



HAL
open science

Place du pharmacien dans la prise en charge des soins palliatifs : mise en place d'outils pour le bon usage de l'analgésie contrôlée par le patient au centre hospitalier d'Albert

Victoria Potié

► **To cite this version:**

Victoria Potié. Place du pharmacien dans la prise en charge des soins palliatifs : mise en place d'outils pour le bon usage de l'analgésie contrôlée par le patient au centre hospitalier d'Albert. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03199243

HAL Id: dumas-03199243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199243>

Submitted on 15 Apr 2021

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.

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Place du pharmacien dans la prise en charge
des soins palliatifs : mise en place d'outils
pour le bon usage de l'analgésie contrôlée par
le patient au Centre Hospitalier d'Albert

Soutenu publiquement le **3 avril 2020**

Par Victoria POTIE

Président du Jury : Docteur Isabelle Six, Maître de conférences des universités – Praticien Hospitalier

Membres du Jury : Docteur Clara CASTILLO, Praticien hospitalier

Docteur Michèle Mallais, Médecin au Centre hospitalier d'Albert

Docteur Michèle Duflos, Pharmacien d'officine

Thèse n°

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Madame Clara Castillo, ma directrice de thèse, qui m'a beaucoup aidée non seulement pendant toute la rédaction de ma thèse, mais également pendant mon année hospitalo-universitaire. Ses idées, ses remarques et mon année à ses côtés m'ont permis d'élargir mes compétences et d'acquérir de nouvelles connaissances sur le métier de pharmacien.

A Madame Six, merci d'avoir accepté d'être la présidente de mon jury de thèse, mais également pour votre écoute et votre aide pendant mes études.

A Madame Duflos, merci pour tout, de m'avoir donné la chance de débiter dans votre pharmacie. Vous m'avez beaucoup appris et travailler à vos côtés est toujours un réel plaisir. Merci également à Aline, Elodie, Laëticia, Isabelle et Laurence qui m'ont également permis d'avancer dans mon métier.

A Madame Mallaisy, merci pour ces quelques mois passés à vos côtés. Votre partage de connaissances, nos discussions et de vous accompagner dans votre quotidien m'ont permis d'élargir mes connaissances.

A mes parents, merci pour votre aide, votre soutien, et pour tout ce que vous faites pour moi. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui, et je vous en suis très reconnaissante.

A Marie et Nico, vous avez toujours été présents pour moi, vous m'avez toujours soutenue (malgré mon mauvais caractère) et je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. J'espère que cette journée vous permettra enfin de comprendre mes études !!

Merci également à Franck et Agathe, qui ont dû s'adapter à la présence permanente de la petite dernière dans leur vie.

Et merci à mes neveux, Max, Archibald, César et Hippolyte que je suis toujours heureuse de retrouver.

Merci à Nanny d'être à mes côtés aujourd'hui. Tu as toujours été un grand soutien pour moi. Et j'ai une pensée particulière pour Daddy, Grand-Papa et Grand-Maman.

A Max, merci pour tout. Tu m'as toujours soutenue, tu as toujours cru en moi et été présent à mes côtés. Mon Capitaine Stubing !!

Merci également à Corinne et Sylvain, pour votre soutien et votre aide. Et merci pour l'accueil que j'ai eu dans votre famille.

A Bastien et Victor, la team des fiotes, qui est en perdition depuis que je ne suis plus là !!! Merci à tous les deux pour votre soutien, votre présence à mes côtés, les heures de cours et de TP (surtout le vendredi...), nos soirées amiénoises (enfin, le début de soirée pour Victor seulement..) et maintenant également parisiennes. Que de bons souvenirs avec vous ! Malheureusement pour vous, ce n'est que le début de cette amitié...

Merci à ma Constance Dubuc, pour m'avoir tellement soutenue et aidée pendant la rédaction de cette thèse. Travailler avec toi est toujours un plaisir, ta bonne humeur, ta gentillesse, tes deux mains gauches... Toujours heureuse quand je te voyais le matin !!!

Merci à tous mes ami(e)s sur qui je peux compter et avec qui je passe toujours de bons moments... Et surtout aux filles : Constance, Sido, Perrine, Guillemette, Clarisse, Edwige, Clémence, Maud et Marie. J'espère que d'autres soirées filles nous attendent !!!

Merci à Marine de m'avoir donné ma chance !! Je suis toujours ravie de venir travailler à tes côtés... et merci de me permettre de me perfectionner et de m'épanouir dans mon travail.

Merci à Camille, Nabilla et Jen pour votre bonne humeur !!!!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIERES.....	5
LISTE DES ANNEXES.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	11
I. Les soins palliatifs, de la création à nos jours.....	12
1) Histoire des soins palliatifs.....	12
a. Définitions.....	12
b. Historique.....	12
2) Aspect législatif des soins palliatifs.....	13
a. La circulaire Laroque.....	13
b. La loi Kouchner.....	13
c. La loi Claeys-Leonetti de 2016.....	14
d. Le plan national des soins palliatifs de 2015 à 2018.....	14
3) La démarche palliative.....	16
a. Définition.....	16
b. Mise en place.....	16
c. Les directives anticipées.....	17
d. La personne de confiance.....	17
e. La procédure collégiale.....	18
4) Les différentes structures palliatives.....	18
a. Les USP.....	18
b. Les lits identifiés.....	19
c. EMSP.....	20

d.	HAD	20
e.	Les réseaux.....	21
5)	Formations et soutiens	22
a.	Formation des soignants.....	22
b.	Soutien des proches.....	24
II.	Le pharmacien au sein des soins palliatifs	25
1)	Formations	25
2)	Pharmacien hospitalier.....	26
a.	Actions au sein du service de pharmacie	26
b.	Intervention du pharmacien dans la démarche palliative : exemple du CH de Valenciennes.....	28
3)	Le pharmacien d'officine	30
4)	Suivi pharmaceutique personnalisé	32
a.	Intervention pharmaceutique.....	32
b.	Conciliation médicamenteuse à l'hôpital	32
III.	Étude au sein de la PUI d'Albert	34
1)	Introduction.....	34
2)	Intervention du pharmacien hospitalier : mise en place des outils de la PCA.....	35
a.	Introduction.....	35
b.	Matériel et méthode	37
c.	Résultats	40
d.	Discussion	43
e.	Conclusion	45
3)	Bilan et perspectives	45
	CONCLUSION.....	47
	Annexes.....	48

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'identification en soins palliatifs du CH d'Albert.....	49
Annexe 2 : Exemple de formulaire pour les directives anticipées.....	50-51
Annexe 3 : Fiche de désignation de la personne de confiance.....	52
Annexe 4 : Questionnaire pour l'entretien avec la PUI de Valenciennes.....	53
Annexe 5 : Fiche de conciliation médicamenteuse du CH d'Albert.....	54-55
Annexe 6 : Questionnaire posé lors de la formation PCA.....	56-57
Annexe 7 : Feuille de calcul PCA pour la Morphine.....	58
Annexe 8 : Feuille de calcul PCA pour l'Oxycodone.....	59
Annexe 9 : Fichier Excel d'aide aux calculs pour la Morphine.....	60
Annexe 10 : Fichier Excel d'aide aux calculs pour l'oxycodone.....	61
Annexe 11 : Dépliant sur la PCA à destination des patients.....	62-63
Annexe 12 : Poster sur la PCA.....	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Tableau des résultats obtenus au questionnaire sur la PCA.....40

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

CH : Centre Hospitalier

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

COMEDIM : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux

CNDR : Centre National De Ressources

CNSPFV : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIUSP : Diplôme Inter-Universitaire de Soins Palliatifs

DM : Dispositif Médical

DMP : Dossier Médical Partagé

Dr : Docteur

DSSI : Directeur du Service de Soins Infirmiers

DU : Diplôme Universitaire

DUSP : Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IP : Intervention Pharmaceutique

IV : Intra-veineuse

LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

NaCl : Chlorure de Sodium

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCA : Analgésie Contrôlée par le Patient

PUI : Pharmacie à Usage Interne

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SC : Sous-Cutané

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SFPC : Société Française de la pharmacie clinique

SIAD : Soins Infirmiers à Domicile

SSR2 : Service de Soins de Suite et Réadaptation 2

USP : Unités de Soins Palliatifs

INTRODUCTION

Les débats sur la fin de vie et l'euthanasie agrémentent depuis quelques années, et toujours aujourd'hui, l'actualité. L'Etat s'est toujours prononcé contre l'euthanasie, et pour le développement des soins palliatifs.

La circulaire Laroque de 1986 désigne le commencement des soins dits « palliatifs » : ces soins sont destinés à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques incurables ou en fin de vie. Depuis, de nombreux textes ont été rédigés afin de promouvoir ces soins auprès du public, mais aussi des professionnels de santé.

Des plans nationaux sont régulièrement mis en place afin d'améliorer les pratiques. De plus, on assiste au développement des réseaux d'équipes et des unités de soins palliatifs. Ainsi, la formation aux soins palliatifs se développe auprès des professionnels de santé.

La démarche palliative est rendue optimale par une approche pluridisciplinaire. En effet, la collaboration entre les différents professionnels de santé permet de débattre, d'émettre des réflexions, afin d'apporter les meilleurs soins aux patients.

C'est pourquoi, la participation du pharmacien au sein de ces équipes, peut se révéler primordiale : professionnel du médicament et des dispositifs médicaux, il peut contribuer à une meilleure prise en charge du patient, par l'apport de ses connaissances, et participer aux réflexions.

Ces interventions concernent non seulement les pharmaciens hospitaliers, mais aussi les pharmaciens officinaux qui, par leur proximité, ont vocation à travailler au sein d'une équipe de soins palliatifs.

Ces soins relèvent, pour la plupart, de la prise en charge de la douleur : un patient, dont la douleur est contrôlée, peut mieux vivre et obtenir une meilleure qualité de vie(1). Qui de mieux que le patient pour estimer et contrôler sa douleur ? La PCA est une technique utile et envisageable, pour cette prise en charge. L'intervention du pharmacien auprès des professionnels de santé du point de vue de la PCA est un élément intéressant à exploiter, car non dénué de risques.

I. Les soins palliatifs, de la création à nos jours

1) Histoire des soins palliatifs

a. Définitions

Le terme « soins palliatifs » amène plusieurs définitions. Il correspond à l'ensemble des approches thérapeutiques visant à améliorer la qualité de fin de vie des patients, que ce soit du point de vue physique ou psychique. Une des définitions officielles des soins palliatifs est donnée par l'OMS(2) :

« 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. »

b. Historique

Au cours des siècles, le développement de la médecine entraîne une augmentation de l'espérance de vie. Cependant, la prise en charge des soins de fin de vie n'est pas mieux prise en compte. Face à l'impuissance de guérir, la notion de soins palliatifs est apparue dans les années soixante en Angleterre, avec la création de l'hospice Saint-Christopher par le Dr. Cicely Saunders en 1967(3).

« Il ne s'agit plus comme avant de diagnostiquer la nature de la maladie, mais plutôt de trouver l'origine des symptômes d'un mal désormais incurable... » (Dr. Cicely Saunders).

Il faudra attendre 1986 pour que les soins palliatifs arrivent en France, avec la circulaire Laroque, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Un an après, la première unité de soins palliatifs ouvre à l'hôpital de la Cité Universitaire de Paris, projet mené par le Dr Abiven, avec l'aide de l'ASP(4). En 1989, les unités existantes ne couvrant pas le besoin, des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont créées. En 1999, le secrétaire d'État, Bernard Kouchner, lance le premier plan triennal de développement des soins palliatifs, suivi par de nombreux autres, dont le dernier, de 2015 à 2018.

2) Aspect législatif des soins palliatifs

a. La circulaire Laroque

Le premier texte de référence concernant les soins palliatifs est la circulaire Laroque, d'août 1986(5). En 1985, Geneviève Laroque, alors inspectrice générale des affaires sociales, se voit confier une mission : diriger un groupe de travail pluridisciplinaire, afin d'améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie. Son rapport amène à la création de la circulaire Laroque le 26 août 1986, qui définit pour la première fois ce que sont les soins palliatifs. Elle décrit leur organisation, ainsi que l'accompagnement des personnes en fin de vie.

À la suite de cette publication, des Unités de Soins Palliatifs (USP) vont être créées à partir de 1987.

b. La loi Kouchner

Secrétaire d'État à la santé en 1999, Bernard Kouchner est à l'origine de la 1^{ère} loi qui garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs pour tous. Cette loi définit plus précisément la notion de soins palliatifs, et met en place une organisation plus optimale des soins de fin de vie apportés aux patients. Elle reconnaît le statut de bénévole et prévoit un congé d'accompagnement de 3 mois, renouvelable une fois, réservé aux aidants. Pour cela, un protocole est mis à disposition : il consiste à prévenir l'employeur 15 jours avant et fournir un certificat médical(6).

c. La loi Claeys-Leonetti de 2016

La loi Claeys-Leonetti a été rédigée par 2 députés, Jean Leonetti (à l'origine de la loi Leonetti de 2005) et Alain Claeys. Dans celle-ci, le patient est clairement défini comme décideur de son avenir, il exprime ses volontés. Il a le droit de refuser les traitements proposés. Le médecin, même après exposition des conséquences de la décision du patient, ne peut s'y opposer(7).

La loi reconnaît la notion d'obstination déraisonnable : elle permet au patient conscient de demander l'arrêt des soins, ainsi qu'une sédation profonde et continue, qui amènera à l'altération de sa conscience et son décès(8). Dans le cas d'une personne dont la conscience est altérée, c'est au médecin de prendre cette décision qui reste tout de même encadrée : le patient doit être atteint d'une affection grave, incurable et dont le pronostic vital à court terme est engagé.

Enfin, la loi évoque également les notions de directives anticipées et de personne de confiance.

d. Le plan national des soins palliatifs de 2015 à 2018

Trois plans nationaux ont été présentés depuis la création des soins palliatifs en France :

- Le plan de 2002-2005(9)
- Le plan de 2008-2012
- Et le plan de 2015 à 2018.

Ce dernier est découpé en 4 grands axes principaux :

- L'information du patient, ses décisions
- La formation des professionnels de santé
- Favoriser les soins palliatifs à domicile
- Garantir l'accès pour tous aux soins palliatifs

Il comprend 14 mesures et 40 actions. Un budget considérable de 190 millions d'euros a été consacré à ce plan triennal(10).

Le premier axe est dédié au patient : son information, ses décisions. L'état a pour objectif de créer un centre national dédié aux soins palliatifs et à la fin de vie, afin de permettre une amélioration des connaissances sur ces soins et la promotion des directives anticipées ainsi que de la personne de confiance.

Il insiste également sur ces deux dernières notions, qui permettent au patient d'être au cœur des décisions le concernant. Une coopération plus étroite entre les professionnels de santé et les associations d'aidants doit être mise en place.

Le deuxième axe est plus orienté sur la formation des professionnels de santé et la contribution à la recherche. La création d'unités d'enseignement libres pour les étudiants en santé, sciences humaines, psychologie, etc, permettrait d'améliorer la formation des étudiants, notamment par la réalisation d'un stage dans une unité de soins palliatifs.

Cet axe prévoit également une formation plus approfondie pour les professionnels de santé dont les spécialités sont souvent confrontées à la fin de vie (oncologie, réanimation ...). Ces formations ont pour objectif d'améliorer les relations pluriprofessionnelles, qui sont primordiales à une prise en charge optimale des patients.

L'Etat veut également favoriser les recherches sur la sédation, la prise en charge de la douleur, les symptômes gênants, mais également la recherche clinique.

Le troisième axe est basé sur les conclusions du rapport triennal précédent, qui mettait en lumière le peu de prise en charge en soins palliatifs à domicile. Les résultats rapportent que 80 % des français déclarent vouloir finir leur vie chez eux. Pourtant, seuls 25% des personnes décèdent à leur domicile. Les mesures de ce plan pourraient permettre une amélioration de la sortie d'hospitalisation pour un retour à domicile, en favorisant la formation des équipes pluridisciplinaire, le soutien des proches et des aidants. Afin d'éviter les hospitalisations trop rapides, une permanence d'une infirmière dans les EHPADs est envisagée, ainsi qu'une meilleure communication entre les différentes structures médicales.

Enfin, le quatrième axe concerne l'accès à tous à des soins de fin de vie de qualité. Pour cela, il faut mettre en place un repérage précoce des personnes ayant besoin de bénéficier de ces soins, dans chaque région.

Au fur et à mesure des années, l'ensemble de ces textes officiels a permis de définir et mettre en place une démarche palliative spécifique qui ne cesse de s'améliorer. En 2020, un nouveau plan de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement des patients en fin de vie doit être présenté.

3) La démarche palliative

a. Définition

La démarche palliative correspond à une prise en charge globale d'un patient en situation de fin vie(11). Elle consiste tout d'abord en un repérage précoce des patients ayant besoin de soins palliatifs, suivi d'un accès à des soins de fin de vie leur apportant une qualité de confort physique et psychologique. Cette démarche est centrée sur le patient, ses attentes et ses décisions. Pour son bon déroulement, une coopération pluriprofessionnelle est primordiale.

b. Mise en place

La démarche palliative doit être évoquée au patient précocement, bien avant qu'il y ait recours(12,13). Pour cela, le médecin doit aborder toutes les évolutions possibles de la maladie avec son patient, et être à son écoute. En effet, le dialogue avec le patient est un aspect très important de cette démarche, car il permet d'une part, de connaître les attentes, les inquiétudes et les décisions du patient, et d'autre part, de vérifier la bonne compréhension de sa maladie.

Le dossier du patient doit donc être régulièrement consulté et complété par l'équipe médicale qui doit y ajouter le compte rendu des discussions, des opinions des équipes, des soins portés, des évaluations régulières...(14) L'équipe médicale accompagne le patient tout au long de sa maladie, mais aussi ses proches. L'objectif principal de cette démarche est d'optimiser la qualité de vie du patient, en traitant ses symptômes physiques mais aussi psychiques. Pour cela, des évaluations sont effectuées régulièrement. Tout au long du parcours, le patient est tenu informé de l'évolution de sa maladie, de son état général, des options thérapeutiques possibles, afin de pouvoir effectuer ses propres choix.

Un autre objectif de la démarche palliative est d'éviter l'obstination déraisonnable, notamment par la rédaction des directives anticipées par le patient.

Quand l'équipe médicale décide de mettre en place une démarche palliative, le patient et ses proches doivent en être informés. Le médecin doit rédiger une fiche d'identification en soins palliatifs (cf annexe 1), et s'informer sur les directives anticipées et/ou la personne de confiance de son patient.

c. Les directives anticipées

Selon la loi, n'importe quel individu majeur peut, à tout moment de sa vie, rédiger des directives anticipées(4). Il peut également les modifier quand il veut. Ces directives peuvent être rédigées sur un formulaire (cf annexe 2) ou un papier daté, signé et comporte le nom de la personne concernée. Elles contiennent toutes les décisions et volontés du patient concernant sa fin de vie(15).

Si le patient est dans l'incapacité de rédiger ses directives anticipées, une tierce personne peut le faire pour lui, soit en présence de sa personne de confiance, soit en présence de deux témoins.

Le médecin ne peut aller contre ces directives, sauf en cas d'urgence, ou bien s'il considère les directives inappropriées (rédigées dans un cas spécifique). Dans ce dernier cas, il peut mettre en place une procédure collégiale, c'est-à-dire consulter toute l'équipe soignante et faire appel à un médecin consultant extérieur au service(16).

Une fois rédigées, celles-ci sont valables à vie. Elles peuvent être inscrites dans le Dossier médical partagé (DMP), ou laissées au médecin traitant ou encore à la personne de confiance.

Elles sont importantes pour le patient mais aussi pour ses proches, afin qu'ils ne soient pas contraints de prendre une décision concernant le patient.

d. La personne de confiance

À tout moment de sa vie, un individu peut choisir une personne de confiance majeure (un proche, un ami, un médecin traitant...)(17). Cette personne sera la première consultée si le patient n'est plus en état de s'exprimer. Cependant, en aucun cas elle ne prendra des décisions, mais elle évoquera les souhaits, les volontés du patient. Il est donc important que les deux personnes échangent, que la personne de confiance comprenne les choix de l'autre, et soit capable d'effectuer cette lourde mission.

Pour être désignée personne de confiance, le patient doit rédiger un papier (cf annexe 3), daté, et contenant l'identité et les coordonnées de la personne choisie. Ce document doit être signé par le patient et la personne choisie. Si le patient est en incapacité d'écrire, le papier peut être rédigé par quelqu'un d'autre, devant deux témoins(16).

Afin que les médecins soient au courant de l'existence d'une personne de confiance, il est conseillé de donner le document co-signé à la personne de confiance et/ou à son médecin traitant.

e. La procédure collégiale

Comme citée précédemment, une procédure collégiale peut avoir lieu, lorsque le médecin est en désaccord avec les directives anticipées du patient, mais elle est également obligatoire lorsque qu'une limitation et/ou un arrêt des traitements sont envisagés à la demande de la personne de confiance ou à la famille, ou avant la mise en place d'une sédation profonde et continue.

Cette procédure fait intervenir toute l'équipe médicale, ainsi qu'un médecin consultant extérieur au service. Elle permet une analyse de la situation actuelle du patient et la recherche des solutions les plus appropriées pour le bien du patient. La décision appartient au médecin en charge du patient, sachant qu'il n'existe pas de lien hiérarchique entre le médecin consultant et le médecin décisionnaire.

Lorsque le patient demande un arrêt des soins accompagné par l'équipe médicale, une procédure collégiale est également mise en place pour vérifier si la situation du patient peut justifier cette demande d'arrêt.

La mise en place de cette démarche est encadrée par de nombreux professionnels de santé dans une structure dédiée. Les différentes structures existantes permettent un accueil rapide et précoce des patients nécessitant de soins palliatifs.

4) Les différentes structures palliatives

a. Les USP

En France, il existe 143 unités de soins palliatifs (USP). Ce sont des services hospitaliers entièrement dédiés à ces soins. Ces unités accueillent des patients venant d'autres services hospitaliers ou d'autres structures de soins palliatifs(18). Elles permettent l'accueil de patients dont les soins sont trop lourds pour certaines équipes ou pour les patients en situation difficile. Cet accueil peut être temporaire ou définitif. Il peut s'agir soit d'hospitalisation de répit, que ce soit pour les professionnels de santé ou les aidants prenant soin du patient, soit d'hospitalisation classique, ou bien d'hospitalisation de réévaluation de la situation.

Ces unités doivent permettre l'accueil et le soutien non seulement des patients, mais aussi de leurs proches, les aidants, que ce soit tout au long de la démarche palliative ou même après le décès du patient.

Les USP permettent également la formation des professionnels de santé sur les soins de fin de vie, mais aussi le développement de la recherche clinique sur les soins palliatifs.

Elles ont par ailleurs un grand rôle dans la formation des étudiants.

L'entrée d'un patient dans ces unités se fait par une demande d'admission rédigée par les médecins, et comportant des critères bien définis.

b. Les lits identifiés

Actuellement, il existe un peu plus de 5000 lits identifiés en France. Les lits identifiés soins palliatifs (LISP) sont des lits situés dans des services ayant une importante activité en soins palliatifs, et non dans des services spécifiques de soins palliatifs. Ils sont réservés aux patients dépendants du service et ayant besoin de soins palliatifs, mais ils peuvent également être attribués à des patients d'autres services ou venant de l'extérieur.

Le fait qu'un service comporte des lits identifiés soins palliatifs permet au patient pris en charge dans ce service, d'aborder plus sereinement cette étape, dans la continuité de ses soins. Le patient ne change pas d'endroit et garde ainsi ses repères.

Tout le personnel d'un service comportant des LISP n'est pas forcément formé aux soins palliatifs ; en revanche, l'équipe contient un minimum de personnel qualifié (généralement au moins un médecin et une infirmière).

Les LISP sont des chambres individuelles qui doivent permettre non seulement le confort du patient, mais aussi celui de son entourage : grande chambre avec lit d'appoint, salle de bain individuelle etc...

Enfin, dans ces services, une pièce est toujours réservée pour les proches, ainsi qu'une autre pour le personnel de santé, afin d'effectuer des réunions, de discuter, se confier...

c. EMSP

En France, 404 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont comptabilisées. Ces équipes sont multidisciplinaires : elles comptent toutes au minimum un médecin, une infirmière et une psychologue. D'autres professionnels de santé peuvent y être ajoutés, comme des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des nutritionnistes etc... Les EMSP sont rattachées à un établissement de santé, et se déplacent à la demande d'une équipe soignante ou d'un patient. Ce type de structure nécessite une bonne coopération entre les différentes équipes.

Trois missions leurs sont attribuées : le conseil, l'expertise et le soutien des équipes soignantes. Elles sont souvent indirectes : conseil, proposition thérapeutiques, évaluation des besoins du patient.

Les interventions des EMSP peuvent être intra-hospitalière, inter-hospitalière (lorsqu'une convention est signée entre des hôpitaux), mais aussi extra-hospitalière : dans les SIAD, dans le cadre d'une HAD ou encore dans les maisons de retraite.

Ces équipes ont aussi un rôle de formation, aussi bien en formation initiale pour les étudiants en santé, qu'en formation continue pour les professionnels de santé.

Une étude scientifique effectuée à Lyon en 2011(19), rapporte que les équipes soignantes trouvent que les visites de ces EMSP sont trop ponctuelles et que le dialogue avec les équipes n'est pas assez présent. A l'inverse, les EMSP ont l'impression d'être trop intrusives dans certains services, de ne pas trouver leur place et estiment être appelées trop tardivement dans le parcours de soin de certains patients. Ce qui peut être expliqué par une connaissance non approfondie de la prise en charge des soins palliatifs. En effet, une étude réalisée sur 172 questionnaires distribués aux professionnels de santé (62% de participation), rapporte qu'il y avait une bonne connaissance globale des soins palliatifs, et que les IDE ressentent une difficulté à trouver le bon moment pour appeler les EMSP, avec l'appréhension de rendre anxieux le patient concerné. Cette étude met l'accent sur la difficulté de coordination entre les différentes équipes de soins. Les formations initiales et continues se montrent donc indispensables afin d'optimiser la prise en charge des patients en fin de vie.

d. HAD

En France, il existe 92 structures d'Hospitalisation à domicile (HAD). Ces structures mettent en place tous les soins nécessaires au patient, à son domicile, tant sur plan physique, que psychologique. Cela permet de répondre au maximum à la demande de la population qui désire finir sa vie chez soi.

Le patient peut ainsi rester dans un cadre familial dans lequel il se sent confortable, apaisé, moins stressé. Si le patient désire réintégrer son lieu de vie, il faut qu'il y ait, au préalable, un accord de l'équipe médicale en lien avec la famille de la personne, concernant la faisabilité du retour à domicile(20).

La mise en place de l'HAD se fait sous la responsabilité d'un professionnel de santé qui doit gérer la transition hôpital-ville. Cela consiste à contacter les professionnels de soins qui doivent intervenir, les services d'appui (réseaux, EMSP), anticiper les aides techniques pour le confort du patient et sa sécurité (matériel médical, etc) et toujours rester en contact avec le patient et les aidants. Au vu du nombre multiple d'intervenants, la coordination entre ceux-ci, est encore une fois primordiale pour un bon déroulement de l'hospitalisation à domicile.

L'équipe d'HAD reste constamment en lien avec les autres structures de santé (hôpital, pharmacie de ville, etc...) pour maintenir la continuité des soins. Elle joue un rôle d'interface, entre médecin traitant, équipe hospitalière et acteurs du domicile. Il existe un « carnet de liaison » qui permet de transmettre toutes les informations sur les interventions des différents intervenants (médecin, infirmiers, kinésithérapeute, psychologue, etc...).

Une réévaluation des besoins du patient est réalisée régulièrement au cours de son hospitalisation à domicile, par l'équipe engagée à domicile.

e. Les réseaux

Actuellement, 111 réseaux spécialisés en soins palliatifs couvrent le territoire. La majorité des réseaux ont été créés entre 2002 et 2007. Ils interviennent dans une aire géographique définie, auprès des équipes soignantes, du patient, et de son entourage. Leur but est de coordonner les soins, promouvoir la culture palliative, aider les intervenants à domicile et gérer la lien hôpital-ville. Environ 8 salariés par réseaux sont chargés de coordonner la démarche palliative, en assurant d'une part une fonction de pilotage et d'autre part une fonction d'appui. Le pilotage consiste à développer les formations professionnelles, coordonner les équipes, et communiquer sur le soin palliatif. La fonction d'appui est axée sur une aide apportée aux intervenants, au patient et à son entourage. Bien que des réunions soient souvent organisées, la plupart des transmissions se font par téléphone.

Une étude a montré que quand un réseau travaille avec les IDE, il y a moins d'épuisement chez les intervenants.(19)

Ces différentes structures, pouvant accueillir des patients en soins palliatifs, comportent généralement une équipe de soignants pluridisciplinaire formés à ces soins. Cette formation est autant physique que psychologique, et permet une approche et un soutien spécifique du patient et de ses proches.

5) Formations et soutiens

a. Formation des soignants

Une étude menée par Alix de Bonnière(21), médecin en soins palliatifs à l'hôpital Jean Jaurès en région parisienne et formatrice sur les soins palliatifs, rapporte que les plus grosses difficultés rencontrées par les équipes médicales sont, la confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort, le sentiment d'impuissance, la pénurie de personnel, ainsi que l'augmentation du nombre de patients de plus en plus jeunes. La formation aux soins palliatifs est donc nécessaire, afin de faciliter la pratique des professionnels de santé. Il existe trois types de formation : la formation initiale, la formation continue et la formation interne.

Concernant la formation initiale(22), le 2^{ème} cycle des études de médecine contient un module de Soins Palliatifs et prise en charge de la douleur. Et depuis 2007, le 3^{ème} cycle a intégré un DESC sur la médecine de la douleur et la médecine palliative. Certaines facultés de pharmacie ont également consacré à la 4^{ème} année, un module de soins palliatifs. Depuis, le plan triennal 2015-2018 développe la formation initiale en incluant des stages dans les USP.

La formation continue propose des DU universitaires ou interuniversitaires. Il existe un DU Soins Palliatifs réservé aux étudiants en médecine, pharmacie, maïeutique et kinésithérapeutes. Pour les autres soignants, il existe un DU consacré aux soins palliatifs, à Rouen, incluant toutes les professions médicales et paramédicales.

Les formations en interne peuvent être réalisées par les EMSP, la SFAP et les réseaux, en collaboration avec le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'établissement.

Les principaux axes de motivations des soignants sont :

- Acquérir des connaissances et compétences
- Accompagner les personnes et leurs familles
- Faire évoluer la pratique
- Enrichir leur développement personnel
- Évoluer de façon multidisciplinaire
- Acquérir des compétences psychologiques
- Apprendre à gérer ses émotions

Les formations doivent être spécifiques et prendre en compte tous les aspects de la fin de vie, c'est à dire éthiques, médicaux, familiaux, sociaux, et spirituels. Enfin, les formations doivent se renouveler régulièrement car le problème, notamment des infirmiers, est qu'ils ont une formation initiale mais seulement 20% d'entre eux suivent une formation continue ou un DU par la suite.

Concernant les soignants, qui font face à un nombre important de difficultés (surcharge administrative, manque de moyen et de temps), un point important à aborder est le soutien(23). Une étude reporte que le soutien principal d'un soignant, c'est son équipe(24). De bonnes conditions de travail sont donc primordiales pour un bon soutien : organisation des tâches, bonne répartition des patients, une évaluation correcte de la charge de travail, des transmissions claires et régulières des informations entre les soignants, des réunions d'équipes fréquentes, un travail en binôme.

En plus de cela, une équipe de psychologues est disponible pour le soutien individuel des soignants, et des groupes de paroles peuvent être mis en place, mené par un psychologue extérieur à la structure(25,26).

Le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV), créé en 2016 par la fusion entre l'Observatoire National de la fin de vie et du Centre National De Ressources (CNDR) Soins Palliatifs, contribue également au soutien des soignants et des proches(25). Il permet aussi d'aider les professionnels de santé en collectant des données, en menant des enquêtes dont les résultats leur sont communiqués afin d'améliorer les pratiques(25).

b. Soutien des proches

Pour 40% des aidants, le fait de s'occuper d'un proche en soins palliatifs, a un impact énorme sur leur santé. Cela entraîne souvent beaucoup de fatigue non seulement physique mais aussi psychique, voire chez certains aidants, des dépressions et des burn-out. Être l'aidant d'une personne en soins palliatif a donc un coût psychologique, physique, social et financier.

Le premier soutien auquel font appel les proches du patient est le personnel soignant(27).

Mais il existe également des associations telles que la SFAP qui organisent des programmes et actions de soutien, mais il existe aussi, comme pour les soignants, des groupes de paroles, des équipes de psychologues, notamment dans les services dans lesquels sont soignés leurs proches. Concernant l'aspect financier, des aides sont prévues notamment grâce à la loi Kouchner qui prévoit la possibilité de mise en place d'un congé d'accompagnement de 3 mois renouvelables.

Depuis 1986, on assiste à un développement important des soins palliatifs et à la publication de nombreux textes officiels portant sur ces soins. Ils garantissent un accès pour tous à des soins de qualité dans des structures adaptées. Les soignants travaillant dans ces structures sont formés à ces soins de fin de vie, ce qui leur permet de mettre en place une démarche palliative optimale. Parmi ces soignants : le pharmacien, qui est de plus en plus intégré au sein de ces équipes. Que ce soit le pharmacien hospitalier ou le pharmacien d'officine, leur contribution à la démarche palliative vient compléter les compétences de l'équipe de soignants.

II. Le pharmacien au sein des soins palliatifs

1) Formations

La formation des pharmaciens aux soins palliatifs peut débuter lors de leurs années études, mais elle peut intervenir également au cours de leur carrière. Les pharmaciens suivants ces formations sont généralement des pharmaciens cliniciens hospitaliers.

Certaines universités, comme l'université de Grenoble, propose un module portant sur les soins palliatifs dès la 4^{ème} année des études de pharmacie(28).

Elles proposent également des formations continues :

- Le diplôme universitaire de soins palliatifs (DUSP)

Cette formation est ouverte aux professionnels de santé de différents domaines : les étudiants en médecine et pharmacie, les docteurs en médecine et en pharmacie, les infirmières, les puéricultrices supérieures, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les psychologues, les aides-soignantes. Mais également aux accompagnants bénévoles et aux travailleurs sociaux.

Il se déroule en quatre temps : une année de cours, un examen écrit, un stage et la rédaction ensuite d'un mémoire.

L'enseignement se découpe entre des cours magistraux et des méthodes de pédagogies interactives.

Il permet d'aborder les différents aspects d'une prise en charge palliative, que ce soit l'aspect clinique, technique, relationnel ou encore psychique et éthique.

A Amiens, le DU soins palliatifs est complet à la rentrée 2019, ce qui montre l'intérêt des professionnels à ces soins. Il se compose de dix modules de huit heures chacun, basés sur des cours, des témoignages ou encore de vidéos. Il présente de nombreux thèmes : l'accompagnement, la douleur, la souffrance psychologique, l'interdisciplinarité, les symptômes, le deuil...

- Le diplôme inter-universitaire de soins palliatifs

Ce diplôme s'inscrit dans le prolongement du DUSP, suite à la réussite de ce dernier.

Il permet d'approfondir et d'élargir les connaissances en rapport avec les soins palliatifs.

Il engendre une réflexion plus poussée des participants à ce DU sur l'accompagnement, le soin... des patients. Il se termine par la rédaction d'un mémoire.

La formation des pharmaciens peut être également réalisée après leurs études, en interne par les ESP, les EMSP ou encore par les USP en collaboration avec le CLUD de l'hôpital.

Les congrès organisés, notamment par la SFAP, ainsi que les différentes conférences organisées partout en France permettent également de maintenir une formation régulière.

2) Pharmacien hospitalier

a. Actions au sein du service de pharmacie

Le pharmacien hospitalier travaille en collaboration étroite avec les médecins et infirmiers. Ces missions sont multiples et bien spécifiques.

La nouvelle ordonnance n° 2016-1729 du 15 Décembre 2016(30) redéfinit plus précisément les missions du pharmacien des PUI :

- Ils doivent répondre aux besoins pharmaceutiques des patients de l'établissement dont elles relèvent.
- Ils doivent assurer la gestion, l'approvisionnement et la vérification des dispositifs de sécurité : gestion et achats des médicaments et des DM, gestion des stupéfiants.
- Ils ont un rôle important dans la préparation, le contrôle, la détention et l'évaluation des médicaments/produits pharmaceutiques/dispositifs médicaux : assurer leur traçabilité, actions de pharmacovigilance et matériovigilance, préparation des poches de nutriments, reconstitution des chimiothérapies...
- Ils assurent la qualité des soins.
- Ils exercent les actions de pharmacie clinique : analyser et valider les prescriptions.
- Ils ont un rôle d'information des patients et des professionnels de santé sur les produits de santé.
- Ils doivent concourir à la pharmacovigilance et la matériovigilance.

Auparavant, la pharmacie clinique ne faisait pas partie des missions obligatoires du pharmacien.

La SFPC (Société Française de la Pharmacie Clinique) définit la pharmacie clinique comme étant : « une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants ». (29)

Dans le cadre de cette pratique, la SFPC (Société Française de la pharmacie Clinique) a défini un processus de mise en place :

- Tout d'abord lors de la dispensation, le pharmacien doit analyser l'ordonnance, préparer les doses éventuelles et donner des conseils au patient.
- Puis il peut effectuer un bilan de médication, afin d'éviter l'iatrogénie médicamenteuse. Il peut être effectué chez les patients de plus de 65 ans en ALD ou plus de 75 ans avec au moins 5 molécules depuis plus de 6 mois. Il permet de détecter les éventuelles interactions médicamenteuses ou contre-indications, de vérifier les posologies, de redonner les conseils concernant le traitement. Le recueil des informations du patient ne se limite pas à ses ordonnances, mais comprend aussi les analyses biologiques, les comptes rendus d'hospitalisation etc...

A la fin de l'analyse de ce bilan, le pharmacien peut transmettre ses conclusions au médecin, et discuter afin d'effectuer d'éventuels changements.

- Enfin il peut également établir un Plan Pharmaceutique Personnalisé quand le bilan de médication identifie une situation à risque. Il effectue alors un entretien approfondi avec le patient afin de lui redonner les conseils concernant son traitement et lui expliquer son plan de prise.

b. Intervention du pharmacien dans la démarche palliative : exemple du CH de Valenciennes

Pour ce point concernant la place du pharmacien hospitalier dans la démarche palliative à l'hôpital, un entretien a été réalisé avec une pharmacienne de la PUI de Valenciennes, Madame Fulcrand (cf annexe 4). Dans cet hôpital, les pharmaciens sont intégrés totalement dans une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des soins palliatifs(31).

A l'origine, sur demande du chef de service d'oncologie du CH de Valenciennes, un pharmacien clinicien est déployé au sein d'une équipe de soins palliatifs pour une durée d'un an, afin d'y développer la pharmacie clinique. Suite à un bilan favorable, les autres services ont émis la demande de la présence d'un pharmacien clinicien dans leur service.

La pharmacienne clinicienne a suivi plusieurs formations avant d'évoluer au sein de l'équipe de soins palliatifs. Pendant un an, elle a intégré une EMSP : elle a alors suivi le quotidien de cette équipe, ce qui lui a permis de découvrir les différents aspects (physiques, psychiques, éthiques...) de la démarche palliative. Puis elle a suivi une formation en interne portant sur le thème de « la multidisciplinarité au service des soins palliatifs et des soins de support : approches clinique, éthique et juridique, règles de bonnes pratiques. Afin de suivre les évolutions du domaine des soins palliatifs, elle suit tous les ans des formations, des conférences... et participe aux congrès de la SFAP et de l'association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS).

Actuellement elle travaille au sein des services d'oncologie, d'hématologie mais également en association avec une EMSP. Environ 30% de ses patients nécessitent actuellement des soins palliatifs.

Dans le cadre de la démarche palliative, elle travaille en collaboration avec de nombreux professionnels de santé : médecins, infirmiers, pharmaciens (officinaux et hospitaliers), aides-soignants et médecin traitant.

Elle attribue plusieurs missions au pharmacien hospitalier dans la prise en charge des soins palliatifs :

- Optimisation thérapeutique et validation des prescriptions en lien avec l'évaluation médicale et paramédicale
- Conciliations médicamenteuses
- Rédaction et transmission de bilans pharmaceutiques aux professionnels de santé de ville
- Rédaction du plan de prise du patient et/ou aidant
- Revue médicamenteuse hebdomadaire avec l'équipe médicale sur les prescriptions des patients
- Avis pharmaceutiques sur les prises en charge complexes (symptômes réfractaires)
- Consultation de soins de support en binôme -médecin pharmacien clinicien
- Suivi téléphonique des patients et adaptations thérapeutiques
- Rédaction de protocoles de bon usage des médicaments en soins palliatifs

Elle insiste sur l'importance de l'entente et de la collaboration des différents professionnels de santé impliqués dans la démarche palliative.

Dans le service d'oncologie par exemple, les transmissions médecins/pharmaciens cliniciens s'effectuent quotidiennement.

Ce lien entre les différents acteurs de la démarche palliative est renforcé par une réunion hebdomadaire où sont présents les pharmaciens, les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les psychologues, les assistants sociaux et les diététiciens.

Du point de vue personnel, sa participation au sein d'une équipe de soins palliatifs est un enrichissement personnel intellectuel, professionnel mais également humain. Elle apprécie le contact et la relation soignant/patient/entourage.

Cet échange a permis de mettre en évidence de nouveaux aspects, de nouvelles missions d'un pharmacien clinicien. Il intervient et se montre toujours important dans le circuit du médicament, mais est également intégré pour travailler au sein d'une équipe(32). Il peut alors contribuer aux échanges, participer aux réflexions, rencontrer le patient et son entourage... ce qui engendre donc une prise en charge optimale, sur tous les points de vue, du patient nécessitant des soins palliatifs.

3) Le pharmacien d'officine

Le décret 2018-841 d'Octobre 2018 (32) définit les prestations et conseils que peut effectuer le pharmacien d'officine.

Il peut mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique auprès des patients. Mais il a également un rôle important sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse (ce qui désigne les effets indésirables engendrés par les médicaments) et doit s'assurer et garantir le bon usage des médicaments qu'il dispense.

Le pharmacien d'officine a une place importante auprès du patient, que ce soit par proximité, par l'accès facilité aux pharmacies ou par la rencontre régulière avec son pharmacien (pour la délivrance de son traitement par exemple). Il peut donc être facilement sollicité par le patient et peut suivre l'observance du traitement de ce dernier.

Toutes les informations que le pharmacien obtient peuvent être transmises au médecin traitant, sauf opposition du patient.

Ils ont également un rôle important dans la prévention et la promotion de la santé, et peuvent participer au dépistage des maladies infectieuses et non transmissibles.

Le lien avec les autres professionnels de santé est renforcé par ce décret, qui confirme que la collaboration entre les différents professionnels interagissant avec le patient permet d'optimiser leur prise en charge. Les échanges, que ce soit avec le patient ou avec les professionnels de santé, doivent rester confidentiels.

En officine, on assiste à un développement de la pharmacie clinique, par la réalisation de bilan de médication, de la conciliation médicamenteuse, au suivi des pathologies chroniques.... Ce qui permet d'entretenir et de renforcer le lien patient/pharmacien.

Le pharmacien d'officine a un atout majeur dans son rôle : sa proximité, tant au niveau du circuit du médicament, qu'au niveau relationnel. Il peut être amené à travailler en collaboration avec l'HAD et/ou avec la PUI.

Plus de 80% des patients souhaitent avoir recours à l'HAD, afin de finir leurs jours chez eux. Le patient a le choix de bénéficier des médicaments et du matériel médical, via le pharmacien de son choix ou bien via la PUI.

Concernant le matériel médical, l'HAD peut envoyer son prestataire chez le patient ou alors, ce dernier peut faire appel à son pharmacien d'officine. Dans les 2 cas, la délivrance des médicaments et du matériel ne peut se faire que sur 7 jours consécutifs.

Le pharmacien d'officine peut signer une convention avec l'HAD, afin d'acter l'engagement du pharmacien envers l'HAD et vice-versa. Le pharmacien va alors gérer les commandes de matériel et de médicaments, à la demande de l'infirmière par téléphone dans un premier temps, suivi d'une confirmation écrite, par mail ou fax HAD.

Ensuite, le pharmacien peut être amené à faire une installation rapide du matériel. Il peut être intégré à l'équipe de coordination de la prise en charge du patient afin d'anticiper les besoins du patient. Concernant la location du matériel médical, le pharmacien est souvent contraint de s'aligner sur les tarifs de l'HAD.

Encore une fois, la communication est primordiale entre les infirmiers (les plus proches du patients) et le pharmacien(32), afin d'appréhender au mieux les changements de traitement, de dosage, de forme, afin que le pharmacien puisse commander les traitements le plus rapidement possible. En effet, le but des soins palliatifs étant d'apporter des soins de confort et une meilleure qualité de vie au patients, certains traitements médicamenteux et matériels peuvent différer entre la ville et l'hôpital.

Certains DM et traitement spécifiques, comme les pompes à morphine, les pompes PCA, et certains pansements ou médicaments délivrés seulement à l'hôpital, ne peuvent être commandés par le pharmacien. Cependant, la plupart du temps, la majorité du traitement peut être commandée et délivrée rapidement par le pharmacien d'officine.

L'avantage pour le patient, comme pour le pharmacien, d'une prise en charge à domicile est la collaboration étroite entre les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville. De plus, le pharmacien est un professionnel de santé auquel le patient peut se confier facilement et à qui il peut avoir accès rapidement. Cette proximité et cette collaboration pluridisciplinaire permettent une prise en charge globale optimale du patient.

En Février 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation sur l'utilisation du Midazolam, un puissant sédatif utilisé afin de mettre en place une sédation profonde et continue. A partir de Juin 2020, les pharmacies de ville pourront se procurer ce médicament (jusqu'à réservé au milieu hospitalier), afin qu'un médecin de ville puisse l'utiliser pour un patient souhaitant terminer sa vie à son domicile. Le médecin demandant ce produit devra être en contact avec une EMSP ou un service hospitalier de soins palliatifs.

4) Suivi pharmaceutique personnalisé

Le suivi pharmaceutique peut être réalisé aussi bien par le pharmacien d'officine que par le pharmacien hospitalier. L'intervention du pharmacien dans le traitement du patient se révèle primordial pour une prise en charge optimale du patient.

a. Intervention pharmaceutique

Suite à l'analyse des prescriptions, le pharmacien peut émettre un avis ou un conseil sur le traitement d'un patient(33). Il peut s'agir par exemple de proposer la suppression de médicament(s) redondant(s), de modifier une posologie, ou bien une forme galénique (si trouble de la déglutition) (34), d'arrêter un traitement ou tout autre suggestion pouvant contribuer à faciliter l'observance, et l'effet du traitement du patient.

Le pharmacien peut donner des informations au patient sur les modalités d'administration de ses médicaments et le suivi de son traitement (suivi des effets indésirables, de surdosage, comme par exemple pour les anticoagulants...)

Le but des interventions pharmaceutiques est de proposer toute suggestion pouvant optimiser les effets des traitements et améliorer la qualité de vie du patient.

b. Conciliation médicamenteuse à l'hôpital

La conciliation médicamenteuse(35) est une pratique permettant de prévenir et intercepter les erreurs médicamenteuses pouvant apparaître, afin de sécuriser la prise en charge d'un patient. La première étape peut s'effectuer lors d'un entretien avec le patient : il doit être réalisé dans un endroit calme, confidentiel et après explication et bonne compréhension du patient.

Pour mettre le patient en confiance, le pharmacien peut se présenter, et expliquer précisément le déroulement de l'entretien, ainsi que les objectifs(36).

Sept erreurs peuvent être détectées :

- Erreur du patient
- Omissions
- Erreur de médicament
- Erreur de dose
- Erreur de modalité d'administration
- Erreur de moment d'administration
- Erreur de durée d'administration

Pour qu'une conciliation médicamenteuse se fasse, il faut qu'il y ait transmission et partage entre les équipes de soins. Elle se compose de 4 étapes :

- Recueil d'informations : il faut au moins 3 sources (cf annexe 5)
- Bilan de médication
- Validation de bilan de médication
- Partage et exploitation du bilan de médication

La conciliation médicamenteuse peut entraîner l'interruption ou bien la modification de la prise inappropriée d'un (ou de) médicament(s). Cela permet une meilleure information envers le patient et son entourage. La conciliation médicamenteuse a aussi pour avantage d'établir un lien fort entre la ville et l'hôpital : à la sortie d'hospitalisation du patient, la conclusion de la conciliation effectuée peut être transmise à son médecin traitant, son pharmacien d'officine et à lui-même. Enfin, elle peut aussi entraîner une diminution des hospitalisations du patient.

En conclusion, ces deux types d'interventions se révèlent très importants pour tout patient, et d'autant plus dans le cadre des soins palliatifs, où l'allègement et la spécificité des traitements est primordiale pour le bien-être du patient.

Le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine peuvent tous les deux contribuer à améliorer la prise en charge de patients nécessitant de soins palliatifs. Leur rôle ne sera cependant pas le même : en effet, le pharmacien hospitalier accompagnera le patient en soins palliatifs en agissant surtout avec les professionnels de santé. Au sein d'une structure hospitalière, il est plus facile pour lui d'interagir avec ces derniers, que ce soit quotidiennement ou de manière hebdomadaire. De son côté, le pharmacien d'officine est accessible à tout instant pour les patients. Ce qui crée un lien de confiance avec ce dernier. Il aura donc une approche plus de soutien, psychologique auprès du patient et de ses proches.

III. Étude au sein de la PUI d'Albert

1) Introduction

Il existe une liste de 12 événements indésirables graves médicamenteux, appelés « Never Events ». Cette liste, dressée par l'ANSM et le ministère de la santé, regroupe douze événements qui ne peuvent survenir si des mesures adéquates et claires d'utilisation sont mises en place.

L'un d'eux porte sur l'erreur de programmation des dispositifs d'administration, qui comprend la technique d'analgésie contrôlée par le patient (PCA). Plusieurs risques sont encourus avec ces dispositifs :

- Mésusage
- Appareil défectueux
- Méconnaissance et mauvaise surveillance
- Surdosage ou sous-dosage

La PCA est une technique d'administration utilisée afin de soulager la douleur du patient. Pour qu'il puisse en bénéficier, il doit être conscient et comprendre son utilisation, afin d'éviter toute erreur.

Au Centre Hospitalier (CH) d'Albert, deux services ont recours à la PCA : le service de médecine et l'HAD. Au cours de l'année 2018, 120 cassettes PCA ont été dispensées : 22% dans le service de médecine contre 78% en HAD. On note que 90% des patients ayant recours à la PCA dans cet hôpital se trouvaient en soins palliatifs dans un de ces services.

Une erreur de programmation d'une PCA ayant été rencontrée, et afin de pouvoir commencer à intégrer le pharmacien dans la démarche palliative au sein du CH d'Albert, l'équipe de la PUI a effectué un audit et mis en place des outils à destination des soignants.

2) Intervention du pharmacien hospitalier : mise en place des outils de la PCA

a. Introduction

Suite à une erreur de programmation de la pompe PCA par un personnel soignant, on a assisté à un surdosage en Morphine, entraînant alors l'apparition d'effets indésirables (sommolence, nausées) chez un patient en HAD. Un CREX a été réalisé en juillet 2016 avec la rédaction d'un plan d'action, comprenant la création d'outils et de sessions de formation. Des formations sur la manipulation, dispensées par le laboratoire SMD, ont été suivies par 25 personnes du CH au cours du mois d'Octobre 2016. En Novembre 2016, une discussion concernant la PCA a été effectuée en CLUD.

De plus, lors de la journée QualiRisque, une formation avec d'autres pompes avait également été réalisée. C'est une journée dédiée à l'information sur la qualité et la sécurité des soins au CH d'Albert, réalisée en Octobre 2016.

En janvier 2017, l'IDE coordinatrice de l'HAD a effectué un contrôle de la manipulation des pompes avec toutes les IDE de son service.

Puis en Avril 2017, un bilan des connaissances des soignants a été effectué par l'équipe de la pharmacie au sein du service de l'HAD, en présence d'infirmières. Suivi en Juin 2017 par un essai des nouveaux outils par l'ensemble des soignants de l'hôpital.

L'analgésie contrôlée par le patient (PCA) est une technique d'administration d'antalgiques de palier 3 en perfusion, qui permet le soulagement de la douleur chez les patients. Comme vu précédemment, elle fait partie des Never Events, car elle peut entraîner un surdosage en morphinique par exemple, et avoir de graves conséquences si le matériel est mal utilisé : que ce soit dans la manipulation de l'appareil (programmation) ou dans le calcul des doses (quantité de substance à utiliser).

La programmation d'une PCA dépend tout d'abord de la qualité de la prescription médicale. Elle doit impérativement contenir les éléments suivants (*en toutes lettres*)(37) :

- Le nom de la molécule,
- Le débit par 24 heures,
- La dose des bolus,
- La période réfractaire,
- La voie utilisée ainsi que
- La durée de traitement.

Une seconde ordonnance, rédigée par le même médecin, comportera le matériel nécessaire pour la mise en place de la PCA, comme la pompe, les pansements, les aiguilles....

Ensuite, les étapes de préparation et de programmation de la pompe nécessitent une formation préalable et régulière du personnel habilité : les médecins et les IDEs. Généralement à l'HAD du CH d'Albert, ces étapes sont effectuées pour une durée de prescription qui peut être variable, car la prescription s'effectue en nombre de cassettes.

La préparation de la cassette débute par une étape de calculs : ceux-ci sont réalisés à partir de la prescription. Ils permettent ainsi d'obtenir les données utilisées pour la programmation de la pompe, et de connaître la quantité de produit, conditionné en ampoules, nécessaire. Cette première étape nécessite un double contrôle, qui consiste à faire réaliser les calculs par un autre soignant en parallèle, afin de comparer les résultats obtenus(38). Cela permet de limiter le risque d'erreurs.

Il faut ensuite injecter, à l'aide d'une seringue, l'antalgique prescrit dans une cassette de 100 ml réservée à la PCA. Dans certains cas, un solvant de dilution peut y être ajouté : du glucose 5% ou du NaCl 0,9%.

Elle est alors mise en place dans le boîtier PCA, sous un couvercle transparent fermé à clé, pour plus de sécurité(39). Seules les IDEs du patient peuvent conserver cette clé.

La programmation de la pompe est réalisée avec les données obtenues lors des calculs(40).

L'information du patient doit porter aussi bien sur le médicament utilisé que sur le fonctionnement de la pompe(41). Car le patient va également utiliser cette pompe pour l'administration de bolus, qui sont des doses de médicament que le patient peut s'administrer entre deux doses fixes d'antalgiques.

Ces bolus ne sont délivrés qu'à la demande, en dehors de la période réfractaire (période durant laquelle le patient ne peut recevoir une dose d'antalgique supplémentaire).

Le nombre de bolus demandés et reçus sont enregistrés dans le boîtier : ils permettent aux IDEs d'effectuer une surveillance précise et quotidienne, mais également une adaptation des doses afin d'optimiser la prise en charge de la douleur du patient.

La surveillance quotidienne de la perfusion est indispensable au bon déroulement et à la sécurité de la PCA. Elle permet aux IDEs de communiquer et de voir le patient, afin de vérifier une éventuelle survenue d'effets indésirables ; mais aussi de réévaluer la douleur du patient.

Afin de sécuriser la prise en charge d'un patient bénéficiant de la PCA, et d'inclure le pharmacien dans cette démarche palliative, l'équipe de la pharmacie a mis en place des outils afin d'aider et d'établir une collaboration entre les différents soignants pour l'utilisation de la PCA.

Ce travail rentre dans le cadre d'une EPP.

b. Matériel et méthode

La formation

Une formation est organisée le 25 Avril 2017 par l'externe en pharmacie. L'infirmière coordinatrice de l'HAD n'intervient que pour la présentation orale. Le déroulement de cette formation est divisé en trois points :

- Un questionnaire de connaissances
- Une épreuve de calculs sans outils
- Une présentations power-point des différents outils et les essais de ceux-ci.

Cette formation comprend un questionnaire (cf annexe 6) qui ne portera que sur de la théorie, la pratique ne faisant pour l'instant pas partie de la formation.

Différents thèmes concernant la PCA seront abordés à travers ce questionnaire :

- Les calculs (quantité de substance nécessaire, nombre d'ampoules, quantité de solvant, concentration, débit et vitesse de perfusion)
- Les voies d'administration
- Les solvants utilisés
- L'administration des bolus
- Les données pour paramétrer la pompe
- Les signes de surdosage
- Le contrôle de la douleur
- Les DM

Des exemples d'ordonnance comportant des erreurs ont été créés : les IDEs doivent les trouver. Le questionnaire est remis à chaque personne présente et rempli de manière anonyme. Une feuille comportant les réponses est distribuée et parcourue rapidement collectivement.

Puis une présentation power-point est réalisée par l'infirmière coordinatrice et l'externe en pharmacie.

Il permet d'effectuer quelques rappels sur :

- Le matériel utilisé pour la PCA,
- Les éléments indispensables pour la programmation de la pompe,
- La surveillance de la PCA,
- Les points clés.

De nouveaux outils sont ensuite présentés. Deux feuilles de calculs (cf annexes 7 et 8) ont été créées afin de standardiser les calculs pour la PCA. Elles sont inspirées de feuilles de calcul existantes que nous avons adaptées à nos pratiques. Seules deux molécules sont référencées au livret : la morphine et l'oxycodone injectable. Deux feuilles de calcul ont donc été créées.

Les IDEs ont pu tester les feuilles de calculs à l'aide des ordonnances imaginées. Elles vont permettre de tracer un double contrôle, réalisé par un deuxième soignant, indépendamment du premier. L'objectif étant également d'intégrer le pharmacien dans le parcours de soins en lui permettant d'effectuer le double contrôle. Il peut utiliser soit les feuilles de calculs, soit le fichier EXCEL conçu spécialement pour la PCA : le soignant rentre les données issues de l'ordonnance dans les cases correspondantes et les calculs se réalisent alors grâce aux formules du fichier(38) (cf annexes 9 et 10).

Un dépliant, à destination des patients et de leur entourage, a également été réalisé. Les IDEs pourront ainsi les donner à chacun de leur patient devant bénéficier d'une PCA (cf annexe 11).

Il résumera les informations données préalablement par l'IDE au patient. Ces informations portent sur la sécurité et le bon fonctionnement de la pompe, ainsi que sur l'administration des bolus et la conduite à tenir en cas d'apparitions d'effets indésirables. Il contient donc :

- Un résumé rapide et simple portant sur la PCA
- Quelques conseils d'utilisation
- Les effets indésirables éventuels
- Un encadré dans lequel le patient pourra noter les principaux numéros à contacter (médecin, infirmier, pharmacien, SAMU, pompiers)

Enfin un protocole rédigé, mais non validé, leur est présenté. Il reprend les différentes étapes d'une mise en place d'une PCA :

- La prescription
- La préparation
- La programmation de la pompe
- L'information du patient
- La surveillance

Une lecture collective de ce protocole est effectuée : elle permet à chacun d'établir des remarques positives ou négatives, des améliorations à effectuer.

En complément des résultats obtenus, nous prendrons en compte les remarques et commentaires établis lors de cette formation et sur le questionnaire de satisfaction.

Essai des nouveaux outils

En Juin 2017, soit 2 mois après la formation, les nouveaux outils sont testés par de nombreux professionnels de santé de l'hôpital. Les tests sont transmis aux différents services : service de Médecine, HAD, SSR2, EHPAD et à la MAS.

Des ordonnances sont imaginées : une pour la morphine et une pour l'oxycodone. Chaque personne effectue anonymement les calculs grâce aux feuilles de calculs, puis toutes les fiches remplies sont renvoyées à la pharmacie afin d'être corrigées.

c. Résultats

La formation

Cette formation a finalement réuni 3 infirmières de l'HAD, une de la MAS, une de SSR2 ainsi que l'infirmière coordinatrice de l'HAD. La pharmacienne de la PUI et la DSSI étaient également présentes. Ce qui porte notre effectif total à 8 personnes, sachant que la pharmacienne n'a évidemment pas effectué le questionnaire.

Les résultats du questionnaire sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Questions	En pourcentage			
	TB	B	AB	F
1) Calcul	28,60%	28,60%	14,20%	28,60%
2) Voies d'administrations de la PCA	14,20%	28,60%	57,20%	0%
3) Solvants de dilutions utilisés en PCA	28,60%	43%	14,20%	14,20%
4) VRAI ou FAUX				
Administration systématique de bolus	42,80%			57,20%
Données pour paramétrer la pompe	71,40%			28,60%
Signe de surdosage	28,60%			71,40%
EVA	57,20%			42,80%
Vitesse de perfusion	0%			100%
5) Quel est le DM à ne pas oublier ?	14,20%			85,80%

Figure 1. Tableau des résultats obtenus au questionnaire sur la PCA

Pour les résultats des calculs : TB = Très Bien, signifie que tout le calcul était correct

B = Bien, quand les résultats comportaient une erreur

AB = Assez Bien, quand les résultats comportaient 2 erreurs

F = Faible, quand les résultats comportaient plus de 2 erreurs

Pour les réponses sur les voies d'administration : TB = les 4 voies ont été trouvées

B = 3 voies sur 4 trouvées

AB = 2 voies trouvées sur 4

F = 1 ou 2 voies trouvées sur 4

Pour les réponses sur les solvants : TB = les 2 solvants sont connus

B = 1 solvant sur 2 trouvé

AB = pas de réponse

F = erreur de réponse

Un peu moins d'un tiers des soignants (28,60%) sont parvenus à effectuer les calculs sans erreurs, sans fiches de calcul. Un quart de ces erreurs porte sur l'oubli de comptabiliser les bolus dans la quantité totale de substance médicamenteuse nécessaire à la préparation de la PCA, tandis qu'un tiers des erreurs est réalisé lors du calcul de la concentration. Le reste porte sur des erreurs de calcul simple ou bien un manque de temps pour effectuer ces calculs. En revanche, les calculs concernant le nombre d'ampoules et la quantité de solvant nécessaires, ainsi que les calculs de débit et de vitesse de perfusion, sont eux réussis.

Concernant les résultats des questions posées :

- Sur les 4 voies d'administration possibles, seulement 14,20% des soignants les connaissent toutes les 4, et la majorité des soignants (57,20%) n'en connaissent que 2 : les voies IV et SC.
- Concernant les solvants de dilution, 28,60% des soignants connaissent la possibilité d'utilisation d'un de ces 2 solvants, alors que 43% n'envisagent que l'utilisation de NaCl 0,9%.
- La question portant sur l'administration systématique des bolus a entraîné 57% de réponses fausses. Cependant, plus de 70% des soignantes connaissent les données utiles pour paramétrer la pompe de la PCA (*toutes dites oralement*), notamment la concentration.

- Plus de 70% des professionnels de santé ne connaissent pas le premier signe apparaissant suite à un surdosage en morphine : la somnolence. La plupart pense en premier à la détresse respiratoire, d'autres ont cité la constipation.
- Sur le plan de l'évaluation de la douleur, 42,80% de réponses fausses sur cette question ne sont pas forcément dues à une méconnaissance des soignants, l'EVA n'étant pas la seule échelle de la douleur pouvant être utilisée dans le service.
- Ensuite, sur la question de la vitesse de perfusion, aucun soignant ne savait que cette vitesse en IV doit être supérieure à 0,3 mL/heure afin d'éviter la survenue d'une thrombose veineuse.
- Enfin, la dernière question portait sur un DM à ne pas oublier lors de la mise en place d'une perfusion en complément de la PCA : la valve anti-retour. La plupart des soignants n'ont pas apporté de réponse à cette question.

Dans l'ensemble, l'EPP s'est révélée très satisfaisante pour 85% des personnes présentes, et toutes recommanderaient cette formation à un/une de leur collègue. Le seul reproche indiqué est le manque de temps pour réaliser le questionnaire, et pour présenter et tester convenablement les outils apportés.

L'ensemble des résultats de cette EPP ont été reportés sur un poster (cf annexe 12) affiché dans la PUI, permettant l'accès des résultats à l'ensemble des soignants.

Essai des nouveaux outils

Au total, 28 infirmières ont réalisé ce test : 9 en service de Médecine, 5 en HAD, 6 en SSR2, 2 à l'EHPAD, 3 à la MAS ; ainsi que tous les médecins de l'hôpital.

Les résultats des calculs étaient justes pour 27 des 28 personnes ayant effectué ces calculs. La seule erreur relevée porte sur le calcul en milligrammes de la quantité de bolus par jour. Ce qui nous a amené à rajouter la ligne de calcul « H » dans les deux feuilles de calculs.

Ces essais ont permis d'observer que chaque personne avait sa propre méthode de calcul. Dans les résultats, on obtenait 512 milligrammes de Morphine : certains prenaient exactement 512 milligrammes, d'autres arrondissaient à 510 ou 520 milligrammes. Il sera donc envisagé d'uniformiser ces méthodes dans la procédure.

d. Discussion

Au départ, cette formation ne devait se dérouler qu'avec les IDEs de l'HAD, car ce sont elles qui réalisent le plus souvent des PCA. Leurs avis et remarques sur le protocole, les outils et le déroulement de la formation se révèlent donc essentiels, afin de pouvoir établir une formation et des outils des plus satisfaisants. Finalement, d'autres soignants de l'hôpital se sont joints à la formation.

Les infirmières ne faisant pas parties de l'HAD et qui donc n'ont pas l'habitude de manipuler la PCA auraient souhaité pouvoir manipuler les PCA lors de cette formation.

Cette première formation réalisée en 2017 doit être optimisée : le questionnaire doit être raccourci, la date anticipée et l'organisation revue. L'emploi du temps serré des soignants, ainsi que l'organisation générale de la formation n'ont pas permis d'effectuer cette dernière dans les conditions optimales. En effet, le questionnaire présenté aux soignants étant assez long, ainsi que le manque de temps des infirmières, ont représenté un frein à la formation.

Démarrer par la réalisation de calculs ne se révéla pas judicieux. Les soignants se sont tous attardés sur ceux-ci, délaissant le reste du questionnaire. De plus, le manque de temps n'a rendu possible que la présentation et non l'essai des feuilles de calcul et du fichier EXCEL.

Seule l'infirmière coordinatrice a pu tester ces nouveaux outils, qu'elle a appréciés, quelques jours auparavant.

Les principales voies d'administration de la PCA, les voies IV et SC, sont toutes deux connues par l'ensemble des professionnels de santé ; la voie SC étant souvent utilisée pour la perfusion des personnes âgées. Les voies épidurales et intracathécales sont moins connues par les infirmières, car non utilisées en PCA au CH d'Albert.

Concernant les résultats des questionnaires :

- Les bolus ne sont administrés que lorsque le patient le demande et en dehors de la période réfractaire. Le manque de temps pour remplir le questionnaire a précipité les soignants pour répondre à toutes les questions posées. Celles-ci étant lues rapidement, la vigilance était moindre, d'où le mauvais résultat obtenu (57% de mauvaises réponses). Lors de la correction, ils se sont rendu compte de leur erreur.
- Il est important de resensibiliser les soignants aux signes de surdosage au vu des résultats de l'audit. Les soignants placent, en premier signe de surdosage, la détresse respiratoire. Or d'autres effets plus précoces permettent d'identifier un surdosage en morphine : la somnolence, les nausées et vomissements tout d'abord, puis hallucinations, myosis et confusion ensuite. Ces signes précèdent la survenue d'une détresse respiratoire.
- Il existe deux échelles de la douleur utilisées dans le logiciel OSIRIS au CH d'Albert : EVA (Echelle visuelle analogique) et Algoplus, utilisée pour les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale. Les différents professionnels de santé adaptent l'échelle en fonction de leur patient. Les 50% de mauvaises réponses s'expliquent par le fait que certaines IDEs ont déclaré ne pas avoir l'habitude d'utiliser l'EVA.
- L'avant dernière question était plus technique : afin d'éviter la survenue d'une thrombose veineuse, la vitesse de perfusion en IV doit être supérieure à 0,3 ml/heure. Cette indication pourrait être reportée sur les feuilles de calcul, afin de le rappeler aux soignants et d'éviter la survenue d'une thrombose chez un patient.
- La question sur le DM ne se révèle plus vraiment utile : en effet, depuis quelques temps, les valves anti-retours sont déjà intégrées à la tubulure de la PCA. La mise en place d'une valve anti-retour indépendante n'est donc plus nécessaire.

Le faible effectif d'infirmières présentes le jour de la formation ne permet pas de rendre l'EPP révélatrice de l'ensemble des soignants de l'hôpital.

Les soignants sont intéressés par les nouveaux outils ensuite présentés : les feuilles de calcul et le fichier EXCEL. Ils permettraient de regrouper toutes les données utiles à la programmation de la pompe sur une seule et même feuille, qui sera ensuite classée dans le dossier du patient. Le fichier EXCEL serait lui plutôt utilisé afin d'effectuer le double contrôle

Enfin, la deuxième partie qui consistait à faire tester les feuilles de calcul à l'ensemble du personnel de l'hôpital, a permis d'améliorer cette EPP.

e. Conclusion

Cette formation, en 2 étapes, a permis de constater les connaissances des différents soignants concernant la PCA. Cette technique d'administration nécessite une grande maîtrise de la part de tous les professionnels de santé, afin d'écarter au maximum le risque d'erreur.

Cette formation va faire partie de la formation continue des soignants de l'ensemble du CH d'Albert, car la PCA est une pratique à risque faisant partie des Never Events. Mais elle devra être repensée, les feuilles de calculs étant totalement intégrées dorénavant dans les pratiques des soignants.

En Novembre 2019, le protocole n'a toujours pas été validé mais est inscrit au plan d'action du COMEDIM. Cependant les fiches de calculs ont été adoptées dans les pratiques courantes des soignants. Le fichier EXCEL n'a pas été retenu au CLUD.

D'un hôpital à un autre, le protocole de mise en place d'une PCA peut varier. La préparation et la mise en place d'une PCA nécessite une formation précise et complète, que ce soit pour la partie théorique ou pratique.

3) Bilan et perspectives

Le bilan de cette formation se révèle positif, mais quelques points d'organisation sont tout de même à revoir. La prochaine formation serait mieux adaptée pour l'ensemble du personnel soignant de l'hôpital si elle était découpée en deux temps : une première partie théorique et une deuxième partie pratique.

La partie théorique serait consacrée à la réalisation des calculs avec les outils créés, ainsi qu'à l'explication du protocole de la PCA. Les feuilles de calculs étant désormais systématiquement utilisées, il n'y aurait qu'une partie calcul avec les feuilles directement.

Tandis que la partie pratique permettrait une présentation et une manipulation du matériel utilisé pour la PCA.

Début 2019, cette EPP a été rediscutée en COMEDIM où était présent la Médecin Présidente du CLUD, le Docteur Mallaisy. Au cours des deux années passées, l'utilisation des feuilles de calcul pour la PCA est devenue systématique dans les services concernés : le personnel soignant apprécie leur utilisation, les aidant dans la mise en place de la PCA et sécurisant cette pratique. Le double contrôle est effectué par les services concernés, mais le pharmacien est rarement sollicité pour l'effectuer, les soignants s'étant complètement appropriés l'outil.

Mais le pharmacien effectue tout de même un contrôle en effectuant également les calculs afin de contrôler le nombre d'ampoules devant être délivrées.

Un nouveau médecin exerçant également dans un CH voisin a également apprécié ces outils et souhaiterait les mettre en place dans l'autre hôpital.

Les IDEs reconnaissent une réelle utilité de ces outils mis en place : elles constatent une diminution des erreurs de calcul mais également de manipulation dans leur service. L'apparition des feuilles de calculs a permis de favoriser la mise en place de la PCA en service de médecine.

La création de ces outils a permis d'intégrer le pharmacien du CH d'Albert au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Sa connaissance de la pharmacie clinique est un atout pour optimiser la prise de charge des patients en soins palliatifs. L'objectif final étant de pouvoir mettre en place des réunions hebdomadaires, où le pharmacien serait présent, afin de discuter des patients nécessitant de soins palliatifs. Cette collaboration, entre les différents professionnels de santé, permettrait une optimisation de la prise en charge de ces patients, mais aussi au pharmacien de développer ses compétences. Le développement des soins palliatifs est toujours un point important pour le CH d'Albert.

Le bon usage des PCA est primordial pour l'hôpital car il fait parti des risques inscrits au compte qualité pour la certification V2014. Il doit donc être suivi.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de cancers en France, entraînent le développement continu de la médecine et des soins palliatifs. Plus de 80% des français souhaitent finir leur vie chez eux, dans un endroit connu et paisible. Cela a entraîné une amélioration de la prise en charge des soins palliatifs à domicile. Cependant, aujourd'hui, seulement 27% de la population y a accès(1). La douleur étant le premier symptôme à soulager en soin palliatif, la bonne connaissance des médicaments ainsi que le développement de la pharmacie clinique peut être une réelle valeur ajoutée à cette prise en charge.

C'est pour cela que de plus en plus de pharmaciens s'intéressent au nombre grandissant de formations en lien avec les soins palliatifs(33). Cependant, la formation pratique, et théorique des soignants reste à développer. La formation effectuée au CH d'Albert a permis de développer de nombreux outils facilitant le travail des soignants et permettant une collaboration entre médecins, infirmiers et pharmacien.

En France, une réelle volonté des pharmaciens d'être intégrés dans cette démarche palliative est ressentie. La proximité pharmacien-patient est un atout majeur dans la prise en charge de patients nécessitant des soins palliatifs.

L'amélioration des soins palliatifs sont toujours d'actualité en 2020. Certains hôpitaux tentent d'utiliser des thérapeutiques moins invasives, comme l'utilisation d'huiles essentielles, afin d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aucun résultat d'études n'a pour l'instant été publiés.

Cette année, en collaboration avec différents professionnels de santé, des guides régionaux de soins palliatifs ont été rédigés. Ils recensent les différentes structures palliatives de la région et présentent les différents aspects (législatifs, éthiques...) de ces soins. Il permet également d'informer sur les différentes associations existantes. Le 12 Octobre 2019 a eu lieu la journée mondiale sur les soins palliatifs, qui permet de promouvoir ces soins et de sensibiliser la population.

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'identification en soins palliatifs du CH d'Albert



FICHE MEDICALE D'IDENTIFICATION EN SOINS PALLIATIFS

Médecine
 SSR
 HAD

PATIENT

NOM : _____ PRENOM : _____

Hospitalisé depuis le : ____ / ____ / ____ Médecin traitant : _____

MOTIF D'HOSPITALISATION DANS LA STRUCTURE DE LITS IDENTIFIES SOINS PALLIATIFS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Besoins psycho-affectifs patient | <input type="checkbox"/> Soutien familial, entourage |
| <input type="checkbox"/> Troubles neuro-psychiques | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> Autres symptômes | | |
| <input type="checkbox"/> Phase symptomatique | <input type="checkbox"/> Symptomatique avancée | <input type="checkbox"/> Phase terminale |

Le malade connaît-il son diagnostic ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
L'entourage du patient connaît-il le diagnostic ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Le malade appréhende-t-il le diagnostic ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

MALADIE

❖ Début de la maladie : ____ / ____ / ____

❖ Localisation de la maladie : _____

❖ Stade (classification TNM) / Localisation des métastases : _____

❖ Autres complications : _____

❖ Le document « RCP » (*Réunion de Concertation Pluridisciplinaire*) est-il intégré au dossier d'entrée (si pathologie cancéreuse) ? Oui Non

BESOINS

Le patient nécessite :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ◆ D'une prise en charge de la douleur ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ◆ D'une prise en charge psychologique? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ◆ D'une prise en charge sociale? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ◆ D'une prise en charge spirituelle ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ◆ D'une prise en charge de kinésithérapie? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ◆ D'une prise en charge d'ergothérapie ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Annexe 2 : Exemple de formulaire pour les directives anticipées.

Mon identité

Nom et prénoms :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil :

- j'ai l'autorisation du juge Oui Non

- du conseil de famille Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

Informations ou souhaits

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées
figurant sur la fiche 4 ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

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

Fait le à

Signature

Mes directives anticipées

Modèle A

→ Je suis atteint d'une maladie grave

→ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

► J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

► Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

► Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le à

Signature

Annexe 3 : Fiche de désignation de la personne de confiance.

Formulaire de désignation de la personne de confiance
(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

E-mail : _____

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature _____ Signature de la personne de confiance _____

Annexe 4 : Questionnaire pour l'entretien avec la PUI de Valenciennes.

Questions sur les soins palliatifs

- 1) Quelles(s) formation(s) avez-vous reçue(s) sur la prise en charge des soins palliatifs ?
Avez-vous régulièrement des formations ?
- 2) Combien de temps de votre travail consacrez-vous aux soins palliatifs ?
- 3) Avec quel(s) professionnel(s) de santé collaborez-vous ?
- 4) A quelle fréquence l'équipe de soins palliatifs se réunit-elle ? Quels sont les objectifs de ces réunions ?
- 5) Effectuez-vous des prises en charge au domicile des patients ?
Si oui, en quoi est-ce différent d'une prise en charge à l'hôpital ?
- 6) Quelles sont les différentes missions du pharmacien lors de la prise en charge d'un patient en soins palliatifs ?
- 7) Que vous apporte ce nouveau projet professionnel ?
- 8) Comment le développement de la pharmacie clinique au sein d'une équipe de soins palliatifs s'est-il mis en place ?

Annexe 5 : Fiche de conciliation médicamenteuse du CH d'Albert.

Bilan médicamenteux optimisé		Ordonnance du.....					Décision médicale	Commentaires	
		Posologie	Statut : Pour suivi (P) Arrêté (A) Substitué (S) Modifié (M)	Spécialités : Nom/Forme/Dosage	Posologie			Divergence intentionnelle (DI) ou non (DNI)	Divergence : oui/ non
					M	M	S		
Entrées patient									
Dossier médical									
Pharmacien d'origine									
Ordonnance récente									
Traitement amené par le patient									

La conciliation médicamenteuse

Date: Service:
 Nom de la personne réalisant la conciliation:
 Fonction: Durée:

Le patient: homme femme

Nom: Prénom:

Age:

Taille: Poids:

Paramètres biologiques:

Les sources d'informations:

- Entretien avec le patient
- Entretien avec un proche
- Dossier médical
- Dossier pharmacologique
- Ordonnance récente (Date:
- Traitement amené par le patient
- Pharmacien d'origine:
- Médecin traitant:
- Spécialiste:
- Autres:

Autres médicaments:

Autres commentaires (allergies, tabac, E):

Données issues de l'entretien:

Connaissance du traitement:

- Oui, totalement
- Oui, partiellement
- Non

Préparation des médicaments:

- Par le patient lui-même
- Par l'IDE/Aide à domicile
- Par un proche
- EHPAD

Évaluation de l'observance (score de Giredd):

	OUI	NON
Vous est-il déjà arrivé d'oublier de prendre votre traitement?		
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament?		
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle?		
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire fait défaut?		
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien?		
Renseignez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre?		

- Si 0 «/oui» → bonne observance
- Si 1 ou 2 «/oui» → observance moyenne
- Si 3 «/oui» → patient non observant

Commentaires:

Annexe 6 : Questionnaire posé lors de la formation PCA.

Questionnaire PCA

1) Calcul

PCA IV de 160 mg/ 24 heures de Morphine

Bolus de 7 mg

Période réfractaire de 2h

Traitement pour 4 jours

Ampoules disponibles : 10 mg/ml

100 mg/5 ml

500 mg/10 ml

- ❖ Quelle quantité de Morphine (en mg) faut-il pour 4 jours de traitement ?

- ❖ Calculer le nombre et le type d'ampoules qu'il vous faut.

- ❖ Quelle quantité de sérum physiologique faut-il ajouter sachant que la taille de la cassette est de 100 ml ?

- ❖ Quelle est la concentration dans le réservoir ? (en mg/ml)

- ❖ Quel est le débit de perfusion ? (en mg/h)

- ❖ Quelle est la vitesse de perfusion ? (en ml/h)

2) Quelles sont les voies d'administration possibles pour la PCA ?

- IM
- IV
- SC
- Epidurale
- Intracathécale

3) Quels solvants de dilutions peuvent être utilisés avec la PCA ?

4) VRAI ou FAUX (corriger les éléments faux)

a) La PCA permet l'administration systématique de bolus à intervalles réguliers

.....

b) La concentration dans le réservoir doit être connue pour paramétrer la PCA

.....

c) Le 1^{er} signe de surdosage en morphine est la survenue d'une détresse respiratoire

.....

d) Si EVA est < à 3, l'analgésie du patient est alors contrôlée

.....

e) Si la PCA est en IV, la vitesse de perfusion doit être > 0,6 ml/h afin d'éviter la survenue d'une thrombose veineuse

.....

VRAI	FAUX

5) Lors de la mise en place de la PCA simultanément avec une autre perfusion, quel DM ne faut-il pas oublier ?

6) Ordonnance des erreurs



La pharmacie, Avril 2017

Annexe 7 : Feuille de calcul PCA pour la morphine

Feuille de calcul PCA : MORPHINE

Informations patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etiquette patient

Calcul des quantités

= Informations issues de l'ordonnance ★ = Données nécessaires pour la programmation de la pompe

A = dose continue mg/24h **B** = bolus mg ★

C = période réfractaire minutes ★

Soit **H** = bolus par jour

D = quantité de bolus par jour = **B x H** = mg

E = Quantité totale de Morphine par jour = **A + D** = mg/j

F = Durée du traitement jours

G = soit une quantité de Morphine = **E x F** = mg

Ampoules

Volume (ml)	Concentration (mg/ml)
1 ml	10 mg / ml
5 ml	100 mg / 5 ml
10 ml	500 mg / 10 ml

Soit :

Nombre	Ampoule
<input type="text"/>	De 10 mg / ml
<input type="text"/>	De 100 mg / 5 ml
<input type="text"/>	De 500 mg / 10 ml

Soit **V** = ml de Morphine

Donc quantité totale de Morphine **M** = mg

La concentration (avec OU sans dilution)

SANS dilution :

Concentration dans le réservoir = $M (mg) / V (ml) =$ = mg/ml ★

AVEC dilution :

Réservoir de 100 ml **V** = ml de Morphine

Quantité de NaCl 0,9% (ou G 5%) = $100 (ml) - V (ml) =$ = ml de solvant

Concentration dans le réservoir = $M (mg) / 100 (ml) =$ = mg/ml ★


Débits

Débit de perfusion continue = $A (mg) / 24 (h) =$ = mg/h ★

Date, Nom et Signature du soignant :

Date, Nom et Signature du soignant ayant effectué le double contrôle :

Signature du médecin :



Le pharmacien, sept 2017

Annexe 8 : Feuille de calcul PCA pour l'oxycodone.

Feuille de calcul PCA: OXYCODONE

Informations patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etiquette patient

Calcul des quantités

☘ = Informations issues de l'ordonnance

☘ = Données nécessaires à la programmation de la pompe

A = dose continue mg/24h

B = bolus mg ☘

C = période réfractaire minutes ☘

Soit **H** = bolus par jour

D = quantité de bolus par jour = **B x H** = = mg

E = Quantité totale d'Oxycodone par jour = **A + D** = = mg/j

F = Durée du traitement jours

G = soit une quantité d'Oxycodone = **E x F** = = mg

Ampoules

Ampoules disponibles à la PUI : ampoules de 1 ml : 50 mg/ml

Nombre total d'ampoules = $\frac{G \text{ (mg)}}{50 \text{ mg}}$ = = ampoules (arrondi au-dessus)

Donc quantité totale d'Oxycodone **O** = $50 \times \text{le nombre d'ampoules}$ = = mg

Volume d'Oxycodone **V** = $\frac{\text{Nombre d'ampoules} \times 1 \text{ ml}}$ = ml

La concentration (avec OU sans dilution)

SANS dilution :

Concentration dans le réservoir = $\frac{O \text{ (mg)}}{V \text{ (ml)}}$ = = mg/ml ☘

AVEC dilution :

Réservoir de 100 ml

V = ml d'Oxycodone

Quantité de NaCl 0,9% (ou G 5%) = $100 \text{ (ml)} - V \text{ (ml)}$ = = ml

Concentration dans le réservoir = $\frac{O \text{ (mg)}}{100 \text{ (ml)}}$ = = mg/ml ☘


Débits

Débit de perfusion continue = $\frac{A \text{ (mg)}}{24 \text{ (h)}}$ = = mg/h ☘

Date, Nom et Signature du soignant :

Date, Nom et Signature du soignant ayant effectué le double contrôle :

Signature du médecin :



Le pharmacien, sept 2017.

Annexe 9 : Fichier Excel d'aide aux calculs pour la Morphine.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Les Quantités								
2	Dose continue (en mg/24h)	0					Calcul à effectuer soi-même		
3							Informations à rentrer		
4	Le bolus								
5	Dose (mg)	0							
6	Période réfractaire (en h)	0							
7	Nombre de bolus maximum par	0							
8	Quantité de bolus par jour (en mg)	0							
9									
10	Quantité totale d'Oxycodone par jour (en mg)	0							
11									
12	Durée du traitement (en jours)	0							
13									
14	Quantité totale d'Oxycodone pour le traitement (en mg)	0							
15	Les ampoules								
16	<i>Ampoules disponibles à la PUI: ampoules de 1ml: 10mg/ml, 100mg/5ml ou 500g/10ml</i>								
17	Nombre d'ampoules								
18	*de 10mg/ml	0							
19	*de 100mg/5ml	0							
20	*500mg/10ml	0							
21	Volume dans le réservoir (ml)	0							
22	Quantité réelle d'Oxycodone (mg)	0							
23	Les concentrations								
24	SANS dilution								
25	Concentration dans le réservoir (en mg/ml)								
26	AVEC dilution								
27	Taille du réservoir (en ml)	100							
28	Quantité de NaCl 0,9% ou G 5% (ml)	100							
29	Concentration dans le réservoir (en mg/ml)	0							
30	Les débits								
31	Débit de perfusion continue (mg/h)	0,0							
32									
33									

←
→
Méthodologie
Oxycodone
Morphine
+

Annexe 10 : Fichier Excel d'aide aux calculs pour l'Oxycodone.

	A	B	C	D	E	F
1	Les Quantités					
2	Dose continue (en mg/24h)	0				Calcul à effectuer soi-même
3						Informations à rentrer
4	Le bolus					
5	Dose (mg)	0				
6	Période réfractaire (en h)	0				
7	Nombre de bolus maximum par jour	0				
8	Quantité de bolus par jour (en mg)	0				
9						
10	Quantité totale d'Oxycodone par jour (en mg)	0				
11						
12	Durée du traitement (en jours)	0				
13						
14	Quantité totale d'Oxycodone pour le traitement (en mg)	0				
15	Les ampoules					
16	<i>Ampoules disponibles à la PUI: ampoules de 1 ml: 50 mg/ml</i>					
17	Nombre d'ampoules (arrondir au-dessus)	0,00				
18	Nombre arrondi	0				
19	Volume dans le réservoir (ml)	0				
20	Quantité d'Oxycodone réelle (en mg)	0				
21	Les concentrations					
22	SANS dilution					
23	Concentration dans le réservoir (en mg/ml)	#DIV/0!				
24	AVEC dilution					
25	Taille du réservoir (en ml)	100				
26	Quantité de NaCl 0,9% ou G 5% (ml)	100				
27	Concentration dans le réservoir (en mg/ml)	0				
28	Les débits					
29	Débit de perfusion continue (mg/h)	0				
30						

←
→
Méthodologie
Oxycodone
Morphine
+

Annexe 11 : Dépliant sur la PCA à destination des patients.

La PCA:

*Analgesie
contrôlée par le
patient*



La pharmacie, Avril 2017

A contacter si besoin:

Médecin :
Té| :

Infirmière :
Té| :

Pharmacien :
Té| :

Pompiers : **18**
SAMU : **15**

*Pour toutes questions ou
informations supplémentaires,
n'hésitez pas à vous adresser à votre
médecin, votre infirmière ou votre
pharmacien*

La PCA, qu'est-ce que c'est ?



L'analgésie contrôlée par le patient est une technique d'administration de médicaments antalgiques.

Le patient peut lui-même gérer son traitement en fonction de sa douleur, ce qui lui permet une meilleure autonomie et prise en charge de sa douleur.

Elle permet l'administration continue d'analgésiques, ainsi que l'auto-administration de bolus (injections) avec le bouton-poussoir.

La mise en place et la programmation de la pompe sont réalisées par une infirmière, qui viendra tous les jours vérifier le bon fonctionnement de la pompe.



Effets indésirables éventuels

Les médicaments antalgiques utilisés avec la pompe PCA à l'hôpital d'Alibert sont l'Oxycodone et la Morphine.

La survenue d'un des effets indésirables suivants doit **ABSOLUMENT** être signalée à votre médecin et/ou infirmière :

- Somnolence
- Nausées, vomissements
- Hallucinations
- Constipation



Conseils d'utilisations


Vous seul pouvez évaluer votre douleur. Dès que la douleur se fait sentir, n'hésitez pas à appuyer sur le bouton-poussoir. N'attendez pas que la douleur soit trop intense.

Il faut attendre quelques minutes pour que le traitement agisse.

- Si
 - Les douleurs persistent,
 - **ET/ou** vous augmentez le nombre d'appuis pour obtenir une **interdose** par jour,
 - **ET/ou** vous présentez des effets indésirables,


Consultez votre médecin ou votre infirmière

Annexe 12 : Poster sur la PCA.



Bon usage des PCA: bilan des connaissances des soignants

Pouli V., Cailliez C., Demoulin P., Nozaki T., Lallier J.
1 Service PUJ, 2Service d'HAD, 3Service Qualité DSSJ, 4CLUD - CH Albert



Introduction
Suite à des erreurs de programmation d'axe pompe PCA en HAD (CRX 3036), notre établissement s'est engagé avec formation complète sur l'utilisation de ce type de matériel. Cette thématique fait partie des Newer Events.

Juillet 2014

CRX

Octobre 2014

Présentation de la réglementation, l'impact sur les patients et la mise en place de la formation

Novembre 2014

Discussion en CLUD

Janvier 2017

Formation en interne pour les IDE de l'HAD par l'interne coordonnatrice







Avril 2017

Bilan des connaissances des soignants


Objectif
Standardiser les règles d'utilisation et de programmation de la PCA, par la création d'outils, afin de réduire le risque d'erreur.

Méthodes et matériaux
Formation et outils créés par l'interne en pharmacie. Une animation est mise en place par l'interne et l'IDE coordonnatrice de l'HAD en avril 2017. Sept soignants ont suivi cette formation, dont cinq IDE. Elle comprend un questionnaire de trois items principaux. Sont présentés : des fiches de calcul de dose, un fichier EXCEL d'aide aux calculs, et un dépliant d'information à destination des patients. Cette sensibilisation auprès du patient est essentielle et répond aux questions fréquentes. Une procédure a été rédigée.


Résultats

	Calcul de dose 26 % des soignants ont effectué les calculs sans aucune erreur. L'outil de calculateur les aide dans le calcul. Malgré la formation réalisée en octobre 2014, 26% des participants ont eu 2 erreurs ou plus souvent les calculs.
	Dose 15 % des soignants connaissent la notion d'une valve anti-retour. Une perfusion est posée en dépit de la PCA.
	Signes de surdosage 21 % des soignants ne connaissent pas de tes signes de surdosage en morphine, le sédation. Autres signes : nausées, vomissements, hypotension, constipation.
	Voies d'administration 40 % des soignants connaissent les 3 principales voies d'administration. 14 et 14. Autres voies possibles : intraveineuse et sous-cutanée (selon l'ordonnance du Dr).
	Sévérité 100 % des soignants connaissent le principal symptôme utilisé en PCA, le N ^o CI 0-1 %. Autre symptôme pouvant être utilisé : douleur N5.
	Programmation de la pompe 70 % des soignants connaissent les éléments nécessaires pour programmer la pompe PCA (concentration, débit, dose des bolus et période réfractaire).

Conclusion
Les perspectives futures nous permettent d'envisager un accroissement de l'utilisation de la PCA dans notre établissement, en tenant compte de notre évaluation. Il est urgent et impératif de mettre en place une généralisation des formations, des laboratoires de sensibilisation, des évaluations ciblées et d'apporter les ressources nécessaires en temps réel. D'ici les sources ont été créés:




+



Double contrôle

La PCA :
Analgesie contrôlée par le patient



L'appréhension par l'ensemble des soignants du bon usage des PCA est un gage de sécurité et de qualité.

Assemblée Générale 15 juin 2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Guirimand F, Martel-Samb P, Guy-Coichard C, Picard S, Devalois B, Copel L, et al. Development and validation of a French questionnaire concerning patients' perspectives of the quality of palliative care: the QUALI-PALLI-Patient. *BMC Palliat Care* [Internet]. 11 févr 2019 [cité 24 avr 2019];18. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369559/>
2. Définition OMS [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
3. Historique des soins palliatifs [Internet]. Disponible sur: <https://www.palliative.ch/fr/soins-palliatifs/histoire-des-soins-palliatifs/>
4. Aubry R. Bilan et perspectives après deux décennies d'une politique d'accompagnement de la fin de vie en France. *Droit et cultures Revue internationale interdisciplinaire*. 26 mars 2018;(75):13-34.
5. Circulaire Laroque [Internet]. 1986 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>
6. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
7. Les droits des personnes en fin de vie : qu'est-ce qui existe à ce jour ? [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://soin-palliatif.org/droits/legislation-actuelle/>
8. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
9. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
10. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
11. L'essentiel de la démarche palliative [Internet]. 2016 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_essentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf
12. Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement [Internet]. 2004 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf
13. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs [Internet]. 2002 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf
14. Plançon M, Louarn C. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès : retour d'expérience d'une équipe mobile de soins palliatifs. *Médecine Palliative*. févr 2018;17(1):50-5.
15. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie [Internet]. 2016 [cité 24 avr 2019].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf

16. L'accompagnement de fin de vie. le journal de l'ordre national des pharmaciens. nov 2016;8-9.
17. La personne de confiance [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf
18. Les unités de soins palliatifs: USP [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.association-emera.fr/fichs/10084.pdf>
19. Ruer M, Pluviaux C, Clerc B, Laurent A, Rhondali W, Filbet M. Le regard des infirmières sur les soins palliatifs. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. juin 2012;11(3):115-20.
20. Daydé M-C. Soins palliatifs à domicile : évolutions et perspectives. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. oct 2012;11(5):275-82.
21. de Bonnières A, Estry-Behar M, Lassaunière J-M. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. août 2010;9(4):167-76.
22. Joly C, Lainé A, Déchelotte P, Haas S. Motivations et attentes des étudiants inscrits à un diplôme d'université de soins palliatifs. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. juin 2010;9(3):115-9.
23. Gomas J-M. Douleur et soins palliatifs. Réflexions d'un témoin; [Internet]. Psychol NeuroPsychiatr Vieil; 2006. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/douleurs_et_soins_palliatifs_reflexions_dun_temoin_271907/article.phtml
24. Grillon I. Fin de vie d'un patient, émotions de soignants: jusqu'à la mort, accompagnons la vie [Internet]. 2012 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-isabelle-grillon.pdf>
25. Doré-Pautonnier D, Mino J-C, Rennesson M. Le cndr soin palliatif: centre de référence et plateforme d'information sur les soins palliatifs, la fin de vie et le deuil. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 6 janv 2016;(120):125-8.
26. Gérard D. Soutien psychologique aux soignants en contact régulier avec des patients en fin de vie. 2005.
27. Hintermeyer P. L'émergence des soins palliatifs, Abstract. Revue internationale de soins palliatifs. 7 avr 2010;25(1):10-3.
28. Blanchet V, & Al. Préconisations de bonnes pratiques pour la formation continue non universitaire en soins palliatifs [Internet]. 2013 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/argumentaire-et-recov9.pdf>
29. Cahier thématique n°13 de l'ordre des pharmaciens; la pharmacie clinique [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%](http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%2013+la+pharmacie+clinique.pdf)

30. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
31. Fulcrand J, & Al. Place du pharmacien clinicien dans la prise en charge des patients en soins palliatifs. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 déc 2018;56(6):e101-2.
32. Morvan L, Bouziges B, Kohli É. Implication des pharmaciens en maisons de santé, résultats d'une enquête. *Actualités Pharmaceutiques*. févr 2018;57(573):40-5.
33. Sicard J, Veron F. Le congrès européen du cancer sous le regard du pharmacien d'officine. *Actualités Pharmaceutiques*. janv 2019;58(582):38-43.
34. Omedit normandie. Liste des médicaments écrasables. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/18723/medicaments-ecrasables-2019-mise-a-jour-.pdf>
35. Conciliation des traitements médicamenteux - prévenir les erreurs [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs
36. Allenet benoit, & Al. Fiche mémo de la SFPC: les entretiens pharmaceutiques. 2019.
37. Sardin B, Berger Tailleur C, Lecour N, Terrier G, Grouille D. La prescription pour l'infirmière d'une pompe d'analgésie contrôlée par le patient pour douleurs cancéreuses ou en soins palliatifs (PCA DSP). *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. avr 2014;15(2):65-73.
38. ISMP. Réduire le risque d'incidents ou d'accidents liés à la médication= les doubles vérifications effectuées de façon indépendante. 2005;5: 1.
39. Omedit Centre. Bonnes pratiques de perfusion : module « analgésie contrôlée par le patient (pompe PCA) [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/PCA_web_web/co/module_PCA.html
40. Notice d'utilisation Ryhtmic Evolution. [Internet]. 2014. Disponible sur: https://services.telesantebretagne.org/lrportal/documents/138946/313588/micrel_rythmic_evolution_notice.pdf/c9da3553-11ff-4ccc-b942-ee27127df4c4
41. Meyer N. Information du patient devant bénéficier d'une analgésie contrôlée (PCA). [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ghca.fr/images/clud/Info-patient-analgesie-controlee-PCA.pdf>

Résumé

Afin d'assurer une meilleure qualité de vie des personnes bénéficiant de soins palliatifs, on assiste depuis quelques années à un développement important de la médecine palliative.

L'Etat met tout en œuvre afin de garantir l'accès à ces soins de qualité pour tous.

Cette démarche palliative ne peut être optimale que par un travail coopératif des différents professionnels de santé, dont le pharmacien.

Professionnel du médicament et du DM, son intégration dans une équipe de soins palliatifs est un atout dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Au CH d'Albert, une formation a donc été réalisée sur le thème de la PCA en lien avec les soins palliatifs. L'objectif final étant d'intégrer entièrement le pharmacien dans cette démarche palliative. Cette démarche permet de favoriser les liens entre la pharmacie et les services de soins, tout en sécurisant la PCA.