

## **Position des acteurs institutionnels au cours de la phase de lecture**

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

---

### **Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)**

---

Cette recommandation est à destination des professionnels de santé confrontés aux situations palliatives. Le texte pourrait être plus précis pour les désigner et surtout caractériser rapidement les contextes de ces situations afin de mieux structurer les nombreuses informations et en rendre l'accès plus simple pour les intéressés. La part faite aux situations extra hospitalières (court séjour) est congrue alors même qu'en l'espèce l'accès aux médicaments est un des aspects essentiels du développement d'une organisation adéquate des soins palliatifs et que le domicile (et donc l'implication du premier recours) figure au rang des objectifs.

Le texte soumis en l'état apparaît encore peu servi par son plan : comme d'autres recommandations HAS il devrait profiter d'une mise en forme des recommandations avec grade systématique et argumentaire.

Des définitions sont manquantes :

- Définition des soins palliatifs, au moins la référence à l'article L1110-10 du CSP « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. ». La prise en charge en équipe pluridisciplinaire est inscrite dans le CSP or, page 5 de la synthèse et page 6 de l'argumentaire on lit que les professionnels concernés sont « tous les PS confrontés aux patients en situation palliative ». De quoi parle-t-on dans ce document ? De situation palliative, c'est-à-dire pathologie sans perspective de guérison, ou de soins palliatifs. Peut-on imaginer une situation palliative avancée sans prise en charge dans les règles de l'art, pluridisciplinaire drivée par soit une équipe de soins palliatifs, soit une équipe de traitement de la douleur ?
- Définition de situation palliative avancée : celle du rapport AFSSAPS 2010 (phase avancée ou terminale d'une affection grave, incurable, avec douleurs rebelles) ?
- Définition de douleur rebelle intégrant la notion d'échec malgré une prise en charge optimale.

Des précisions et compléments sont nécessaires :

- Si on parle bien de soins palliatifs, dans quelle environnement peuvent-ils être pratiqués : unité de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs, lits identifiés « soins palliatifs », réseau de soins palliatifs, réseau douleur, HAD ? Autre configuration ? A ce titre, si on mentionne que tout PS peut être concerné, il faut préciser dans quel cadre il intervient, a fortiori s'il intervient à domicile.
- Les acteurs doivent être expérimentés, ça dit tout et ça ne dit rien : quelle niveau de compétence ? quelle formation en sus de la formation de base ? Dans le respect des décrets de compétence en vigueur ? à venir (ex : IDE et cathéter périmerveux) ?
- Concernant les techniques décrites : elles se limitent ici à l'administration intrathécale et périurale. Mais qu'en est-il des autres voies d'abord pour administrations continue à visée antalgique : plexus cœliaque, chaîne splanchnique, chaîne ganglionnaire sympathique, plexus sacral etc... ?

- Sur les techniques décrites : dire que les indications de la péridurale sont les contre-indications de la voie intrathécale n'est pas en soi une recommandation. Le niveau de preuve n'est pas précisé. La recommandation est-elle « limitation aux seules douleurs cancéreuses ? l'espérance de vie courte est-elle exclusivement moins de 3 mois de survie ? ou non recommandé en dehors de ? Qu'elle organisation des soins pour la prise de décision ?
- La HAS ne s'engage pas clairement sur la voie d'administration péridurale.
- Qu'il s'agisse de la voie intrathécale comme péridurale, il semble que seule l'HAD soit prise en compte / préconisée. Mais quelle place pour les réseaux dans la prise en charge à domicile ?

Des perspectives d'évolution de nomenclature pourraient être considérées :

- Concernant les actes médicaux permettant l'administration du traitement antalgique, aucune référence n'est faite aux actes de la CCAM or, si on prend l'exemple de la voie intracérébroventriculaire, il s'agit d'actes hors nomenclature. Il eut été intéressant de savoir si le référentiel actuel des actes de traitement de la douleur est obsolète, quels actes auraient besoin d'évoluer, d'être inscrits.

---

## **Autres acteurs institutionnels**

---

Les acteurs institutionnels suivants ont été sollicités à l'occasion de la phase de lecture mais ne se sont pas prononcés sur les documents intermédiaires de la recommandation de bonne pratique :

- Direction générale de la santé (DGS)
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Direction de la Sécurité sociale (DSS)
- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
- Institut national du cancer (INCa)
- Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV)