



**HAL**  
open science

# Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs : état des lieux et création d'un livret informatif

Mathieu Ballot

► **To cite this version:**

Mathieu Ballot. Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs : état des lieux et création d'un livret informatif . Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01589832

**HAL Id: dumas-01589832**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01589832>**

Submitted on 19 Sep 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2017

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE ET LES SOINS PALLIATIFS : ÉTAT DES LIEUX ET  
CRÉATION D'UN LIVRET INFORMATIF**

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ÉTAT

Ballot Mathieu

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 30/08/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Dr. Jean BRETON, maître de conférences en biochimie, Université Grenoble Alpes.

Membres :

Dr. Catherine GILLY, maître de conférences en chimie thérapeutique, Université Grenoble Alpes.

Pr. Guillemette LAVAL, praticien hospitalier, chef de service de soins palliatifs, centre hospitalo-universitaire de Grenoble.

Mme Cécile VIEU, docteur en pharmacie.

*L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Michel SEVE

Vice-doyen et Directrice des Etudes : Mme Christine DEMEILLIERS

**Année 2016-2017**

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	BARDET	Jean-Didier	
MCU	BATANDIER	Cécile	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	DPM
DCE	BOULADE	Marine	SyMMES
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	HP2
MCU	BOURGOIN	Sandrine	IAB - CRI INSERM UJF U823
DCE	BOUVET	Raphaël	HP2
MCU	BRETON	Jean	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	HP2 - INSERM U1042
DCE	BROCCO	Benjamin	ILL
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur émérite	CALOP	Jean	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	LAPM – UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
DCE	COUCHET	Morgane	LBFA
PU-PH	DANEL	Vincent	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	LBFA - INSERM U1055
PU	DROUET	Christian	AGIM - CNRS 3405

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PU	DROUET	Emmanuel	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	-
AHU	GARNAUD	Cécile	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 NCRS UJF
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	-
Professeure émérite	GRILLOT	Renée	-
MCU	GROSSET	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	HENNEBIQUE	Aurélie	sous réserve de création de poste
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	KRIVOBOK	Serge	LCBM, IRTSV CEA
DCE	LE	Cong Anh Khanh	CERMAV
PU	LENORMAND	Jean Luc	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	MARILLIER	Mathieu	HP2
PU	MARTIN	Donald	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
AHU	MAZET	Roseline	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe	LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher	LRB
ATER	MORAND	Jessica	HP2
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie	HP2
DCE	NADER	Serge	LCBM
DCE	NGUYEN	Kim-Anh	DPM
MCU	NICOLLE	Edwige	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	DPM- UJF/CNRS UMR 5063
DCE	PERONNE	Lauralie	IAB
MCU	PEUCHMAUR	Marine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	HP2- INSERM U1042

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PAST	RIEU	Isabelle	-
Professeure émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	-
PU-PH	SEVE	Michel	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	TAHER	Raleb	IBS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh	TIMC-IM2AG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir	BCI
PAST	TROUILLER	Patrice	-
DCE	VACHEZ	Yvan	CRI-GIN
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline	CRI-IAB
DCE	VRAGNIAU	Charles	UVHCI
PU	WOUESSIDJEWE	Denis	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

-----

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Roget

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maitre de Conférences des Universités

MCU-PH : Maitre de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR: Unité Mixte de Recherche

UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 03 nov.2016

# Remerciements

À **Madame Catherine GILLY** : Pour tout son temps et son infinie patience envers mon orthographe et phrasé parfois hasardeux. Vous avez été une directrice de thèse exemplaire et je vous remercie sincèrement.

À **Madame Guillemette LAVAL et à toute l'équipe des soins palliatifs du centre hospitalo-universitaire de Grenoble** : Merci pour votre accueil lors des journées de stage et de m'avoir permis de faire le Diplôme Universitaire de Soins palliatifs avant d'être diplômé.

À **Monsieur Bernard MODELON** : Merci de m'avoir fait confiance dès le début et de m'avoir accueilli dans votre officine jusqu'au bout. Je serais toujours un « pioupiou ».

À **l'ensemble de l'équipe de la pharmacie MODELON** : Merci à tous de m'avoir si bien accueilli et d'avoir pris le temps de toujours m'expliquer et de me former.

À **l'ensemble des professeurs de la faculté de pharmacie** : Merci pour toutes ces années, j'en sors grandi et prêt pour le début de « la vraie vie ».

À **Monsieur Jean BRETON** : Merci d'avoir accepté d'être président du jury de ma thèse.

À **Madame Guillemette LAVAL** : Merci d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse.

À **Madame Cécile VIEU** : Merci d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse malgré les circonstances.

À **tous mes camarades de promotion et futurs confrères** : Merci à tous pour toutes ces années.

À **Valéry** : Merci pour ces corrections de dernière minute !

À **mes parents, mon beau-père, mon petit frère, toute la famille** : Merci d'être présent à mes côtés et de me supporter et me soutenir quoi qu'il advienne.

À **Margaux** : Merci pour toutes ces années de bonheur, de me supporter au quotidien et pour toutes ces corrections !

À **Tranxène** : Juste merci d'être un chat.

À **ma grand-mère**, partie trop tôt, qui aurait aimé me voir réussir et qui a cru en moi dès le début.

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
<b>I) Partie 1 : Généralités et définitions.....</b>	<b>11</b>
1) <i>Soins palliatifs, définitions et descriptions.....</i>	<i>11</i>
i. Définitions.....	11
ii. Historique des soins palliatifs.....	13
iii. Description des différentes structures de soins palliatifs.....	15
2) <i>Pharmacien d'officine, définition.....</i>	<i>16</i>
i. Définition et activité du pharmacien.....	16
ii. Partie technique du métier de pharmacien.....	17
iii. Partie relationnelle du métier de pharmacien.....	17
3) <i>Place du pharmacien d'officine dans un réseau de soins palliatifs         (Avantages, inconvénients, possibilités).....</i>	<i>19</i>
i. Présentation d'un réseau de soins palliatifs.....	19
ii. Avantages d'un réseau de soins palliatifs.....	19
iii. Limites du rôle de pharmacien d'officine.....	20
iv. Inconvénients d'un réseau de soins palliatifs.....	21
v. Futur possible pour le pharmacien d'officine et les soins palliatifs.....	21
4) <i>Point sur le droit à mourir à l'étranger.....</i>	<i>23</i>
i. Définition de l'euthanasie.....	23
ii. Exemples dans les pays frontaliers de la France.....	23
iii. Arguments en faveur de la légalisation de l'euthanasie.....	26
iv. Arguments contre la légalisation de l'euthanasie en France.....	27
<b>II) Partie II : Mon expérience en tant que futur pharmacien dans le Diplôme Universitaire de soins palliatifs :.....</b>	<b>29</b>
1) <i>Le diplôme universitaire de soins palliatifs : présentation.....</i>	<i>29</i>
i. Présentation des études supérieures.....	29
ii. Présentation des Diplômes Universitaires et Interuniversitaires de soins palliatifs.....	30

2) <i>Présentation du programme du Diplôme Universitaire « Bases en soins palliatifs » de l'année 2015/2016.....</i>	<i>31</i>
3) <i>La réalité des soins palliatifs, immersion au CHU de La Tronche et application en officine.....</i>	<i>38</i>
i. <i>Première journée à l'EMSP.....</i>	<i>39</i>
ii. <i>Deuxième journée en USP.....</i>	<i>42</i>
iii. <i>Application en officine lors du stage de 6<sup>ème</sup> année.....</i>	<i>43</i>
<b>III) Partie III : Le questionnaire.....</b>	<b>48</b>
1) <i>Pratique : matériel et méthode d'investigation.....</i>	<i>48</i>
i. <i>Contenu du questionnaire réalisé.....</i>	<i>49</i>
ii. <i>Méthode de diffusion.....</i>	<i>53</i>
2) <i>Résultats et analyse du questionnaire en général.....</i>	<i>54</i>
3) <i>Analyse du questionnaire en détail.....</i>	<i>60</i>
<b>IV) Partie IV: Livret d'accompagnement du pharmacien d'officine pour la délivrance de médicaments aux patients en soins palliatifs.....</b>	<b>68</b>
1) <i>Pourquoi ce livret ? Une réelle demande ?.....</i>	<i>68</i>
i. <i>Présentation d'une partie du plan national triennal pour le développement des soins palliatifs 2015-2018.....</i>	<i>69</i>
ii. <i>Vision du pharmacien par les français.....</i>	<i>71</i>
2) <i>Conception du livret et Diffusion.....</i>	<i>74</i>
i. <i>Conception du livret.....</i>	<i>74</i>
ii. <i>Méthode de diffusion.....</i>	<i>80</i>
<b>Conclusion.....</b>	<b>81</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>83</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>86</b>
1) <i>Ordonnances de la patiente citée lors de mon stage en officine.....</i>	<i>86</i>
2) <i>Exemple de livrets.....</i>	<i>90</i>

# Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

JALMALV : Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie

ASP : Association pour l'accompagnement et les Soins Palliatifs

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

CSP : Code de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

ARS : Agence Régionale de Santé

IFOP : Institut français d'opinion publique

GVH : Greffon Versus Hôte

# Introduction

Depuis la publication de la circulaire Laroque, aussi appelée « Circulaire du 26 août 1986 », relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, la **prise de conscience de l'importance des soins palliatifs** n'a été que renforcée. Grâce à cette circulaire, les soins palliatifs ont subi un essor considérable.

La première unité de soins palliatifs ouverte par Maurice Abiven à Paris, à l'Hôpital International de la Cité Universitaire, est le premier exemple. De nombreux autres ont suivi. Dès la parution de cette circulaire jusqu'au début des années 90, de multiples associations de bénévoles en soins palliatifs ont vu le jour, comme par exemple JALMALV (Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie) à Grenoble. Mais très peu de choses ont été faites pour les soins palliatifs hors milieu hospitalier [1].

Les lois successives du 9 juin 1999, du Second Programme National de Développement des Soins Palliatifs 2002-2005, ainsi que le Plan National 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs (aussi appelé « loi Leonetti / Claeys »), ont montré que l'accompagnement en fin de vie nécessite une interdisciplinarité. De ce fait, le droit de mourir à la maison dans la dignité s'inscrit de plus en plus dans les mœurs. Pour cela, de nombreux professionnels de santé se doivent d'entourer le patient ainsi que sa famille [2].

Lors de l'accompagnement en fin de vie du patient, le pharmacien par sa position privilégiée avec lui mais aussi avec sa famille, a un rôle important à jouer. Facilement accessible, ouvert à l'écoute et aux confidences de sa patientèle, il est habitué à accompagner le patient tout au long de son traitement et à entendre ses requêtes. Il rencontre généralement le patient plus souvent que celui-ci ne voit son médecin traitant et il est informé de ses petits tracas quotidiens. De plus, le pharmacien peut dialoguer librement avec le patient et sa famille, hors du cadre formel d'une consultation.

Il ne faut pas oublier non plus que, grâce au suivi de la dispensation des médicaments et d'autres thérapeutiques pouvant être complexes, le pharmacien est la personne compétente pour détecter et prévenir les effets indésirables et interactions médicamenteuses. Cette analyse

couplée à ses connaissances pourront permettre au patient et à sa famille d'aborder la fin de vie plus sereinement. Le pharmacien pourra ainsi mieux anticiper les besoins du patient, répondre à ses questions et lever ses doutes et ses angoisses.

Malgré cela, le pharmacien d'officine rencontre peu de situations de fin de vie. Lorsque ces cas se présentent, il est plus souvent concentré sur les ordonnances souvent complexes de ces patients dits « lourds », et n'est peut-être pas suffisamment focalisé sur le patient et ses demandes. Il existe des réseaux de santé se chargeant d'aider les professionnels de santé à se mettre en contact entre eux, et ainsi à se sentir moins seuls face à la difficulté qu'ils peuvent éprouver, mais, force est de constater que très peu en connaissent l'existence ou alors n'y accordent malheureusement que trop peu de temps.

Nous allons d'abord définir ce que sont les soins palliatifs, ainsi que le rôle du pharmacien d'officine et celui du pharmacien dans un réseau de santé en soins palliatifs. Nous tenterons ensuite de comprendre les difficultés que peut rencontrer le pharmacien d'officine et ses collaborateurs à travers un questionnaire. Enfin nous essayerons d'interpréter et d'analyser ces résultats pour réfléchir à la conception d'un livret permettant au pharmacien d'officine ainsi qu'à ses collaborateurs de se sentir plus à l'aise et en confiance quand ils se retrouveront face à une situation de fin de vie.

# Partie 1 : Généralités et définitions

## 1) Soins palliatifs, définitions et descriptions :

Plusieurs définitions des soins palliatifs existent. Elles ont grandement évolué au cours des années. Nous allons voir ici celles qui sont, à mon avis, les plus pertinentes, c'est-à-dire, celle de la Haute Autorité de Santé (HAS), celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a été revue en 2002 et celle de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

Définition de l'HAS :

*« Les soins palliatifs sont 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 et 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. » [3].*

Définition de l'OMS en 2002 :

*« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le*

*traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.*

*Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. » [4].*

Définition de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs :

*« 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 psychique, 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. » [5].*

Nous allons à présent faire un rapide historique des soins palliatifs pour mieux les situer dans le temps.

Prendre soin des personnes en fin de vie n'est pas propre à nos sociétés contemporaines. Nous l'observons déjà dans la haute antiquité égyptienne, avec le « Livre des morts », rédigé aux alentours de 2500 av. J.-C., qui est un recueil de formules magiques et de diverses incantations permettant au défunt de passer les différentes étapes de la mort.

Dans l'Antiquité grecque, les personnes en fin de vie sont aidées par les prêtres (les Asclépiades) pour se réconcilier avec la divinité responsable de leurs maux. Ainsi, l'accompagnement de la fin de vie est un accompagnement spirituel.

Dans l'Antiquité romaine, lorsque qu'un médecin jugeait son malade incurable, il abandonnait ce dernier à son sort et c'était alors à la famille de prodiguer les soins et prières nécessaires avant son décès.

Au Moyen Âge, la maladie est divine et le médecin l'est donc aussi. Les premiers médecins sont donc des membres du clergé. Lorsqu'un patient va mourir, il attend sa mort dans son lit, et il est le centre d'une cérémonie publique où il exprimera son regret de la vie, demandera pardon à toutes les personnes présentes et finira par réciter une prière à Dieu pour recevoir l'absolution du prêtre. Mais après l'apparition des médecins laïques et de la médecine Hippocratique, si le médecin jugeait le patient condamné, c'était à ce dernier de se préparer en famille à la mort.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, il apparaît une dérive : le malade devient un cas d'étude. Néanmoins, la mort et la maladie relèvent désormais de la médecine et non plus de la religion. À cette époque apparaissent les congrégations religieuses qui accueillent les malades incurables en fin de vie (exemple des Dames du Calvaire). Malgré cela, lors de son décès, le malade sera surtout en présence du médecin de famille et du prêtre, qui ont pour mission de veiller sur lui.

### **C'est au cours du XX<sup>e</sup> siècle qu'émerge le concept des soins palliatifs.**

À cette époque, tout le monde cache au malade son état de santé, ce qui fait qu'il finit par mourir seul dans une lente agonie. Succèdera donc au règne du mourant présidant sa propre mort, le mourant ne sachant même plus qu'il va mourir.

Cependant, vers 1950, une infirmière nommée Cicely Saunders (qui deviendra par la suite médecin) se consacre au soulagement de la douleur cancéreuse en phase terminale et invente le concept de « *total pain* » (terme anglais qui signifie **douleur globale**), qui prend en considération, à la fois la douleur physique bien sûr, mais aussi les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles des mourants. Nous pourrions également citer Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre américaine, qui a apporté une approche psychologique aux soins palliatifs ; ou encore, le chirurgien Balfour Mount, qui fonda le premier service de soins palliatifs au *Royal Victoria Hospital* de Montréal. Grâce aux avancées anglaises et canadiennes, le mouvement de soins palliatifs va gagner les autres pays.

En France, il faudra attendre la fin des années 70 pour que les travaux anglo-saxons sur la prise en charge de la fin de vie soient publiés dans des revues françaises. Grâce à cela, de nombreux soignants français partent alors se former au Québec où le domaine des soins palliatifs est très avancé. On voit ainsi apparaître en France les premiers services où la fin de vie est prise en charge.

Les pouvoirs publics, commençant à comprendre l'importance des soins palliatifs, ont mis en place avec la ministre Michèle Barzach, alors Ministre de la Santé, la Circulaire du 26 août 1986 relative à « l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale » aussi appelée « Circulaire Laroque ». De nombreuses structures ont ainsi vu le jour grâce à cette circulaire, que ce soit les services de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs ou encore l'hospitalisation à domicile.

Maintes associations éclorent suite à la parution de cette circulaire. Nous citerons par exemple :

- JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie) à Grenoble (<http://www.jalmalv.fr/do.php?n=Home.Accueil>) ;
- L'ASP (Association pour l'Accompagnement et les Soins Palliatifs) à Paris (<http://www.aspfondatrice.org>) ;
- La SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : <http://www.sfap.org>).

Il est à noter que seule l'ASP est une société savante, et que les autres associations sont des sociétés d'accompagnement de bénévoles.

Le mouvement des soins palliatifs a ainsi été lancé et de nombreux textes et lois aboutiront par la suite :

- La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 permettant de garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs ;
- Le programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 ;
- La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonnetti ;
- Encore plus récemment le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [6] [7] [8] [9].

La population vieillissante, les progrès de la médecine et l'accroissement de l'espérance de vie font que le développement des soins palliatifs est devenu nécessaire. Nous allons donc voir les différents acteurs et les différentes structures existantes pour les soins palliatifs qui reposent sur une interdisciplinarité et non sur une pluridisciplinarité. En effet, la pluridisciplinarité est ce qui concerne plusieurs disciplines simultanément, c'est une juxtaposition de plusieurs disciplines sur un même sujet pour participer à une réalisation commune sans que les concepts et les méthodes utilisées par chacune des disciplines ne soient modifiées. **L'interdisciplinarité** quant à elle, établit des relations entre plusieurs disciplines pour les faire interagir. **On élaborera alors des concepts, des méthodes, des problématiques communes aux différentes disciplines** sans pour autant aller jusqu'à la création d'une nouvelle discipline.

Nous distinguons les soins palliatifs dans deux grandes catégories de lieux : en établissements de santé et à domicile.

Ainsi, dans les établissements de santé, on retrouve tout d'abord les unités de soins palliatifs (USP) qui sont des services hospitaliers ayant une activité spécifique pour les soins palliatifs. Elles accueillent ainsi des patients ne pouvant plus être suivis dans leurs structures d'origine car nécessitant une prise en charge trop importante, ou alors pour faire une hospitalisation dite « de répit » pour la famille.

Nous apercevons ensuite les Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) qui sont situés dans des services hospitaliers ayant une activité palliative importante comme les services d'oncologie par exemple. Ces lits identifiés soins palliatifs permettent une continuité dans la prise en charge du patient en restant dans le même service.

Nous retrouvons l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) qui est une équipe soignante dans un établissement de santé et qui se déplace à la demande des malades et des soignants. Malgré son rattachement à un établissement de santé, l'équipe mobile de soins palliatifs peut également intervenir à domicile, dans le cadre d'un réseau par exemple [10].

De leur côté, les soins palliatifs à domicile sont répartis en trois grandes catégories :

- L'Hospitalisation A Domicile (HAD), qui permet aux patients ayant une pathologie grave de rester à domicile tout en bénéficiant de tous les soins, de tous les services dont ils pourraient avoir en étant hospitalisés en établissements de santé.
- Il existe ensuite des équipes constituées de professionnels de santé libéraux composées généralement du médecin traitant du patient et des infirmières que celui-ci aura choisi,

qui interviennent à son domicile tout en étant coordonnées par le médecin généraliste. Ces équipes dites « équipes à domicile » peuvent adhérer à des réseaux de soins palliatifs qui peuvent leur apporter soutien et aides diverses.

- Les réseaux de soins palliatifs sont des réseaux de santé qui permettent de coordonner les soins autour du patient dans le but d'améliorer sa fin de vie. Ils sont en général constitués de médecins, infirmiers, pharmaciens et professionnels paramédicaux. Ils seront développés plus tard dans ce document [10].

Après ce rapide tour sur les soins palliatifs, nous allons nous intéresser à présent à la deuxième entité de ce travail : le pharmacien d'officine.

## **2) Pharmacien d'officine, définition :**

Pour devenir pharmacien, une formation de six années d'études est nécessaire, comprenant une formation théorique ainsi que de nombreux stages.

Selon l'Ordre National des Pharmaciens, un pharmacien d'officine se définit comme suit :

« La pharmacie d'officine est l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets dont la préparation et la vente sont réservées aux pharmaciens, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales ».

En plus des médicaments et des produits dont la dispensation relève exclusivement de l'officine, elle peut également vendre diverses marchandises dont la liste est fixée par arrêté ministériel [11].

Par ailleurs, la loi « hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 a consacré l'exercice par le pharmacien officinal de diverses missions de santé publique.

« L'exploitation d'une officine nécessite l'octroi d'une licence [...] ».

L'exercice pharmaceutique est réglementé par le CSP (Code de la Santé Publique) à la fois d'un point de vue interne (condition d'exercice dans l'officine) mais aussi d'un point de vue externe (visibilité extérieure de l'officine) » [12].

Les activités du pharmacien sont nombreuses et variées : en premier lieu **l'acte pharmaceutique** qui est la pierre angulaire de son métier.

Il est réalisé par le pharmacien, ou un préparateur sous la responsabilité du pharmacien, et comprend plusieurs étapes amenant à la délivrance du médicament ou du produit pharmaceutique. Cela commence par la vérification de la validité de l'ordonnance, tout en exécutant une analyse pharmaceutique de l'ordonnance corrélée au contexte du patient. Il y aura ensuite une vérification de la validité de l'ordonnance, l'adéquation de la posologie et de l'indication prescrite avec celles inscrites lors de l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché et un contrôle de l'absence d'interaction des médicaments prescrits sur l'ordonnance ainsi que les médicaments présents dans l'historique médicamenteux du patient mais aussi de son automédication.

Ensuite se déroule la partie de la délivrance au patient. Il y a alors un apport d'informations et de conseils permettant à celui-ci de bien comprendre son traitement et ainsi faciliter son observance et son adhésion au projet de soins. Un suivi de l'utilisation des produits pharmaceutiques et la bonne utilisation de ces derniers par le patient est effectué. Si une mauvaise utilisation ou un problème est détecté par le pharmacien, il pourra alors rechercher une solution en se concertant, si nécessaire, avec le prescripteur. Quoi qu'il arrive, même si le patient ne possède pas de prescription et vient seulement pour de l'automédication, un conseil approprié est toujours nécessaire pour s'assurer qu'il utilise adéquatement son produit de santé. Le professionnel de santé qu'est le pharmacien est responsable de la dispensation et de la délivrance des médicaments à usage humain mais également vétérinaire.

Le pharmacien possède également de nombreuses autres missions et tâches alliant qualités techniques et relationnelles.

Nous remarquerons dans la **partie « technique »** :

- La réalisation et le contrôle des préparations magistrales ou officinales, qu'elles soient préparées dans l'enceinte de l'officine ou sous-traitées ;
- La gestion de stock et d'approvisionnement de médicaments ;
- L'encadrement, la formation et la résolution de conflits au sein de son équipe qui est en général composée de pharmaciens, préparateurs, étudiants en pharmacie, déballeurs, agents d'entretien ;
- La participation au système de pharmacovigilance, qui permet de notifier n'importe quel effet indésirable pouvant survenir à la suite d'une prise de médicaments.

**La partie relationnelle** est celle qui prend le plus de temps au pharmacien :

- En premier lieu, l'information au public sur le bon usage des médicaments, pour mieux aider les patients à appréhender leurs traitements et améliorer l'observance et donc par la même, leur santé.
- Puis des actions de prévention, de dépistage sur différents thèmes de santé publique qui sont en général organisées par les agents de santé française.

De plus, depuis la loi HPST (ou loi numéro 2009-879 du 21 juillet 2009 appelé Hôpital, Patient, Santé, Territoire), les missions du pharmacien n'ont fait que se renforcer ce qui a pour effet de réaliser une avancée majeure, puisque cette loi recentre son rôle dans le système de santé et en fait un acteur majeur.

Il y a dans cette loi, et plus précisément dans l'article 38, deux types de missions pour le pharmacien d'officine. Les missions appelées « obligatoires » et celles appelées « non obligatoires ». Nous relèverons dans les missions dites « obligatoires » :

- Le fait de participer aux soins de premiers secours si la situation l'exige ;
- Coopérer entre professionnels de santé ;
- Participer à la mission de permanence de soins ;
- Participer aux actions de prévention sanitaire et de dépistage organisées par les agences de santé.

Dans les missions non obligatoires qui sont spécifiques au métier de pharmacien, nous remarquons des missions qui sont souvent définies par un cadre très strict placé sous le contrôle des ARS (Agence Régionale de Santé) comme par exemple :

- L'éducation thérapeutique ;
- L'accompagnement du patient, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques, ce qui nous ramène aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie [13].

### **3) Place du pharmacien d'officine dans un réseau de soins palliatifs (avantages, inconvénients, possibilités) :**

**Un réseau de santé en soins palliatifs permet une approche interdisciplinaire dans laquelle le pharmacien a une place privilégiée.** Le développement des réseaux de santé en soins palliatifs est l'un des axes majeurs du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. On retrouve dans ces réseaux une équipe de coordination constituée de salariés, ainsi que des professionnels de santé libéraux qui sont en général choisis par le patient.

Ainsi, dans ce genre de réseau, le pharmacien concilie de nombreux rôles. Son activité principale, qui est la dispensation de médicaments, ne diffère pas dans un réseau par rapport à la pratique courante. Cependant, des dispensations à domicile peuvent être effectuées plus fréquemment du fait de l'état de santé du patient et du fait que l'entourage ne soit malheureusement pas toujours présent.

Avec le travail en réseau, la communication est beaucoup plus facile entre les différents professionnels de santé et cela permet une meilleure prise en charge ainsi qu'une meilleure réactivité de la part de tous les acteurs. Grâce à l'appui des infirmières coordinatrices, le pharmacien est en général prévenu des modifications de traitements, cela facilite son travail et permet au patient d'être pris en charge le plus rapidement possible. Le pharmacien se charge également de tout ce qui concerne les dispositifs médicaux, que ce soit ceux qu'il délivre pour être utilisés par l'infirmière, mais également tout ce qui touche au matériel médical en location.

Ce réseau favorise les réunions auxquelles participent tous les professionnels de santé, qu'ils soient médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc. pour permettre une prise en charge globale et facilitée du patient. Ainsi, un projet de soin de vie du patient est défini et cela permet de décider ensemble tout ce qui est à mettre en place pour ce dernier, que ce soit au niveau logistique ou au niveau social.

Concernant les relations avec le patient et la famille, il n'y a pas ou que très peu de contacts avec le patient lui-même car ce dernier ne peut en général pas se rendre à l'officine. Bien que nous les rencontrons lors des livraisons chez le patient, les pharmaciens ont souvent affaire à la famille. Cette relation permet de rassurer et de tranquilliser l'entourage, qui voit que le patient est pris en charge par une équipe de professionnels de santé qui se connaissent et

travaillent ensemble et surtout qui ont à cœur le bien-être du patient. De plus, le pharmacien est en général plus accessible qu'un médecin ou un infirmier. En effet le médecin et l'infirmier sont dans le soin et le diagnostic, et peuvent ainsi être moins joignables que le pharmacien. Il est plus facile pour la famille du patient d'échanger avec le pharmacien en général [14].

Malgré la communication aisée entre les professionnels de santé ainsi que tous les avantages de travailler en réseau que nous venons de voir, il existe des inconvénients au fait d'être pharmacien d'officine dans un réseau.

Tout d'abord, malgré ses nombreuses attributions, le pharmacien possède des limites dans son rôle et le code de la santé publique définit très clairement ce qui appartient à l'exercice de la médecine et à celui de la pharmacie.

Par exemple, l'explication d'analyses biologiques à un patient peut être faite par le pharmacien, seulement si ce dernier peut traduire qualitativement les résultats chiffrés par rapport aux valeurs normales, mais ne pourra absolument pas donner de conclusions médicales. De même, il ne peut pratiquer d'actes médicaux tels que la prise de tension artérielle, mais il peut donner les instructions sur le fonctionnement de cet acte au patient qui peut le réaliser lui-même. Cela est également valable pour le diagnostic, un pharmacien n'a pas le droit de diagnostiquer une maladie pathologique.

Néanmoins, depuis le décret numéro 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions du pharmacien d'officine correspondant, il peut y avoir une dérogation à ces lois. Le pharmacien pourra, avec un autre professionnel de santé et dans un esprit de coopération, réorganiser ses interventions auprès du patient et transférer des activités de l'un à l'autre. Ce transfert peut être très utile dans un cadre de soins palliatifs leur permettant de mieux gérer la fin de vie du patient.

Cela peut rendre service lors d'une fin de vie car le pharmacien étant plus disponible, on peut ainsi lui poser des questions qui ne sont pas dans ses attributions et sans cette dérogation la famille du patient peut s'enfermer dans l'incompréhension.

Ensuite le pharmacien peut rencontrer des difficultés liées à la situation palliative des patients à qui il dispense des ordonnances.

Ainsi, l'une d'entre elles est que le pharmacien n'a pas l'habitude de rencontrer des situations de fin de vie. Quand il en rencontre une, il ne sait pas forcément comment agir et comment

aborder cette situation. De plus, s'il est membre d'un réseau de santé en soins palliatifs, ce n'est pas facile pour lui d'orienter le patient et de l'inciter à rentrer dans ce réseau. Il est en effet compliqué d'aborder la notion de fin de vie dans le cadre d'une dispensation de médicaments à l'officine, mais il est néanmoins possible d'**avoir un entretien patient dans un espace de confidentialité.**

De plus, même si le pharmacien est impliqué dans la gestion de soins du patient, ce dernier n'est pas forcément concerné par la mise en place du matériel médical et par les décisions prises par le médecin. En effet, malgré les livraisons et autres conseils aux patients et à sa famille, le pharmacien n'est pas forcément dans « l'actif » lors des soins.

Enfin, cela prend du temps de s'occuper d'un patient nécessitant des soins palliatifs. Les ordonnances sont souvent complexes, demandant de la réflexion et les conseils au patient hors ordonnances nécessitent des recherches avant dispensation pour que les médicaments en libre accès délivrés n'interfèrent pas avec le traitement du patient. Nous soulignerons également que lorsque le pharmacien fait partie d'un réseau, il faut beaucoup de temps pour s'investir pleinement dans ce rôle. En effet, les réunions sont nombreuses :

- Il y a tout d'abord la réunion de coordination initiale pour mettre en place le projet de vie du patient ainsi que pour se coordonner entre professionnels de santé ;
- S'ensuivent les réunions de coordination de suivi ;
- Enfin, la réunion de coordination finale une fois que le patient est sorti du réseau pour faire le point, identifier les points positifs et négatifs de la prise en charge et proposer des améliorations.

La principale difficulté rencontrée par le pharmacien est d'ordre organisationnel. Les réunions sont généralement en journée loin de l'officine. Le pharmacien ne peut pas forcément s'absenter et se rendre disponible : dans la majorité des cas, ce sont les titulaires qui prennent le rôle de pharmacien dans le réseau et il leur arrive d'être indispensable à l'officine. De plus les lieux de réunion ne sont pas toujours proches de l'officine.

Malgré tous ces inconvénients, nous allons voir maintenant que s'occuper de patients bénéficiant de soins palliatifs peut être enrichissant pour le pharmacien et présente de nombreux avantages.

La prise en charge de patients en soins palliatifs est néanmoins gratifiante. Outre le sentiment d'utilité et de devenir acteur des soins qui sont faits, le pharmacien va ainsi pouvoir dépasser la simple dispensation de médicaments. Malgré cela, des améliorations pour le futur peuvent

être envisagées et pourraient ainsi permettre à plus de pharmaciens d'officine de rentrer dans un réseau de santé en soins palliatifs, ou alors même de s'intéresser aux soins palliatifs de façon à être renseigné et prêt à agir lorsqu'une demande pour une délivrance pour un patient en fin de vie arriverait à l'officine.

Des formations spécifiques dans le cursus de pharmacie pourraient par exemple être mises en place, avec des cours sur la douleur communs avec les étudiants en médecine, afin d'être d'avantage informé sur la mise en place des traitements morphiniques et leur désescalade, parfois difficile à mettre en place. Il pourrait y avoir également plus de formations sur la nutrition parentérale et le matériel médical pour le maintien à domicile, ce qui permettrait aux pharmaciens d'officine de se sentir plus à l'aise avec tout ceci. Après ces cours de formations théoriques, des séances de formation pour se remettre à niveau pourraient également être proposées pour les pharmaciens faisant partie d'un réseau.

Dans le futur, nous pouvons imaginer faire suivre aux pharmaciens entrants dans un réseau, des formations sur l'écoute et l'accompagnement afin de mieux guider les familles des patients venant à l'officine. De plus, tenir le pharmacien au courant de la situation du patient avant que la famille ne vienne chercher les médicaments et autres produits de santé, pourrait lui permettre de se préparer, de prévoir au besoin un entretien dans une salle confidentielle. Echanger avec les membres de la famille peut être nécessaire pour l'entourage : cela apporte un soutien psychologique informel mais néanmoins bien réel qui pourrait grandement aider les aidants dépassés par les évènements.

Avant toute prise en charge d'un patient en soins palliatifs, il serait également intéressant de réaliser différentes actions :

- Organiser une réunion à l'officine regroupant le médecin et les infirmiers en charge du patient pour ainsi discuter des habitudes de travail et se coordonner ;
- Voir avec le médecin ses prescriptions habituelles mais aussi la manière la plus aisée de communiquer par la suite pour ne pas perdre de temps et ainsi pouvoir se joindre facilement ;
- Réfléchir avec l'équipe infirmière sur leurs prescriptions habituelles, leurs préférences dans le matériel médical à utiliser et donc celui qu'il faut référencer à l'officine si possible pour apporter une prise en charge globale au patient ;

- Créer des « fiches mémos » de délivrance dans le cadre d'un patient en fin de vie qui pourraient être éditées pour chaque patient et à la fin de chaque réunion organisée.

Ces divers procédés permettraient à l'ensemble de l'équipe pharmaceutique de pouvoir gérer les ordonnances et le suivi du patient et de ce fait, permettraient de limiter le nombre d'erreurs sur la délivrance des produits pharmaceutiques à administrer. Connaitre les habitudes de l'équipe infirmière, l'état de santé mais aussi l'état psychologique du patient, savoir quel matériel est mis à sa disposition permettrait de gérer au mieux les dispensations [15] [16] [17].

#### **4) Points sur le droit à mourir à l'étranger :**

Il existe en Europe et dans le monde de nombreuses législations concernant les soins palliatifs et le suicide assisté. Il faut bien différencier les soins palliatifs qui consistent à donner au patient incurable ayant une maladie évoluant et s'aggravant tous les traitements médicamenteux et non médicamenteux permettant de soulager les douleurs à la fois physiques et psychiques même si un des effets secondaires serait de mettre un terme à la vie du patient.

Le terme « euthanasie » vient du grec *-eu* qui signifie « bonne » et *-thanatos* qui signifie « mort », ce terme signifie donc « bonne mort ». Il représente l'ensemble des méthodes qui donnent la mort pour abrégé une agonie, c'est-à-dire écourter une mort douloureuse. Par rapport aux textes de dépénalisations qui existent au Pays-Bas ou en Belgique, l'euthanasie peut donc être définie comme l'acte provoqué à la demande d'une personne, qui va, en injectant un produit mortel, provoquer la mort de façon intentionnelle, irréversible et rapide.

Le suicide assisté se définit comme suit en Suisse où il est dépénalisé : « c'est le fait de donner les moyens au patient de se donner la mort. Le patient effectue sur lui-même l'acte de se donner la mort. » [18].

Une dernière catégorie se distingue par le refus de l'acharnement thérapeutique par le patient, qui entraîne alors un arrêt des soins et un décès par la suite.

Nous allons dès à présent voir les différentes réglementations des pays Européens. Les législations ressemblent beaucoup à celles de la France où les soins palliatifs sont présents. Seuls quatre pays sortent du lot et ont poussé encore plus loin les lois sur la fin de vie.

Les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg ont littéralement légalisés l'euthanasie. La Suisse quant à elle autorise seulement le suicide assisté.

Ainsi aux Pays-Bas, la dépénalisation de l'euthanasie et du suicide a eu lieu le 1<sup>er</sup> avril 2002 avec le Décret sur la fin de vie sur Demande et le suicide assisté. Portée par le ministre de la santé de l'époque Els Borst, la loi autorise le conseil de l'ordre du Corps médical à renoncer aux poursuites sur les médecins ayant pratiqué l'euthanasie dans le cas où six conditions sont remplies. Il faut ainsi que :

- Les souffrances du patient soient extrêmes et sans espoir de soulagement ;
- La demande d'euthanasie soit formulée par le patient de son propre chef et soit récurrente ;
- Le patient soit pleinement informé de son état de santé et des possibilités de soins ;
- Un médecin indépendant vienne faire au moins une consultation pour confirmer que les trois étapes précédentes ont bien été remplies ;
- La mort soit donnée par le médecin ou le patient et qu'elle soit donnée d'une façon médicamenteuse et appropriée ;
- Enfin il faut que le patient ait au moins 18 ans, ou s'il a entre 12 et 16 ans le consentement des parents est obligatoire.

Lorsque ces six conditions ne sont pas remplies, l'euthanasie reste un crime dans ce pays.

En Belgique, la loi du 28 mai 2002 régit l'euthanasie. Elle reconnaît ainsi le droit pour chaque malade de poser ses choix en termes de vie et de mort tant qu'il se trouve dans les conditions édictées par la loi. Ainsi trois conditions sont nécessaires :

- Etre majeur, capable et conscient au moment de sa demande ;
- La demande doit être formulée de manière volontaire, sans l'influence d'un tiers, et répétée dans le temps ;
- Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue où la souffrance est insupportable et ne peut être apaisée.

Il est à noter qu'en Belgique, il est possible d'exprimer ses intentions par une déclaration anticipée de volonté au cas où le malade n'ait plus son libre arbitre et ne puisse plus demander de manière explicite l'euthanasie [19].

Ensuite, au Luxembourg, c'est la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide qui définit l'euthanasie. C'est un acte médical qui doit être réalisé par un médecin et qui met fin intentionnellement à la vie d'une autre personne à la demande expresse et volontaire de cette dernière. Il faut pour cela remplir cinq conditions pour effectuer une demande d'euthanasie ou de suicide assisté et ainsi rendre cet acte légal aux yeux de la loi :

- Etre conscient au moment de sa demande ;
- Etre majeur capable ;
- Ne pas avoir subi d'influence extérieure pour prendre sa décision ;
- Etre dans une situation sans issue médicale possible ;
- Souffrir d'une façon insupportable et sans perspective d'amélioration.

Il est à noter qu'au Luxembourg, ni un mineur, ni un majeur sous tutelle, curatelle ou déclaré incapable par un tribunal ne peut faire une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide [20].

Nous allons enfin aborder la législation en Suisse où seul le suicide assisté est toléré et non l'euthanasie. Dans ce pays, l'assistance au suicide n'est pas punissable, pour autant qu'elle ne réponde pas à un mobile égoïste. Par contre l'euthanasie active directe est punissable quoi qu'il arrive. Il faut bien voir que la loi suisse n'autorise pas explicitement l'euthanasie, mais elle protège les individus par un homicide atténué. Ainsi, le fait d'ôter la vie d'un malade, même sur sa demande, est illégal. Par contre, il n'est pas interdit de fournir les substances permettant à la personne de s'ôter la vie, sauf si cette aide au suicide est effectuée pour un « mobile égoïste ». Ce pays étant le seul pays frontalier avec la France à autoriser l'assistance au suicide, cela engendre un « tourisme de mort ».

En effet, les patients n'ayant plus aucun espoir de guérison et souffrant d'une manière irrémédiable se tournent vers la Suisse pour bénéficier de l'aide au suicide. Ainsi entre 2009 et 2012, le nombre d'étrangers se rendant en Suisse pour mourir a doublé. Les allemands et les britanniques étaient les premiers à se diriger vers la Suisse pour avoir le « droit de mourir selon sa volonté ». En tout, ce n'est pas moins de 611 étrangers ne résidant pas en Suisse venant de 31 pays différents qui seraient venus bénéficier de cette aide à mourir entre 2008 et 2012 (268 allemands, 126 britanniques et 66 français selon l'institut médico-légal de Zurich) [21] [22] [23].

La question peut alors se poser : pourquoi en France l'euthanasie n'est-elle pas légale ? Il existe de nombreux arguments pour et d'autres contre, que nous allons nous efforcer de lister et analyser ensemble.

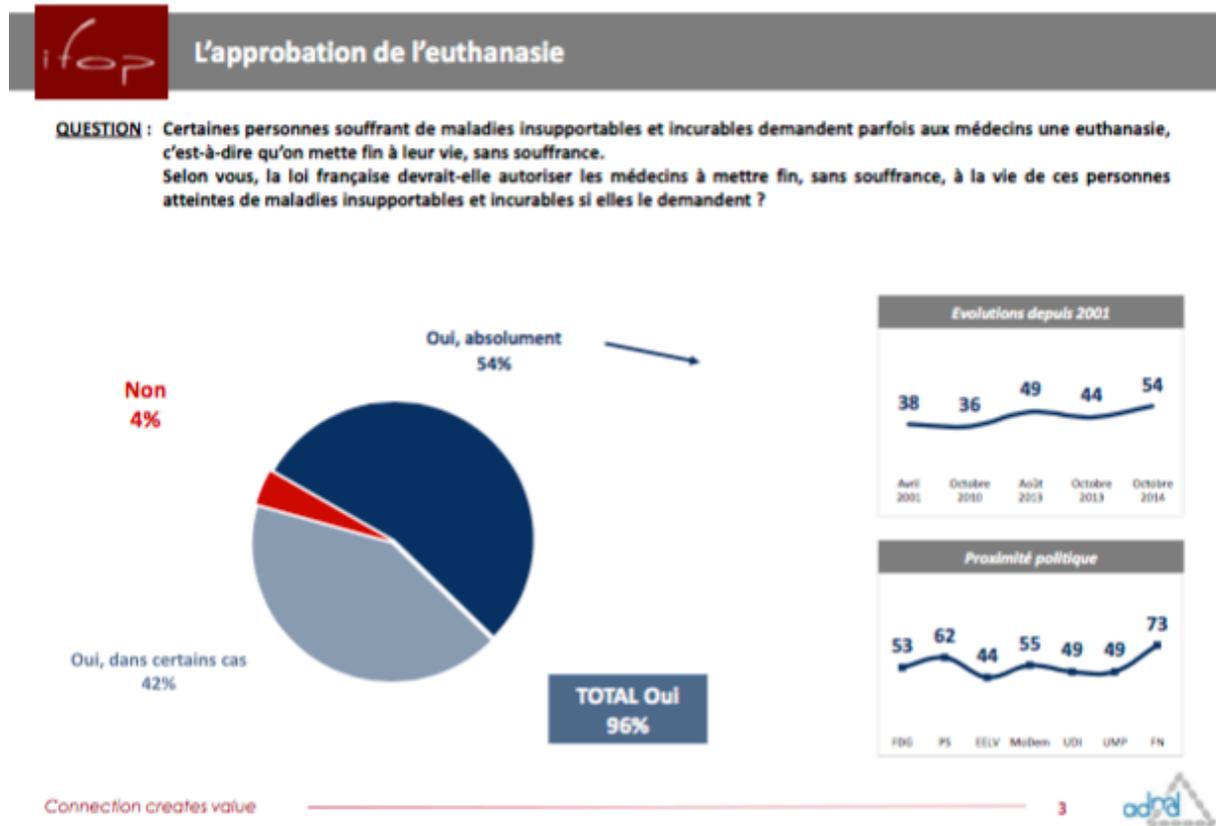
Commençons d'abord par étudier les arguments en faveur de la légalisation de l'euthanasie :

- Cela **permettrait d'éviter des souffrances inutiles**. En effet, lors de maladies que l'on sait incurables et avec un terme inéluctable, la souffrance du patient ne peut elle pas être évitée ? La mort peut alors être vue par ce dernier comme une délivrance tant la souffrance est importante. Ce supplice pourrait être alors abrégé lorsque les soins palliatifs ne suffisent plus, en particulier pour la souffrance psychologique.
- Légaliser l'euthanasie permettrait également de **respecter le principe de liberté et de dignité de l'être humain**. En effet, l'article 16 du code civil mentionne : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. ». Autrement dit, cela signifierait que chaque personne, en prenant en compte ce qu'elle considère comme une vie « digne », pourrait alors déterminer le moment où sa vie devient indigne d'être vécue.
- Dans la même lignée que le respect du principe de liberté, légaliser l'euthanasie reviendrait à **laisser le choix au patient**. Les patients eux-mêmes atteints de maladies incurables et en soins palliatifs sont les plus fervents défenseurs de la légalisation de l'euthanasie. Cette mesure pourrait permettre aux malades de reprendre le contrôle de leur fin d'existence.
- Enfin, **la légalisation ne permettrait-elle pas d'encadrer des pratiques officieuses ?** Il est difficile de chiffrer objectivement et nettement les euthanasies « cachées », qui restent marginales.

C'est la raison pour laquelle un encadrement de cette pratique très stricte permettrait d'éviter les affaires surmédiatisées telles que le décès Vincent Humbert pour qui sa mère a provoqué, avec l'aide d'un médecin, la mort ; ou encore le suicide de Chantal Sébire ; ou bien la bataille juridique autour du coma artificiel de Vincent Lambert [24] [25] [26].

De plus, nous réalisons grâce à un sondage IFOP (Institut français d'opinion publique) publié en 2014, que 96% des personnes interrogées seraient en faveur de l'euthanasie pour les malades atteints de pathologies incurables et les faisant souffrir. Cette pratique devrait, pour 42% des personnes interrogées, être encadrée et seulement dans certains cas. Cela montre que

les français sont plutôt favorables à l'euthanasie en France, bien que ces pratiques doivent être encadrées [27].



### L'approbation de l'euthanasie

Source : Sondage IFOP de 2014 repéré à [http://www.ifop.com/media/poll/2818-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2818-1-study_file.pdf)

Les arguments en défaveur de la légalisation de l'euthanasie en France sont quant à eux au nombre de trois :

- Le premier argument et pas des moindres est celui du **caractère sacré de la vie**. Cela peut sembler contraire au serment d'Hippocrate, où il est clairement indiqué : « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément ». De plus, d'un point de vue religieux dans notre société principalement judéo-chrétienne, cela viendrait à cautionner le meurtre. Ces deux points de vue n'ont pas de support juridique, mais ont néanmoins une puissance symbolique forte.
- Le deuxième argument avancé contre la légalisation de l'euthanasie est que **les soins palliatifs sont suffisants**. En effet, si l'on prend la définition des soins palliatifs par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, ce sont des soins actifs ayant pour objectif de prendre en compte la souffrance physique, sociale et spirituelle. Cela devrait suffire et de ce fait légaliser l'euthanasie ne serait pas utile mais pourrait

entraîner au contraire de nombreuses dérives. De plus, cela serait une solution de facilité, puisque les médecins auraient le choix entre substituer la mort naturelle par une mort provoquée. Cela aurait pour effet de ne pas « s'embêter » à soulager le malade de ses souffrances en les atténuant. Une réalité plus sordide encore est celle avancée par un député japonais en 2013 qui avait fait le constat que les principales dépenses de santé sont dues aux personnes en fin de vie. Il serait alors possible par souci d'économie et de rentabilité « d'accélérer » le décès de ces patients [28].

- Un troisième argument souligne que **la légalisation de l'euthanasie serait un risque pour les patients les plus vulnérables psychologiquement**. De plus, cela pourrait pousser à la dérive de demandes d'euthanasie de la part de patients handicapés, ou encore atteints de maladies chroniques jugeant que la vie « ne vaut plus le coup » d'être vécue, de personnes âgées se sentant fatiguées de la vie mais également pour des patients dépressifs.

Ce débat reste complexe et sans encadrement adéquat, aucune loi sur l'euthanasie ne pourra exister en France [24] [25] [38].

Malgré tout, le Diplôme Universitaire en soins palliatifs existe, et permet de se former sur ces derniers, et d'être plus au point et paré en cas de situation palliative se présentant à l'officine. Nous avons participé à ce diplôme universitaire, et nous allons nous atteler, dans cette partie 3, à présenter ce DU, mais également à relater notre expérience de pharmacien d'officine dans ce DU, mais aussi en stage en soins palliatifs.

# Partie 2 : Mon expérience en tant que futur pharmacien dans le Diplôme Universitaire de soins palliatifs

## 1) Présentation du Diplôme Universitaire de soins palliatifs :

Nous avons suivi la formation du Diplôme Universitaire de soins palliatifs durant l'année scolaire 2015-2016. Il se présente sous deux formes distinctes, soit un diplôme universitaire « Bases en soins palliatifs », soit un diplôme interuniversitaire « Soins palliatifs et accompagnement ». La différence majeure entre les deux est qu'un Diplôme Universitaire est proposé au sein d'une seule faculté, tandis qu'un Diplôme Interuniversitaire est ouvert dans diverses facultés. Ces deux diplômes ne se trouvent pas dans le système Licence-Master-Doctorat dit LMD. En effet, dans cette filière appelée « généraliste et post-bac » nous retrouvons trois cycles qui sont valables pour les études de pharmacie :

- **La licence**, qui est le premier cycle réparti sur trois ans, se compose de six semestres d'études et permet d'obtenir 180 crédits européens équivalent à bac +3.
- **Le master**, second cycle des études post-bac n'est accessible qu'après avoir obtenu une licence. Ce cycle se déroule sur deux ans, et permet d'obtenir 120 crédits européens équivalent à bac +5.
- **Le doctorat** est le troisième et dernier cycle de la filière généraliste. Abordable après l'obtention d'un master de recherche et il dure trois ans. Il faut alors trouver un sujet d'étude, et rédiger une thèse.

En parallèle à ce système Licence-Master-Doctorat se greffent les Diplômes Universitaires et les Diplômes Interuniversitaires. Ces deux diplômes ont comme particularités de ne pas être soumis à une habilitation par le ministère de l'enseignement supérieur et sont délivrés directement par les universités qui les proposent. Chaque Diplôme Universitaire est différent par rapport aux autres. En effet, sa durée, son programme mais aussi ses coûts varient d'une université à l'autre.

Le Diplôme Interuniversitaire, quant à lui est proposé au sein de plusieurs facultés et permet généralement une formation plus approfondie qu'un simple Diplôme Universitaire [30].

Sur Grenoble, concernant les soins palliatifs, deux Diplômes existent :

- Le **Diplôme Universitaire « Bases en soins palliatifs »** qui se déroule sur une année scolaire à raison de deux jours par mois.
- Le **Diplôme Interuniversitaire « Soins palliatifs et accompagnement »** qui se déroule sur deux années scolaires à raison de deux jours par mois également. La première année du Diplôme Interuniversitaire est commune avec celle du diplôme universitaire « Bases en soins palliatifs ».

Ces deux diplômes sont ouverts à la fois aux médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens et autres professions médicales et paramédicales que sont les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, assistantes sociales, psychologues, assistants socio-éducatifs, ergothérapeutes, psychomotricien, éducateurs spécialisés.

Pour exemple, le tarif de formation par an pour l'année 2017-2018 est de :

- 750 euros auxquelles s'ajoutent les droits universitaires, ainsi qu'une cotisation à la sécurité sociale étudiante dans le cadre d'une formation initiale ;
- 1500 euros auxquelles s'ajoutent les droits universitaires pour l'année dans le cadre de la formation continue.

Il faut pour cela poser une candidature sur la formation qui nous intéresse, en remplissant un formulaire qui est téléchargeable sur le site de l'Université. Il faut envoyer par courrier à la faculté de Grenoble :

- Le dossier de candidature ;
- Un Curriculum Vitae ;
- Une « feuille motivation » à compléter avec le projet pour ce Diplôme Universitaire et si besoin une lettre de motivation plus détaillée ;
- Une copie des diplômes ;
- Une photo d'identité ;
- 1.55 € en timbre postal.

De plus, pour les publics en formation initiale, il faut joindre une copie de la dernière carte d'étudiant.

Ensuite, le dossier est transmis au responsable pédagogique de la formation, qui choisit de valider ou non la candidature. Si elle est acceptée, la procédure d'inscription est envoyée au candidat, qui doit alors la compléter pour terminer l'inscription. Les cours peuvent alors débiter en début d'année scolaire.

Concernant le Diplôme Universitaire et le diplôme Interuniversitaire de soins palliatifs, nous parlerons dans cette thèse de celui que nous avons suivi durant l'année 2015/2016.

Cette formation s'est déroulée durant une année scolaire, avec deux jours par mois consacrés à ce Diplôme Universitaire [31] [32].

## **2) Présentation du programme du Diplôme Universitaire de soins palliatifs de l'année 2015/2016 :**

- Jeudi 8 octobre 2015 :

- **Matin** : *Définition, philosophie, structure et organisation des soins palliatifs.*  
Nous avons pu retrouver dans ce module une vue d'ensemble du programme avec une présentation de chacun des étudiants au groupe entier, ce qui nous a permis de faire connaissance. Le premier cours a eu lieu avec une définition des soins palliatifs, aussi bien au niveau législatif qu'au niveau pratique.
- **Après-midi** : *La mort et les soins palliatifs.* Dans ce module ont été vus deux thèmes très importants dans les soins palliatifs, l'interdisciplinarité, ainsi que le concept de douleur totale. Deux cours ont abordé d'une part l'importance de travailler ensemble, conjointement et non pas seulement côte à côte ; d'autre part le concept de douleur totale montrant que la douleur n'est pas seulement physique, mais aussi psychologique, sociale et spirituelle. Cet aspect est important pour un futur pharmacien car ce sujet est rarement abordé lors de ses études.

- Vendredi 9 octobre 2015 :

- **Matin** : *Symptôme central en soins palliatifs : la douleur.* Cette matinée a commencé par un travail en groupe sur un cas clinique qui était proposé aux étudiants leur permettant d'y réfléchir, de débattre et de donner leur point de vue selon leur spécialité ce qui est intéressant pour confronter les différentes

idées et voir les conceptions des autres professionnels de santé. Un cours sur « la mort en occident » et sa représentation a ensuite eu lieu.

- **Après-midi** : *Evaluation et traitement de la douleur*. Ce cours a été consacré à l'apprentissage de l'évaluation de la douleur et à la représentation que chacun s'en fait. La physiologie et les traitements médicamenteux de la douleur ont été abordés avec le constat d'une perception différente des autres professionnels de santé concernant les antidouleurs.

- Jeudi 19 novembre 2015 :

- **Matin** : *Soins palliatifs en institution*. Un premier exposé a inauguré cette deuxième journée de diplôme universitaire sur la « circulaire 2008 sur l'organisation des soins palliatifs ». Une table ronde a permis de débattre autour de l'équipe mobile de soins palliatifs, des lits identifiés soins palliatifs ainsi que de l'unité de soins palliatifs, pour définir tous ensemble leurs atouts et leurs limites respectives. Cet échange très constructif nous a permis de nous représenter toutes ces différentes structures.
- **Après-midi** : *Soins palliatifs à domicile*, cours destiné à montrer tous les aspects sociaux de la fin de vie et animé par une assistante sociale qui nous a dépeint les différentes aides et structures possibles pouvant prendre en charge ces patients. Une table ronde conjointe avec l'HAD, la plateforme proximité santé et des praticiens libéraux nous a donné à réfléchir sur les atouts et limites de ces structures. Par la présence des professionnels issus de différents organismes, nous avons pu avoir un retour d'expérience concret et pédagogique.

- Vendredi 20 novembre 2015 :

- **Matin** : *L'écoute et l'accompagnement*, avec un exposé sur la relation d'aide entre l'infirmière et le patient soigné qui était intéressant pour notre culture générale. En effet, le pharmacien n'étant pas dans le soin actif, il voit très peu cette relation avec le patient aidé. Un cours sur l'écoute active a ensuite eu lieu, suivi d'un atelier sur l'analyse de la pratique. Répartis en trois groupes égaux, encadrés par une psychologue, nous avons pu discuter et réfléchir ensemble autour d'un cas sur l'écoute active que l'un de nous a présenté. Cette concertation nous a permis de confronter nos différents points de vue.

- **Après-midi** : *Les symptômes digestifs*, avec un cours théorique sur la sphère digestive et sa pathologie.

Nous avons eu ensuite un *débriefing* sur une partie de l'examen final comportant soit un Récit de Situation Complexe Authentique permettant d'analyser la pratique, soit un mémoire.

- Jeudi 10 décembre 2015 :

- **Matin** : *Accompagnement et spiritualité*. Deux exposés concernant des commentaires d'articles sur « la spiritualité dans les soins » et « philosophie et spiritualité » ont permis de débiter ce module. Un cours sur la dimension spirituelle, permettant de mieux appréhender la crise existentielle de la fin de vie face à la religion, suivie d'une table ronde a eu lieu. Grâce à ces deux cours, nous avons pu nous rendre compte à quel point la religion peut jouer un rôle important dans l'acceptation ou non de la fin de vie par le patient mais aussi ses aidants.
- **Après-midi** : *La fin de vie du sujet*, divisé en deux parties :
  - Un cours sur la fin de vie, représentant la crise ultime du patient, avec toutes les consonances psychologiques liées au décès telles que les cinq étapes du deuil de Kübler-Ross.
  - Un cas clinique avec un cours sur l'alimentation artificielle ainsi que ses alternatives, indications et contre-indications.

Ces points importants n'ont été abordés qu'en Unité d'Enseignement libre choix du cursus pharmaceutique, et n'ont donc pas été vus par tous les étudiants.

- Vendredi 11 décembre 2015 :

- **Matin** : *Enjeux législatifs et éthiques / La loi Claeys / Léonetti*, avec une présentation de celle-ci lors d'un cours théorique, suivi d'un exposé sur les personnes de confiance et les directives anticipées. Nous avons mieux compris les débouchés et opportunités que peut offrir cette loi. Un cas clinique concernant le refus de traitement et la démarche collégiale à adopter dans cette situation nous ont été soumis, nous montrant que la décision d'arrêt des soins actifs n'entre pas dans la fonction du pharmacien.

- Jeudi 14 janvier 2016 :
  - **Matin** : *Approche des soins infirmiers et de la kinésithérapie en fin de vie*, avec un cours magistral sur l'approche de ces professionnels auprès des patients. Ce cours a été donné par le personnel de l'équipe mobile et de l'unité de soins palliatifs qui sont les plus proches de ces malades. Deux exposés très techniques ont suivi concernant les soins de bouche et les méthodes d'intervention sous-cutanées. Enfin, nous avons assisté à un cours sur « l'approche kinésithérapique et non médicamenteuse », qui nous a permis d'avoir une approche de gestion de la douleur autre que médicamenteuse.
  - **Après-midi** : *Autour du décès*, avec un cours sur la toilette mortuaire, un exposé concernant le constat de décès et les certificats de décès en institution ou à domicile nous ont montrés les différents documents importants à établir. La législation autour du décès a été abordée, avec par exemple, toutes les lois encadrant le décès et l'inhumation des personnes.
- Vendredi 15 janvier 2016 :
  - **Matin** : *La famille*, avec un cours par une psychologue sur le soutien psychologique de la famille et comment réagir face à une famille endeuillée. Un atelier avec trois groupes pour analyser un cas pratique vécu par un étudiant a été suivi, autour du thème de la famille de la personne décédée, ce qui nous a permis de réfléchir ensemble sur cette situation complexe et souvent difficile à vivre.
  - **Après-midi** : *Les autres symptômes* : telles que les symptômes respiratoires et neurologiques des personnes en fin de vie, comme le râle agonique et les dyspnées, mais aussi l'anxiété et la confusion ont été traités. Un cours sur la sédation profonde et continue nous a permis de cerner les enjeux de cette dernière, qu'ils soient législatifs ou éthiques. Nous avons découvert cette pratique régulière en soins palliatifs. Pour conclure ce module, un cas clinique sur la sédation nous a été proposé.
- Jeudi 11 février 2016 :
  - **Matin** : *Le deuil*, abordé par un exposé sur « le deuil chez l'enfant », autrement dit la perte d'un parent pour ce dernier. Les aspects psychologiques spécifiques aux différents âges de l'enfant ont été abordés.

Un cours sur les processus de deuil avec les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross nous a expliqué les cinq phases du deuil.

- **Après-midi** : *Le deuil et atelier d'écoute*, avec un cours sur « le travail de trépas », avec des exemples de groupes de paroles d'endeuillés. C'est l'association JALMALV qui est venue nous présenter son travail et nous donner des exemples concrets. Enfin, un atelier d'analyse de la pratique a eu lieu, pour faire profiter de l'expérience des autres professionnels de santé concernant le travail de deuil et le passage à trépas des patients.
- Vendredi 12 février 2016 :
  - **Matin** : *Souffrance des soignants*, avec trois exposés centrés sur les non-malades à partir de commentaires d'articles : « Vécu du soignant face à un refus de toilette », « Vécu du soignant face à l'impuissance à soulager », « Vécu du soignant confronté au patient au corps abimé ». Ces derniers, bien que ne concernant pas directement le pharmacien qui n'est pas dans le soin actif, ont néanmoins permis de montrer une réalité que nous pouvions ignorer concernant les soignants. Une table ronde pour discuter et débattre de la souffrance des soignants a permis de clôturer ce module.
- Jeudi 17 mars 2017 :
  - **Matin** : *Les soins palliatifs en gériatrie*, avec une conférence sur la spécificité de ces soins et un cours sur l'accompagnement ultime en EHPAD pour nous expliquer ce qu'est la quête des sens à cet âge de la vie. Cette quête représente toutes les adaptations possibles en EHPAD afin de donner à ces personnes une fin de vie agréable.
  - **Après-midi** : *La fin de vie de la personne démente*, avec un cours sur les cris, la contention et la maltraitance. Il n'est pas facile d'entendre certaines choses auxquelles nous ne nous attendions pas de la part des soignants, ces derniers étant sensés être bienveillants à l'égard de leurs patients. La journée s'est conclue par un cours sur les valeurs éthiques en gériatrie et leur impact sur les pratiques des professionnels de santé.
- Vendredi 18 mars 2017 :
  - **Matin** : *Gériatrie (suite)*, avec un cours sur la place de la famille : quelles sont les difficultés de la famille à accepter le « long-mourir » pour certaines personnes âgées. Un débat autour de cas cliniques en EHPAD mais aussi en

Unité de Soins Longue Durée a permis de confronter nos différents sur ce sujet toujours un peu difficile à aborder.

- **Après-midi** : *Spécificités des soins palliatifs en neurologie et cardiologie*, consacrées à deux cours théoriques sur deux pathologies : la Sclérose Latérale Amyotrophique ou Maladie de Charcot, mais aussi l'insuffisance cardiaque terminale. Nous avons découvert une maladie qui provoque une dégénérescence des motoneurones pour progressivement paralyser le patient.

- Jeudi 28 avril 2016 :

- **Matin** : *Ethique et fin de vie*, avec un travail en petits groupes permettant de préparer des questions en commun sur quatre thèmes : information et vérité ; sédation ; refus de soins et euthanasie. Cette réflexion en petits groupes a été suivie par une table ronde et un débat constructif autour de ces thèmes permettant de voir les avis des autres professionnels de santé.
- **Après-midi** : *Ethique et fin de vie : Démarche éthique*, avec un cours concernant la limitation et l'arrêt des traitements en fin de vie, comme par exemple la dialyse. La démarche éthique et collégiale a été illustrée par un cas clinique, pour montrer la difficulté parfois présente à mettre en place une limitation de traitement même si la décision est prise collégalement.

- Vendredi 29 avril 2016 :

- **Matin** : *Soins palliatifs et précarité*, avec le problème des personnes ayant peu de moyens, ou encore les personnes étrangères en situation irrégulière. Une présentation de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé permettant aux personnes sans protection sociale de bénéficier de soins a eu lieu, suivie de cas cliniques sur des personnes en situation sociale complexe à domicile ou en institution. Les aides possibles pour ces personnes et les moyens de les obtenir, comme par exemple l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ont été abordés.

- Jeudi 12 mai 2016 :

- **Matin** : *Soins palliatifs et société*, avec des études de cas cliniques pluridisciplinaires pour voir où nous en étions de nos connaissances en cette fin d'année d'apprentissage. Les associations JALMALV et Source de Vie ont exposé « l'évolution du bénévolat en soins palliatifs (en institution mais aussi au domicile) ».

- **Après-midi** : *Cas clinique* en sous-groupes travaillant sur les Récits Situation Complexe Authentique ou le mémoire, en fonction du choix de l'étudiant concernant son travail de fin d'étude.
- Vendredi 13 mai 2016 :
  - **Matin** : *Soins palliatifs et société (suite)*, avec un exposé sur l'évolution de la loi autour du débat qu'est l'euthanasie qui nous a permis de confronter les points de vue des différents professionnels de santé sur cette pratique faisant largement polémique.
  - **Après-midi** : *Bilan* de ces enseignements et impressions sur l'année venant de s'écouler concernant le Diplôme Universitaire [33].

En plus de ces cours, il y a également cinq conditions pour valider ce diplôme :

- Un stage obligatoire de 40H (5 jours consécutifs);
- Réussir un examen écrit à la fin de la première année ;
- Rendre un exposé en cours d'année sur un thème prédéfini à l'avance ;
- Rendre un mémoire ;
- Présenter une assiduité aux cours.

Une fois toutes ces conditions remplies, l'année est validée et on obtient un Diplôme Universitaire en soins palliatifs, qui peut se continuer une deuxième année pour obtenir un Diplôme Interuniversitaire en soins palliatifs.

Pour cette année 2017-2018 on retrouve les objectifs suivants pour le Diplôme Universitaire et le Diplôme Interuniversitaire en soins palliatifs :

- Développer la connaissance des soins palliatifs ;
- Acquérir les compétences nécessaires pour assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort ;
- Promouvoir une prise en compte globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale par l'acquisition de nouvelles compétences dans les domaines professionnels concernés et par l'exercice de la pluridisciplinarité ;
- S'interroger sur les attitudes concernant le mourir ;
- Permettre une réflexion des participants sur leur pratique ;
- Promouvoir la recherche dans le domaine des soins palliatifs ;
- Promouvoir le débat de la mort dans la société.

On retrouvera également le préprogramme suivant pour le Diplôme Universitaire et le Diplôme Interuniversitaire en soins palliatifs :

1<sup>ère</sup> année :

- Les besoins du malade, les soins de base, les situations spécifiques ;
- La douleur, les autres symptômes, leur traitement ;
- La dimension psychologique : information, écoute, deuil, souffrance ;
- L'équipe pluridisciplinaire ;
- L'approche sociale ;
- La dimension spirituelle, les aspects sociologiques de la mort et de l'accompagnement, les aspects éthiques, les aspects constitutionnels.

2<sup>ème</sup> année :

- Régulation des mémoires ;
- Aspects cliniques et thérapeutiques ;
- Approfondissement des connaissances ;
- Relations et communications ;
- Prise de décision et travail en équipe ;
- Réflexions sur la pratique ;
- Pédagogie.

Après cette présentation théorique du Diplôme Universitaire, nous allons maintenant montrer la réalité des soins palliatifs, avec l'exemple des deux journées que nous avons passées en juin 2017 au Centre Hospitalo-Universitaire de La Tronche, respectivement avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et dans l'Unité de Soins palliatifs [31] [32] [33].

### **3) La réalité des soins palliatifs, immersion au CHU de La Tronche et application en officine :**

Pour nous permettre de mieux appréhender les soins palliatifs, le professeur Laval et son équipe nous ont proposé de passer deux journées en immersion :

- Une **première journée** avec l'EMSP qui est une équipe soignante dans un établissement de santé et qui se déplace à la demande des malades et des soignants.

Malgré son rattachement un établissement de santé, l'équipe mobile de soins palliatifs peut également intervenir à domicile, dans le cadre d'un réseau par exemple.

- Une **deuxième journée** en Unité de Soins Palliatifs. Pour rappel, les USP sont des services hospitaliers ayant une activité spécifique pour les soins palliatifs. Elles accueillent des patients ne pouvant plus être suivis dans leurs structures d'origine car nécessitant une prise en charge trop importante, ou alors pour faire une hospitalisation dite « de répit » pour la famille.

Cette première journée nous a permis de concrétiser la place occupée par le pharmacien dans le monde des soins palliatifs et ainsi pouvoir l'appliquer en officine.

Nous avons commencé la première journée en compagnie de l'équipe mobile qui revenait d'une réunion de supervision, qui leur a permis de débriefer, en présence d'un psychologue. Ces réunions sont très importantes car elles permettent aux membres d'une équipe de faire le point sur les problèmes pouvant être rencontrés, mais également de discuter et de chercher des solutions. De plus, cela permet aussi de relâcher la pression et de pouvoir parler librement.

Cette équipe est composée de médecins, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, infirmières et secrétaires qui décident de cas de malades dont ils veulent discuter.

La réunion portait sur :

- Les patients déjà présents dans les services de l'hôpital nécessitant une prise en charge ;
- Les patients à admettre dans le service de soins palliatifs ;
- Les patients à prendre en charge par l'équipe mobile ;
- Les patients déjà pris en charge nécessitant une adaptation de traitement ou de la prise en charge.

A la fin de cette réunion, qui a lieu une fois par semaine, il y a une cotation des activités, pour valoriser le travail de l'équipe mobile. On retrouve dans cette valorisation deux questions : si le patient relevait des soins palliatifs, et si une pluridisciplinarité a eu lieu ou non. Si un des membres de l'équipe a des questions, remarques ou autres, il peut en faire part aux autres pour en discuter et en débattre librement.

Ensuite nous avons accompagné un médecin de l'équipe mobile et une infirmière. En effet, les médecins du service ont chacun à leur charge plusieurs patients et assurent leur suivi avec

une infirmière, mais aussi, au besoin, un psychologue voire un kinésithérapeute. Ils peuvent également demander l'avis d'un autre confrère. Nous avons vu quatre patients :

- **Le premier** est un patient pris en charge en oncologie thoracique, où l'équipe mobile est appelée car le malade est toujours douloureux lors des soins malgré les interdoses de morphine. Les interdoses de morphine sont des doses supplémentaires par rapport au traitement de fond à libération prolongée. Elles permettent de libérer une dose immédiate, à intervalles réguliers. Ces interdoses sont en général équivalentes à un dixième ou un sixième de la dose totale de morphine sur vingt-quatre heures.

Suite à un entretien avec le patient, le médecin et l'infirmière ont discuté avec le médecin en charge du patient, pour convenir ensemble de la marche à suivre. Il a ici été décidé conjointement d'une prescription avec titration de Midazolam pour les soins. Le Midazolam ( $C_{18}H_{13}ClFN_3$ ) est une benzodiazépine utilisée pour ses propriétés anxiolytiques, hypnotiques, anti convulsivantes, sédatives et myorelaxantes mais avec une durée d'action et une demi-vie courte.

- **La patiente suivante** était une femme en dermatologie présentant un cancer métastatique, et des dyspnées importantes selon l'équipe en charge de cette dernière. Après un entretien avec une infirmière du service, il apparaît que c'est seulement le médecin du service qui a appelé l'équipe mobile, alors que la prise en charge reste optimale.
- **Le troisième patient** était un homme âgé, en oncologie thoracique. Il a un cancer du poumon métastasé, l'empêchant de déglutir et de s'alimenter correctement. Sa fille était présente ce jour-là, et a pu assister à l'entretien. Ce patient se nourrissait normalement après un passage en nutrition entérale. Puis, suite à des vomissements, l'équipe a été obligée de recourir de nouveau à la nutrition entérale. L'équipe mobile a ainsi pu faire le point avec le patient pour voir quelles alternatives étaient ouvertes ou non.
- **Le dernier patient** visité était également un homme âgé, présentant une altération importante de son état général avec un cancer du poumon très avancé, qui avait du mal à s'alimenter. Il se nourrissait très peu à domicile, vivait en ermite et a donc été hospitalisé. Suite à un entretien avec le patient et son fils présent ce jour-là, il a été décidé de continuer la prise en charge actuelle.

Une fois ces entretiens terminés, nous pouvons noter qu'un protocole ressort de l'équipe mobile de soins palliatifs :

- Tout d'abord en arrivant dans le service, l'équipe mobile de soins palliatifs se présente à l'équipe du service qui a en charge le patient pour lequel ils se déplacent.
- Si le patient n'est pas soulagé, l'équipe mobile va se rendre auprès de lui, et réaliser son évaluation.
- Si la prise en charge ne convient pas, que le patient n'est pas entièrement soulagé par exemple, l'équipe mobile en discute en sortant de la chambre avec l'équipe du service, et elles font ainsi des propositions aux soignants qui ont en charge le malade en situation palliative, et reviennent le lendemain ou plus tard pour évaluer l'avancée de la prise en charge.
- L'équipe mobile peut également décider de prendre en charge le patient, que cela soit dans le service de soins palliatifs, ou alors en faisant intervenir un professionnel de l'équipe mobile tel que le psychologue, ou encore un infirmier pour de la réflexologie plantaire, ou bien un kinésithérapeute par exemple.

Nous avons ensuite accompagné un médecin lors d'une consultation. En effet, les patients anciennement pris en charge par les soins palliatifs reviennent régulièrement pour faire le point et voir où ils en sont. Une consultation classique, avec auscultation, réponses aux diverses questions du patient, mais aussi définition d'un projet de vie avec ce dernier, pour voir où il va et ce qu'il compte faire pour la suite a lieu. Un rendez-vous est donné pour voir l'évolution de sa situation et son état de santé. Le médecin nous avoue alors que ces consultations « font du bien », cela permet de revoir des gens qui vont mieux alors que quelques temps avant ils étaient au plus mal, et donne un aspect d'autant plus gratifiant à son travail.

Nous sommes allés voir la dernière patiente de la journée que le médecin a en charge. En effet, les patients sont divisés entre tous les médecins de l'équipe mobile, qui suivent leurs patients.

C'est un homme âgé que nous visitons à trois avec une infirmière de l'équipe mobile. Ce dernier est faible et a des difficultés à s'exprimer, en cause deux accidents vasculaires cérébraux dans les deux dernières années. Il a en plus un cancer du foie métastasé et souffre toujours malgré les antidouleurs, même s'il n'arrive pas à définir où. Nous rencontrons également sa famille venue lui rendre visite, pour voir si un retour à domicile paraît envisageable. En effet, à cause ces deux anciens accidents vasculaires cérébraux, le patient a

le coté gauche presque entièrement paralysé. Il vit de plus en foyer logement, qui n'est que très peu médicalisé. De ce fait le retour chez lui paraît compliqué, et un rendez-vous avec l'assistante sociale s'impose.

Un autre aspect des soins palliatifs est bien son rôle social. En effet, une assistante sociale travaille conjointement avec l'équipe mobile, et peut permettre de débloquer les situations parfois complexes.

Il est à noter que **tous les services de l'hôpital peuvent faire appel à l'équipe mobile**, et ainsi bénéficier d'une aide et d'une prise en charge par cette équipe pour son patient (s'il rentre dans le cadre de soins palliatifs).

La deuxième journée a été passée dans l'unité de soins palliatifs. Nous avons tout d'abord eu une réunion de concertation pluridisciplinaire. Lors de cette dernière, deux cas ont été abordés :

- **Une patiente atteinte d'une leucémie aigüe**, ayant eu une greffe en mai 2017, mais voulant une sédation profonde car il apparait une réaction de GVH et elle ne supportait plus cet état. Cette réaction de Greffon Versus Hôte est une attaque des cellules du greffon sur l'organisme. Mais sur les dernières analyses cette réaction est finalement remise en cause. L'équipe en charge de la patiente a sollicité une réunion avec l'équipe mobile car la patiente voulait mourir, mais il n'y avait peut-être plus d'indication palliative car elle se sentait mieux. Il a donc été décidé que l'équipe mobile lui rendrait visite pour en discuter.
- **Une patiente âgée, avec un cancer avancé du sein multi métastatique**, et des soupçons de maltraitance de la part du mari. Cette réunion a donc été demandée pour discuter du projet thérapeutique et mettre en place une protection pour la patiente, avec l'assistante sociale, le médecin traitant et les aides-soignantes à domicile.

Suite à cette réunion les transmissions ont eu lieu entre les médecins, psychologues et infirmiers. Nous avons ensuite pu accompagner un médecin ainsi qu'une infirmière dans les services pour visiter trois patients :

- **La première patiente** est une dame hospitalisée pour une infection bactérienne du pied ayant nécessité une amputation des orteils. L'équipe mobile a été appelée car la plaie cicatrisait mal, et la solution proposée par les chirurgiens était une amputation à mi-cuisse. La patiente refuse cette dernière, et ne veut pas non plus rentrer chez elle. Elle a également émis à de nombreuses reprises l'envie de mourir. L'entretien a

permis de mieux cerner la souffrance de la patiente, et il est décidé d'une prise en charge psychologique de cette dernière.

- **La deuxième patiente** est une femme présentant un cancer utérin métastatique. Cette dernière souffre très peu, et se sent bien. Nous ne restons pas longtemps avec elle car elle est fatiguée et demande à se reposer.
- **Le troisième et dernier patient** est un homme, hospitalisé pour exérèse d'un adénome prolifératif. Ce dernier était pris en charge par l'équipe mobile car les douleurs, en particulier lors des soins, n'étaient pas soulagées. Le suivi montre que l'augmentation des doses de morphine injectable a réussi à soulager la douleur du patient, et que la prise en charge est donc optimale.

Nous sommes ensuite allés dans l'Unité de Soins Palliatifs. C'est un service de l'hôpital un peu excentré, où l'on retrouve dix lits, dans des chambres séparées, avec de la couleur aux murs et de l'espace. De plus, il y a un salon pour les familles permettant de discuter tranquillement avec les proches des patients.

Nous avons commencé par une réunion où plusieurs points sont abordés :

- Les décès de la semaine, avec le déroulement de ces derniers, le ressenti de l'équipe ayant pris en charge le décès et l'avis des soignants sur le vécu de la famille et du patient avant son décès ;
- Des prises de décision ont lieu concernant la question des admissions des patients dans le service, avec une concertation conjointe de tous les professionnels de santé présents ;
- Des discussions sur les patients « complexes » et nécessitant un échange de points de vue pour une prise en charge pluriprofessionnelle ;
- Des décisions sur les sorties possibles, en particulier lorsque le patient va mieux ou encore pour les fins d'hospitalisations de répit.

Enfin, nous avons assisté à un entretien pour parler de limitation de traitement avec un patient présentant un cancer du rein en phase terminale. Malheureusement, ce dernier n'a pas pu nous répondre et nous avons dû écourter l'entretien car il était très fatigué et s'endormait au milieu de nos explications.

Nous avons eu des contacts lors de notre stage en officine avec une infirmière libérale s'occupant d'une personne en situation palliative.

Lors de nos études pour devenir pharmacien d'officine, un stage de six mois en sixième année est nécessaire. Nous avons effectué ce stage à la pharmacie Modelon, située en Ardèche. C'est une pharmacie de centre commercial, où il y a beaucoup de passage et la diversité des pathologies permet d'apprendre de nombreuses choses. Par exemple, nous avons pu être mis en relation avec une patiente dont la maman est en situation palliative avec un cancer multi métastatique en phase terminale. La patiente a l'habitude de récupérer ses médicaments dans notre officine. Le médecin nous a ainsi contacté pour nous informer de l'état de santé de la patiente et de la situation. Nous avons donc pris ensemble quelques décisions :

- **Suivi par un pharmacien considéré comme référent** dans l'officine ;
- Possibilité d'avancer certains produits jusqu'à régularisation de l'ordonnance par ce même médecin ;
- Appel de l'infirmière à domicile pour gérer directement avec elle les besoins spécifiques ;
- Livraison à domicile si besoin.

La patiente présente un cancer du poumon multi métastatique. Elle a des métastases osseuses qui sont à l'origine de douleurs très importantes. Cette dernière a eu de la radiothérapie, qui ne fait plus effet à ce jour. Elle est fatiguée et douloureuse, ce qui a motivé une prise en charge palliative.

On retrouve dans ses ordonnances :

- Location d'un déambulateur avec roulettes et plateforme d'assise ;
- Location d'un lit médicalisé ;
- Location d'une potence de lit. Ces trois éléments permettent à la patiente de se maintenir à domicile ;
- Perfusion sous cutanée de liquides d'hydratation si prise de boissons insuffisante. Malgré tout on retrouve sur l'ordonnance de la patiente de l'eau gélifiée et toutes les boissons à la demande ;
- Durogesic 12 microgrammes/heure à la posologie d'un patch tous les trois jours qui est du Fentanyl ( $C_{22}H_{28}N_2O$ ) pour gérer la douleur de la patiente ;
- Primpéran à la posologie de 10ml deux à trois fois par jour avant les repas qui est du Métoprolol ( $C_{14}H_{22}ClN_3O_2$ ), un antiémétique antagoniste de la dopamine ;
- Solupred orodispersible 20mg à la posologie de deux comprimés le matin qui est de la Prednisolone ( $C_{21}H_{28}O_5$ ), un corticostéroïde de synthèse et qui permet de lutter contre l'inflammation ;

- Paracétamol 1000mg (C<sub>8</sub>H<sub>9</sub>NO<sub>2</sub>) à la posologie d'un sachet tous les six à huit heures qui est un antalgique de palier un, utilisé en synergie avec le Fentanyl.

Une prise en charge a ainsi débuté, avec tout d'abord un appel du médecin qui a décidé, en accord avec un médecin travaillant en hospitalisation à domicile, de passer tous les médicaments possibles en sous cutané, pour limiter au maximum la prise per os. Nous avons regardé ensemble ce qu'il était possible ou non de faire selon le Vidal et autres recommandations officielles. Lorsqu'il n'a pas trouvé d'informations, le médecin a appelé le praticien référent de l'hospitalisation à domicile et a par exemple décidé de passer du Métoclopramide en sous cutané bien que d'habitude l'utilisation soit seulement intraveineuse ou intramusculaire. Cette pratique est courante dans les services de soins palliatifs et le médecin de l'hospitalisation à domicile a donc conseillé cette méthode d'injection.

L'infirmière à domicile prenant en charge la patiente nous a également joint par téléphone. En effet, pour effectuer ces perfusions et ces injections, elle souhaitait avoir du matériel spécifique, pour se sentir plus à l'aise. Ainsi, elle nous a demandé des sets de pose de voies sous cutanées pour peaux fragiles, ainsi que des aiguilles épicroâniennes de faible gauges et des bouchons pour cathéter. Suite à son appel nous avons pu dispenser ce qui lui convenait au mieux.

Nous avons remis à la fille de la patiente qui est passée à l'officine tous les produits nécessaires, et nous avons commandé des locations de matériel médical comme un pied à perfusion. De plus nous avons longuement discuté de l'état de santé de sa maman, sur ce qui allait se passer par la suite et quelle prise en charge allait être mise en place.

Des livraisons ont été effectuées chez la patiente lors des changements de traitement et cela a permis à sa fille de continuer une vie plus ou moins normale, tout en prenant soin de sa maman.



Capture d'écran illustrant les obturateurs pour cathéter

Source : [http://www.fournisseur-medical.com/media/catalog/product/cache/1/image/450x450/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/b/obturateur\\_terumo.jpg](http://www.fournisseur-medical.com/media/catalog/product/cache/1/image/450x450/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/b/obturateur_terumo.jpg)



Capture d'écran illustrant des aiguilles épicroâniennes ou micro perfuseurs épicroâniens

Source : <http://www.parapharm.fr/media/673.jpg>



Capture d'écran illustrant un set de pose « veines fragiles » sous-cutané

Source : <http://www.pharmacie-du-centre-albert.fr/uploads/pharmacy/23023/product/95e9234189a94e70e4f2493ad3d321d37ca1e832.jpg>

g

Grâce à toutes ces expériences, on peut voir de nombreux points positifs pour le pharmacien d'officine dans la prise en charge de patients se trouvant en situation palliative :

- La prise en charge de patients en soins palliatifs est gratifiante. Elle permet de se sentir utile et de devenir acteur des soins qui sont faits et ainsi aider un patient et une famille dans le besoin.
- La prise en charge de patients en soins palliatifs est également une ouverture vers une reconnaissance du métier de pharmacien en tant qu'acteur de santé. Cela a débuté avec les entretiens AVK en juin 2013 et s'est poursuivi par l'expérimentation de la vaccination contre la grippe qui sera inaugurée en octobre 2017. Toutes ces expériences montrent que le pharmacien d'officine est un acteur de santé à part entière, puisqu'il est le premier maillon de la chaîne de soins.
- D'un point de vue professionnel, cela est également très formateur. En effet, prendre en charge un patient en situation palliative permet de se maintenir à niveau. Cela donne une occasion de se former sur les traitements antidouleurs, le matériel d'injection, le matériel médical et surtout de rester à jour dans ses connaissances qui ne sont pas forcément sollicitées tous les jours dans ce domaine.
- Il faut reconnaître également que la prise en charge financière de patients en soins palliatifs a une incidence économique positive pour le titulaire par la lourdeur de telles ordonnances, et cela permet de fidéliser une patientèle par le sérieux et le professionnalisme du pharmacien.

Après avoir vu notre expérience en tant que futur pharmacien dans le Diplôme Universitaire de soins palliatifs, nous allons à présent étudier le questionnaire, ainsi que ses réponses.

# Partie 3 : Le questionnaire

## 1) Pratique : Matériel d'investigation et méthode :

Cette partie sera divisée en quatre :

- Contenu du questionnaire réalisé ;
- Mode de diffusion de celui-ci ;
- Résultats obtenus ;
- Analyse.

Le questionnaire en lui-même était donc constitué de 4 parties distinctes. Dans une première partie, on trouvait 3 questions consacrées à la personne elle-même et à ses acquis concernant les soins palliatifs. On avait ainsi les items suivants :

⋮

Etes-vous : \*

Préparateur

Pharmacien

Autre

Avez-vous entendu parler des soins palliatifs ? \*

Oui

Non

Si oui, que pouvez-vous en dire ? (succinctement)

Réponse longue

---

Capture d'écran illustrant la première partie du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit)

Les items 1 et 2 étaient à réponse obligatoire. Si la réponse à l'item 2 était positive, il était alors demandé de répondre à l'item 3. Cela permettait de centrer le questionnaire et ainsi mieux connaître les personnes participant à notre étude. Les réponses étant posées à des personnes représentant ma future profession, c'est à dire préparateur en pharmacie, pharmacien et « autre », où l'on trouvera en général les étudiants en pharmacie, ne se considérant pas encore comme des pharmaciens à part entière, ou encore les apprentis préparateurs.

Nous avons ensuite posé une question généraliste concernant les soins palliatifs. Le but de cette question était de faire parler les gens, de leur faire dire ce qu'il savait des soins palliatifs. En effet, d'après nous, peu de personnes ont entendu parler des soins palliatifs. Notre objectif était de leur faire dire ce qu'elles pensaient des soins palliatifs, succinctement pour ne pas les

faire décrocher du questionnaire. Cela permet d'éviter de poser trop de questions et d'avoir de ce fait un questionnaire interrogatif.

Une deuxième partie du questionnaire concernait la pratique du métier de pharmacien et ses collaborateurs en rapport avec les soins palliatifs.

Les items suivants étaient posés :

**Vous est il arrivé de dispenser des ordonnances concernant des personnes en situation de fin de vie ? \***

- Oui
- Non

**Si oui, vous sentez vous à l'aise avec ce genre d'ordonnance ? \***

- Oui
- Non

**Vous est il arrivé de refuser de dispenser des ordonnances de personnes en situation palliative car elles vous paraissaient incorrectes (posologie trop forte, non adaptée... ) \***

- Oui
- Non

Capture d'écran illustrant la deuxième partie du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit)

⋮

**Si oui, pouvez-vous raconter succinctement le contexte et décrire le type de médicaments, la posologie, etc.**

Réponse longue

Capture d'écran illustrant la deuxième partie du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit)

Les items 4 et 6 étaient à réponse obligatoire. Si les réponses aux items 4 et 6 étaient oui, il fallait répondre respectivement aux questions 5 et 7. On retrouvait ici une partie des questions plus spécifiques sur le métier de pharmacien, avec des questions sur la dispensation d'ordonnance. Nous avons pensé qu'un pharmacien ou un préparateur avait presque forcément eu durant sa carrière à dispenser des ordonnances concernant un patient en situation palliative. Mais il y avait toujours le risque de tomber sur un étudiant ou un jeune diplômé à qui cela n'était jamais arrivé, mais ce n'était à notre avis pas la grande majorité des personnes répondant à ce questionnaire.

Nous nous sommes ensuite demandé si les personnes qui dispensent des médicaments et autres produits de santé se sentaient à l'aise avec des ordonnances pour des patients qui sont sous soins palliatifs. Il nous semblait intéressant d'avoir le ressenti du professionnel de santé. Enfin, se trouvait une question que nous trouvions très instructive, concernant le refus de délivrance. En effet, les ordonnances de soins palliatifs contiennent beaucoup de médicaments et à des posologies parfois plus élevées que la posologie normale. De plus, on retrouve parfois des associations de morphiniques, anxiolytiques et autres antidouleurs peu courants voire même contre-indiqués. Il était alors intéressant de savoir si les professionnels de santé avaient refusé de délivrer et si oui, pourquoi.

La troisième partie du questionnaire concernait les connaissances du pharmacien et de ses collaborateurs sur les réseaux de santé en soins palliatifs, mais aussi sur les rencontres avec les accompagnants des personnes en situation palliative.

On retrouvait ainsi les items suivants :

Connaissez-vous l'existence des "réseaux de santé en soins palliatifs" \*

Oui

Non

⋮

Avez-vous été en contact avec des accompagnants de personnes en situation palliative ? \*

Oui

Non

Si oui, dans quel contexte et pour quelles raisons ?

Réponse longue

---

Capture d'écran illustrant la troisième partie du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit)

Les réponses aux items 8 et 9 étaient obligatoires. Si la réponse à la question 9 était positive, il fallait répondre à la question 10.

Il nous semblait intéressant dans cette partie de faire un point sur le savoir du pharmacien au sujet des réseaux de santé en soins palliatifs. En effet, après quelques recherches, il nous a été apparu que ces réseaux sont très documentés et peuvent être d'une grande aide pour le pharmacien d'officine lors de la prise en charge d'un patient en soins palliatifs. De plus, ils peuvent permettre de se former pour se sentir plus à l'aise avec cette prise en charge spécifique.

Une deuxième partie était présente et concernait les aidants des patients en situation palliative. En effet, les patients présentant cet état de santé ne peuvent pas se déplacer, ce sont donc les aidants auprès de qui les pharmaciens interviennent. Cela nous semblait primordial de connaître les rapports des professionnels de santé aux aidants et s'ils sentaient utiles.

La quatrième et dernière partie concernait la formation du pharmacien et de ses collaborateurs, que ce soit à l'Université ou en formation continue, ainsi qu'une partie sur des remarques libres. On retrouvait ainsi :

⋮

Pensez-vous que vous manquez d'informations sur les soins palliatifs dans votre cursus (formation à la fac, formation continue, etc. ) ?

Oui

⋮  Non

### Remarques libres

Réponse longue

Capture d'écran illustrant la quatrième partie du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit)

Cette dernière partie était à nos yeux la plus importante. En effet, nous sommes partis du postulat que les pharmaciens et leurs collaborateurs sont peu formés aux soins palliatifs. Cela entraîne donc un malaise face à un patient se trouvant dans cette situation et également un stress important quant aux ordonnances complexes relatives à ces patients. Ils nous été donc important de connaître le ressenti du pharmacien, pour voir si la création d'un livret lui serait utile.

La partie « remarques libres » permettait aux personnes répondant à ce questionnaire de s'exprimer librement et de donner leur point de vue ainsi que leur avis sur les soins palliatifs et l'utilité de cette thèse. Cela était important car pour moi, quand on est jeune pharmacien, il est toujours intéressant d'avoir l'avis de ces futurs confrères.

Nous allons maintenant nous intéresser à la méthode utilisée pour cette étude sur les soins palliatifs et le pharmacien d'officine ainsi que ses collaborateurs.

Le questionnaire tel qu'il est décrit dans la première partie a été soumis via un lien Google forms®. Il a ainsi été diffusé à une échelle assez importante et nous avons eus des réponses, à

la fois globales sous forme de graphiques mais aussi détaillées, où chaque réponse avec ses commentaires apparaît seule. Cela nous a permis une analyse plus approfondie.

Le questionnaire a été diffusé sur une période de deux mois et une semaine, du 9 janvier 2017 au 13 mars 2017. Il a été soumis sur différentes plateformes où le pharmacien d'officine et ses collaborateurs étaient invités à se connecter. Tout d'abord nous avons diffusé ce questionnaire dans la pharmacie où j'ai effectué mon stage de 6<sup>ème</sup> année, nous avons ainsi eu un début de réponses sur lesquelles nous appuyer pour attaquer notre travail d'analyse. Nous avons ensuite diffusé ce document dans les officines de la région valentinoise, où j'effectuais mon stage. Enfin, le lien menant au questionnaire a été diffusé via Facebook<sup>®</sup>, tout d'abord dans le groupe de ma promotion d'études, ce qui a permis d'augmenter encore le nombre de résultats. Cela a également fait croire le nombre de participants « autres », du fait que mes camarades ne se considèrent pas encore comme des pharmaciens n'étant pas encore diplômés... Puis, le lien a été diffusé sur deux groupes Facebook<sup>®</sup>, où sont présents des futurs confrères mais aussi des préparateurs en pharmacie : « Tu sais que tu es pharmacien » et « Pharma cool ». Grâce à cette présence sur internet, le nombre de réponses a très rapidement augmenté pour atteindre 215 réponses à la clôture du questionnaire.

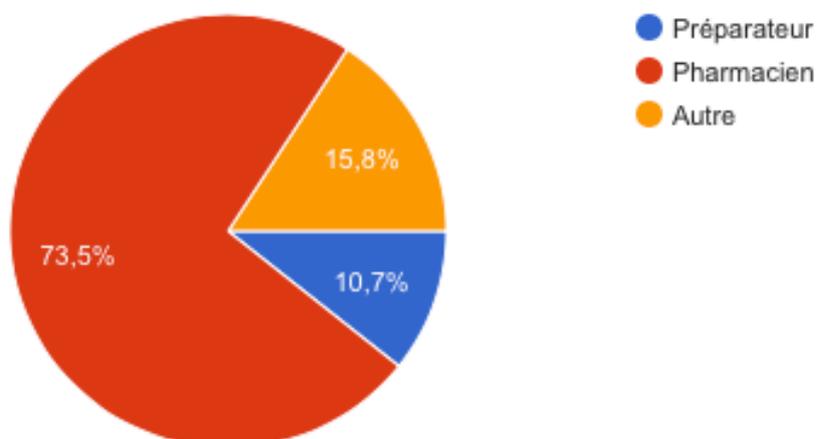
Nous allons maintenant les analyser dans une deuxième partie.

## **2) Résultats et analyse du questionnaire en général :**

Nous allons présenter et analyser les résultats du questionnaire, en prenant en compte les réponses globales.

Tout d'abord, dans la première partie, nous pouvons voir que la majorité des personnes répondant à ce questionnaire sont des pharmaciens. Cela est très intéressant car cette étude visait le pharmacien d'officine. Ses collaborateurs ne sont pas écartés, ils sont aussi importants que le pharmacien dans une officine néanmoins l'étude ciblait plus particulièrement le pharmacien d'officine et son rapport aux soins palliatifs. Nous pouvons également voir que 15% des réponses sont dans la catégorie « autre ». Ce qui nous amène à penser, étant donné que le lien a été posté sur le mur Facebook<sup>®</sup> de ma promotion d'études, qu'un nombre assez important de futurs pharmaciens d'officines a répondu à ce questionnaire. Le taux de réponses de pharmaciens ou futurs pharmaciens est presque ainsi de 90%, ce qui est en soi très satisfaisant.

## Etes-vous : (215 réponses)

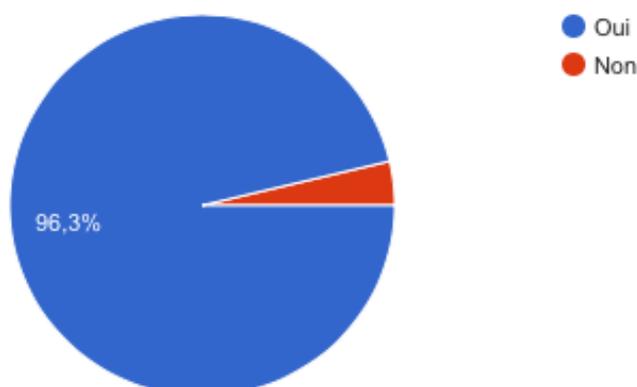


Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Etes-vous » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Suite à cette première série de réponses nous avons posé des questions sur le sujet de l'étude, à savoir les soins palliatifs. La première question était : « Avez-vous entendu parler des soins palliatifs ? ». Logiquement les réponses ont été positives à plus de 96%. Cela s'explique facilement par le fait que les personnes interrogées sont des professionnels de santé et ont presque obligatoirement entendu parler des soins palliatifs (même brièvement) lors de leurs études ou leur carrière.

## Avez-vous entendu parler des soins palliatifs ? (215 réponses)



Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Avez-vous entendus parler des soins palliatifs » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

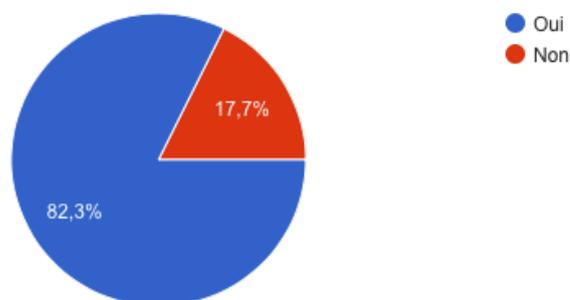
Les personnes ayant répondu oui étaient alors amenées à nous parler succinctement de leurs connaissances sur les soins palliatifs. Il apparaît que nombre des personnes interrogées ont compris l'idée principale des soins palliatifs, qui est de soulager la douleur. Néanmoins, elles n'en ont pas saisi toutes les nuances, même si cela est normal. En effet, sans formation adéquate ou curiosité personnelle, il est difficile de savoir ce que sont exactement les soins palliatifs.

Nous avons ensuite demandé aux personnes interrogées si elles avaient dispensé des ordonnances en rapport avec des personnes en fin de vie et en cas de réponses positives, si elles se sentaient à l'aise avec ce genre d'ordonnance lors de la dispensation. En effet, les ordonnances de soins palliatifs sont généralement « lourdes ».

Mes futurs confrères ont répondu en une grande majorité qu'ils avaient dispensé des ordonnances concernant des personnes en situation de fin de vie (82,3%). Par contre, il apparaît qu'une petite moitié des personnes interrogées ne se sentent pas à l'aise avec les ordonnances de personnes en situation palliative (51,2%). Ce qui nous montre que la pharmacie d'officine, bien que déconnectée de l'hôpital et de ses services, a un rôle à jouer dans la prise en charge des patients en situation palliative et que le pharmacien n'est pas forcément à l'aise avec ce genre d'ordonnance, peut être à cause d'un manque de formation.

### Vous est il arrivé de dispenser des ordonnances concernant des personnes en situation de fin de vie ?

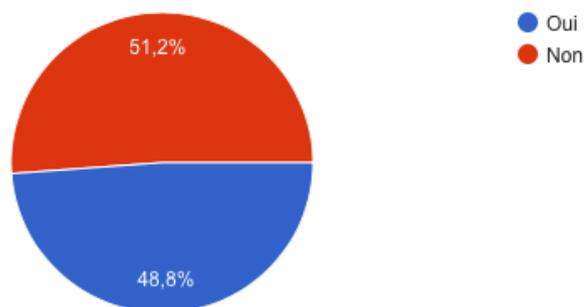
(215 réponses)



Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Vous est il arrivé de dispenser des ordonnances concernant des personnes en situation de fin de vie » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Si oui, vous sentez vous à l'aise avec ce genre d'ordonnance ? (215 réponses)



Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Si oui, vous sentez vous à l'aise avec ce genre d'ordonnance ? » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

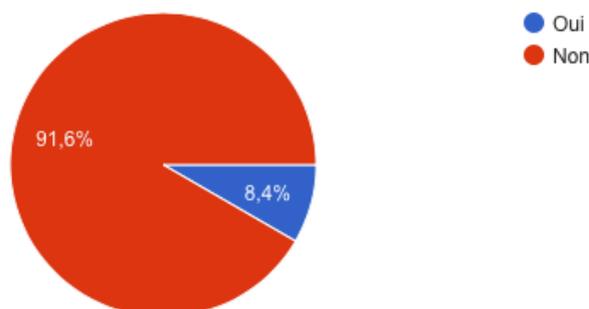
Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Nous nous sommes ensuite interrogés sur la dispensation elle-même et s'il était arrivé au pharmacien d'officine et ses collaborateurs de refuser de dispenser une ordonnance de patient en situation palliative et si oui pour quelle(s) raison(s) ?

Il apparaît que les personnes interrogées ont parfaitement compris le principe des soins palliatifs qui est de soulager le patient, le plus souvent de sa douleur, y compris par des posologies importantes ou des associations de médicaments contre-indiquées ou qui n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques. En effet, 91,6% des professionnels interrogés n'ont jamais refusé de dispenser des ordonnances à des personnes en situation palliative. Quand cela est arrivé, on retrouve essentiellement des refus de délivrance à cause des risques de surdosages en morphinique ou des associations d'antalgiques normalement contre-indiqués. Malgré cela, il y a presque à chaque fois un échange avec le prescripteur permettant ainsi de « débloquer » la situation et permettre la dispensation des médicaments dans de bonnes conditions, tout en ayant fait le travail de recueil d'informations pour une bonne dispensation.

**Vous est il arrivé de refuser de dispenser des ordonnances de personnes en situation palliative car elles vous paraissaient incorrectes (posologie trop forte, non adaptée... )**

(215 réponses)



Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Vous est il arrivé de refuser de dispenser des ordonnances de personnes en situation palliative car elles vous paraissaient incorrectes (posologie trop forte, non adaptée...) » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

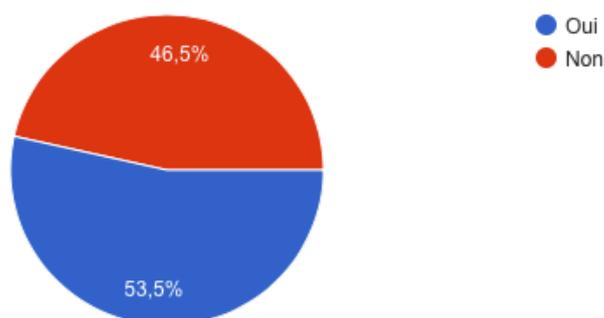
Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Nous avons ensuite posé deux questions d'ordre général pour avoir une idée des connaissances du pharmacien et de ses collaborateurs sur les soins palliatifs. Nous leur avons demandé s'ils connaissaient l'existence des réseaux de santé en soins palliatifs dans la région. Il apparaît qu'à 53,5% les personnes interrogées connaissent ces structures. Une question intéressante que l'on aurait pu poser aurait été de savoir s'ils connaissaient toutes les opportunités qu'ouvrent ces réseaux de santé en soins palliatifs et comment ils auraient pu en bénéficier.

Ensuite, une question concernait les accompagnants des personnes en situation palliative : savoir si les professionnels de santé avaient déjà été en contact avec les accompagnants de ces personnes. Les réponses ont été positives à 52,1%. Ainsi, les personnes ayant répondu par l'affirmative devaient décrire succinctement le contexte dans lequel ces accompagnants ont été rencontrés.

## Connaissez-vous l'existence des "réseaux de santé en soins palliatifs"

(215 réponses)

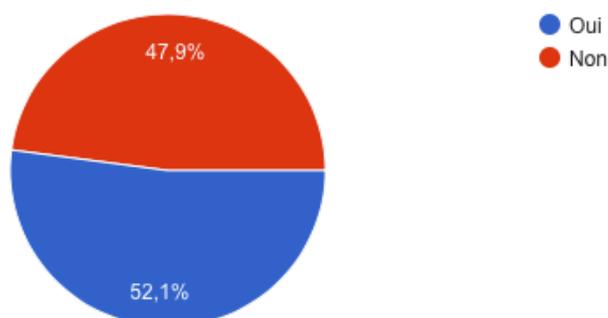


Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Connaissez-vous l'existence des réseaux de santé en soins palliatifs » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

## Avez-vous été en contact avec des accompagnants de personnes en situation palliative ?

(215 réponses)



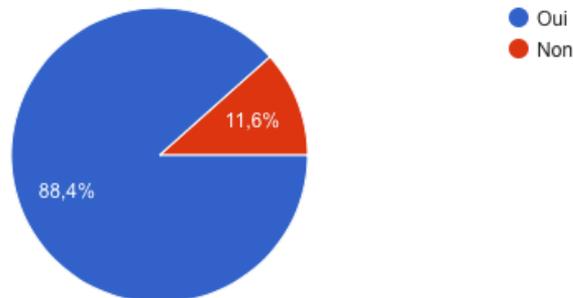
Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Avez-vous été en contact avec des accompagnants de personnes en situation palliative ? » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

La dernière question posée concernait la formation sur les soins palliatifs lors de la formation initiale ou encore lors des formations continues. Les pharmaciens et leurs collaborateurs ont répondu à 88,4% qu'ils pensaient manquer de formation concernant les soins palliatifs.

Pensez-vous que vous manquez d'informations sur les soins palliatifs dans votre cursus (formation à la fac, formation continue, etc.) ?

(215 réponses)



Capture d'écran illustrant les réponses à la question « Pensez-vous que vous manquez d'informations sur les soins palliatifs dans votre cursus ? » du questionnaire « Le pharmacien et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

### 3) Analyse du questionnaire en détail :

Dans cette partie, nous allons analyser plus précisément les avis détaillés des personnes ayant répondu au questionnaire, c'est à dire les réponses écrites par les personnes interrogées.

Nous allons commencer par les premières réponses à la question courte. Nous demandons au pharmacien s'il connaissait ou non les soins palliatifs et si c'était le cas que pouvait-il en dire ?

Il y a eu 175 réponses sur les 207 personnes ayant répondu « Oui » au fait de connaître les soins palliatifs. Trois idées principales émergent :

- Pour la plupart de mes futurs confrères et collaborateurs, les soins palliatifs sont d'abord des soins de fin de vie.
- Les soins palliatifs représentent également pour eux des soins de confort pour le patient, améliorer la fin de vie et surtout accompagner le malade.
- Enfin, de nombreuses personnes interrogées pensent que les soins palliatifs servent juste à soulager la douleur.

Ce qui nous montre que les personnes interrogées ont bien compris que les soins palliatifs sont des soins de fin de vie, qu'il s'agit de soins palliant une douleur, servant à apporter du confort et soulageant cette dernière. Cependant, on peut dire que les personnes interrogées

prennent en compte la souffrance physique mais pas la souffrance psychique, sociale et spirituelle.

On retrouve également d'autres réponses plus atypiques, dont nous allons étudier les plus pertinentes et les plus constructives.

Nous avons regroupé ces réponses, qui ne rentrent pas dans les grandes catégories, en trois parties. On retrouvera deux réponses qui sont, à mon sens, les plus complètes des réponses où les personnes interrogées confondent les soins palliatifs et l'euthanasie et d'autres où les personnes interrogées pensent que les pharmaciens ont un rôle à jouer.

Ainsi, les deux réponses suivantes sont les plus complètes que nous avons eu. On peut ainsi voir que certaines des personnes interrogées ont travaillé ou se sont intéressées au milieu des soins palliatifs, mais ce n'est pas la majorité. On retrouve dans ces réponses un accompagnement du patient en fin de vie encadré par plusieurs professionnels de santé et ne prenant en compte pas seulement la souffrance physique mais aussi la souffrance psychique du malade. De plus on retrouve une prise en charge de la douleur, ainsi qu'une limitation du nombre de médicaments et également une préparation des proches au départ du malade.

pour patient en fin de vie.  
Pluridisciplinaire  
Concertation des intervenant pour une meilleur prise en charge du patient  
Prise en charge du patient dans sa globalité  
Pour ce qui est des médicament: on garde la VO le maximum de temps possible  
On essaye de garder seulement les médicaments indispensables

**Accompagnement de fin de vie**  
**Soins de confort**  
**Prise en charge de la douleur**  
**Préparation de l'entourage au départ du proche en question**

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Que pouvez-vous dire des soins palliatifs » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Dans une deuxième catégorie, on peut inclure les personnes interrogées qui pensent que les soins palliatifs, c'est aider les gens à mourir, les faire mourir comme ils veulent. On peut voir ici qu'il y a une confusion entre euthanasie et soins palliatifs. En effet, pour eux, mettre fin à la vie de quelqu'un activement est la même chose que soulager les différentes douleurs du malade. Cela démontre un manque d'information et de connaissances de la part du pharmacien et de ses collaborateurs.

aide a la fin de vie

Les derniers soins pour mettre fin à la vie de quelqu'un

Aidez les gens à mourir comme il le veule

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Que pouvez-vous dire des soins palliatifs » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Enfin, la troisième partie regroupe les nombreuses personnes interrogées qui pensent que le pharmacien d'officine peut avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des patients en situation palliative. Malgré cela les personnes interrogées reconnaissent que les soins palliatifs ont surtout lieu à l'hôpital, mais pourraient être délocalisés en officine. Cela n'est pour l'instant pas vraiment le cas, puisque le pharmacien est en général cantonné au rôle de « distributeur de boîtes ». Une formation serait nécessaire pour que le pharmacien d'officine ait son rôle à jouer.

Stage hospitalier dans le service des soins palliatifs. Peu d'expérience de soins pall à l'officine. Accompagnement des personnes vers la fin de vie, en prenant en charge l'anxiété et la douleur ++

surtout à l'hôpital ou structure apparentée mais on a sans doute un rôle à jouer en ambulatoire !!

Pas concerne en pharma à part filer de la morphine ... 🙄

A l'officine on délivre surtout les antalgiques, corticoïdes, on n'est pas tjrs bien formé sur ces traitements

rôle important pour le pharmacien qui se doit d'accompagner la fin de vie d'un des patient et d'assister aussi sa famille. Difficile mais enrichissant.

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Que pouvez-vous dire des soins palliatifs » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Puis, il était demandé aux personnes interrogées ayant répondu « Oui » au fait d'avoir refusé de dispenser une ordonnance, d'expliquer succinctement le contexte, de décrire le type de médicaments, etc.

Dix-huit réponses peuvent être classés en trois catégories distinctes :

- La première, une accumulation de morphiniques et des médicaments pouvant provoquer détresses respiratoires, et autres effets indésirables graves voire le décès.

**Sur dosage de fentanyl**

**Souvent morphiniques augmentés . Et patch de scopoderm**

**Morphine à forte dose**

**Ehpad scopoderm morphine fentanyl' 75 mg**

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Pourriez-vous décrire succinctement le contexte de refus de délivrance » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

- La deuxième, des prescriptions non adaptées, avec des erreurs sur les ordonnances ou encore des associations médicamenteuses qui n'avaient rien à faire ensemble.

**Patient en fin de vie à domicile avec œdème pulmonaire , prescription de actiskenan : 3 à 4 par 24h**

**Sans dosage**

**mauvaise adéquation entre un dosage de fond d'un morphinique et les bolus.**

**Mon principal soucis a été une personne en insuffisance rénale et plusieurs prescripteurs. L'accumulation des traitements était incompatible (notamment des chevauchements de tramadol à différents dosages)**

**Changement de morphiniques tous les jours avec surdosage systématique et chevauchement**

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Pourriez-vous décrire succinctement le contexte de refus de délivrance » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

- La troisième et dernière catégorie représente surtout des problèmes d'ordre technique, ou encore de prise en charge par la sécurité sociale. On retrouve également dans cette partie, des refus de délivrance car le pharmacien n'était pas à l'aise avec le matériel et ne voulait pas prendre de risques.

**spasfon 24 boites par mois (rejet de la sécu au delà de 18 boites)**

**pas forcément à l'aise avec le materiel, les perfusions ..etc**

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Pourriez-vous décrire succinctement le contexte de refus de délivrance » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

On peut néanmoins constater, que malgré toutes ces difficultés, des confirmations ont été demandées au médecin et ont permis de régler rapidement le problème. On peut donc se dire que la communication entre professionnels de santé fonctionne et permet une interdisciplinarité.

Si il y a problème nous contactons le medecin l infirmière pour résoudre ce dernier  
demande de confirmation au medecin prescripteur

Poso et mode d'administration des morphiniques revu avec le médecin

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Pourriez-vous décrire succinctement le contexte de refus de délivrance » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Il était ensuite demandé aux personnes répondant au questionnaire si elles avaient été en contact avec les accompagnants des patients en situation palliative. Cent douze personnes ont répondu oui, et quatre-vingt-quinze ont répondu à la question à réponse courte où il leur été demandé dans quel contexte et pour quelles raisons.

Il y a trois grands axes de réponses :

- La première est la plus prévisible. En effet, les patients en situation palliative ne peuvent plus se déplacer et ce sont les accompagnants (la famille ou des membres extérieurs) qui vont à l'officine chercher leurs médicaments. C'est ainsi que les pharmaciens et leurs collaborateurs rencontrent le plus souvent les accompagnants de patients en situation palliative.
- La deuxième réponse la plus courante est la rencontre des patients en situation palliative lors de stages à l'hôpital dans les services d'oncologie ou de soins palliatifs. Cela s'explique facilement par le fait que de nombreuses réponses viennent d'étudiants en 6<sup>ème</sup> année filière officine et dont le stage hospitalo-universitaire de 5<sup>ème</sup> année est tout récent.
- Enfin, la troisième réponse la plus courante qui est la rencontre des patients dans le cadre personnel et familial.

Ces réponses sont intéressantes et nous permettent de nous rendre compte de plusieurs choses. Tout d'abord, lors d'une situation palliative, le pharmacien n'aura pas directement de contact avec le patient, mais plus avec les accompagnants et les aidants. Cela peut être un frein, étant donné que parfois, les personnes envoyées à la pharmacie ne sont pas forcément dans l'actif

pour les soins et donc ne sont pas obligatoirement au courant de ce qu'elles viennent récupérer ou autre. De plus, le professionnel de santé ne pourra pas alors interagir directement avec le patient pour avoir son ressenti.

Cependant le pharmacien pourra ainsi aider la famille et les aidants, en discutant avec ces derniers, en les orientant au besoin vers des structures adaptées ou encore, en les informant simplement. De plus, cela permet au pharmacien de former la famille et les aidants du patient à s'occuper des médicaments et gérer ces derniers, ce qui permet de renforcer le rôle primordial de professionnel de santé du pharmacien.

D'autres réponses ne rentrent pas dans les trois grandes catégories. Nous pouvons les classer comme suit :

- Un fait intéressant est l'appel à la pharmacie. En général il a lieu quand les aidants ne savent pas vraiment quoi faire avec les médicaments, comment ou quand les administrer par exemple. Dans ce cas, ils téléphonent en priorité à la pharmacie. En effet, il est plus facile d'avoir un pharmacien au téléphone qu'un médecin ou un infirmier car le pharmacien est toujours présent aux heures d'ouvertures de son officine.
- On retrouvera également un lien ville-hôpital qui peut être assez fort et qui permet un accompagnement en HAD plus simple pour le patient, en faisant passer la transition en douceur. Cela ne peut être que bénéfique pour ce dernier qui se retrouvera dans un cadre connu, entouré par les gens qu'il affectionne. Le pharmacien a un rôle majeur à jouer dans l'approvisionnement en médicaments mais aussi en tant que contact entre l'hôpital et l'officine, pour que le patient ne manque de rien.

### Aide à l'installation de pompes à morphine

HAD, malheureusement pour achat de matériel non pris en charge par HAD....

Une IDE de soins palliatifs rencontrée dans un DU , m'a mis en relation avec son service pour faire un meilleur lien hôpital/ville

### Relai de HAD

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Avez-vous été en contact avec des aidants de patient en situation palliative » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

- On remarquera également que les aidants viennent souvent à l'officine pour rechercher un soutien émotionnel, de l'empathie. Ce soutien est possible car l'aidant sort du cadre de la maison où il doit s'occuper du malade en situation palliative. De plus, l'officine est un lieu informel, qui n'est pas aussi sérieux qu'une consultation médicale. L'aidant peut se livrer et ainsi relâcher la pression, pour un temps limité certes, mais salvateur.

souvent les conjoints viennent à la pharmacie, rôle d'écoute et de soutien de notre part, important

Clients (personnes de la famille ou intervenants) présentant une ordonnance ou demandant des conseils, de l'attention, de l'empathie...

Souvent ds des cas de cancers: Recherche de conseils et médicaments entre cures de chimio, besoin de soutien, de dialogue

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Pourriez-vous décrire succinctement le contexte de refus de délivrance » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

On peut voir que le pharmacien a donc un rôle important à jouer, que cela soit dans la prise en charge du patient en sortie d'hôpital ou encore dans l'accompagnement des aidants. Le pharmacien et ses collaborateurs semblent demandeurs de ce genre de missions. Malgré tout, cela nécessiterait une formation et un apprentissage de ces nouvelles missions.

Nous avons demandé en dernière partie, si les pharmaciens et leurs collaborateurs pensaient être suffisamment formés et informés pour la pratique des soins palliatifs en officine, mais également s'ils avaient assez d'informations.

Nous avons vus dans la partie précédente qu'à 88,4% ils ne se trouvent pas assez formés, pas assez informés de leur existence et donc des avancées que ces informations pourraient permettre. Cela s'explique de deux façons selon nous. En premier lieu, lors des études pour devenir pharmacien, il n'y a que très peu de cours qui abordent le sujet des soins palliatifs. On en trouve à la faculté de Grenoble en 3<sup>ème</sup> année lors des unités d'enseignements sur la douleur et aussi en 6<sup>ème</sup> année lors du module douleur de l'unité d'enseignement « bloc patient ». De plus, les soins palliatifs sont surtout concentrés à l'hôpital, bien qu'il existe une prise en charge possible par l'HAD, mais ce n'est pas forcément connu par les pharmaciens.

On retrouvera ainsi de nombreuses réponses individuelles, se concentrant vers la même idée qui est le manque de formations et d'informations.

En premier lieu, les étudiants qui vont devenir pharmaciens, qui pensent que la formation à la faculté n'est pas assez importante et qu'elle ne correspond pas à leurs attentes en tant que

professionnel de santé. Ce qui manque le plus, est une formation pour assister les aidants et gérer la partie psychologique qui est présente. En effet, la formation de pharmacien prépare activement à dispenser des médicaments à des patients, mais forme très peu sur l'empathie et la souffrance des aidants en recherche de soutien psychologique.

De plus, même après la formation de base, on trouve très peu de formations pour les soins palliatifs. Il existe le Diplôme Universitaire en Soins Palliatifs, mais peu de pharmaciens s'y aventurent. Cela peut s'expliquer par le fait que ce diplôme n'est pas connu de la profession et qu'il y a d'autres formations plus importantes aux yeux des pharmaciens.

des formations supplémentaires pourrai être abordés en cours car il s'agit de situation difficile pour les soignants mais également pour l'entourage. Aide a l'officine pour la dispensation de conseils à l'entourage

Il faudrait apprendre aux futurs pharmaciens comment gerer cette situation au lieu de devoir se former sur le tas et d'éviter certaines maladresses

Cours en 6e année seulement. On a un aperçu des réseaux, la prise en charge des principaux symptômes (douleur, angoisse, soins de bouche, escarres ) mais peu de l'accompagnement des aidant qui sont ceux que l'on voit à l'officine.

Gros manque dans les cours à la fac. Cependant je ne suis encore qu'en 5e année donc ça viendra peut être après... mais c'est déjà un peu tard selon moi ...

Surtout ce qui nous manque c'est comment aider les aidants, qu'on voit presque plus souvent que les personnes en soins pal. On manque de formation sur les CNO, sur les perfusions, le matériel d'injection, et heureusement qu'il y a les IDE pour nous guider sur ce qui leur faut.

inexistant lors de ma formation à la fac, terminée 1997 et manque de formation continue sur le sujet

Capture d'écran de réponses individuelles à la question « Remarques libres » du questionnaire « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs »

Source : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit#responses)

Grâce aux conclusions que nous avons pu tirer de ce questionnaire, nous allons maintenant nous atteler à la création d'un livret proposant d'accompagner le pharmacien d'officine lors d'une dispensation à une personne en situation palliative. [34]

# Partie 4 : Le livret

Nous allons montrer l'intérêt de ce livret pour le pharmacien d'officine afin de concevoir son contenu et réfléchir à ses voies de diffusion.

## 1) Pourquoi ce livret ? Une réelle demande ?

Dans la loi Leonetti / Claeys revue et adoptée en Janvier 2016 se trouve la phrase suivante : « L'application de la sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article peut être effectuée par un membre de l'équipe médicale, selon le choix du patient et après consultation du médecin, en établissement de santé ou au domicile du patient. ». On voit donc bien que le cas de la sédation profonde à domicile est prévu. Malgré cela, l'application au domicile du patient reste encore aujourd'hui compliquée. En effet, le midazolam pour la sédation profonde et continue ne se trouve pas encore en ville par exemple. Cela oblige les patients souhaitant mourir à la maison à dépendre de l'HAD. Ces derniers ne peuvent donc pas choisir leur équipe de soins pour leur fin de vie alors qu'il est clairement spécifié dans la loi Leonetti / Claeys que la sédation profonde peut être effectuée par un membre de l'équipe médicale selon le choix du patient.

De plus, il est à savoir que : « 80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. La proportion de décès à domicile a pourtant diminué entre 1990 et 2010 (de 28,5 % à 24,5 %). Après prise en compte de facteurs tels que l'âge ou la cause des décès, une étude récente montre que les probabilités de mourir à domicile se sont réduites de 20 % en 20 ans » d'après le Plan National Triennal pour le Développement des Soins Palliatifs et l'Accompagnement en Fin de Vie 2015-2018 [37].

Il est de plus spécifié dans ce plan proposé par la ministre de la santé Marisol Touraine, de nombreux éléments importants pour la prise en charge des patients en situation palliative à domicile.

La mesure numéro 8 de ce plan promet de « soutenir les professionnels et les aidants dans la prise en charge et l'accompagnement en soins palliatifs à domicile ».

On retrouve cinq actions à mettre en place :

- Organiser la sortie d'hospitalisation en soins palliatifs sur la base de recommandations de la Haute Autorité de Santé ce qui montre un désir d'harmonisation et de coordination entre professionnels de santé en milieu hospitalier et en ville, pour pouvoir effectuer un transfert de l'hôpital à la ville dans les meilleures conditions possibles pour le patient ;
- Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par des professionnels de santé de ville. Cette action, pour nous la plus importante, montre bien qu'il y a une volonté de l'Etat de développer des soins palliatifs en ville. En effet, un encouragement financier est proposé depuis déjà plusieurs années pour les projets de professionnels de santé coordonnés, dont le pharmacien peut faire partie, ainsi que la création des Plateformes Territoriales d'Appui pour permettre de rendre les compétences disponibles au plus grand nombre ;
- Faciliter la formation continue des professionnels au contact des personnes en fin de vie, en soutenant le financement « retour et maintien à domicile ». Cela montre une nouvelle fois l'engagement de l'Etat vis à vis des professionnels de santé pour les aider au niveau financier pour pouvoir se former. En effet, ce n'est qu'une fois formés que les professionnels de santé dont le pharmacien se sentiront plus aptes à prendre en charge des patients nécessitant des soins palliatifs ;
- Développer les compétences requises pour la prise en charge des patients atteints de pathologies spécifiques, en lien avec les autres plans tel que le plan cancer. Cela montre une nouvelle fois le désir du gouvernement lors de la rédaction de ce plan de former les professionnels de santé et surtout les faire travailler tous ensemble, en étant en interprofessionnels.
- Soutenir les proches aidants de patients en fin de vie en favorisant l'accès à des solutions de répit pour le patient et les aidants. Cette action permet grâce à l'Allocation Journalière pour l'accompagnement d'un proche en fin de vie, d'avoir un aidant toujours présent auprès de la personne en situation palliative. Grâce à cela, les professionnels de santé peuvent avoir un contact privilégié et proche de la personne malade.

On voit donc que le gouvernement se mobilise pour mettre en place des solutions permettant d'avoir des soins palliatifs à domicile et ainsi pouvoir respecter les choix des patients souhaitant mourir à la maison, dans la dignité et le respect [37].

De plus, il apparaît que les personnes en France souhaitent, si cela est possible, mourir chez elle, entourée de leurs proches. En effet, à la question concernant la prise en charge et l'accompagnement des personnes en fin de vie et ce qui serait utile, 95% des personnes ont répondu qu'il serait utile de développer des soins palliatifs pour que toute personne puisse y accéder, que cela soit en institution ou a domicile. De plus, il est important pour 95% des personnes interrogées de développer des programmes d'information pour aider les familles à connaître leurs droits et les dispositifs d'aide. On voit bien que le pharmacien peut s'insérer dans ce dispositif, étant donné que ce dernier peut tendre à développer les soins palliatifs en ville, mais également fournir de nombreuses informations aux familles des patients. Ce livret pourrait servir non seulement à titre informatif pour le pharmacien, mais aussi pour la famille, qui pourrait ainsi s'informer et s'orienter si besoin [35].

**Question :** Pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en fin de vie, pensez-vous qu'il soit très utile, utile ou pas utile... ?

	TOTAL Utile (%)	Très utile (%)	Utile (%)	Pas utile (%)	Vous ne savez pas (%)	TOTAL (%)
• D'apprendre aux personnels de santé à soulager toutes les douleurs et à accompagner les personnes en fin de vie ...	97	78	19	1	2	100
• De développer les soins palliatifs pour que toute personne puisse y accéder, en particulier à domicile et en maison de retraite ..	95	68	27	2	3	100
• De développer des programmes d'information pour aider les familles à connaître leurs droits et les dispositifs d'aide .....	95	65	30	2	3	100
• De soutenir les initiatives qui aident les parents à aborder la question de la mort avec leurs enfants .....	93	56	37	3	4	100

Capture d'écran d'un tableau illustrant l'opinion des français concernant la prise en charge des personnes en fin de vie. Tiré d'un sondage IFOP « Les français et la fin de vie de décembre 2014

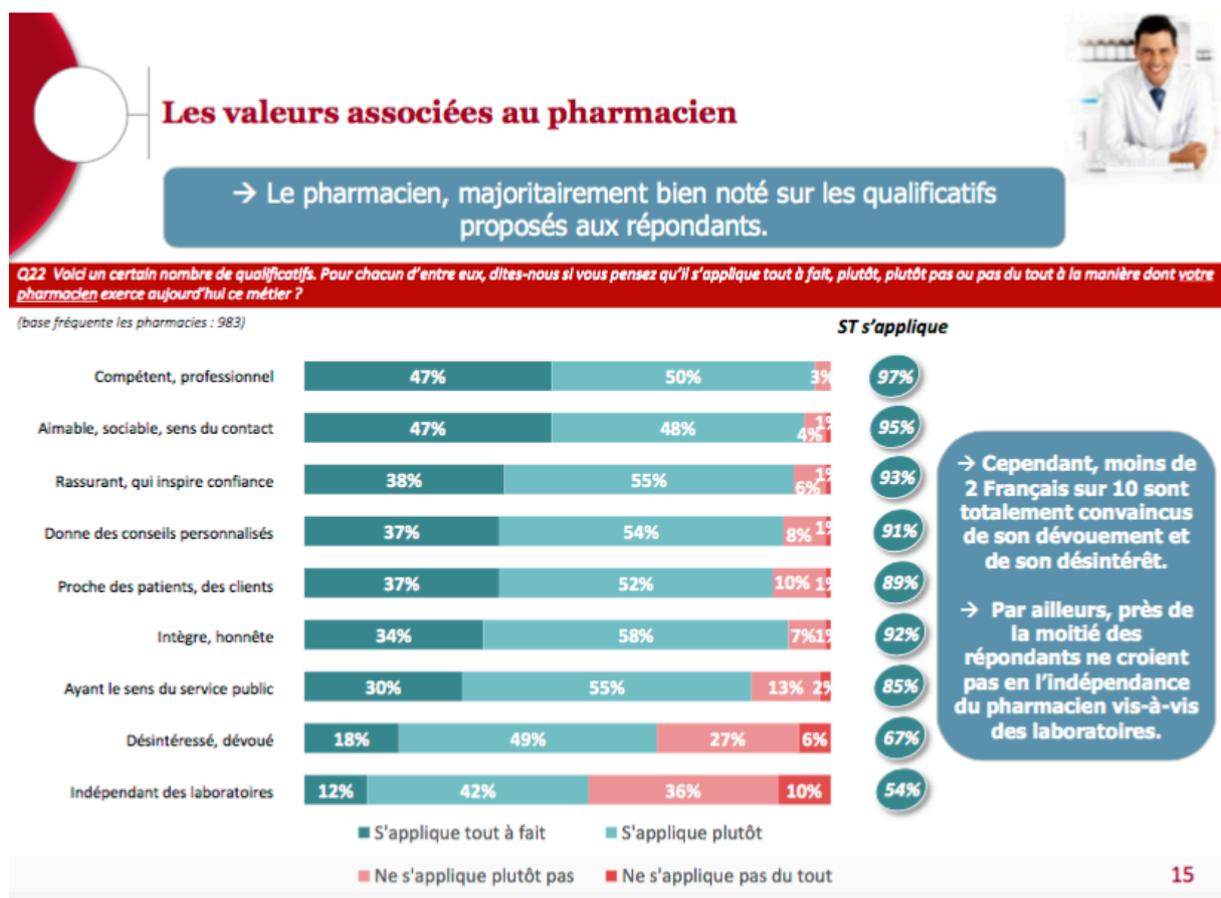
Source : [http://www.ifop.com/media/poll/2892-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2892-1-study_file.pdf)

Nous pouvons nous poser la question de savoir s'il est cohérent que le pharmacien puisse entrer dans un système de soins prenant en charge les personnes en situation palliative. Il est à

noter que le pharmacien, en tant que premier maillon du système de santé, est le professionnel de santé le plus facile à joindre.

D'après une étude IFOP de janvier 2014, interrogeant 1003 personnes représentant la population française majeure, le pharmacien est un acteur majeur de la santé des français. On peut ainsi voir plusieurs choses :

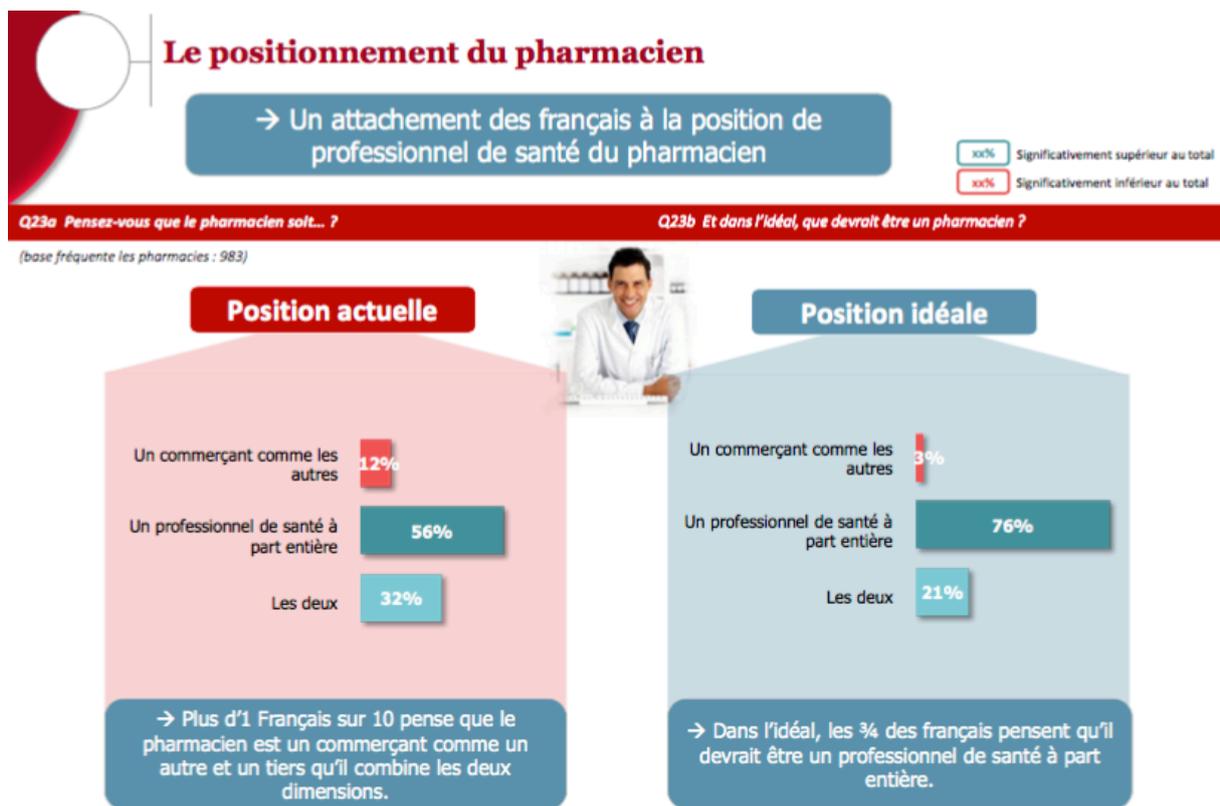
- Le pharmacien est un professionnel de santé, compétent et professionnel pour une grande majorité des patients (97%). La plupart trouve qu'il inspire confiance (93%) et donne de bons conseils (91%) tout en restant proche des patients (89%).



Capture d'écran illustrant les valeurs associées au pharmacien, tiré d'un sondage IFOP « Les français et la pharmacie » de janvier 2014

Source : [http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study_file.pdf)

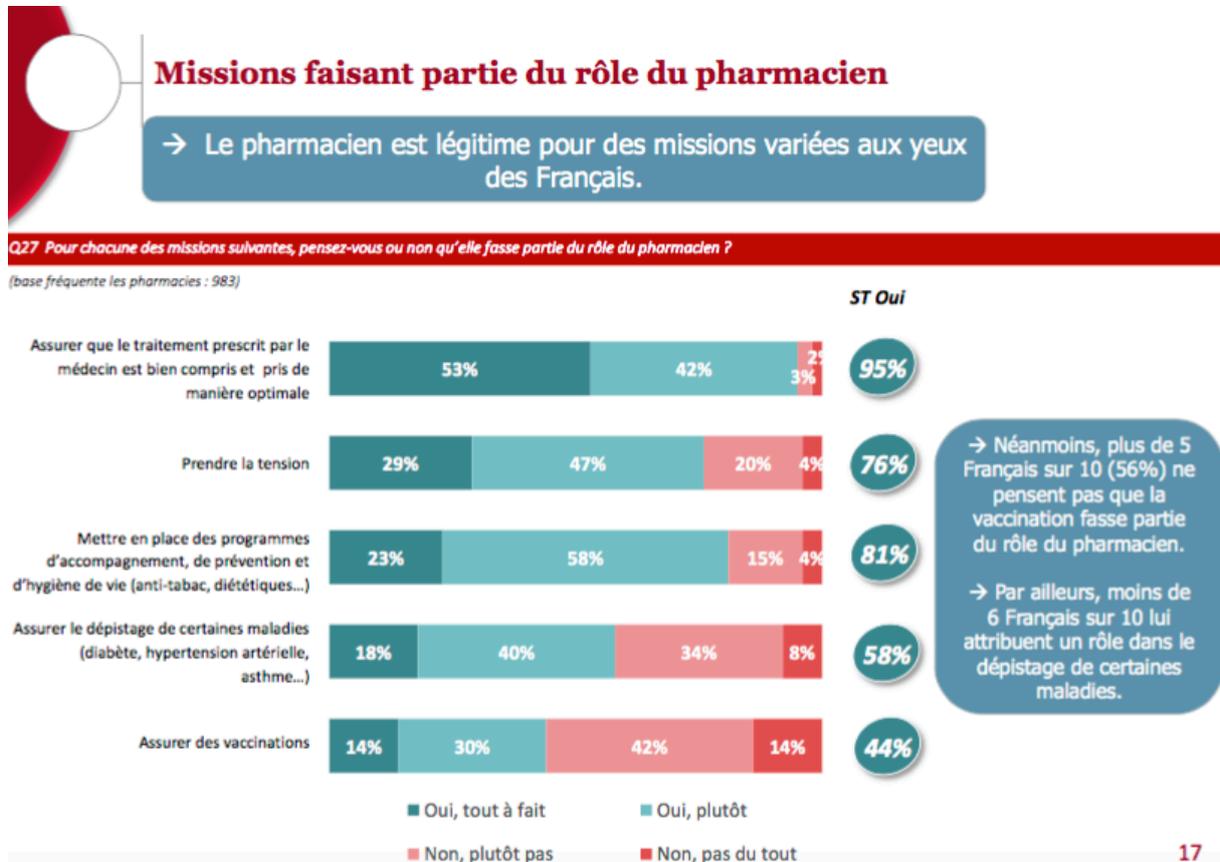
- Les patients pensent que le pharmacien est un commerçant, mais aussi un professionnel de santé à part entière :
  - o 56% des personnes interrogées trouvent que le pharmacien est un professionnel de santé ;
  - o 32% trouvent que ce dernier combine son rôle de commerçant et de professionnel de santé ;
  - o 12% pensent que le pharmacien est un commerçant comme les autres. Les nouvelles missions qui pourraient lui être confiées devraient lui permettre de modifier cette image.
- 76% des français pensent que le pharmacien devrait avant tout être un professionnel de santé à part entière ;
- 21% pensent qu'il devrait combiner son rôle de commerçant et professionnel de santé.



Capture d'écran illustrant le positionnement du pharmacien tiré d'un sondage IFOP « Les français et la pharmacie » de janvier 2014

Source : [http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study_file.pdf)

- Enfin, cette étude montre également que pour 81% des personnes interrogées, le pharmacien a aussi pour mission de mettre en place des programmes de prévention et d'accompagnement. Ces programmes peuvent être de l'aide aux personnes en situation palliative, pour mettre en place et suivre ces derniers.



Capture d'écran illustrant les missions faisant partie du rôle de pharmacien tiré d'un sondage IFOP « Les français et la pharmacie » de janvier 2014

Source : [http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study_file.pdf)

Nous avons donc vu qu'il y a une réelle demande de la part de la population française concernant les soins palliatifs en ville et que le gouvernement, grâce notamment au Plan National Triennal pour le Développement des Soins Palliatifs et l'Accompagnement en Fin de Vie 2015-2018 cherche à aider cet essor. Le pharmacien peut avoir un rôle à jouer dans ce système, et ainsi encore mieux assumer son rôle de professionnel de santé et d'acteur de santé publique. Pourtant, nous avons vu dans notre étude que 88,4% des professionnels de santé interrogés estiment manquer de formations et d'informations sur les soins palliatifs et la manière de gérer les patients, ainsi que leurs aidants. Le livret pourrait ainsi leur permettre de se sentir plus à l'aise, et aborder plus sereinement le thème de la fin de vie dans leur officine [36].

## **2) Conception du livret et diffusion :**

Pour concevoir ce livret nous avons plusieurs conditions qui nous semblaient vraiment importantes. Tout d'abord, il fallait qu'il soit court et concis. En effet, s'il était trop grand et trop long, il perdrait de son intérêt. La sobriété et une petite taille permet de le rendre pratique et de centrer les choses sur l'essentiel. Nous nous sommes inspirés de plusieurs livrets déjà disponibles :

- La « Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception » édité par la clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de supports du centre hospitalo-universitaire de Grenoble ;
- Le livret de l'association JALMALV de Grenoble ;
- Le livret de clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de support du centre hospitalo-universitaire de Grenoble.

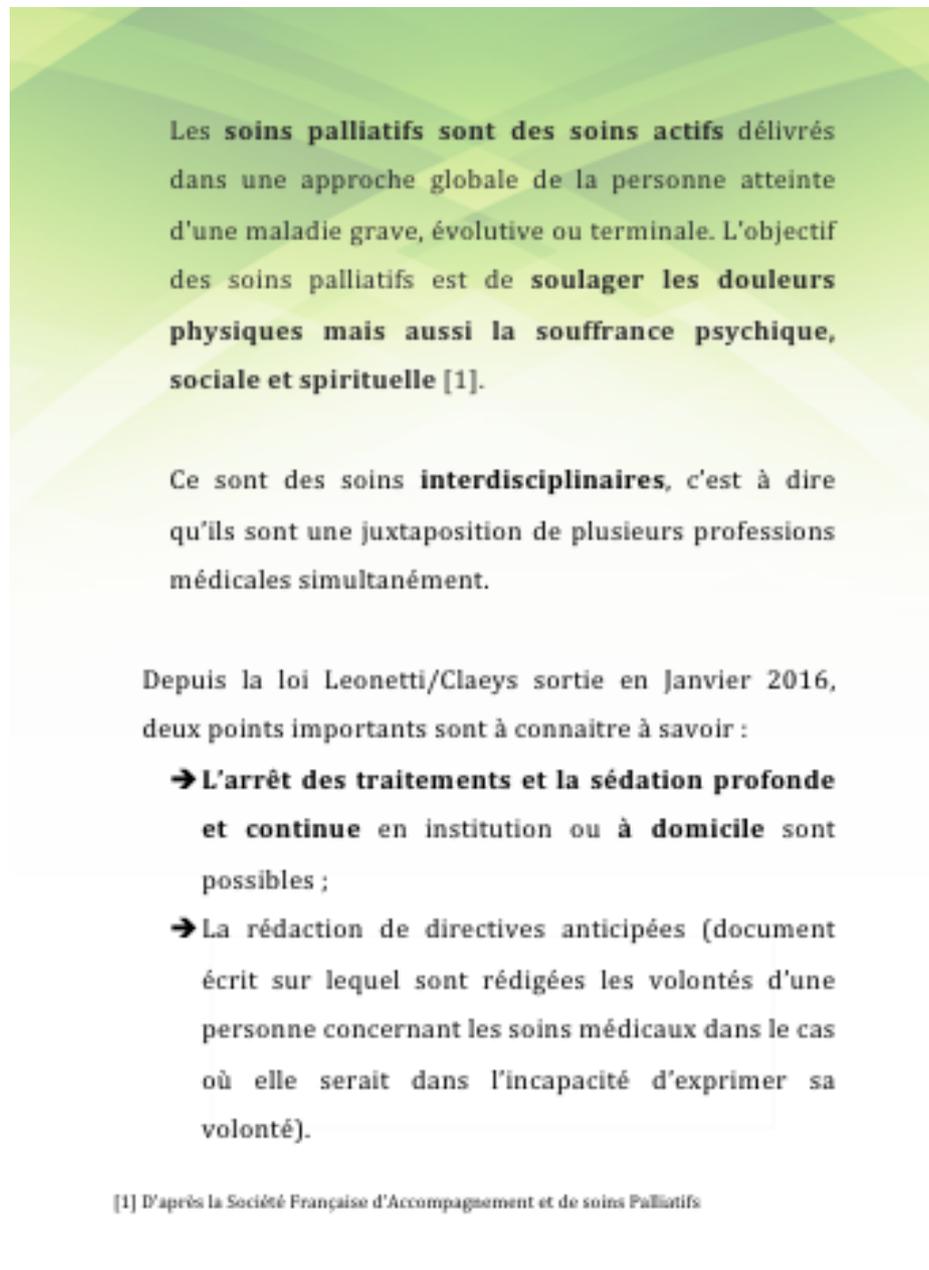
Ce guide se voulant pratique, il nous semblait important de le centrer autour de plusieurs choses :

- Une couverture claire avec une photo, pour donner envie de le lire et surtout pour pouvoir le retrouver facilement dans l'officine ;



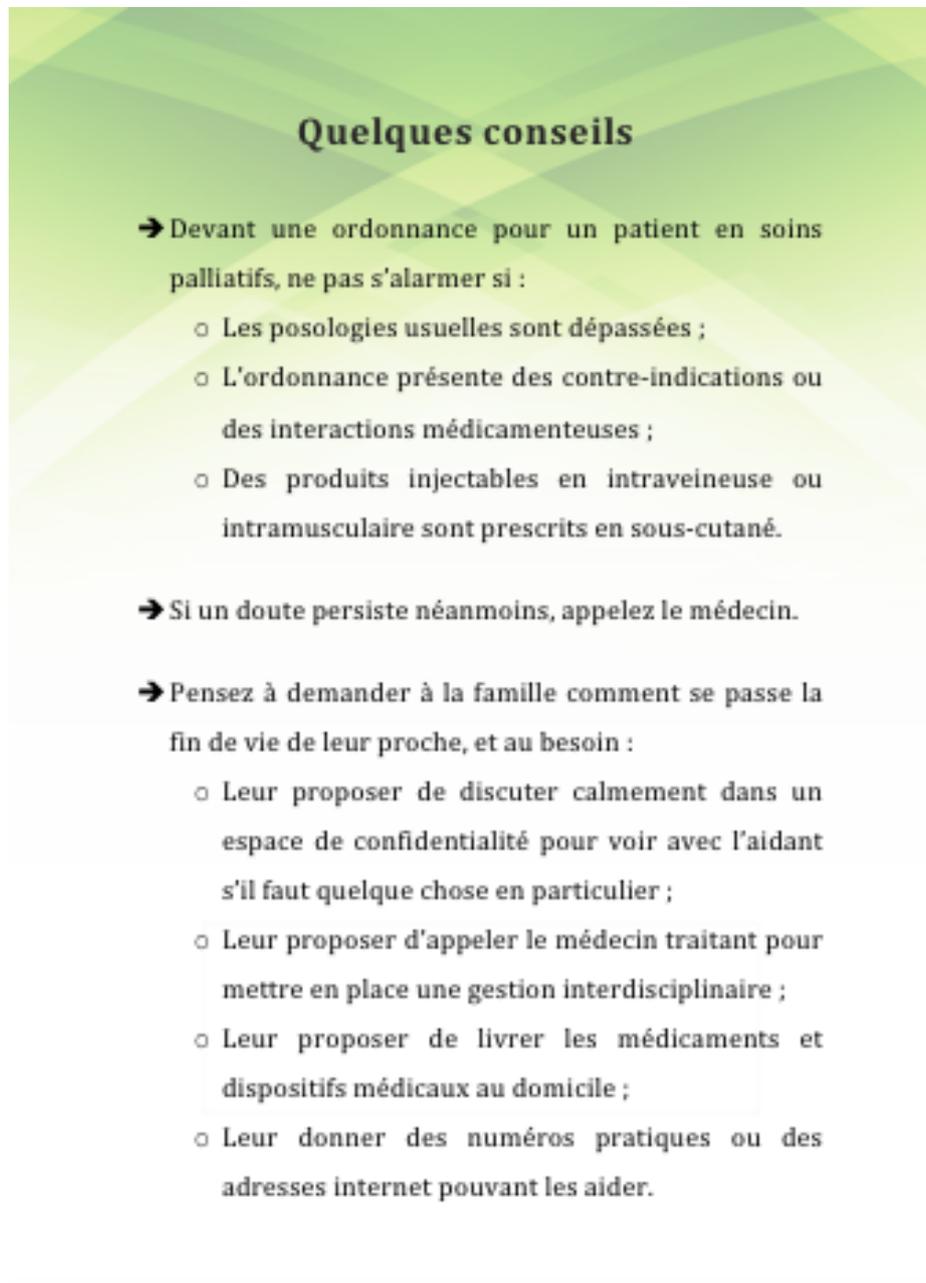
Capture d'écran illustrant une ébauche de livret

- Une première page expliquant succinctement ce que sont les soins palliatifs, avec quelques mots clés et définitions ;



Capture d'écran illustrant une ébauche de livret

- Une deuxième page avec des conseils pour savoir comment réagir face à une personne se présentant avec une ordonnance de patient en situation palliative ;



Capture d'écran illustrant une ébauche de livret

- Une dernière page présentant les contacts de la région pouvant être utiles, avec notamment des numéros d'information pour le pharmacien mais aussi pour la famille si cette dernière en éprouve le besoin.

**En cas de besoin**

→ Pensez à consulter les sites internet suivants en cas de questions :

- Site de la société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs : <http://www.sfap.org>
- Mieux connaître les directives anticipées : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>
- S'informer sur les soins palliatifs : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/beneficier-de-soins-palliatifs-domicile>

→ Numéros utiles :

- Médecin traitant du patient et équipe infirmière en charge du patient ;
- Permanence téléphonique des soins palliatifs en Isère : 0 800-806-212 24/24 et 7 jours sur 7 ;
- Si besoin le secrétariat des soins palliatifs du CHU de Grenoble: 04-76-76-56-67.

Capture d'écran illustrant une ébauche de livret

## Livret d'accompagnement du pharmacien d'officine pour la délivrance de médicaments aux patients en soins palliatifs



Par Mathieu BALLOT, pharmacien  
Présenté lors de la soutenance de la thèse de docteur en pharmacie août 2017

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 mais aussi la souffrance psychique, sociale et spirituelle** [1].

Ce sont des soins **interdisciplinaires**, c'est à dire qu'ils sont une juxtaposition de plusieurs professions médicales simultanément.

Depuis la loi Leonetti/Claeys sortie en Janvier 2016, deux points importants sont à connaître à savoir :

- **L'arrêt des traitements et la sédation profonde et continue** en institution ou à **domicile** sont possibles ;
- La rédaction de directives anticipées (document écrit sur lequel sont rédigées les volontés d'une personne concernant les soins médicaux dans le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté).

[1] D'après la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

### Quelques conseils

- Devant une ordonnance pour un patient en soins palliatifs, ne pas s'alarmer si :
  - Les posologies usuelles sont dépassées ;
  - L'ordonnance présente des contre-indications ou des interactions médicamenteuses ;
  - Des produits injectables en intraveineuse ou intramusculaire sont prescrits en sous-cutané.
- Si un doute persiste néanmoins, appelez le médecin.
- Pensez à demander à la famille comment se passe la fin de vie de leur proche, et au besoin :
  - Leur proposer de discuter calmement dans un espace de confidentialité pour voir avec l'aidant s'il faut quelque chose en particulier ;
  - Leur proposer d'appeler le médecin traitant pour mettre en place une gestion interdisciplinaire ;
  - Leur proposer de livrer les médicaments et dispositifs médicaux au domicile ;
  - Leur donner des numéros pratiques ou des adresses internet pouvant les aider.

### En cas de besoin

- Pensez à consulter les sites internet suivants en cas de questions :
  - Site de la société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs : <http://www.sfap.org>
  - Mieux connaître les directives anticipées : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>
  - S'informer sur les soins palliatifs : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/beneficier-de-soins-palliatifs-domicile>
- Numéros utiles :
  - Médecin traitant du patient et équipe infirmière en charge du patient ;
  - Permanence téléphonique des soins palliatifs en Isère : 0 800-806-212 24/24 et 7 jours sur 7 ;
  - Si besoin le secrétariat des soins palliatifs du CHU de Grenoble: 04-76-76-56-67.

Exemple de mise en page du livret pour illustration

Pour terminer, nous nous sommes posés la question de la diffusion de ce livret.

- Pour cela, il nous semblait important de cibler la région qui bénéficiera du livret. En effet, ce livret n'est intéressant que s'il est pratique et destiné au pharmacien d'officine de la région.
- Le numéro de téléphone du centre hospitalo-universitaire qui est affiché en dernière page doit correspondre à une structure pouvant aider le pharmacien et être proche de lui.
- Pour cela, il faudrait des contacts avec l'Agence Régionale de Santé de chaque région pour obtenir les numéros des services de soins palliatifs et d'Hospitalisation à Domicile permettant d'obtenir des renseignements si besoin.
- Il faut noter que ce sont généralement les médecins prescrivant ces soins qui sont les interlocuteurs privilégiés du pharmacien en cas de besoin.
- Il serait intéressant de diffuser ce livret dans les officines, soit en obtenant les adresses mails de toutes les officines par l'Ordre National des Pharmaciens pour le transmettre, soit directement les livrer en format papier si cela est possible et si un financement existe.
- Diffuser ce livret dans les facultés de pharmacie, tout en y insérant un module sur les soins palliatifs, pour que les pharmaciens de demain soient mieux formés sur les soins palliatifs et arrivent compétents dans ce domaine serait une bonne idée. En effet, il y a peu de cours concernant les soins palliatifs à la faculté, et c'est l'un des objectifs du plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.

La mesure 4 avec l'action 4-1 le définit comme suit : « Faire travailler ensemble les professionnels autour des soins palliatifs : inciter à la création d'une unité d'enseignement interdisciplinaire pour les étudiants des différentes filières de formation en santé ». Ce livret s'inscrirait donc totalement dans les études pharmaceutiques.

- La diffusion de ce livret via des médias spécialisés dans le métier de pharmacien telle que le magazine « Le moniteur des pharmaciens » ou le site de l'ordre des pharmaciens permettrait encore d'élargir la diffusion de ce livret.

# CONCLUSION

La population française vieillit, c'est un fait. En effet : les progrès de la médecine, couplés à l'arrivée très prochaine d'un « papy-boom » font que les français vivent plus longtemps, plus nombreux, et dans de meilleures conditions. Malgré cela, il arrive forcément un jour où ces derniers sont en fin de vie. Actuellement, de nombreuses personnes veulent terminer leur vie chez eux, entourées de leurs proches.

On trouve depuis plusieurs années une détermination de la part des pouvoirs publics de promouvoir les soins palliatifs. En témoignent la loi Leonetti / Claeys de Janvier 2016, ou encore le plan national triennal 2015-2018 pour le développement des soins palliatif et l'accompagnement en fin de vie. Cette volonté, associée à celle des professionnels de santé, montre que le développement des soins palliatifs à domicile est possible. Pour cela, une implication de chacun est nécessaire, mais n'est pas possible sans formation.

Nous nous sommes interrogés sur la place du pharmacien d'officine dans les soins palliatifs, et sur sa formation. Suites aux questions posées à nos futurs confrères, les réponses nous ont montré que les pharmaciens, connaissaient de nombreuses choses sur les soins palliatifs, et avaient envie de s'impliquer dans cette discipline encore trop peu étudiée et enseignée dans notre profession. Il apparaît clairement que mes futurs confrères avaient besoin de formation et d'information sur ces soins.

Nous avons commencé par expliquer ce que sont les soins palliatifs, avec des définitions et un historique montrant toute leur complexité. Puis nous avons détaillé le métier de pharmacien d'officine, mais aussi sa place dans un réseau de soins palliatifs. Pour terminer, un point sur les soins palliatifs à l'étranger nous a paru important.

Montrer notre expérience en tant que futur pharmacien d'officine dans le Diplôme Universitaire de soins palliatifs que nous avons suivi nous a semblé important, et nous immerger dans le milieu hospitalier et plus particulièrement celui des soins palliatifs nous a permis de nous rendre compte de la réalité de ce milieu.

Enfin, nous avons soumis un questionnaire à nos futurs confrères et leurs collaborateurs, pour savoir ce que ces derniers connaissaient et pensaient des soins palliatifs.

Après cet état des lieux de la situation actuelle et des connaissances du pharmacien d'officine par rapport aux soins palliatifs en ville, nous avons décidé de créer une ébauche de livret, servant ainsi de plaquette d'information pour le pharmacien d'officine, qui se retrouvera de plus en plus confronté à ce type de patients.

Le pharmacien possède les capacités de s'intégrer dans le maillage prenant en charge les patients en situation palliative, il ne lui manque plus que l'impulsion pour se lancer dans ce nouveau challenge.

Il faut dès à présent saisir cette opportunité de se former, pour exploiter les compétences du pharmacien encore trop sous-estimées, et ainsi lui redonner sa place en tant que professionnel de santé, et premier maillon de la chaîne médicale.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Grenoble, le :**

**LE DOYEN**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**

**Pr. Michel SÈVE**

**Docteur Jean Breton**

# Bibliographie

[1] Historique de l'accompagnement de la fin de vie et des soins palliatifs, extrait de la thèse du Docteur LEFEBVRE (octobre 2008). Repéré à : <http://benevole-accompagnant-fin-de-vie.blogspot.fr/2008/10/historique-de-laccompagnement-de-la-fin.html>

[2] Premier cours du Diplôme Universitaire de soins palliatifs du 8 octobre 2015 Par Nicole CARLIN, cadre de santé au CHU de Grenoble.

[3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (décembre 2002). Repéré à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt\\_soins\\_palliatifs\\_recommandations\\_finales\\_mise\\_en\\_ligne.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf)

[4] Portail des soins palliatifs en Wallonie, Définition des soins palliatifs par l'OMS. Repéré à : <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>

[5] Définition et organisation des soins palliatifs en France. Repéré à : <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

[6] Association pour le développement des soins palliatifs Tarn, historique des soins palliatifs. Repéré à : <http://asp-tarn.fr/doc/historique.pdf>

[7] Unité de soins palliatifs la Mirandière : historique des soins palliatifs : <http://www.usp-lamirandiere.com/historique.htm>

[8] Essai sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen âge à nos jours, de Phillippe Ariès. Repéré à : <http://bruegel.pieter.free.fr/aries.htm#1>

[9] Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, Cicely SAUNDERS, pionnière des soins palliatifs au Royaume-Uni (6 octobre 2015). Repéré à : <http://www.soin-palliatif.org/actualites/cicely-saunders-pionniere-soins>

[10] Association des soins palliatifs de PACA, définitions. Repéré à : <http://www.apsp-paca.net/pdf-apsp/definitions.pdf>

[11] Ordre national des pharmaciens, La Pharmacie (8 Juillet 2016). Repéré à : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie>

[12] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (22 juillet 2009). Repéré à : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI0000208794\\_90](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI0000208794_90)

[13] Code de la santé publique (version consolidée au 1<sup>er</sup> septembre 2016). Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

[14] Fichter Perrine. Réseaux de santé en soins palliatifs : quelle place pour le pharmacien d'officine ? Exemple du réseau Palliavie de Grenoble. 92 Pages. Thèse de sciences pharmaceutiques. Grenoble 2009.

[15] Lehoux Quentin. Rôle du Pharmacien d'officine dans la prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD) : une perspective ? Thèse de sciences pharmaceutiques. 2014. Lille 2014.

[16] Mazaleyrat Sophie. Le pharmacien d'officine, véritable acteur de santé publique : mise en place de différents outils pour la prise en charge du patient à l'officine et la coopération interprofessionnelle. 148 pages. Thèse de sciences pharmaceutiques. Limoges 2013.

[17] Palliative flash : Soins palliatifs au quotidien, le pharmacien et les soins palliatifs, numéro 31 : Février 2011.

[18] Extrait d'une interview de 2014 du Docteur Benoit BURUOCA, chef de service de l'unité de soins palliatifs de l'Hopital Saint-André à Bordeaux repéré à : <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20140611.AFP9361/soins-palliatifs-euthanasie-suicide-assiste-un-debat-complexe.html>

[19] Euthanasie : un droit strictement réglementé. Repéré à : [https://www.belgium.be/fr/sante/soins\\_de\\_sante/fin\\_de\\_vie/euthanasie](https://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/fin_de_vie/euthanasie)

[20] S'informer sur une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Repéré à : <http://www.guichet.public.lu/citoyens/fr/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide/index.html>

[21] La fin de vie en Suisse. Repéré à <http://www.exit-geneve.ch/But2menu.htm>

[22] L'euthanasie en Europe. Repéré à : <http://www.touteurope.eu/actualite/l-euthanasie-en-europe.html>

[23] Le tourisme de la mort en suisse, les échos. Repéré à : [http://www.lesechos.fr/21/08/2014/lesechos.fr/0203715117512\\_le---tourisme-de-la-mort---explose-en-suisse.htm](http://www.lesechos.fr/21/08/2014/lesechos.fr/0203715117512_le---tourisme-de-la-mort---explose-en-suisse.htm)

[24] Opinions about the new law on end-of-life issues in a sample of french patients receiving palliative care. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5251238/>

[25] Doit-on légaliser l'euthanasie ? Repéré à : <http://www.capital.fr/polemik/doit-on-legaliser-l-euthanasie-1223848>

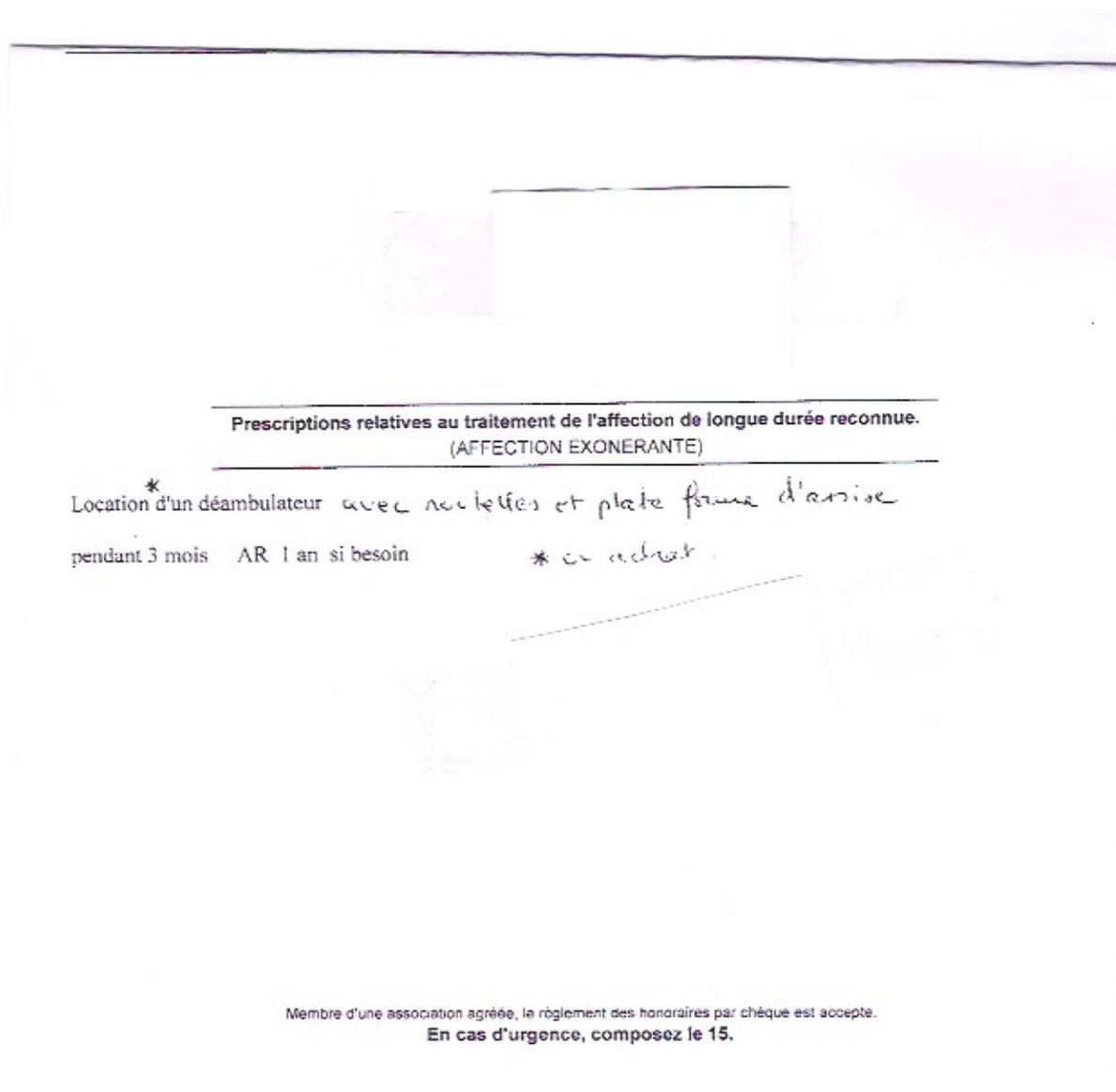
[26] Acharnement thérapeutique et euthanasie avant Marwa : trois cas emblématiques en France. Repéré à : <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/acharnement-therapeutique-et-euthanasie-avant-marwa-trois-cas-emblematisques-en-france-02-03-2017-6727128.php>

[27] Le regard des français sur la fin de vie, sondage IFOP repéré à : [http://www.ifop.com/media/poll/2818-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2818-1-study_file.pdf)

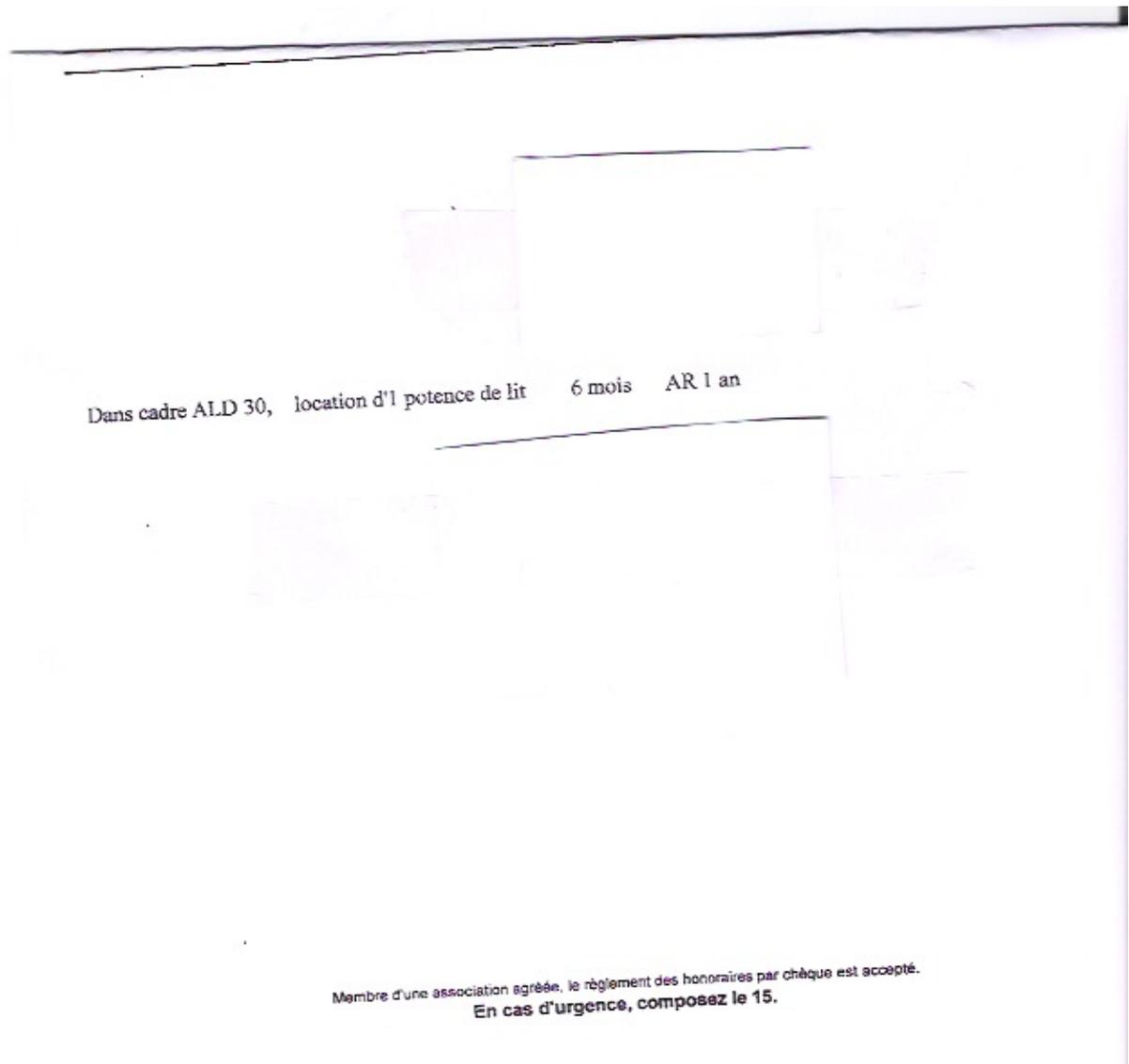
- [28] Hurry up and die, Japan's deputy PM tells old folk. Repéré à : <http://www.smh.com.au/world/hurry-up-and-die-japans-deputy-pm-tells-old-folk-20130122-2d5uf>
- [29] Cairn info : John Stuart Mill et le paternalisme libéral. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2012-2-page-279.htm>
- [30] Les diplômes universitaires : comment ça marche. Repéré à : <http://www.lavoixletudiant.com/etudes/la-poursuite-detudes/luniversite/21094/les-diplomes-universitaires/>
- [31] Catalogue de formation continue par l'Université Grenoble alpes. Repéré à : [https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/system/files/Sante/FMC/liste\\_des\\_formations\\_2017-2018\\_mise\\_a\\_jour\\_au\\_13-06-17.pdf](https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/system/files/Sante/FMC/liste_des_formations_2017-2018_mise_a_jour_au_13-06-17.pdf)
- [32] Présentation du Diplôme Interuniversitaire Soins palliatifs et accompagnement. Repéré à : <http://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue/du-diplome-d-universite-DU/sciences-technologies-sante-STS/diplome-inter-universitaire-soins-palliatifs-et-accompagnement-program-diplome-inter-universitaire-soins-palliatifs-et-accompagnement.html>
- [33] Support papier du programme collectif du Diplôme Universitaire « Bases en soins palliatifs ». Grenoble 2015/2016.
- [34] Questionnaire Google Forms « Le pharmacien d'officine et les soins palliatifs. Repéré à : [https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw\\_vjtqOtEjkGP\\_yghQJonw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1GqmCyGYglgeY10HwRfNGBw_vjtqOtEjkGP_yghQJonw/edit)
- [35] Les français et la fin de vie. Sondage IFOP repéré à : [http://www.ifop.com/media/poll/2892-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2892-1-study_file.pdf)
- [36] Les français et la pharmacie. Sondage IFOP repéré à [http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study_file.pdf)
- [37] Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Repéré à : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf)
- [38] Philippe Catteau. Je n'ai pas tué mon père. ISBN : 9782749155128. 2017. Editions du Cherche Midi.

# Annexes

## 1) Ordonnances de la patiente citée lors de mon stage en officine :



Capture d'écran d'une ordonnance de la patiente en soins palliatifs citée lors de mon stage en officine



Capture d'écran d'une ordonnance de la patiente en soins palliatifs citée lors de mon stage en officine

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue.  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

- Essai eau gélifiée 1 portion/ jour + autres boissons à la demande
- Si prise de boissons insuffisante (Inf à 500 ml /24h tous liquides confondus),  
Perfusion sous- cutanée de Glucosé 5% 500 ml à passer sur la nuit + aiguilles ss cut et tubul.  
par IDE à domicile QSP 2 semaines AR 1 fois si besoin
- Location d'une poche 6 mois.

Capture d'écran d'une ordonnance de la patiente en soins palliatifs citée lors de mon stage en officine

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

Arrêt Topalgic.

Relais par SURGESIC dose microgrammes.  
un patch / sixante-douze heures  
à poser par IDE à domicile.  
quantité pour vingt-huit jours.  
Ph Nodelou

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Capture d'écran d'une ordonnance de la patiente en soins palliatifs citée lors de mon stage en officine

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (li te ou hors liste)  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Arrêt Nohilium - Relais par

PRIMIPERAN :

1 dose 10ml 2 à 3 fois / jour avant les repas.  
ou 1 cp 2 à 3 fois / jour avant les repas.

- SOLUPRED 20mg orodispersible  
2 cps le matin lors du petit déjeuner.

QSP 1 mois

- PARACÉTANOL 1000mg Dr  
1 sachet toutes les 6 à 8h  
Max 3 sachets / jour QSP 1 moi

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

~~PARACÉTANOL~~ - INOXIPROFEN 10mg 2 sachets à soir  
QSP 1 mois

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'ame de et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

IMP COSTE AUBENAS

S 3321b

Capture d'écran d'une ordonnance de la patiente en soins palliatifs citée lors de mon stage en officine

## 2) Exemples de livret :

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

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

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

Hôpital Nord

Unité de Soins Palliatifs

Arrêt tram Michallon

Hôpital Albert Michallon

Hôpital Nord - RC Haut - Hall Chartreuse

CHU de Grenoble - BP - 217  
38043 Grenoble Cedex 09  
04 76 76 75 75

CHU GRENOBLE

CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS  
et  
DE COORDINATION  
EN SOINS DE SUPPORT

Coordination  
en Soins de Support

Equipe Mobile  
de Soins Palliatifs

Unité  
de Soins Palliatifs

Clinique de Soins Palliatifs  
Responsable médical : Dr. Guillemette LAVAL

Exemple du livret d'information de la clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de support du centre hospitalo-universitaire de Grenoble

<h3>Coordination en Soins de Support</h3>	<h3>Equipe Mobile de Soins Palliatifs</h3>	<h3>Unité de Soins Palliatifs</h3>
<p>La Clinique assure la Coordination des Soins de Support sur le CHU de Grenoble, c'est-à-dire qu'elle veille à faciliter l'accès aux compétences professionnelles au service du patient (douleur, nutrition, prise en charge psychologique et d'accompagnement social...) à toutes les phases de la maladie grave.</p>	<p>L'équipe (EMSP) est pluridisciplinaire et mobile, sans lit d'hospitalisation. Sa mission est de développer les soins palliatifs et l'accompagnement. Elle collabore avec les professionnels de santé en vue de les aider à soulager le patient, à améliorer son confort et à l'accompagner ainsi que ses proches.</p> <p>Les soins sont centrés sur une approche globale prenant en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'évaluation et le traitement de la douleur,</li> <li>✓ L'évaluation et le traitement de symptômes difficiles : respiratoires, digestifs, neurologiques...</li> <li>✓ L'évaluation et les conseils en soins infirmiers, kinésithérapie, relaxation...</li> <li>✓ L'accompagnement psychologique et social du patient, de la famille et de l'entourage, concernés par la maladie grave et le deuil,</li> <li>✓ Le soutien des professionnels confrontés à des situations complexes ou à des questionnements éthiques difficiles.</li> </ul>	<p>L'Unité de Soins Palliatifs (USP) est une unité d'hospitalisation de 10 lits. L'équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels et de bénévoles formés à l'accompagnement et aux soins palliatifs. Sa mission est d'accueillir des patients atteints d'une maladie grave et évolutive quel que soit leur lieu d'origine : domicile, service hospitalier et autre établissement de soins. L'admission en USP est réservée aux situations les plus complexes.</p> <p>Les soins sont centrés sur une approche globale prenant en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La prise en charge de la douleur, des autres symptômes, des difficultés psychologiques et sociales,</li> <li>✓ Les questionnements éthiques autour du projet thérapeutique,</li> <li>✓ Le confort et la qualité de vie du patient,</li> <li>✓ Le soutien de l'entourage : la famille et les proches sont les bienvenus à tout moment dans l'Unité. Une salle de repos est à leur disposition.</li> </ul>
<p>Pour toute demande de Coordination contacter le secrétariat</p>	<p>Pour toute demande d'intervention dans un service ou pour une consultation, contacter le secrétariat</p>	<p>Pour toute demande d'admission par l'équipe médicale référente, contacter le secrétariat</p>
<p>Secrétariat de La Coordination Tél. 04 76 76 76 97 (répondeur en cas d'absence) Fax. 04 76 76 56 10 <a href="mailto:coordinationsupport@chu-grenoble.fr">coordinationsupport@chu-grenoble.fr</a></p>	<p>Secrétariat de l'EMSP Tél. 04 76 76 56 87 (répondeur en cas d'absence) Fax. 04 76 76 56 10 <a href="mailto:soinspalliatifs@chu-grenoble.fr">soinspalliatifs@chu-grenoble.fr</a></p>	<p>Secrétariat de l'USP Tél. 04 76 76 61 27 Fax. 04 76 76 61 28 <a href="mailto:soinspalliatifs@chu-grenoble.fr">soinspalliatifs@chu-grenoble.fr</a></p>
<p>Du lundi au vendredi (de 8h à 17h) Rez de chaussée haut (entrée chartrouse)</p>	<p>Du lundi au vendredi (de 8h à 17h) Rez de chaussée haut (entrée chartrouse)</p>	<p>Du lundi au vendredi Rez de chaussée haut (entrée chartrouse)</p>

Exemple du livret d'information de la clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de support du centre hospitalo-universitaire de Grenoble

Quelques repères  
dans l'histoire de JALMALV

La première association JALMALV a été créée en 1983 à Grenoble.  
En 1987 JALMALV est devenue une Fédération nationale qui regroupe actuellement environ 70 associations.

En 1985 est créée la Revue JALMALV.

La Fédération est reconnue d'utilité publique en 1993.

oooooooooooo

JALMALV-Grenoble fait partie du réseau de soins palliatifs PALLIAVIE.

Elle est présente au sein du CLABH, Comité de Liaison des Associations de Bénévoles à l'Hôpital.

Elle est membre de la Société Française de Soins Palliatifs SFAP et de l'Association Européenne de Soins Palliatifs EAPC.

Extraits des statuts  
de la  
Fédération des Associations  
Jalmalv

Celle-ci a pour but :

« de contribuer à faire évoluer les attitudes face à la mort ; d'améliorer, dans le souci de la globalité de la personne, le soutien tant des malades en phase terminale que de leur famille et des soignants ».

« L'accompagnement et les Soins Palliatifs qu'il comporte doivent offrir au mourant et à ses proches, la possibilité de vivre la fin de sa vie, sans avoir ni à en hâter la fin, ni à la prolonger par des thérapeutiques acharnées »

Les associations JALMALV agissent dans le respect des convictions de chacun.  
Elles sont indépendantes de tout courant de pensée religieuse ou philosophique.

# JALMALV GRENOBLE



Jusqu'à la mort  
accompagner la vie

4 bis rue Hector Berlioz  
38000 GRENOBLE

☎ 04 76 51 08 51  
asso-jalmalv.grenoble@orange.fr

Exemple du livret d'information de l'association JALMALV de Grenoble

**J**almalv Grenoble vous propose :

- des ateliers

Face à la mort où en suis-je dans ma vie ?  
 Dans l'année, six réunions ouvertes à tous, de réflexion et de rencontre autour d'un thème.

Groupe de rencontre pour des personnes vivant un accompagnement dans leur entourage. Une réunion tous les deux mois.

Lecture de la Revue : échanges à partir des articles paru dans la Revue, 4 fois par an.

- pour l'accueil et l'accompagnement de personnes en deuil  
 Ecoute Deuil 04 76 03 13 11  
 Accueil, entretiens ou groupe d'entraide

Jalmalv vous propose également :

- des conférences
- des soirées de réflexion à Grenoble ou organisées à Montbonnot par l'antenne Grésivaudan,
- une bibliothèque
- la revue de la Fédération JALMALV parution 4 fois /an. (Abonnement : 20€)

Pour plus de renseignements :  
 Tél : 04 76 51 08 51  
 asso-jalmalv.grenoble@orange.fr  
 Permanence au local :  
 4 bis rue Hector Berlioz à Grenoble  
 Le mardi entre 14h et 17h.

Tout être humain, quel que soit son état, appartient à la communauté des vivants et doit être respecté jusqu'à son dernier souffle.

L'association JALMALV propose une présence et un soutien aux personnes qui vivent la fin de leur vie ainsi qu'à leur famille. Elle forme et encadre des bénévoles accompagnants.

Elle est aussi un lieu d'échanges et suscite une réflexion sur la place de la mort dans la vie de chacun et dans la société.

Pour soutenir l'action de l'association, vous pouvez devenir adhérent.  
 Cotisation annuelle : 20€  
 Cotisation de soutien : 50€

**B**énévolat d'accompagnement :

Après un temps nécessaire de formation à l'écoute, les membres de Jalmalv-Grenoble peuvent s'engager dans l'accompagnement des malades en fin de vie ou de personnes en deuil.

Des équipes de bénévoles sont présentes dans différents lieux de soins :

- l'hôpital Michallon de Grenoble
- la Clinique Mutualiste
- Rocheplane à St Martin d'Hères
- la Maison Saint Jean au Touvet et la Maison Sainte Marie à Ste Marie d'Alloix
- L'EHPAD l'Abbaye
- .....ainsi qu'à domicile.

De nouvelles équipes de bénévoles sont appelées à se constituer pour répondre aux demandes venant d'autres établissements.

Exemple du livret d'information de l'association JALMALV de Grenoble

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Use of epidural analgesia in the treatment of cancer pain - evidence based recommendations from the European association for palliative care. A. Dawson, G. Hicks, S. Kaasa et al. Lancet Oncol 2012; 13:658-66.
2. EMOCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer). Standard Opioïdes, Recommandations OPIO pour les traitements analgésiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. 2002, en cours de reactualisation 2015-2016.
3. Opioïdes forts et douleurs liées au cancer : opioïdes géloïques et opioïdes équivalents ? N. Bédouff, J.M. Peller, M.L. Villerot, K. Lachard, G. Laval. Med Pall 2005; 3: 27-34.
4. Mise au point sur l'utilisation du Fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs chroniques cancéreuses nociceptives. P. Pagan, H. Mahévas, D. Annon et coll. Douleur Analgésic 2012; DOI: 10.1007/s11724-022-7.
5. Recommandations pour l'utilisation de l'Hydrocodone (hydrocodone d'opioïde) • Dossier produits - 2002.
6. Recommandation pour l'utilisation de la Sphindone® (sphindone d'opioïde) • Dossier produits - 1999.
7. Bon usage des dispositifs transdermiques de fentanyl. Groupe de travail de la SFAP - SFETD 2003. www.sfap.org.
8. Commission européenne. « Résumé des caractéristiques du produit ». Actiq® 2002. Actiq® 2006. Effonox® 2006. Insay® 2005. Palfen® 2010. Brevy® 2011.

Reactualisation :  
**Dr A. KANTCHEFF - Dr M. FABRE - Pr G. LAVAL**  
 Clinique de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support  
 CHU de Grenoble

Avec le soutien de la  
**Société Française  
 d'Accompagnement  
 et de Soins Palliatifs**  
 www.sfap.org



ET DURÉE MAXIMALE DE PRESCRIPTION

Spécialités concernées	Formes	Durée maximale
• Chlorhydrate de sulfate de morphine prolongée Amg 10 - 20 - 50 - 100 - 200 - 400 - 500 mg • Chlorhydrate d'opioïde prolongé DYVIMOR amp. 10 - 20 - 50 - 100 mg • Morphine solution buccale, amp. 10 et 20 mg • Morphine solution buccale, filtres préfabriqués en silicone (concentration anesthésique) • Dilués de morphine <b>SUBRAM®</b> : cp soluble 10 - 20 mg <b>ACTIVAN®</b> : gel 5 - 10 - 20 - 50 mg <b>OPANORM®</b> : cp et gélules prolongées enrobées <b>OPANORM®</b> : solution buccale 5 mg/ml, gélule = 1,25 mg <b>OPANORM®</b> : cp 5 - 10 - 20 mg <b>OPANORM®</b> : cp orodispersibles 2,5 - 5 - 10 mg	Amphocils, ampoules, comprimés, gélules, solution buccale, filtres préfabriqués en silicone, PSE, oral	7 jours 28 jours
• Dilués de morphine <b>ASSENTE®</b> cp 10 - 30 - 60 - 120 - 200 mg <b>SEKVAL®</b> gel 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg • Chlorhydrate d'opioïde <b>OPANORM®</b> cp 5 - 10 - 15 - 20 - 30 - 40 mg • Chlorhydrate d'hydromorphone <b>SEPHIDON®</b> gel 4 - 8 - 12 - 24 mg	Formes orales à libération prolongée (LP)/7ch	28 jours
• Dilués de morphine <b>KARVAL®</b> gel 20 - 50 - 100 mg	Formes orales à libération prolongée (LP)/2ch	14 jours
• Fentanyl <b>ACTIVAN®</b> : cp sublingual 125 - 250 - 500 - 1000 - 2000 µg <b>ACTIVAN®</b> : cp pour application buccale 125 - 250 - 500 - 1000 - 2000 µg <b>SEKVAL®</b> : gel 100 - 200 - 400 - 800 - 1200 µg <b>SEKVAL®</b> : cp 100 - 200 - 400 - 800 - 1200 µg <b>INSAV®</b> : patch 133 - 267 - 400 - 533 - 800 µg <b>INSAV®</b> : cp pour pulvérisation nasale 20 - 40 - 80 µg <b>INSAV®</b> : patch nasal 100 - 400 µg	Formes transmuqueuses à libération immédiate (LI)	Dépendant de la dose 7 jours
• Fentanyl <b>OPANORM®</b> : patch 125 - 250 - 500 - 1000 µg <b>FENTANYL TRANSDERMAL</b> : patch 125 - 250 - 500 - 1000 µg <b>FENTANYL SANDOZ</b> : patch 125 - 250 - 500 - 1000 µg <b>FENTANYL SANDOZ</b> : patch 125 - 250 - 500 - 1000 µg <b>FENTANYL SANDOZ</b> : patch 125 - 250 - 500 - 1000 µg <b>MARVEN®</b> : patch 12 - 18 - 24 - 36 - 48 - 72 - 100 µg	Dispositifs transdermiques à libération prolongée (LP)/7ch	Dépendant de la dose 14 jours

PSE : Passeuse tempore électronique PCA : Analgésie contrôlée par le patient

FÉDÉRATION DES ACTIVITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOINS DE SUPPORT DU CHU DE GRENOBLE-ALPES

## TABLE PRATIQUE D'ÉQUIANTALGIE DES OPIOÏDES FORTS DANS LA DOULEUR CANCÉREUSE PAR EXCÈS DE NOCICEPTION

Clinique de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support

B. P. 217 - CS 13217  
 38043 GRENOBLE Cedex 9  
 Tél. 04 76 76 76 87 - 04 76 76 66 67  
 coordination.support@chu.grenoble.fr  
 soinspalliatifs@chu.grenoble.fr

Exemple du livret d'information la table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception et de coordination en soins de support du centre hospitalo-universitaire de Grenoble

Dose / 24h	Morphine en mg						Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg		
	PO		SC		IV		PO		SC - IV		PO		Transdermique	Transmuqueux			
	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus				
20	2	3.5	10	1	1.5	8.5	0.5	1	1.5	10	1	1.5	6.5	0.5	1		
30	3	5	15	1.5	2.5	10	1	1.5	15	1.5	2.5	10	1	1.5			12
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	3	5	20	2	3	8		25
90	9	15	45	4.5	7.5	30	3	5	45	4.5	7.5	30	3	5			37
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	6	10	40	4	7	16		50
180	18	27	90	9	13.5	60	6	10	90	9	13.5	60	6	10			75
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	9	15	60	6	10	24		
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	12	20	80	8	13	32		100
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	15	25	100	10	17	40		125
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	18	30	120	12	20	48		150
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	20	33	133	13	22			
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	24	40	160	16	27	64		200
540	54	80	270	27	45	180	18	30	270	27	45	180	18	30	72		225
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	30	50	200	20	33	80		250
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	36	60	240	24	40	96		300
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	45	75	300	30	50	120		375
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	50	83	333	33	56			412

Exemple du livret d'information la table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception et de coordination en soins de support du centre hospitalo-universitaire de Grenoble



# **Serment de Galien**



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

**D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**

**D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**

**De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».**