et 8/10) ne nécessitant pas de prises d'antalgiques.

Progressivement, l'état de la patiente s'est dégradé avec apparition d'une asthénie majeure, d'une somnolence importante (patiente se réveillant facilement). Le 13/04/04, un arrêt de tous les traitements (y compris le traitement homéopathique et à l'exception de 3 mg de MORPHINE® en SC 6 fois par jour) fut décidé face à cet état semi-comateux. Après une semaine dans cet état clinique, Mme M. s'est éteinte le 20/04/04.

PATIENT N°5 : CAS CLINIQUE N°7

Mr Q., né le 12/04/26, fut hospitalisé le 18/10/04 pour prise en charge d'une poursuite évolutive d'un cancer gastrique traité par chirurgie et radiothérapie en septembre 2003.

A son arrivée dans le service, le patient présentait une altération de l'état général avec asthénie, anorexie et amaigrissement majeurs.

La principale plainte de Mr Q. était une dysphagie croissante. Présente depuis plus d'un mois, elle empêchait toute alimentation solide. De plus, le patient était particulièrement gêné par des épisodes douloureux (un à quatre par jour) de nausées et/ou reflux gastrique souvent déclenchés par la nourriture. Ils disparaissaient en général spontanément mais nécessitaient l'administration ponctuelle soit d'un morphinique, soit d'un anti-émétique tous les deux à trois jours (du 23/10 au 02/11 : deux injections de morphine et une injection d'anti-émétiques). En l'absence de trouble, il se nourrissait le matin d'un café avec deux biscottes et le reste de la journée d'une crème dessert avec deux biscuits.

Décision d'une association homéopathie et allopathie en vue de réduire les troubles digestifs empêchant les prises alimentaires.

Administration de NUX VOMICA 5 CH® du 02/11/04 au 17/11/04, à raison de 3 granules matin, midi et soir, en complémentarité du traitement suivant :

En cas de sensation douloureuse : MORPHINE® : 3 mg en SC ; à renouveler si besoin.

En cas de nausées : PRIMPERAN® : 1 ampoule SC ; à renouveler si besoin.

SOLUPRED 20 mg® : 1 – 0 – 0.

TENORMINE 50 mg® : 1 – 0 – 0.

Critères de sélection de NUX VOMICA® :

- déglutition difficile pour les aliments.
- nausées et reflux permanents.
- nausées et reflux aggravés en mangeant.
- renvois difficiles, inefficaces et incomplets.

La similitude entre le médicament choisi et la matière médicale était relativement faible. Par conséquent, on privilégia une dilution de 5 CH d'autant que l'altération de l'état général du patient était notable.

On étudia l'action homéopathie – allopathie du 02/11/04 (1^{ère} prise homéopathique) au 17/11/04 (arrêt du traitement face à une absence de réponse clinique) :

Le 03/11/04, Mr. Q. présenta deux crises symptomatiques cédant spontanément. Par la suite jusqu'au 06/11, il subit deux épisodes quotidiens qui nécessitèrent le recours aux calmants (deux morphiniques, un anti-émétique sur les trois jours). Durant toute cette période, il réussit à se nourrir par le même régime alimentaire que cité précédemment.

Du 07/11 au 12/11, les troubles variaient entre deux à trois épisodes par jour. En cinq jours, Mr. Q. reçut quatre injections, deux morphiniques et deux anti-émétiques. Les difficultés pour s'alimenter s'aggravèrent, le patient ne pouvant absorber que des boissons liquides de type coca-cola, menthe à l'eau.

Durant la dernière période d'observation du 13/11 au 17/11, les symptômes s'amplifièrent oscillant entre trois à quatre apparitions journalières. Le patient bénéficia d'une administration de trois morphiniques et deux anti-émétiques en cinq jours. L'alimentation resta identique, à savoir une à deux boissons liquides quotidiennement.

En fin d'après midi du 17/11/04, face à la persistance et même l'aggravation de la symptomatologie, nous avons arrêté le traitement homéopathique et continué l'administration ponctuelle d'interdoses de calmants. L'état du patient se dégrada lentement. A la suite d'une phase semi-comateuse, Mr. Q. nous quitta le 01/12/04 sans souffrance apparente.

PATIENT N°6 : CAS CLINIQUE N°8

Mme R., née le 06/12/27, était atteinte d'une carcinose péritonéale d'origine ovarienne, diagnostiquée en décembre 2003 et traitée par chirurgie (colostomie latérale liée à la résection de deux anses grêles en raison d'une double occlusion, ovariectomie et hystérectomie). La patiente fut hospitalisée en soins palliatifs le 28/01/04 pour initier un traitement par chimiothérapie (6 cures envisagées).

A son arrivée dans le service, la patiente présentait une asthénie et une cachexie majeure. Elle pesait 40 kg pour 1m59. Au niveau de la symptomatologie, elle se plaignait de douleurs abdominales soulagées par un traitement antalgique de palier II. Le transit intestinal s'avérait régulier au niveau de la stomie. Sur le plan psychique, une anxiété dominait en lien avec le pronostic de sa maladie.

Première cure de chimiothérapie le 30/01/04 :

Elle se composait de TAXOL® et de CARBOPLATINE®. Dans les effets secondaires de ce dernier, le risque de survenue des nausées et/ou vomissements est de 43 %. Par ailleurs, le traitement intégrait du DI-ANTALVIC® (6/j), du LEXOMIL® (¾ le soir) et du CORTANCYL 20 mg® (2 comprimés la veille et le matin de la cure).

Du 30/01 au 02/02/04 (fin d'après-midi), aucun effet secondaire de la chimiothérapie ne survint.

Dans la soirée du 02/02, la patiente commença à se plaindre de quelques nausées (2 épisodes). Le 03/02 en début de matinée, un traitement par PRIMPERAN® fut instauré à raison de 2 comprimés 3/j. Des douleurs abdominales apparurent également. Elles nécessitèrent l'augmentation du traitement antalgique par un morphinique (SKENAN 40 mg®/j). En fin d'après midi, des vomissements (2 épisodes) se rajoutèrent aux nausées associés à une intolérance alimentaire partielle. Le PRIMPERAN® fut remplacé par de l'HALDOL 1 mg® en SC matin et soir.

Le 04/02, les vomissements s'amplifièrent rendant toute prise médicamenteuse et alimentaire quasi-impossible. Le traitement anti-émétique fut majoré par du ZOPHREN 16 mg® (1 suppositoire / j). On remplaça le SKENAN® par de la MORPHINE 4 mg® toutes les 4 heures en SC.

Le 05/02, face à la persistance des troubles digestifs et à l'apparition d'une déshydratation, une perfusion IV fut mise en place, composée d'un litre de POLYMERAM® avec 2 mg d'HALDOL® et 120 mg de SOLUMEDROL® passant sur 24h. Deux injections IV

lentes de ZOPHREN® 8 mg étaient effectuées à 8h et 20h. A noter, l'instauration d'un anxiolytique en raison d'une angoisse liée à ces troubles persistants.

Le 09/02, on arrêta la perfusion face à la disparition totale des symptômes et à la reprise alimentaire depuis la veille. Le relais per os comprenait HALDOL® (1 mg SC/j), ZOPHREN® (8 mg 1 lyoc/j), MEDROL® (100 mg/j) et SKENAN® (40 mg/j). A partir du 10/02, on diminua progressivement les anti-émétiques (arrêt ZOPHREN® et MEDROL® remplacé par SOLUPRED® 60 mg/j) pour aboutir à un arrêt total le 11/02 (arrêt HALDOL®). Aucun trouble digestif ne réapparut jusqu'à la réalisation de la deuxième cure.

Deuxième cure de chimiothérapie le 23/02/04 :

Le jour de la cure, la patiente bénéficiait de la médication suivante : SKENAN 40 mg®/j, SOLUPRED 40 mg®/j, XANAX 0,25® 3/j, TRANSIPEG 5,9® 2/j. Une prévention anti-émétique par PRIMPERAN® (3/j) fut mise en place le jour même de la cure.

Les 23/02 et 24/02, la patiente ne présenta aucune symptomatologie.

Le 25/02, des nausées apparurent avec une instauration immédiate de ZOPHREN 8 mg® (1 lyoc matin et soir) et arrêt du PRIMPERAN®.

Le 26/02, les nausées persistent. Elles semblaient peu calmées par le traitement.

Le 27/02, une perfusion IV fut appliquée en raison de l'apparition de vomissements rendant difficile toute alimentation et prise médicamenteuse. Elle se composait d'un litre de PG 5% sur 24h avec 2 mg d'HALDOL® et 120 mg de SOLUMEDROL®. Du ZOPHREN 8 mg® était administré en IV lente à 8h et 20h. Le SKENAN® fut augmenté à 60 mg/j face à une recrudescence des douleurs.

Durant les 3 jours suivants, les symptômes s'estompèrent rapidement permettant une reprise progressive de l'alimentation. Le 01/03, on stoppa la perfusion et on effectua un relais par voie orale : SOLUPRED 60 mg®/j, ZOPHREN 8 mg® (1 lyoc 2/j), poursuite SKENAN®, XANAX® et TRANSIPEG® aux mêmes doses.

Le 02/03, Mme R. rentra à domicile. Le ZOPHREN® fut remplacé par du PRIMPERAN® à raison de 3/j pendant 3 jours (puis arrêt définitif).

Décision d'associer un traitement homéopathique IPECA 9 CH® à l'allopathie lors de la prochaine cure de chimiothérapie afin d'éviter l'apparition d'effets secondaires.

Troisième cure de chimiothérapie le 23/03/04 :

Mme R. fut hospitalisée dans le service quelques heures après la réalisation de cette troisième cure. On débuta immédiatement le traitement homéopathique par IPECA 9 CH® à raison de 3 granules matin, midi et soir, en complémentarité de la médication suivante : PRIMPERAN® : 1 comprimé une heure avant chaque repas.

SOLUPRED 20 mg® : 2 – 0 – 0.

Dès l'apparition de nausées / vomissements : perfusion IV par du PG 5% (1 litre par jour) avec 2 mg d'HALDOL®, 120 mg de SOLUMEDROL® et associé à 2 injections de ZOPHREN® de 8 mg en IV lente à 8h et 20h.

SKENAN 30 mg® : 1 – 0 – 1.

TRANSIPEG 5,9® : 1 – 1 – 0.

XANAX 0,25® : 1 – 0 – 0.

XANAX 0,50® : 1 comprimé au coucher.

IPECA® fut sélectionné sur les critères suivants :

- vomissements et nausées incessants, permanents.

- vomissements et nausées violents.
- vomissements et nausées après un traitement.
- nausées non améliorées par le vomissement.

Une haute dilution fut prescrite en raison d'une forte similitude entre le médicament et la matière médicale. De même, la condition physique de la patiente rendait possible son utilisation.

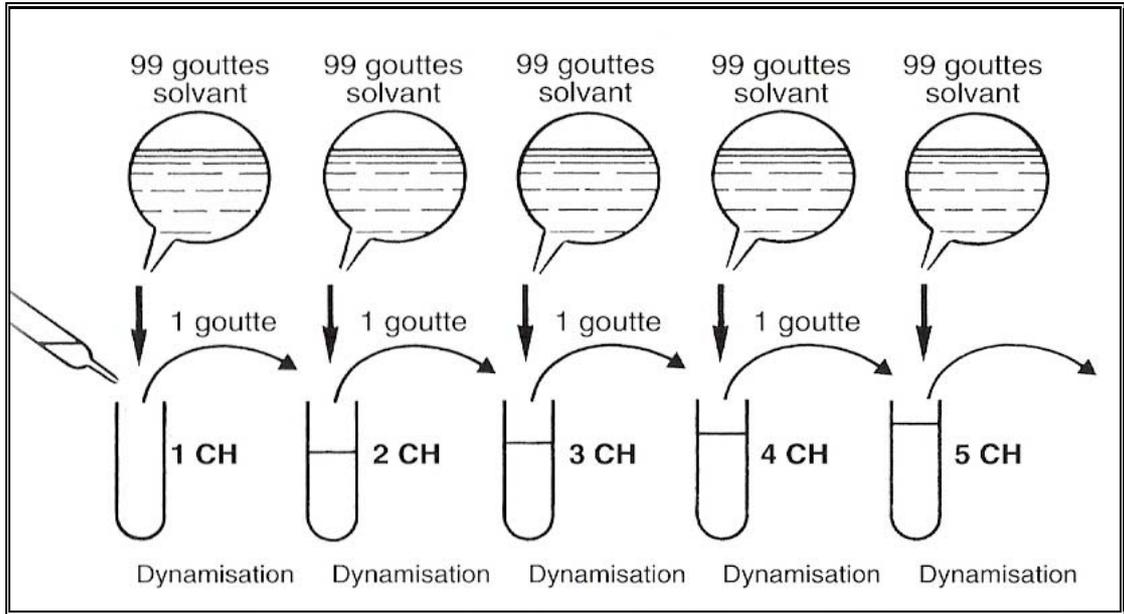
L'association homéopathie – allopathie fut étudiée du 23/03 (1^{ère} prise homéopathique) au 29/03/04 (sortie à domicile) :

Aucun épisode de nausées ni vomissements ne survint jusqu'à la sortie le 29/03/04. La patiente ne bénéficia que du traitement préventif par PRIMPERAN pendant cette cure. La patiente rentra à son domicile avec le même traitement qu'à son arrivée dans le service le 23/03/04 (PRIMPERAN à arrêter quatre jours après la sortie).

ANNEXE II : PREPARATION DES MEDICAMENTS HOMEOPATHIQUES

La préparation des médicaments homéopathiques comporte une succession d'opérations destinées à obtenir une division de la souche initiale et se termine pour les granules et les globules par l'imprégnation de ces derniers. Techniquement, la division de la souche est obtenue grâce à des séries successives soit de dilutions (hahnemannienne ou korsakovienne) accompagnées de dynamisation, pour les substances solubles, soit de trituration pour les produits insolubles (24, 25).

METHODE DE DILUTION HAHNEMANNIENNE : (24, 25)



Schématisme de la méthode de déconcentration liquidienne. (24)

Déconcentration centésimale :

Cette préparation nécessite l'emploi, dans des conditions strictes et légales d'asepsie, d'une batterie de flacons de verre et de bouchons dont le nombre doit correspondre à celui de la dilution désirée. Le premier flacon (1 CH) reçoit une masse de la substance de base (en grammes et dont le poids équivaut à 1/100^e du poids total) et son volume complémentaire sous la forme d'un solvant (en millilitres et égal à 99/100^e du total). Le flacon est secoué au moins cent fois : phase de dynamisation. La première dilution (1 CH) est réalisée. A partir de cette dilution, on en prélève une partie (égale à un centième du volume total) que l'on verse dans un deuxième flacon contenant déjà 99 parties de solvant. Ce flacon subit la même opération de dynamisation, ce qui conduit à la deuxième dilution (2 CH). Et ainsi de suite pour les dilutions centésimales suivantes (jusqu'à 30 CH).

Déconcentration décimale :

Pour obtenir des dilutions décimales hahnemanniennes, on opère de la même façon avec une proportion de un pour dix. Ainsi par des opérations de dixième en dixième, on obtient les dilutions décimales DH jusqu'à 60 DH.

METHODE DE TRITURATION : (24, 25)

La déconcentration d'une substance insoluble s'effectue selon la méthode et les deux échelles employées pour les dilutions. Ici, un gramme est trituré dans un mortier avec 99 grammes de lactose pur pendant une vingtaine de minutes pour obtenir la première trituration décimale ou centésimale. L'opération est poursuivie jusqu'à la troisième dilution centésimale hahnemannienne (3 CH) ou la sixième décimale hahnemannienne (6 DH). Celles-ci sont désormais solubles donc transformables en dilutions, respectivement à 4 CH et 7 DH.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **BALZARINI, A. ; FELISI, E. ; MARTINI, A. ; DE CONNO, F.** – Efficacy of homeopathic treatment of skin reactions during radiotherapy for breast cancer : a randomised, double-blind clinical trial – Br Homeopath J, 2000; 89 (1) : 8 – 12.
- 2- **BEECHER, H-K.** – The powerful placebo – J. Am. Med. Assoc., 1955; 159: 1602 – 1606.
- 3- **CASSILETH, BR. ; DENG, G.** – Complementary and alternative therapies for cancer – The oncologist, February 2004; vol 4, No 1, 80 – 89.
- 4- **CROZAS, D. ; BERTHON, V.** – L'homéopathie et l'hôpital – Ed. Boiron, 2003.
- 5- **DATAMONITOR** – Complementary and alternative medicines in cancer therapy – Publication BFHCO462, 2002.
- 6- **ELLERSHAW, J.; SUTCLIFFE, J.; SAUNDERS, C.** – Deshydration and the dying patient – J Pain symptom manage, 1995; 10 (3): 192-197.

- 7- ERNST, E.** – Complementary therapies in palliative cancer care – American Cancer Society, 2001: 2181 – 2185.
- 8- ERNST, E.; FILSHIE, J.; HARDY, J.** – Evidence-based complementary medicine for palliative cancer care : does it make sense ? – Palliat Med., 2003 Dec; 17 (8) : 704 – 7.
- 9- FOX, E.** – IV “hydratation in the terminally ill – ritual or therapy ?” – Br J Nurse, 1996 ; 5 (1).
- 10- GOMAS, J.M. ; BLANCHET, V. ; PILLOT, J. ; ROQUEFEUIL, B. ; ALBANESI - MELANDRI, E. ; ASTRUC, M. ; VERSPIEREN, P. ; SIFFERT, M. ; LASSAUNIERE, J.M. ; RICHARD, M.S. ; BURUCOA, B.** – Soins palliatifs : réflexions et pratiques – Ed. Formation et Développement, Montpellier, 1993, 213 p.
- 11- HAHNEMANN, S.** – Organon de l’art de guérir – Ed. O.E.I.L, Paris, 1986, p 568.
- 12- IMES, J-L. ; DANION, J-M.** – Placebo et effet placebo – 3^{ème} colloque Inserm D PhM développement et évaluation du médicament, 1987 ; 157 : 309 – 318.
- 13- JACOBS, J.; HERMAN, P.; HERON, K.; et AL.** – Homeopathy for menopausal symptoms in breast cancer survivors : A preliminary randomised controlled trial – Journal of Alternative and Complementary Medicine, Feb 2005; 11 (1): 21 – 27.
- 14- JOBERT, J.** – La pratique de l’homéopathie en milieu hospitalier – Cahiers de biothérapie, 2000 ; 163 : 11 – 16.
- 15- JOUANNY, J.** – Thérapeutique homéopathique – 2t. – Ed. Boiron, 1999.
- 16- LAVAL, G. ; SANG, B. ; VILLARD, M.L.** – Les principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l’adulte et la personne âgée – Ed. Sauramps Médical, 2^{ème} édition, Montpellier, 2004 ; 299 p.
- 17- LE BRETON, D.** – Anthropologie de la douleur – Ed. Métaillé, Paris, 1995, 237 p.
- 18- MARTEL, D. ; BUSSIERES, JF.; THEORET, Y.; et AL.** – Use of alternative and complementary therapies in children with cancer – Pediatric Blood and Cancer, 2004; 44, (7) : 660 – 668.
- 19- MILAZZO, S.; RUSSELL, N.; ERNST, E.** – Efficacy of homeopathic therapy in cancer treatment – Eur J Cancer, 2006 Feb; 42 (3) : 282 – 9.
- 20- MOLASSIOTIS, A. ; FERNADEZ-ORTEGA, P. ; PUD, D. ; et AL.** – Use of complementary and alternative medicine in cancer patients : a European survey – Ann Oncol., 2005 Apr; 16 (4) : 655 – 63.
- 21- OBERBAUM, M. ; YANIV, I. ; BEN GAL, Y. ; et AL.** – A randomised, controlled clinical trial of homeopathic medication TRAUMEEL S in the treatment of chemotherapy-induced stomatitis in children undergoing stem cell transplantation – Cancer, 2001; 92 (3): 684 – 690.
- 22- RISBERG, T. ; VICKERS, A.; BREMMES, RM.; et AL.** – Does use of alternative medicine predict survival from cancer? – European Journal of Cancer, 2003 feb; 39 (3): 372 – 377.

- 23- RUASSE, J-P.** – Indications et application pratique de l'homéopathie – Ed. Iprédis, 1998.
- 24- SAREMBAUD, A.** – Abrégés d'homéopathie – Ed. Masson, 2^{ème} édition, Paris, 2002, 257 p.
- 25- SAREMBAUD, A.** – L'homéopathie – Que sais-je ? – Ed. PUF, Paris, 1999, 127 p.
- 26- SERRIE, A. ; THUREL, C.** – La douleur en pratique quotidienne – Ed. Arnette, Paris, 2003, 655p.
- 27- SCHOTTER, E.** – L'homéopathie et la recherche – Ed. Boiron, 2003.
- 28- TALMI, YP. ; YAKIREVITCH, A. ; MIGIROV, L.; et AL** – Limited use of complementary and alternative medicine in Israeli head and neck cancer patients – Laryngoscope, 2005 Aug; 115 (8): 1505 – 8.
- 29- THOMPSON, E.; DOUGLAS, D.; MONTGOMERY, A.; REILLY D.** – A pilot randomised double-blind trial of homeopathy for oestrogen-withdrawal symptoms in the breast cancer survivor – J Altern Complement Med., 2005 Feb; 11 (1): 1 – 3.
- 30- ZAPPA, SB. ; CASSILETH, BR.** – Complementary approaches to palliative oncological care – J Nurs care Qual., 2003 Jan-Mar ; 18 (1): 22 – 6.

AUTRES REFERENCES :

- 31- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs** – Texte des recommandations de l'ANAES, Paris, décembre 2002, 33 p.
- 32- Recommandations de bonne pratique – Soins palliatifs. Spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques** – Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, octobre 2002.
- 33- Dictionnaire des médicaments VIDAI**, 2005.
- 34- DOROSZ – guide pratique des médicaments** – Ed. Maloine, 2005.
- 35- Fédération Nationale des Sociétés Médicales de France.**
[http: // www.members.aol.com/fnsmhhomeo/](http://www.members.aol.com/fnsmhhomeo/)
- 36- Syndicat National des Médecins Homéopathes Français.**
[http : // www.upml.fr//snmhf](http://www.upml.fr//snmhf).

Pour aller plus loin :

Littérature :

- Conférence de consensus de l'ANAES.** – L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches - Paris, janvier 2004, 21 p.

XXXVIIe conférence de KENT. – Cas difficiles et incurables. Palliation – Groupement Hahnemannien de Lyon, 1974 ; 11 (2) : 78 - 86.

BENABDALLAH, M. – Homéopathie et douleurs viscérales – Cahiers de Biothérapie, Ed., 2000 ; 163 : 51 – 54.

BOURGARIT, R. – Assistance homéopathique d'un cancéreux en phase terminale – Cahiers du groupement Hahnemannien, 1989 ; 8 : 283 – 286.

LOUTAN, G. – Homéopathie et douleur – Cahiers psychiatriques, 1997 ; 23 : 177 – 184.

SCHOTTER, E. – L'homéopathie et la recherche – Ed. Boiron, 2003.

VERGNET, M.C. – Les vomissements induits par les chimiothérapies anticancéreuses : traitement allopathique ; contribution d'un remède homéopathique à l'amélioration clinique de 23 patients – Thèse soutenue le 8 mars 1988, Marseille.

Matières Médicales :

BOERICKE, W. – Matière médicale – Ed. Similia, 9^{ème} édition, Paris, 1999, 864 p.

HORVILLEUR, A. – Vademecum de la prescription en homéopathie – Ed. Masson, Paris, 2002, 582 p.

LATHOUD, J.A. – Etudes de matière médicale homéopathique – Ed. Boiron, Paris, 1994, 975 p.

VERMEULEN, F. – Synoptic II – Ed. CLV, Avenhorn (PB), 2004, 985 p.

VERMEULEN, F. – Synoptic I – Ed. Symphonie, Annecy, 2001, 465 p.

Logiciel : RADAR : répertoire homéopathique synthésis.

Internet :

[www. sfap.org](http://www.sfap.org)
www. soins – palliatifs.org
www. sante.gouv.fr
www. boiron.fr

www. anaes.fr

ROGER

Anne-Sophie

ASSOCIATION DE L'HOMÉOPATHIE A UNE MEDICATION
ALLOPATHIQUE TRADITIONNELLE.
EXPERIENCE PERSONNELLE REALISEE EN SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs tentent de répondre aux besoins spécifiques des malades en fin de vie. La médecine allopathique leur permet de soulager la majorité des inconforts. Mais au quotidien, nous avons pu lui attribuer certaines limites : iatrogénicité, efficacité relative et galénique parfois malaisée. Etant titulaire d'un diplôme d'homéopathie, il nous a semblé judicieux d'évaluer la place que pourrait occuper une telle thérapeutique en soins palliatifs. En effet, sa galénique pratique, sa prise en charge globale du patient et l'absence d'effets secondaires feraient de l'homéopathie une médecine adaptée à ce secteur.

Notre expérimentation a réuni huit cas cliniques. Nous nous sommes concentrés sur des symptômes fréquemment rencontrés en soins palliatifs : douleurs et troubles digestifs.

En lien avec une méthodologie non standardisée et des résultats statistiquement inexploitable, aucune conclusion définitive n'a pu ressortir de notre travail. Néanmoins, nous pouvons avancer que plusieurs effets positifs intéressants ont été remarqués sur la symptomatologie de certains patients provoquant une amélioration de leur confort. Malgré les difficultés relatives à la mise en place d'une telle évaluation, nous estimons que seules des études randomisées, en double aveugle et tirage au sort aléatoire, permettraient de vérifier les premières constatations émises au terme de cette première expérimentation. En effet, de prochains essais cliniques s'avèrent indispensables afin de juger d'une véritable utilité de l'homéopathie dans le domaine des soins palliatifs.

MOTS-CLES : soins palliatifs, allopathie, homéopathie, association.