



# Soins palliatifs

GÉNÉRALITÉS – STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

DFASP2 S1 – UE dispensation  
Pr Cyril Breuker, pharmacie clinique

# Objectifs du cours

---

- Comprendre la **place des soins palliatifs dans la fin de vie**
  - Connaître les terminologies des termes à employer
  - Connaître le rôle des professionnels de santé impliqués
  - Connaître les options thérapeutiques

## Note méthodologique et de synthèse documentaire

« Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? »

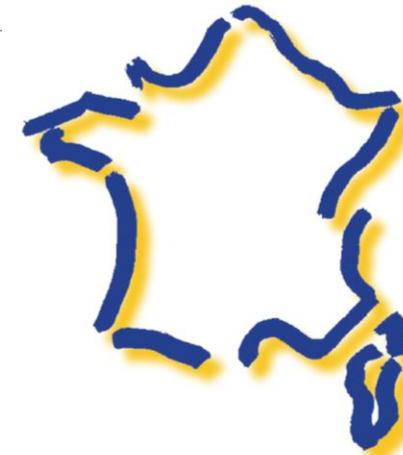
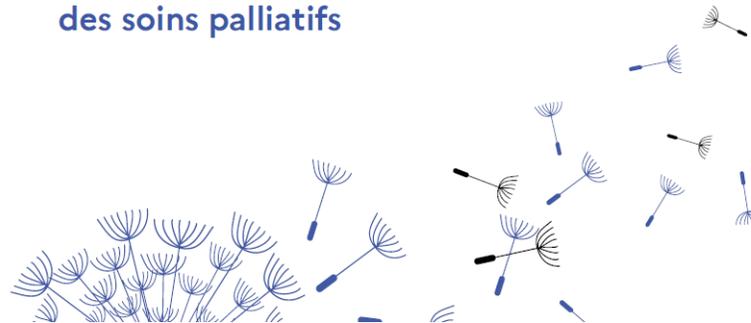
Juin 2016



MINISTÈRE  
CHARGÉ DE L'ORGANISATION  
TERRITORIALE ET DES  
PROFESSIONS DE SANTÉ  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# FIN DE VIE

Mots et formulations  
de l'anticipation définis  
juridiquement ou d'usage  
coutumier par les professionnels  
des soins palliatifs



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION  
*Santé  
Solidarité  
Prévention*



MINISTÈRE  
CHARGÉ DE L'ORGANISATION  
TERRITORIALE ET DES  
PROFESSIONS DE SANTÉ  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Fin de vie  
Soins Palliatifs  
CENTRE NATIONAL

# ATLAS

des soins palliatifs  
et de la fin de vie  
en France

TROISIÈME ÉDITION  
2023

# Objectifs du cours

---

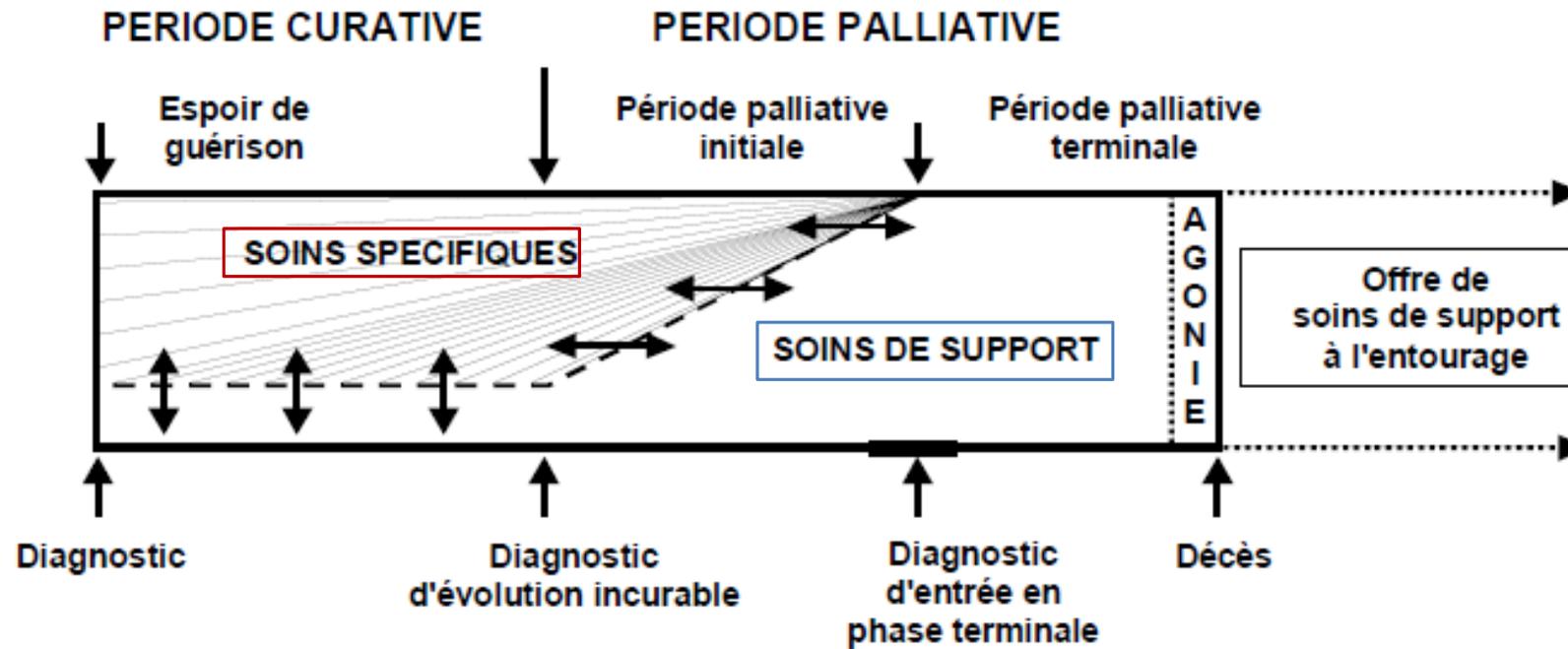
- Comprendre la **place des soins palliatifs dans la fin de vie**
  - Connaître les terminologies des termes à employer
  - Connaître le rôle des professionnels de santé impliqués
  - Connaître les options thérapeutiques

## SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs ont pour objectif d'aider à **maintenir au maximum la qualité de vie** des patients atteints d'une maladie grave, potentiellement mortelle, **par la prévention et le soulagement de toute souffrance, qu'elle soit physique, psychologique, existentielle ou spirituelle**. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés par **une équipe multidisciplinaire, en institution ou à domicile**, incluant la personne concernée et ses proches.

# CONTINUITÉ ET GLOBALITÉ DES SOINS EN PALLIATIF

## Le schéma idéal



## FIN DE VIE

Les chercheurs et les autorités publiques, notamment la Haute Autorité de santé, retiennent habituellement deux définitions de cette notion :

**La première** associe la fin de vie à une estimation de la durée de vie restante : le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) relève, dans son avis n° 139, que le cadre juridique actuel est adapté aux pronostics de court terme (quelques heures à quelques jours) mais pas de moyen terme (quelques semaines à quelques mois).

**La seconde** associe la fin de vie à l'évolution d'une pathologie grave qui rentre en phase avancée, potentiellement mortelle (cancer, défaillance d'organes, maladie neurodégénérative, etc.).

Ces définitions confirment la possibilité d'une double lecture, celle du temps qu'il reste à vivre et celle de la trajectoire de fin de vie, qui fait appel à un temps variable.

## LE CONSENTEMENT

*« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »* (Article L. 1111-4 du Code de la santé publique – CSP).

Le patient a donc le droit d'accepter ou de refuser les propositions thérapeutiques qui lui sont offertes.

Le préalable nécessaire au consentement est une information loyale, claire et appropriée sur l'état de santé, les investigations et les soins qui sont proposés.

## LE REFUS DE SOINS

« *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.* » (Article L. 1111-4 du CSP).

- Le patient a le droit de refuser tout traitement ou acte de soin (y compris à visée diagnostique).
- Dans ce cas, l'équipe de soins est tenue d'informer de façon claire et intelligible le patient des conséquences de ce refus, qu'elles soient bénignes ou graves (article R. 4127-36 du CSP).
- Après un délai de réflexion raisonnable, le professionnel redemandera au patient de reformuler sa décision de manière à s'assurer de sa stabilité.
- La décision du patient doit être consignée au dossier médical.
- Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

## L'OBSTINATION DÉRAISONNABLE

*« Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 [**de prévention, d'investigation, de traitement et de soins**] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils **apparaissent inutiles, disproportionnés** ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, **à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.** »* (Article L. 1110-5-1 du CSP).

## PROCÉDURE COLLÉGIALE

Elle est définie réglementairement. Elle prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile (articles L. 1110-5 et R. 4127-37-2 du CSP).

## LIMITATION OU ARRÊT DES TRAITEMENTS (THÉRAPEUTIQUES ACTIVES) (LATA)

La LATA découle du refus de l'obstination déraisonnable:

- La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives peut être demandé par le patient ou bien par le professionnel de santé, si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.
- Dans cette dernière hypothèse, une décision de LATA doit être prise au vu des directives anticipées ou, à défaut, du témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, des proches, et être précédée d'une procédure collégiale.
- Elle doit être motivée et consignée dans le dossier médical du patient.

## LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE JUSQU'AU DÉCÈS (SPCJD)

La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès est un droit introduit par la loi n° 016-87 du 2 février 2016 dite « Claeys-Leonetti ».

Elle peut être mise en œuvre dans deux situations prévues par l'article L. 1110-5-2 du CSP :

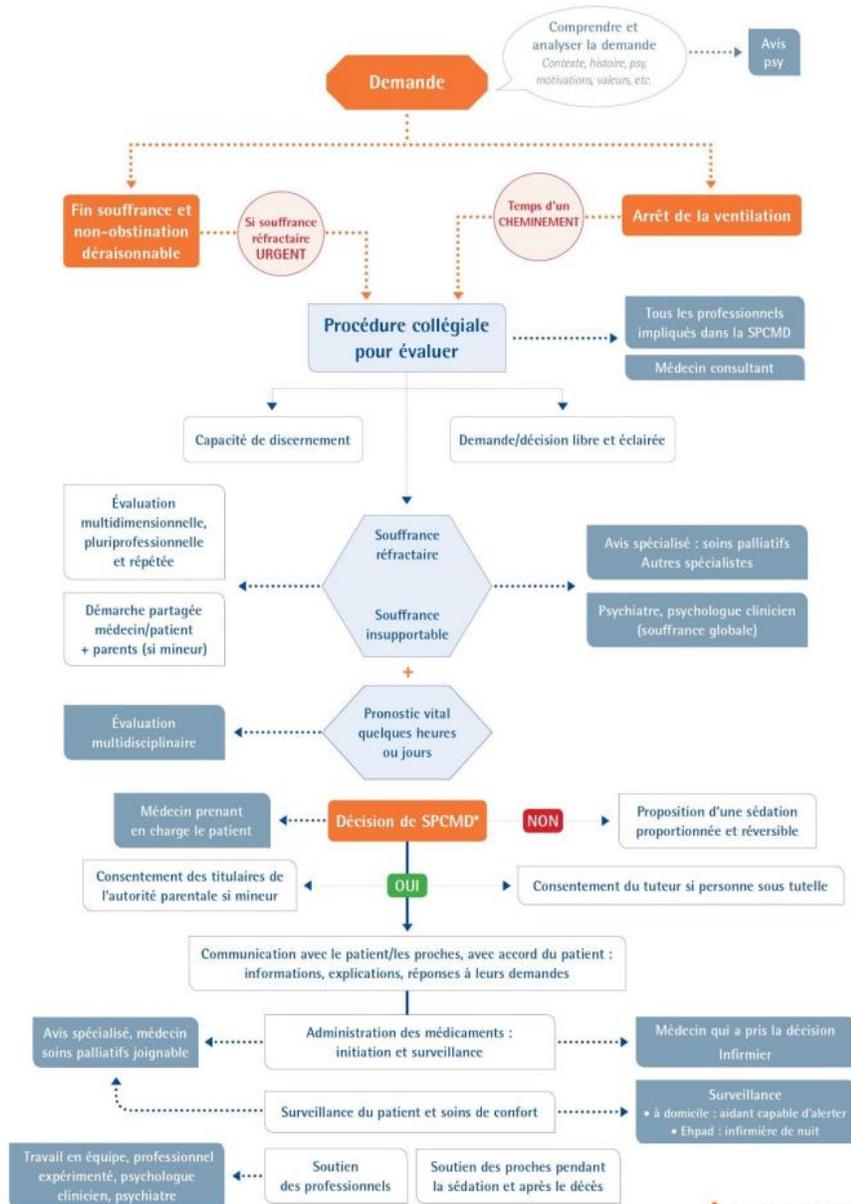
- lorsque le patient, atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

La SPCJD peut être mise en place au titre du refus de l'obstination déraisonnable tant à la demande du patient afin d'éviter toute souffrance que lorsque le médecin arrête un traitement de maintien en vie d'un patient qui ne peut pas exprimer sa volonté.

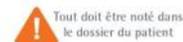
La décision de procéder à une SPCJD revient au médecin référent à l'issue d'une procédure collégiale réunissant celui-ci ainsi que l'équipe soignante et un médecin tiers sans lien hiérarchique.

**PATIENT SOUFFRANT D'UNE AFFECTION GRAVE ET INCURABLE**

Chaque situation est singulière



\*SPCMD : sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès



### **AIDE ACTIVE À MOURIR (NON AUTORISÉE EN DROIT FRANÇAIS)**

Le terme d'aide active à mourir désigne tout acte ayant pour finalité de provoquer la mort d'une personne, à sa demande, lorsqu'elle est atteinte d'une maladie grave et incurable, en phase avancée ou terminale. Ce terme peut renvoyer à la fois à l'euthanasie et au suicide assisté. Selon les différentes législations concernées, il peut désigner soit les deux notions, soit l'une ou l'autre de ces notions (CNSPFV – Commission d'expertise).

### **EUTHANASIE (NON AUTORISÉE EN DROIT FRANÇAIS)**

L'euthanasie se définit comme le fait, pour un tiers, de donner délibérément la mort à une personne capable de discernement qui en fait la demande et qui est atteinte d'une maladie grave et incurable lui causant des souffrances insupportables. La substance létale est administrée à la personne qui le demande par un tiers (CNSPFV – Commission d'expertise).

### **SUICIDE ASSISTÉ (NON AUTORISÉ EN DROIT FRANÇAIS)**

Est communément entendu comme le fait de prodiguer à une personne capable de discernement qui en fait la demande, l'environnement et les moyens nécessaires pour qu'elle mette fin à sa vie. La personne qui le demande s'auto-administre la substance létale (CNSPFV – Commission d'expertise).

## L'ARRÊT DE LA NUTRITION ET DE L'HYDRATATION

« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés [lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie]. » (Article L. 1110-5-1 du CSP).

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

*« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. »* (Article L.1111-11 du CSP).

Depuis la loi n° 2016-87 du 2 février 2016, les professionnels de santé sont tenus de prendre en compte les directives anticipées. Leur contenu prime sur les différents avis et témoignages de la personne de confiance ou des proches. **Le médecin en charge du patient ne peut refuser de les appliquer que dans deux situations** : en cas d'urgence vitale le temps d'évaluer la situation ou lorsque les directives anticipées lui apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce dernier cas, il ne peut refuser de les appliquer **qu'après avoir consulté l'ensemble de l'équipe soignante et un confrère indépendant, et après avoir recueilli le témoignage de la personne de confiance** si elle a été désignée ou à défaut celui de la famille ou des proches. **Le médecin doit préciser dans le dossier médical pourquoi il décide de passer outre.**

## PERSONNE DE CONFIANCE

*« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. » (Article L. 1111-6 du CSP).*

En cas de limitation ou d'arrêt des traitements, ou en vue de la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, lorsque le patient se retrouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la personne de confiance doit être consultée en priorité et être informée des résultats de la procédure collégiale. La nature et les motifs de la décision lui sont communiqués. Elle peut aussi demander elle-même l'initiation d'une procédure collégiale si elle l'estime nécessaire. Le témoignage de la personne de confiance, qui ne doit rendre compte que de la volonté du patient, prévaut sur tout autre témoignage (1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 111-6 du CSP : *« Elle rend compte de la volonté de la personne. »*)

## **PROCÉDURE COLLÉGIALE**

Elle est définie réglementairement. Elle prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile (articles L. 1110-5 et R. 4127-37-2 du CSP).

## **PLANIFICATION ANTICIPÉE DES SOINS (ADVANCE CARE PLANNING, ACP)**

L'ACP est un modèle clinique permettant aux personnes qui ont une capacité décisionnelle d'identifier leurs valeurs, de réfléchir aux significations et aux conséquences de scénarios de maladie grave, de définir des objectifs et des préférences pour des soins et de traitements médicaux futurs, et d'en discuter avec la famille et les acteurs de santé (CNSPFV – Commission d'expertise).

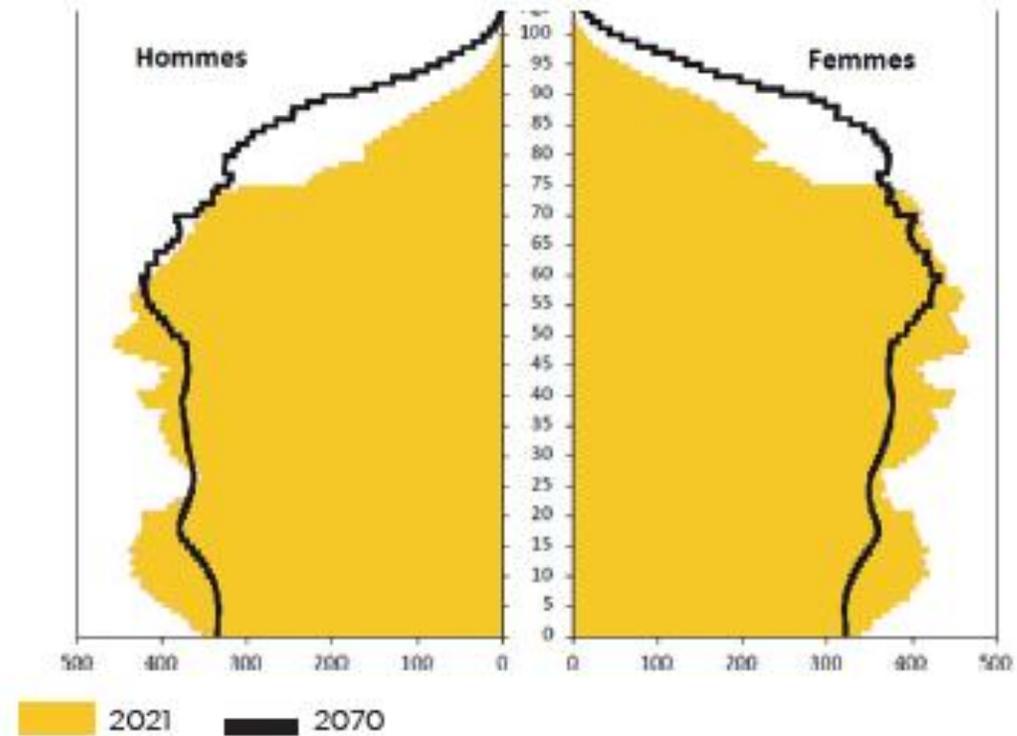
# Objectifs du cours

---

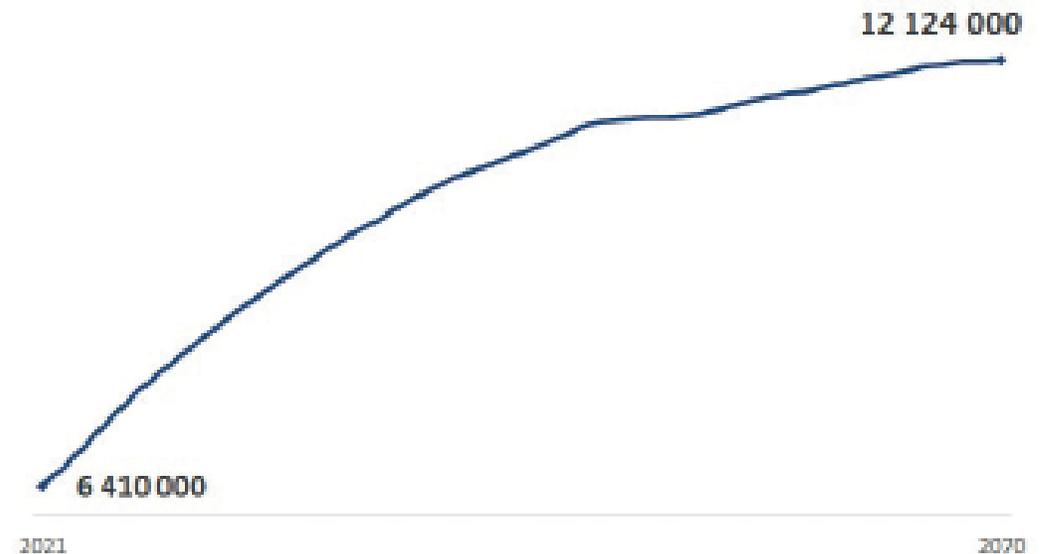
- Comprendre la **place des soins palliatifs dans la fin de vie**
  - Connaître les terminologies des termes à employer
  - Connaître le rôle des professionnels de santé impliqués
  - Connaître les options thérapeutiques

# Enjeux des prochaines années

Pyramide des âges de la France en 2021 et en 2070 selon le scénario central de l'Insee



Projection de l'évolution des personnes âgées de 75 ans et plus entre 2021 et 2070



# Mortalité

**En 2019, on a recensé plus de 613 200 décès, soit un taux brut de mortalité de près de 9,1 pour 1 000 habitants :**

- 70 % des personnes décédées avaient **75 ans et plus,**
- 30 % des personnes décédées avaient **90 ans et plus,**

**Le nombre de décès augmente : 14 % de décès en plus en 30 ans.**

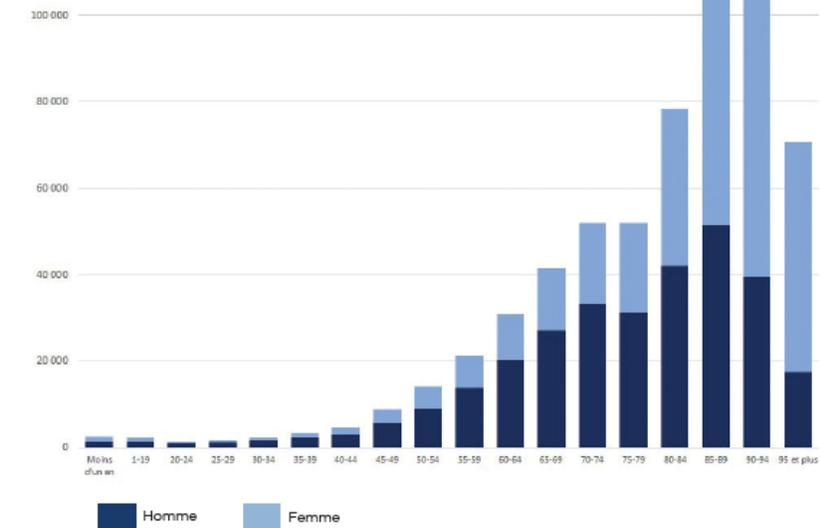
Évolution du nombre de décès entre 1982 et 2021



Lecture : Le nombre de décès est passé de 550 724 à 657 000 entre 1982 et 2021.  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 1982 à 2021.

Source : Insee, 2019

Nombre de décès par tranches d'âge selon le sexe en 2019



Lecture : En 2019, 78 458 personnes âgées entre 80 et 84 ans sont décédées, 41 990 hommes et 36 468 femmes.  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2019.

## Où meurent les Français ?



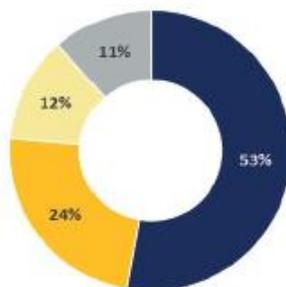
En 2019, 53 % des décès se sont produits en milieu hospitalier (- 5 % depuis 10 ans).

Source : Insee, 2019

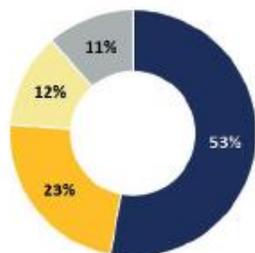
Lieu de décès en 2019



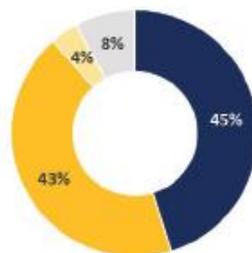
France entière



France métropolitaine



DROM



(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie publique » et « Non déclaré »  
Champ : France métropolitaine et DROM.

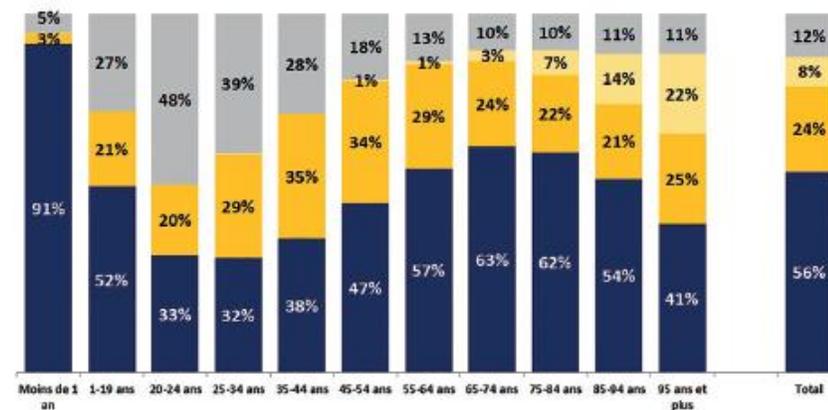
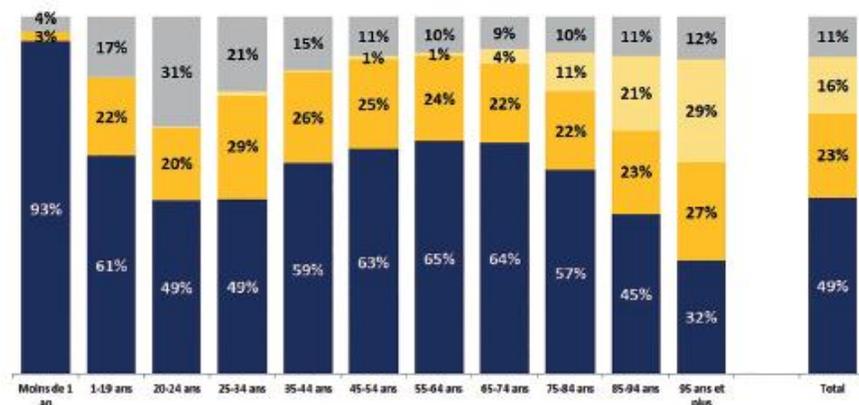
Source : Insee, 2019.

NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Méthodologie : Les données présentées sont issues des certificats de décès.

→ Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus.

Lieux de décès en 2019, selon l'âge et le sexe



Lecture : Parmi les personnes âgées de 45 à 54 ans décédées en 2019, 63 % des femmes sont décédées à l'hôpital contre 47 % des hommes.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Source : Insee, 2019.

NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

ARTICLE // Article

GRANDES CAUSES DE MORTALITÉ EN FRANCE EN 2022 ET TENDANCES RÉCENTES

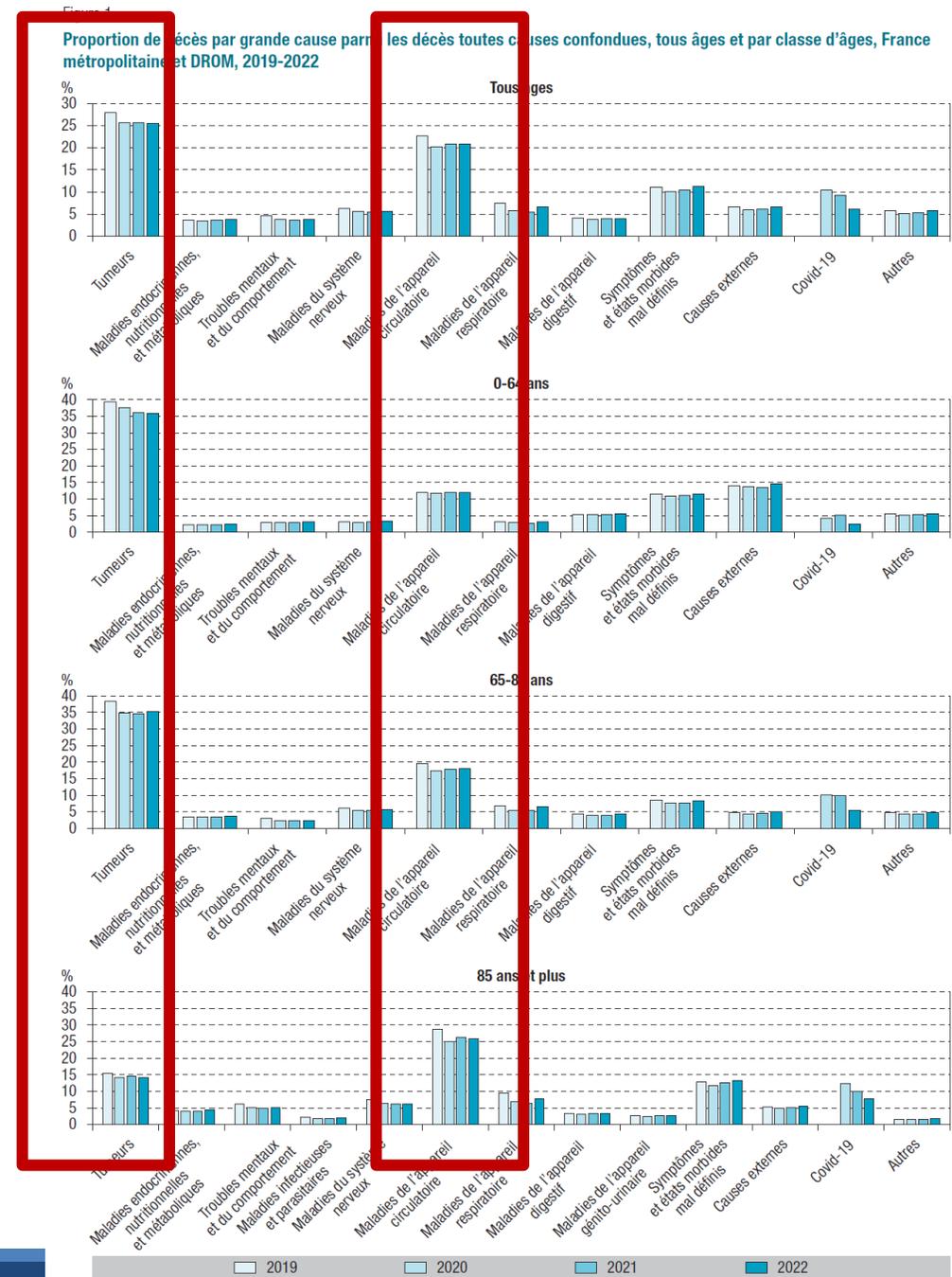
// LEADING CAUSES OF DEATH IN FRANCE IN 2022 AND RECENT TRENDS

Anne Fouillet<sup>1\*</sup> (anne.fouillet@santepubliquefrance.fr), Manon Cadillac<sup>2\*</sup>, Cecilia Rivera<sup>3\*</sup>, Élise Coudin<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Santé publique France, Saint-Maurice  
<sup>2</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Paris  
<sup>3</sup> Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (Inserm-CépiDc), Paris

la principale cause de décès reste le **cancer** suivie des **maladies de l'appareil circulatoire**

Ces deux causes sont **responsables de plus de la moitié des décès** en France.



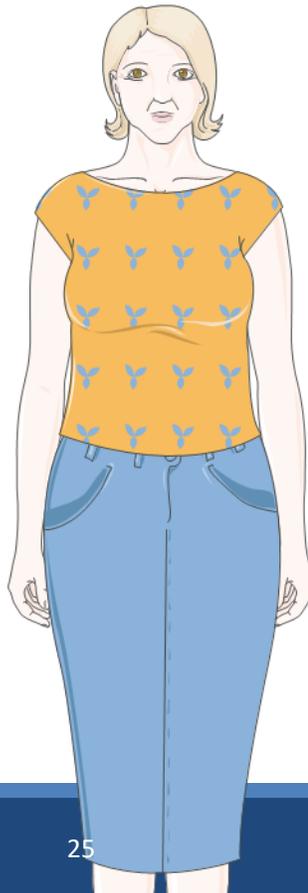
Note de lecture : en 2022, 25.5% des décès sont dus à des tumeurs.  
 Seuls les chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM) concernant au moins 2% des décès dans la catégorie d'âge considérée sont représentés.  
 DROM : départements et régions d'outre-mer.

# Organisation de l'offre en soins palliatifs

---

## À domicile:

- suivie par les professionnels de proximité (médecin traitant, infirmier, **pharmacien**, auxiliaire de vie, etc.), qui peuvent bénéficier de l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs
- Si l'état de santé se complexifie : les professionnels de santé habituels peuvent faire appel aux **équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** ou aux **équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)** selon l'âge de la personne malade.
- Dans des cas complexes nécessitant des soins plus techniques, plus fréquents ou continus, une **hospitalisation à domicile (HAD)** peut être mise en place.

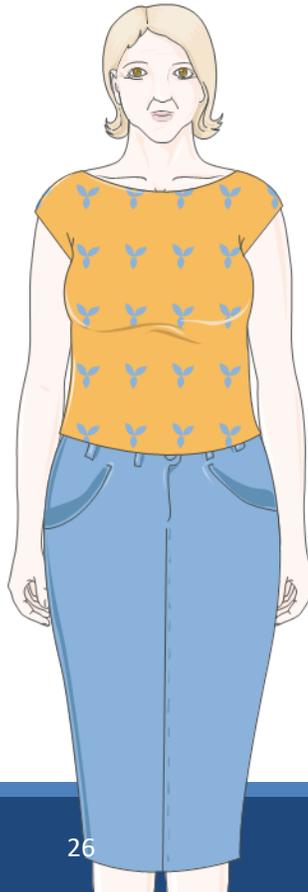


# Organisation de l'offre en soins palliatifs

---

## À l'hôpital:

- Lorsque l'état de santé de la personne malade le nécessite ou si son environnement de vie ne permet pas le maintien au domicile
- **Si l'état de santé est stable ou non complexe** : les soins palliatifs peuvent être délivrés par le service hospitalier qui la prend habituellement en charge (ex : oncologie, cardiologie, pneumologie, néphrologie, neurologie, gériatrie, médecine, etc.)
- **Si l'état de santé nécessite des soins palliatifs renforcés** : la personne malade peut être prise en charge dans un lit identifié de soins palliatifs (**LISP**).
- **Si l'état de santé est complexe ou nécessite une approche plus experte** : elle peut être transférée dans une unité de soins palliatifs (**USP**).



GRADATION DES SOINS SELON LA SITUATION DE LA PERSONNE MALADE	LIEU DE VIE ET DE SOINS	
	Domicile (prise en charge ambulatoire)	Etablissements de santé avec hébergements
	Domicile privatif, maison de répit, établissement social et médico-social (EHPAD, FAM, MAS, lit halte soin santé, lit d'accueil médicalisé, appartement de coordination thérapeutique, etc.) ou autre (prison, etc.)	Etablissement public, privé non lucratif et privé lucratif
<b>Niveau 1</b> Situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels	Equipe pluriprofessionnelle de santé de proximité, organisée autour du binôme médecin généraliste et infirmier + Aides à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	Lits en MCO, SSR et USLD  +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
<b>Niveau 2</b> Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire	Professionnels du niveau 1 + Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* Ou HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	LISP (en MCO et SSR)  +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
<b>Niveau 3</b> Situation à complexité médico-psycho-sociale forte /instable	Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* + HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 Ou Professionnels du niveau 2 si coordination et mobilisation au lit du malade effective et médicalisée 24h/24h	USP (en MCO et SSR)  +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) en prévision du déploiement du projet de vie et de soins au-delà du séjour hospitalier

\*Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) à domicile :

- En niveau 1 : avis ponctuel (parcours, expertise)
- En niveau 2 : aide à la coordination/expertise pouvant inclure des visites à domicile auprès de la personne malade
- En niveau 3 : appui en qualité d'expertise

# Les structures d'appui en expertise palliative

## L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) se compose de **médecins, infirmiers, psychologues**, etc., dont le rôle ne réside pas d'abord dans la dispensation de soins mais **dans le soutien et l'apport d'expertise** auprès des équipes soignantes et des professionnels qui font appel à eux pour prendre en charge des personnes malades en soins palliatifs ou en situation de fin de vie. Elle **intervient au sein des services hospitaliers, des établissements sociaux et médico-sociaux ou encore à domicile**. Elle peut être rattachée à un établissement de santé ou à une structure territoriale (par exemple, une association portant par ailleurs un Dispositif d'Appui à la Coordination DAC). **L'EMSP peut se déplacer** à la demande des personnes malades, de leur entourage ou des soignants et intervient ainsi dans les différents lieux de soins et de vie. Du fait de ses missions, elle **participe à la sensibilisation** des professionnels **et à la formation** des différents intervenants en soins palliatifs et en accompagnement de la fin de vie.

# Les structures d'appui en expertise palliative

## L'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) L'ERRSPP

**Equipe multidisciplinaire et interprofessionnelle** qui a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes et des professionnels de soins, à qui elle **apporte son expertise** en matière de **prise en charge palliative** des nouveau-nés, enfants et adolescents et de leurs proches, ainsi qu'en matière de **gestion des symptômes**. L'ERRSPP contribue à l'intégration et à l'anticipation de la démarche palliative dans la pratique de l'ensemble des professionnels confrontés à la fin de vie en pédiatrie. En collaboration avec les équipes référentes, elle **intervient à l'échelle régionale** et exerce une **activité intra et extrahospitalière**, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile. Elle **contribue à la formation et à la recherche clinique** dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques.

## Le lit identifié de soins palliatifs (LISP)

Le lit identifié de soins palliatifs (LISP) offre une **prise en charge spécialisée en soins palliatifs**, dans un **service d'hospitalisation** fréquemment confronté à des fins de vie mais **dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs**. L'individualisation de LISP au sein d'un service permet d'apporter des soins palliatifs adaptés grâce à une organisation spécifique et au renforcement des compétences en soins palliatifs des équipes médicales et paramédicales. Les soins médicaux et d'accompagnement sont en général prodigués par les équipes ayant pris en charge les soins liés à la maladie initiale.

## L'unité de soins palliatifs (USP)

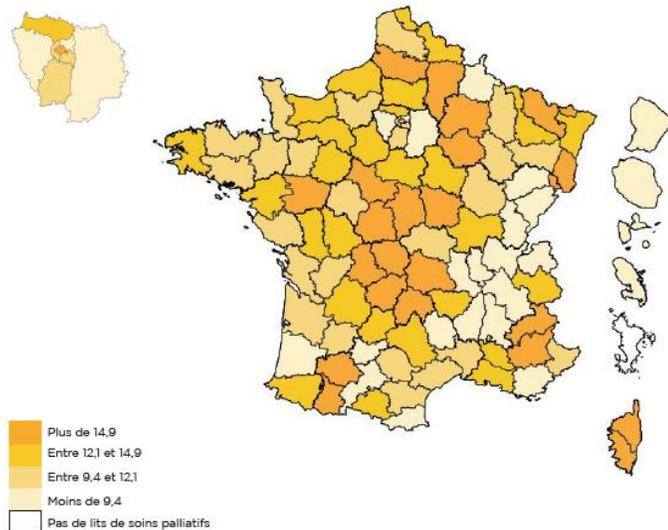
L'unité de soins palliatifs (USP) est un service dont **les lits sont totalement dédiés à la prise en charge palliative et à l'accompagnement de la fin de vie**, à la fois lieu de soins et lieu de vie pour la personne malade et ses proches. L'USP **accueille de façon temporaire ou permanente** des personnes atteintes de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques ou lorsque les personnes malades ne peuvent plus être suivies à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d'origine. L'USP assure une triple mission de soins, de recherche et de formation des soignants.

# Organisation de l'offre en soins palliatifs

## Les lits de soins palliatifs:

- Fin 2021, la France comptait **7 546 lits hospitaliers en soins palliatifs**. Un quart d'entre eux sont dans des USP, les autres sont des LISP. Au total, cela représente 11,1 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants

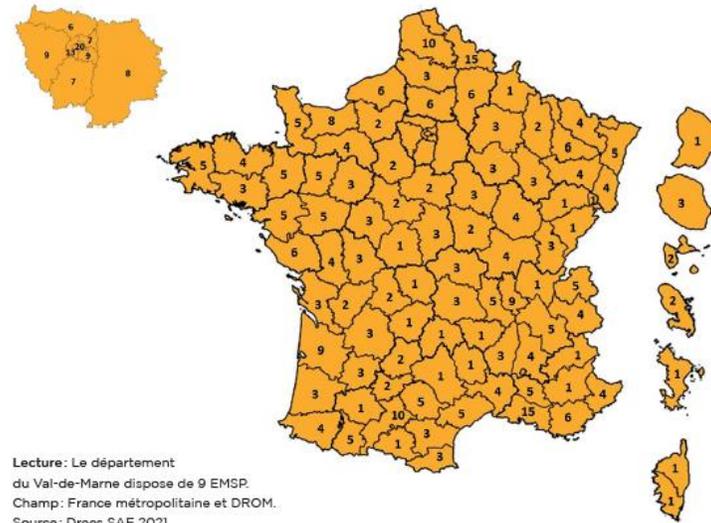
Nombre de lits de soins palliatifs (LUSP + LISP) pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Fin 2021, la Creuse avait plus de 14,9 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants

Fin 2021, la France comptait **420 EMSP**.

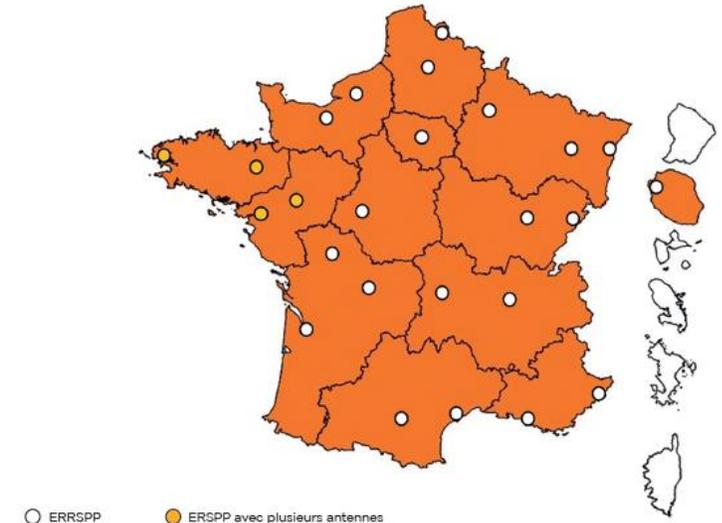
Nombre d'EMSP par département fin 2021



17 % des interventions des EMSP sont réalisées en dehors de l'hôpital (domicile, EHPAD, etc.)

Fin 2021, la France comptait **23 ERRSPP**.

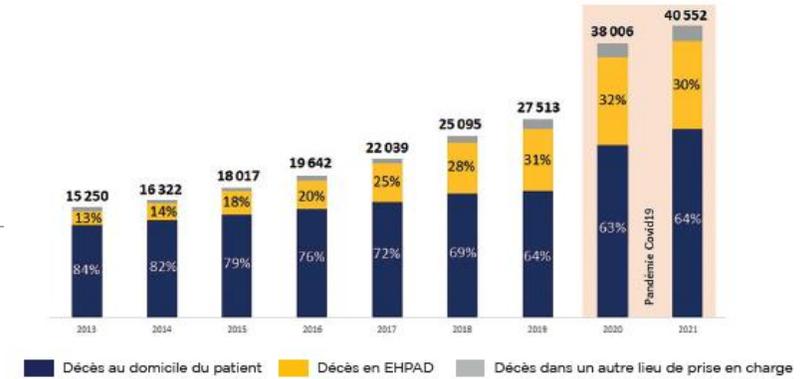
Cartographie des ERRSPP en 2022



# Fin de vie à domicile

## Mortalité en HAD :

- **27 513 patients** sont décédés en HAD, soit 5 % de l'ensemble des décès,
- En moyenne décédés à l'âge de **80 ans** (plus de 2/3 étaient âgés de 75 ans et plus),
- La durée moyenne du séjour de décès était de **30,6 jours**
- **89 % des patients ont reçu des soins palliatifs** lors de leur séjour de décès.
- **66% étaient pris en charge à leur domicile et 34% en EHPAD.**
- **33% de l'activité totale réalisée en HAD** concernait une prise en charge palliative
- **45 378 patients** ont bénéficié de soins palliatifs en HAD (+ **60 % depuis 2013**).

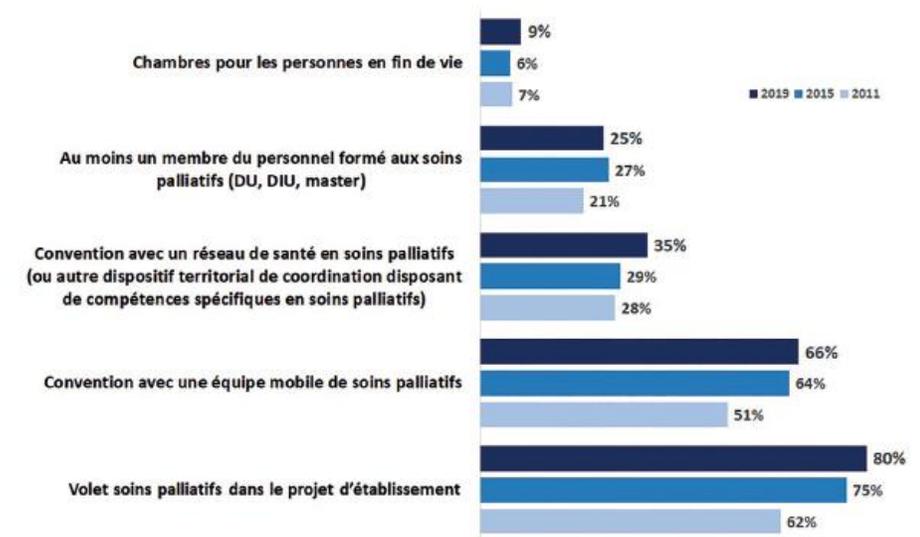


# Organisation de l'offre en soins palliatifs

## Mortalité en EHPAD :

- En 2019, **158 700 résidents sont décédés**, soit 26 % de l'ensemble des décès
- En 2019, **plus de 140 000 journées** de prise en charge palliative ont été effectuées par des établissements d'HAD en EHPAD
- **Près de 9 000 résidents** ont bénéficié d'une prise en charge palliative par un établissement au moment

Développement de la culture palliative en EHPAD entre 2011 et 2019



# Organisation de l'offre en soins palliatifs

En Occitanie:

## Occitanie



### Démographie

6 053 548 habitants  
 Densité de population: 82 habitants/km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 11 %  
 Espérance de vie à la naissance :  
 Homme : 80,0 ans ; Femme : 85,6 ans

### Mortalité

Nombre de décès: 59 706  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 72 %  
 Décès par cancer: 27 %  
 Décès par maladies cardiovasculaires: 25 %  
 Taux brut de mortalité : 10,1 décès pour 1 000 habitants

### Offre sanitaire générale

#### À l'hôpital :

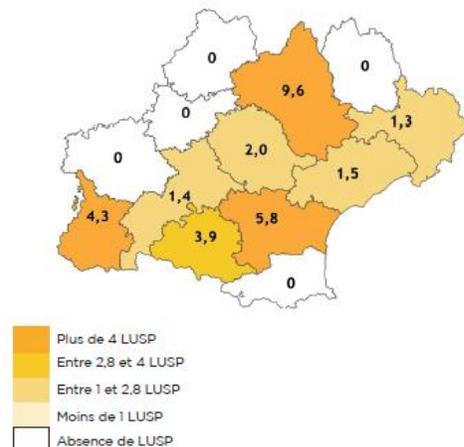
Nombre de lits de MCO : 19 833  
 Nombre de lits de SSR: 11 831  
 Nombre de lits d'USLD: 3 256

#### À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 5 688  
 Nombre d'infirmiers: 13 620  
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 9 184  
 Nombre de psychologues : 3 511

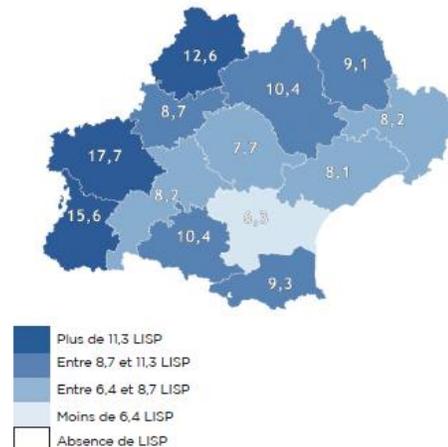
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 11 917  
 Capacité d'accueil en HAD: 1 770  
 Capacité d'accueil en EHPAD: 60 305

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 3,9 LUSP pour 100 000 habitants en Ariège.  
 Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



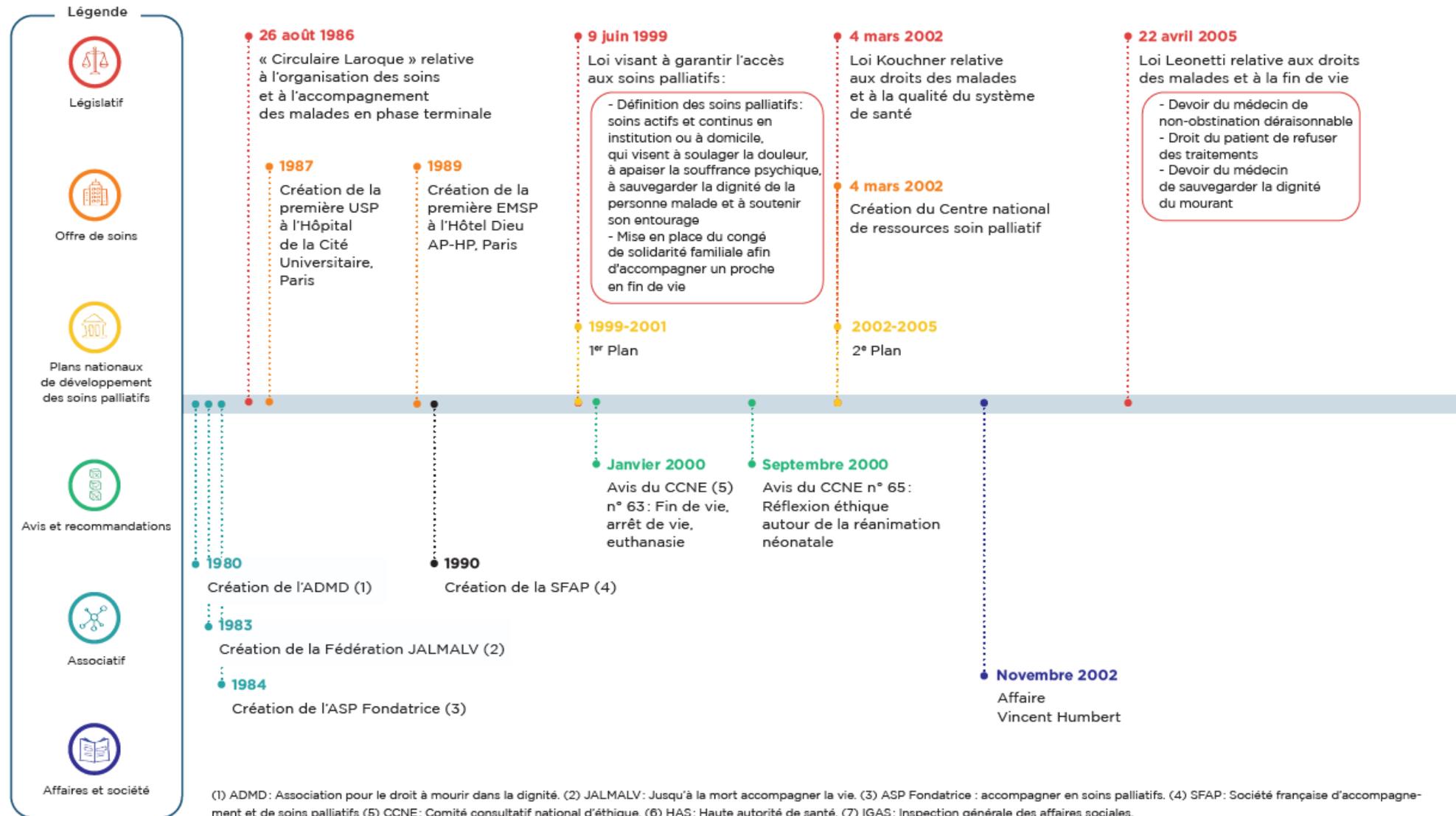
Lecture: Il y a 10,4 LISP pour 100 000 habitants en Ariège.  
 Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021

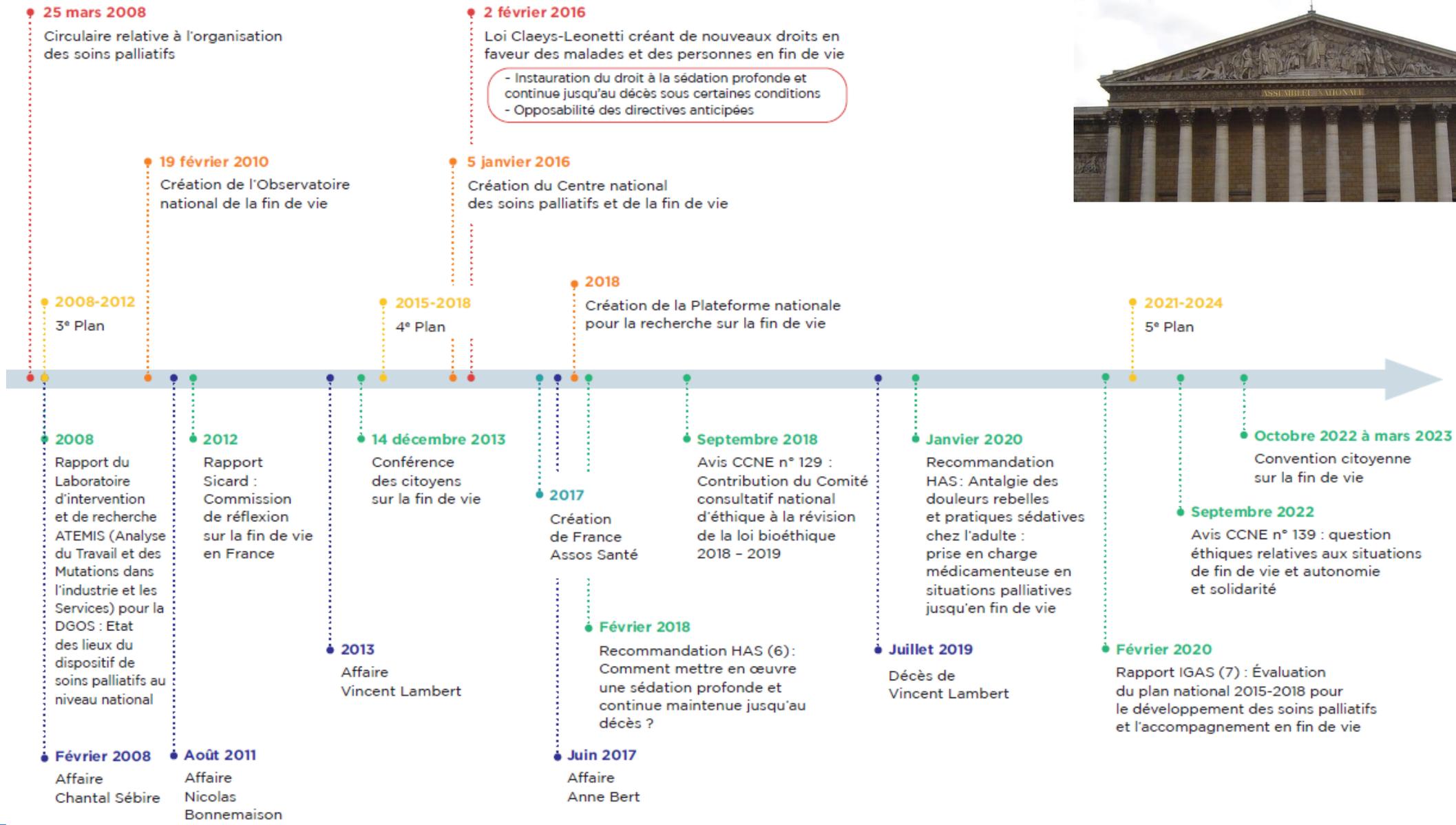


Lecture: Il y a 1 EMSP en Ariège.  
 Source: Drees, SAE 2021.

# Frise historique sur la fin de vie



(1) ADMD: Association pour le droit à mourir dans la dignité. (2) JALMALV: Jusqu'à la mort accompagner la vie. (3) ASP Fondatrice: accompagner en soins palliatifs. (4) SFAP: Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (5) CCNE: Comité consultatif national d'éthique. (6) HAS: Haute autorité de santé. (7) IGAS: Inspection générale des affaires sociales.



# Le dispositif actuel encadrant la fin de vie (la loi Claeys-Léonetti)



## Les Français et la fin de vie

RAPPORT DE RÉSULTATS  
Octobre 2022



Pr Pierre François Perrigault

# *La loi Leonetti 2005: originalité*

---

- Loi d'initiative parlementaire
- proposition de loi votée à l'unanimité pour la première fois par l'assemblée nationale dans l'histoire de la Vème république (548 pour, 0 contre)
- Loi pour les patients qui vont mourir et non pour ceux qui veulent mourir
- Esprit de la loi repose sur les grands principes d'éthique et sur un tryptique :
  - Je ne t'abandonnerai pas
  - Je ne te laisserai pas souffrir
  - Je ne prolongerai pas anormalement ta vie



# Respect des principes éthiques



## Respect de l'autonomie

- Devoir de valoriser la capacité du patient de décider par lui-même et pour lui-même
- DA, PC, ...

## Non-malfaisance

- Problématique de l'obstination déraisonnable

## Bienfaisance

- Implique de réfléchir sur les bénéfices possibles que la médecine est susceptible de lui apporter.
- Encourage à la mise en œuvre de traitements qui soutiennent la qualité de vie.

## Justice

- A un échelon collectif, toute offre de soin doit être pensée dans une visée d'égalité d'accès aux soins et l'équité de l'offre de soins

# *Les grands principes*

---

- La consécration de l'interdiction de l'acharnement thérapeutique (art 1)-  
obstination déraisonnable. **Non malfeasance**
- Le renforcement de l'information du patient (art 2). **Autonomie**
- Le renforcement du libre choix du patient conscient (art 6). **Autonomie**
- L'introduction de la notion de double effet (art 2). **Bienveillance**
- L'introduction de la procédure collégiale pour le patient hors d'état d'exprimer sa  
volonté (art 5). **Autonomie**
- La notion de directives anticipées (art 7). **Autonomie**
- La consécration des soins palliatifs pour tous (art 11-14). **Bienveillance et justice**



# ***Les nouvelles propositions de la loi Claeys-Léonetti***

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie



- Le rôle persuasif du soignant disparaît. **Autonomie**
- Directives anticipées deviennent contraignantes. **Autonomie**
- "La parole de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage"
- Souffrance remplace douleur. **Bienveillance**
- Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. **Bienveillance**
- La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements (on peut donc les arrêter). **Non malfaisance**

# Limitation et arrêt des traitements: LAT

## Concept de futilité d'un TTT:

### 2 catégories de TTT futiles

- Chance infime de succès
- Ne conduisent pas à une qualité de vie acceptable (qualitatif mais qui est légitime pour la définir ?)

**Un traitement qui baisse la mortalité mais augmente le nb de patients lourdement handicapés doit il être entrepris ?**

**Limitation des traitements:** non optimisation de certains traitements (suppléance d'organe), non escalade.  
La limitation n'est pas associée obligatoirement à une issue défavorable +++

**Arrêt des traitements:** interruption d'un ou plusieurs traitement assurant le maintien artificiel en vie

# Des directives anticipées contraignantes

Les directives anticipées en 2019

Anesth Reanim. 2019; 5: 139-140

Pierre François Perrigault<sup>1</sup>, Frédérique Claudot<sup>2</sup>, Matthieu Le Dorze<sup>3</sup>, Benoît Veber<sup>4</sup>,  
pour le comité éthique de la SFAR<sup>1</sup>

- Les DA concernent la volonté de la personne sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer.
- Elles ne s'appliquent qu'au patient hors d'état d'exprimer sa volonté !!
- Les directives anticipées existaient déjà dans la loi de 2005, mais n'étaient valables que trois ans et pouvaient ne pas être suivies par le médecin.
- Le nouveau texte prévoit: Elles sont sans limite de validité mais révisables et révocables à tout moment.
- Elles deviennent opposables.

# Des directives anticipées contraignantes

---

**Comment rédiger ces DA quand on est bien portant: différence entre handicap perçu et handicap vécu ?**

**« Disability paradox » certains patients atteints de handicaps extrêmement sévères considèrent jouir d'une qualité de vie bonne, voire meilleure que celle qu'évoquent des personnes en bonne santé.**

# Follow-Up Study of Individuals With High Tetraplegia (C1-C4) 14 to 24 Years Postinjury

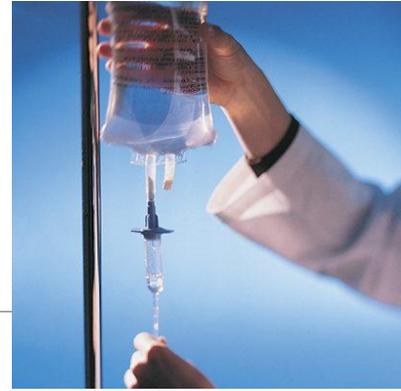
*Karyl M. Hall, EdD, Susan T. Knudsen, MA, Jerry Wright, BA, Susan W. Charlifue, MA, Daniel E. Graves, MEd, Peter Werner, MD*

**Arch Phys Med Rehabil. 1999 Nov;80(11):1507-13.**

- 82 patients tétraplégiques
- 97 % vivent chez eux
- 1/5 marié
- Qualité de vie globale: 83 % excellente ou bonne
- A la question: « êtes vous heureux d'être en vie ? »:  
86 % OUI !!
- « Life is worthwhile !! »



# La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès



## Ce n'est ni une sédation proportionnée, ni une euthanasie

La **sédation profonde et continue**, "[cette possibilité de] dormir avant de mourir pour ne pas souffrir" sera réservée à des malades atteints "d'une **affection grave et incurable**", et dans des situations précisément décrites par la proposition de loi. 3 situations:

- La sédation pourra être **décidée par l'équipe médicale** lorsque la **souffrance** du malade, "dont le **pronostic vital est engagé à court terme**", est « réfractaire aux traitements ».
- Elle pourra aussi être mise en œuvre lorsque **le patient décide**, d'**arrêter tout traitement**, engageant le pronostic vital à court terme et que cette décision est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.
- D'autre part, cette sédation doit être effectuée "lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie".

**Tableau 1. Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie**

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement...)

**•« Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion »**

**Hippocrate (Serment)**

# Procédure collégiale

## Quand ?



- Au titre de l'obstination déraisonnable (personne hors d'état d'exprimer sa volonté)
- Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès
- refus d'appliquer les DA
- **Initiée à la demande d'un membre de l'équipe de soins ou de la famille**
- Il s'agit d'une concertation ayant pour objectif de respecter du mieux que possible **le principe d'autonomie.**
- **Avis extérieur médical**
- Consultation et recueil de **l'avis** des parents (pédiatrie) ou du représentant légal (adulte), du témoignage de la personne de confiance (adultes), de la famille ou à défaut des proches. Pas de lien hiérarchique dans la famille.
- Information sur la tenue de la réunion



# Contexte

**Le 13 septembre 2022, le président de la République a souhaité que « *la question de la fin de vie soit débattue de manière approfondie par la Nation* ».**

**Avis n°139 du Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE), septembre 2022.**

**Convention citoyenne 2022-2023**

**Des travaux et concertations ont été conduits dans le même temps par le Gouvernement et le Parlement.**

**Avis de l’Académie de Médecine et du CNOM, ...**

**Et partout en France, des débats sont organisés**

**Assemblée nationale 27 mai 2024**

# Aide à mourir

## Euthanasie

Acte destiné à mettre délibérément  
fin à la vie d'une personne  
Acte pratiqué par un médecin



40 % Convention citoyenne 28%

## Suicide assisté

Le médecin prescrit la substance létale  
Mais le patient se l'administre lui  
même



CCNE, Académie de Médecine, CNOM  
Gouvernement

**Euthanasie d'exception: pour les patients incapable physiquement de s'administrer eux même le produit**

# Recommandations du CCNE

le CCNE considère qu'il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir, à certaines conditions strictes, avec lesquelles il apparaît inacceptable de transiger.

Les propositions du CCNE sont ainsi développées en deux volets d'inégale importance

1. Renforcement des mesures de santé publique dans le domaine des soins palliatifs
2. Quels repères éthiques en cas de dépénalisation de l'aide active à mourir ?

*« Si le législateur décide de légiférer sur l'aide active à mourir, la possibilité d'un accès légal à une assistance au suicide devrait être ouverte aux personnes majeures atteintes de maladies graves et incurables, provoquant des souffrances physiques ou psychiques réfractaires, dont le pronostic vital est engagé à moyen terme ».*

Clause de conscience pour les professionnels de santé.    **Avis de réserve de 8 membres.**

# Convention citoyenne (CESE)

- 185 participants tirés au sort. 6 critères. 9 WE de travail de 3 jours

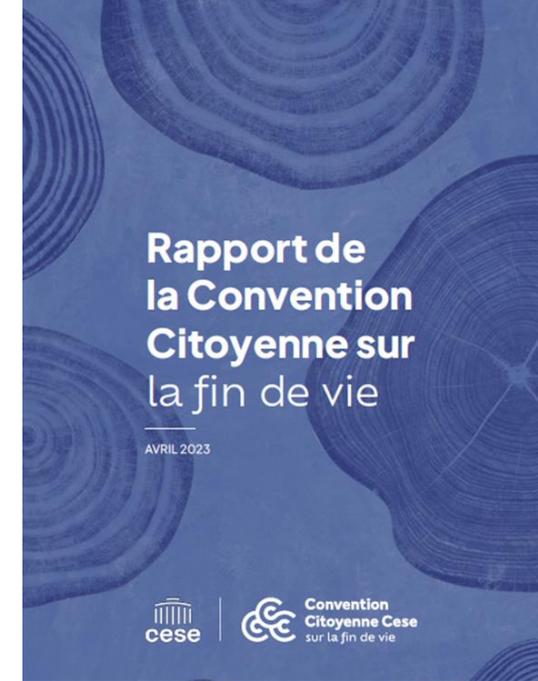
**Une question:** « Le cadre d'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits ? »

**Conclusion 2 avril 2023:** le cadre actuel d'accompagnement de la fin de vie n'est pas adapté aux différentes situations rencontrées. L'accès à l'aide active à mourir doit être ouvert

**Améliorer l'accompagnement et les SP: 97% de votes positifs ++**

**Ouvrir l'accès à l'aide active à mourir : 75% pour, 25% contre**

- 2 modalités partagées:
  - SA et euthanasie d'exception (28%)
  - SA et euthanasie indifféremment (40%)

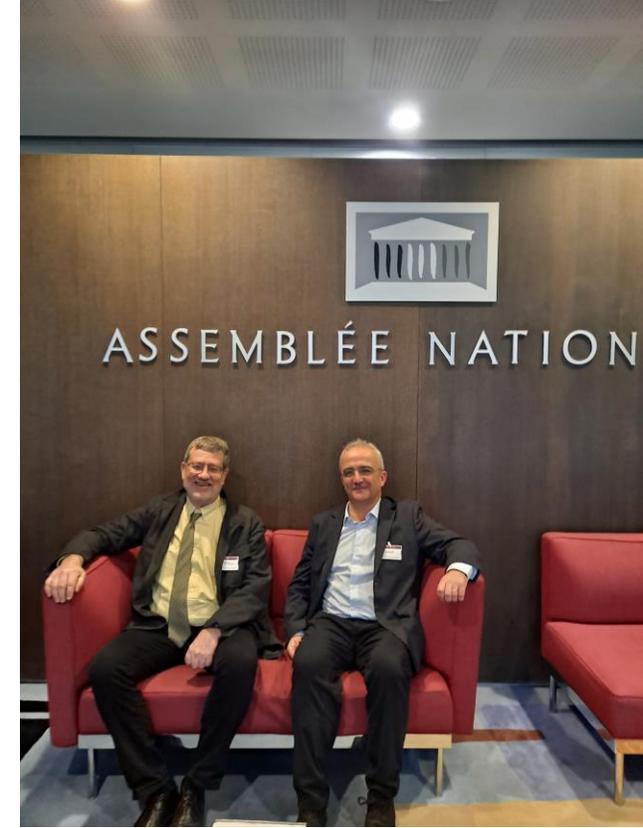


# Débat national

**Groupe de travail des parties prenantes au Ministère:  
14 réunions (parlementaires et professionnels de santé)**



**Auditions formelles: Assemblée Nationale (commission d'évaluation loi CL ,  
Commission spéciale nouveau projet de loi), CNOM, C Vautrin, Elysée...**



**Déplacement ministériel dans plusieurs pays (Belgique)**

**GT HAS sur définition pronostic vital engagé à moyen terme**



# EXCLUSIF. Emmanuel Macron sur la fin de vie : « Avec ce texte, on regarde la mort en face » 11 mars 2024

**Entretien** Soins palliatifs, euthanasie, suicide assisté... Le président de la République Emmanuel Macron a accordé un entretien exclusif à La Croix et Libération (\*). Il dévoile le projet de loi sur la fin de vie qui sera débattu avant cet été 2024.

**Délibération en conseil des ministres 10 avril 2024**

**Commission spéciale Assemblée Nationale 18 mai 2024**

**Examen en première lecture Assemblée nationale 27 mai**

**Dissolution Assemblée Nationale le 9 juin alors que 6 articles sur 21 ont été validés....**

**Tous les projets de loi en cours d'examen sont arrêtés et deviennent caducs !!**

**17 septembre 2024 nouveau dépôt de PL**





N° 2462

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 avril 2024.

## PROJET DE LOI

*relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie,*

(Renvoyé à une commission spéciale.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Gabriel ATTAL,  
Premier ministre,

PAR MME Catherine VAUTRIN,  
ministre du travail, de la santé et des solidarités,

ET PAR M. Frédéric VALLETOUX,  
ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé  
et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention

**TITRE I: RENFORCER LES SOINS D'ACCOMPAGNEMENT  
ET LES DROITS DES MALADES**

**TITRE II: AIDE A MOURIR**

# CONDITIONS D'ACCÈS À L'AIDE À MOURIR (ARTICLE 6)

---

- I. - L'aide à mourir consiste en l'administration d'une substance létale, effectuée par la personne elle-même ou, lorsque celle-ci n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, par un médecin, un infirmier ~~ou un proche~~.

L'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal.

- II. - Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre aux conditions suivantes :

1° Être âgée d'au moins 18 ans ;

2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;

3° Être en capacité de manifester sa volonté de façon libre, éclairée ;

4° Être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital ~~à court ou moyen terme~~ en phase avancée ou terminale

5° Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas de traitement ou a choisi d'arrêter d'en recevoir

# PROCÉDURE

---

## **Demande à un médecin.**

le médecin recueille **l'avis d'un 2<sup>ème</sup> médecin**, spécialiste de la pathologie de celle-ci si lui-même ne l'est pas, ainsi que **l'avis d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant** qui intervient auprès de la personne.

Au vu de ces avis, le médecin décide, **dans un délai qui ne peut excéder quinze jours suivant la demande**, si la personne remplit ou non les conditions requises pour accéder à l'aide à mourir et l'en informe.

Après un délai de réflexion **qui ne peut être inférieur à deux jours** à compter de la notification de la décision, la personne confirme au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.

# PROCÉDURE

---

Le médecin mentionné prescrit **la substance létale**

Il adresse cette prescription à l'une **des pharmacies à usage intérieur** désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé

Lorsque la date de l'administration de la substance létale est fixée, **la pharmacie hospitalière à usage intérieur réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d'officine** désignée par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne en accord avec celle-ci. **La pharmacie d'officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l'infirmier.**

Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d'une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d'officine prévues au premier alinéa du présent article.

Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne **rapporte à la pharmacie d'officine la préparation magistrale létale lorsque cette dernière n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.**  
**Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits.**

# Procédure suite

Sera  
débattu  
!!!!

Présence d'un médecin ou IDE obligatoire au moment de l'administration

« art 11 – L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même. ~~Lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, l'administration est réalisée, à sa demande, soit par une personne volontaire qu'elle désigne, soit par le médecin ou l'infirmier présent.~~ « Si celle-ci a désigné une personne majeure qui a accepté cette responsabilité, l'administration est effectuée par cette personne sous le contrôle du professionnel de santé, sinon l'administration de la substance létale est réalisée par le professionnel de santé présent.

**Délit d'entrave à l'aide à mourir (art 18):** – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen

Clause de conscience pour les professionnels impliqués mais le médecin doit réorienter le patient vers un confrère susceptible d'y participer.

**Cette clause de conscience ne concerne pas les pharmaciens !**



# Exception d'euthanasie

## Exception française ?

### L'exception d'euthanasie : un dispositif sans objet

Note à destination de la Présidence de la République

Envoyée à : Alexis Kohler, Frédéric Michel, Katia Julienne, Eric Thiers



The Lancet

Volume 403, Issue 10435, 13–19 April 2024, Page 1443



Correspondence

## Exceptional euthanasia: a theoretical construct or medical necessity?

[Pierre-François Pradat](#)<sup>a</sup> , [Sara Piazza](#)<sup>b</sup>, [Claire Fourcade](#)<sup>c</sup>,

[Pierre-François Perrigault](#)<sup>d e</sup>



**« Il y a un principe absolu selon lequel il ne faut jamais légiférer à partir d'un cas particulier ou pour un cas particulier. La justice est faite pour résoudre ce type d'affaires. C'est la sagesse du juge. »**

**Robert Badinter**

# Interrogations, commentaires et points de vigilance



- Question des gens qui vont mourir qui est médicale
- Question des gens qui veulent mourir qui est sociétale
  
- Débat entre l'éthique de l'autonomie (Je, c'est mon choix) et l'éthique de la vulnérabilité (Nous te protégeons, médecine paternaliste ?)
  
- Au quotidien, dans notre expérience professionnelle, la difficulté principale est d'être beaucoup plus confrontés à une demande d'obstination déraisonnable de la part des proches qu'à une demande prématurée d'arrêt des traitements.
  
- La loi actuelle répond à la plupart des problématiques même si il existe des situations éthiques difficiles.
  
- L'euthanasie et le SA ne doivent pas être une réponse à un manque de moyen en soins palliatifs.



- **Distinction entre le désir de mort et celui de ne plus souffrir.  
Risque « *Soulagement de la souffrance par l'élimination du souffrant ?* ».**
- **Réversibilité de la décision (expérience de l'Oregon seuls 60 % des patients avec ordonnance pour SA feront finalement le geste final). Importance de la modalité.**
- **Souffrance actuelle des soignants, quelles conséquences d'une évolution de la loi sur leur ressenti ?  
Quelle implication dans le processus ? Euthanasie = un soin ? Collectif soignant.**

# Objectifs du cours

---

- Comprendre la **place des soins palliatifs dans la fin de vie**
  - Connaître les terminologies des termes à employer
  - Connaître le rôle des professionnels de santé impliqués
  - Connaître les options thérapeutiques

**RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE**

**Antalgie des douleurs rebelles et  
pratiques sédatives chez l'adulte :  
prise en charge médicamenteuse  
en situations palliatives  
jusqu'en fin de vie**

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

**TEXTE DES RECOMMANDATIONS**

Janvier 2020

Monsieur X, atteint d'un cancer de la prostate métastatique en échec de traitement, est hospitalisé suite à son AEG ainsi que pour la prise en charge de sa symptomatologie douloureuse

Ordonnance d'entrée:

Co-rénitec® (20/12,5mg) 1 cp/j

Paracétamol 1g x 3 /j

Contramal® 50 mg 2cp si besoin (max 6 gel/j)

Pantoprazol 20mg/j

Forlax 10g 2 sachets le matin

Le patient se dit très douloureux.

Quelle stratégie doit être adoptée?

Monsieur X, atteint d'un cancer de la prostate métastatique en échec de traitement, est hospitalisé suite à son AEG ainsi que pour la prise en charge de sa symptomatologie douloureuse

Ordonnance d'entrée

Co-rénitec® (20/12,5mg) 1 cp/j

Paracétamol 1g x 3 /j

Contramal® 50 mg 2cp si besoin (max 6 gel/j)

Pantoprazol 20mg/j

Forlax 10g 2 sachets le matin

Le patient se dit très douloureux.

Quelle stratégie doit être adoptée?

Interrogatoire du patient ++++++

# Interrogatoire du patient

## Évaluation de la douleur

Localisation (précise, diffuse...)

Intensité (échelle, varie selon patient!!!!)

Qualité (description)

Chronologie (depuis combien de temps, évolution)

Facteurs qui ↑ ou ↓ la douleur

## Effets de la médication prise par le patient

Consommation d'antalgique (calcul nombre ED)

Efficacité Vs effets secondaires

## Conséquence sur la vie de tous les jours du patient

### Rq Symptômes de la douleur difficiles à définir par le patient!!!

« Elancements, pénétrante, décharges électriques, coups de poignard, en étau, tiraillement, brûlure, fourmillement, lourdeur, épuisante, angoissante, obsédante, insupportable, énervante, exaspérante, déprimante... »

# Interrogatoire de Mr x

## Évaluation de la douleur

Au niveau lombaire assez précise

Importante à 12/10 au pic

Douleur en étau, lourde, constante depuis quelques semaines

Surtout le matin mais également la nuit

Augmente avec la mobilisation (levé, douche...)

## Effets de la médication prise par le patient

Prend 10 cp de contramal® 50 mg

Traitement peu efficace, effet dure 1 h

Légère constipation et nausée

## Conséquence sur la vie de tous les jours du patient

Dit très mal dormir et économiser ses mouvements

Patient pleur durant entretien

**Rq malgré une douleur importante le patient « ne semble pas douloureux »**

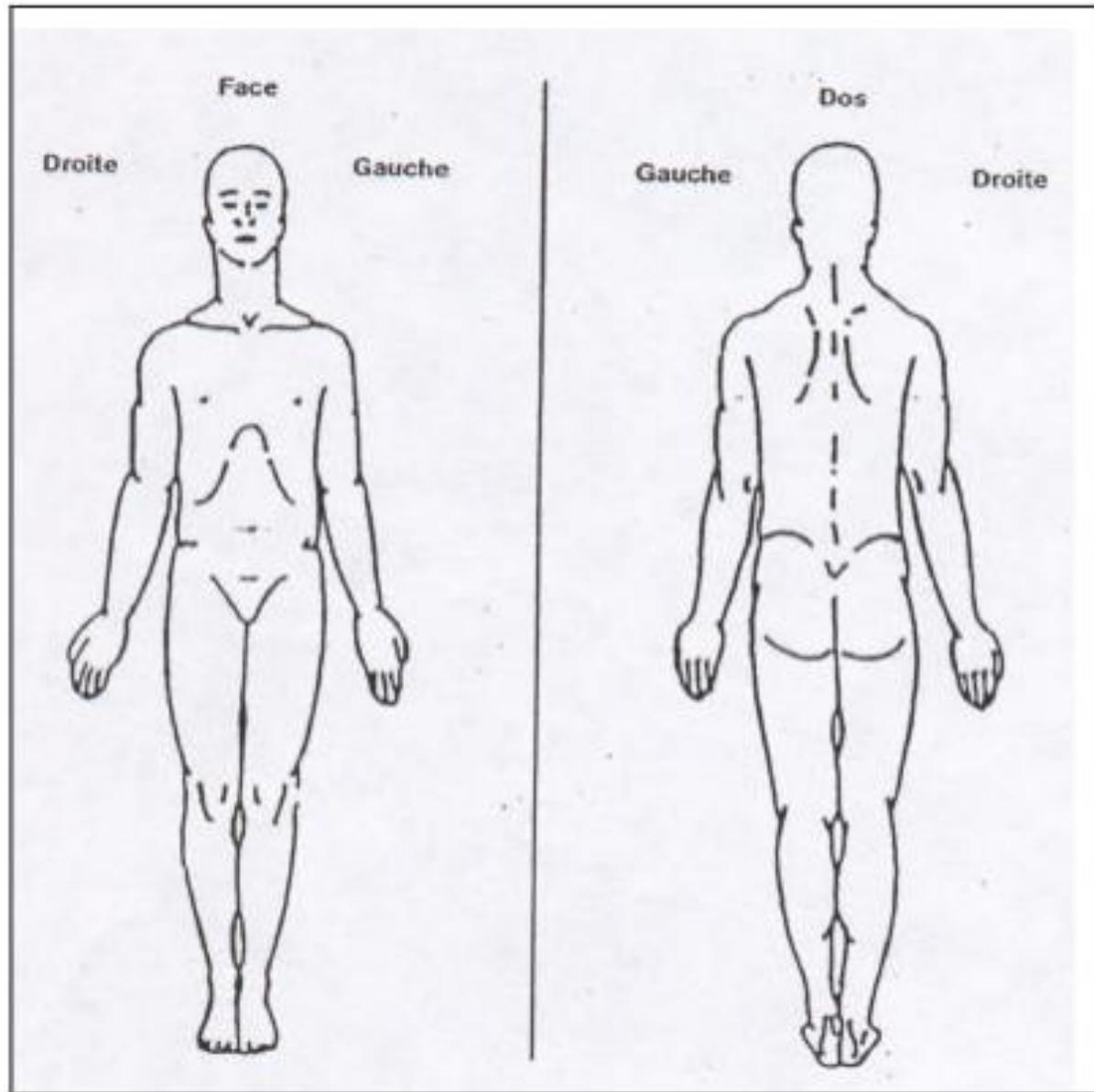
# Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

## Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



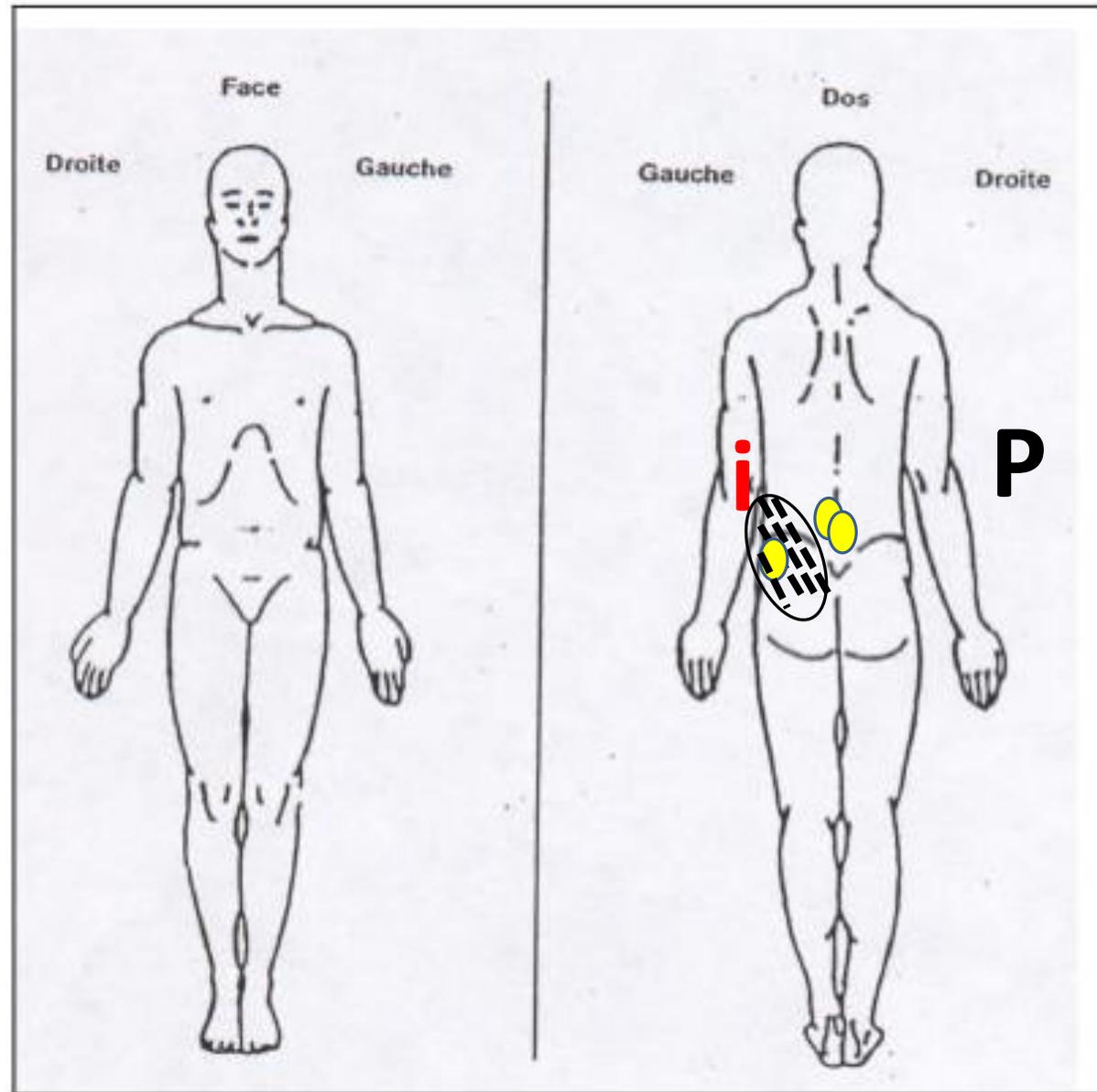
# Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

## Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



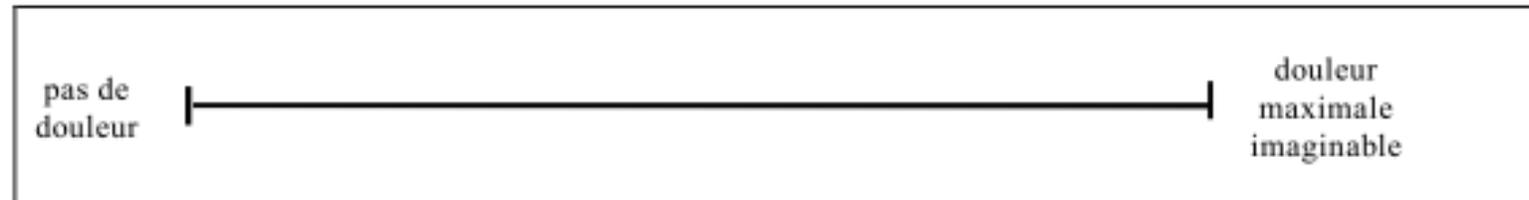
# Echelle visuelle analogique

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

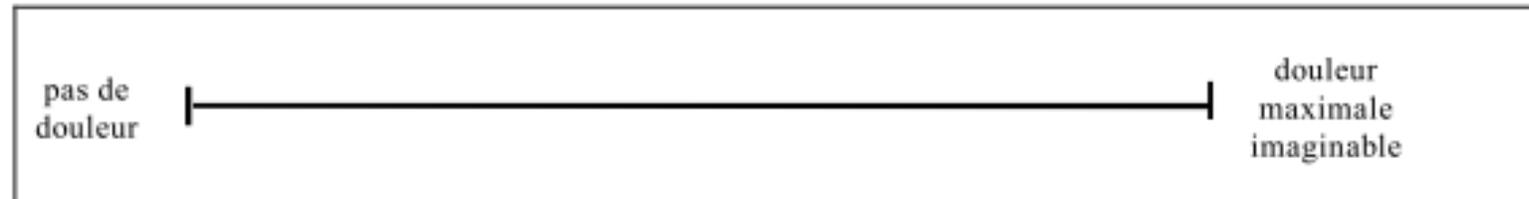
Douleur au moment présent :



Douleur habituelle depuis les 8



Douleur la plus intense depuis les 8



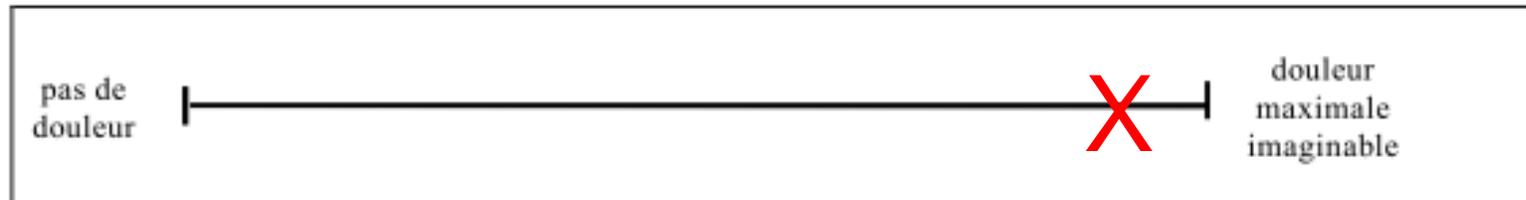
# Echelle visuelle analogique

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

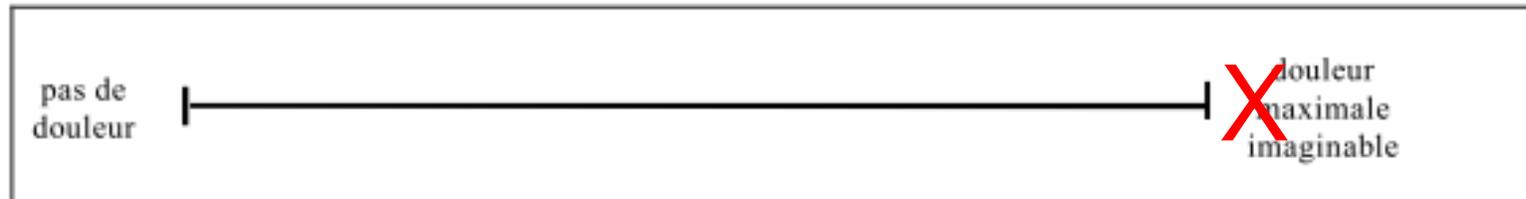
Douleur au moment présent :



Douleur habituelle depuis les 8



Douleur la plus intense depuis les 8



# Echelle numérique

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

# Echelle numérique

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

# Echelle du retentissement sur le comportement quotidien

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

# Echelle du retentissement sur le comportement quotidien

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

## Annexe 5. Échelle d'évaluation des symptômes : *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

Date :

Heure :

Nom – Prénom :

REPLI PAR :  PATIENT  FAMILLE  SOIGNANT  PATIENT AIDÉ PAR SOIGNANT

Tracer sur les lignes ci-dessous une barre verticale (ou une croix) correspondant le mieux à ce que vous ressentez actuellement :

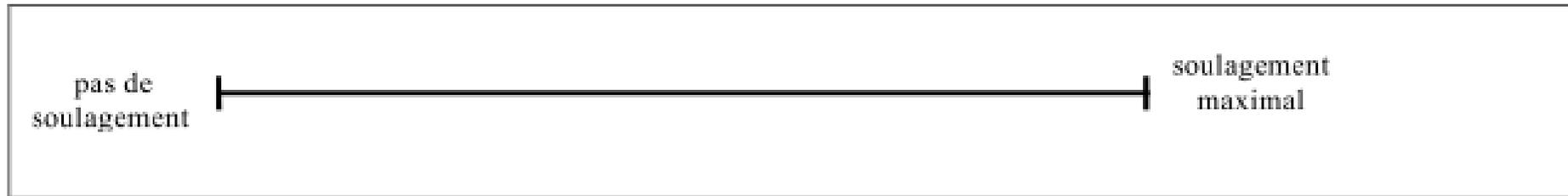
Pas de douleur	_____	Douleur maximale
Pas de fatigue	_____	Fatigue maximale
Pas de nausée	_____	Nausées maximales
Pas de déprime	_____	Déprime maximale
Pas d'anxiété	_____	Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____	Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement	_____	Essoufflement maximal
Je me sens bien	_____	Je me sens mal

*Autres symptômes (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Mesure de l'intensité du soulagement de la douleur

## ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



## ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE

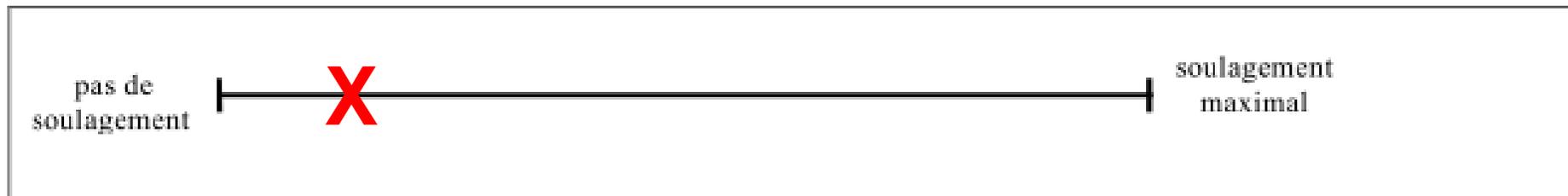


## ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

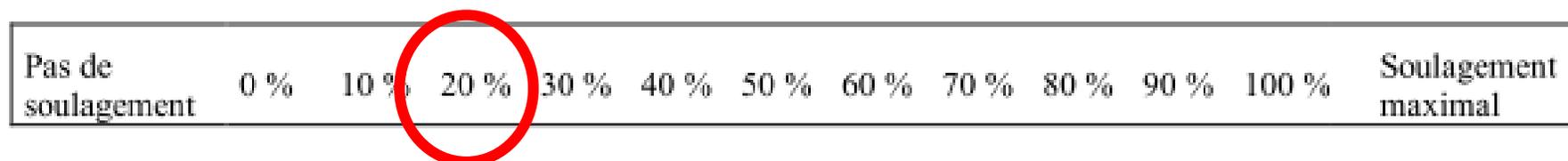
Soulagement	Scores
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

# Mesure de l'intensité du soulagement de la douleur

## ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



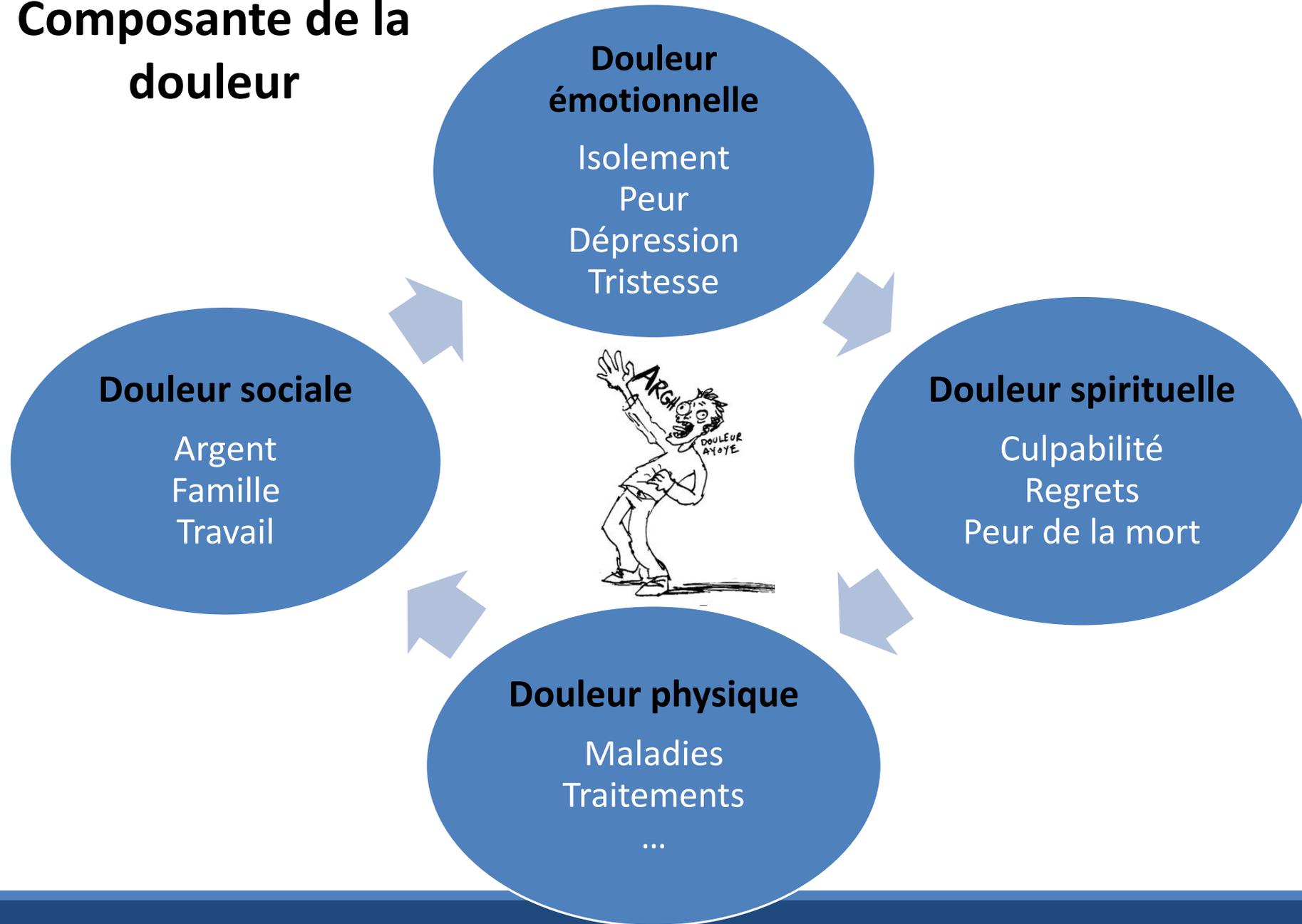
## ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE



## ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Soulagement	Scores
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

# Composante de la douleur



# Douleur physique

## Rappels

**Douleur nociceptive:** résulte de l'activation directe des nocicepteurs périphériques ex envahissement tumoral (pression, infiltration, destruction), troubles trophiques et de réactions inflammatoires secondaires entraînant la libération de substances algogènes (ex substance P) qui sensibilise les nocicepteurs.

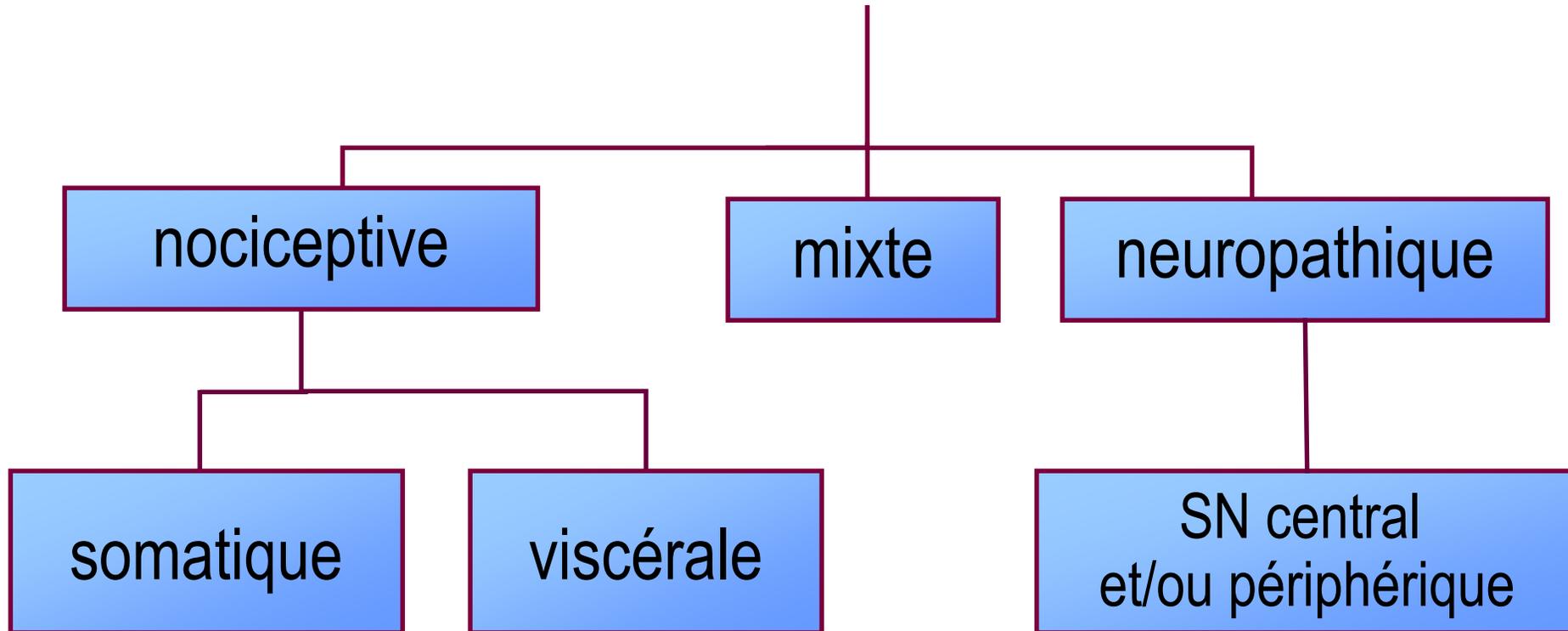
**Douleur neuropathique:** habituellement secondaire à une infiltration ou à une lésion nerveuse d'origine périphérique ou centrale (rôle des récepteurs NMDA).

### Principaux symptômes associés à la douleur :

- Trouble du sommeil
- Anxiété
- Dépression

# Types de douleurs

---



# Douleur physique

Type	Atteinte	Caractéristiques
<b>Somatique</b>	Cutanés, muscles, articulations, os	Localisée Généralement constante ↑ au mouvement, à la pression Irradiation possible (os, articulation)
<b>Viscérale</b>	Distension des viscères	Activation sympathique Mal localisée, constante, profonde Paroxysmes douloureux avec N ou V Irradiation cutanée possible
<b>Nerveuse</b>	Domage nerveux, sensibilisation centrale et périphérique des récepteurs	Brûlure profonde, élancement, choc électrique, coup de poignard. Irradiation nerveuse. 2 <sup>air</sup> à une compression, infiltration, infection (ex zona), traitements (chimio, radio, chirurgie...) Spontanée et anarchique. Difficile à soulager efficacement.

# Douleur physique

Type	Atteinte	Caractéristiques
<b>Somatique</b>	<u>Cutanés, muscles, articulations, os</u>	Localisée Généralement constante ↑ au mouvement, à la pression Irradiation possible (os, articulation)
<b>Viscérale</b>	Distension des viscères	Activation sympathique Mal localisée, constante, profonde Paroxysmes douloureux avec N ou V Irradiation cutanée possible
<b>Nerveuse</b>	Domage nerveux, sensibilisation centrale et périphérique des récepteurs	Brûlure profonde, élancement, choc électrique, coup de poignard. Irradiation nerveuse. 2 <sup>air</sup> à une compression, infiltration, infection (ex zona), traitements (chimio, radio, chirurgie...) Spontanée et anarchique. Difficile à soulager efficacement.

Le patient est hospitalisé suite à son AEG ainsi que pour la prise en charge de sa symptomatologie douloureuse

### **Ordonnance d'entrée**

Co-rénitec® (20/12,5mg) 1 cp/j

Paracétamol 1g x 3 /j

Contramal® 50 mg 2cp si besoin (max 6 gel/j)

Pantoprazol 20mg/j

Forlax 10g 2 sachets le matin

### **Bilan pour notre patient**

- Traitement médicamenteux non adapté à revoir
- Douleur intense, par excès de nociception, atteinte osseuse
- Trouble de l'humeur et du sommeil à prendre en compte
- Objectif de soulagement à définir avec patient

# Soulagement clinique...

**S'entendre sur des objectifs réalistes** (seuil acceptable/confortable)

Rq en soins pall, le temps est compté...

**Soulager la douleur:** la nuit  
au repos  
lors des activités quotidiennes  
lors des activités de loisirs

## Evaluer et réévaluer

Les effets analgésiques

Les effets secondaires...

## Individualiser le traitement

Selon historique médicamenteux, traitements associés (interaction)

Type de douleur (nociceptives / neuropathiques)

Effets indésirables, allergies, intolérances, contre-indications

Désir du patient

=> pas de solution magique

# Soulagement clinique...

**S'entendre sur des objectifs réalistes** (seuil acceptable/confortable)

**seuil tolérable pour le patient 5/10**

**Soulager la douleur: la nuit +++**

au repos

**lors des activités quotidiennes +++**

lors des activités de loisirs

## Evaluer et réévaluer

Les effets analgésiques

Les effets secondaires...

## Individualiser le traitement

Selon historique médicamenteux, traitements associés (interaction)

Type de douleur (nociceptives / neuropathiques)

Effets indésirables, allergies, intolérances, contre-indications

Désir du patient

=> pas de solution magique

# Quelle stratégie doit être adoptée?

## Prise en charge des douleurs osseuses

- Liées aux métastase → ostéolyse + libération substances algogènes
- Fréquentes lors de cancers pulmonaires, sein, prostate, myélome

Au bout d'une semaine le traitement du patient est le suivant:

Apranax® 275mg matin et soir (↓ au bout de 2 jour)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Topalgic LP 200 matin et soir

Actiskenan 5 mg à la demande (max 6 gél/j)

Paracétamol 4g/j

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j si besoin

**=> analyse de l'ordonnance**

# Quelle stratégie doit être adoptée?

## Prise en charge des douleurs osseuses

- Liées aux métastase → ostéolyse + libération substances algogènes
- Fréquentes lors de cancers pulmonaires, sein, prostate, myélome

Au bout d'une semaine le traitement du patient est le

Co-analgésie

Apranax® 275mg matin et soir (↓ au bout de 2 jour)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Topalgic LP 200 matin et soir

Actiskenan 5 mg à la demande (max 6 gél/j)

Paracétamol 4g/j

Analgésie

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j si besoin

Symptômes  
associés

=> analyse de l'ordonnance

# Quelle stratégie doit être adoptée?

Analgésie

## Prise en charge des douleurs osseuses

Topalgic LP 200 matin et soir

Actiskenan 5 mg à la demande (max 6 gél/j)

Paracétamol 4g/j

Arrêt tramadol

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LP ?

Patient hospitalisé voie SC envisageable

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

**Par quelle posologie commencée ?**

## MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LP ?

Patient hospitalisé voie *per os* ou SC envisageable

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

**équianalgésie opioïdes/morphine orale (MO)**

Calcul de  
dose pour  
voie SC

# MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LP

Patient hospitalisé voie SC envisageable

Calcul de dose pour voie SC

Analgésiques	Equivalents posologiques	Rapport d'analgésie
Codéine	60mg = 10 mg MO	1/6
→ Tramadol	50mg = 10 mg MO	1/5
Morphine IV	3,3mg = 10mg MO	3
→ Morphine SC	5mg = 10 mg MO	2
Hydromorphone	4 mg = 30 mg MO	7,5
Buprénorphine	0,2 = 6 mg MO	30
Nalbuphine (SC)	5mg = 10 MO	2
Fentanyl transdermique	25µg/h = 60 mg MO	100 à 150
Oxycodone	10mg = 20 mg MO	2
Oxycodone (SC/IV)	5 mg = 15 à 20 mg MO	3 à 4

per os LP  
soit 30mg

## MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LA ?

Patient hospitalisé voie per os ou SC envisageable

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

**$30\text{mg} + 400\text{mg}/5 = 110\text{mg}$  morphine orale/j soit 55mg en SC**

55mg à répartir toutes les 4 heures soit 9,16 mg  $\approx$  à 8mg

ED = 50% de la dose/4h ou 1/6 dose/12h ou 10-15%/24h

ED à 4mg toutes les 30min à la demande

si plus de 2 ED/1h prévenir médecin

### Surveillance:

Fonctions vitales: rythme respiratoire >12 bpm

Echelle de la douleur

C° du nombre d'ED

Effet indésirable (sommolence, hallucination, constipation...)

Calcul de  
dose pour  
voie SC

## MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LA ?

Patient hospitalisé voie per os ou SC envisageable

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

**$30\text{mg} + 400\text{mg}/5 = 110$  morphine orale/j**

110mg à répartir toutes les 4 heures soit  $18,3\text{mg} \approx 15\text{mg}$

ED = 50% de la dose/4h ou 1/6 dose/12h ou 10-15%/24h

ED à 7mg toutes les 60min à la demande

si plus de 2 ED/2h prévenir médecin

Oramorph 20mg/ml 8gttes = 10mg

### Surveillance:

Fonctions vitales: rythme respiratoire >12 bpm

Echelle de la douleur, C° du nombre d'ED

Effet indésirable (sommolence, hallucination, constipation...)

Calcul de  
dose pour  
voie PO

## MEP d'un traitement par morphine en systématique

Quelques jours plus tard le patient va mieux, sa douleur semble contrôlée à 5/10 avec des pics à 7/10 qui diminuent à 5/10 après les ED.

### Il est actuellement à:

30mg Morphine SC / 4 heures

15mg Morphine SC en ED/30min à la demande

Il utilise en moyenne 1 à 2 ED/j

Mr X présence qqc myoclonies et un début de myosis

Rythme respiratoire à 12

Patient se dit un peu confus et somnolent

=> mais préfère ne pas avoir mal

Selles de plus en plus difficiles



=> Début des EI des morphiniques, mais patient satisfait du traitement

=> Pics douloureux gérés par ED,

=> Relai à prévoir pour retour domicile

## Annexe 4. Échelle de surveillance des symptômes

### Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire : *Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)*

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)	< 19	19-30	> 30
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée
Râles de fin d'expiration	non		oui
Battements des ailes du nez	non		oui
Expression de crainte : <ul style="list-style-type: none"><li>• yeux grands ouverts</li><li>• muscles du visage contractés</li><li>• froncement des sourcils</li><li>• bouche ouverte</li><li>• dents serrées</li></ul>	non		oui
<b>TOTAL*</b>			

*Traduction française d'après Persichini*

\* Chaque item est coté de 0 à 2 : l'échelle note donc la dyspnée de 0 à 16 : 0 = absence de dyspnée, 16 = dyspnée maximale. Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.

## MEP d'un traitement par morphine en systématique

30mg Morphine SC / 4 heures

15mg Morphine SC en ED/30min à la demande

Il utilise en moyenne 1 à 2 ED/j

Relai PO à prévoir pour retour domicile

Relai Per OS Morphine LP ou dispositif transdermique

Choix du patient « patch »

Quand débiter le patch à quelle dose ?

C° opioïde doses régulières  $30\text{mg} \times 6 = 180 \text{ mg}$  morphine SC

Analgésiques	Equivalents posologiques	Rapport d'analgésie
Codéine	60mg = 10 mg MO	1/6
Tramadol	50mg = 10 mg MO	1/5
Morphine IV	3,3mg = 10mg MO	3
Morphine SC	5mg = 10 mg MO	2
Hydromorphone	4 mg = 30 mg MO	7,5
Buprénorphine	0,2 = 6 mg MO	30
Nalbuphine (SC)	5mg = 10 MO	2
 Fentanyl transdermique	25µg/h = 60 mg MO	100 à 150
Oxycodone	10mg = 20 mg MO	2
Oxycodone (SC/IV)	5 mg = 15 à 20 mg MO	3 à 4

C° opioïde doses régulières 180mg morphine SC

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Tableau 5. Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur liée au cancer par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale) (d'après la version 8 – octobre 2016).

Morphine (mg)						Oxycodone (mg)						Hydro-morphone (mg)	Fentanyl (µg)				
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO	Transdermique	Transmuqueux
Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose/72 h	Dose du bolus**
	1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6			
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	1	1,5	6,5	0,5	1			Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond  La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une antalgie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (cf. AMM)
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	1,5	2,5	10	1	1,5		12	
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	3	5	20	2	3	8	25	
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	4,5	7,5	30	3	5		37	
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	6	10	40	4	7	16	50	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	8	13	53	5	9			
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	9	15	60	6	10	24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	12	20	80	8	13	32	100	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	15	25	100	10	17	40	125	
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	18	30	120	12	20	48	150	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	20	33	133	13	22			
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	24	40	160	16	27	64	200	
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	27	45	180	18	30	72	225	
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	30	50	200	20	33	80	250	
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	36	60	240	24	40	96	300	
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	45	75	300	30	50	120	375	
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	50	83	333	33	56		412	

\* Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = libération prolongée = durée d'action 12 h ; LI = libération immédiate = durée d'action 4 à 6 h.

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV – Délais action approximatifs de morphine LI : per os : 40 mn, SC : 20 mn. IV : 10 mn.

1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.

1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

# OPIOConvert

Accueil



## OPIOCONVERT

L'application est éditée par les trois sociétés savantes :



Un groupe de travail issu de ces Sociétés a établi des recommandations concernant les ratios de changement d'opioïdes ou de voie d'administration des opioïdes.

N'oublions pas que les modalités d'administration du nouvel opioïde doivent prendre en compte le motif du changement (inefficacité ou intolérance), la pharmacocinétique de la molécule en question, la cinétique de libération de la forme galénique utilisée, l'état métabolique du patient et les éventuelles interactions médicamenteuses.

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

Calculatrice

### Molécule de départ

1 2 3 4

Choisir une molécule

MORPHINE

OXYCODONE

FENTANYL

HYDROMORPHONE

METHADONE

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

Calculatrice

### Récapitulatif

< Retour

✓ ✓ ✓ 4

Molécule d'entrée

MORPHINE SC 60 mg/24h

Molécules de sortie

FENTANYL PATCH

**Avertissement**

Titration avec des interdoses de morphine ou d'oxycodone à libération normale du 1/10ème au 1/6ème de la dose de morphine ou d'oxycodone correspondante des 24h. Ne pas équilibrer le traitement de fond avec du Fentanyl transmuqueux en interdose.

Résultats

50mcg/hr

Commencer une nouvelle conversion

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

C° opioïde doses régulières 180mg

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Fentanyl transdermique 25µg/h = 60 mg MO

Patient à 180mg morphine SC = 360 mg MO =  $(360/60) \times 25 = 150\mu\text{g/h}$

Rotation des opioïdes diminution dose  $\approx$  20-25 %

Selon dosage des patchs: Durogésic 125µg/h tous les 3j

Posologie ED ????

C° opioïde doses régulières 180mg

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Fentanyl transdermique 25µg/h = 60 mg MO

Patient à 180mg morphine SC = 360 mg MO =  $(360/60) \times 25 = 150 \mu\text{g/h}$

Rotation des opioïdes diminution dose  $\approx 20-25 \%$

Selon dosage des patchs: Durogésic 125µg/h tous les 3j

Posologie ED Actiskénan 30mg / 2h à la demande (max 3/j)

Rq patient à domicile risque de surdosage augmenté, marge de sécurité à prévoir avec ED.

## Quand effectuer une rotation d'opioïdes

**Survenue effets indésirables significatifs** que la douleur soit contrôlée ou non (effets neurologiques, respiratoires ou gastro-intestinaux).

**Compliance inadéquate** : difficulté à avaler, de compréhension, simplifier plan de prise pour le patient.

**Problème pharmacologique**: interaction, problème d'absorption...

**Inefficacité du traitement/tolérance** malgré dose importante

## Rotation d'un opioïde A vers un opioïde B: penser à vérifier

Titration efficace de l'opioïde A, évaluer suffisamment longtemps

Existe-t-il des alternatives à la rotation (voie administration...)

Le patient a-t-il déjà reçu d'autres opioïdes, ont-ils été efficace ?

Existe-t-il des interaction entre opioïde B et le reste du traitement ?

Existe-t-il des CI entre opioïde B et la clinique du patient ?

## Rotation d'un opioïde A vers un opioïde B

Evaluer la dose journalière de l'opioïde A, convertir en équivalent morphine orale, en déduire la dose théorique en opioïde B

Δ Quand modification de voie d'administration

Diminuer la dose de l'opioïde B de 20 à 25%  
(selon situation clinique)

Déterminer la posologie des ED

Réévaluation clinique du patient (douleur, EI...)

Réévaluation de la dose (douleur, nombre ED...)

## Méthode de passage d'une voie d'administration à une autre

	0 h	4h	8h	12h	ED
PO LI → patch	Pose du patch + dose LI	dose LI	dose LI	Arrêt PO LI	oui
PO LP → patch	Pose du patch + dose LA	Arrêt PO LP	-	-	oui
SC → patch	Pose patch + dose SC	dose SC	dose SC	Arrêt SC	oui
Perf SC → patch	Pose du patch + Perf SC	Perf SC	Arrêt Perf	-	oui
Patch → PO LI ou LP	Retrait patch	-	Dose PO LI ou LP	Dose LI	oui
Patch → SC	Retrait patch	-	Dose SC	Dose SC	oui
Patch → Perf SC	Retrait patch	Début Perf SC ≈ 6-7 après retrait patch			oui

C° opioïde doses régulières 180mg

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Fentanyl transdermique 25µg/h = 60 mg MO

Patient à 180mg morphine SC = 360 mg MO =  $(360/60) \times 25 = 150 \mu\text{g/h}$

Rotation des opioïdes diminution dose  $\approx 20-25 \%$

Selon dosage des patchs: Durogésic 125µg/h tous les 3j

Posologie ED Actiskénan 30mg / 2h à la demande (max 3/j)

2 jours après la pose du patch, le patient va toujours bien, la douleur à même diminuée, 1 seule ED/j. Le patient est prêt pour retour à domicile.

## Ordonnance de sortie

Durogésic 125µg/h tous les 3j

Actiskénan 30mg / 2h à la demande (max 3/j)

Paracétamol PO 4g/j

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Zométa 4mg toutes les 4 semaines

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j

Dulcolax 1 à 2cp/j (agit 12-24h)

Lansoyl 1 à 3/j

Si pas de selles durant 3 j Normacol lavement

Pantoprazol PO 40mg

Le patient sera revu dans 1 semaine pour sevrage corticoïde + évaluation du traitement.

5 j plus tard le patient est admis aux urgences avec des symptômes de détresse respiratoire (RR à 6 avec pose respiratoire et SpO<sub>2</sub> < 90).

La famille signale que la douleur de Mr x c'est intensifiée depuis 2 jours et qu'il a pris ses ED comme des « bonbons »

MEP d'un traitement en urgence par Naloxone (Narcan® 0,4mg/1ml)

**But levée la dépression respiratoire en gardant un niveau d'analgésie**

**Rq en cas d'intoxication sévère perfusion possible**

5 j plus tard le patient est admis aux urgences avec des symptômes de détresse respiratoire (RR à 6 avec pose respiratoire et SpO<sub>2</sub> < 90).

La famille signale que la douleur de Mr X c'est intensifiée depuis 2 jours et qu'il a pris ses ED comme des « bonbons »

**Durant le week end Mr X est hospitalisé en médecine interne**

**Le traitement morphinique a été modifié durant la garde**

Durogésic 175µg/h tous les 3j

Actiskénan 40mg / 1h à la demande (maximum 6/j)

A notre visite le patient est endormi, présente des myoclonies, un myosis (en tête d'épingle) et un RR à 12.

A l'entretien le patient est confus, somnolent (s'endort durant entretien), n'arrive plus à lire et voit des point lumineux au plafond.

Douleur toujours présente malgré augmentation de dose.

**=> Conduite à tenir ?????**

A notre visite le patient est endormi, présente de légères myoclonies, un myosis (en tête d'épingle) et un RR à 12.

A l'entretien le patient est confus, somnolent (s'endort durant entretien), n'arrive plus à lire et voit des point lumineux au plafond.

Douleur toujours présente malgré augmentation de dose.

**=> Conduite à tenir ?????**

**Signes de surdosage mais douleur non contrôlée**

Arrêt du patch rééquilibre à faire

Patient sujet aux surdosages (passage à pompe?)

**Aggravation de la douleur initiale ou nouvelle composante?**

Interrogatoire

# Utilité d'une pompe à morphine ????

- En cas d'accès paroxystiques fréquents nécessitant ED
- Difficultés d'administration par voie orale ou transdermique
- Effets indésirables ou douleurs non contrôlés
- Nécessité d'une titration rapide en cas de douleur intense
- Patient sujet aux surdosages ou sensible au pic plasmatique

## Paramètres

Concentration dans cassette (volume 50 ou 100ml)

Débit en ml/h ou mg/h

ED et période réfractaire



Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

Douleur au niveau de la hanche gauche va beaucoup mieux (2 à 3/10)

Depuis quelque jour apparition d'une brûlure intense (8/10) et soudaine comme un coup de poignard qui part du bas du dos jusqu'au pied droit, le patient décrit également des fourmillements.

En passant sa main derrière le dos, le patient déclenche une douleur importante ne cédant après ED.

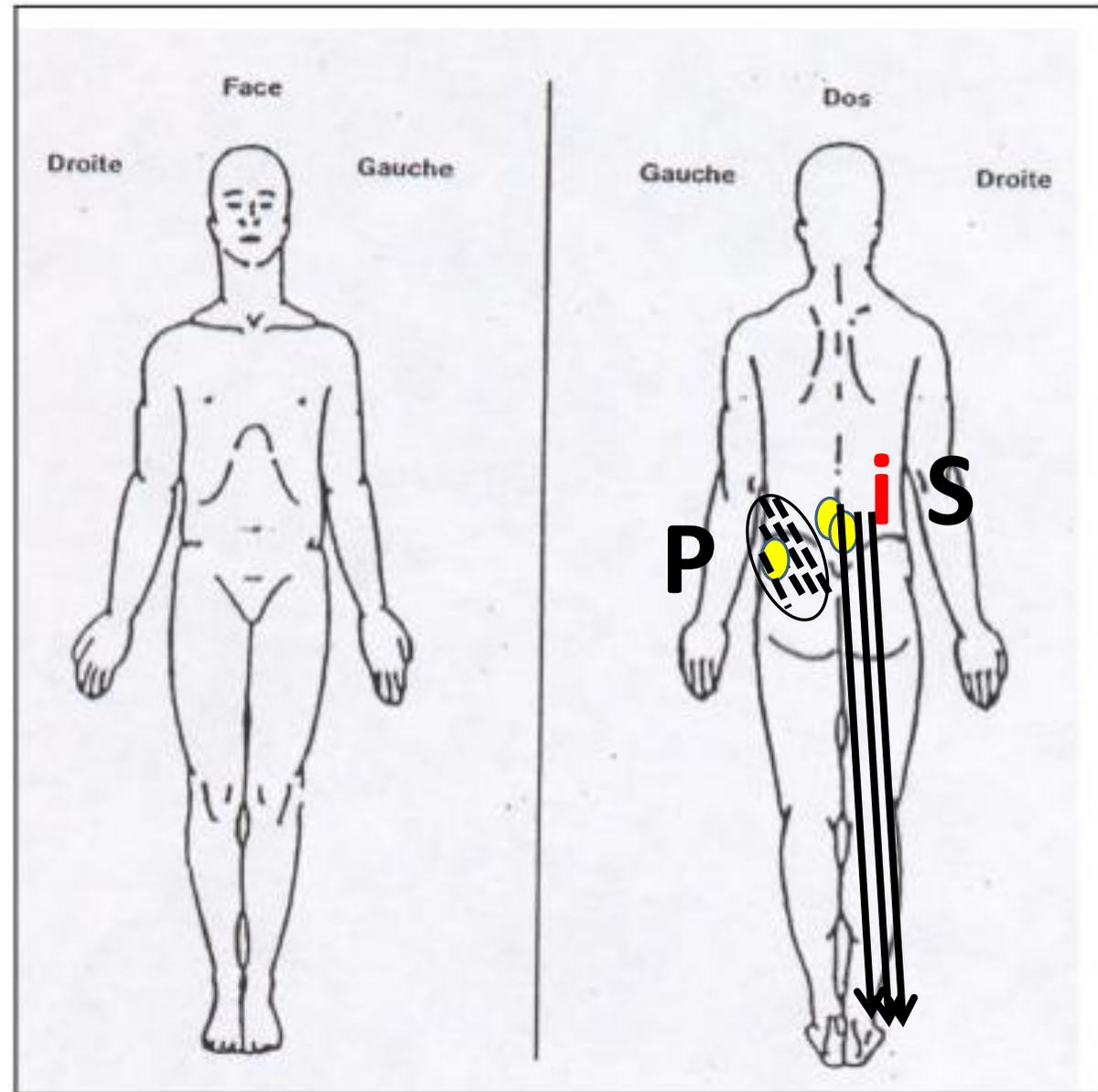
# Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

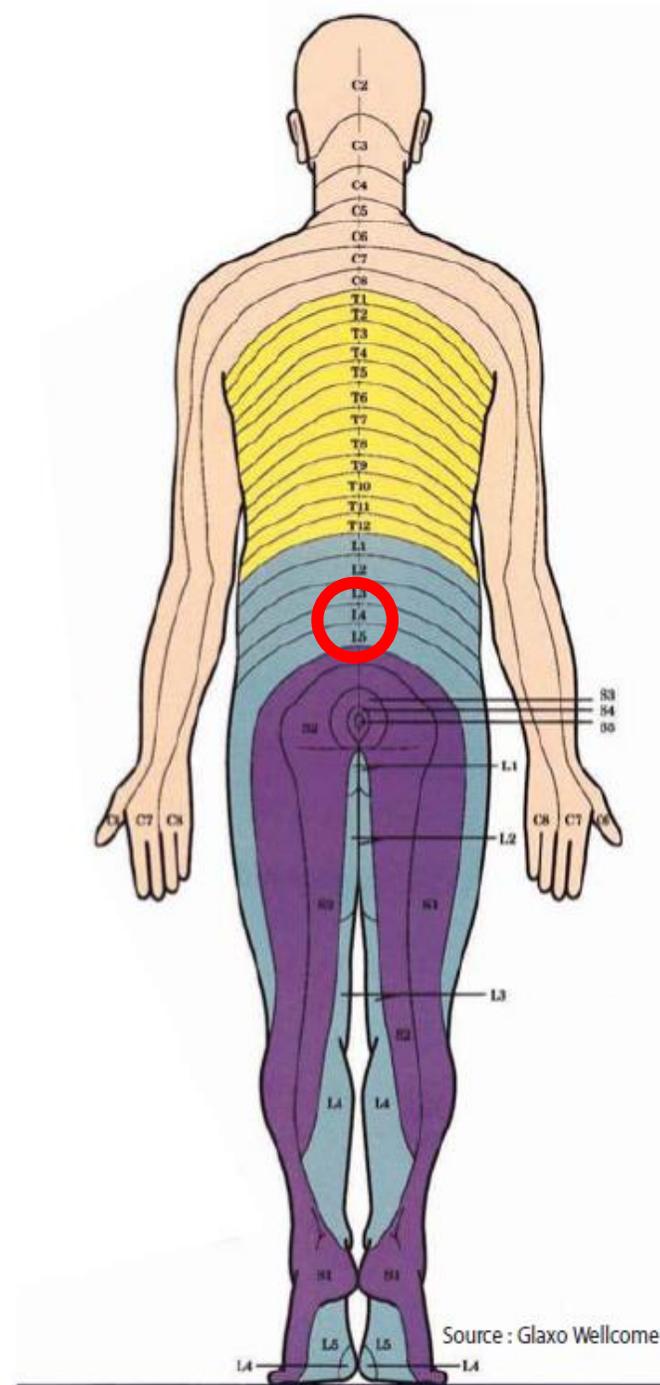
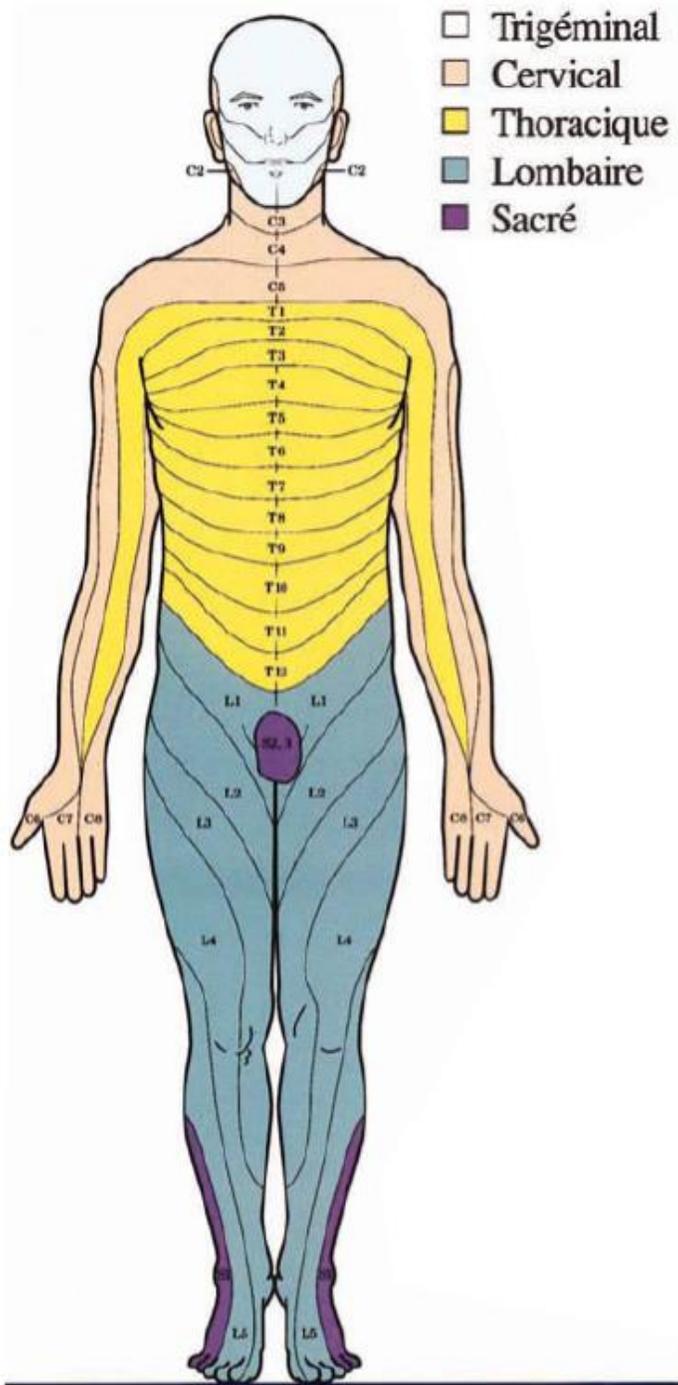
## Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.





## Définitions des symptômes

**Allodynie** : sensation douloureuse provoquée par une stimulation normalement non douloureuse.

---

**Hyperalgésie** : sensation douloureuse anormalement intense provoquée par une stimulation douloureuse normalement moins intense.

**Hyperpathie** : sensation douloureuse intense et durable survenant après arrêt de stimuli faiblement douloureux.

**Hyperesthésie** : majoration de la sensibilité.

**Hypoesthésie** : diminution de la sensibilité.

**Dysesthésie** : sensations anormales et désagréables mais non douloureuses, spontanées ou provoquées.

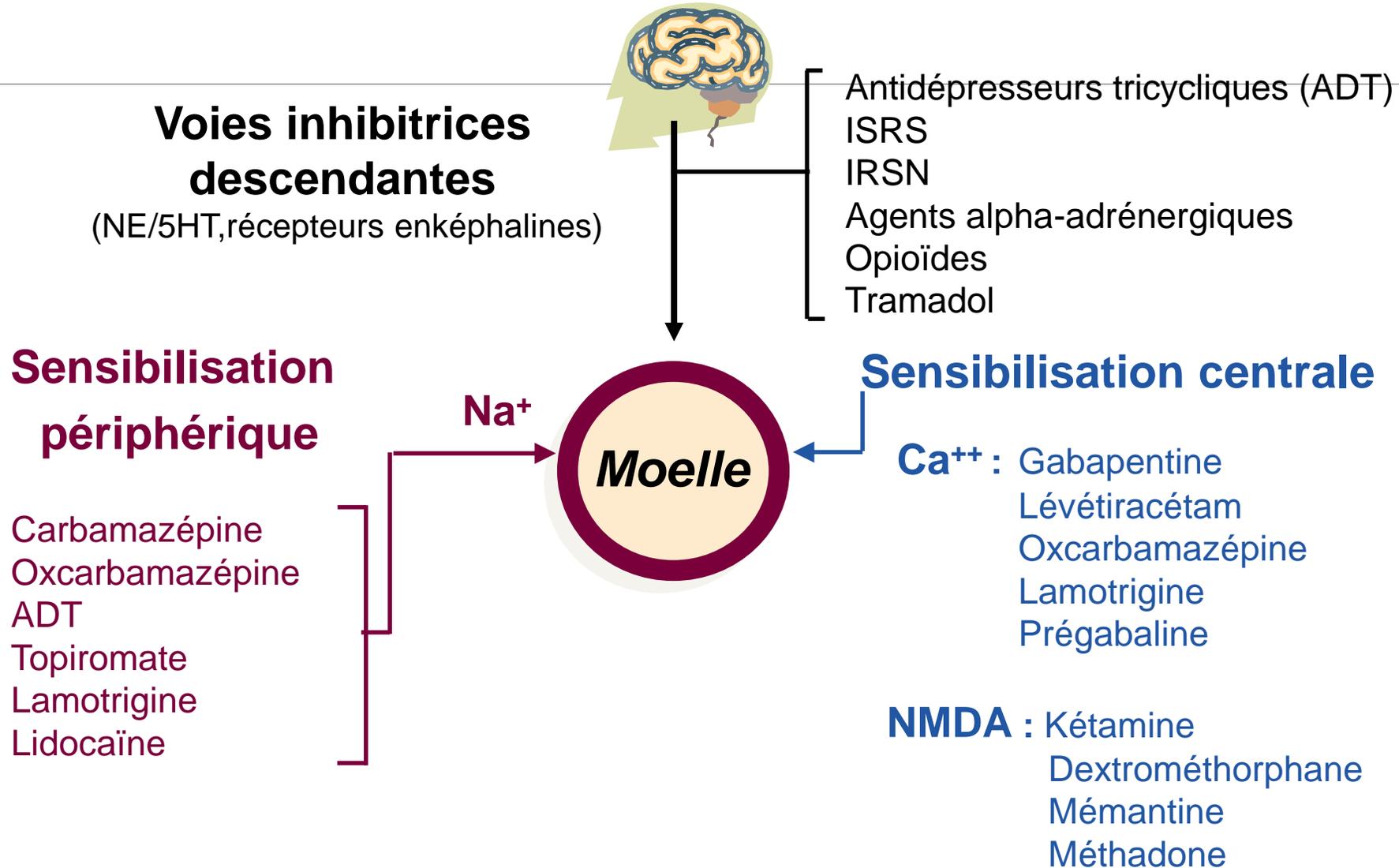
**Paresthésies** : sensations anormales spontanées non douloureuses et non désagréables à type de picotements ou fourmillements

# Douleur physique

Type	Atteinte	Caractéristiques
<b>Somatique</b>	Cutanés, muscles, <u>articulations, os</u>	Localisée Généralement constante ↑ au mouvement, à la pression Irradiation possible (os, articulation)
<b>Viscérale</b>	Distension des viscères	Activation sympathique Mal localisée, constante, profonde Paroxysmes douloureux avec N ou V Irradiation cutanée possible
<b>Nerveuse</b>	Domage nerveux, sensibilisation centrale et périphérique des récepteurs	Brûlure profonde, élancement, choc électrique, coup de poignard. Irradiation nerveuse. 2 <sup>air</sup> à une compression, infiltration, infection (ex zona), traitements (chimio, radio, chirurgie...) Spontanée et anarchique. Difficile à soulager efficacement.

# Prise en charge des douleurs neuropathiques

## Mécanisme d'action



## Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

Douleur au niveau de la hanche gauche va beaucoup mieux (2 à 3/10)

Depuis quelque jour apparition d'une brûlure intense (8/10) et soudaine comme un coup de poignard qui part du bas du dos jusqu'au pied droit, le patient décrit également des fourmillements. En passant sa main derrière le dos, le patient déclenche une douleur importante ne cédant après ED.

Un traitement par Lyrica (Prégabaline) est instauré parallèlement à la morphine SC

**J0 Lyrica 25mg le matin et 50mg le soir**

**J2 Lyrica 50mg le matin et 75mg le soir**

**J5 Lyrica 75mg le matin et 150mg le soir**

**J7 Lyrica 100mg le matin et 175mg le soir**

**J14 Lyrica 150mg le matin et 200mg le soir**

A cette posologie Mr X commence à se plaindre de céphalée, vertige et de somnolence. Cela lui arrive surtout le matin vers 10h. Il dort toujours bien.

La douleur va un peu mieux sauf le matin très tôt (5h00) et en milieu d'après midi

## Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

Douleur au niveau de la hanche gauche va beaucoup mieux (2 à 3/10)

Depuis quelque jour apparition d'une brûlure intense (8/10) et soudaine comme un coup de poignard qui part du bas du dos jusqu'au pied droit, le patient décrit également des fourmillements. En passant sa main derrière le dos, le patient déclenche une douleur importante ne cédant après ED.

Un traitement par Lyrica (Prégabaline) est instauré parallèlement à la morphine SC

**J0 Lyrica 25mg le matin et 50mg le soir**

**J2 Lyrica 50mg le matin et 75mg le soir**

**J5 Lyrica 75mg le matin et 150mg le soir**

**J7 Lyrica 100mg le matin et 175mg le soir**

**J14 Lyrica 150mg le matin et 200mg le soir**

A cette posologie Mr X commence à se plaindre de céphalée, vertige et de somnolence. Cela lui arrive surtout le matin vers 10h. Il dort toujours bien.

La douleur va un peu mieux sauf le matin très tôt (5h00) et en milieu d'après midi

**=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 – 200mg**

**=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300mg à 22h00)**

# La prégabaline (Lyrica)

---

**Augmentation progressive des doses (palier)** → surveillance fonction rénale (adaptation)

**Administration en 2 à 3 fois /j** ( $T_{1/2}$  6 heures)

**Effets secondaires :**

- Somnolence, confusion, trouble visuelle, étourdissement
  - Vérifier traitement associé BZD, morphiniques....
- Œdème, prise de poids,
  - $\Delta$  sujet diabétique, mesures hygièno-diététique
- Syndrome de sevrage
  - Diminution progressive des doses
- Allergie...

## Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 – 200mg

=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300mg à 22h00)

Malgré une amélioration, Mr X reste douloureux après ↑ morphine et Lyrica

Morphine augmentée à 10mg/h (ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

MEP d'un traitement par amitriptyline (Laroxyl) 12,5mg/j

2 jours plus tard Mr X est retrouvé au sol par les infirmières alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Mr X présente une TA à 12 en position assise et à 9 en position debout.



## Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 – 200mg

=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300mg à 22h00)

Malgré une amélioration, Mr X reste douloureux après ↑ morphine et Lyrica

Morphine augmentée à 10mg/h (ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

MEP d'un traitement par amitriptyline (Laroxyl) 12,5mg/j

2 jours plus tard Mr X est retrouvé au sol par les infirmières alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Mr X présente une TA à 12 en position assise et à 9 en position debout.

**Effet anticholinergique** : bouche sèche, constipation, trouble de l'accomodation, ↑ P° intra oculaire, tachycardie, dysurie, risque rétention urinaire.

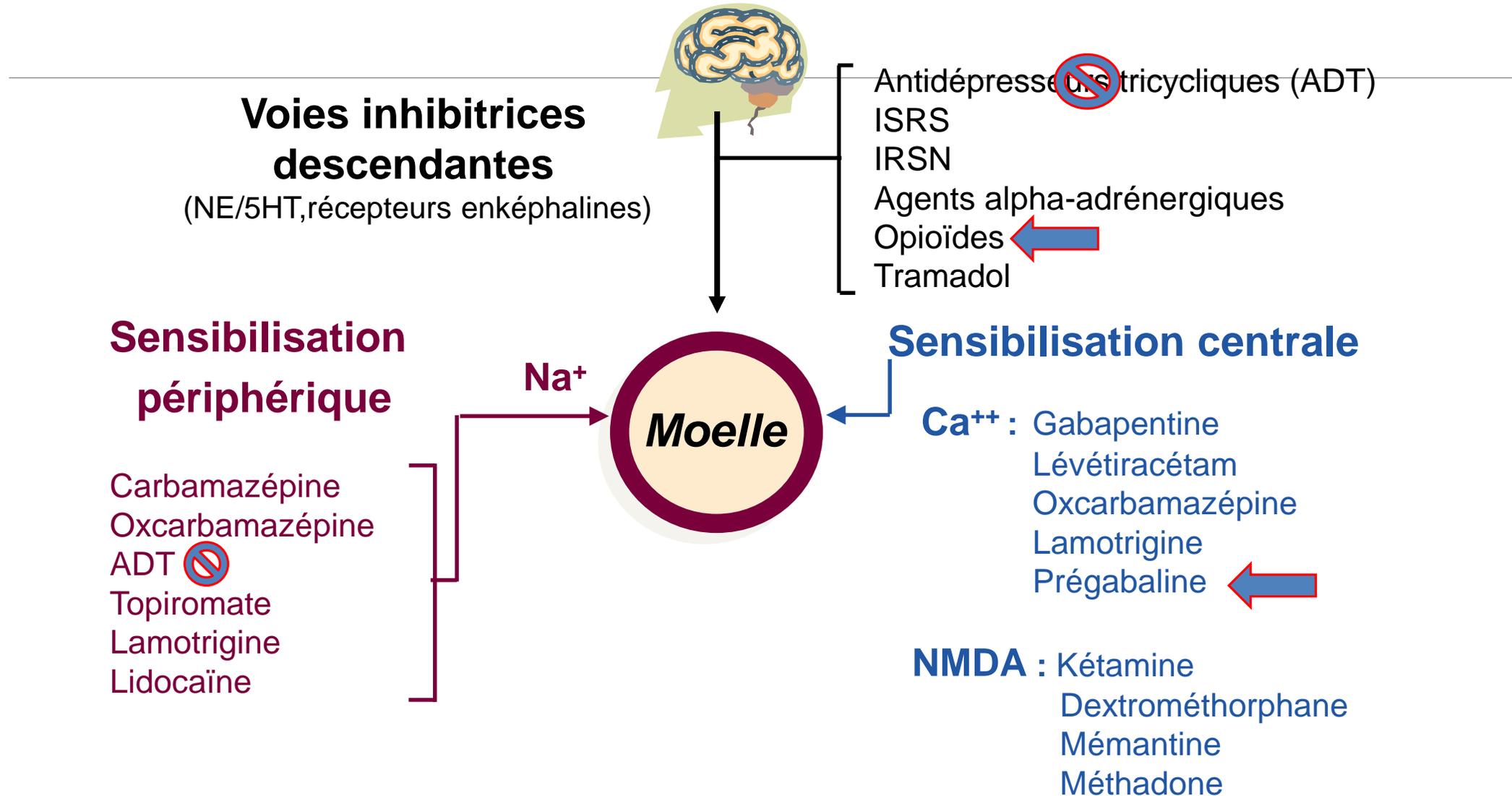
**Confusion, somnolence, , tremblements, hypotension ortho**

**Surdosage** : coma, convulsion, dépression respiratoire, toxicité cardiaque (trouble du rythme)

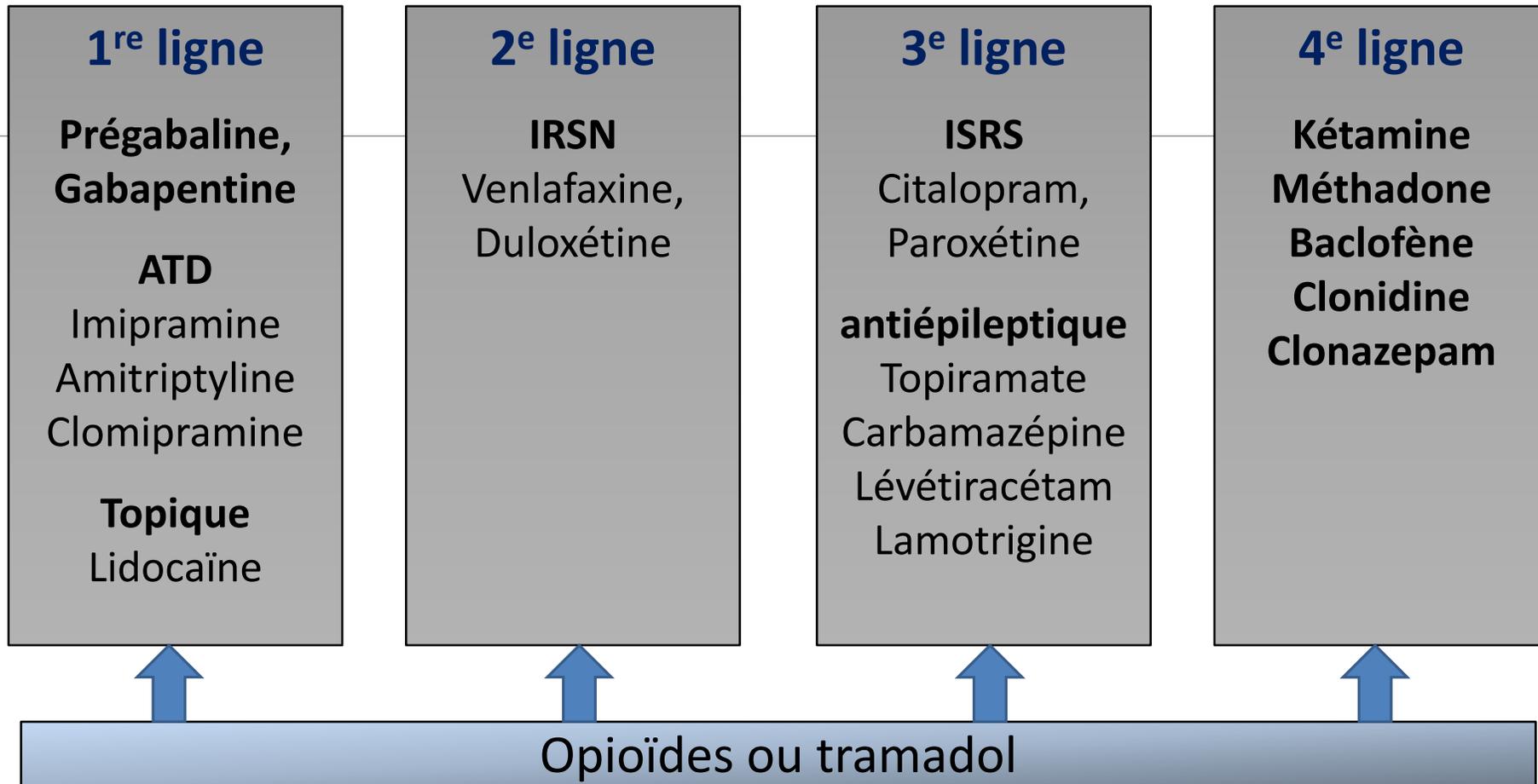
**Par quoi remplacer le laroxyl ?**

# Prise en charge des douleurs neuropathiques

## Mécanisme d'action



# Algorithme de traitement de la douleur neuropathique



Optimisation traitement 1<sup>re</sup> ligne (Gabapentine/Prégabaline)

Si insuffisant ajout autre traitement de 1<sup>re</sup> ligne (imipramine)

Si insuffisant ajout autre traitement de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne

## Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 – 200mg

=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300mg à 22h00)

Malgré une amélioration, Mr X reste douloureux après ↑ morphine et Lyrica

Morphine augmentée à 10mg/h (ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

MEP d'un traitement par amitriptyline (Laroxyl) 12,5mg/j

2 jours plus tard Mr X est retrouvé au sol par les infirmières alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Mr X présente une TA à 12 en position assise et à 9 en position debout.

**Effet anticholinergique** : bouche sèche, constipation, trouble de l'accommodation, ↑ P° intra oculaire, tachycardie, dysurie, risque rétention urinaire.

**Confusion, somnolence, , tremblements, hypotension ortho**

**Surdosage** : coma, convulsion, dépression respiratoire, toxicité cardiaque (trouble du rythme)

**Laroxyl remplacer par Cymbalta (duloxétine) 60mg/j**

## Bilan sur le traitement de Mr x

**Morphine pompe SC 10mg/h (2 à 3 ED 10mg)**

**Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg**

**Cymbalta (duloxétine) 60mg/j**

**Paracétamol PO 4g/j**

**Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi**

**Zométa 4mg toutes les 4 semaines**

**Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)**

**Lorazepam 1mg au coucher**

**Forlax 2 sachets / j**

**Dulcolax 1 à 2cp/j (agit 12-24h)**

**Lansoyl 1 à 3/j**

**Si pas de selles durant 3 j Normacol lavement**

**Pantoprazol PO 40mg**



**Malgré tous ces traitements, Mr X ressent une amélioration mais à toujours des douleurs paroxystiques partant du bas du dos et irradiant toute la jambe gauche. Que lui proposer ?**

# Douleur neuropathique et traitement topique

## **Pourquoi utiliser un produit topique**

- Concentration systémique moindre
- Action locale
- Moins d'effets secondaires/toxicité
- Risque d'interaction médicamenteuse est faible
- Réactions locales/rash sont plutôt rares
- Pas besoin de titration de dose
- Voie topique ≠ voie transdermique (ex Durogésic effet systémique)

# Les agents topiques

---

## Anesthésique locaux

Blocage des canaux Na  $\rightarrow$   $\downarrow$  excitabilité neuronale

Douleur chronique localisée type nociceptive ou neuropathique

ex Emla patch ou crème 5% (lidocaïne/prilocaine)

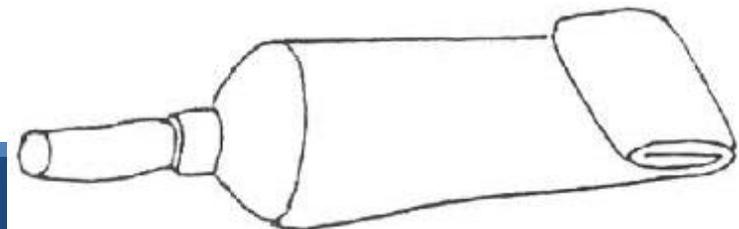
ex xylocaïne 5% en nébulisateur, xylocaïne visqueuse

$\Delta$  au risque d'absorption systémique

Signes de toxicité: étourdissement, somnolence, confusion, hallucinations, convulsions, paresthésie, hypotension; bradycardie; arythmie

## Capsaïcine patch (qutenza 179mg), pommade (ATU)

Désensibilisation des fibres périphériques



# Les agents topiques

---

## Anti-inflammatoires non stéroïdiens

↓ formation de prostaglandines (inhibition des COX)

## Opiïdes (crème, spray)

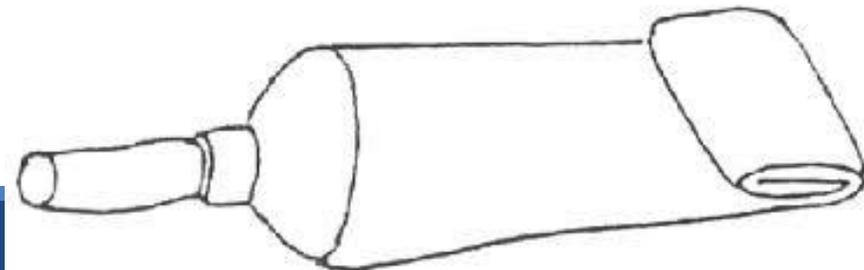
Présence (migration) de R aux opioïdes a/n des fibres sensibles cutanées (si inflammation) => plaie ulcérée, de pression, changement psmt

## Antagonistes du récepteur NMDA (kétamine)

- Aurait aussi une action sur les R opioïdes, muscariniques, adrénergiques, cholinergiques et sérotoninergiques.
- Douleur localisée nociceptive/neuropathique

## Antidépresseurs tricycliques

## Agonistes alpha-adrénergiques



**Table 1. Algorithm for the Treatment of Chronic Neuropathic Pain.<sup>1</sup>**

Classification	Drug or Drug Class	Route of Administration			
		Topical	Oral	Rectal	Nasal
NMDA antagonists	Ketamine	5% to 10%	Reported	Reported	Reported at 5% and 10%
	Amantadine	5% to 10%	Reported	—	—
	Dextromethorphan	5% to 10%	Reported	Reported	—
	Orphenadrine	5% to 10%	100 mg	—	—
Glutamate antagonist	Gabapentin (?)	6%	300 mg to 3 g daily, divided	Reported	—
$\alpha$ -2 agonist	Clonidine	0.1% to 0.2%	—	—	—
Sympatholytic	Amitriptyline	2% to 5%	Reported	Reported	—
GABA $\beta$ agonist	Baclofen	2% to 5%	—	—	—
Mu agonists	Loperamide	5% to 10%	—	—	—
	Morphine	Other mu agonists also; wide dosage range			
TNF-1 $\alpha$ antagonist	Pentoxifylline	5% to 10%	Reported	—	—
Skeletal-muscle relaxer	Guaifenesin	10%	Reported	—	—
L-Type calcium blocker	Nifedipine	2% to 16% depending on the size of the treated area	—	—	—
NMDA sodium channel blocker	Carbamazepine (?)	2% to 5%	Reported	—	—
Anesthetics	Lidocaine	2% to 10%	—	—	—
	Tetracaine	2% to 10%	—	—	—
	Bupivacaine	0.5% to .75%	—	—	—

NMDA = N-methyl-D-aspartate  
 ? = Drug or drug class undetermined  
 GABA $\beta$  =  $\gamma$ -aminobutyric acid $\beta$

TNF-1 $\alpha$  = Tumor necrosis factor-1 $\alpha$

*Historically, treatment with ketamine, gabapentin, and clonidine is initiated as described above. Then one or more of the other drugs is added.*

*Modified December 2001.*

# Bilan sur le traitement de Mr x

Morphine pompe SC 10mg/h (2 à 3 ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

Cymbalta (duloxétine) 60mg/j

Paracétamol PO 4g/j

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Zométa 4mg toutes les 4 semaines

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j

Dulcolax 1 à 2cp/j (agit 12-24h)

Lansoyl 1 à 3/j

Si pas de selles durant 3 j Normacol lavement

Pantoprazol PO 40mg

Versatis 1 patch sur 12h



L'état de Mr X se stabilise, un retour à domicile est néanmoins impossible. Les besoins en morphine ont augmenté (20mg/h), les douleurs neuropathiques se sont stabilisés.

**Lors de notre visite Mr X nous signale que cela fait 4 jours qu'il n'est pas allé à la selle. Il décrit également des nausées importantes et quelques vomissements.**

**Quelle traitement proposer ?**

L'état de Mr X se stabilise, un retour à domicile est néanmoins impossible. Les besoins en morphine ont augmenté (20mg/h), les douleurs neuropathiques se sont stabilisés.

**Lors de notre visite Mr X nous signale que cela fait 4 jours qu'il n'est pas allé à la selle. Il décrit également des nausées importantes et quelques vomissements.**

**Quelle traitement proposer ?**

**Laxatifs classiques (osmotiques, lubrifiants ...)**

**MOVENTIG 12,5 mg et 25 mg (oxalate de naloxéol)**

Traitement de la constipation induite par les opioïdes (CIO) chez les patients adultes ayant présenté une réponse inadéquate au(x) laxatif(s).

**RIZMOIC 200 microgrammes (naldémédine)**

Indiqué dans le traitement de la constipation induite par les opioïdes (CIO) chez les patients adultes ayant été traités préalablement par un laxatif.

L'état de Mr X se stabilise, un retour à domicile est néanmoins impossible. Les besoins en morphine ont augmenté (20mg/h), les douleurs neuropathiques se sont stabilisés.

## **Autres traitements possible dans le cadre de douleurs rebelles**

## Instauration du traitement par méthadone

En cas de douleur rebelle liée au cancer après une évaluation effectuée par une équipe spécialisée (soins palliatifs ou douleur), et en deuxième intention, après échec d'au moins un traitement opioïde bien conduit (AMM) (*grade C*).

Doit être instauré en hospitalisation, par une équipe spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs.

L'instauration nécessite une surveillance particulière, notamment en raison du risque de surdosage retardé jusqu'à 7 jours après le début du traitement.

Une fois la posologie optimale obtenue, le renouvellement du traitement pourra être effectué à domicile par un médecin généraliste.

## Instauration du traitement par méthadone

Réalisation d'un ECG avec mesure de l'espace QT corrigé et mesure de la kaliémie avant l'instauration de la méthadone, et poursuite de la surveillance après équilibration ;

La méthadone peut être utilisée chez le patient insuffisant rénal et le dialysé chronique (*accord d'experts*).

Des hypoglycémies ont été observées et pourraient faire l'objet d'une surveillance.

## **Instauration du traitement par méthadone**

### **Protocoles de conversion à la méthadone**

Il existe de nombreux protocoles de conversion à la méthadone,

Un protocole d'administration à la demande, avec un ratio de 1:10 (méthadone orale: morphine orale) et conversion rapide sans chevauchement paraît plus simple d'utilisation.

### **Ratios progressifs en fonction de l'EMO de l'opioïde initial**

1:4 à 1:5 pour une EMO inférieure à 90 mg/j,

1:6 à 1:8 pour une EMO de 90 mg à 300 mg par jour,

1:8 à 1:15 pour une EMO supérieure à 300 mg,

1:20 pour une EMO supérieure à 1 000 mg.

# Première AMM pour la méthadone dans le traitement de la douleur en France : ZORYON gélule et sirop

Deux formes galéniques sont disponibles, chacune sous 4 dosages différents :  
en gélule à 5, 10, 20 ou 40 mg ;  
en sirop (flacon unidose) de 5, 10, 20 ou 40 mg.



L'instauration et la titration de ZORYON doivent être réalisées à l'hôpital afin de surveiller étroitement les patients, notamment le risque respiratoire (détresse respiratoire) et cardiaque (torsades de pointe).

- Protocole à la demande : autocontrôle de la dose par le patient, sans chevauchement avec le traitement opioïde antérieur (délais d'action 15minutes);
- Protocole 3DS, à dose fixe avec chevauchement avec le traitement opioïde antérieur.

ZORYON est un médicament stupéfiant ; la prescription est limitée à 28 jours et la délivrance fractionnée par périodes de 7 jours (sauf mention contraire du prescripteur). En outre, ZORYON est soumis à prescription initiale hospitalière.

# Première AMM pour la méthadone dans le traitement de la douleur en France : ZORYON gélule et sirop

**Equilibration par administration à la demande par le patient lui-même : pas de prise imposée par un horaire régulier et le patient ne prendra une dose que s'il a mal.**

Le délai d'action rapide de la méthadone (15 minutes) permet la réalisation de cette antalgie autocontrôlée et autorise l'arrêt de l'opioïde précédent avec un relais d'emblée par méthadone sans prise concomitante.

## DÉTERMINATION DE LA DOSE D'INITIATION DE ZORYON®

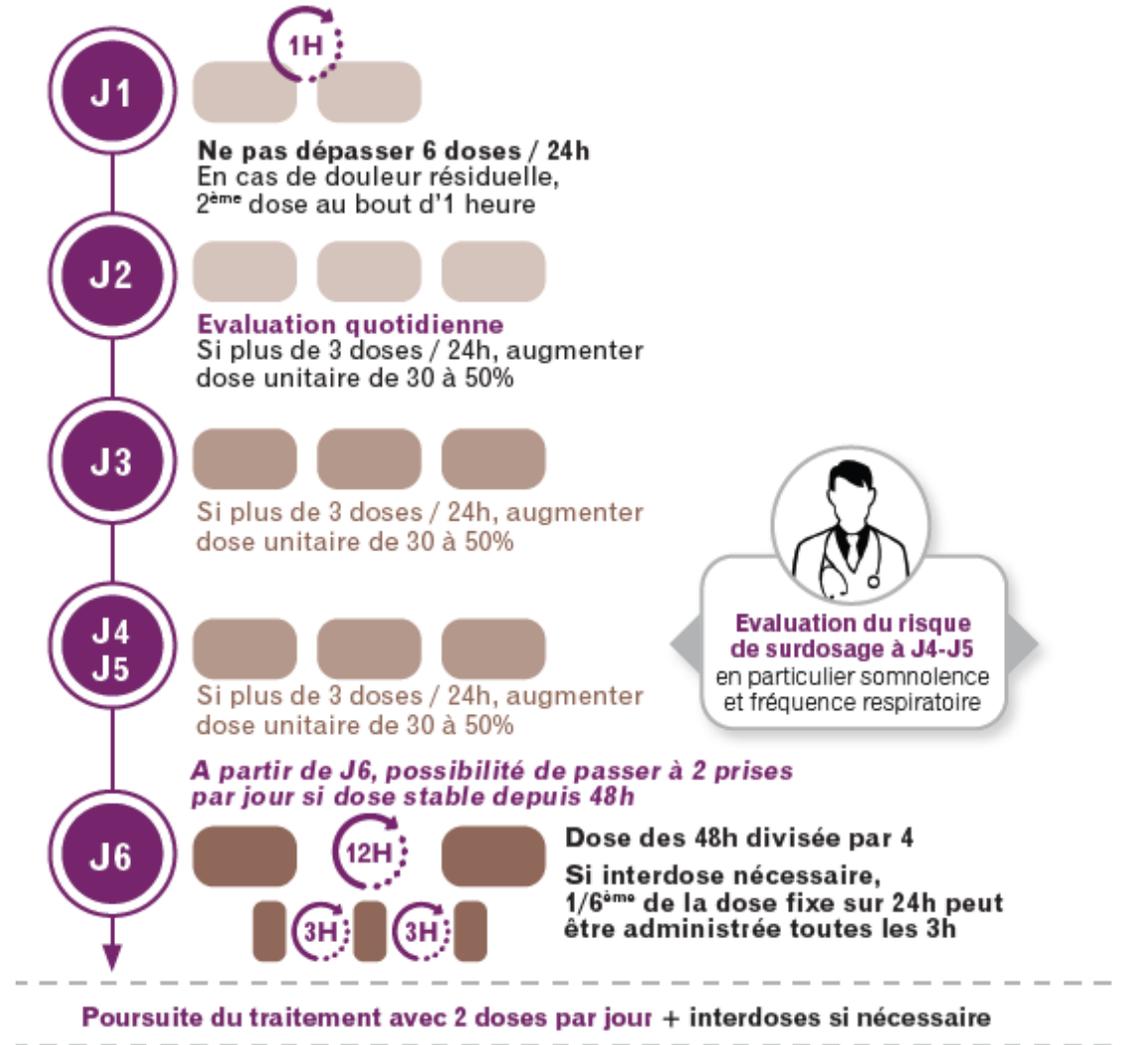
Opioïde précédent

Morphine Équivalent Oral (MEO)

Dose unitaire

10% MEO 30 mg max par prise

Un calculateur en ligne est disponible pour la conversion de la posologie de l'opioïde précédent en MEO : <https://opioconvert.fr>



# Première AMM pour la méthadone dans le traitement de la douleur en France : ZORYON gélule et sirop

## CONVERSION À DOSE FIXE AVEC CHEVAUCHEMENT AVEC LE TRAITEMENT OPIOÏDE ANTÉRIEUR (3DS)

Relais progressif pour éviter un syndrome de sevrage lié à l'arrêt de l'opioïde antérieur et pour laisser le temps à la méthadone de saturer les graisses.

### DÉTERMINATION DE LA DOSE D'INITIATION DE ZORYON® (J0)

Dose journalière

Dose unitaire

Opioïde précédent

MEO

30-90 mg

MEO/4

90-300 mg

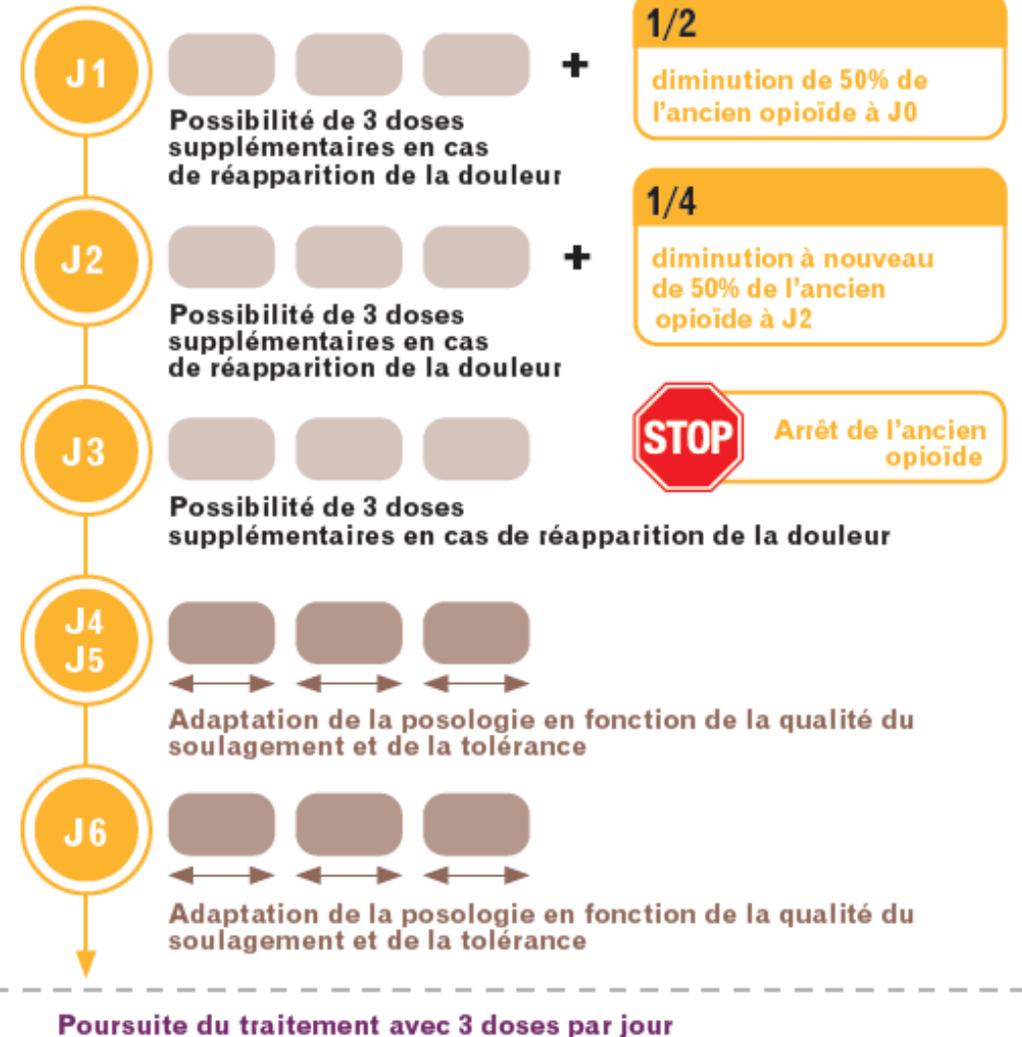
MEO/6

> 300 mg

MEO/8

1/3 MEO

30 mg max par prise



## Kétamine

L'utilisation de la kétamine (usage hors AMM) reste possible comme co-antalgique en association à un opioïde.

Voie d'administration privilégiée : voie parentérale, si possible IV

La dose administrée à l'instauration du traitement varie de 0,15 à 0,5 mg/kg/j.

Au-delà de la dose de 5 mg/kg/j, l'effet anesthésique devient prédominant avec risque d'EI.

L'instauration du traitement doit être faite en hospitalisation

Si effets psychodysleptiques (perturbations des sensations visuelles, auditives, de l'humeur) => association avec benzodiazépine.

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social, par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec une structure douleur et/ou soins palliatifs et le recours éventuel à une HAD.

## **Lidocaïne par voie intraveineuse (sans conservateur ni vasoconstricteur)**

En raison de ses effets indésirables graves => en dernière intention (usage hors AMM) (*grade B*).

Son utilisation est réservée au milieu hospitalier, en lien avec une équipe spécialisée.

Son instauration nécessite la réalisation d'un ECG et une surveillance clinique étroite.

## **Blocs périphériques locorégionale**

Consiste à injecter un agent anesthésique local au contact d'une structure nerveuse pour interrompre la transmission des influx nociceptifs vers les centres supérieurs.

Peuvent être envisagés dans les douleurs rebelles périphériques localisées.

Leur durée d'utilisation est limitée par la survenue d'une complication (obstruction, déplacement, infection...).

L'administration de l'anesthésique local peut être réalisée en bolus, en continu, ou en continu avec bolus grâce à la mise en place d'un cathéter périmerveux.

Le choix de l'agent anesthésique et sa posologie sont déterminés par l'équipe référente.

Ce traitement doit être instauré en hospitalisation

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social, par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec l'équipe hospitalière référente ou en HAD.

Le médecin généraliste est partie prenante et doit être informé.

## Antalgie intrathécale

Recommandée chez les patients en situation palliative ayant des douleurs rebelles non contrôlées par une équivalence de l'ordre de 300 mg de morphine *per os*, ou chez les patients présentant des effets indésirables graves des antalgiques (*accord d'experts*).

Permet d'administrer les antalgiques dans le liquide céphalo-rachidien

L'indication de cette technique d'analgésie est validée en réunion de concertation pluridisciplinaire par une équipe formée et spécialisée dans la technique

Administration en continu associée à des bolus déclenchés par le patient ou à sa demande.

Les médicaments recommandés par voie intrathécale sont (*accord d'experts*) :

- la morphine (posologie au 1/100e de la dose par voie IV, sans dépasser 5 mg/j) ;
- la ropivacaïne (6 à 8 mg/j, usage hors AMM) ;
- le ziconotide (0,25 à 0,50 µg/j).

L'utilisation de la bupivacaïne est également possible.

## **Prévention des douleurs rebelles provoquées en situation palliative**

### **Douleurs rebelles provoquées par les soins**

Accès douloureux paroxystiques prévisibles.

Doivent être identifiées, anticipées et traitées,

L'existence de telles douleurs en phase palliative avancée doit questionner la pertinence et/ou l'adaptation du soin qui provoque la douleur.

### **Opiïdes**

Douleur brève (moins de 1 h 30) et d'installation rapide

en cas d'échec ou d'effets indésirables « importants » => recours au fentanyl transmuqueux en raison de sa pharmacocinétique adaptée (usage hors AMM) peut être envisagé à la dose la plus basse possible de la forme galénique utilisée.

### **Gaz**

*MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote)*

L'usage du MEOPA (AMM), administré par un personnel infirmier formé, est recommandé en cas de douleur induite par les soins, associé à une surveillance adaptée (*grade B*).

Depuis quelques semaines l'état de Mr X se dégrade. Les douleurs neuropathiques ont augmenté nécessitant la MEP de traitement par:

Topiramate (Eptomax) arrêté pour acidose métabolique

Carbamazépine (Tégréto) arrêté pour réaction cutanée sévère.

Compte tenu de la dégradation importante de l'état général du patient et de sa douleur, la mise en place d'une sédation palliative est décidée.

**La sédation peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue**

**Parmi les pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie :**

- la sédation dite « proportionnée » à l'intensité des symptômes qui peut permettre au patient de garder une vie relationnelle ; elle peut être transitoire, intermittente, potentiellement réversible.
- la sédation profonde et continue : suspension de la conscience poursuivie jusqu'au décès,

## Pratiques sédatives à visée palliative

### En première intention, le médicament recommandé est le midazolam :

- Utilisable quels que soient l'âge, à l'hôpital, à domicile ou en Ehpad ;
- Plusieurs inconvénients : dose d'entretien difficile à prévoir, tolérance lors de l'usage prolongé obligeant à augmenter les doses, réveils intempestifs dus à des fluctuations d'effet, résistance possible ;

### Au domicile ou en Ehpad, il est obtenu par rétrocession par une pharmacie hospitalière

- Le médecin prescrit le midazolam en précisant : « dans le cadre d'une prise en charge palliative » ; le stockage dans un lieu sécurisé est nécessaire ;
- Le relais du midazolam par une autre benzodiazépine et l'association de plusieurs benzodiazépines entre elles ne sont pas recommandés.
- En cas de difficulté d'approvisionnement du midazolam (délai de rétrocession), d'autres benzodiazépines peuvent être utilisées en recours temporaire : diazépam, clonazépam.

## Pratiques sédatives à visée palliative

En deuxième intention **les neuroleptiques** peuvent être utiles en complément lorsque la sédation est insuffisante, en cas de confusion ou d'agitation, ou s'ils ont été initiés avant la sédation.

Les neuroleptiques sont à utiliser **en association** avec le midazolam qui est à poursuivre à la même posologie.

### Les plus utilisés sont :

- la chlorpromazine en cas de sédation par voie intraveineuse (IV) ;
- la lévomépromazine, plus sédative, en cas de sédation par voie sous-cutanée (SC).

À domicile ou en établissement médico-social, lorsque l'association midazolam - neuroleptique est insuffisante, un transfert en service spécialisé doit être discuté.

## **Pratiques sédatives à visée palliative**

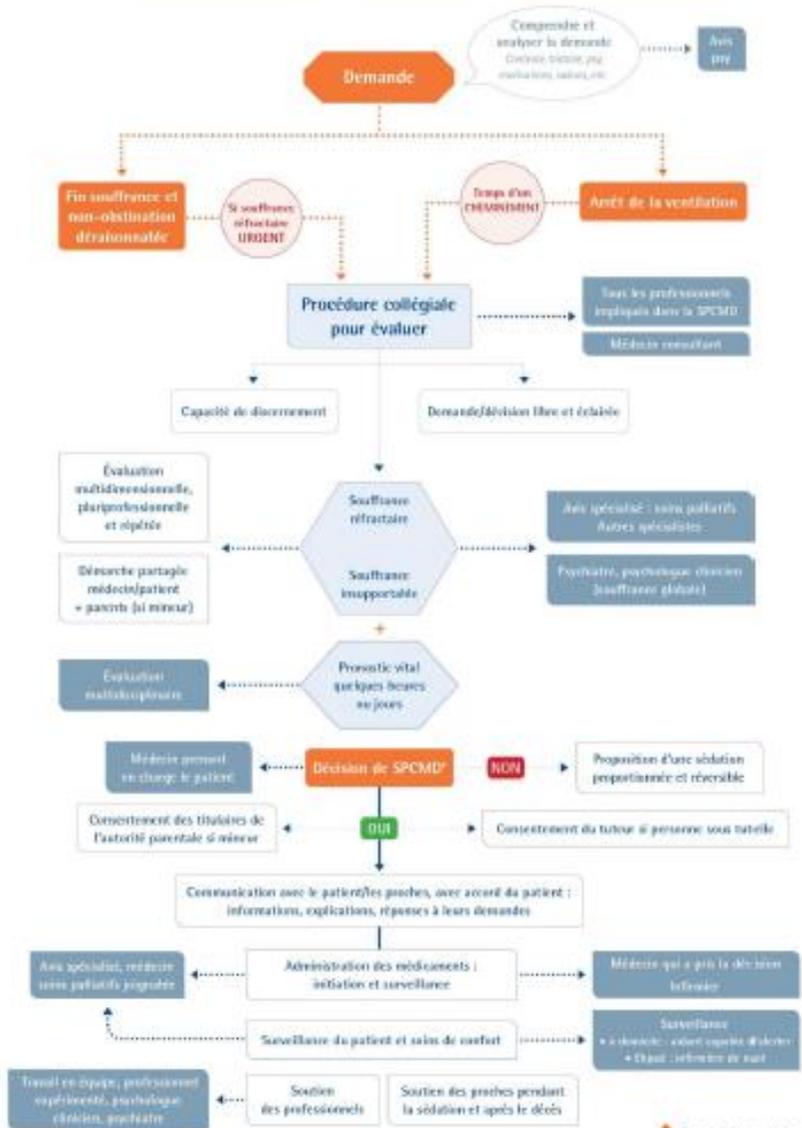
**En milieu hospitalier**, d'autres molécules peuvent être utilisées en seconde intention, à condition d'être indiquées et prescrites par un médecin expérimenté dans un contexte de surveillance adaptée:

- kétamine, notamment en cas de douleur associée (potentialisation, co-analgésie)
- propofol, oxybate de sodium, dexmédétomidine (équipe formée à leur utilisation)
- phénobarbital dans le cas particulier d'un état de mal épileptique contre-indiquant les neuroleptiques.

**Les opioïdes seuls ne doivent pas être utilisés pour induire une sédation ; ils seront poursuivis ou renforcés pour contrôler les douleurs et les dyspnées.**

**PATIENT SOUFFRANT D'UNE AFFECTION GRAVE ET INCURABLE**

Chaque situation est singulière



\* SPCMD : sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

## Utilisation du Midazolam par Voie Intraveineuse

### La voie intraveineuse (IV) est recommandée

Deux méthodes de mise en route sont possibles :

**Méthode 1:** une dose de charge dont l'administration est réalisée par titration, suivie d'une dose d'entretien

La dose de charge permet un endormissement très rapide; elle ne permet pas de prédire le débit d'entretien nécessaire pour maintenir une sédation profonde,

Ex 1 mg en 30 secondes toutes les 2 à 3 minutes,

Rq chez le sujet très âgé ou en cas d'insuffisance d'organe, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses peut être plus long,

les injections sont poursuivies jusqu'à obtenir un score de - 4 ou - 5 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)

Une dose d'entretien IV est nécessaire et débute à une dose horaire égale à 50 à 100 % de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score RASS de – 4.

**Méthode 2:** une perfusion continue d'emblée à augmenter progressivement sans dose de charge :

- provoque un endormissement plus lent,
- débute à la dose de 1 mg/h avec adaptation posologique de la même dose toutes les 30 mn jusqu'à obtention de la profondeur de la sédation nécessaire (RASS -4 à -5).

## **Utilisation du Midazolam par voie sous cutanée**

En cas d'administration intraveineuse impossible, la voie sous-cutanée peut être envisagée.

Une dose de charge entre 0,05 et 0,1 mg/kg est administrée, à renouveler toutes les 20 à 30 min jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée (RASS -4 -5). L'entretien se fait aux mêmes doses que par voie IV.

En l'absence de dose de charge, la perfusion continue est débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et adaptation du débit jusqu'à obtention de l'effet recherché (RASS -4 à -5).

## **Adaptation des doses**

une augmentation des doses peut être nécessaire pour maintenir la sédation profonde après un usage prolongé (tachyphylaxie) ;

en cas de réveil, des bolus par voie IV de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes peuvent être administrés.

## Annexe 2. Échelle de vigilance

**Tableau 4. Échelle de vigilance-agitation de Richmond**

*Validation française de la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) de Chanques et al.*

Niveau	Description	Définition	
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters, et/ou agressif envers l'équipe	
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Éveillé et calme		
- 1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)	stimulation verbale
- 2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)	
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (exemple : ouverture des yeux) mais sans contact visuel	
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	stimulation physique
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	

## Neuroleptiques à utiliser en complément du midazolam

### Chlorpromazine

Administration par voie IV ou IM

La dose initiale est de 25 mg en bolus IV lent (ou IM si IV impossible) renouvelée après 30 minutes si besoin.

Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg.

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, une dose d'entretien de 25 à 100 mg/j est initiée, en perfusion IV continue ou bolus IV lents (ou IM si IV impossible) répétés 2 à 3 fois par jour.

Des bolus IV lents (ou IM si IV impossible) de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

Si 3 ou davantage de doses de secours sont nécessaires sur 24 h, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

La dose d'entretien est administrée jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée : RASS -4 à -5.

## Neuroleptiques à utiliser en complément du Midazolam

### Levopromazine

Une dose initiale de 25 mg est indiquée, en bolus SC. Elle peut être renouvelée après 60 à 90 minutes si besoin. Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 25 et 100 mg/j, en perfusion SC continue ou bolus SC répétés 2 à 3 fois par jour.

Des bolus SC de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

Si 3 doses de secours ou plus sont nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

La dose d'entretien est administrée jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée : RASS -4 à -5.

.

Depuis quelques semaines l'état de Mr X se dégrade. Les douleurs neuropathiques ont augmenté nécessitant la MEP de traitement par:

Topiramate (Epitomax) arrêté pour acidose métabolique

Carbamazépine (Tégrétol) arrêté pour réaction cutanée sévère.

La mise en place d'une sédation palliative est décidée.

Midazolam® perfusion continue 6mg/h, bolus de 1mg  
Scoburen® (rôle agonique)

Médicaments	Mode d'administration	Prescription	Disponibilité	
			À l'hôpital	En ville
<b>Médicaments opioïdes stupéfiants</b>		<b>Sur ordonnance sécurisée</b>		
Morphine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
Fentanyl	Per os /nasal	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Transdermique	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	<b>Non</b>
Sufentanil	Per os	Médecin hospitalier / limitée à 3 jours	Oui	<b>Non</b>
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	<b>Non</b>
Hydromorphine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Oxycodone	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
Péthidine	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 7 jours	Oui	Oui
Méthadone	Per os sirop	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 14 jours	Oui	Oui
	Per os gélule	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 28 jours	Oui	Oui
<b>Médicaments opioïdes non stupéfiants</b>		<b>Liste I</b>		
Tramadol	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale semestrielle par médecin hospitalier	Oui	Oui
Codéine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
<b>Médicaments benzodiazépines</b>		<b>Liste I</b>		
Diazépam	Per os	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
Midazolam	Injectable	Tout prescripteur	Oui	<b>Oui</b>
Clonazépam	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale annuelle par neurologue et pédiatre sur ordonnance sécurisée / limitée à 12 semaines	Oui	Oui

Sources : Code de santé publique, Vidal, ANSM, Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.

GUIDE DU PARCOURS DE SOINS

**Comment mettre en œuvre une  
sédation profonde et continue  
maintenue jusqu'au décès ?**

# Merci de votre attention



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

- 1-NEURONTIN 400 MG, GÉLULE par VOIE ORALE  
800 milligramme(s) Matin, 800 milligramme(s) Midi, 800 milligramme(s) Soir pendant 30 jour(s)
- 2-PANTOPRAZOLE 40 MG ARROW, PDR PR SOL INJ, IV par VOIE INTRAVEINEUSE  
1 flacon Matin, 1 flacon Soir pendant 40 jour(s)
- 3-ALPRAZOLAM 0.25 MG ARROW, CPR SÉC par VOIE ORALE  
1 comprimé Matin, 1 comprimé Soir pendant 40 jour(s)
- 4-NEFOPAM 20 MG/2 ML MEDISOL, SOL INJ, AMP par VOIE INTRAMUSCULAIRE  
pendant 30 jour(s) A la demande 1 ampoule 1 à 3 fois par jour
- 5-METHYLPREDNISOLONE 40 MG MYLAN, PDR PR SOL INJ, IM IV par VOIE INTRAVEINEUSE  
40 milligramme(s) Matin pendant 60 jour(s)
- 6-INNOHEP 10 000 IU ANTIXA/0.5 ML, SOL INJ, SRG par VOIE SOUS-CUTANÉE  
4900 unité internationale anti-Xa(s) Soir pendant 12 jour(s)
- 7-PRIMPERAN 10 MG/2 ML, SOL INJ, AMP par VOIE INTRAVEINEUSE  
pendant 30 jour(s)  
A la demande  
Quantité par prise : 1 ampoule  
Quantité à ne pas dépasser : 3 ampoule/24 Heure  
Quantité à ne pas dépasser par prise : 1 ampoule  
Intervalle minimum entre les prises : 4 Heure
- 8-LAROXYL 40 MG/ML, SOL BUV, FLAC 20 ML par VOIE ORALE  
15 milligramme(s) à 20h pendant 20 jour(s)
- 9-FUROSEMIDE 20 MG ARROW, CPR SÉC par VOIE ORALE  
1 comprimé Matin pendant 30 jour(s)
- 10-CIPROFLOXACINE 400 MG/200 ML KABI, SOL PR PERF, FLAC par VOIE INTRAVEINEUSE  
400 milligramme(s) Matin, 400 milligramme(s) Soir pendant 14 jour(s)

**11-DOLIPRANE 500 MG, PDR PR SOL BUV, SACHET par VOIE ORALE**

pendant 30 jour(s)

A la demande

Quantité par prise : 1 sachet

Quantité à ne pas dépasser : 3 sachet/24 Heure

Quantité à ne pas dépasser par prise : 1 sachet

Intervalle minimum entre les prises : 6 Heure

**12-1000 mL OLIMEL N7E par VOIE INTRAVEINEUSE**

Perfusion classique: 1000 millilitre/jour, soit 1000 millilitre/jour, soit 1000 millilitre/prise  
de OLIMEL N7E 1 140 KCAL/1 000 ML, EMULSION PR PERF, POCHE TRI-COMP

Poche de 1000 millilitre à 16h, durée: 16h00

pendant 24 jour(s)

**13-250 mL G5 + PHOCYTAN + CERNEVIT + NUTRYELT par VOIE INTRAVEINEUSE**

Perfusion classique: 250 millilitre/jour, soit 250 millilitre/jour, soit 250 millilitre/prise de  
GLUCOSE 5%

+ 5 ampoule de PHOCYTAN 0.66 MMOL/ML, SOL À DILUER PR PERF, AMP 10 ML

+ 1 flacon de CERNEVIT, PDR PR SOL INJ OU PR PERF

+ 1 ampoule de NUTRYELT, SOL À DILUER PR PERF, AMP 10 ML

Poche de 315 millilitre à 16h, durée: 24h00

pendant 11 jour(s)

**14-OXYNORM par VOIE INTRAVEINEUSE**

PCA: OXYNORM 200 MG/20 ML, SOL INJ, AMP (produit sensible)

+ NACL 0,9%

à partir de 09h

Dose par cassette : cinq cents milligramme, concentration : cinq milligramme/millilitre,  
volume total : cent millilitre

Bolus de vingt-six milligramme, débit continu : treize milligramme/h

Dose max : trois cent soixante-quatre milligramme/quatre Heure, période réfractaire :  
vingt Minute

pendant trente-deux jour(s)

1/ OXYNORM PCA IV : huit cents mg/jour

QSP deux semaines

dans le cadre de douleurs chroniques rebelles

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. M.' with a flourish underneath.

ORDONNANCE

Le 28/04/2021

Faire pratiquer par I.D.E. à domicile, tous les jours (y compris samedi, dimanche et jours fériés):

La mise en place et la surveillance d'une PCA pour délivrance antalgique.

Sur cathéter central avec réfection du pansement tous les 7 jours (ou si souillé ou décollé).

Sur picc line avec réfection du pansement et changement du mode de fixation et des annexes tous les 7 jours.

Sur chambre Implantable avec changement de l'aiguille de Huber tous les 7 jours.

Sur voie veineuse périphérique ou en sous cutanée.

La surveillance de la délivrance de l'antalgique et l'évaluation de la douleur, doivent être quotidiennes : les paramètres doivent être écrits sur le dossier de soin une fois par jour.

Déplacement la nuit, si besoin, à la demande du patient ou de la famille.

Programmation de la PCA :  Chlorhydrate de morphine  Oxynorm

Type d'ampoules : ..... 200 ..... mg pour un réservoir de 250 ml  
Nombre d'ampoule : .....

Soit une concentration de : ..... 10 ..... mg/ml

Débit continu de ..... 21 ..... mg/heure soit ..... 504 ..... mg par 24 heures

Bolus de ..... 36 ..... mg avec une période d'interdiction de ..... 30 ..... minutes

Dose totale sur 24 heures bolus compris : ..... mg

ORDONNANCE POUR deux semaines  
A RENOUVELER FOIS

