

THESE
pour le

DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Clémence GRAND

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2010

Collaboration pluri-professionnelle :
Médecin hospitalier / Pharmacien d'officine
dans la prise en charge d'une personne en
situation palliative

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie
Doyen de la Faculté de Pharmacie

Directeur de thèse : Mme Nathalie DENIS, Pneumologue Praticien
Hospitalier

Membres du jury : M. Philippe GRANDON, Docteur en pharmacie

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	8
1^{ère} PARTIE : CONTEXTE ACTUEL ET CONCEPT	10
I.1 Les soins palliatifs	11
<i>I.1.1 Définitions.....</i>	<i>11</i>
<i>I.1.2 Les différentes structures de soins palliatifs.....</i>	<i>12</i>
I.1.2.1 Les unités de soins palliatifs (USP)	12
I.1.2.2 Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).....	12
I.1.2.3 Les lits identifiés soins palliatifs.....	12
I.1.2.4 Les soins palliatifs au domicile	13
• L'hospitalisation à domicile (HAD) :.....	13
• Les réseaux de soins palliatifs :.....	14
<i>I.1.3 Histoire des soins palliatifs.....</i>	<i>14</i>
I.1.3.1 Les prémices : le soin aux incurables	14
I.1.3.2 Le mouvement des hospices : travail précurseur des soignants anglo-saxons..	15
I.1.3.3 Développement mondial du mouvement des hospices	15
<i>I.1.4 Le développement des soins palliatifs en France</i>	<i>16</i>
I.1.4.1 L'émergence du mouvement des soins palliatifs en France	16
I.1.4.2 Le nécessaire développement des soins palliatifs : vers un enjeu de santé publique.....	16
I.1.4.3 Evolution des structures de soins palliatifs en France	17
I.1.4.4 Situation actuelle en France	18
I.2 La personne en fin de vie et sa prise en charge	19
<i>I.2.1 Cadre réglementaire</i>	<i>19</i>
I.2.1.1 Les droits du patient.....	19
I.2.1.1.1 L'accès aux soins palliatifs	19
I.2.1.1.2 Le droit à l'information.....	19
I.2.1.1.3 Le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur	19
I.2.1.1.4 Le droit au refus de soins	20
I.2.1.2 Le patient, acteur dans sa prise en charge.....	20

I.2.1.2.1 Le consentement libre et éclairé du patient.....	20
I.2.1.2.2 La personne de confiance.....	21
I.2.1.2.3 Les directives anticipées	21
<i>I.2.2 La prise en charge de la personne en fin de vie</i>	<i>22</i>
I.2.2.1 Profil des patients rencontrés en USP	22
I.2.2.2 Principaux symptômes à prendre en charge en soins palliatifs.....	22
I.2.2.2.1 Principaux symptômes physiques / psychiques	22
I.2.2.2.2 Prise en charge de la douleur	24
I.2.2.2.2.1 Définition de la douleur	24
I.2.2.2.2.2 Caractéristiques de la douleur cancéreuse	25
I.2.2.2.2.3 Les paramètres d'évaluation de la douleur	26
I.2.2.2.2.4 Thérapeutiques médicamenteuses.....	28
• Présentation des antalgiques utilisés	28
• La rotation des opioïdes	30
• Les traitements adjuvants ou co analgésiques.....	30
I.2.2.2.2.5 Thérapeutiques non médicamenteuses.....	32
I.2.2.3 Accompagnement de la personne et de ses proches	33
I.2.2.3.1 Le processus de la maladie au stade terminal	33
I.2.2.3.2 Notion d'accompagnement	33
I.2.2.3.3 Accompagnement du patient.....	33
I.2.2.3.4 Accompagnement de la famille et de ses proches.....	34
I.2.2.4 Prise en charge pluri-professionnelle de la personne en fin de vie.....	35
I.2.2.5 La sortie des patients, de l'hôpital à leur domicile	36
I.3 La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge palliative.....	37
<i>I.3.1 La formation du pharmacien sur les soins palliatifs</i>	<i>37</i>
I.3.1.1 Formation universitaire	37
I.3.1.2 Formation post-universitaire	37
<i>I.3.2 La prise en charge de la personne en situation palliative à l'officine.....</i>	<i>39</i>
I.3.2.1 Les compétences du pharmacien.....	39
I.3.2.2 Les difficultés rencontrées par les pharmaciens	41
<i>I.3.3 Le pharmacien et la collaboration pluri-professionnelle</i>	<i>43</i>
I.3.3.1 Le pharmacien et le secret professionnel	43

I.3.3.2 La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) et les nouvelles missions du pharmacien	44
I.3.3.3 La collaboration pluri-professionnelle, un atout pour le patient.....	44
2^{ème} PARTIE : MATERIEL ET METHODE.....	46
I.1 Revue de la littérature	47
I.2 Pré-enquête.....	49
I.3 Elaboration de la fiche de transmissions	50
I.4 Mise en place d'un groupe de travail.....	53
3^{ème} PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS.....	55
I.1 Résultats de la pré-enquête	56
<i>I.1.1 Evaluation des comptes-rendus d'hospitalisation</i>	<i>56</i>
I.2 Evaluation des fiches de transmissions	59
I.3 Résultats du groupe de travail.....	60
<i>I.3.1 Mise en forme de la fiche de transmissions</i>	<i>60</i>
<i>I.3.2 Qui remplit la fiche ?</i>	<i>63</i>
<i>I.3.3 Comment procéder à l'envoi ?.....</i>	<i>63</i>
<i>I.3.4 Dans quels services mettre en place cette fiche ?.....</i>	<i>63</i>
<i>I.3.5 Envoi de la fiche au médecin généraliste du patient ?</i>	<i>64</i>
4^{ème} PARTIE : DISCUSSION	65
I.1 Analyses des résultats	66
<i>I.1.1 Intérêts de la démarche.....</i>	<i>66</i>
I.1.1.1 Améliorer la qualité de prise en charge de la personne malade en créant un lien plus efficace entre l'hôpital et la ville	66
I.1.1.2 Intérêts pour le pharmacien.....	66
I.1.1.3 Intérêts pour le patient et ses proches	67
I.1.1.4 Intérêts pour l'externe en pharmacie.....	68
<i>I.1.2 Protocole d'envoi de la fiche de transmissions</i>	<i>68</i>

I.2 Perspectives	69
<i>I.2.1 Etendre le projet à d'autres services</i>	<i>69</i>
<i>I.2.2 Inclure les externes en médecine à la démarche</i>	<i>69</i>
<i>I.2.3 Informer les pharmaciens d'officine.....</i>	<i>70</i>
<i>I.2.4 Créer un poste de pharmacien vacataire dans le service de soins palliatifs.....</i>	<i>70</i>
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	79

Liste des figures et tableaux

- Figure n°1 : Tableau représentant l'évolution des structures de soins palliatifs entre 1998 et 2007 en France. [13].....19
- Figure n°2 : Carte représentant la répartition des lits de soins palliatifs sur le territoire français au 31 décembre 2007. [13].....20
- Figure n°3 : Schéma représentant une règlette d'échelle visuelle analogique. [25].....28
- Figure n°4 : Tableau représentant la Classification des antalgiques selon l'OMS. [26].....30

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRLCC : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
CRP : C-Réactive Protéine
DIU : Diplôme Inter Universitaire
DU : Diplôme Universitaire
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EN : Echelle Numérique
EPU : Enseignement Post-Universitaire
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
HAD : Hospitalisation A Domicile
HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
HJ : Hôpital de Jour
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IASP: International Association for Study of Pain
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IV : IntraVeineuse
IVSE : IntraVeineuse à la Seringue Electrique
LAM : Leucémie Aiguë Myéloïde
LISP : Lit Identifié Soins Palliatifs
MAD : Maintien A Domicile
NPH : Neutral Protamine Hagedorn
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCA : Patient Controlled Analgesia
SC : Sous-Cutanée
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SP : Soins Palliatifs
TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
UI : Unité Internationale
USP : Unité de Soins Palliatifs

INTRODUCTION

En France, l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement est un droit pour chaque malade dont l'état le requiert.

La prise en charge des personnes en situation palliative fait appel à de multiples compétences et nécessite un investissement de la part de tous les professionnels de santé ainsi qu'une collaboration pluri-professionnelle étroite.

C'est au cours de mes deux stages, en tant qu'externe en pharmacie, dans l'unité fixe de soins palliatifs, que j'ai découvert cette discipline finalement peu enseignée pendant nos études, cette prise en charge multidisciplinaire m'a vraiment interpellée.

Fréquemment, les malades sont hospitalisés en unité de soins palliatifs pendant un certain temps puis retournent à leur domicile. Ces personnes ont de nouveau à faire aux professionnels libéraux et notamment à leur pharmacien.

Dans l'unité fixe de soins palliatifs du CHU de Nantes, l'externe en pharmacie est chargé de préparer la sortie du patient en contactant son pharmacien et en lui faxant les ordonnances de sortie, cela permet au pharmacien de commander tous les traitements et matériel médical nécessaires. Mais pour arriver à une véritable continuité des soins entre l'hôpital et la ville, nous nous sommes demandées :

Comment améliorer la collaboration Médecin hospitalier / Pharmacien d'officine dans la prise en charge d'une personne en situation palliative ?

Aussi, comme cela est fait pour le médecin généraliste, nous avons décidé d'envoyer un compte-rendu d'hospitalisation au pharmacien habituel du patient lors de son retour à domicile.

Après une présentation sur la prise en charge des personnes en situation palliative et le rôle du pharmacien, nous verrons comment et pourquoi nous avons mis en place un tel projet, son évaluation, son évolution et quel avenir possible ?

**1^{ère} PARTIE : CONTEXTE ACTUEL
ET CONCEPT**

I.1 Les soins palliatifs

I.1.1 Définitions

Il existe de nombreuses définitions des soins palliatifs, la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) les définit comme suit :

« Les soins palliatifs sont des **soins actifs** délivrés dans une **approche globale de la personne** atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de **soulager les douleurs physiques et les autres symptômes**, mais aussi de prendre en compte **la souffrance psychologique, sociale et spirituelle**.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont **interdisciplinaires**. Ils s'adressent **au malade** en tant que personne, à **sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution**. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. » [1]

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) définit les soins palliatifs comme : « des **soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle**. Ils ont pour objectif, dans une **approche globale et individualisée**, de **prévenir** ou de **soulager les symptômes physiques**, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, **d'anticiper les risques de complications** et de prendre en compte les **besoins psychologiques, sociaux et spirituels**, dans le **respect de la dignité** de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un **être vivant** et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ». [2]

Enfin, comme le disait Thérèse Vanier, une pionnière des soins palliatifs : « C'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire », 1976. [3]

I.1.2 Les différentes structures de soins palliatifs

Qu'ils exercent au domicile ou en structure de soins, tous les soignants pratiquent les soins palliatifs. Mais le recours à une structure spécialisée s'avère nécessaire, dans certains cas, que ce soit une équipe mobile, une unité d'hospitalisation ou une hospitalisation à domicile (HAD) spécialisée. Ces différentes approches sont complémentaires. [4]

I.1.2.1 Les unités de soins palliatifs (USP)

Les unités de soins palliatifs (USP) sont composées de lits entièrement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement.

Leur but est d'améliorer le confort de vie de patients en phase avancée de leur maladie du fait des symptômes difficiles à soulager ou d'une situation personnelle ou familiale pénible, et d'accompagner le malade et sa famille.

Pour permettre à la famille un temps de ressourcement tout en maintenant une bonne qualité de soins du malade, l'unité de soins palliatifs peut être un lieu de prise en charge temporaire. Au terme de cette période de répit le patient peut retourner vers son domicile.

Les USP travaillent de façon complémentaire avec les équipes mobiles, les réseaux à domicile et d'autres structures d'hospitalisation. [2] [4]

I.1.2.2 Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

A la demande des professionnels de l'établissement de santé, l'équipe mobile de soins palliatifs se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants. [2] Cette équipe est en général constituée d'un binôme médecin-infirmière ou médecin-psychologue ou encore infirmière-psychologue, en fonction des besoins.

Le rôle de l'EMSP est d'aider à la prise en charge des patients les plus complexes en travaillant avec l'équipe du service d'hospitalisation pour améliorer les soins à ces malades. Elle évalue les difficultés de prise en charge ressenties par l'équipe soignante, examine le malade et s'entretient avec lui. Elle peut également rencontrer la famille lorsqu'elle est présente. L'équipe rédige ensuite dans le dossier médical et infirmier des propositions à mettre en œuvre. [4]

I.1.2.3 Les lits identifiés soins palliatifs

Ces lits se trouvent dans les services ayant une activité relativement importante en soins palliatifs, comme des services de courts séjours (médecine, chirurgie), de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée. Ils permettent de fournir une réponse adaptée aux patients relevant de ces soins. [5]

I.I.2.4 Les soins palliatifs au domicile

- L'hospitalisation à domicile (HAD) :

Les établissements d'HAD peuvent avoir un statut public ou un statut privé sous forme d'association loi 1901 à but non lucratif.

Les structures d'HAD sont constituées d'un médecin, d'infirmières, d'aides-soignantes, de kinésithérapeutes et de psychologues. Le médecin de la structure permet de faire le lien entre le médecin traitant du patient et l'hôpital. Le pharmacien délivre les traitements et le matériel médical nécessaires.

L'établissement d'HAD assure la continuité des soins 24 heures/24h, 7 jours/7j.

L'hospitalisation d'un patient avec une structure d'HAD nécessite plusieurs conditions :

- le consentement du patient et de sa famille,
- l'état du malade permet le retour à domicile (les symptômes, comme la douleur, sont contrôlés) et les soins dont il a besoin peuvent être poursuivis chez lui,
- le logement du malade permet une telle prise en charge.
- le malade doit résider dans une zone géographique couverte par une structure d'HAD

Les structures d'HAD se trouvent le plus souvent en zone urbaine, avec une forte concentration en Ile-de-France, mais dans les autres régions, elles sont beaucoup moins développées.

L'HAD reste un mode d'hospitalisation de proximité et l'offre de soins détermine la zone d'intervention de la demande. Ainsi, la plupart des patients pris en charge en HAD habitent dans des zones proches de l'établissement dont elle dépend, en général dans un rayon de 20 kilomètres autour de celui-ci.

Cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle ne permet donc pas, en l'état actuel du maillage territorial, une prise en charge de tous les patients qui pourraient et

voudraient en bénéficier et d'autres modalités de prise en charge doivent être envisagées pour permettre un maintien à domicile du patient. [2] [6] [7]

- Les réseaux de soins palliatifs :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires [...] Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » Art. L6321-1 du Code de la Santé Publique.

Les réseaux de soins palliatifs, comme tous les réseaux de santé, s'articulent sur un territoire donné autour des besoins des personnes malades. Ils permettent d'assurer la meilleure orientation du patient en tenant compte de ses désirs en ce qui concerne le choix du lieu de vie, du lieu de soin et de promouvoir des soins de proximité de qualité.

Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Les réseaux de soins palliatifs sont constitués d'une équipe de coordination qui mobilise et met en lien les personnes et structures ressources, sanitaires et sociales, dont le réseau dispose.

Enfin, l'équipe ressource du réseau collabore avec les professionnels de santé du domicile, sans se substituer à eux ; elle n'effectue ni soins, ni prescriptions médicales. Son rôle est d'offrir une expertise et un soutien dans le domaine des soins palliatifs. [2] [8] [9]

I.1.3 Histoire des soins palliatifs

I.1.3.1 Les prémices : le soin aux incurables

Au Moyen Age, les confréries de la « bonne mort » et les Hôtels Dieu se préoccupaient déjà des soins aux indigents et incurables. Mais leur prise en charge ne faisait pas l'objet de structures spécifiques vouées aux soins palliatifs. Pour cela, il faudra attendre le XIX^{ème} siècle.

C'est en effet en 1842, qu'une jeune femme, Jeanne Garnier, fonde dans le quartier du Calvaire à Lyon, l'association des Dames du Calvaire pour accueillir les malades incurables. En 1874, toujours sous l'égide de l'œuvre du Calvaire, Aurélie Jousset crée un hospice à Paris, dans le XV^{ème} arrondissement : ce centre correspond à l'actuelle Maison Jeanne Garnier qui, avec ses 80 lits, représente aujourd'hui la plus grande unité de soins palliatifs en France. [10]

I.1.3.2 Le mouvement des hospices : travail précurseur des soignants anglo-saxons

Les sœurs néerlandaises de la Charité ouvrent en 1870, l'hospice Notre Dame à Dublin et en 1905 celui de Saint Joseph à Londres. Ceci marque le début du mouvement des hospices anglais. [10]

Dans les années quarante, Cicely Saunders, une jeune assistante sociale qui assurait les gardes bénévoles au Saint Lukes Hospital s'intéressa aux soins des mourants. Elle constata que les traitements des douleurs chroniques étaient tout à fait insuffisants.

C'est pourquoi, à l'âge de trente-trois ans, elle commença ses études de médecine et dès 1951, fit des recherches sur l'administration orale de morphine. Pour elle, la douleur n'était pas seulement physique mais aussi psychologique, familiale, sociale et spirituelle. Le concept de « total pain » (douleur globale) est né.

En 1967, elle fonda le Saint Christopher's Hospice de Londres, qui fut le premier établissement de soins palliatifs prenant en charge de façon globale le malade et sa famille, pratiquant des soins à domicile, et faisant de la recherche et de l'enseignement.

Aujourd'hui, en Angleterre, il existe environ 140 « Hospices ». [11]

I.1.3.3 Développement mondial du mouvement des hospices

Dès les années 70, Cicely Saunders a donné de nombreuses conférences sur les soins palliatifs à travers le monde. Egalement, elle et son équipe soignante ont accueilli à Saint-Christopher de nombreux médecins et infirmiers souhaitant développer ce modèle de soins chez eux. Ce partage des idées et leur adaptation a conduit en 1974 à la création du premier hospice aux Etats-Unis, à NewHaven, dans le Connecticut, puis en 1976 à la constitution de la première équipe hospitalière travaillant à titre consultatif au chevet des malades, à l'hôpital St Luke, à New-York. On recense actuellement aux Etats-Unis plus de 3000 hospices. [2]

Au Québec, le « mouvement » se poursuit et, c'est en allant voir les travaux de Cisely Saunders que le Professeur Balfour Mount décida de créer en 1974-1975, une unité au Royal Victoria Hospital de Montréal. Il voulut trouver un autre mot que celui « d'hospice » dont la connotation est, au Canada comme en France, péjorative et inventa donc, en 1975, le terme de « soins palliatifs ».

La médecine palliative s'est développée depuis, tant au Canada qu'aux Etats-Unis. [11]

I.1.4 Le développement des soins palliatifs en France

I.1.4.1 L'émergence du mouvement des soins palliatifs en France

En 1973, au retour d'un voyage d'étude au St Christopher's Hospice, les publications du Père Patrick Verspieren ont un retentissement important : le ministère de la santé prend alors conscience de la nécessité de réfléchir à la prise en charge de ces malades en fin de vie et constitue un groupe d'experts sur l'accompagnement des malades en phase terminale. Dans ses conclusions, ce groupe prend officiellement position en faveur du soulagement de la douleur, mais, aucune suite particulière ne sera donnée.

A la fin des années 70, les travaux anglo-saxons sur les thérapeutiques des souffrances terminales sont publiés dans des revues françaises et de nombreux soignants français vont se former au Québec. Dans ce pays, la recherche clinique médicale, la recherche en soins infirmiers, la réflexion éthique, les systèmes de bénévolat et l'aide au maintien à domicile sont très avancés.

Sur le territoire français, le mouvement des soins palliatifs se développe et les premiers services ou consultations spécifiquement dédiés vont se créer : un service de cancérologie terminale à Cognac-Jay (Paris), avec le Pr Levillain, un service de consultations de soins palliatifs à l'hôpital de la Croix-Saint-Simon (Paris), avec le Dr Salamagne.

Egalement, des services de gériatrie intègrent la prise en charge globale dans leurs pratiques avec les Dr Sebag-Lanoe (Villejuif), Dr Revillon (St Malo), Dr Peter (Mulhouse), Dr Filbert (Lyon). Enfin, d'autres personnes (Dr Monique Tavernier, anesthésiste libérale, Dr Jean-Marie Gomas, médecin généraliste) oeuvrent pour le développement des soins palliatifs à domicile. [10]

I.1.4.2 Le nécessaire développement des soins palliatifs : vers un enjeu de santé publique

Autrefois, la notion de soins palliatifs ne concernait que les patients en fin de vie atteints de cancer. Progressivement ces soins se sont étendus à la phase terminale d'autres affections et se sont diversifiés en fonction, notamment, de la pathologie et de l'âge du patient.

En France, plusieurs lois, que nous citerons plus loin dans la thèse, ont permis le développement des structures de soins palliatifs sur tout le territoire. En effet, l'accès aux soins palliatifs est reconnu comme un droit des malades et ces soins sont intégrés dans les missions de l'hôpital.

Ainsi, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle les patients sont accueillis, les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux doivent mettre en œuvre tous les moyens pour prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et assurer les soins palliatifs que leur état requiert. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement, en ce qui concerne les établissements de santé publics, et pour les établissements de santé privés, ils sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens. [12]

I.1.4.3 Evolution des structures de soins palliatifs en France

Depuis vingt ans, les unités de soins palliatifs se développent sur le territoire français. Le nombre de lits de soins palliatifs est en constante augmentation, avec une nette évolution depuis une dizaine d'années, comme le montre ce tableau récapitulatif :

Evolution des structures de soins palliatifs

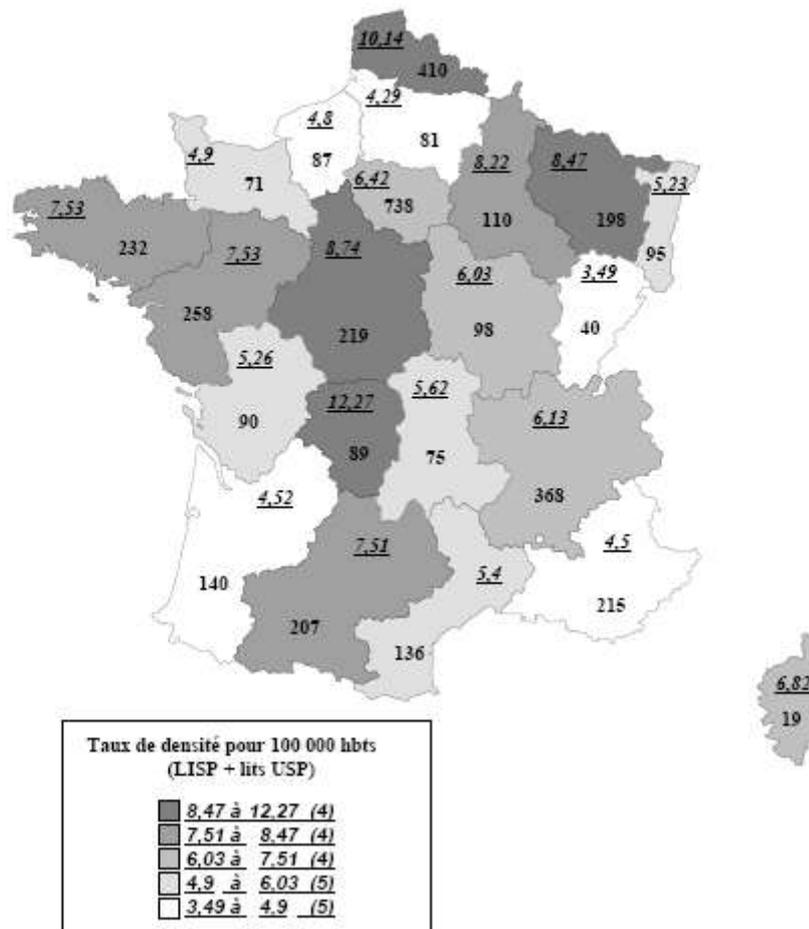
	EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS	UNITES DE SOINS PALLIATIFS	Lits USP	Lits Identifiés SP	Lits HJ SP	Total Lits SP
1998	84	74	675			675
1999	184	87	742			742
2001	265	92	808	232		1040
2002	291	91	834	316		1150
2003	309	78	782	833		1615
2004	317	78	783	1281	20	2084
2005	328	80	825	1908	16	2749
2007	337	90	942	3060	26	4028

USP : unité de soins palliatifs, SP : soins palliatifs, HJ : hôpital de jour. [13]

I.1.4.4 Situation actuelle en France

Voici la répartition des lits de soins palliatifs sur le territoire français au 31 décembre 2007. Nous notons une forte disparité en fonction des régions.

Nombre total de lits (LISP+ lits USP) et densité de lits pour 100.000 habitants (au 31/12/2007)



LISP : lits identifiés soins palliatifs. [13]

I.2 La personne en fin de vie et sa prise en charge

I.2.1 Cadre réglementaire

I.2.1.1 Les droits du patient

I.2.1.1.1 L'accès aux soins palliatifs

L'accès aux soins palliatifs est devenu un droit garanti par la loi du 9 juin 1999 ; selon cette loi : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. », Art.L.1^{er} A de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999.

La loi du 4 mars 2002, établit, quant à elle, le devoir des professionnels de santé : Art.L.1110-5 « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. » [14] [15]

I.2.1.1.2 Le droit à l'information

Pour un partenariat dans le soin qui respecte la dignité de la personne, les meilleures compétences doivent être réunies au service de l'information, la communication et la délibération qui s'imposent dans toute décision. La loi du 4 mars 2002 associe la personne aux choix qui la concernent :

Art. L.1111-2 du Code de la Santé Publique : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » [16] [17]

I.2.1.1.3 Le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur

La loi n°95-116 du 4 février 1995 prévoit que « les établissements de santé, publics et privés (...) mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent quelle que soit l'unité ou la structure dans laquelle ils sont accueillis ».

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reformule cette obligation et affirme dans l'article L.1110-5 que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » [18] [14]

I.2.1.1.4 Le droit au refus de soins

« La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique », Art.L1C de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999. [15]

I.2.1.2 Le patient, acteur dans sa prise en charge

I.2.1.2.1 Le consentement libre et éclairé du patient

Pour permettre au patient de donner un consentement libre et éclairé, une information loyale, intelligible et accessible doit lui être fournie. La loi du 4 mars 2002 établit ou rappelle plusieurs principes :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, des décisions concernant sa santé ».

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». La charte de la personne hospitalisée précise que si le patient n'a pas disposé d'un délai minimum pour réitérer sa volonté et que son pronostic vital est engagé, le devoir d'assistance l'emporte sur le refus de la personne.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

En phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable, le médecin peut à la demande d'une personne consciente, capable d'exprimer sa volonté et dûment informée des conséquences de son choix, limiter ou arrêter des traitements. La décision est inscrite dans le dossier médical du patient.

La loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, précise également que « lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est

hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance (...), la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical ». [19]

I.2.1.2.2 La personne de confiance

La notion de personne de confiance, créée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est inscrite à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique.

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. [...] Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

La désignation de la personne de confiance peut intervenir à l'initiative de l'établissement de santé qui se doit de proposer cette désignation lors de chaque hospitalisation, ou à l'initiative du patient à tout moment de sa prise en charge hospitalière. Cette désignation est faite par écrit et peut être révoquée à tout moment. [12] [17]

I.2.1.2.3 Les directives anticipées

Les directives anticipées sont mentionnées à l'article L.1111-11 du Code de la Santé Publique. Il s'agit d'un document écrit, daté et signé par leur auteur et identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Ces directives peuvent être modifiées ou révoquées sans formalité et leur durée de validité est fixée à trois ans.

Toute personne majeure peut rédiger des directives et y indiquer ses souhaits concernant sa fin de vie, exclusivement les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles n'ont qu'une simple valeur morale et le médecin peut seulement respecter les souhaits de la personne quant à l'arrêt ou l'abstention de tout traitement et l'administration de drogues destinées à calmer les douleurs.

En aucun cas, même si une personne le demande dans ses directives, un médecin l'aidera à mettre un terme à sa vie par une démarche médicale « active ». [12]

I.2.2 La prise en charge de la personne en fin de vie

I.2.2.1 Profil des patients rencontrés en USP

Aujourd'hui, les USP accueillent tout patient mais majoritairement les patients atteints de cancer, du sida et de certaines maladies neurologiques.

Dans l'unité fixe de soins palliatifs du CHU de Nantes, environ 80% des patients hospitalisés sont atteints de cancer. Il s'agit d'un service de courts et moyens séjours de huit lits. La durée moyenne de séjour est de huit à onze jours en fonction des années.

D'après Maurice Abiven, un autre pionnier des soins palliatifs, « il s'agit de prendre en charge des malades atteints d'une maladie inéluctablement mortelle, dans un délai en général bref (en moyenne moins de trois mois) ». (1990) [3]

Comme nous l'avons vu précédemment, les unités fixes de soins palliatifs accueillent aussi bien des personnes arrivées au terme de leur vie, mais aussi des personnes qui viennent soit, pour un répit de leurs proches, soit pour une réévaluation de leurs traitements, par exemple pour des douleurs mal contrôlées. Ces derniers pourront retourner à leur domicile et seront donc à nouveau en contact avec une officine de ville, en ce qui concerne l'approvisionnement de leurs médicaments.

I.2.2.2 Principaux symptômes à prendre en charge en soins palliatifs

I.2.2.2.1 Principaux symptômes physiques / psychiques

Voici une liste non exhaustive des principaux symptômes rencontrés en soins palliatifs :

- la douleur, nous développerons ce symptôme majeur dans une prochaine partie.

- les symptômes digestifs, il s'agit des nausées et vomissements qui sont les troubles gastro-intestinaux les plus fréquents en phase terminale (40%), mais également de l'anorexie, la dysphagie, la cachexie, la constipation, la diarrhée, l'incontinence et l'occlusion intestinale.

Ces symptômes peuvent être liés à l'étiologie de la maladie ou liés aux effets secondaires des médicaments utilisés, comme la constipation avec les morphiniques.

- les symptômes neurologiques, ils sont fréquents chez la plupart des patients en fin de vie, il peut s'agir de confusion, de crises d'épilepsie, de déficits sensoriels et/ou moteurs, de troubles de la conscience...

- les problèmes respiratoires, les plus fréquents sont la dyspnée, la toux, l'hémoptysie et l'infection, le plus souvent pneumopathie ou surinfection bronchique (rencontrée chez les cancéreux, les sidéens...)

- les problèmes cardiovasculaires, épanchement péricardique, troubles du rythme, palpitations...

- les problèmes dermatologiques : comme les escarres, les ulcérations ou bourgeonnements néoplasiques, fistules, prurit, infections et séquelles dermatologiques du traitement.

Les altérations de la peau qui existent presque toujours dans le décours d'un cancer ou d'une autre maladie au stade terminal (amaigrissement, cachexie, perte d'élasticité, déshydratation, œdèmes, problèmes liés à l'immuno-suppression, à la nutrition et à la perte de mobilité...) favorisent l'apparition de ces problèmes cutanés.

- les problèmes buccaux, il s'agit de stomatite, d'ulcérations, d'altérations du goût, d'infections, de sécheresse buccale, de mycoses... Ces symptômes peuvent être directement causés par les traitements chez les patients cancéreux notamment.

Afin de prévenir au maximum l'apparition de ces symptômes, il est important de maintenir en bon état la cavité buccale.

- les symptômes génito-urinaires, ce sont le plus souvent une incontinence ou une obstruction urinaire, les troubles de la sexualité...

- la dépression, l'anxiété.

Nous pouvons également citer les troubles nutritionnels, les troubles du métabolisme, l'asthénie, les troubles du sommeil... [20] [21]

I.2.2.2.2 Prise en charge de la douleur

La prise en charge d'une personne en situation palliative nécessite une gestion efficace de tous ses symptômes, la douleur est celui qui est le plus problématique et qui fait le plus peur.

Une gestion efficace de la douleur contribue à diminuer la souffrance du patient et augmente la probabilité de mourir dans la dignité. [20]

I.2.2.2.2.1 Définition de la douleur

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée à un dommage tissulaire potentiel ou réel, ou qui est décrite en termes de tels dommages », d'après l'IASP : International association for study of pain. [21]

La douleur peut être caractérisée par son **profil évolutif**, on distingue : la douleur aiguë, inférieure à trois mois, de la douleur chronique qui se prolonge au-delà de trois à six mois. Il s'agit d'une douleur persistante, son intensité est variable et redondante.

Il existe plusieurs types de douleurs qui requièrent un traitement différencié.

- Douleur nociceptive :

Ce type de douleur est provoqué par une stimulation de récepteurs périphériques à la douleur. Cette stimulation peut impliquer des lésions tissulaires ou des mécanismes inflammatoires (contusion, brûlures...). La transmission adéquate au système nerveux central présuppose des structures afférentes et réceptrices intactes.

La douleur apparaît en général immédiatement et sa localisation est fonction de l'organe lésé.

Ces douleurs sont habituellement réceptives aux traitements antalgiques usuels, palier I, II, III de l'OMS.

- Douleur de désafférentation ou neuropathique :

Ce type de douleur est le signe d'une atteinte du système nerveux périphérique ou central.

Les signes cliniques d'identification de ces lésions sont caractéristiques et permettent leur diagnostic. Il s'agit fréquemment de sensations de brûlures, arrachement, fourmillements, picotements...

Pour traiter les douleurs neuropathiques, on utilise des antidépresseurs tricycliques et des antiépileptiques qui répondent de manière plus efficace que les traitements antalgiques usuels. [22] [23]

En soins palliatifs, la douleur est souvent mixte, nociceptive et neuropathique. Elle s'associe souvent à une souffrance psychologique, on parle alors de douleur globale ou « total pain » :

La douleur est une expérience individuelle et subjective qui prend en compte diverses variables propres à chaque individu. Les facteurs familiaux, sociaux et culturels et des paramètres comme l'anxiété, la personnalité du patient voir les expériences douloureuses antérieures vont influencer cette sensation de douleur.

C'est pourquoi, afin d'optimiser la prise en charge du patient, la douleur doit être appréhendée dans sa globalité. Une réévaluation régulière de l'ensemble de ces paramètres est nécessaire.

Cette estimation de la douleur doit également être pluri-professionnelle. Le traitement fourni consiste donc à prendre en charge la douleur mais aussi les aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels de la souffrance.

[22] [11]

I.2.2.2.2 Caractéristiques de la douleur cancéreuse

Si l'on considère la maladie cancéreuse tout au long de son évolution, quel que soit le type de cancer ou son stade, la douleur fait malheureusement partie de cette pathologie de façon incontournable. [24]

Les douleurs cancéreuses peuvent être provoquées par le cancer initial ou métastasé, par un traitement (douleur cicatricielle post-opératoire, mucite post-chimiothérapique...), ou associées à une maladie douloureuse concomitante.

Dans le contexte d'une pathologie cancéreuse, la douleur est la résultante complexe de facteurs sensoriels, affectifs, cognitifs, et aucune corrélation stricte ne peut être établie entre l'importance des lésions, la perception du phénomène douloureux et l'impact thérapeutique symptomatique.

A l'approche de la mort, le traitement de la douleur physique n'empêche pas la douleur morale, c'est pourquoi certains malades continuent à souffrir même en recevant des doses croissantes d'analgésiques. [11]

Les professionnels de santé doivent donc tenir compte de tous ces facteurs en vue d'effectuer une évaluation correcte et pluri-professionnelle de la douleur leur permettant ainsi d'adapter au mieux les traitements.

1.2.2.2.3 Les paramètres d'évaluation de la douleur

- **localisation(s) et irradiation de la douleur** : les soignants peuvent utiliser des outils d'évaluation de la douleur faisant figurer des vues de face et de dos d'une silhouette humaine.
- **intensité de la douleur** : il existe plusieurs types d'échelles pour aider à évaluer la gravité de la douleur :

l'échelle visuelle analogique EVA :

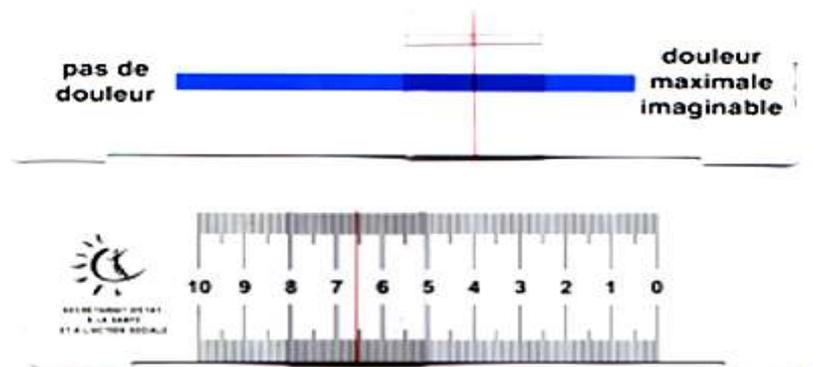


Schéma : Réglette d'échelle visuelle analogique [25]

Il s'agit de la méthode de référence, elle est simple, reproductible, sensible, linéaire et donne rapidement aux soignants une idée sur l'efficacité ou l'échec du traitement antalgique.

L'échelle va de l'absence de douleur (pas de douleur) à une douleur extrême (douleur maximale imaginable). Le patient positionne le curseur sur l'échelle en fonction de l'intensité

de sa douleur. Au dos, une cotation de 1 à 10 permet à l'examineur de chiffrer l'intensité de la douleur.

l'échelle numérique (EN) le patient chiffre l'intensité de sa douleur entre 0 (absence de douleur) et 10 (douleur extrême).

l'échelle verbale simple (EVS) s'utilise chez les patients ayant des difficultés à se représenter leur douleur sur une réglette, elle est particulièrement adaptée à la personne âgée.

L'E.V.S propose 4 à 5 adjectifs pour lesquels un chiffre lui correspond.

- douleur absente 0
- douleur faible 1
- douleur modérée 2
- douleur intense 3
- douleur extrêmement intense 4

Chez les patients ne pouvant s'exprimer, les équipes utilisent des échelles d'hétéro-évaluation, ou échelles comportementales afin de déceler tous signes de douleur. (Nous ne les développerons pas dans le cadre de cette thèse)

- **la qualification de la douleur** : il s'agit des mots employés par le patient pour définir sa douleur : une douleur sourde, sensation de brûlure...

- **les facteurs influençant la douleur autres que les médicaments** : qu'est ce qui rend la douleur plus ou moins forte ? Est-elle plus forte à certains moments du jour ou de la nuit ?...

- **l'impact de la douleur sur les activités**, l'humeur, le sommeil, les joies de l'existence, la sociabilité et tout autre aspect de la vie.

- **la signification de la douleur pour le patient** (et parfois pour sa famille)

- **l'histoire de la douleur** : il est important de savoir comment est apparue la douleur (soudainement, graduellement, après un évènement particulier) et de faire un historique des traitements et des médicaments utilisés, lesquels ont réussi à contrôler la douleur et lesquels ont échoué.

- **les effets du traitement en cours** : les patients sont souvent polymédiqués, il n'est donc pas facile d'évaluer les effets d'un seul médicament, il est donc utile de noter le nom du (des) médicament(s), ses (leurs) effets, les problèmes que le patient et la famille attribuent au(x) médicament(s), les sentiments du patient et de la famille au sujet de ce(s) médicament(s),

l'historique de la prise de ce(s) médicament(s) contre la douleur, ainsi que le relevé de tous les remèdes en vente libre, des remèdes homéopathiques ou phytothérapeutiques utilisés.

Tous ces paramètres ne sont pas évalués à chaque fois que l'on rencontre le patient, mais ils doivent cependant être tous inclus dans l'évaluation initiale. [20] [22]

Voir en annexe 1, la fiche d'évaluation et de suivi de la douleur utilisée dans le service de l'unité fixe de soins palliatifs du CHU de Nantes.

I.2.2.2.4 Thérapeutiques médicamenteuses

- Présentation des antalgiques utilisés

Classification des antalgiques selon l'OMS [26]

<p>Niveau I antalgiques non morphiniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirine - Anti-inflammatoires non stéroïdiens - Paracétamol - Floctafénine (Idarac*) - Nefopam (Acupan*) 	
<p>Niveau II antalgiques opioïdes faibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Codéine ± paracétamol (Codoliprane*) - Dextropropoxyphène + paracétamol - Tramadol ± paracétamol (Topalgic*) 	
<p>Niveau III antalgiques opioïdes forts</p>	<p>Agonistes purs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fentanyl (Durogésic*, Matrifen*, Actiq*) - Hydromorphone (Sophidone*) - Morphine (Actiskenan*, Skenan*, Moscontin*, Oramorph*) - Oxycodone (Oxycontin*, Oxynorm*) - Pethidine
	<p>Agonistes mixtes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buprénorphine (Temgesic*) - Nalbuphine

Palier I : antalgiques non opioïdes

Ce sont les antalgiques antipyrétiques, ils sont utilisés dans le traitement des douleurs d'intensité faible ou modérée.

Le plus utilisé est le paracétamol, il entre dans la composition de nombreuses spécialités (doliprane®, efferalgan®...) et est parfois associé avec d'autres principes actifs.

Palier II : antalgiques opioïdes faibles

Il est constitué par les analgésiques centraux faibles utilisés seuls ou en association avec le paracétamol. On utilise ces molécules pour prendre en charge des douleurs de moyenne intensité.

Palier III : antalgiques opioïdes forts

On les utilise dans des cas de douleurs intenses et en cas d'échec des antalgiques de palier I et II. On peut les associer avec des analgésiques de niveau I et des co-analgésiques. [27]

Ces antalgiques sont les plus efficaces dans les traitements de la douleur du cancer, on utilise les agonistes purs, à libération immédiate ou à libération prolongée.

Ce n'est pas le stade de la maladie qui détermine la prescription, mais bien l'intensité de la douleur ressentie par la personne malade.

La morphine entraîne de nombreux effets indésirables que les médecins et pharmaciens doivent prévenir et traiter.

Les principaux effets indésirables de la morphine sont, par ordre de fréquence :

- Constipation, qu'il faut prévenir par un traitement laxatif adapté, un régime adéquat, un maintien de l'activité physique.
- Nausées et vomissements (majoritairement en début de traitement)
- Sédation, somnolence
- Rétention urinaire
- Dépression respiratoire

L'apparition d'effets indésirables persistants et gênants peut amener le prescripteur à changer l'opioïde en cours, on parle de rotation des opioïdes. [4]

- La rotation des opioïdes

La rotation des opioïdes est indiquée lors de la survenue d'effets indésirables rebelles malgré un traitement symptomatique adéquat ou si les douleurs persistent malgré un traitement morphinique bien conduit ou encore s'il faut changer de mode d'administration, par exemple s'il y a une mauvaise compliance, des difficultés ou une impossibilité d'utiliser la voie orale, parentérale ou transdermique (dans ce dernier cas, il faut noter que l'on peut changer de mode d'administration sans réaliser de rotation).

La rotation des opioïdes consiste à remplacer l'opioïde initial par un deuxième opioïde du même palier, en utilisant le ratio équianalgésique. Parfois, il est nécessaire d'adapter ponctuellement les doses à l'aide d'opioïde à action immédiate.

Bien sûr, la rotation des opioïdes ne s'implique pas toujours dès la survenue d'effets secondaires lors de l'augmentation des doses d'un opioïde chez un patient. Il est nécessaire avant tout, de réaliser une analyse rigoureuse de l'état physiologique et émotionnel du patient, des mécanismes physiopathologiques des douleurs et ainsi de toutes caractéristiques pouvant recevoir un traitement spécifique permettant la diminution de l'opioïde et de ces effets délétères. [4] [28]

Voir en annexe 2, le tableau d'équianalgésie

- Les traitements adjuvants ou co analgésiques

Les antalgiques adjuvants sont des médicaments qui possèdent des propriétés analgésiques, mais qui sont habituellement utilisés à d'autres fins que la douleur. Egalement, certaines molécules, susceptibles de diminuer les effets indésirables provoqués par les analgésiques peuvent être considérées comme « adjuvants », puisqu'elles permettent de réduire la posologie de l'antalgique.

Les **corticoïdes** réduisent l'œdème et l'inflammation péri-tumorale, et par conséquent la compression exercée sur les structures voisines, ils sont donc utilisés comme coantalgiques dans les douleurs d'hypertension intracrânienne, de compression nerveuse, d'hépatomégalie, de tumeurs pelviennes, de métastases articulaires et de douleurs pleurales malignes.

Les **biphosphonates** peuvent être utiles dans le traitement des douleurs provoquées par les métastases osseuses.

Les **antispasmodiques** (Spasfon®...) peuvent compléter les traitements antalgiques classiques, par exemple dans les tumeurs urologiques obstructives.

Les **benzodiazépines** sont employées pour leur action anxiolytique. Elles ne sont introduites qu'après la mise en place d'un traitement antalgique adapté, en effet, la douleur pouvant majorer la symptomatologie anxieuse, la réduction de la première diminue la seconde. Par contre, si les résultats de l'évaluation démontrent clairement une forte composante anxieuse dans le ressenti de la douleur, elles seront introduites plus tôt.

Les **antidépresseurs** tricycliques sont très utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques. Ils sont efficaces sur la composante continue de la douleur (brûlures, fourmillements...). Le plus utilisé est le Laroxyl® (amitriptyline).

En l'absence de douleurs neuropathiques et en cas de dépression avérée on préférera les antidépresseurs les mieux tolérés, comme ceux qui affectent les systèmes sérotoninergiques.

Les **antiépileptiques** sont utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques, ils sont efficaces sur la composante paroxystique de ces douleurs. Citons pour exemple le Tégrétol® (carbamazépine), le Neurontin® (gabapentine), le Lyrica® (prégabaline)...

La **kétamine** qui possède un effet analgésique propre et qui permet de réduire les doses d'opioïdes, peut être utilisée comme co-antalgique chez les patients souffrant de douleurs rebelles chez qui un traitement antalgique bien conduit n'induit qu'une réponse partielle ou nulle.

La kétamine est un agent anesthésique intraveineux antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-Aspartate impliqués dans les phénomènes de sensibilisation des voies nociceptives et responsables d'hyperalgésie. Elle peut donc être proposée dans la prise en charge des états d'hyperalgésie rebelles des douleurs neuropathiques ou mixtes et en cas de tolérance aux opioïdes.

Les **agents topiques anesthésiques locaux** peuvent atténuer une douleur allodymique, en application locale sous forme transdermique (Emla®, Versatis®)

Le **MEOPA®**, mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, est un médicament gazeux qui possède un effet analgésique de surface avec relaxation et sédation consciente. En soins palliatifs, il est principalement utilisé pour les soins douloureux et les mobilisations. Son principal effet indésirable est une sensation ébrieuse et son administration nécessite une procédure rigoureuse, impose certaines contraintes et une surveillance précise. [4] [28] [29]

I.2.2.2.5 Thérapeutiques non médicamenteuses

Dans de nombreuses situations cliniques s'accompagnant de douleurs aiguës ou chroniques, les thérapeutiques non médicamenteuses s'avèrent souvent nécessaires et complémentaires de médications à visée antalgique:

- pathologies ostéo-articulaires, viscérales, neurologiques, cancéreuses nécessitant le recours à des techniques chirurgicales, rééducatives, radiothérapeutiques.
- troubles psychopathologiques (état anxieux, dépressif...) résultant d'évènements de vie, de pertes affectives, de conflits personnels dont la résolution ne peut être attendue avec les seuls psychotropes.
- patients présentant soit des contre-indications à la prescription de certains antalgiques, soit une intolérance à ceux-ci limitant de ce fait les posologies optimales nécessaires pour traiter leur douleur.
- patients douloureux chroniques où les retentissements physique, psychologique, voir socio-familial de la douleur constituent des facteurs d'entretien de la douleur sur lesquels les traitements médicamenteux n'ont que peu ou pas d'effet.

Parmi ces thérapeutiques non médicamenteuses, nous distinguons :

- les thérapeutiques physiques, avec notamment les techniques physiothérapeutiques (cryothérapie, thermothérapie, la neurostimulation électrique transcutanée ou TENS...), la kinésithérapie, les massages, l'utilisation d'appareillages (ceinture de maintien lombaire, canne, corset...), les techniques chirurgicales et la radiothérapie qui peuvent aussi s'avérer utiles dans la prise en charge palliative.
- les thérapeutiques à visée psychologiques avec la sophrologie, la psychothérapie, l'hypnose...

Ces traitements peuvent permettre d'**impliquer activement le patient** dans sa prise en charge tant physique que psychologique. [4]

I.2.2.3 Accompagnement de la personne et de ses proches

I.2.2.3.1 Le processus de la maladie au stade terminal

Pour comprendre et apprécier la situation de la personne en fin de vie, il faut également comprendre et apprécier son expérience de la maladie. Il est donc important de ne pas avoir une vision « médicale » du malade, mais de le considérer avec toute son histoire.

« Souffrir d'une maladie au stade terminal n'est souvent que la dernière étape d'un long processus commençant par un combat, des victoires et des rémissions temporaires, des rechutes, une alternance d'espoir et de désespoir, se prolongeant par de nouveaux combats, des changements de direction, et ainsi de suite.

En soins palliatifs, les patients et leurs proches arrivent au bout d'une course, souvent épuisés émotionnellement et physiquement. Fatigués par la maladie elle-même, fatigués d'espérer et d'échouer, fatigués de se faire du souci, fatigués de se sentir fatigués... C'est une lassitude profonde qui dépasse toute expérience antérieure. » (Kemp Charles E) [20]

I.2.2.3.2 Notion d'accompagnement

L'accompagnement et les soins palliatifs sont intimement liés.

L'accompagnement et l'abord relationnel du patient et de ses proches permettent de les encourager à exprimer leurs émotions et leurs craintes. Ils demandent une attention particulière aux réactions du patient, même en l'absence de capacité à les exprimer verbalement (expression du visage, regards, posture du corps...), l'équipe soignante doit pour cela se montrer particulièrement disponible.

L'accompagnement d'un malade implique de le suivre à son rythme, en cherchant à se maintenir au plus près de sa vérité du moment, en repérant ses capacités d'intégration de la réalité, en répondant à ses questions sans les devancer. Ce travail permet d'atténuer les défenses du patient, ce qui rend possible une relation plus authentique entre le patient, la famille et les soignants. [30]

I.2.2.3.3 Accompagnement du patient

Chaque patient arrive au moment de la mort avec une expérience unique ; avec des forces et des faiblesses, avec certaines questions psychosociales et spirituelles résolues et d'autres pas.

La maladie apparaît comme une rupture d'équilibre, une déchirure du cours de la vie, une remise en cause personnelle, elle engendre de multiples souffrances chez le malade.

Nous pouvons citer plusieurs causes de souffrance : la douleur, l'altération de l'image corporelle, la rupture de l'équilibre quotidien, les conséquences psychologiques et morales de la maladie, la vulnérabilité, l'exclusion ou la marginalisation, la mise en question du sens de la vie, la peur, la souffrance de l'entourage.

La souffrance ajoute une dimension de solitude à la douleur physique. Il est important de ne jamais oublier que même si le malade est accompagné, il reste seul en face de sa souffrance et de sa mort.

Les soignants doivent donc tâcher de rencontrer l'autre dans sa globalité et de considérer chaque patient à la fois dans sa plénitude et dans son inachèvement. Ainsi, les soins donnés sont plus susceptibles de répondre aux attentes du patient, puisqu'ils sont basés sur sa réalité.

Nous pouvons dégager comme grands axes de l'accompagnement :

- l'écoute attentive ; écouter la plainte du malade, sa souffrance, ses peurs, ses révoltes, ses silences, ses sanglots...
- la communication, verbale ou non, avec le malade, l'entourage et aussi avec tous les membres de l'équipe. Elle permet d'instaurer un climat de confiance et d'informer le malade au rythme de ses questions.
- le réconfort par la tendresse des gestes simples, un sourire, un regard, la délicatesse des soins prodigués, la clarté de nos explications...
- le respect de l'autre. Respecter son corps, ses convictions, son mystère et respecter l'irréductible solitude de celui qui meurt.
- la compétence ; le soulagement des symptômes est une priorité et nécessite un savoir-faire de la part des médecins et des autres soignants, ainsi qu'une formation continue. [20] [31]

I.2.2.3.4 Accompagnement de la famille et de ses proches

Pour permettre au malade et à sa famille de mieux vivre le temps qui reste, le plus souvent dans un contexte institutionnel et médicalisé, l'équipe soignante doit s'investir et consacrer du

temps dans la relation à la famille. Créer une relation avec les proches des patients en fin de vie permet de redonner toute sa place à l'*humain* malgré la maladie.

A l'approche de la mort de l'un des siens, la famille est confrontée à une véritable crise ; elle est complètement déséquilibrée, sa vie est désorganisée, le temps prend une autre dimension. Interpellé par la mort de l'autre, qui le renvoie à la sienne, chacun prend soudain conscience de sa vulnérabilité et de sa finitude.

La famille a besoin d'une écoute attentive de la part des soignants, elle éprouve souvent une culpabilité et une incompréhension par rapport aux traitements suivis.

Cet accompagnement se poursuivra pendant la progression de la maladie, à l'approche de la mort et quelquefois après le décès.

Le Sénat et l'Assemblée Nationale ont reconnu l'importance de l'accompagnement par la famille en adoptant en mai 1999 une loi sur les soins palliatifs, qui prévoit un congé non rémunéré d'accompagnement d'une personne en fin de vie, d'une durée maximale de trois mois. [31]

I.2.2.4 Prise en charge pluri-professionnelle de la personne en fin de vie

Les soins palliatifs sont les précurseurs du travail en équipe pluridisciplinaire. L'interdisciplinarité a été décrite comme « un mode nouveau d'organisation du travail, en rupture avec le modèle hospitalier traditionnel. ». J.-M. Lassaunière écrit, dans la revue *Jalmaalv*, en mars 1995 : « l'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissance. Il ne s'agit plus d'accoler une série de connaissances mais, par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement. Le résultat espéré est un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension d'une situation. » (Lassaunière et Plages, 1995).

L'interdisciplinarité permet à chacun d'évoluer sans pour autant perdre son identité, elle incite à la découverte d'autres points de vue avec des regards professionnels différents.

Le travail d'équipe est une partie intégrante de la philosophie des soins palliatifs. Elle représente le troisième partenaire avec le patient d'une part, sa famille et ses proches d'autre part.

Les compétences particulières des différents professionnels de l'équipe permettent d'assurer la meilleure qualité de vie des patients.

Ainsi, le **médecin** analyse les symptômes, propose des traitements adaptés, évalue et réévalue les thérapeutiques mises en place. L'**infirmière** applique les prescriptions du médecin, évalue leur efficacité au cours des soins. L'**aide soignant** qui travaille en binôme avec l'infirmière, observe le patient pendant le nursing. Le **kinésithérapeute** mobilise les articulations du patient, l'aide lors de ses déplacements... Le **psychologue** ou le **psychiatre** intervient auprès du malade et de ses proches pour prendre en charge leur souffrance psychologique. L'**assistante sociale** aide à résoudre les problèmes sociaux. La **sophrologue** aide le patient à se détendre et gérer son stress. D'autres intervenants tels que l'**aumônier**, les **bénévoles** sont amenés à accompagner le malade au long de sa prise en charge.

Le **pharmacien** a aussi un rôle important à jouer, au sein même du service à travers son expertise du médicament et en officine, lors de la prise en charge du patient à son domicile, aussi bien dans la délivrance des médicaments et du matériel médical, que dans la prise en charge relationnelle du patient et de son entourage. [2] [23] [31] [32]

I.2.2.5 La sortie des patients, de l'hôpital à leur domicile

Au CHU de Nantes, dans l'unité fixe de soins palliatifs, un patient sur cinq sortira de l'unité. La sortie des patients peut s'orienter vers une maison de retraite, une maison de convalescence, leur domicile.

En plus du consentement du patient et de son entourage, le retour à domicile d'un patient ne peut s'envisager que sous certaines conditions : équilibrer les symptômes d'inconfort du patient, adapter son environnement à ses besoins (du matériel médical peut être nécessaire), il faut que les stratégies thérapeutiques utilisées à l'hôpital soient adaptées à la maison, notamment réfléchir aux horaires de prescription de certaines perfusions et anticiper la sortie du patient pour mieux la préparer. Les professionnels de l'hôpital doivent pour cela échanger un maximum d'informations avec les professionnels de la ville (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes...) pour assurer une bonne continuité dans la prise en charge. En ce qui concerne le pharmacien, il faut que les ordonnances de sortie du patient lui soient faxées au plus vite afin de commander tous les produits nécessaires dans les meilleurs délais, en particulier les antalgiques de palier III.

I.3 La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge palliative

I.3.1 La formation du pharmacien sur les soins palliatifs

I.3.1.1 Formation universitaire

Les études pharmaceutiques se déroulent sur six ans. Au cours de ces études, un module douleur et inflammation et un module oncologie sont enseignés.

La 5^{ème} année hospitalo-universitaire, à Nantes, donne l'opportunité à certains étudiants de réaliser un stage dans l'unité fixe ou l'unité mobile de soins palliatifs, soit huit étudiants par an et par promotion. Les enseignements dirigés de la 5^{ème} année nous permettent d'échanger un peu sur le sujet.

Pour parler de mon expérience personnelle, à la faculté de Nantes, je peux dire que la prise en charge de la douleur est largement abordée, mais il est vrai que les soins palliatifs sont rapidement évoqués sans être vraiment développés. Je suis donc arrivée en stage à l'unité fixe de soins palliatifs un peu en terre inconnue !

I.3.1.2 Formation post-universitaire

- Le Diplôme Inter Universitaire de soins palliatifs :

Il s'agit d'une formation payante qui se déroule sur deux ans. Elle est proposée dans différentes facultés en France.

L'accessibilité peut varier selon les régions mais nécessite en général le diplôme de docteur en pharmacie. Ce DIU est ouvert à plusieurs professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues...).

Ce sont des formations complètes, avec des cours et un stage d'application. La validation passe par un contrôle des connaissances, un rapport de stage, la rédaction d'un mémoire.

Les objectifs pédagogiques sont:

- Renforcer ses connaissances dans le domaine des sciences humaines et des sciences biomédicales pour développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel.

- Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques pour :
 - assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort ;
 - favoriser l'implication des participants dans les différents projets de soins palliatifs, tant en institution qu'au domicile, dans le souci de l'interdisciplinarité et du travail en réseau ;
 - promouvoir la recherche dans le domaine des soins palliatifs ;
 - promouvoir le débat sur la mort dans la société ;
 - relier des actions de formation sur le terrain de sa pratique professionnelle. [33] [34]

Ce DIU qui n'est pas obligatoire, est une formation peu convoitée par les pharmaciens, de plus elle coûte relativement cher et nécessite un investissement en temps important.

- Le Diplôme Universitaire (DU) de maintien et soins à domicile :

Sur le même principe que le DIU de soins palliatifs, ce DU apporte des connaissances supplémentaires sur les thèmes de l'oxygénothérapie, la nutrition entérale, les pansements spécifiques, les escarres, la perfusion active, les soins palliatifs, la douleur... [35]

- La formation continue :

Dès 1994, le Code de déontologie des pharmaciens avait fait de la formation continue un devoir professionnel, mais depuis la loi du 4 mars 2002, elle est devenue une obligation légale. Les pharmaciens doivent justifier tous les cinq ans qu'ils suivent une formation.

Les moyens de formation et d'information pour les pharmaciens sont nombreux, citons les laboratoires, leurs commerciaux et visiteurs médicaux, la presse spécialisée (le Moniteur des pharmacies, Prescrire, Quotidien du pharmacien...), les sites internet spécialisés... [36]

En ce qui concerne les soins palliatifs, des formations sur la prise en charge de la douleur, le patient cancéreux... constituent des ressources intéressantes pour le pharmacien afin de

mettre à jour ses connaissances et d'améliorer ses compétences dans la prise en charge des personnes en situation palliative.

Et même si les pharmaciens sont sollicités pour participer à de nombreuses formations, il n'est pas toujours évident de pouvoir se libérer des obligations de l'officine.

De plus, ces formations restent « uni-professionnelle », alors qu'il pourrait être intéressant de former des pharmaciens et des médecins, des infirmiers... surtout sur le thème du palliatif.

I.3.2 La prise en charge de la personne en situation palliative à l'officine

I.3.2.1 Les compétences du pharmacien

- Les compétences scientifiques :

D'après l'article R4235-48 du Code de la Santé Publique, « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

[...] Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » [37]

L'analyse pharmaceutique consiste à vérifier les posologies des médicaments prescrits, leurs éventuelles interactions, évaluer les effets secondaires prévisibles et s'assurer de leur prise en charge. Bien sûr, le pharmacien devra vérifier la validité juridique de la ou des ordonnance(s) (ordonnance sécurisée pour les stupéfiants...).

La préparation des doses à administrer consiste à délivrer la quantité suffisante de médicament en fonction des posologies, de la durée de traitement et des règles de délivrance (DUROGESIC®, délivrance fractionnée de 14 jours...).

La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament, soit, indiquer au patient les moments de prise des différents médicaments, comment ils s'administrent (à jeun, à distance des autres médicaments...), leur conservation, leurs mode de destruction (pour les stupéfiants notamment ACTIQ®, DUROGESIC®), les

effets secondaires éventuels et comment les prévenir si cela est possible (constipation sous morphiniques...).

Donner le maximum d'informations au patient pour favoriser la bonne observance de ses traitements.

Enfin, ne pas manquer de rappeler au patient qu'au moindre doute, au moindre effet inattendu, il ne doit pas hésiter à nous contacter.

- Les compétences relationnelles :

La prise en charge d'une personne en situation évoluée de sa maladie ou de l'un de ses proches à l'officine fait réellement appel aux compétences humaines du pharmacien et de toute l'équipe officinale.

Tout d'abord l'accueil doit être réalisé dans des conditions de discrétion suffisante, il peut s'agir d'un comptoir isolé, ou si l'espace de confidentialité n'est pas suffisant, d'une pièce plus reculée (bureau...). Il faut pouvoir garantir au patient ou à son entourage un lieu permettant l'instauration d'un dialogue en toute discrétion.

Nous le savons bien, dans ces situations difficiles à vivre, la personne en face de nous aura besoin de soutien, parfois de se confier, ou simplement d'une écoute attentive.

Il arrive très souvent que le pharmacien se déplace lui-même au domicile du patient pour livrer les médicaments ou encore du matériel médical. Nous arrivons donc dans le quotidien du malade et cela peut être l'occasion pour nous de réévaluer ses besoins (nouveau matériel médical...).

De plus, le pharmacien est un acteur de santé de proximité et disponible : les horaires d'ouverture des officines dans la journée et dans la semaine (en général, du lundi au samedi) et l'accessibilité sans rendez-vous sont pour le patient et son entourage des facteurs rassurants.

Cette proximité peut permettre au pharmacien de fractionner la délivrance des traitements (médicaments, compléments alimentaires, matériel pour perfusion...) pour les adapter au mieux à l'évolution de la maladie ce qui évite de transformer le domicile du patient en véritable pharmacie, avec l'impact psychologique négatif sur lui et sa famille qui en découle.

Enfin, n'oublions pas que les personnes restent relativement fidèles à une officine et qu'au fil des années une relation de confiance entre elles et le pharmacien s'est instaurée, ce qui est une grande aide pour une meilleure prise en charge.

I.3.2.2 Les difficultés rencontrées par les pharmaciens

Les informations suivantes sont issues des enquêtes menées auprès de pharmaciens d'officine, de la thèse de Marie Senelet [2] et la thèse d'Aurélien Etoubleau [38]. Il en ressort cinq principales difficultés rencontrées par les pharmaciens dans la prise en charge palliative et notamment dans la délivrance des ordonnances :

Honorer immédiatement la prescription :

La plupart des patients sont traités par des antalgiques relevant de la classe des stupéfiants. Hors, de nombreux pharmaciens ne détiennent pas en stock tout ou une partie des traitements nécessaires : le *turn over* de ces produits n'est pas assez important, ce qui entraîne des pertes (périmés), le coffre est de petite taille et ne permet pas de contenir un stock important, les médicaments prescrits sont très rarement utilisés, la gestion des stocks de stupéfiants se fait au comprimé près...

Le pharmacien doit donc commander les traitements nécessaires, les délais sont d'une demie journée, le matin pour l'après-midi, l'après-midi pour le lendemain matin, mais si nous sommes la veille d'un dimanche ou d'un jour férié, il faudra attendre une journée et demie... Or, les sorties d'hospitalisation se font souvent en fin de semaine.

Pour palier à ce délai d'attente, le pharmacien peut essayer de se dépanner auprès de ses collègues.

C'est pourquoi, il est nécessaire que le pharmacien détienne un stock suffisant des spécialités couramment prescrites. Ensuite pour les sorties d'hôpital, il est souhaitable que le personnel hospitalier (médecin, pharmacien, infirmier, externe en pharmacie) avertisse le pharmacien d'officine de la sortie du patient et du traitement dont il a besoin, afin d'anticiper et d'optimiser le relai des soins. [38]

Il s'agit là d'un simple problème de logistique mais qui peut être très dommageable pour le patient douloureux, chez qui le manque d'une seule inter-dose peut parfois entraîner une décompensation de ses douleurs. Le manque et la désorganisation peuvent aussi être source de stress pour lui et les proches.

Manque de formation :

Comme nous l'avons vu précédemment, la formation professionnelle sur les soins palliatifs n'est pas encore très développée, et les formations spécifiques notamment le DIU de soins palliatifs peu attractives car elles demandent un investissement important en temps et financier...Pourtant, malgré le fait que les patients en situation palliative représentent une proportion faible dans la clientèle de nos officines, les pharmaciens souhaitent bénéficier d'une formation sur les soins palliatifs. Avec, comme thèmes mis en avant, la nutrition chez les personnes en fin de vie, les nouvelles techniques de prise en charge de la douleur, la nature des soins prodigués, le matériel utilisé (de type pompe à morphine), l'écoute et l'accompagnement, les posologies utilisées...[2]

Le pharmacien d'officine peut jouer un rôle d'expert du médicament s'il a une connaissance approfondie des traitements antalgiques.

Du fait du nombre important des symptômes présentés par le patient en fin de vie, les ordonnances peuvent comporter des associations de spécialités peu courantes ou à des posologies inhabituelles, ou encore des utilisations hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché).

Il est important que le pharmacien ne manifeste pas de surprise face à de telles prescriptions dans le cas où l'ordonnance ne provienne pas d'un service particulier attirant son attention. Il ne doit pas introduire de doute quant à la validité de l'ordonnance, et ne pas alerter le patient ou son entourage, déjà suffisamment inquiétés par la gravité de la maladie. [38]

Complexité du matériel à fournir :

La plupart des patients en fin de vie ont besoin de matériel médical. Il peut s'agir de matériel courant et connu des pharmaciens (lit médicalisé, fauteuil roulant...) ou encore de matériel plus spécifique comme une pompe à morphine. Pour ce type de matériel, le pharmacien passe en général par un prestataire qui s'occupera de sa maintenance. Malgré tout, il semble indispensable que le pharmacien connaisse le mode de fonctionnement de ce type de matériel, il doit pouvoir identifier un éventuel dysfonctionnement.

Chronophage :

La prise en charge des personnes en situation palliative nécessite une implication importante du pharmacien et de son équipe.

Comme nous l'avons vu, le pharmacien essaie de tout faire pour honorer les prescriptions au plus vite ; commander le matériel médical et se fournir en stupéfiants peut demander un investissement en temps important.

Souvent, le pharmacien est amené à livrer la personne à son domicile, et parfois faute de personnel, il se voit obligé de le faire en dehors des horaires d'ouverture de sa pharmacie.

Enfin, au-delà de simples délivrances, il s'agit bien d'un accompagnement, du patient, de sa famille et de son entourage... finalement, l'essence même de notre métier : mettre toutes nos compétences de professionnels de santé au service des personnes.

Un investissement en temps et un investissement humain, faiblement reconnu à l'heure actuelle, par le système de rémunération des pharmaciens.

Le manque de collaboration avec les autres professionnels de santé :

La prise en charge d'une personne en situation palliative fait appel au travail d'une équipe pluridisciplinaire, que ce soit à l'hôpital, mais aussi au domicile du patient.

En ce qui concerne l'équipe du domicile, le pharmacien d'officine n'est pas souvent bien intégré à cette équipe, car il est rarement reconnu par les autres intervenants comme un membre de l'équipe pluridisciplinaire. Or, le pharmacien est un soutien solide, à la fois facilement accessible aux autres professionnels de santé et souvent proche de la famille.

Egalement, le manque de collaboration entre les professionnels de santé hospitaliers et du domicile est à noter. De nombreux pharmaciens souhaiteraient que les sorties d'hospitalisation soient anticipées pour ne pas se retrouver parfois le samedi après-midi avec des ordonnances dont ils ne détiennent pas tous les produits en stock et qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer. Et si le médecin généraliste du patient reçoit un compte-rendu d'hospitalisation du médecin hospitalier, le pharmacien, quant à lui, est rarement mis au courant du retour à domicile du patient.

I.3.3 Le pharmacien et la collaboration pluri-professionnelle

I.3.3.1 Le pharmacien et le secret professionnel

D'après l'article R 4235-5 du Code de la Santé Publique, « Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre

veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment. » [39]

Ainsi, sont soumis au secret professionnel, le pharmacien titulaire, ses assistants, mais aussi tous ses collaborateurs permanents ou occasionnels. Les stagiaires doivent donc eux aussi respecter le secret professionnel.

En ce qui concerne les échanges d'informations sur le dossier médical d'un patient entre professionnels de santé, l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique précise :

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. [...] Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. » [40]

I.3.3.2 La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) et les nouvelles missions du pharmacien

L'article 38 de la loi HPST a défini huit nouvelles missions pour les pharmaciens d'officine, Art. L. 5125-1-1 A du Code de la Santé Publique (complète l'article L. 5125-1).

Parmi celles-ci, « les pharmaciens d'officine participent à la coopération entre professionnels de santé », « les pharmaciens d'officine peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients », « les pharmaciens d'officine peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient ». Des nouvelles missions dont les applications restent encore à définir, mais qui confient au pharmacien un rôle actif dans un objectif de coordination des soins et de suivi des patients, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce nouveau cadre législatif permet au pharmacien d'officine d'enrichir son rôle de nouvelles activités ayant pour but d'assurer une meilleure prise en charge globale du patient. [41]

I.3.3.3 La collaboration pluri-professionnelle, un atout pour le patient

Lorsqu'une personne est hospitalisée, les coordonnées de son médecin référent sont inscrites dans son dossier médical. Ceci permet au personnel soignant ayant accès au dossier médical de le contacter rapidement, au besoin. Par contre, les coordonnées de la pharmacie habituelle du patient n'apparaissent pas dans ce dossier, cela ne favorise pas les échanges entre le milieu hospitalier et les pharmaciens d'officine qui sont pour ainsi dire déjà trop rares.

Notons que l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. » [42]

D'une manière générale, les dossiers des patients ne sont pas échangés entre l'hôpital et les officines. Les pharmaciens ont difficilement accès aux données concernant le patient, notamment le(s) diagnostic(s), les bilans biologiques et aux remarques de l'équipe soignante. [43] Or, ces données pourraient être d'une grande aide pour le pharmacien, elles peuvent lui permettre de comprendre la situation exacte du patient, les traitements prescrits et d'assurer la qualité et la sécurité des délivrances.

Le manque de relation entre l'hôpital et la ville peut réellement entraîner une discontinuité dans la qualité des soins prodigués au patient. [43] Ce qui, concernant la prise en charge d'une personne en situation palliative, semble aller à l'encontre même de la philosophie des soins palliatifs.

Lorsqu'un patient envisage de rentrer à son domicile pour y mourir, il est difficilement envisageable de solliciter les professionnels libéraux du jour au lendemain. Il faut absolument favoriser les contacts entre l'hôpital et la ville tout au long de l'hospitalisation, que ce soit dans un sens ou dans l'autre. Et c'est sans doute grâce à cette collaboration que l'on peut espérer la réalisation positive d'un tel projet de vie. [2]

Enfin et surtout, créer des liens entre les différents professionnels de santé prenant en charge un même patient, permet de moins solliciter la personne et sa famille déjà assez préoccupées dans ces moments douloureux.

Aujourd'hui, on constate malheureusement souvent que le seul lien entre l'hôpital et les officines est le malade et son entourage.

**2^{ème} PARTIE : MATERIEL ET
METHODE**

I.1 Revue de la littérature

Certains pays, comme l’Australie, le Canada, ont intégré dans leurs équipes de soins palliatifs un pharmacien. Une étude a été conduite par Gilbar P. et Stefaniuk K. dans ces deux pays, via un questionnaire destiné aux pharmaciens travaillant dans des services de soins palliatifs, pour déterminer le rôle précis du pharmacien au sein de ces services.

Les résultats montrent que leurs principaux rôles sont de réévaluer les traitements prescrits et de donner des renseignements sur les médicaments, leur administration, leurs effets indésirables, leurs interactions médicamenteuses et leur stabilité. Les pharmaciens jouent un rôle très important dans l’éducation thérapeutique aussi bien auprès des patients et leur famille que des membres de l’équipe. Au Canada, principalement, les pharmaciens participent également aux visites et travaillent en collaboration avec les professionnels de santé extérieurs (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens d’officine).

Dans les deux pays, les pharmaciens sont considérés comme des membres importants de l’équipe multidisciplinaire de soins palliatifs car ils réalisent une variété de fonctions uniques et précieuses. Ils fournissent, à travers leur expertise, un haut niveau de conseils aux patients et à leur famille. [44]

Au Royaume-Uni, une étude a été réalisée afin d’évaluer l’efficacité des interventions cliniques des pharmaciens d’officine britanniques dans la prise en charge palliative de patients à domicile. Pour ce faire, quatorze équipes de soins palliatifs de ville constituées de pharmaciens d’officine, médecins généralistes et infirmières libérales ont participé à l’étude, et vingt cinq patients ayant une espérance de vie de moins de douze mois ont été recrutés par les médecins généralistes au cours de la période d’enregistrement de dix mois (tous étaient atteints d’un cancer, un seul avait une broncho-pneumopathie chronique obstructive). Les pharmaciens recrutés ont reçu une formation spécifique sur les soins palliatifs pharmaceutiques par des chercheurs et des membres expérimentés d’équipes multidisciplinaires. Ils ont également reçu une formation pour enregistrer leurs interventions et documenter leurs résultats. Et avec l’accord des patients, ils ont pu accéder à leur dossier médical.

A la fin du projet, les pharmaciens ont enregistré un total de cent trente interventions cliniques. La plupart de ces interventions effectuées par les pharmaciens d’officine ont été jugées par le panel d’experts (un consultant en soins palliatifs, une infirmière spécialisée en

soins palliatifs communautaires et un pharmacien hospitalier spécialisé en soins palliatifs) comme étant bénéfiques, c'est-à-dire permettant d'améliorer le contrôle des symptômes, de prévenir la « dégradation » du patient et d'améliorer l'observance du patient vis à vis de ses traitements.

Dans cette étude, les pharmaciens ont eu accès au diagnostic du patient ou à certains détails cliniques essentiels, ce qui leur a donné plus confiance dans leurs compétences et leur a permis d'utiliser pleinement leurs connaissances pour suggérer de nouvelles thérapies, anticiper certains problèmes et conseiller des solutions.

Les experts sont d'avis que lorsque les pharmaciens de ville sont correctement formés aux soins palliatifs et font partie intégrante de l'équipe, ils peuvent améliorer de façon réelle les soins palliatifs pharmaceutiques. [45]

Dans sa thèse portant sur le pharmacien acteur dans la prise en charge palliative, Marie Senelet a mis en évidence, par une étude prospective, plusieurs points intéressants concernant la prise en charge palliative par les pharmaciens d'officine de Loire-Atlantique :

- une grande partie des pharmaciens pense que le suivi des patients est plus facile lorsque celui-ci est pris en charge par son médecin traitant plutôt que par l'hôpital,
- plus de la moitié des pharmaciens interrogés ne pensent pas suffisamment collaborer avec les différents acteurs de santé concernant le suivi de ces patients,
- la plupart souhaiterait bénéficier d'une formation continue sur la prise en charge des personnes en situation palliative, et qu'elle se fasse conjointement avec les médecins et le personnel soignant,
- quasiment tous les pharmaciens pensent ne pas disposer de suffisamment d'informations pour expliquer aux patients et/ou aux proches les modalités d'une prise en charge dans l'USP,
- les pharmaciens d'officine aimeraient qu'un pharmacien ou un autre professionnel hospitalier les contacte afin d'organiser la sortie des patients en situation palliative. [2]

I.2 Pré-enquête

Nous le savons, le pharmacien a un rôle important à jouer dans la prise en charge des personnes en situation palliative.

En ce qui concerne la prise en charge de ces personnes après une hospitalisation, du fait du manque de communication entre l'hôpital et la ville, le pharmacien d'officine n'est pas toujours bien intégré à leur sortie.

Dans l'unité fixe de soins palliatifs du CHU de Nantes, à chaque retour de patient à son domicile, l'externe en pharmacie, ou en son absence, l'interne ou une infirmière, a pour rôle de faxer les ordonnances de sortie à la pharmacie habituelle du patient et de **téléphoner au pharmacien** pour prévenir de sa sortie et du nombre d'ordonnances faxées.

Cette démarche est déjà bien en place dans le service et permet ainsi au pharmacien de commander les médicaments qu'il n'a pas en stock et le matériel médical éventuellement nécessaire. Mais cela est-il suffisant pour que le pharmacien accompagne le patient et ses proches dans cette difficile épreuve ?

A travers mon expérience de six mois en unité de soins palliatifs et l'expérience acquise en officine, nous avons trouvé, avec le docteur Denis, qu'il serait intéressant de donner de plus amples informations sur la situation du patient, les traitements reçus, les modifications de traitements... au pharmacien d'officine.

Le médecin traitant du patient reçoit un compte-rendu d'hospitalisation dicté par le médecin du service, il a ainsi toutes les informations nécessaires pour prendre le relai dans la prise en charge et assurer une continuité des soins optimale.

L'idée a donc été d'envoyer également un compte-rendu d'hospitalisation au pharmacien habituel du patient **avec l'accord de ce dernier**.

Voici comment nous avons procédé avec le docteur Denis :

Le jour de la sortie d'un patient, un des médecins du service dicte un compte-rendu court d'hospitalisation de celui-ci avec les traitements, puis, l'envoie au secrétariat pour le faire rédiger par informatique.

Le docteur Denis m'envoyait ensuite par mail ce compte-rendu anonymisé destiné au médecin traitant et je complétais quelques points notamment sur les traitements et modalités pour l'adapter au pharmacien d'officine.

Enfin, cette dernière version, revue par madame Denis et adaptée aux pharmaciens, était envoyée de l'hôpital à la pharmacie habituelle du patient, sous **enveloppe scellée** avec la **mention « confidentiel » et destinée au pharmacien titulaire de l'officine.**

L'externe en pharmacie du service, au moment de prévenir par téléphone le pharmacien qu'il allait recevoir les ordonnances de sortie ajoutait également que dans les jours à venir, il allait recevoir un courrier confidentiel concernant la personne malade et que l'intérêt d'une telle démarche serait évalué par téléphone.

En plus du compte-rendu d'hospitalisation, ce courrier contenait une lettre expliquant les motivations d'une telle démarche, signée par mon directeur de thèse et moi-même. (*Annexe 3*)

Nous avons ainsi procédé pour quatre patients afin d'évaluer auprès de leur pharmacien habituel l'intérêt de cette démarche. (*Comptes-rendus d'hospitalisation en annexe 4*)

I.3 Elaboration de la fiche de transmissions

Suite à des résultats encourageants et en tenant compte des remarques constructives des différents pharmaciens, nous avons décidé de continuer la même démarche en créant une fiche type, plus visuelle. Celle-ci est remplie informatiquement par l'externe en pharmacie du service, ce qui permet de l'impliquer dans le projet et de l'initier à une collaboration pharmacien-médecin.

Cette nouvelle méthode nous permet de gagner un temps précieux puisque le courrier, toujours validé par le médecin du service, est rempli et posté le jour du départ du patient.

A chaque changement d'externe dans le service, je venais expliquer au nouvel externe le projet et comment remplir la fiche.

Comme précédemment nous joignons toujours la lettre d'accompagnement (*annexe 3*).

Voici la trame de la fiche à remplir : (*fiches de transmissions envoyées en annexe 5*)

Transmissions médecin/pharmacien hôpital-ville
Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : Prénom : Né(e) le :
Poids (kg) : Taille (m) :

Le patient vit : (seul, entouré ...).

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste :

Infirmière libérale :

Hospitalisation en USP du..... au.....

Motif d'hospitalisation :

.....

Histoire médicale et antécédents contributifs :

.....

.....

.....

.....

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique

Matériel médical nécessaire :

.....
.....
.....
.....

Remarques :

.....
.....
.....
.....

Vu,

I.4 Mise en place d'un groupe de travail

- Pourquoi un groupe de travail ?

Nous avons évalué au fur et à mesure et de façon individuelle les courriers envoyés, mais nous souhaitons également une évaluation du projet par un panel représentatif de pharmaciens. Nous avons donc organisé une réunion de type *focus group*, la dynamique du groupe permettant d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion.

Le *focus group* est une technique qui permet d'évaluer des attentes, des besoins, des satisfactions ou de mieux comprendre des motivations, des opinions ou des comportements sur un sujet ciblé. Elle sert aussi à faire émerger ou à tester de nouvelles idées inattendues. [46]

- Préparation du groupe de travail : *Dr Denis / Clémence Grand*

Les grands axes de la discussion ont été déterminés préalablement dans cet ordre à l'aide de 3 « sous-questions » :

- Dans quel(s) but(s) créer cette fiche de transmissions ?
- Quels patients sont concernés par cette démarche ?
- Comment mettre en pratique une telle démarche ? (méthode)

Pour la réunion, nous nous sommes basés sur la fiche de transmissions type déjà créée. Avant la réunion, chaque pharmacien avait pris connaissance des courriers types envoyés (patient 5 à patient 8, *annexe 5*).

- Réalisation du groupe de travail

La réunion a eu lieu le mardi 01 décembre à 21h30 dans une salle réservée à la faculté de médecine et de pharmacie de Nantes et a duré 1h30. L'horaire tardif s'explique parce que certains pharmaciens terminaient leur journée de travail à 21h.

Accorder les emplois du temps de sept personnes n'a pas été difficile, les pharmaciens se sont très rapidement rendus disponibles, ils n'ont pas hésité à venir le soir, après leur journée de travail et parfois de loin (40 kilomètres de Nantes).

Nous étions neuf personnes, sept pharmaciens, le docteur Denis et moi. Parmi les pharmaciens, il y avait un pharmacien titulaire d'une officine de centre commercial, deux pharmaciens titulaires d'une officine située en campagne, dont un responsable de la formation continue des pharmaciens, un pharmacien titulaire d'une officine de ville, un pharmacien remplaçant travaillant dans deux pharmacies de ville, un pharmacien assistant et une jeune diplômée. Deux des pharmaciens présents avaient reçu un courrier de sortie (le pharmacien A et le pharmacien G, *annexes 4 et 5*).

Sur les trois pharmaciens ayant reçu un courrier de sortie et ayant répondu oui à la question : « *Accepteriez-vous de participer à un groupe de travail ville-hôpital sur le sujet ?* », un seul n'est pas venu à la réunion. Il comptait venir mais a eu un contre temps de dernière minute.

Le Docteur Denis a animé la réunion, nous prenions toutes les deux des notes par écrit. Après un tour de table où chacun s'est présenté, quelques mots d'introduction du Docteur Denis ont permis de rappeler le travail déjà effectué pour cette thèse, pourquoi et comment nous avons mis en place cette fiche de transmissions. Les trois grands axes de discussion ont été présentés, les pharmaciens ont choisi d'aborder en premier lieu la question « *Comment mettre en pratique une telle démarche ?* », nous avons respecté ce choix dans le souci de respecter leurs priorités.

La réunion s'est déroulée dans une ambiance conviviale et très détendue. Les pharmaciens ont vécu ce moment d'échanges de manière sincère et authentique et il nous a semblé qu'ils se soient exprimés librement.

3^{ème} PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS

I.1 Résultats de la pré-enquête

I.1.1 Evaluation des comptes-rendus d'hospitalisation

Afin d'évaluer la pertinence de ce type de courrier, j'ai contacté par téléphone chaque pharmacien et je leur ai posé la même série de questions : (*comptes-rendus d'hospitalisation envoyés annexe 4*)

1/ Quelle a été votre réaction en recevant le courrier ?

2/ Le courrier lui-même : faut-il changer / améliorer certains points ? Partie médicale, partie traitements ?...

3/ En quoi ce genre de courrier pourrait aider à une meilleure prise en charge du patient ?

4/ L'unité de soins palliatifs du CHU de Nantes : en avez-vous connaissance ?

5/ Ce type de courrier pourrait-il aider à un meilleur suivi des patients après une hospitalisation et permettre une bonne prise en charge multidisciplinaire?

6/ Serait-ce intéressant d'étendre ce système à d'autres services, lesquels?

7/ Accepteriez-vous de participer à un groupe de travail ville-hôpital sur le sujet?

Voici les réponses obtenues :

1/ Quelle a été votre réaction en recevant le courrier ?

Les quatre pharmaciens ont trouvé que c'était une bonne initiative.

2/ Le courrier lui-même : faut-il changer / améliorer certains points ? Partie médicale, partie traitements ?...

Les pharmaciens A, B et D ont trouvé la partie médicale très intéressante, elle donne des réponses à des questions difficiles à aborder avec le patient ou ses proches, elle donne des informations que le patient ne peut pas nous soumettre par défaut de connaissances, ou qui seraient difficiles à obtenir auprès du médecin généraliste « de peur de le déranger », également, elle informe sur la pathologie du patient, puisque dans ces pathologies lourdes, c'est souvent un tiers qui passe à l'officine, et qui, bien souvent, est peu au courant de ce qui se passe ou qui ne souhaite pas en parler.

L'explication des traitements, permet de comprendre les ordonnances, mieux délivrer et mieux expliquer les traitements à la famille. Le pharmacien B était ravi des protocoles à suivre pour les insulines.

Le pharmacien D a trouvé le fond très bien, mais la forme trop « littéraire », il verrait bien une fiche plus technique, très visuelle, pour simplifier la lecture, synthétiser les informations.

Enfin, le pharmacien C, m'a dit ne rien avoir appris de nouveau, à part que la chimiothérapie de Mme 3 avait été arrêtée à sa demande. Elle est en effet l'unique pharmacien de son village et est constamment en communication avec les professionnels médicaux environnants. De plus, elle a une grande expérience de la prise en charge palliative, elle habite un petit village « rempli de personnes âgées souhaitant décéder à leur domicile pour la plupart ».

3/ En quoi ce genre de courrier pourrait aider à une meilleure prise en charge du patient ?

Le pharmacien A s'est rendu au domicile du patient pour livrer du matériel médical, et grâce au courrier il était déjà au fait de la situation de la famille. Ensuite, le courrier l'a conforté dans ses explications sur des traitements, tout comme le pharmacien D puisqu'il avait les explications du prescripteur, notamment sur les fortes doses peu usuelles d'Inexium® associées au Raniplex®.

Le pharmacien B trouve que c'est une aide même s'il connaissait déjà très bien la famille.

4/ L'unité de soins palliatifs du CHU de Nantes : en avez-vous connaissance ?

Les pharmaciens B, C et D ont répondu oui.

Le pharmacien A n'en avait pas connaissance puisqu'il est installé à Nantes depuis seulement deux ans.

5/ Ce type de courrier pourrait-il aider à un meilleur suivi des patients après une hospitalisation et permettre une bonne prise en charge multidisciplinaire?

Les pharmaciens A et D savent bien qu'à l'hôpital, les médecins sont débordés, mais il est évident que ce courrier est un plus pour une meilleure prise en charge des patients sortants.

Le pharmacien B pense que ce type de courrier permet clairement « d'impliquer le pharmacien qui est souvent la cinquième roue du carrosse et de l'intéresser ».

Le pharmacien C trouve qu'il est toujours très positif d'améliorer la communication ville-hôpital afin de mieux prendre en charge les patients, de favoriser les échanges entre médecins et pharmaciens.

6/ Serait-ce intéressant d'étendre ce système, via les externes en pharmacie, à d'autres services, lesquels?

Oui, les services du pôle douleur, pour le pharmacien A, l'oncologie et la cardiologie pour le pharmacien D, en effet les ordonnances de cardiologie comptent souvent des interactions médicamenteuses. Le pharmacien B ne pense pas à un service en particulier, mais à des cas « lourds » avec des pathologies et / ou ordonnances compliquées, des utilisations de molécules hors AMM, des protocoles particuliers...

Les quatre pharmaciens ont apprécié l'idée d'intégrer les externes en pharmacie à ce projet.

7/ Accepteriez-vous de participer à un groupe de travail ville-hôpital sur le sujet?

Les pharmaciens A et D ont répondu oui.

Le pharmacien B, bientôt à la retraite, ne veut pas s'impliquer dans un projet qu'il ne pourrait honorer.

Le pharmacien C ne s'est pas prononcé.

I.2 Evaluation des fiches de transmissions

Toujours dans le but d'évaluer la pertinence de ce travail, mais aussi la nouvelle forme du courrier, j'ai appelé les pharmaciens pour leur poser une nouvelle série de questions. Pour les deux premiers courriers, je n'ai malheureusement pas pu obtenir d'entretien téléphonique avec les deux pharmaciens concernés (pharmaciens E et F). (*Fiches de transmissions envoyées annexe 5*)

Voici la synthèse de mes conversations téléphoniques avec les pharmaciens G et H :

Concernant la fiche de transmissions, les deux pharmaciens ont trouvé tous les points abordés nécessaires, le pharmacien G aurait souhaité avoir les coordonnées de l'infirmière.

Concernant l'histoire médicale et antécédents contributifs, les deux pharmaciens connaissaient déjà bien ces patientes et étaient au courant de leur pathologie. Mais s'il s'agit d'un nouveau patient, il est toujours intéressant d'avoir ces informations, cela permet de comprendre la situation du patient et les traitements prescrits.

Les pharmaciens ont trouvé le tableau sur les symptômes pris en charge dans le service et les traitements mis en place très bien, il est clair, concis et se lit rapidement. Il permet de comprendre les traitements prescrits et de mieux les expliquer au patient.

Des informations sur l'historique médicamenteux de la patiente auraient été souhaitées. Egalement, il serait intéressant de savoir si le traitement a été instauré à l'hôpital ou avant, et si d'autres traitements ont été essayés avant pour prendre en charge un même symptôme.

Les deux pharmaciens n'avaient jamais reçu ce type de fiche. Mme H trouve que le tableau sur les symptômes et pathologies pris en charge dans le service est très formateur. Cette fiche pourra l'aider, elle et son équipe, à comprendre d'autres ordonnances du même type.

Les pharmaciens sont d'avis unanime pour dire que les échanges entre les professionnels de santé hospitaliers et de ville sont insuffisants et qu'il serait très intéressant d'étendre ce système de fiches de transmissions à d'autres services via les externes. Les pharmaciens ne pensent pas à un service en particulier, mais cela serait intéressant pour les cas où il y a des traitements lourds, des nouveaux médicaments sortis de la réserve hospitalière, des injectables, du matériel médical, des ordonnances avec des traitements antalgiques...

Le pharmacien G serait ravi de participer à un groupe de travail sur le sujet.

I.3 Résultats du groupe de travail

I.3.1 Mise en forme de la fiche de transmissions

En nous basant sur la fiche de transmissions déjà créée, il a été décidé de rajouter les coordonnées du pharmacien dans la partie « correspondants médicaux et paramédicaux », de rajouter **la liste complète des traitements** du patient **à l'entrée dans le service**, ainsi que la **liste complète des traitements à la sortie**, pour permettre une lecture rapide de l'évolution des traitements pendant l'hospitalisation. Cela permettra au pharmacien de savoir quels traitements sont à continuer après l'hospitalisation (même s'il s'agit de pathologies non directement prises en charge dans le service) et quels traitements ont été délibérément interrompus.

L'externe qui remplira la fiche pourra renseigner la liste des traitements du patient avant son hospitalisation soit en consultant son Dossier Pharmaceutique sur sa carte vitale, si celui-ci est déjà créé soit en contactant le pharmacien habituel du patient.

Pour identifier le patient, seules les trois premières lettres de son nom et de son prénom seront indiquées ainsi que sa date de naissance complète.

Enfin, faire apparaître l'identité et les coordonnées des personnes ayant rempli la fiche pour pouvoir facilement les joindre en cas de besoin.

Nous avons également demandé s'il serait intéressant d'envoyer certains documents (comme un tableau d'équianalgésie, une fiche explicative sur le Durogésic®...), les pharmaciens ne jugent pas nécessaire de faire cela, « trop d'informations tue l'information ».

Voici la trame de la fiche que nous enverrons dorénavant :

Transmissions hôpital-ville
Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : ___ Prénom : ___ Né(e) le :
Poids (kg) : Taille (m) :

Le patient vit : seul entouré

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste :

Pharmacien :

Infirmière libérale :

Hospitalisation en USP du..... au.....

Motif d'hospitalisation :

.....

Histoire médicale et antécédents contributifs :

.....

.....

.....

.....

Traitement à l'entrée dans le service :

Traitement habituel	Traitement à visée antalgique
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Traitement de sortie :

Traitement habituel	Traitement à visée antalgique
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique

Matériel médical nécessaire :

.....

Vu, (nom et coordonnées des personnes ayant rempli la fiche)

I.3.2 Qui remplit la fiche ?

La méthode déjà en place n'a pas été remise en cause par les pharmaciens, la fiche sera toujours remplie par l'externe en pharmacie du service. Un médecin ou un interne en médecine validera la fiche avant envoi. Par contre, le docteur Denis a soulevé l'idée que l'externe en pharmacie réalise cette tâche avec l'externe en médecine, pour sensibiliser jeunes pharmaciens et médecins à travailler ensemble, ce que l'ensemble des pharmaciens a approuvé.

I.3.3 Comment procéder à l'envoi ?

Jusque là le courrier était envoyé au pharmacien par la poste, le jour du retour à domicile du patient. Les pharmaciens nous ont demandé d'anticiper le plus possible les sorties, mais en soins palliatifs, un retour à domicile peut parfois être annulé le jour même et certains traitements modifiés quelques heures avant la sortie...

Aussi, pour que le pharmacien reçoive la fiche de transmissions le jour de la sortie, les pharmaciens ont soumis l'idée de **faxer avec anonymat** la fiche, en indiquant que les trois premières lettres du nom et du prénom du patient, en même temps que les ordonnances de sortie. (*Annexe 6 : Données de santé, e-mail et fax – CNIL*)

Les pharmaciens n'ont pas manqué de souligner qu'il est préférable d'envisager des sorties en début de semaine, en évitant le samedi (les répartiteurs ne livrent les pharmacies que le samedi matin !).

I.3.4 Dans quels services mettre en place cette fiche ?

Tous les pharmaciens présents à la réunion sont d'avis de diffuser à long terme ce projet dans tous les services hospitaliers.

Il conviendrait d'envoyer une fiche de transmissions pour tout patient ayant un traitement de sortie « lourd » (prescription de stupéfiants, injectables, utilisation de molécules hors AMM, spécialités pédiatriques...) et/ou nécessitant du matériel médical.

I.3.5 Envoi de la fiche au médecin généraliste du patient ?

L'idée d'envoyer la même fiche de transmissions au médecin généraliste du patient a été évoquée par un pharmacien et est vite apparue évidente à l'ensemble des personnes présentes.

4^{ème} PARTIE : DISCUSSION

I.1 Analyses des résultats

I.1.1 Intérêts de la démarche

I.1.1.1 Améliorer la qualité de prise en charge de la personne malade en créant un lien plus efficace entre l'hôpital et la ville

Nous l'avons vu, les liens entre l'hôpital et les officines de ville ne sont pas très nombreux. Pourtant, il existe une réelle demande des pharmaciens d'officine pour développer une collaboration hôpital-ville. L'envoi d'une fiche de transmissions au pharmacien d'officine dans le cadre d'un retour à domicile peut constituer un début de réponse.

Cette démarche inclut le pharmacien dans les sorties d'hospitalisation, et comme l'ont fait remarquer les différents pharmaciens au cours des entretiens téléphoniques, le fait de se sentir intégré est très valorisant et donne envie de s'investir encore plus dans la prise en charge du patient.

Le groupe de travail a soulevé l'idée d'envoyer la même fiche de transmissions au médecin généraliste du patient. La fiche est anonymisée et peut ainsi être faxée (*annexe 6*). En effet, celui-ci reçoit un compte-rendu d'hospitalisation en général plusieurs jours après la sortie du patient, le temps que le secrétariat à l'hôpital le tape par informatique et l'envoie. Pour éviter que les pharmaciens reçoivent des informations avant les médecins généralistes et une possible mésentente dans le suivi des patients, nous envisageons de faxer le même courrier aux médecins généralistes le jour de la sortie, en plus du compte-rendu d'hospitalisation détaillé qu'il recevra ultérieurement.

Cette démarche permet d'assurer une réelle **continuité des soins** où chaque professionnel de santé a en sa possession les mêmes informations au même moment.

I.1.1.2 Intérêts pour le pharmacien

Faxer les ordonnances de sortie ainsi qu'une fiche de transmissions présente plusieurs avantages pour le pharmacien :

- **Anticiper** la sortie du patient, le pharmacien sait alors quels médicaments et quel matériel médical commander, ce qui lui permet de préparer plus sereinement le retour

à domicile du patient. Cela lui laisse le temps de commander les produits manquants et d'avoir tous les traitements nécessaires le jour de la sortie.

- **Conforter** le pharmacien dans ses délivrances. Souvent, lors de l'hospitalisation d'un patient, le pharmacien a en sa possession une ordonnance du médecin généraliste avant l'hospitalisation, l'ordonnance hospitalière et parfois l'ordonnance du médecin généraliste après l'hospitalisation. Il peut souvent y avoir des doublons ou des incohérences. Ici le fait d'indiquer le traitement complet du patient à l'entrée dans le service et à la sortie permet déjà de lever des doutes. Ensuite, le fait d'expliquer certains traitements permet de conforter le pharmacien dans les explications qu'il donne au patient, puisqu'il sait pourquoi le médecin a prescrit ces traitements (par exemple pour les molécules utilisées hors AMM, les associations de molécules peu courantes...).

Les informations données permettent d'anticiper les réponses aux éventuelles questions que le pharmacien pourrait se poser. Si toutefois il en avait, il a alors en sa possession toutes les coordonnées nécessaires pour obtenir rapidement une réponse (les coordonnées du service, des personnes ayant rempli la fiche et des correspondants médicaux et paramédicaux).

- Mieux **accompagner** le patient et ses proches. La prise en charge d'une personne en situation palliative n'est pas simple à l'officine, très souvent la personne qui vient chercher les traitements est un proche du patient à un degré plus ou moins éloigné (famille, ami, voisin...). Cette personne n'est pas toujours à même de répondre aux interrogations du pharmacien, soit par ignorance de la situation, soit par défaut de connaissances... De plus, l'agencement actuel de la plupart des officines n'est pas propice à un échange avec ces personnes du fait du manque de confidentialité.

Indiquer le motif d'hospitalisation et apporter quelques explications sur la pathologie, sur les traitements et les symptômes pris en charge à l'hôpital, permet au pharmacien d'obtenir des données claires et précises sur la situation du patient et ainsi de mieux le conseiller. Cela évite également au pharmacien d'avoir à poser des questions parfois embarrassantes ou difficiles à aborder.

I.1.1.3 Intérêts pour le patient et ses proches

La fin de vie est toujours une épreuve difficile, aussi bien pour la personne concernée que pour ses proches souvent éprouvés. Tout ce qui peut leur enlever un stress supplémentaire doit être mis en œuvre par les professionnels de santé. Cette démarche permet au patient d'avoir ses médicaments en temps et en heure et de recevoir les mêmes explications sur ses traitements de la part de chaque professionnel de santé. Et, comme nous l'avons déjà vu, si le pharmacien a déjà en sa possession certaines informations, le patient et l'entourage seront moins sollicités pour des problèmes de logistiques qui ont leur importance mais qui semblent aussi dérisoires lorsque nous parlons de la fin de vie d'une personne. Soulager au maximum le patient et ses proches pour qu'ils puissent vivre cette épreuve le plus humainement possible.

I.1.1.4 Intérêts pour l'externe en pharmacie

Les différents externes en pharmacie ayant déjà participé au projet ont toujours bien reçu l'idée d'être intégré à la sortie des patients. Téléphoner au pharmacien, lui envoyer une fiche de transmissions leur donne vraiment le sentiment de faire le relai entre le médecin hospitalier et le pharmacien d'officine. De plus, pendant l'hospitalisation, l'étudiant a appris à connaître le patient, à l'écouter, lui expliquer certains traitements... et le fait de faire ce lien avec sa pharmacie, lui permet de l'accompagner encore un peu sans le laisser sortir seul avec ses ordonnances.

La fiche ne demande pas beaucoup de temps pour être renseignée et l'externe peut la pré-remplir dès qu'il sait qu'une sortie est prévue et compléter les informations au fur et à mesure. Cela demande d'avoir une vision globale de l'hospitalisation et d'avoir bien suivi les prescriptions pour éventuellement expliquer certaines escalades de posologies parfois surprenantes pour le pharmacien, se replonger dans le dossier pour mieux le synthétiser.

Chaque étudiant de cinquième année a déjà travaillé plusieurs fois en officine (stages, travail saisonnier...), grâce à son expérience officinale et aux connaissances acquises, l'étudiant apporte un plus à la prise en charge du patient, et comprend d'autant mieux le service rendu aux pharmaciens.

Cette mission contribue largement à son intégration dans le service, elle lui donne un rôle important, ce qui est très valorisant.

I.1.2 Protocole d'envoi de la fiche de transmissions

Comme nous l'avons vu, l'envoi par fax de la fiche de transmissions constitue un gain de temps important et ce délai rapide de réception de la fiche donne tout son intérêt à la démarche.

Mais concernant l'envoi de **données médicales nominatives**, le fax n'est pas un moyen de communication sûr, d'après la commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (*Annexe 6*). C'est pourquoi nous avons décidé de faxer la fiche en ne faisant apparaître que les trois premières lettres du nom et du prénom du patient.

Ainsi, à chaque sortie d'hospitalisation d'un patient, l'externe du service appellera la pharmacie habituelle du patient, **avec son accord**, et demandera à parler **au pharmacien**.

Il préviendra celui-ci qu'il recevra dans les minutes à suivre un fax avec tant d'ordonnance(s) de sortie ainsi qu'une fiche de transmissions anonymisée concernant tel patient. Le pharmacien saura donc de quel patient il s'agit. Au cours de cet échange téléphonique, l'externe pourra donner de plus amples informations au pharmacien et répondre à ses éventuelles questions.

L'externe précisera au pharmacien qu'il doit classer ce document dans le dossier du patient afin qu'il ne tombe pas entre les mains de tout le monde.

I.2 Perspectives

I.2.1 Etendre le projet à d'autres services

Nous prévoyons pour ce projet une phase pilote d'environ six mois dans l'unité de soins palliatifs et dans le service d'oncologie de l'hôpital nord de Nantes, ou dans un service de médecine au sein du pôle médecine-cancérologie, en fonction de la présence des externes.

I.2.2 Inclure les externes en médecine à la démarche

L'idée d'inclure les externes en médecine à la démarche a été évoquée au cours du groupe de travail. Il pourrait être intéressant que les externes en pharmacie et médecine remplissent ensemble les fiches de transmissions. En effet, au cours de leurs études, ils n'ont pas vraiment l'occasion de travailler ensemble et cela pourrait les sensibiliser à collaborer les uns avec les autres.

Plus tôt les futurs médecins et pharmaciens auront appris à travailler en étroite collaboration, plus vite ils auront acquis de bonnes habitudes pour leur exercice futur.

I.2.3 Informer les pharmaciens d'officine

Pendant la réunion, le pharmacien impliqué dans la formation continue et très intéressé par le projet, s'est dit prêt à organiser une information auprès des officinaux, dans le cadre des EPU (Enseignement Post-Universitaire), par exemple.

Il est important que les pharmaciens soient mis au courant de ce projet pour leur donner quelques informations sur la façon dont ils doivent gérer ces courriers, qui peut y avoir accès dans l'équipe officinale, comment les conserver...

I.2.4 Créer un poste de pharmacien vacataire dans le service de soins palliatifs

En France, certaines unités de soins palliatifs ont déjà intégré un pharmacien dans leur équipe, contrairement au service de soins palliatifs du CHU de Nantes.

Créer un poste de pharmacien vacataire dans ce service, pourrait être un réel plus pour l'équipe. Il faudrait bien entendu, un pharmacien ayant reçu une formation plus spécifique sur les soins palliatifs.

Le pharmacien, de part ses connaissances propres et complémentaires à celles du médecin, pourrait l'épauler dans la prise en charge thérapeutique du malade ainsi que dans l'éducation thérapeutique de celui-ci. Il pourrait former l'externe en pharmacie du service et l'aider à organiser le retour à domicile des patients auprès de leur pharmacien d'officine...

CONCLUSION

Le lien entre les professionnels hospitaliers et les pharmaciens d'officine est aujourd'hui très peu développé, au détriment des patients et de leurs proches chargés d'assurer eux-mêmes la transmission des informations les concernant entre les différents professionnels de santé.

Pourtant, améliorer le lien entre l'hôpital et la ville correspond à un réel souhait de la part des pharmaciens.

Le but de notre travail a été de proposer et d'évaluer un projet susceptible d'améliorer la collaboration entre médecins hospitaliers et pharmaciens d'officine dans la prise en charge d'une personne en situation palliative. Nous avons souhaité intégrer le pharmacien aux sorties d'hospitalisation des patients en lui offrant un outil de travail qui puisse l'aider dans la prise en charge de ces personnes et assurer une continuité des soins entre l'hôpital et la ville.

Choisir l'unité de soins palliatifs comme service berceau de ce projet nous est apparu évident pour différentes raisons :

- La discipline palliative fait appel depuis toujours à une prise en charge pluri-professionnelle des patients.
- L'aide directe apportée aux pharmaciens d'officine étant donné leur manque de formation sur les soins palliatifs.
- Le soulagement que cela peut apporter aux patients et à leurs proches dans ces moments si difficiles.

Après un an de mise en application, les résultats tirés sont vraiment positifs, les pharmaciens ayant collaboré à la thèse ont très bien accueilli le projet et les externes en pharmacie se sont montrés vraiment enthousiastes et très intéressés par ce nouveau rôle qui leur était attribué.

Bien sûr, il s'agit d'un projet à petite échelle mais qu'il serait intéressant d'étendre à d'autres services, pour avoir un impact plus important auprès des pharmaciens et surtout toucher beaucoup plus de patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Site de la **SFAP**, définitions des soins palliatifs et de l'accompagnement, consulté le 07/11/08 :
http://www.sfap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=81
2. **Senelet Marie**, Le pharmacien acteur dans la prise en charge palliative, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, le 27/06/06.
3. Site de la **SFAP**, à propos des définitions des soins palliatifs, consulté le 03/01/09 :
<http://www.sfap.org/pdf/I-A5-pdf.pdf>
4. Ouvrage publié sous l'égide du **CNEUD** (Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur, du CNMD (Collège National des Médecins de la Douleur) et de la **SFAP** (Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs), Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs, Paris : med-line éditions, 2001, 435 p., p 117-133, p221-228, p415-419
5. Site de l'**Institut National du Cancer**, soins palliatifs, consulté le 13/01/09 :
http://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/cancer-quotidien/page3/op_1-ta_1-id_1636-it_262-li_1-ls_2-la_1-ve_1.html
6. **Perret Claire**, Perspectives de la pratique officinale française : une évolution vers le modèle québécois ? Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, le 19/06/08.
7. Site internet du **Ministère de la Santé et des Sports**, les structures d'hospitalisation à domicile en 2006, consulté le 04/01/10 :
<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-structures-d-hospitalisation-a-domicile-en-2006.html>
8. Site internet réseau **RESPAVIE**, consulté le 28/09/09 :
<http://www.respavie.org/index.php?id=80>
9. Site internet **Legifrance**, Article L6321-1 du Code de la Santé Publique, consulté le 28/09/09 : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

10. Site de la **SFAP**, histoire des soins palliatifs et de l'accompagnement, consulté le 06/07/09 : http://sfap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=59
11. Ouvrage collectif : **Gomas jean-marie, Blanchet Véronique, Pilot Jeanine...**, Soins palliatifs : réflexions et pratiques, Montpellier : formation et développement, 1993, 214 p., p 13-14, p 61-63
12. **COELHO José**, Les droits du malade en fin de vie. Paris : les études hospitalières, 2007, 118 p., p58-62, p10-19, p21-28
13. Site de la **SFAP**, programme de développement des soins palliatifs 2008/2012, consulté le 09/12/09 : <http://www.sfap.org/pdf/0-K2-pdf.pdf>
14. Article 3 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002, n°54.
15. Article 1 de la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, Journal Officiel 10 juin 1999, n°132.
16. **Hirsch Emmanuel**, Droits de la personne malade et démocratie sanitaire. Médecine palliative vol.2 n°5-October 2003 p.272-274 ; 22/02/09
17. Article 11 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel 5 mars 2002, n°54.
18. Site de l'**Institut National du Cancer**, Le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur, consulté le 20/02/09 : http://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/Toutes-les-fiches-information/page2/op_1-ta_1-id_1252-it_263-li_1-ls_1-la_1-ve_1.html
19. Site de l'**Institut National du Cancer**, le consentement libre et éclairé du patient, consulté le 20/02/09 : http://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/Toutes-les-fiches-information/page5/op_1-ta_1-id_1252-it_263-li_1-ls_4-la_1-ve_1.html

20. **Kemp Charles E.**, le malade en fin de vie, Belgique : De Boeck et Larcier, 1997, 438 p., p21-23, p 157, p 174-176, p 217-282
21. Ouvrage collectif : **Laval Guillemette, Ngo Ton Sang Brigitte, Villard Marie-Laure, Beziaud Nicolas**, Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée, Montpellier, Sauramps Médical, 2009, 301 p.
22. **Libeau Dorothée**, douleurs cancéreuses réfractaires ; place des anti-NMDA : revue de la littérature, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, 2007.
23. Ouvrage collectif : **Rivier Etienne, Pfister Jacques-Antoine, Frueh dorette, Bovard Claire-Lise...**, *Vade-mecum* de soins palliatifs, Genève : éditions Médecine et Hygiène, 2008, 314 p., p 214
24. **Hacpille L.**, La douleur cancéreuse et son traitement approche globale en soins palliatifs, Paris : éditions FRISON-ROCHE, 1994, 230 p., p107
25. Site internet www.cascad.org/images/echelleVisuelle.png consulté le 07/11/09.
26. Site internet sur la classification des antalgiques selon l'OMS, consulté le 15/03/09 : <http://www.rhumato.info/Documents/Fiches/Classification%20des%20antalgiques%20selon%20l'OMS.pdf>
27. **Sang B., Laval G.**, Les principales thérapeutiques médicamenteuses en soins palliatifs, Sauramps Medical, 2001, 162 p., p 23-24
28. **Sainte-Beuve Camille**, Apport du pharmacien d'officine dans la prise en charge d'un patient en soins palliatifs, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Amiens, le 02/03/09.
29. **Libert F., Adam F., Eschaliere A., Brasseur L.**, Les médicaments adjuvants. Douleur et analgésie. 2006 ; 4 : 91-97.

30. Site internet de l'**HAS** (Haute Autorité de Santé), modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, consulté le 30/06/09 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf
31. Ouvrage collectif coordonné par **Jacquemin Dominique**, Manuel de soins palliatifs, Paris : Dunod, 2001, 776 p., p 115-124, p 139, p 369, p 471-473
32. **Gregory B Crawford, Sharonne D Price**, Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. Medical Journal of Australia. 2003; 179 (6 suppl): S32-S34.
33. Site internet de l'**Université de Nantes**, DIU soins palliatifs, consulté le 08/07/09 : http://www.fcont.univ-nantes.fr/3134/0/fiche___formation/&RH=FCONT_FR1&ONGLET=1
34. Site internet DIU de soins palliatifs et d'accompagnement, consulté le 08/07/09 : <http://mfca.ups-tlse.fr/fcweb3b/catalog/dudiu/dumed/soinpal.pdf>
35. Site internet de l'**Université de Nantes**, DU maintien et soins à domicile, consulté le 15/07/09 : http://www.fcont.univ-nantes.fr/1185199954511/0/fiche___formation/&RH=1190649907488&ONGLET=3
36. **Cormerais Anne-Cécile**, Pharmacien, un métier au cœur du paysage social : état des lieux et évolution, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, le 21/04/09.
37. Site internet **Legifrance**, Article R4235-48 du Code de la Santé Publique. consulté le 14/07/09 : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
38. **Etoubleau Aurélien**, Le pharmacien d'officine et les antalgiques de palier III, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, le 11/12/03.

39. Site internet **Legifrance**, Article R4235-5 du Code de la Santé Publique. consulté le 17/07/09 : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
40. Site internet **Legifrance**, Article L1110-4 du Code de la Santé Publique, consulté le 17/07/09 : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
41. Comité de rédaction de l'Ordre National des Pharmaciens, Les 10 missions des pharmaciens d'officine. Les nouvelles pharmaceutiques n°386 ; 4-6 ; 17/09/09.
42. Article 37 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel 22 juillet 2009, n°0167.
43. **Manasse Henri R.**, 2009 Rho Chi Lecture: Interdisciplinary Health Professions Education: A Systems Approach to Bridging The Gaps. American Journal of Pharmaceutical Education. 28/08/2009; 73(5):90.
44. **Gilbar P., Stefaniuk K.**, The role of the pharmacist in palliative care: results of a survey conducted in Australia and Canada. Journal of palliative care. 2002; 18(4): 287-92.
45. **Needham DS, Wong IC, Champion PD**, Evaluation of the effectiveness of UK community pharmacists' interventions in community palliative care. Palliative Medicine. Mai 2002; 16(3): 219-25.
46. **Moreau Alain, Dedianne Marie-Cécile, Letrilliart Laurent, Le Goaziou Marie-France, Labarère José, Terra Jean Louis**, Méthode de recherche : S'approprier la méthode du *focus group*. La revue du praticien-médecine. 15 mars 2004 ; TOME 18. N° 645 : 382-384.

ANNEXES

Annexe 1 : fiche d'évaluation et de suivi de la douleur de l'USP fixe du CHU de Nantes

Recto :

Date :/...../.....

Nom :
Prénom :
ETIQUETTE PATIENT

DDN :



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

ETIQUETTE UF

FICHE D'EVALUATION ET DE SUIVI DE LA DOULEUR (ADULTES)
- Pôle de Cancérologie -

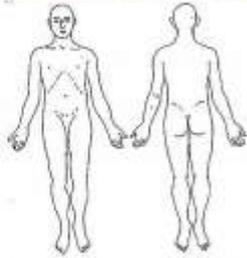
Echelles : Doloplus :..... EVA (0 à 10) :

ECPA :..... EC :..... EN :..... Autre :.....

Manifestations initiales

- Verbalisation
- Repli sur soi
- Irritabilité/agressivité
- Gémissements
- Faciès crispé
- Troubles de l'humeur
- Autres :

Topographie de la douleur



Couleur verte : tumeur Couleur rouge : douleur

Questionnaire DN 4

Question n°1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question n°2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/> Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question n°3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/> Insensibilité au toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Insensibilité à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question n°4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/> Le trottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score/10

TOTAL (1 point pour oui, 0 pour Non)

Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10

7126-3M-OPC-PRS-058 V2 du 21/03/2008

Verso :

FICHE D'EVALUATION ET DE SUIVI DE LA DOULEUR (ADULTES)
- Pôle de Cancérologie -

Date																				
Heure																				
Localisation des douleurs (Couleur rouge)																				
Commentaires : EX : <ul style="list-style-type: none"> o Type de douleurs (serrement, brûlure, picotements...) o Manifestations (repli sur soi, irritabilité, troubles du sommeil, de l'humeur...) 																				
Intensité : Echelles (EVA ou EC ou EN ou doloplus)																				
Facteurs déclenchants : Toilette Mobilisation Actes invasifs Pansements ou soins Déglutition Autres																				
Inter-doses ou bolus (cocher la case)																				
Alternatives non médicamenteuses : Massage Ecoute Sophrologie Physiopak Autres																				
Initiales du professionnel																				

T120-IM OPC-PRS-058 Y2 du 25/03/2008

Annexe 2 : tableau d'équianalgésie utilisé pour la rotation des opioïdes :

Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine L.L. : orale : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1).

Dose / 24 h	Morphine en milligrammes				Oxycodone en milligrammes				Fentanyl µg/heure			
	Morphine orale		Morphine SC		Morphine IV		Oxycodone orale		Hydromorphone orale		transdermique	
	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24 h		Dose / 72 h	
Miscotinin cp LP 5 - 10 - 20 - 30 mg	Actixévan gel L.L. 5 - 10 - 20 - 30 mg	Sévérol cp L.L. 10 - 20 mg	Oxamorph sol. bux. 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg	1/10	1/6	Oxycotin cp LP. 5 - 10 - 15* - 20 - 30* - 40 60* - 80 120* mg	Oxynorm gel L.L. 5 - 10 - 20 mg OxynormORO* 5 - 10 - 20 mg	Oxynorm sol. inj. Amp 10* - 20 - 50* mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic patch Fentanyl ratiopharm* Matrifien patch* 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Actiq 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg/h	
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1,5	2,5	10	1	1,5	1,5
60	6	10	30	3	5	20	3	5	20	2	3	25
90	9	15	45	4,5	7,5	30	4,5	7,5	30	3	5	37
120	12	20	60	6	10	40	6	10	40	4	7	50
160	16	27	80	8	13	53	8	13	53	5	9	
180	18	30	90	9	15	60	9	15	60	6	10	75
200	20	33	100	10	17	67	10	17	67	7	11	
240	24	40	120	12	20	80	12	20	80	8	13	100
280	28	47	140	14	23	93	14	23	93	9	16	
300	30	50	150	15	25	100	15	25	100	10	17	125
360	36	60	180	18	30	120	18	30	120	12	20	150
400	40	67	200	20	33	133	20	33	133	13	22	
480	48	80	240	24	40	160	24	40	160	16	27	200
540	54	90	270	27	45	180	27	45	180	18	30	225
600	60	100	300	30	50	200	30	50	200	20	33	250
720	72	120	360	36	60	240	36	60	240	24	40	300
900	90	150	450	45	75	300	45	75	300	30	50	375
1000	100	167	500	50	83	333	50	83	333	33	56	412

* à paraître courant 2009 ** dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 h, par la même voie L.P. = libération Prolongée = durée d'action 12 h L.L. = libération Immédiate = durée d'action 4 à 6 h

Annexe 3 : Lettre d'accompagnement

Nantes le

Pharmacie X

Cher confrère,

La prise en charge palliative nous amène à envisager la collaboration pluri-professionnelle de façon active.

Dans ce sens, nous avons à plusieurs reprises engagé des travaux de thèse de pharmacien et, dans la continuité de ces travaux, nous souhaitons avec Clémence Grand, étudiante en 6^{ème} année de pharmacie, mener un travail prospectif sur l'intérêt d'une communication médico-pharmacieuse et également renforcer le lien ville / hôpital.

Cette démarche est réalisée avec l'accord du patient et de sa famille.

Nous nous permettrons de vous recontacter par téléphone dans quelques temps et, en fonction de vos disponibilités : évaluerons ensemble, si vous le souhaitez, la pertinence et la validité de cette pratique professionnelle nouvelle pour nous.

Dr Denis

Clémence Grand

Annexe 4 : comptes-rendus d'hospitalisation envoyés

Patient 1, pharmacien A:

Courrier envoyé au pharmacien, le 20 janvier 2009

Cher Confrère,

Monsieur 1 né le ..., a été hospitalisé dans l'unité de Soins Palliatifs du ... **novembre au ... janvier 2009, date de son retour à domicile.**

Monsieur 1 avait été adressé à l'Unité de Soins Palliatifs **pour prise en charge de la douleur.**

Je rappelle que Monsieur 1 est suivi au CHU en gastro-entérologie par le Docteur ... et le Docteur ..., pour un adénocarcinome pancréatique diagnostiqué en juillet 2007 et traité par chimiothérapie par GEMZAR et arrêtée en octobre 2008 devant une asthénie.

Dans les autres antécédents, on note un diabète insulino-réquerant depuis 2005 et une angine de poitrine.

Monsieur 1 est retraité, ex négociant en bois. Il n'a pas d'aide à domicile, vit seul avec son épouse.

A l'entrée dans le service, le patient présente des douleurs abdominales épigastriques chroniques, cotées sur une échelle numérique EN 9-10/10 depuis les 3 derniers jours. Le patient présente également une anorexie, une asthénie nécessitant un alitement et des nausées avec hypersialorrhée, pas de vomissement, pas de dysphagie. Le patient est stable sur le plan cardio-pulmonaire. Il existe des troubles du sommeil liés à la douleur. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur majeur. Il existe par contre une désorientation dans le temps et dans l'espace.

La prise en charge de la douleur s'est faite par majoration progressive des doses de patch de DUROGESIC avec des interdoses par morphine par voie intraveineuse. Ainsi, on a pu obtenir une bonne diminution de la douleur mais devant le pic douloureux important et

aigu, on a décidé de la mise en place d'une PCA de morphine afin de mieux répondre aux douleurs paroxystiques.

La rotation des opioïdes s'est faite et le patch de FENTANYL est remplacé par la morphine IVSE. Malheureusement, le patient a présenté des effets indésirables majeurs, à type d'hallucinations visuelles et auditives, qui ont disparu après une nouvelle rotation des opioïdes avec mise en place d'OXYNORM injectable. Par ailleurs, dans ce contexte de probable douleur neurogène associée par envahissement local, l'introduction du LYRICA a permis l'amendement de cette symptomatologie douloureuse mixte à la fois nociceptive et neurogène.

Devant la persistance de pics douloureux réguliers, nous avons envisagé une sympathectomie coeliaque. Le geste même n'a pas été réalisé en raison d'un contrôle de la douleur par le traitement médicamenteux jugé suffisant par le patient après éducation thérapeutique.

Pendant l'hospitalisation du patient dans notre unité une nouvelle évaluation avec le Dr ..., gastro-entérologue a conduit à la décision de ne pas maintenir la chimiothérapie devant l'asthénie majeure.

Sur le plan de l'autonomie, le patient reste asthénique mais depuis fin décembre on a observé une légère amélioration, avec reprise de la marche avec déambulateur. Le patient est volontaire pour la kinésithérapie.

Un travail important a été également réalisé auprès du couple, car Madame 1 a passé quasiment toute l'hospitalisation au chevet de son mari. Le travail d'équipe a permis à Monsieur et Madame 1 de cheminer concernant l'acceptation de l'évolution de la maladie qui se traduit par la majoration de l'asthénie et des douleurs.

Une légère amélioration de l'état général a permis une permission à domicile du patient pour une période d'essai, ce qui a permis ensuite de construire un projet de retour à domicile.

Nous avons pu ainsi organiser le retour à domicile de Monsieur 1 le .../01/09, après concertation et accord des soignants libéraux concernés (médecin généraliste, pharmacien, IDE, Kiné).

Nous maintenons le traitement antalgique par OYNORM injectable, délivré par l'hôpital, la pompe de PCA est fournie par le prestataire de services X.

Le prestataire de services engage une infirmière libérale et notre unité est prescripteur de l'OXYNORM injectable. Nous avons convenu d'un contact téléphonique avec le médecin traitant et la famille, à raison d'une fois par semaine.

Pour la mise en place du matériel à domicile, suite à votre conversation téléphonique avec notre externe en pharmacie, nous avons revu la liste dans le détail avec Me 1 qui verra avec vous s'il y a besoin de matériel supplémentaire adapté à son domicile. Nous sommes prêtes à faire des ordonnances complémentaires si besoin...

Traitement de sortie :

- CORVASAL 2 mg *per os* : 1-0-0
- CELEBREX 200 mg : 1-0-1
- LYRICA 75 : 1-0-1
- INEXIUM 40 : 0-0-1
- LANSOYL : 1 pot par jour
- LANTUS 4 UI/ jour sous cutané
- PARACETAMOL 1 g, si douleurs maximales, 4 fois par jour
- OYNORM injectable 3,5 mg/ heure IVSE avec bolus autorisé de 8,5 mg avec une période réfractaire d'une heure.
- Prescription de kinésithérapie
- Prescription d'un lit médicalisé, fauteuil roulant, urinal, déambulateur et une table adaptable.

En restant à votre disposition et vous remerciant encore de votre collaboration, je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Docteur ...

Patient 2, pharmacien B:

Courrier envoyé au pharmacien, le 3 mars 2009

Cher Confrère,

Madame 2 née le ..., a été hospitalisée dans l'unité de Soins Palliatifs du ... **janvier au ... février 2009, date de son retour à domicile.**

Motif d'hospitalisation : décompensation de diabète cortico-induit de découverte récente.

Madame 2 est suivie par le Docteur ... au CLCC depuis novembre 2008 pour une néoplasie gastrique avec extension péritonéale et ganglionnaire d'emblée. Elle a bénéficié de trois cures de chimiothérapie de type EOX.

Après la troisième ligne de chimiothérapie qui a été mal tolérée sur le plan digestif avec un tableau de subocclusion tumoral, une nutrition parentérale a été mise en place. Cette dernière a été spontanément interrompue par la patiente en raison de nausées invalidantes.

Le dernier scanner d'évaluation du .././2009 montre une stabilisation des images scannographiques sans signe d'évolution et Me 2 est revue en Hôpital de Jour le ../01/2009 ; devant l'altération de l'état général et l'amaigrissement, elle est adressée dans notre unité.

Le bilan initial réalisé au CRLCC met en évidence une décompensation de **diabète cortico-induit** non connu auparavant, avec décompensation acido-cétosique.

On observe une rapide amélioration après une hyperhydratation et de l'insuline par IV à la seringue électrique. Après avis des endocrinologues, on réalise le relais initialement par LANTUS sous cutanée et ensuite par insuline NPH devant les besoins d'insuline qui ont progressivement diminués. On a également associé le traitement par NOVONORM per os. Les objectifs glycémiques restent autour de 1-1.8 g par litre avec une hémoglobine glyquée à 9.1 %

Devant les signes cliniques de phlébite, on réalise un écho-doppler des membres inférieurs qui confirme une **thrombose fémorale commune gauche et iliaque** pour laquelle la patiente est mise sous HBPM de type INNOHEP avec une injection sous cutanée par jour.

Devant les douleurs abdominales, on réalise un cliché d'abdomen sans préparation qui découvre un fécalome avec une stase stercorale importante. Les lavements à répétition et la mise en place de DEBRIDAT ont amélioré la situation et ont permis l'obtention d'un transit régulier et normal.

Sur le plan de **la nutrition**, la patiente présente un tableau de cachexie. Devant la stabilité de la maladie cancéreuse, on lui propose une nutrition parentérale qu'elle n'a pas refusée mais la patiente préfère reprendre la nourriture per os (3 repas complets par jour avec des compléments alimentaires hyperprotéinés). Le poids de Madame 2 est de 42 kg, le bilan biologique montre une albuminémie à 26g/litre, CRP à 4.6 mg/l.

Madame 2 récupère progressivement son autonomie précédente qui nous permet d'envisager le retour à domicile.

Sur le plan de son environnement familial, l'époux de Me 2 a pu se reposer et a facilement accepté l'accompagnement proposé par les soignantes du service, la famille a pu également rencontrer notre psychologue Mme ... et nous restons à leur disposition pour de nouveau accueillir Me 2 si nécessaire.

On prévoit le passage d'infirmière à domicile pour les injections d'HEPARINE, les injections d'insuline et contrôles glycémiques, une ordonnance pour la location de fauteuil roulant manuel pour les longs déplacements et des séances de kinésithérapie pour renforcement musculaire.

Le traitement de sortie comprend :

- ZOPHREN 4 mg si nausées : maximum 2 fois par jour : **nous notons que dorénavant, il faudra joindre une ordonnance pour médicament d'exception**
- STILNOX ½ comprimé au coucher
- DEBRIDAT *per os* : 1 comprimé 3 fois par jour
- SOLUPRED 20 mg : un matin
- MICROLAX : lavement une fois si besoin
- XANAX 0.25 : 1 comprimé en cas d'anxiété maximum trois fois par jour
- EFFERALGAN : 1g si douleur maximum 4 fois par jour
- INNOHEP 7 000 UI par jour : 1 injection sous cutanée par jour

- TRIFLUCAN comprimé : 100 mg par jour jusqu'au 06.03.2009 compris
- INSULINE NPH : 8 UI sous cutanée le matin : (INSULATARD Flex 300UI/3ml)
- NOVONORM : 2 mg avant chaque repas

Protocole NPH en fonction de la glycémie au dîner, si glycémie de 19h est inférieure à 0.8 g/L, il faut diminuer la dose du matin de 2 unités. Si la glycémie est supérieure à 1.5 g/L, il faut augmenter les doses du matin de 2 UI

Protocole NOVONORM : dans les 4 heures qui suivent la prise de NOVONORM, si la glycémie est supérieure à 1.8 g/L, augmenter la dose de NOVONORM de 1mg le lendemain ; si hypoglycémie en dessous de 0.8g/L, diminuer le NOVONORM de 1 mg.

On ne prévoit pas de consultation systématique en endocrinologie.

Rendez-vous avec le Docteur ... le mercredi .../02 au CRLCC

En restant à votre disposition et en vous remerciant à l'avance de votre collaboration, je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sincères salutations.

Le Docteur ...

Patient 3, pharmacien C :

Courrier envoyé au pharmacien, le 25 mars 2009

Cher Confrère,

Madame 3 née le ..., a été hospitalisée dans l'unité de Soins Palliatifs du ... mars au ... mars 2009, jour de son retour à domicile.

La patiente a été hospitalisée dans notre unité pour repli familial devant l'épuisement de l'époux.

Mme 3 est suivie par le Dr ... au CLCC pour un chondrosarcome du fémur gauche, elle a bénéficié d'une chirurgie en février 2008 avec une résection de l'extrémité inférieure du fémur et mise en place d'une prothèse massive STANMORE. Et, elle a aussi bénéficié d'une radiothérapie thoracique.

La chimiothérapie a été récemment arrêtée à la demande de la patiente.

La patiente présente une douleur permanente au niveau de la cuisse gauche jugée supportable mais se majorant à l'appui. La patiente se déplace avec l'aide d'un déambulateur.

Pendant son hospitalisation, on a majoré le traitement antalgique et on a obtenu un soulagement partiel de la douleur.

Le .../03/2009, Mme 3 a présenté un malaise avec dyspnée. L'angioscanner réalisé nous a confirmé une embolie pulmonaire prédominante à droite pour laquelle un traitement par HEPARINE de bas poids moléculaire à dose curative a été débuté. Les investigations ont permis de découvrir une arythmie auriculaire, non réduite pendant son hospitalisation.

Mme 3 parle librement de l'arrêt de la chimiothérapie et du stade palliatif de sa maladie.

Mme 3 sort le .../03/2009 pour retour à domicile.

Le traitement de sortie comprend :

- INNOHEP 8 000 UI 0.4 ml une injection sous cutanée par jour
- SULFARLEM 3-3-3

- DAFALGAN 1 g si besoin, maximum 4 fois par jour
- ZOPICLONE, ½ cp au coucher
- XANAX 0.25 mg si anxiété, maximum 3 fois par jour
- FORLAX 1 par jour si besoin
- TILDIEM 60 mg : 1-1-1
- DUROGESIC 87 µg tous les 72 heures
- OXYNORM 10 mg si besoin, maximum 6 fois par jour

Prescription de location de fauteuil roulant manuel pour les déplacements extérieurs.

En restant à votre disposition, je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Docteur ...

Patient 4, pharmacien D :

Courrier envoyé au pharmacien, le 15 juin 2009

Cher Confrère,

Madame 4 née le ..., a été hospitalisée dans l'unité de Soins Palliatifs du ... **mai au ... juin 2009, la date de son retour au domicile de sa fille.**

Madame 4 avait été adressée dans notre unité pour prise en charge de la douleur dans le cadre d'une néoplasie du pancréas avec ascite.

La prise en charge dans le service s'est centrée sur l'antalgie avec, dans un premier temps, une amélioration des douleurs abdominales suite à la majoration du DUROGESIC débuté en Gastro-entérologie. Nous avons poursuivi le traitement puis fait un relais par SANDOSTANINE LP.

Par ailleurs, devant la réapparition d'une douleur épigastrique importante, nous avons instauré un traitement associant INEXIUM à forte posologie au RANIPLEX qui n'est pas une prescription classique mais qui peut parfois améliorer ses douleurs avec le PRIMPERAN à 3 comprimés / jour.

L'évolution a pu devenir favorable permettant à Madame 4 de réaliser des sorties temporaires le week-end de la Pentecôte pour finalement décider d'un retour au domicile de sa fille le ... juin 2009.

Traitement de sortie :

- ✓ GELOX 1 sachet x 3 / j
- ✓ PARACETAMOL 1 g x 4 / j
- ✓ FORLAX 1 à 2 / j
- ✓ XANAX 0.25 1 cp si besoin, maximum 3 / j
- ✓ INEXIUM 80 mg le soir
- ✓ PRIMPERAN 3 cp / j
- ✓ RANIPLEX 300 3 cp / j

- ✓ FUROSEMIDE 40 mg à diminuer progressivement en fonction de l'ascite
- ✓ VISCERALGINE 1 cp x 3 pour les douleurs pelviennes
- ✓ DUROGESIC patch 62 µg / h
- ✓ ACTIQ 400 µg en bâtonnets maximum 4 x / j

La dernière injection de SANDOSTATINE LP a été réalisée le .../05/2009.

La prescription du passage d'une infirmière à domicile sera envoyée pour la nouvelle injection.

Il a été convenu pour le moment de poursuivre la chimiothérapie chez Madame 4, mais si le maintien à domicile chez sa fille devenait difficile pour des raisons de réapparition de la douleur ou autre symptomatologie aiguë, nous sommes prêts à accueillir de nouveau dans notre service Madame 4.

Restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires, je vous prie d'accepter, cher confrère, mes meilleures salutations.

Le Docteur ...

Annexe 5 : fiches de transmissions envoyées

Patient 5, pharmacien E:

Transmissions médecin/pharmacien hôpital-ville Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : X Prénom : X Né(e) le : ../../....

Poids (kg) : 55 Taille (m) : 1.65

Le patient vit : avec sa femme + prise en charge par réseau de santé à domicile

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste : Dr ... (02.99.....)

Infirmière libérale :

Hospitalisation en USP du ../06/2009 au ../07/2009

Motif d'hospitalisation :

Hospitalisation à la demande de son Médecin traitant pour éducation thérapeutique antalgique et répit familial durant des travaux dans sa maison.

Histoire médicale et antécédents contributifs :

Carcinome médullaire de la thyroïde, avec adénomégalies nécrotiques médiastinales.

Lésions au niveau du rachis cervical, dorsal, sacré et lésions fémorales traitées par radiothérapie à visée antalgique.

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique
Douleurs neuropathiques	NEURONTIN [®]
Prise en charge de la douleur liée aux métastases osseuses	SKENAN [®] LP 90mg, 2 / jour . Si besoin ACTISKENAN [®] 20 mg, non pris pendant l'hospitalisation.
Candidoses oropharyngées	Triflucan, 50mg 2/jour, à poursuivre pendant 20 jours.

Matériel médical nécessaire :

aucun

Remarques :

Etat confusionnel, anorexie chronique.

Mr X présente une anémie, qui a nécessité des transfusions.

Vu,

Patient 6, pharmacien F :

Transmissions médecin/pharmacien hôpital-ville
Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : X Prénom : X Né(e) le : .././....

Poids (kg) : Taille (m) :

Le patient vit : avec son ami.

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste :

Dr

69 avenue

44700 ORVAULT

Hospitalisation en USP du ../06/2009 au ../07/09

Motif d'hospitalisation, histoire médicale et antécédents contributifs :

Prise en charge de la douleur chez un patient atteint d'un cancer de la prostate, avec des métastases osseuses et ganglionnaires.

Douleurs osseuses très invalidantes au niveau du dos, de l'épaule droite, de la hanche gauche. Radiofréquence à visée antalgique sur la hanche gauche.

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique
Douleurs neuropathiques	LYRICA 50mg le matin et 75 mg le soir. RIVOTRIL si besoin

Douleurs osseuses invalidantes	SOPHIDONE 72 mg matin et soir, diminuée au cours des derniers jours d'hospitalisation du fait de l'efficacité de la radiofréquence. OXYNORM 30 mg jusqu'à 6 par jour si douleur.
Septicémie à Enterobacter Cloacae : point de départ cutané au niveau du site implantable ?	BACTRIM FORTE+ acide folique
Anxiété généralisée avec état dépressif probable	CYMBALTA 60mg

Remarques :

Patient anxieux, asthénique et reste douloureux.

Vu,

Patient 7, pharmacien G :

Transmissions médecin/pharmacien hôpital-ville
Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : X Prénom : X Né(e) le : .././.....
Poids (kg) : 48 kg Taille (m) : 1.61 m

Le patient vit : avec son mari

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste :

Dr

3 rue

44200 NANTES

Infirmière libérale : passe 1 à 2 fois par semaine pour la toilette.

Hospitalisation en USP du ../08/09 au ../09/09

Motif d'hospitalisation :

La patiente est hospitalisée pour un répit familial pour un syndrome post chute avec
anxiété

Histoire médicale et antécédents contributifs :

Adénocarcinome du sein avec des métastases osseuses, hépatiques, pulmonaires.

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique
Prise en charge de candidose oropharyngée	TRIFLUCAN 100 mg/j
Prise en charge des douleurs neuropathiques	LYRICA 50 mg matin et soir
Prise en charge de la douleur	IXPRIM 37,5 mg 2 comprimés 3 fois par jour
Prise en charge de la dyspnée	ACTISKENAN 5 mg maximum 4 fois par jour si besoin
Prise en charge de l'anxiété	XANAX 0,25 mg 3 fois par jour si besoin

Matériel médical nécessaire :

Déambulateur deux roues

Remarques :

Patiente anxieuse mais manifestant le désir de rentrer chez elle. Elle présente une dyspnée à l'effort.

Vu,

Patient 8, pharmacien H :

Transmissions médecin/pharmacien hôpital-ville
Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : X Prénom : X Né(e) le .././.....
Poids (kg) : 50 kg Taille (m) : 1m65

La patiente vit avec son époux à domicile et avec une de ses filles

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste : Dr ...

Infirmière libérale : Mme ... (02) IDE coordinatrice
IDE domicile (06)

Hospitalisation en USP du ../11/2009 au ../11/2009

Motif d'hospitalisation: Prise en charge palliative d'une L.A.M avec dyspnée majeure et œdèmes diffus. Présence d'une décompensation cardiaque majeure.

Histoire médicale et antécédents contributifs :

Arythmie complète par fibrillation auriculaire

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique
Mme X présente une dyspnée . De plus, il est observé un fond douloureux la rendant inconfortable.	Pour soulager Mme X en continu, il est posé un patch de DUROGESIC 25µ/H toutes les 72 heures. Cette posologie semble être efficace sur le plan de la dyspnée et de la douleur.
Mme X présente ponctuellement des épisodes de dyspnée .	Comprimés OxynormOro 5mg jusqu'à 6 par jour si nécessaire. La forme orodispersible a été préférée car en cas d'altération partielle de la conscience un comprimé placé sur la langue se disperse en 30

	secondes (même en cas de sécheresse buccale).
Anxiété et/ou insomnie	Temesta 1 mg : il peut être administré si besoin ½ comprimé le matin, ½ comprimé le midi et 1 comprimé le soir.

Matériel médical nécessaire :

Oxygénothérapie déjà en place au domicile de la patiente.

Remarques :

Les traitements concernant l'insuffisance cardiaque de Mme X ont été arrêtés compte tenu de son absence de réponse au Lasilix pour privilégier les soins de confort.

Le retour à domicile de Mme X a été organisé sur sa demande. Elle exprime le réel désir de revenir à son domicile et de rentrer pour « mourir chez elle » d'après ses termes. La famille un peu anxieuse concernant sa demande a finalement acceptée. Le passage d'aides et des infirmières 2 fois par jour a été mis en place.

Vu,

Annexe 6 : Données de santé, e-mail et fax – CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Données de santé, e-mail et fax

« **La messagerie électronique et le fax**, même s'ils apportent un gain de temps, ne constituent pas a priori un moyen de communication sûr pour transmettre des données médicales nominatives.

Une simple erreur de manipulation (e-mail erroné, erreur de numérotation du fax destinataire...) peut conduire à divulguer à des destinataires non habilités des informations couvertes par le secret médical et à porter ainsi gravement atteinte à l'intimité de la vie privée des personnes.

En outre la transmission par e-mail de données nominatives sur l'état de santé d'une personne comporte, compte tenu de l'absence générale de confidentialité du réseau Internet, **des risques importants de divulgation de ces données** et d'intrusion dans les systèmes informatiques internes.

Dès lors, des précautions particulières s'imposent.

Si vous êtes amené à utiliser une messagerie électronique, vous devez impérativement recourir à une **messagerie sécurisée** intégrant un module de chiffrement (cryptage) des données (les messages transitent sur des serveurs intermédiaires et restent stockés sur votre serveur de messagerie tant que vous ne les avez pas téléchargés sur votre micro-ordinateur). Ces produits sont aujourd'hui disponibles sur le marché. Renseignez-vous auprès de votre fournisseur d'accès.

Si vous êtes amené à utiliser **le fax**, il est recommandé de mettre en place les mesures suivantes :

- le fax doit être situé dans un local médical, physiquement contrôlé et accessible uniquement au personnel médical et paramédical ;
- l'impression des messages doit être subordonnée à l'introduction d'un code d'accès personnel ;
- lors de l'émission des messages, le fax doit afficher l'identité du fax destinataire afin d'être assuré de l'identité du destinataire ;
- doubler l'envoi par fax d'un envoi des documents originaux au destinataire ;
- pré-enregistrer dans le carnet d'adresses des fax (si cette fonctionnalité existe) les destinataires potentiels »

Site internet du CNIL, données de santé e-mail et fax, consulté le 03/01/10 :
<http://www.cnil.fr/dossiers/sante/fiches-pratiques/article/262/donnees-de-sante-e-mail-et-fax/>

Nom - Prénom : GRAND Clémence

Titre de la Thèse : Collaboration pluri-professionnelle : Médecin hospitalier/Pharmacien d'officine dans la prise en charge d'une personne en situation palliative.

Résumé de la thèse :

La prise en charge des personnes en situation palliative nécessite un investissement de la part de tous les professionnels de santé ainsi qu'une collaboration pluri-professionnelle étroite. Malheureusement, après une hospitalisation en unité de soins palliatifs, le relai d'informations entre professionnels hospitaliers et pharmacien d'officine, pour une bonne prise en charge du patient et une réelle continuité des soins, n'est pas très développé. Le but de cette thèse est de proposer et d'évaluer un projet susceptible d'améliorer la collaboration entre médecins hospitaliers et pharmaciens d'officine dans la prise en charge d'une personne en situation palliative.

MOTS CLES :

SOINS PALLIATIFS, RETOUR A DOMICILE, COLLABORATION PLURI-PROFESSIONNELLE, PHARMACIEN, ACCOMPAGNEMENT

JURY : PRESIDENT : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie,

Doyen de la Faculté de Pharmacie

Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Nathalie DENIS, Pneumologue PH à l'USP

Faculté de Médecine de Nantes

M. Philippe GRANDON, Docteur en pharmacie

1 place de la Beurrerie 44170 NOZAY

Adresse de l'auteur : 33 rue Préfet Bonnefoy 44000 NANTES