



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N° 202

Les soins palliatifs au CHU Mohammed VI de Marrakech: Bilan d'activité.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/10/2019

PAR

Mlle. **Oumayma BOULHIAN**

Née Le 29 Aout 1993 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Soins - Palliatif - Oncologie - Cancer.

JURY

Mme. **F. ASRI**

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENTE

Mme. **M. KHOUCHANI**

Professeur de Radiothérapie-Oncologie

RAPPORTEUR

Mme. **L. AMRO**

Professeur de Pneumologie

M. **K. ANIBA**

Professeur de Neurochirurgie

} JUGES



قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي^{٢٥}
وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي^{٢٦}
وَاحْلِلْ عُقْدَةَ مِنِّ لِسَانِي^{٢٧}
يَقْفَهُوا قَوْلِي^{٢٨}

سورة طه

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.



Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie

AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumatologie-orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUI Aicha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumatologie-orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAIDI Halim	Traumatologie-orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumatologie-orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie-clinique

EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie

ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFOUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie

EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut

Pour atteindre mon objectif..

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...✍

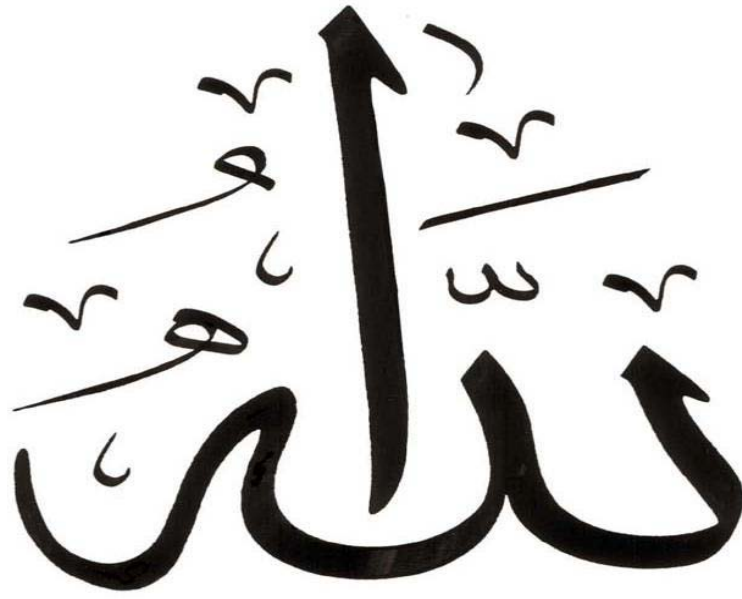
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,

Le respect, la reconnaissance...✍

Aussi, c'est tout simplement que...✍



Je dédie cette thèse...



Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A mes chers parents

Aucun mot ne saurait exprimer mon amour et ma considération pour vous, la gratitude que je ressens pour tous les sacrifices que vous avez réalisés pour mon éducation, mon instruction et mon bien être.

Votre bonté, votre ardeur au travail et vos qualités humaines sont pour moi un exemple. Mon seul souhait est de vous rendre fiers.

A mes amis, qui se reconnaîtront

A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibée de leur savoir.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.



REMERCIEMENTS



A notre maître et président de thèse professeur F. ASRI

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à la présidence de notre jury de cette thèse. Nous avons pu apprécier vos grandes qualités humaines et professionnelles, la richesse et la clarté de vos connaissances qui font de vous un maître estimé par tous.

Veillez recevoir chère Maître, l'expression de notre respect et de notre considération.

A notre maître et rapporteur de thèse professeur M. KHOUCHANI

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Nous sommes très touchés par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté lors de l'élaboration de ce travail. Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge de thèse professeur L. AMRO

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse professeur K. ANIBA

Par votre rigueur et votre passion dans l'exercice de votre métier, vous avez su nous communiquer le désir d'offrir le meilleur de nous-même. Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury.

À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

A docteur H. BENYAHIA

Médecin au service de soins palliatifs.

Nous vous remercions vivement pour l'aide précieuse que vous nous avez apportée dans la réalisation de ce travail. Veuillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

AMM	:	Autorisation de mise sur marché
AMS	:	L'alliance mondiale de santé
ATB	:	Antibiotiques
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNOPS	:	La Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSS	:	La <i>Caisse Nationale de Sécurité Sociale</i>
COH	:	Centre d'oncologie et d'hématologie
CTC	:	Corticoïdes
DMS	:	La durée moyenne de séjour
HDJ	:	Hôpital de jour
OMS	:	L'organisation mondiale de la santé
<i>PEC</i>	:	<i>Prise En Charge</i>
RAMED	:	Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis.
SP	:	Soins palliatif
PNPCC	:	Plan National de Prévention Contre le Cancer
<i>SSP</i>	:	<i>Soins de santé primaires</i>
<i>TOM</i>	:	<i>le taux d'occupation moyen des lits</i>
VB	:	Vésicule biliaire
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
WHPCA	:	World wide palliative care alliance



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Période d'étude	5
III. Lieu de l'étude	5
1. Présentation du service de soins palliatifs	5
1.1. Implantation, constitution et capacité litière	5
1.2. Le personnel du service	6
1.3. le fonctionnement du service	6
IV. Critères d'inclusion	9
V. Critères d'exclusion	9
VI. Etude statistique	10
RESULTATS	11
I. Étude statistique globale de l'activité du service et principaux indicateurs d'activité du service	12
1. Le taux d'occupation moyen des lits (TOM)	12
2. La durée moyenne de séjour (DMS)	12
3. Répartition des admissions à l'hospitalisation conventionnelle.	12
4. Répartition des admissions à l'hôpital du jour	13
5. Répartition des consultations externes	14
6. Répartition des consultations douleurs	15
7. Répartition des visites à domicile.	16
8. Répartition des nouveau cas	17
9. Répartition des nouveaux cas mis sous morphiniques	18
10. Répartition des nouveaux cas selon les principales localisations de la tumeur primitive	19
II. Étude statistique des données socio-démographiques	22

1. Répartition en fonction de l'âge.	22
2. Répartition en fonction du sexe.	23
3. Répartition en fonction du statut matrimonial	23
4. Répartition en fonction du niveau socio-économique (profession)	24
5. Répartition en fonction de la couverture sociale	24
6. Répartition en fonction de la région d'origine	25
III. Étude statistique des prestations du service	26
1. Présentation des soins en Hospitalier et en HDJ en 2016	26
2. Présentation des soins en Hospitalier de 2017 et 2018	27
3. Présentation des soins en HDJ pendant 2017 et 2018	28
4. Présentation des soins à Domicile	29
5. Coordination téléphonique	30
DISCUSSION	31
I. Définition des soins palliatifs	32
II. Bref historique des soins palliatifs	34
III. Présentation de La région Marrakech-Tensift- El Haouz	36
IV. Infrastructures sanitaires de la région Marrakech-Tensift-El Haouz	38
1. Les établissements sanitaires de la région	38
2. Aperçu général sur le CHU Mohammed VI	38
V. Étude statistique globale de l'activité du service	41
1. Les admissions	41
2. Les principaux Indicateurs d'activité du service	41
2.1. Répartition des admissions à l'hospitalisation conventionnelle.	41
2.2. Répartition des admissions à l'hôpital du jour	42
2.3. Répartition de consultations externes	43
2.4. Répartition des visites à domicile.	44
2.5. Répartition des nouveau cas	45
2.6. Répartition des nouveaux cas selon les principales localisations de la tumeur primitive	46

VI. Etude statistique des données socio-démographiques	46
VII. Analyse des principales prestations du service	47
RECOMMANDATIONS	61
CONCLUSION	64
ANNEXES	66
RESUMES	73
BIBLIOGRAPHIE	80



INTRODUCTION



Les soins palliatifs sont définis comme des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et autres symptômes difficiles, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle (1,2).

L'AMS estime que sur les 40 millions de personnes ayant besoin de SP chaque année 39% ont des maladies cardiovasculaires, 34% ont un cancer, 10% ont des maladies pulmonaires chroniques, 6% ont le VIH, 5% ont le diabète et 6% sont des enfants [3,4]

Dans un rapport récent, l'OMS a publié que les SP sont limités voir inexistant dans 75 pays du monde, que 86% des personnes qui ont besoin de SP n'en bénéficient pas, que 83% de la population mondiale n'a pas accès au soulagement de la douleur et que 98% des enfants ayant besoin d'accompagnements palliatifs vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [4,5].

Les données sur lesquelles s'appuient ces deux organismes montrent que les principales causes de cette situation sont le vieillissement croissant des populations, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et le taux d'incidence croissant du cancer [5]

En Afrique francophone chaque année, environ 912.000 personnes ont besoin de SP dont 214.000 sont des enfants. La demande de ce service de santé essentiel est susceptible d'augmenter de manière sensible au cours des prochaines années, car on estime que le pourcentage des personnes âgées de plus de 65 ans ; le segment de la population le plus affecté; devrait plus que doubler en Afrique francophone d'ici 2050 [4,6] .

Cependant, la disponibilité de services de SP est très limitée dans cette région. Dans 16 des 22 pays d'Afrique francophones, aucun pays ne dispense des prestations de SP [6].

Parmi les raisons qui expliquent le fossé existant entre les besoins en SP et leurs disponibilités figurent l'absence de promotion des SP dans les politiques de santé, l'absence de formations adéquates de cette discipline pour les personnels de santé et les difficultés d'approvisionnement en médicaments utilisés en SP [7,8] .

Sur la base des estimations de l'OMS et du WHPCA, environ 62.000 Marocains, dont 6.000 enfants ont besoin de SP chaque année [9, 10,11] .

Environ 60 à 70% des cancers rapportés sont diagnostiqués au stade localement avancé et/ou métastatique avec peu de chance d'être guéris. Le sida et le cancer avancé causent à eux seuls une douleur modérée à sévère chez au moins 18.000 Marocains chaque année [12]. Malheureusement, ces chiffres sont en progression constante.

Le Centre d'Oncologie et d'Hématologie fait partie des formations hospitalières du CHU Mohammed VI de Marrakech. C'est un établissement de santé publique de niveau tertiaire. Ce statut implique la nécessité d'être à la hauteur pour répondre à de nombreux besoins, en l'occurrence en matière de prestation de soins de niveau 3, de formation et de recherche scientifique. Cette structure hospitalière draine non seulement la région de Marrakech Tensift EL Haouz mais également l'ensemble de la région du sud du royaume.

Cette étude dresse le bilan d'activité du service de soins palliatifs du centre d'oncologie et d'hématologie du CHU Mohammed VI de Marrakech depuis la date de l'ouverture du service le 18/01/2016 au 31/12/2018. Elle a pour objectifs :

- De présenter un aperçu descriptif sur l'organisation du service.
- D'évaluer ses performances.
- D'étendre le bilan statistique de l'activité globale du service.
- Discuter les résultats en les comparant entre eux et avec les données de la littérature.
- Repérer d'éventuels problèmes de dysfonctionnement et en soulever les principaux.
- Et enfin de formuler des suggestions de solutions dans le but d'améliorer le rendement du service.



PATIENS ET MÉTHODES



I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective conduite sur les dossiers médicaux des malades et sur registres.

II. Période d'étude

L'étude a couvert la période allant du 18/01/2016 date d'ouverture du service au 31/12/2018.

III. Lieu de l'étude

Le service de soins palliatifs du centre d'oncologie et d'hématologie relevant du CHU Mohammed VI de Marrakech qui constitue une extension du COH.

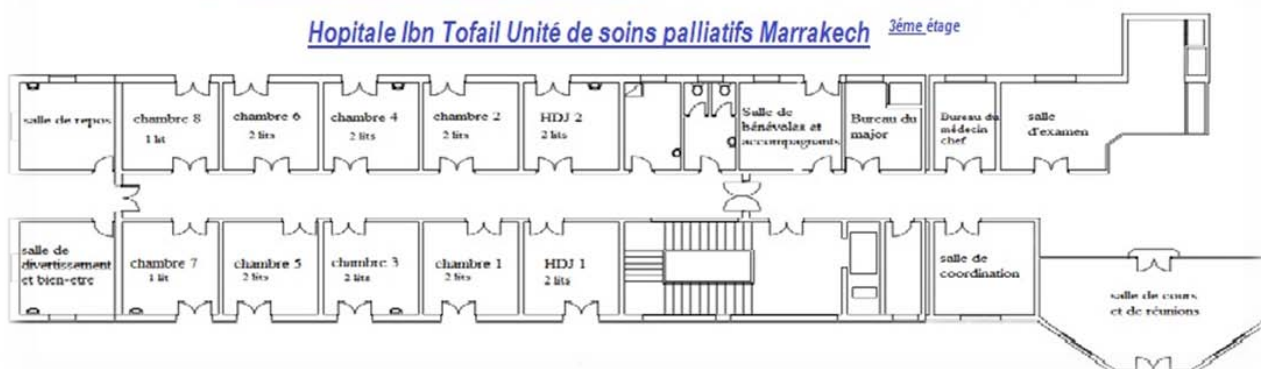
1. Présentation du service de soins palliatifs

1.1. Implantation, constitution et capacité litière

Le service de soins palliatifs du CHU Mohammed VI siège depuis son inauguration le 01/02/2016 au niveau de l'hôpital Ibn Tofail, occupant le 3^{ème} étage du bâtiment B . Le service dispose de :

- 09 Chambres doubles: 18 lits
- Hôpital du jour: 03 fauteuils, opérationnel depuis le 18/01/2016
- Salle de consultation médicale
- Salle de réunions et de cours
- Salle de consultation psychologique
- Salle de l'infirmière major
- Salle de repos
- Salle de pharmacie

-Sanitaires et fluides médicaux



Figures 1 : Plan du service de soins palliatifs à l'hôpital Ibn Tofail

1.2. Le personnel du service

Le total de l'effectif du personnel du service est de 10 personnes dont 2 appartiennent au personnel médical (20 %) et 8 au personnel paramédical (80%). Il faut noter également l'existence d'un certain nombre d'intervenants en commun avec les autres services dont une psychologue, un kinésithérapeute et un nutritionniste.

1.3. Le fonctionnement du service :

Tout patient atteint d'un cancer histologiquement confirmé et suivi au niveau du centre d'oncologie CHU Med VI Marrakech, déclaré en phase terminale ou pré-terminale par son médecin traitant au niveau du COH est adressé par la fiche de liaison au service de soins palliatifs.

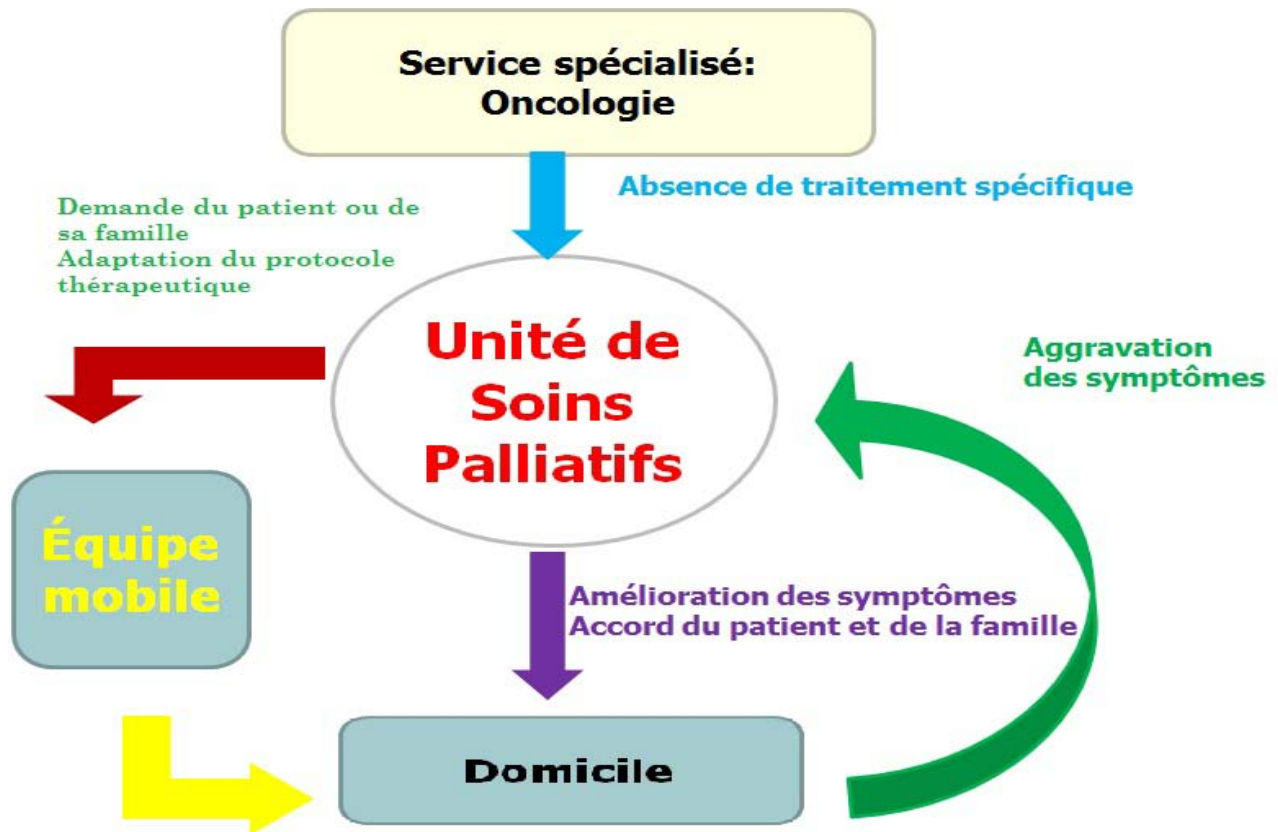


Figure2 : Schéma résumant le fonctionnement du service

a. Les activités des médecins :

Les activités des médecins du service de soin palliatifs sont nombreuses en plus des consultations, des visites aux lits des malades, et de l'enseignement, ils assurent la prescription des traitements et des bilans, veillent sur la mise à jour des dossiers, la prise en charge du patient et de son entourage après la réception de la fiche de liaison, élaborent un plan thérapeutique, fournissent une assistance en cas de crise, une assistance durant les derniers jours et au deuil. Ils assurent aussi les visites à domicile dans le cadre des activités de l'équipe mobile.

b. Les activités du personnel paramédical :

b.1. Les activités de l'infirmière major

Les activités attribuées à l'infirmière major sont d'ordre technique et administratif. Sur le plan technique, elle supervise et contrôle les soins infirmiers et l'exécution des prescriptions médicales. Sur le plan administratif, elle accueille les malades à hospitaliser, veille à l'approvisionnement du service, à la conservation du matériel et des fournitures, au fonctionnement des installations techniques, à l'hygiène du service et à l'ordre et la discipline générale du service. Aussi, elle assure la tenue à jour des registres administratifs spécifiques, fournit le rapport des mouvements des malades et établissent les listes de garde, les tableaux de congé du personnel paramédical et les soumettent à l'approbation du médecin-chef du service.

b.2. Les activités des infirmiers

Les activités des infirmiers consistent en l'admission des malades, la pratique des examens complémentaires demandés par les médecins, les soins infirmiers, l'exécution des prescriptions médicales, la surveillance des patients, le transfert des malades et l'entretien de la literie.

b.3. Les activités des auxiliaires

– Le secrétariat :

La secrétaire assure l'accueil physique et téléphonique, le filtrage des appels, la gestion du courrier, la transcription des rapports médicaux, la prise en charge de la logistique des réunions et le recueil des statistiques du service ainsi que la coordination avec le COH.

– Le brancardage :

Les brancardiers s'occupent du transport des malades entre les différentes unités du service mais aussi lors de leur transfert vers une autre formation.

– Les agents de sécurité :

Les agents de sécurité veillent à la protection des personnes au niveau du service, à l'organisation des visites lors des horaires attribués, la surveillance et la protection des biens du service.

c. **Unité mobile des soins palliatifs.**

Grace a un véhicule de la fondation Lalla Salma de prévention et de lutte contre le cancer, une équipe composée d'un médecin, une infirmière et une psychologue se déplace au domicile du malade pour prodiguer l'assistance médicale et psychologique nécessaire.

d. **Formation au sein du service :**

Afin de pouvoir répondre efficacement aux besoins des patients, tous les professionnels de santé œuvrant dans le domaine des SP ont profité de formations théoriques dans le domaine médical, psychosocial et communication et ceci à la charge de la Fondation Lalla Salma de la prévention et de lutte contre le cancer qui a fait de la formation continue une priorité. Un staff est réalisé une fois par semaine regroupant les médecins du COH et l'équipe du service de SP.

IV. Critères d'inclusion

Tous les patients suivis en consultation du service soins palliatifs ou hospitalisés dans le service durant la période d'étude ou vu par l'unité mobile.

Les critères d'admission d'un patient au service des soins palliatifs sont :

- Atteint d'un cancer histologiquement confirmé.
- Suivi au niveau du centre d'oncologie CHU Med VI Marrakech.
- Déclaré en phase terminale ou pré-terminale par son médecin traitant au niveau du COH.
- Adressé par la fiche de liaison

V. Critères d'exclusion

Les patients suivis en consultation du service de soins palliatifs ou hospitalisés dans le service en dehors de notre période d'étude.

VI. Etude statistique

Les paramètres sur lesquels notre étude a porté sont :

- Le nombre d'admissions au service en hospitalier et HDJ, le nombre de consultation et de visites à domiciles.
- Les données socio-démographiques : l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la profession, le niveau socio-économique, le type de couverture médicale si elle existe et l'origine géographique.
- La localisation de la tumeur primitive
- Les prestations de soins en hospitaliers et à domicile.

Concernant l'étude quantitative, les données ont été recueillies de manière rétrospective sur les fiches d'exploitation sous forme d'un tableau Excel, regroupant les données contenues sur registre. Les résultats sont là aussi exprimés en nombre et en pourcentage.



RÉSULTATS



I. Étude statistique globale de l'activité du service et principaux indicateurs d'activité du service :

1. Le taux d'occupation moyen des lits (TOM) :

Le taux d'occupation moyen des lits est de 62,6 % en 2017. En 2018, il est de 65,8 %. On ne dispose pas des données de 2016.

2. La durée moyenne de séjour (DMS) :

La durée moyenne de séjour est de 4,7 jours en 2017. En 2018 elle est de 5,4 jours. Nous ne disposons pas des données de 2016.

3. Répartition des admissions à l'hospitalisation conventionnelle.

Durant l'étude le service a réalisé 365 hospitalisations. Le nombre d'hospitalisations a varié entre 50 patients admis en l'an 2016 à 148 admissions en l'an 2017. Le nombre d'hospitalisations en 2018 était de 167 hospitalisations.

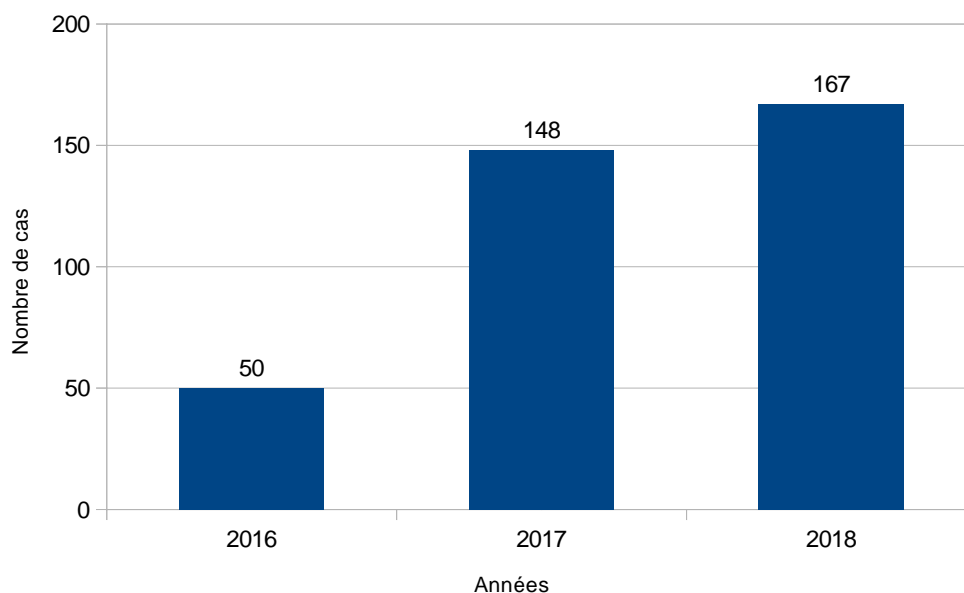


Figure 3 : Répartition des hospitalisations en fonction des années

4. Répartition des admissions à l'hôpital du jour

Le nombre des admissions à l'hôpital du jour a connu une augmentation notable passant de 73 admissions en 2016 à 153 en 2017. Le nombre d'admission à l'hôpital du jour en 2018 était de 155 patients.

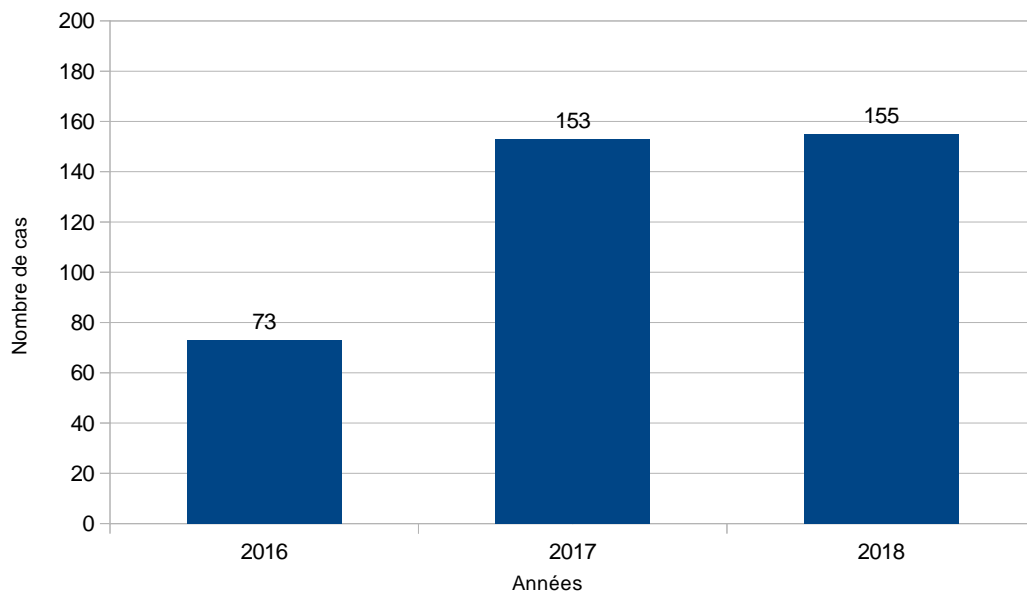


Figure 4 : Répartition des admissions à l'hôpital de jour en fonction des années.

5. Répartition des consultations externes :

Le nombre général de consultations externes réalisées par le service a connu une augmentation considérable passant de 162 consultations en 2016 à 2336 en 2017. En 2018 ce nombre a diminué, il est passé à 1083 consultations.

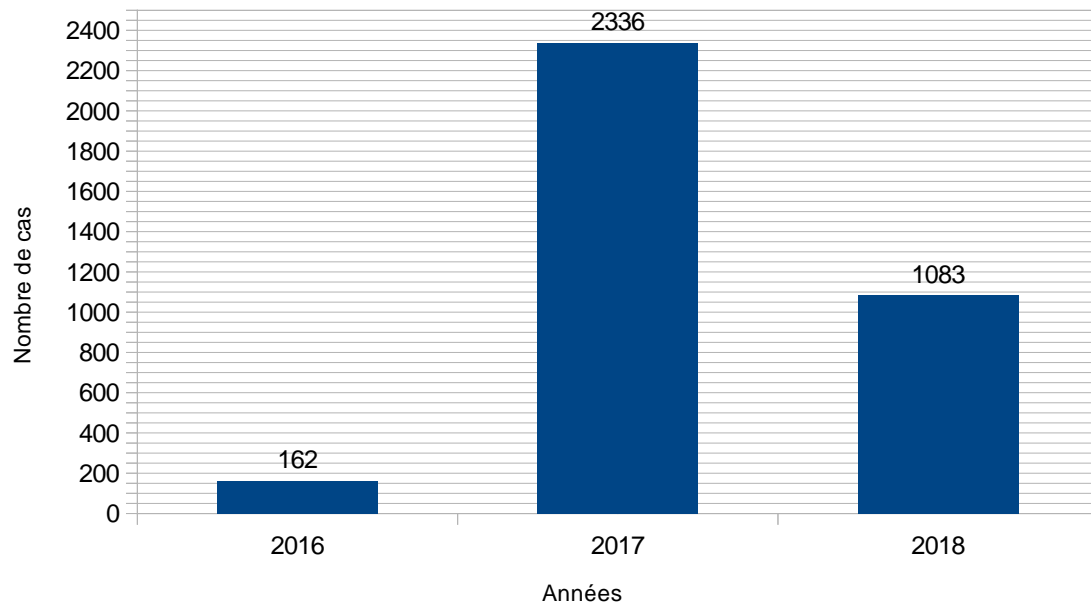


Figure 5: Répartition des consultations externes en fonction des années.

6. Répartition des consultations douleurs

La douleur étant l'un des motifs les plus fréquents en soins palliatifs, les consultations douleurs initiées en 2017 représentent plus de 66,78 % des consultations externes soit 1560 consultations. En 2018 les consultations douleurs sont passées à 787 consultations soit 72,6 % des consultations externes.

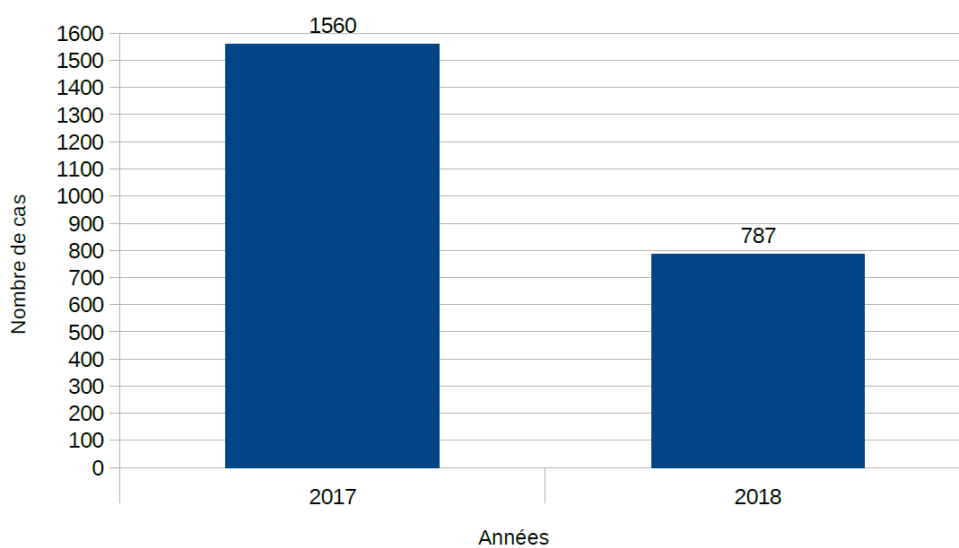


Figure 6 : Répartition des consultations douleurs en fonction des années.

7. Répartition des visites à domicile.

Le nombre de visites à domicile réalisées par l'unité mobile suit un sens croissant, il est passé de 151 visites en 2016 à 179 en 2017, puis en 2018 à 207 visites à domicile.

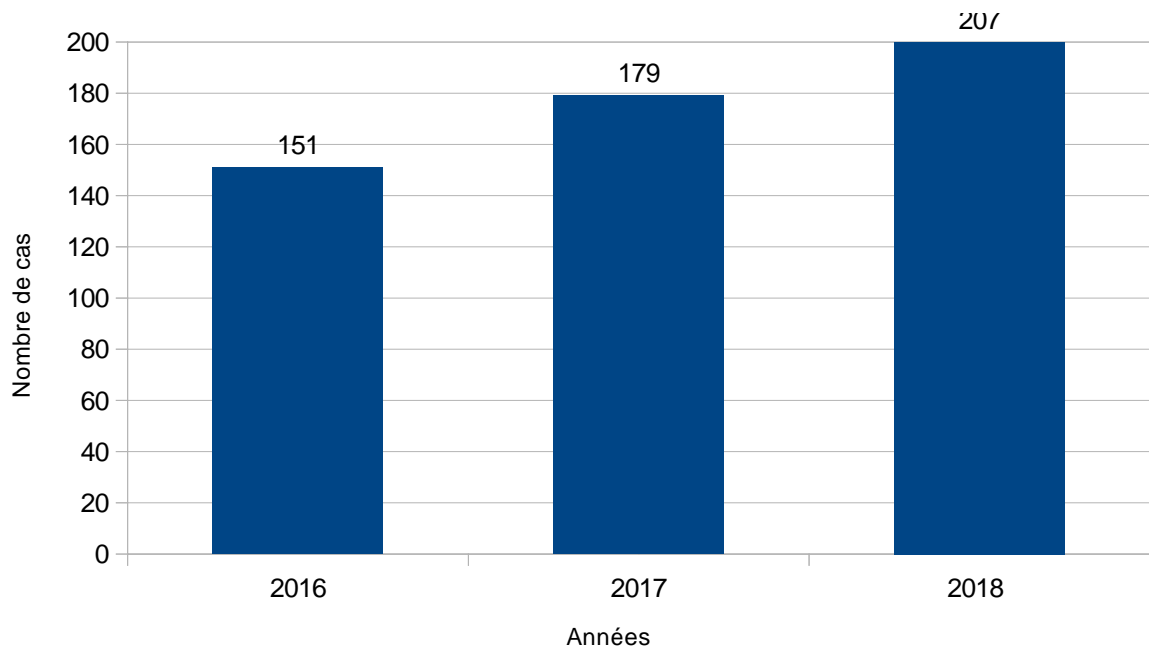


Figure 7 : Répartition des visites à domicile en fonction des années

8. Répartition des nouveaux cas

L'année 2017 a connu une augmentation importante en nombre de nouveaux cas allant jusqu'à 245 nouveaux patients contre 124 en 2016. En 2018, le service de soins palliatifs a reçu 165 nouveaux cas.

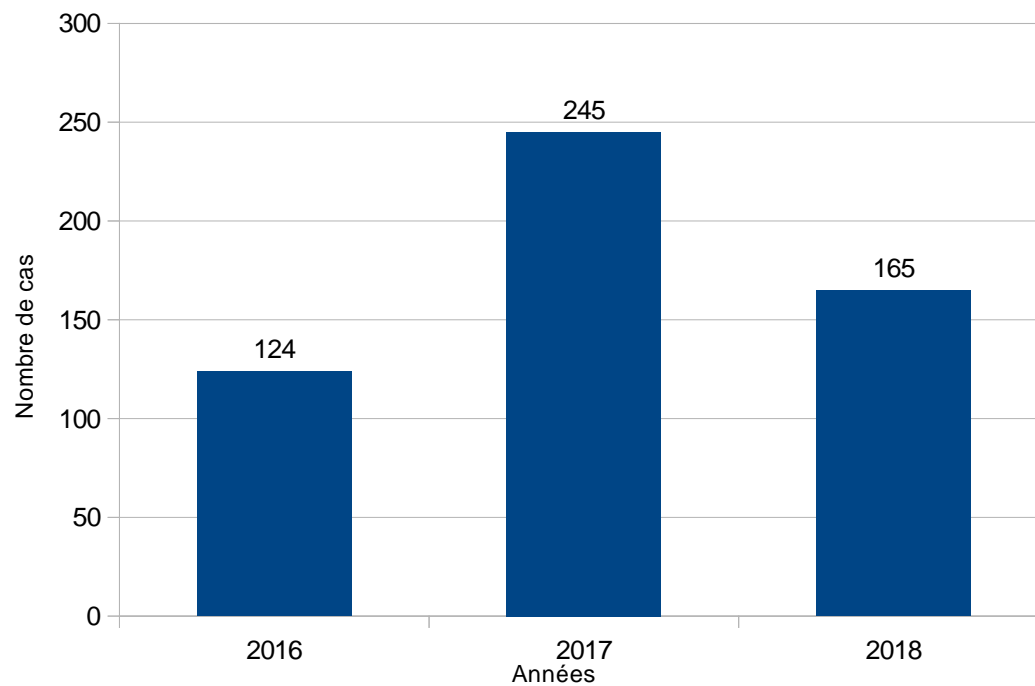


Figure 8 : Répartition des nouveaux cas en fonction des années

9. Répartition des nouveaux cas mis sous morphiniques :

La douleur étant le principal symptôme traité dans les services de soins palliatifs, plus de 55,6 % des nouveaux cas ont été mis sous morphiniques en 2016, soit 69 patients pour un nombre total de 124 nouveaux cas . En 2017 plus de 55,10 % des nouveaux cas suivis au service ont été mis sous morphiniques soit 135 cas pour un nombre total de 245 nouveaux cas. En 2018 plus de 72,8 % des nouveaux cas sont mis sous morphiniques soit 120 cas pour un nombre total de 165 nouveaux cas.

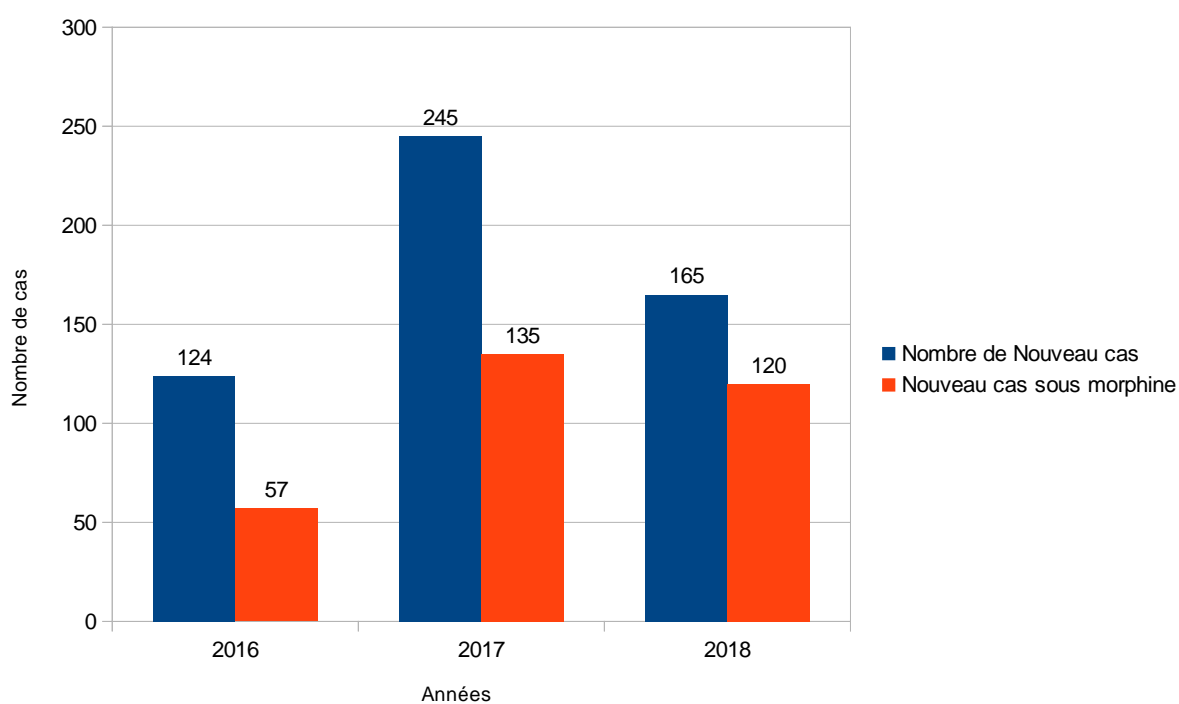


Figure 9 : Répartition des nouveaux cas sous morphine en fonction des années

10. Répartition des nouveaux cas selon les principales localisations de la tumeur primitive :

Dans notre étude pour un nombre total de 534 patients, plusieurs localisations et types de tumeurs ont été constatés. Les localisations les plus fréquentes sont par ordre décroissant, la localisation pulmonaire avec un pourcentage de 16,85 % soit 90 cas, suivie par le cancer de l'estomac dans 15 % des cas soit 80 cas, le cancer du pancréas dans 10,86 % des cas soit chez 58 patients, le col chez 9 % des patients soit 48 cas, le rectum dans 8,61 % des cas soit 46 cas, le sein chez 7,5 % des patients (40 cas) et enfin le colon chez 31 patients soit 5,8 % des cas. Ensuite viennent des localisations telles que la vésicule biliaire qui est retrouvée chez 20 cas, le foie chez 20 cas, la localisation cérébrale chez 13 cas, le cavum et l'œsophage chez 12 cas.

D'autres localisations ont été retrouvées telles que : un cas de neurofibromatose, un cas leiomyosarcome, un thymome... .

Tableau 1: Répartition des nombres de cas en fonction de la localisation de la tumeur primitive.

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage
Poumon	90	16,87 %
Estomac	80	15 %
Pancréas	58	10,86 %
Col	48	9 %
Rectum	46	8,61 %
Sein	40	7,5 %
Colon	31	5,8 %
VB	20	3,74 %
Foie	20	3,74 %
Cerveau	13	2,43 %
Cavum	12	2,24 %
Œsophage	12	2,24 %
Vessie	10	1,9 %
Utérus	10	1,9 %
Ovaire	10	1,9 %
Prostate	6	1,12 %
Thyroïde	6	1,12 %
Larynx	5	0,94 %
os	4	0,75 %
Vulve	3	0,56 %
Peau	3	0,56 %
Rein	2	0,37 %
Lymphome	2	0,37 %
Autres	3	0,56 %

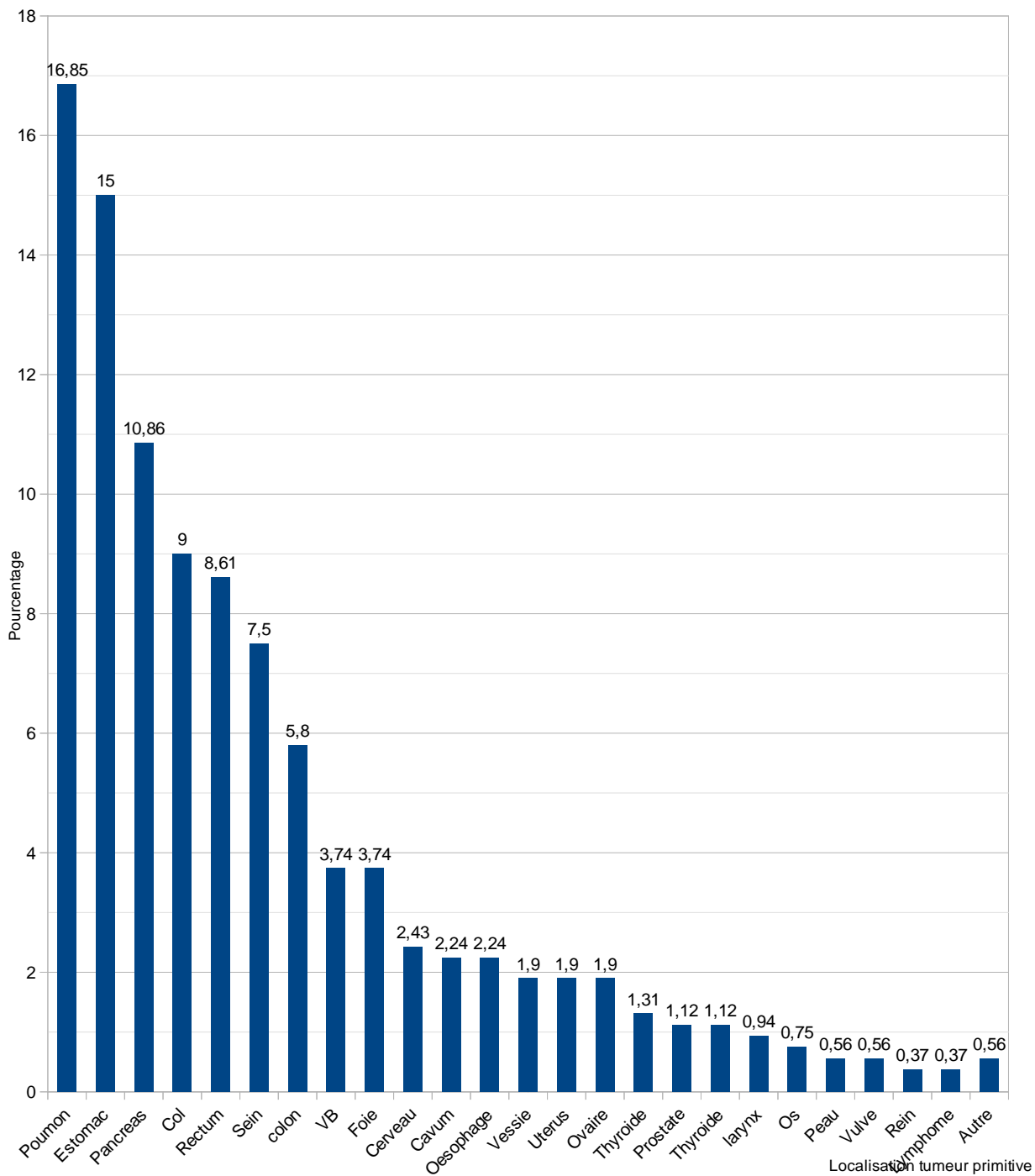


Figure 10: Répartition en fonction de la localisation de la tumeur primitive en pourcentage.

II. Étude statistique des données socio-démographiques :

1. L'âge :

La répartition des patients selon les tranches d'âge est bimodale avec deux pics dont l'un est observé dans la classe de 50 à 59 ans (128 cas) et l'autre dans la classe d'âge de 60 à 69 ans (124 cas). La classe d'âge de moins de 19 ans est la plus faiblement représentée avec un effectif de 5 patients. La moyenne d'âge dans notre étude est de 56,8 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 88 ans.

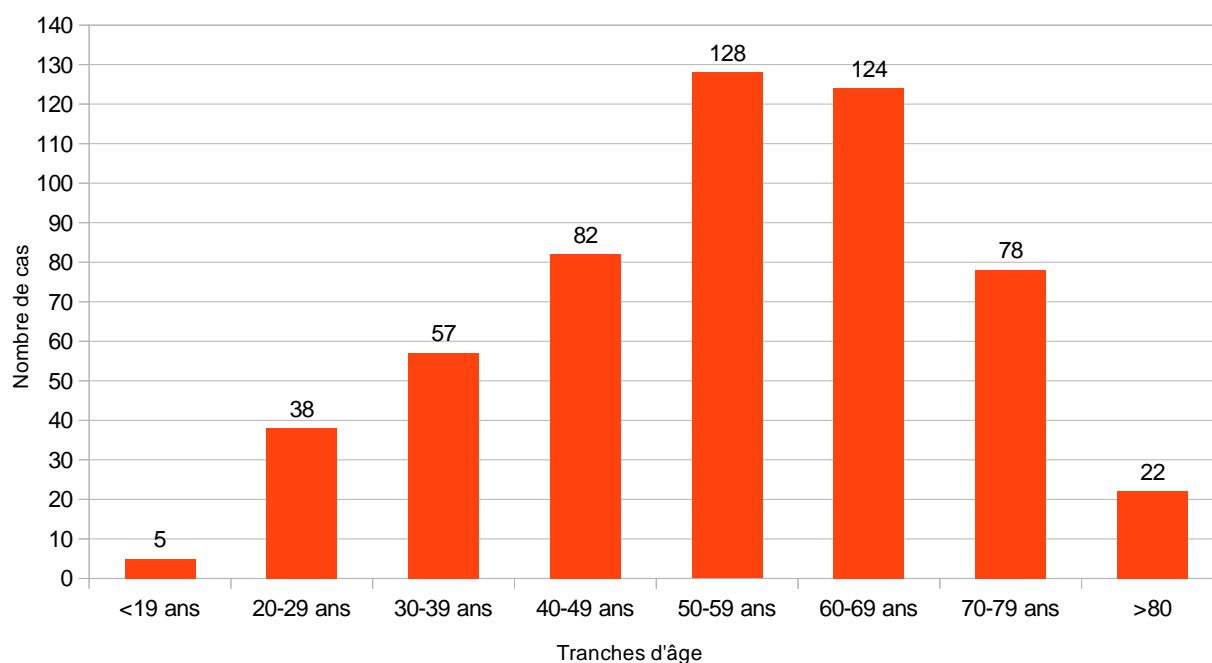


Figure 11 : Répartition des cas selon l'âge.

2. Le sexe :

La répartition selon le sexe montre une légère prédominance masculine. Le sex-ratio M/F est de 1,06 (276/258).

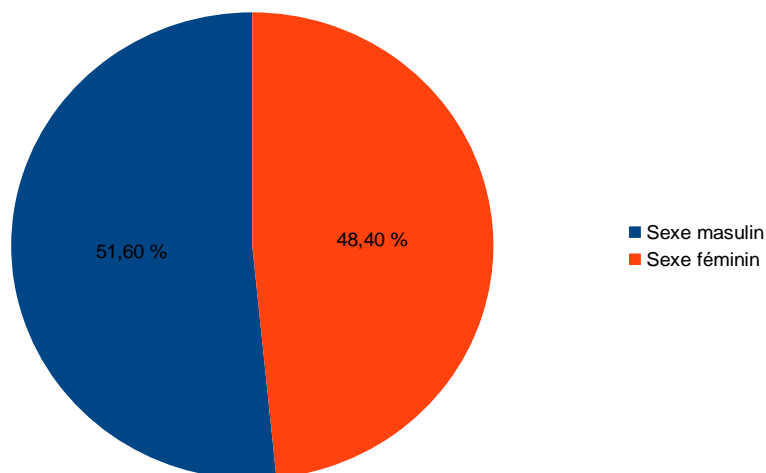


Figure 12 : Répartition en fonction du sexe.

3. Statut matrimonial :

La répartition des patients en fonction du statut matrimonial met en évidence la prédominance des patients mariés qui représentent 74,5 % des nouveaux cas, soit 398 cas. On note une répartition presque égale entre les patients veufs-(ves) et célibataires qui représentent respectivement 12 % (64 cas) et 13,5% (72 cas) des nouveaux cas.

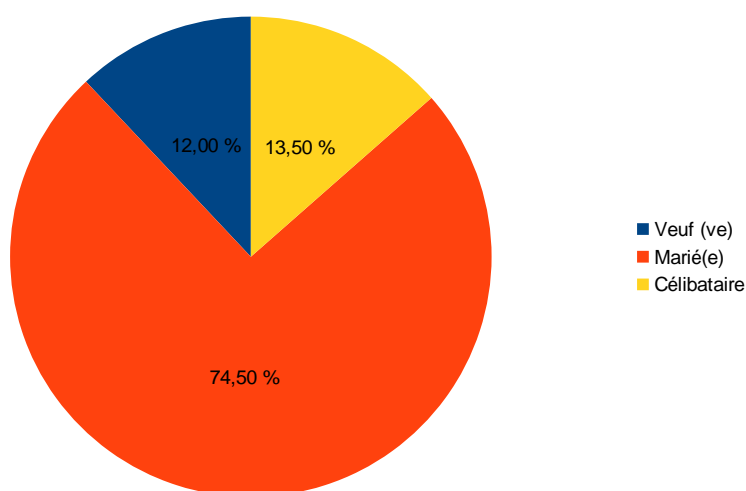


Figure 13 : Répartition en fonction du statut matrimonial

4. Statut socio-économique :

On note une prédominance des patients sans emploi qui représente 88 % des cas (470 cas) contre 10,88 % retraités (58 cas) et seulement 1,12 % en activités (6 cas).

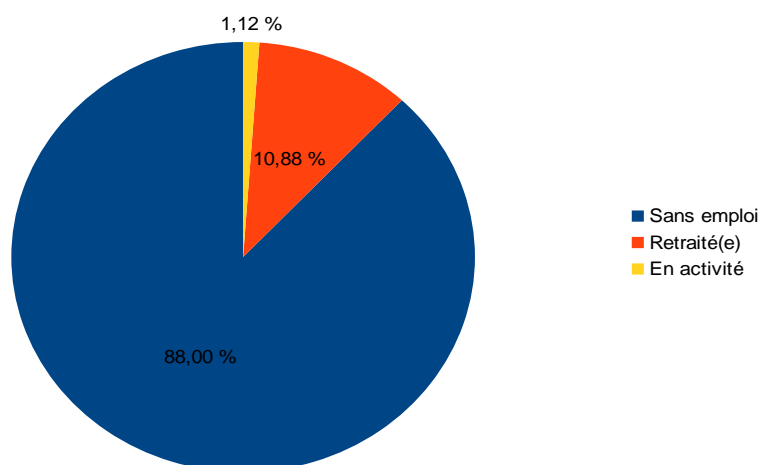


Figure 14 : Répartition en fonction du statut socio-économique

5. Couverture sociale

Le nombre de cas ayant comme couverture sociale le RAMED prédomine avec un pourcentage de 85,76 % (458 cas), vient en deuxième position CNOPS avec un pourcentage de 5,24 % (soit 28 cas), et enfin la CNSS avec un taux de 3,56 % (19 cas). Les patients n'ayant aucune couverture sociale représentent 5,44% des cas de notre étude (soit 29 cas).

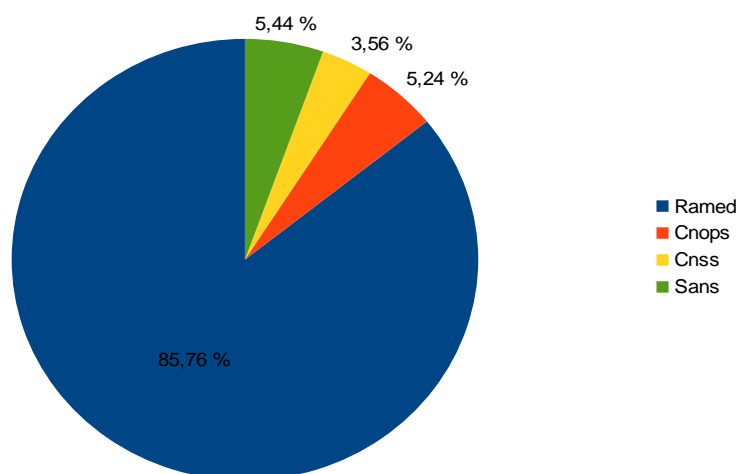


Figure 15 : Répartition en fonction de la couverture sociale

6. Répartition en fonction de la région d'origine

Plus de la moitié des patients de notre étude (56,16%) résident dans la région de Marrakech Tensift El Haouz. La ville de Marrakech vient en première position avec 41,09% des cas, suivie par El kelaa et Essaouira avec un taux de 5,48% pour chacune des deux villes et la province de Chichaoua par 4,11 %.

Le reste se répartit entre les villes et régions voisines avec par ordre d'importance : Safi avec 10,96 % Ouarzazate et ses régions par 4,2%, Agadir par 1,5%, Laayoune et ses régions par 1,4%, Azilal 0,7% et Beni Mellal par 0,5%.

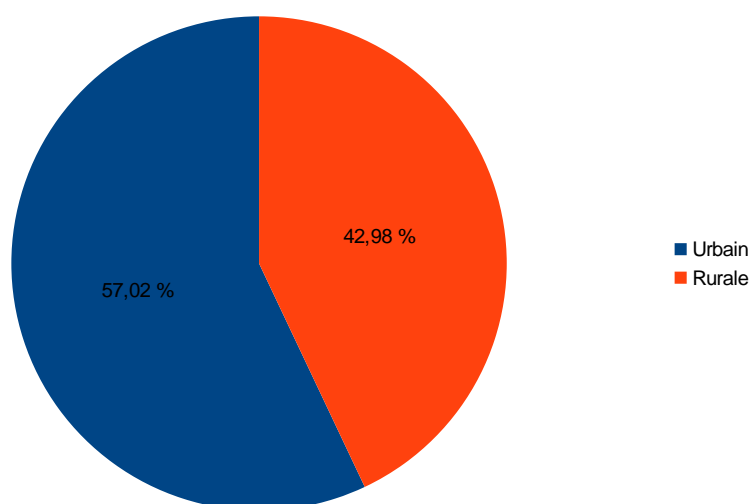


Figure 16 : Répartition en fonction du milieu d'origine.

III. Étude statistique des prestations du service :

1. Présentation des soins en Hospitalier et en HDJ en 2016

En 2016, les soins et les gestes administrés par le service de soins palliatifs en hospitalier pour 50 hospitalisations et 74 patients vu en HDJ ont consisté majoritairement en l'administration de traitements antalgiques à 71,40 %. L'administration d'autres médicaments comme des antibiotiques n'était nécessaire que dans 42,80 %, des anti-acides n'était nécessaire que dans 35,70 % des cas, ou encore la prescription d'anti-émétiques que l'on retrouve que dans 28,50 % des cas. D'autres gestes plus invasifs comme la ponction d'ascite ont été nécessaires dans 7,14 % des cas.

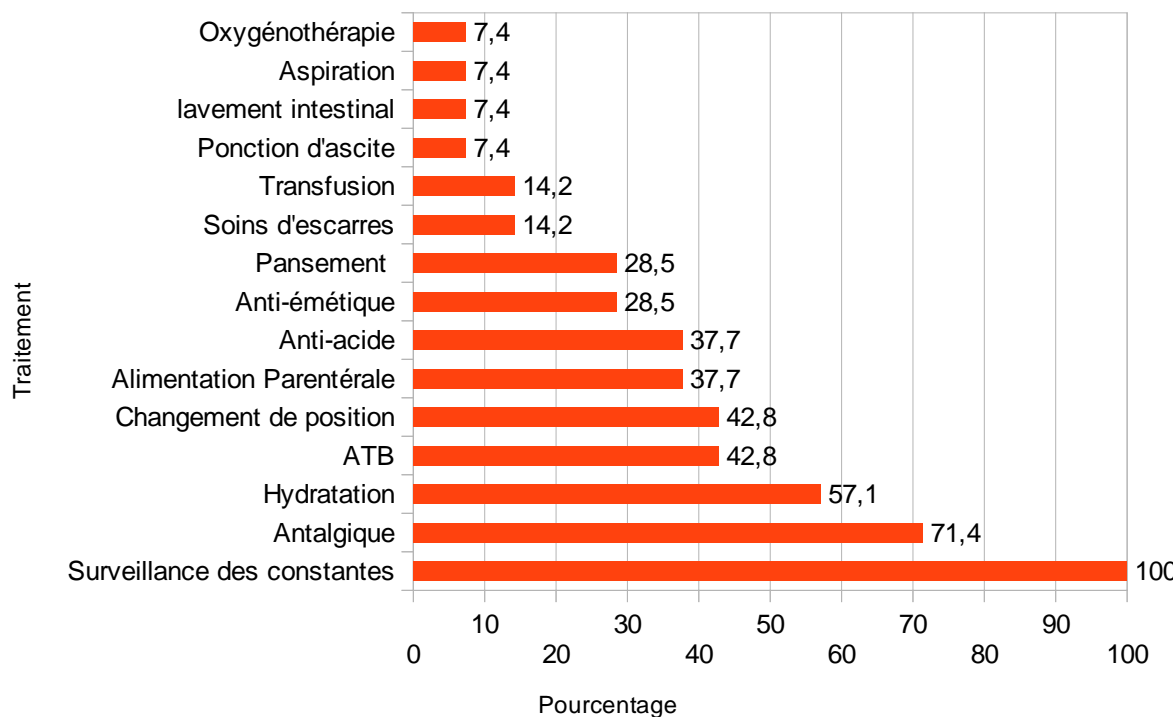


Figure 17 : Gestes et prescriptions durant l'année 2016

2. Présentation des soins en hospitalier de 2017 et 2018 :

En 2017 et en 2018, plusieurs gestes ont été réalisés au service de soins palliatifs pour 221 hospitalisations. Des soins d'escarres étaient nécessaires dans 85,6 % des cas, des transfusions dans 32,6 % des cas, sondes urinaires dans 10,9 % des cas ou encore des lavements intestinaux dans 8,4 % des cas et ponctions pleurales chez 4,3 % des patients hospitalisés. On note une prédominance de l'utilisation d'antibiotiques (69,6%) suivie de près par l'utilisation d'antalgiques chez 56,5 % des patients hospitalisés, d'autres médicaments tel que des anti-émétiques (47,8%), corticothérapies (30,4%), Diurétiques et anti-acides (10,9%).

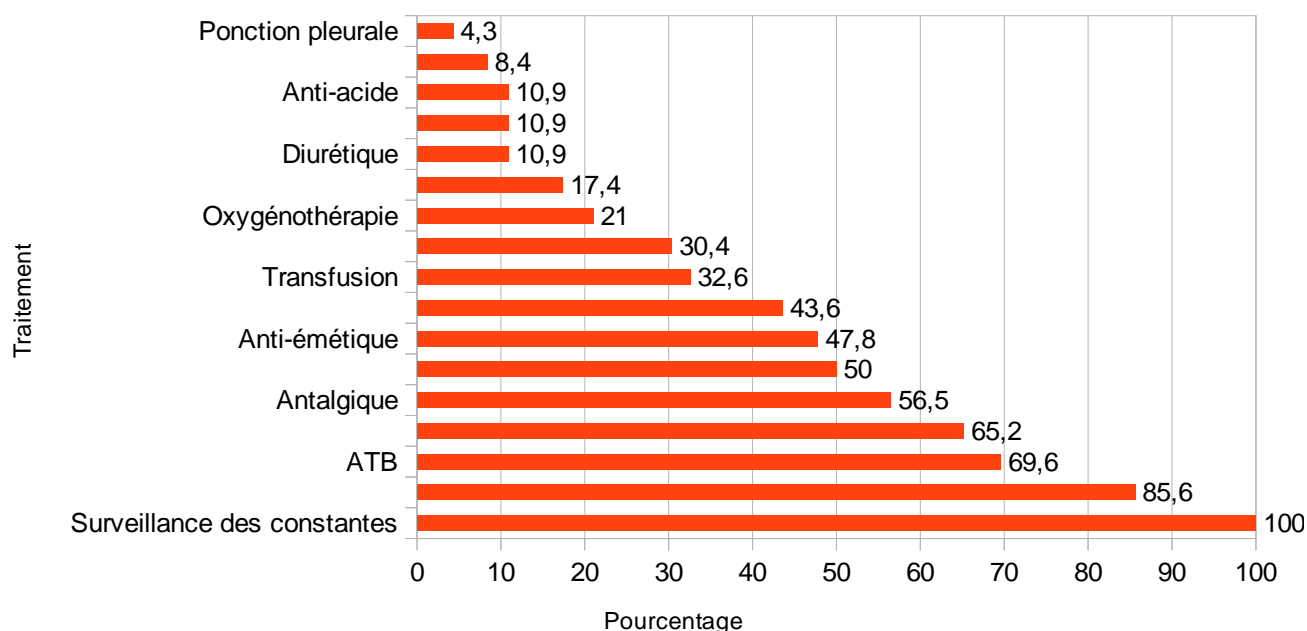


Figure 18 : Gestes et prescriptions en hospitalier en 2017 et début 2018

3. Présentation des soins en HDJ pendant 2017 et 2018 :

Pendant la même période, l'hôpital de jour à connu l'afflux de 180 patients. L'administration d'antalgiques à été nécessaire dans plus de 81,6 % des cas, suivie par la prescription d'autres médicaments tels que des anti-émétiques chez 53,5 % des patients, anti-acides chez 50,7 % des patients, anti-spasmodiques (21,1%) et diurétiques (19,7%), une antibiothérapie n'a été nécessaire que dans 4,2 % des cas. Des soins d'escarres ont été prodigués chez 16,9 % des patients vus en HDJ et des changements de pansements dans 9,8 %. Des Gestes tels qu'un sondage vésicale ont été réalisés chez 7 % des patients et des lavements intestinaux dans 2,8 % des cas.

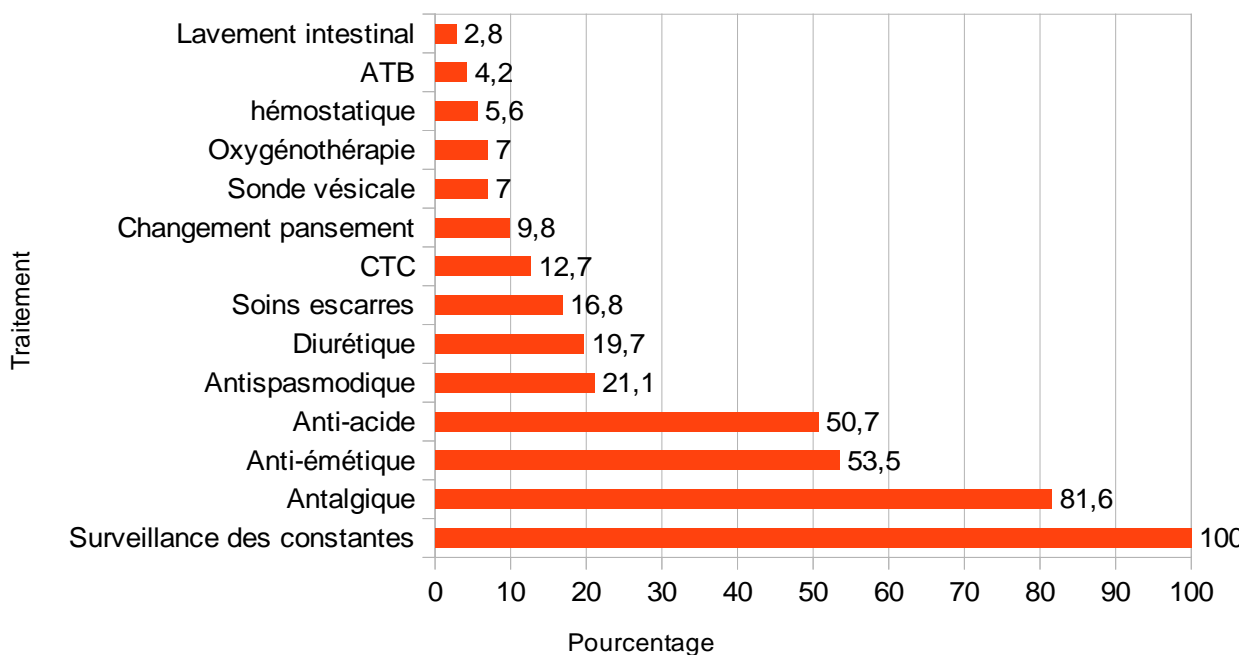


Figure 19 : Gestes et prescriptions en HDJ en 2017 et 2018.

4. Présentation des soins à Domicile.

En 2017 et 2018, l'unité mobile a réalisé 262 visites à domicile. La prescription d'antalgiques (52,6%), anti-acides (34%), antiémétiques (30,9 %) et anti-spasmodiques (26,8%) furent les principales actions de cette unité. Des gestes tels qu'une sonde vésicale a été nécessaire dans 14,4 % des cas, les ponctions d'ascites dans 9,3 % des cas, des soins tels que les soins d'escarres ont été prodigués dans 20,2 % des cas, et les changements de pansements dans 7,2 % des cas.

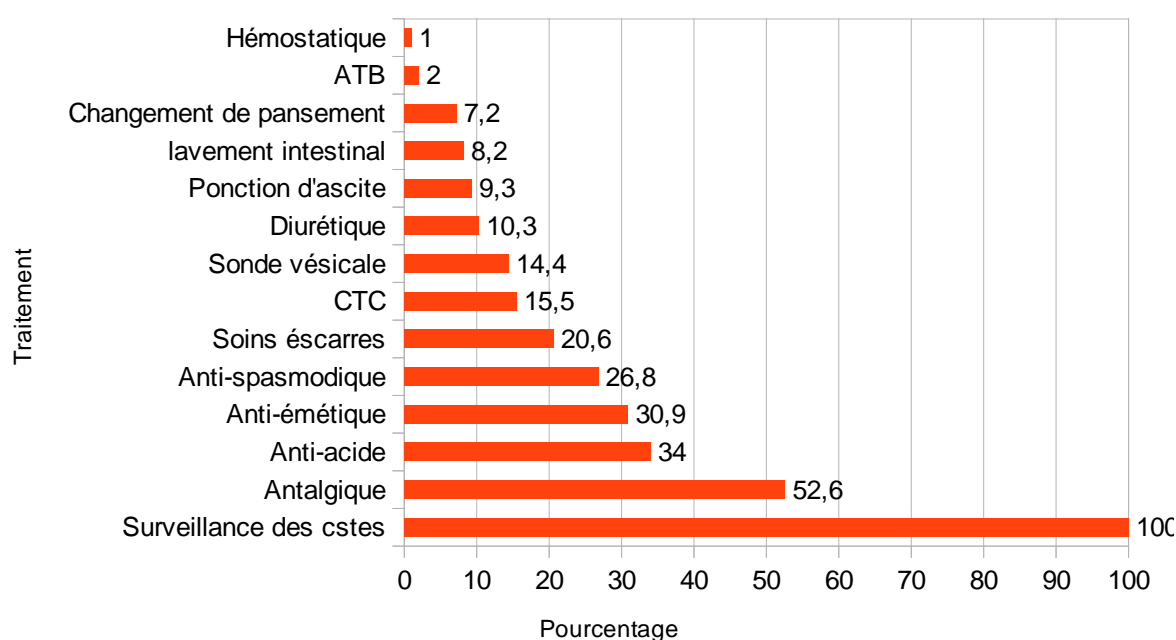


Figure 20 : Gestes et prescription administré à domicile.

5. Coordination téléphonique

En 2017, le réseau a enregistré 526 appels téléphoniques entrants et sortants concernant des patients (qu'il s'agisse d'appels de patients eux-mêmes ou de leur entourage). Durant cette période plus de 301 appels reçus ont été enregistrés soit 57,22 % du nombre total des appels, et 225 appels émis soit 42,78 %.

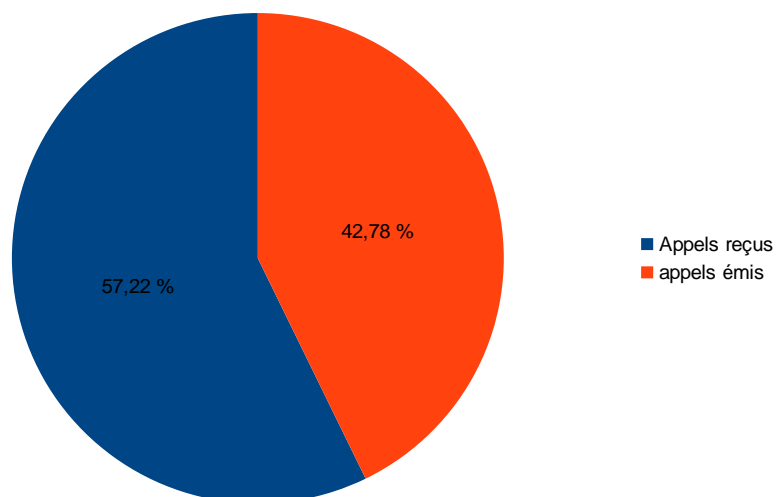


Figure 21 : Répartition des appels téléphoniques en 2017.

En 2018, plus de 291 appels téléphoniques ont été réalisés, 149 appels reçus et 142 appels émis.

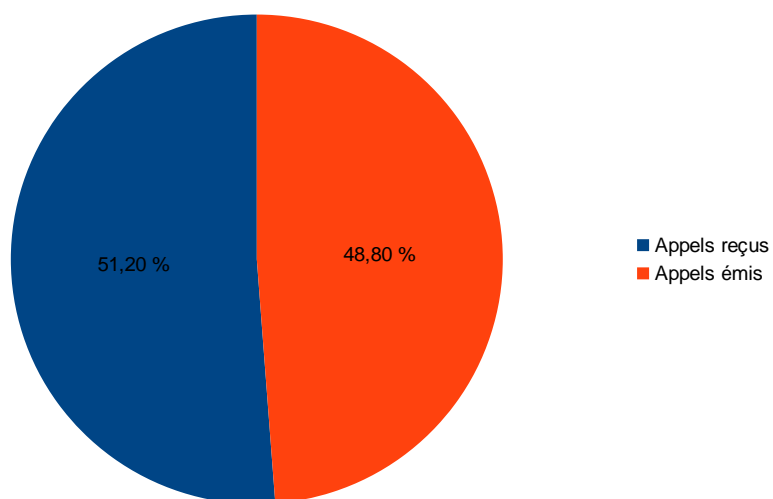


Figure 22: Répartition des appels téléphoniques en 2018.



DISCUSSION



I. Définition des soins palliatifs :

«La médecine palliative repose sur la définition suivante: le suivi et la prise en charge de patients atteints d'une maladie active, progressive, dont le stade est très avancé et le pronostic très limité, et dont le traitement vise au maintien de la qualité de vie.»

— [Cicely Saunders](#) (1918–2005)

Depuis leur création, la définition et l'organisation des soins palliatifs a beaucoup évolué. Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe multidisciplinaire. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves, évolutives, mettant en jeu le pronostic vital et dont l'évolution au stade avancé et terminale, dépasse les ressources thérapeutiques actuelles. [13].

Ainsi, les soins palliatifs ne se réduisent ni aux soins terminaux, ni au seul traitement de la douleur, même s'il représente une étape préalable et indispensable à la prise en charge de ces patients. Les soins palliatifs peuvent se résumer à la définition de Docteur Vanier : « c'est tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ».

La phase palliative est une phase où le pronostic vital est engagé de façon irrémédiable et l'incurabilité certaine.

Pourtant, au cours de cette phase palliative, différents stades peuvent être individualisés [14] :

- La phase palliative spécifique, quand il n'existe plus de possibilité de guérison, mais qu'un traitement spécifique peut ralentir ou stabiliser la maladie.
- La phase palliative symptomatique quand il n'y a plus de possibilité de traitement spécifique et quand seuls les soins et traitements de confort et de soulagement sont possibles

- La phase palliative terminale quand la durée de vie est estimée à quelques semaines, cette phase comprenant l'agonie.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. Pluridisciplinarité et interdisciplinarité sont indispensables dans la prise en charge en soins palliatifs. On trouve des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des assistantes sociales, des psychologues, des auxiliaires de vie, des bénévoles, des ergothérapeutes, des orthophonistes, bénévoles d'accompagnement... Selon l'OMS les soins palliatifs:

- Soulagent les douleurs et les autres symptômes gênants,
- Encouragent le patient à rester actif aussi longtemps que possible,
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels,
- Estiment que la vie et la mort sont des processus normaux,
- N'accélèrent ni ne retardent la mort,
- Soutiennent les proches dans leur approche de la maladie du patient et leur travail de deuil
- Sont un travail d'équipe afin de répondre le mieux possible aux besoins des patients et des familles
- Peuvent intervenir à un stade précoce de l'évolution de la maladie, en complément aux mesures curatives telles que chimiothérapie ou radiothérapie par exemple
- Ils englobent également la recherche nécessaire dans le but de pouvoir mieux comprendre et traiter les symptômes ou les complications cliniques.

II. Bref historique des soins palliatifs

Le développement des soins palliatifs au Maroc s'inscrit dans la suite du « Mouvement des Hospices » de Grande Bretagne apparu au XIXème siècle.

Ce mouvement de dimension religieuse était composé d'établissements privés prenant en charge les malades cancéreux et mourants abandonnés par les hôpitaux. L'objectif était d'offrir à ces malades en fin de vie un accompagnement digne. [15]

C'est dans ce contexte que se développent les travaux de Cicely Saunders à Londres à la Clinique Saint Luc dans les années soixante. Avec son expérience de l'utilisation de la morphine, elle met au point des protocoles antalgiques et fait connaître le maniement des morphiniques par voie orale. Elle développe le concept d'« équipe interdisciplinaire » dans laquelle les professionnels de santé, les bénévoles et les agents des hospices collaborent auprès du patient et de ses proches ainsi que celui de « souffrance globale » prônant le soutien psychologique des malades, mais aussi des soignants confrontés quotidiennement à des situations difficiles. [15]

En 1969 est publié « On Death and Dying » de la psychiatre américaine Elisabeth Kübler-Ross dans lequel elle décrit les cinq étapes du deuil que sont le déni, la colère, le marchandage, la dépression puis l'acceptation. Son approche psychologique se démarque du caractère jusqu'alors caritatif de la prise en charge palliative en considérant que tout mourant doit être considéré comme une personne humaine en vie jusqu'à la mort.[15]

En France du côté des pouvoirs publics, la circulaire du 26 Août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (ou « circulaire Laroque ») officialise le mouvement des Soins Palliatifs et initie la création d'Unités de Soins Palliatifs dans les hôpitaux. La première unité de soins palliatifs française est créée en 1987 par le Dr Abiven à la Cité Universitaire à Paris [16].

Au Maroc, Jusqu'à une date récente, les patients en situation terminale étaient livrés à eux-mêmes. En 2010, le Ministère de la Santé en partenariat avec la Fondation Lalla Salma de

prévention et de lutte contre le cancer ont procédé à la mise en place du PNPCC (2010–2019) qui se décline en 78 mesures opérationnelles réparties sur quatre axes stratégiques (annexe1).

Le 4^{ème} axe de ce plan décennal est relatif aux SP et l'accompagnement psychosocial de la famille visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancers, de leurs familles ainsi que la communauté.

L'opérationnalisation des mesures relatives aux SP a donné naissance ; en mai 2012 ; aux deux expériences pilotes dans deux préfectures médicales : Casablanca et Rabat, pour être étendus à la délégation médicale de Témara en 2013 [17].

Actuellement les SP sont implantés au niveau de 5 régions à savoir Rabat/Salé/Kenitra, Casablanca/-Settat, Fès/Meknès, l'Oriental et la région de Marrakech- Safi.

Bien que le gouvernement marocain ait réalisé un certain nombre d'avancées importantes pour améliorer les SP de fin de vie, les malades souffrent encore à cause d'insuffisance de l'accès aux SP qui demeurent très centralisés [18] .

III. Présentation de La région Marrakech–Tensift– El Haouz :

La région Marrakech–Tensift–El Haouz est l'une des 16 régions administratives du royaume créées suite à la promulgation de la loi n°47/96 relative à l'organisation des régions et au Décret n° 2–97–246 du 13 rabiâ II 1418 (17 août 1997) complétant le Dahir n° 1–97–84 du 23 dou al kiâda 1417 (2 avril 1997) fixant le nombre des régions, leur ressort territorial ainsi que le nombre de conseillers à élire [19].

Elle est située au Centre–Ouest du royaume et est limitée au Nord–Ouest par la région de Doukkala–Abda, au Nord–Est par la région de Chaouia–Ouardigha, à l'Est par la région de Tadla–Azilal, au Sud par la région de Souss–Massa–Darâa et à l'Ouest par l'océan Atlantique (Fig.24) [20].

Elle s'étend sur une superficie de 31160 km², soit l'équivalent de 4.5% du territoire national, occupant ainsi la 3^{ème} place [21].

Cette région regroupe cinq provinces : la province d'El Haouz, la province de Chichaoua, la province d'El Kalâa des Sraghna, la province d'Essaouira, la province de Rhamna et trois préfectures formant le grand Marrakech. Elles sont subdivisées en 18 municipalités et 197 communes rurales soit 8,14% de municipalités du territoire national et 15.3% de communes rurales du royaume (Fig.25) [22].

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (R.G.P.H) de 2004, la population de la région est de 3102652 habitants soit 10,4% de la population totale du pays [23] passant à 3.315.100 en 2011 selon les estimations. 42,34% de cette population réside en milieu urbain soit 1.403.600 habitants contre 57,66% complémentaire en milieu rural soit 1.911.500 habitants [24].

La densité médicale est d'un médecin pour 2075 habitants. Elle est nettement inférieure à la moyenne nationale qui est d'un médecin pour 1633 habitants. La densité litière est d'un lit pour 1216 habitants [25].

Le découpage régional du Maroc

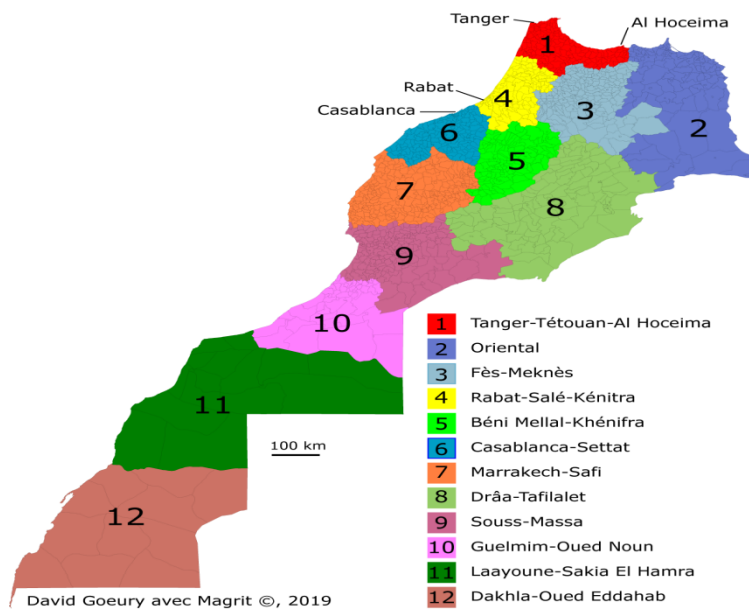


Figure 24: Les 16 régions administratives du Maroc.



Figure 25 :Région de Marrakech Tensift El Haouz.

IV. Infrastructures sanitaires de la région Marrakech–Tensift–El

Haouz :

1. Les établissements sanitaires de la région :

La région comporte 350 établissements sanitaires de base répartis sur l'ensemble du territoire régional. Les établissements hospitaliers de la région sont au nombre de treize et d'une capacité de 2480 lits. Le CHU Mohammed VI de Marrakech abrite à lui seul 62,4% de la capacité régionale soit 1548 lits [26].

2. Aperçu général sur le CHU Mohammed VI :

2.1. Le cadre juridique et réglementaire du CHU Mohammed VI :

Le Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est soumis à la tutelle du Ministère de la Santé. Il a été créé en vertu de la Loi 82.00 promulguée par le Dahir 1.01.206 du 10 Joumada II 1422 (30 août 2001) modifiant et complétant la loi 37.80 relative aux centres hospitaliers, promulguée par le Dahir 1.82.5 du 30 rabi'a I (15 janvier 1983) [26].

2.2. Missions du CHU Mohammed VI :

Les missions dévolues à cet établissement sont les suivantes:

- Prodiguer des soins de niveau tertiaire.
- Assurer l'enseignement clinique universitaire et post-universitaire médical et participer à la formation du personnel infirmier.
- Effectuer des travaux de recherche médicale et en soins infirmiers.
- Concourir à la réalisation des objectifs fixés en matière de politique de santé prônée par l'état [26].

2.3. Organes de gestion :

Le Centre Hospitalier est administré par deux instances de gestion qui sont le conseil d'administration et le conseil de gestion. Le Conseil d'administration est un organe délibérant, investi de tous les pouvoirs de décisions nécessaires à l'administration du centre. Le conseil de gestion est un organe investi de pouvoirs délégués par le conseil d'administration et chargé de suivre et de veiller à l'exécution des décisions du conseil d'administration.

Le directeur du CHU est à la tête de l'administration. Il est chargé de la gestion et de l'exécution des décisions du conseil d'administration et du conseil de gestion [26].

2.4. Bassin de desserte :

Le centre hospitalier Mohammed VI dessert une population de plus de 7 millions d'habitants des régions: Marrakech-Tensift-El Haouz, Souss-Massa-darâa, Guelmim- Smara, Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra, Oued Eddahab-Lagouira et en partie la région Doukala -Abda et Tadla-Azilal (Carte des régions).

Le CHU Mohammed VI constitue un centre hospitalier de proximité et de première instance pour la région Marrakech-Tensift-El Haouz, et un centre hospitalier de référence et de recours pour les autres régions de son bassin de desserte en matière des soins très spécialisés de niveau tertiaire [26].

2.5. La composition du CHU Mohammed VI :

Le CHU Mohammed VI comprend les formations suivantes : l'hôpital Ibn Tofail, l'hôpital Ibn Nafis, l'hôpital mère-enfant, l'hôpital Er-Razi, le centre d'oncologie et d'hématologie, et le centre de recherche clinique [26].

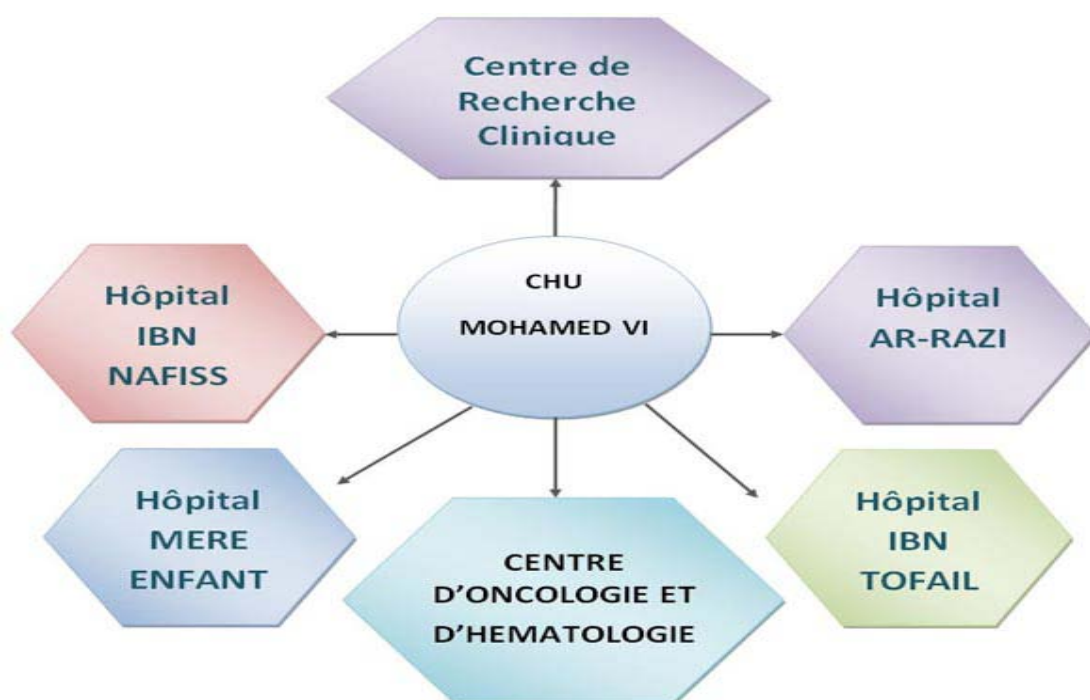


Figure 26: Composition du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI

V. Étude statistique globale de l'activité du service :

1. Les admissions

Durant les 28 mois de l'étude le service a connu un afflux important de patients, ce qui est expliqué d'une part, par l'absence de service de soins palliatifs de niveau secondaire dans la région, et d'autre part, parce que notre service constitue un service de référence de niveau tertiaire pour les services des autres régions du bassin de desserte.

2. Les principaux indicateurs d'activité du service

L'augmentation du TOM de 2016 à 2017 qui est passé de 62,6% à 65,8% ainsi que l'augmentation du DMS, qui est également passé de 4,7 jours à 5,4 jours est un reflet de l'utilisation de plus en plus importante de l'offre de soins fournis par le service.

2.1. Répartition des admissions à l'hospitalisation conventionnelle.

Le service a connu une augmentation continue en nombre d'hospitalisations de 2016 à 2018, notable en 2017 avec une augmentation de presque 3 fois le nombre d'hospitalisation de l'an précédent. Cette considérable augmentation peut être expliquée par l'inauguration récente du service en 2016, couplée avec le besoin croissant de la population en soins palliatifs.

Tableau II : Evolution des hospitalisations en fonction des années

Années	2016	2017	2018
Nombres de cas	50	148	167

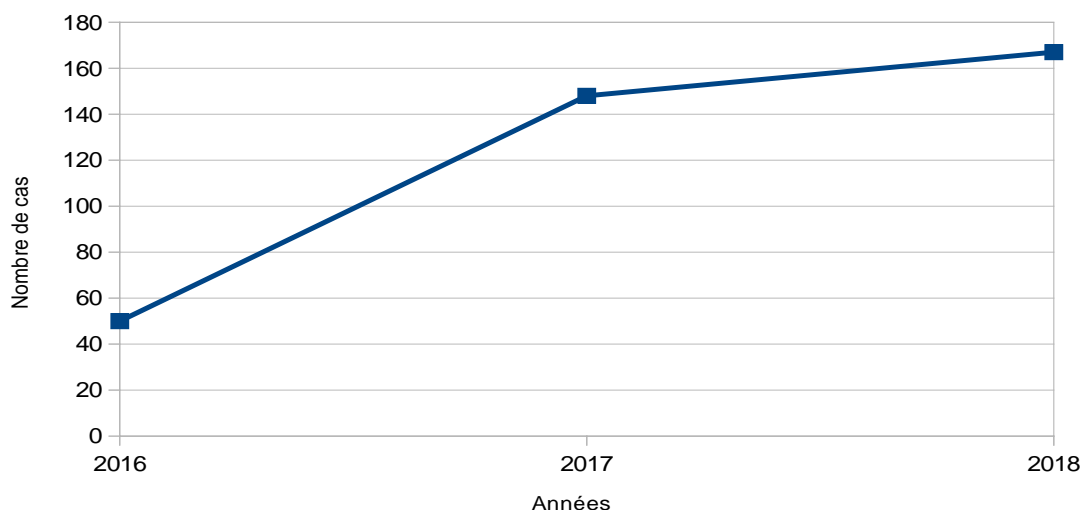


Figure 27 : L'évolution des hospitalisations en fonction des années.

2.2. Répartition des admissions à l'hôpital du jour

D'une manière similaire l'on remarque une augmentation continue en nombre d'admission à l'HDJ avec une augmentation importante entre l'an 2016 et 2017 que l'on peut expliquer encore une fois par l'inauguration du service en 2016 et par le besoin croissant de la population.

Tableau III : Evolution des admissions en HDJ en fonction des années

Années	2016	2017	2018
Nombre de cas	73	153	155

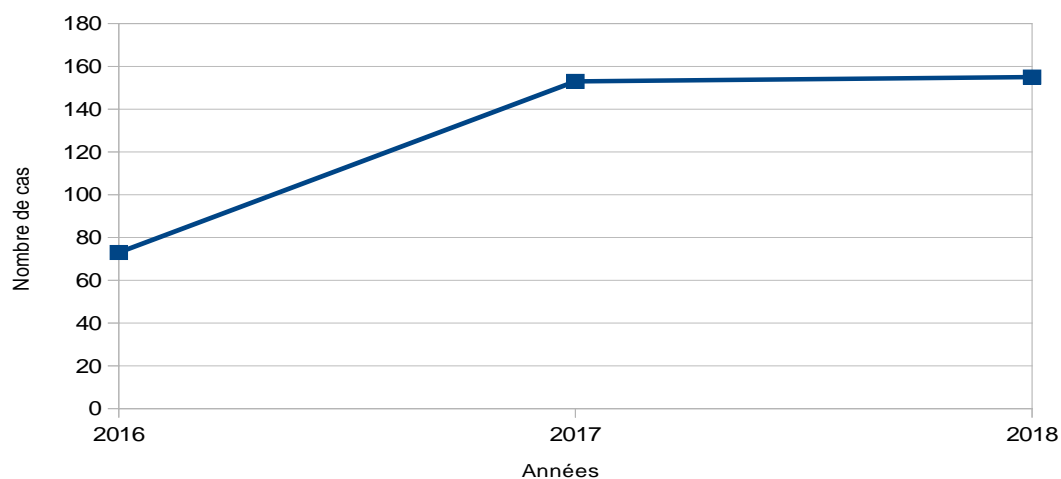


Figure 28 : Evolution des admissions en HDJ en fonction des années

2.3. Répartition des consultations externes :

Encore une fois on trouve ici une augmentation considérable du nombre de consultations externes de 2016 à 2017 qu'on peut expliquer de la même manière .

En 2018 le nombre de consultations a baissé au nombre de 1083 cas on peut expliquer cela par la mise en place de l'unité mobile couvrant ainsi une partie des consultations à domicile.

Des données du service de soins palliatifs du CHU Ibn Rochd à Casablanca, service plus ancien que celui de Marrakech montrent également une augmentation des consultations externes durant la même période rejoignant ainsi les données de notre étude et affirmant la demande croissante de la population.

Tableau IV : Evolution des consultations externes à Marrakech et à Casablanca en fonction des années

Années	2016	2017	2018
Nombre de cas Marrakech	162	2336	1083
Nombre de cas Casablanca [27]	2156	3432	4414

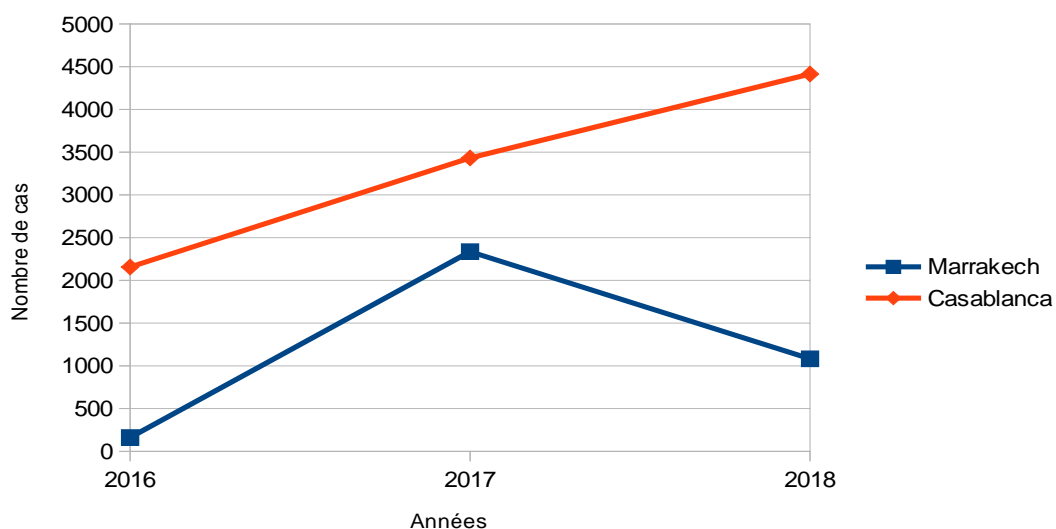


Figure 29 : Evolution des consultations externes à Marrakech et à Casablanca en fonction des années

2.4. Répartition des visites à domicile.

Le nombre de visites à domicile a connu une augmentation de 18,5 % entre 2016 et 2017. Pendant 2018, 207 visites à domicile ont été réalisées, soit une augmentation de 15,6 %, mettant à jour une unité mobile de plus en plus active.

Les données statistiques du service de soins palliatifs au CHU Ibn Rochd de Casablanca montrent également une augmentation du nombre de visites à domicile de l'unité mobile rejoignant les données de notre étude.

Tableau V : Evolution des visites à domicile en fonction des années

Années	2016	2017	2018
Nombre de cas Marrakech	151	179	207
Nombre de cas Casablanca [27]	1481	1937	1777

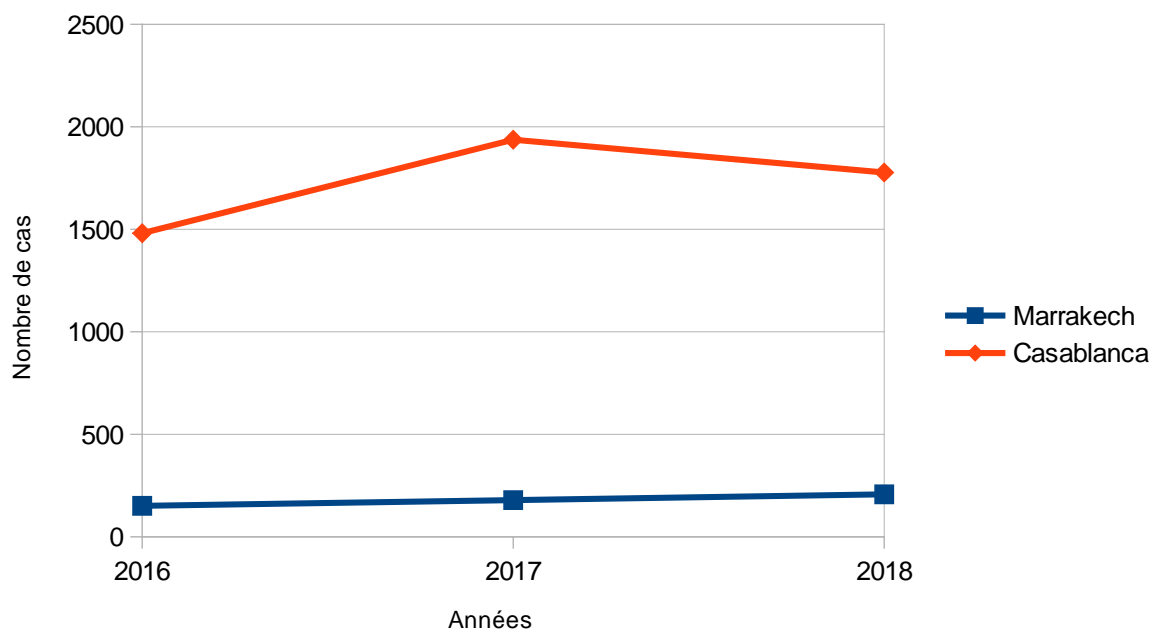


Figure 30 : Evolution des visites à domicile en fonction des années

2.5. Répartition des nouveau cas

Durant la période de notre étude le service a reçu un total de 534 nouveaux cas.

Entre 2016 et L'année 2017 le service a connue une augmentation importante en nombre de nouveaux cas allant jusqu'à 245 nouveaux patients contre 124 en 2016, soit une augmentation de 97,5 %. En 2018 le service de soins palliatifs a connu une diminution en nombre de nouveaux cas en recevant 165 nouveaux cas.

Les données statistiques recueillies du CHU Ibn Rochd de Casablanca montrent une augmentation continue durant les années en nombre de nouveau cas, rejoignant ainsi les données de notre étude.

Tableau VI : Evolution des nouveau cas en fonction des années

Années	2016	2017	2018
Nombre de cas Marrakech	124	245	165
Nombre de cas Casablanca [27]	551	720	786

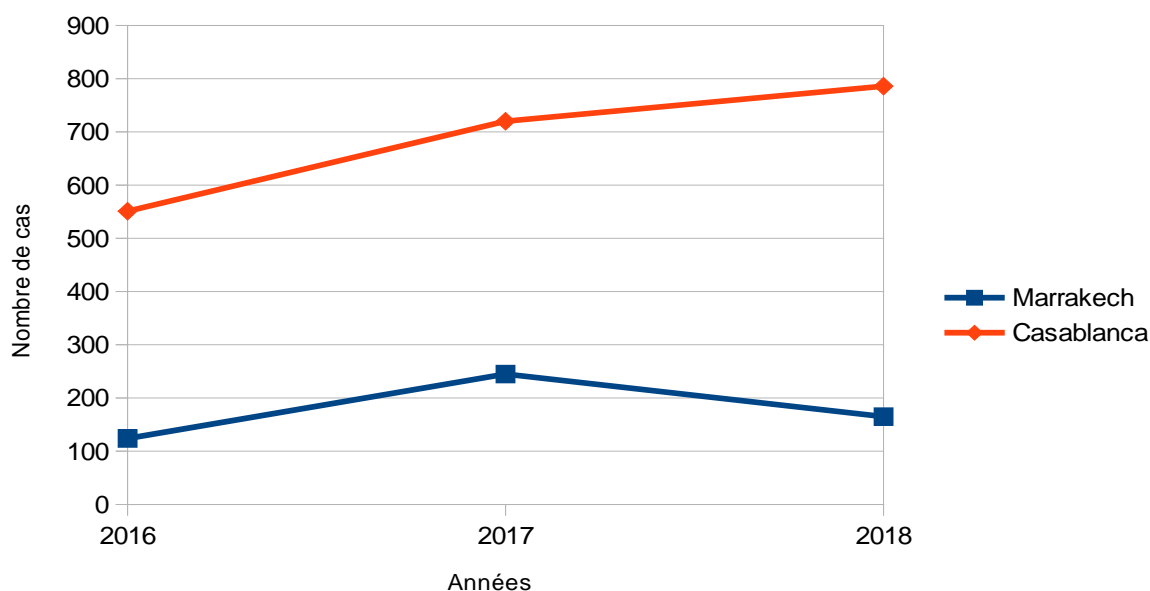


Figure 31 : Evolution des nouveau cas en fonction des années

2.6. Répartition des nouveaux cas selon les principales localisations de la tumeur primitive :

La localisation digestive est la localisation la plus fréquente dans notre étude avec un pourcentage de 29,41 % soit 157 cas regroupant essentiellement les localisations gastriques et colorectales. Une étude réalisée au CHU de Strasbourg de 2008 à 2016 montre également la prédominance de la localisation digestive qu'on retrouve chez 23 % des patients suivies, rejoignant ainsi les résultats de notre études (). La localisation pulmonaire se retrouve en 2ème position avec une fréquence de 16,87 % suivie par le cancer du pancréas (10,86%), le col (9%) et le sein (7,5 %). En comparaison le CHU de Strasbourg a noté un nombre important de localisation ORL s'élevant à 13 % suivie du pancréas (12 %) et du sein (10 %) [28].

On ne retrouve malheureusement que très peu de publication la dessus.

VI. Étude statistique des données socio-démographiques :

1. L'âge :

La tranche d'âge de 50 – 59 ans et de 60–69 ans était la plus représentative. L'âge moyen était de 56,8 ans avec des extrêmes allant de 16 – 88 ans.

En comparant nos résultats aux données du service de soins palliatifs de Toulouse où on trouve une moyenne d'âge de 71ans, ainsi qu'une étude réalisée à Strasbourg avec une moyenne d'âge de 66 ans, et des extrêmes allant de 30 ans à 93 ans [28,29] , nous remarquons que la moyenne d'âge de notre étude est plus basse. Cela peut être expliqué par le phénomène de retard diagnostique que connaissent les patients au Maroc. Retard qui favorise l'évolution rapide du cancer vers un stade terminal.

2. Le sexe :

La répartition selon le sexe montre une légère prédominance masculine. Le sex-ratio M/F est de 1,06

VII. Étude statistique des prestations du service :

Bon nombres de soins (soins d'escarres, changement de pansement...) gestes (Ponction d'ascite, aspiration, ponction pleural, sonde vésicale....) et prescriptions (antalgiques, ATB, CTC, anti-acide...) sont réalisés au service de soins palliatifs en hospitalier, à l'HDJ et par l'unité mobile à domicile.

1. Principe de prise en charge :

La PEC nécessite une évaluation précise et rigoureuse avant d'instaurer ou de modifier tout traitement envisagé.

L'évaluation de l'intensité de tous les symptômes peut faire appel à l'instar de la douleur à une échelle visuelle analogique, numérique ou verbale.

Le traitement devra tenir compte de l'âge du patient, de son état général, de l'évolution de sa maladie et du projet de soins. Il convient également de réévaluer régulièrement son efficacité ainsi que sa tolérance, et de rechercher d'éventuels effets secondaires ;

- Il faut privilégier toujours la voie orale.
- Il est souhaitable de préserver l'autonomie et les facultés intellectuelles du patient en évitant chaque fois que c'est possible les traitements sédatifs.

La particularité des SP, exige la proposition de prescription de produits, pour le contrôle symptomatique, hors AMM. Cette prescription trouve son fondement sur les recommandations des experts et des sociétés savantes internationales.

2. PEC de la douleur cancéreuse : [30, 31, 32, 33, 34]

Durant notre étude nous remarquons que l'une des principales activités du service est la prise en charge de la douleur, et des effets secondaires de son traitement (constipations, nausées et vomissements, rétentions urinaires...)

2.1. Définition :

La définition la plus complète de la douleur est celle de l'International Association for the study of pain : la douleur est une « Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». Cette définition reprend la composante sensori-discriminative et émotionnelle, ainsi que l'origine nociceptive et non nociceptive de la douleur.

La douleur est le symptôme le plus fréquent en soins palliatifs. C'est aussi une crainte majeure exprimée par les patients et leur entourage.

La douleur « physique » et souffrance, ne sont qu'une partie de la douleur totale, qui comprend la souffrance spirituelle, sociale et psychique.

La diversité des dimensions impliquées justifie que l'approche du patient douloureux soit à la fois somatique, psychologique, sociale et familiale, ce qui rend indispensable le travail en équipe pluridisciplinaire.

2.2. Les voies de transmission de la douleur

A la suite d'une agression tissulaire, de quelque type qu'elle soit, les messages nociceptifs sont transmis à partir de fibres sensibles de petit calibre vers les racines rachidiennes. Un certain nombre de substances algogènes sont impliquées dans cette genèse douloureuse : bradykinine, ions H⁺ ou K⁺, histamine, sérotonine, dérivés divers l'acide arachidonique (prostaglandines, prostacyclines, leucotriènes).

Les prostaglandines sensibilisent les récepteurs vis à vis des autres substances algogènes. De ce fait, l'utilisation d'anti-inflammatoires, d'aspirine ou de glucocorticoïdes a souvent un effet bénéfique.

La corne postérieure de la moelle constitue la première étape essentielle de transmission et de modulation de la douleur. Les neurones nociceptifs vont transmettre l'information vers les neurones convergents, puis le faisceau spinothalamique.

A ce niveau, un grand nombre de peptides interviennent dans la transmission de la douleur : substance P, peptide intestinal vasoactif (VIP), ocytocine, galanine, angiotensine 2, dynorphine, enképhaline...

La théorie classique est de considérer que l'ensemble de ces molécules chimiques constitue une sorte de portillon filtrant la transmission de la douleur vers les centres supérieurs.

Les voies de la douleur sont transmises le long du faisceau spino-thalamique (cordon antérolatéral de la moelle), vers la formation réticulée bulbaire et le thalamus.

Le thalamus latéral traite les informations sensibles discriminantes du point de vue de la localisation. Le thalamus central est le siège d'informations plus vagues, mal systématisées, à l'origine des réactions motrices et des réactions émotionnelles à la douleur.

De là, l'information douloureuse est transmise vers l'aire pariétale ascendante (permettant une bonne discrimination du lieu douloureux), mais aussi vers le système limbique, à l'origine des réactions émotionnelles et comportementales habituellement rencontrées, et vers l'hypothalamus à l'origine des manifestations neurovégétatives et endocriniennes.

2.3. Classification :

Il existe diverses classifications de la douleur qui prennent en compte soit l'origine physiopathologique (nociceptive, neuropathique et psychogène), soit son évolution (aigue, chronique et l'accès douloureux)

La douleur nociceptive est secondaire à une activation des nocicepteurs en relation directe à un stimulus nociceptif réel ou anticipé qui peut déclencher un réflexe protecteur. Elle peut être somatique ou viscérale. Elles peuvent être dues à la nature même de la tumeur (Osseuse ...), à la compression ou infiltration des tissus avoisinants, l'inflammation, la nécrose ... Ainsi que la conséquence de certains traitements (Chirurgie, radiothérapie ...)

Au plan sémiologique, ces douleurs sont caractérisées par un rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou "inflammatoire" (réveil nocturne par douleur). À l'examen clinique, la douleur spontanée peut souvent être reproduite par une

manœuvre. L'examen neurologique est normal. Dans certains cas, on peut noter une hyperesthésie cutanée en rapport avec une douleur projetée. Des investigations complémentaires peuvent documenter la lésion en cause.

La douleur neuropathique se définit comme une « douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux » qu'il soit périphérique ou central.

Elle peut être d'origine périphérique par mono-neuropathie (chirurgicale...), par compression et ou envahissement tumorale ; ou centrale par envahissement médullaire ou par localisation cérébrale tumorale ou infectieuse. Elles peuvent être induites par certains traitements (Toxicité de la chimiothérapie ...)

Son diagnostic est clinique, il repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Le questionnaire DN4 est utile pour établir l'origine neuropathique de la douleur (ou d'une composante de la douleur), quand le score est supérieur ou égal à 4 (Annexe 2)

La douleur cancéreuse est particulière dans son évolution temporelle, elle se manifeste sous forme de fond douloureux et d'accès douloureux paroxystique, dont l'évaluation exhaustive est primordiale pour une prise en charge efficace.

La « douleur de fond » est la sensation continue, persistante et stable de la douleur qui doit être contrôlée par des antalgiques à prise régulière. L'accès douloureux représente une exacerbation paroxystique de la sensation douloureuse, d'intensité plus importante et transitoire qui peut être prévisible (Mobilisation, prise de repas, soins, défécation ...) ou imprévisible. L'accès douloureux doit être contrôlé par des antalgiques à délai d'action rapide à la demande (soit pour répondre à l'accès douloureux soit pour l'anticiper)

De plus, le patient subissant une douleur cancéreuse, souffre, comme tout patient ayant une douleur chronique, du phénomène de « douleur de fin de dose ». Il se définit comme une douleur apparaissant avant l'horaire de la prise suivante.

2.4. Évaluation de la douleur :

L'évaluation de la douleur est une étape indispensable au traitement. Elle est confrontée à la difficulté que l'expression de la sensation douloureuse est subjective. Néanmoins, le praticien à la nécessité de mesurer les différentes composantes de la douleur, tout en donnant une part importante à l'expression du ressenti du patient (il faut le croire).

Au final l'évaluation doit permettre de quantifier l'intensité de la douleur afin de prescrire le traitement adéquat pour ensuite évaluer l'efficacité de ce traitement.

Il faut demander au patient de désigner la localisation de la douleur, superficiel ou profonde, son caractère mobile ou fugace et ses irradiations.

La localisation de la douleur est parfois difficile à préciser par le malade notamment en cas de douleur intense (agitation) chez le patient épuisé par la douleur et apathique. Parfois le patient est victime d'un envahissement par le phénomène douloureux « j'ai mal Partout ».

Enfin, toujours demander au patient si cet épisode douloureux lui rappelle un épisode similaire ou proche dans le passé.

Il faut aussi évaluer les horaires de survenue de la douleur et son évolution dans le temps, on distingue alors la douleur permanente et la douleur intermittente.

Cette étape a pour objectif de laisser le patient exprimer et verbaliser le ressenti de la douleur. Des tables d'aide à l'expression peuvent être utilisées comme le Questionnaire de la Douleur de Saint Antoine (Annexe). La description permet aussi de s'orienter vers le type de douleurs (Décharges électriques, fourmillement oriente vers une douleur neuropathique). Il faut rechercher à cette étape des facteurs aggravants tels qu'une douleur provoquée à la mobilisation, aux contacts physiques (pression, le chaud, le froid) ou encore une douleur iatrogène ou induite... Il faut également chercher des facteurs soulageant tel qu'une position spécifique, un contact physique ou autre.

Le retentissement de la douleur et de ses traitements sur la qualité de vie doit faire partie de l'évaluation itérative de chaque patient présentant une douleur chronique cancéreuse. Elle se base sur l'utilisation de questionnaires spécifiques comme le Bref pain inventorie (BPI) et le MD Anderson Symptôme Inventory (MDASI) (annexe 3).

Il existe différentes échelles pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Elles peuvent autoévaluatives : par le malade ou hétéro évaluatives : par le praticien ou la famille.

Elles peuvent être unidimensionnelles (évaluation d'une seule grandeur numérique) ou Pluridimensionnelle (aboutissant à un score composite). Les plus utilisées sont l'échelle verbale simple (EVS), l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique. Pour le patient non communicant, il existe d'autres échelles plus spécifiques ; celle recommandée est la Doloplus-2* (annexe 4).

2.5. Douleur neuropathique

a. Principes de la prescription des antalgiques :

Cinq principes essentiels sont à connaître et à appliquer. Ils ont été rédigés sous forme de Standards, Options et Recommandations en 2002, et font actuellement référence :

- Prescription par voie orale : La voie orale doit toujours être privilégiée pour l'administration des analgésiques chaque fois que possible. En cas de dysphagie, de vomissements ou d'obstruction gastro-intestinale, la voie rectale peut être une alternative tout comme la voie sous-cutanée sous forme d'une perfusion continue à l'aide de pompe
- Prescription à intervalle régulier : Les analgésiques doivent être prescrits à intervalles de temps réguliers, et la dose suivante doit être administrée avant que l'effet de la précédente se soit totalement estompé, permettant un soulagement continu de la douleur
- Prescription en respectant l'échelle à trois niveaux de l'OMS : L'OMS a établi une échelle d'analgésie à trois paliers :

- Premier niveau : antalgiques non opioïdes pour douleurs faibles à modérées,
 - Deuxième niveau : antalgiques opioïdes pour douleurs modérées à intenses,
 - Troisième niveau : analgésiques opioïdes pour douleurs intenses à très intenses.
- Prescription personnalisée : Il n'existe pas de posologie usuelle ou maximale pour les opioïdes forts, la dose de morphine pouvant ainsi varier de 5 mg à 1 000 mg toutes les quatre heures. La dose usuelle pour un patient correspond donc à celle qui permet un soulagement de la douleur.
- Prescription avec un constant souci du détail : Une prise en charge efficace de la douleur nécessite une administration régulière, par exemple toutes les quatre heures pour la morphine par voie orale. La première et la dernière dose de la journée doivent être adaptées aux horaires de lever et de coucher du patient. Généralement, les autres doses sont réparties dans la journée, par exemple 10 heures, 14 heures et 18 heures. Un tel schéma thérapeutique permet un meilleur équilibre entre la durée de l'effet analgésique et la sévérité des effets indésirables. Il est conseillé au patient de tenir un cahier de suivi sur lequel il note l'ensemble des médicaments pris au cours de la journée avec leur dose. Le médecin doit également expliquer au patient les effets indésirables liés à son traitement.

b. Prescription selon les paliers :

Le traitement des douleurs cancéreuses légères avec des médicaments du palier 1 de l'OMS se fait essentiellement par le paracétamol et les différents anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui se sont avérés être plus efficaces que le placebo pour le traitement des douleurs cancéreuses légères. Il n'existe pas de preuve indiquant la supériorité d'un AINS par rapport aux autres en termes d'efficacité. Ainsi, d'après le palier 1 de l'OMS, tous les AINS, les coxibs, le paracétamol et le métamizole peuvent en principe être utilisés en cas de douleurs légères.

Même en cas de douleurs plus intenses impliquant l'application du palier 3 de l'OMS, l'ajout de paracétamol et/ou d'AINS peut permettre de réduire la dose des opioïdes et d'obtenir une amélioration des douleurs et de la qualité de vie. Bien entendu, dans le cadre du traitement des douleurs cancéreuses également, il convient d'examiner de façon critique et à intervalles régulières l'indication d'un traitement à long terme par AINS/coxibs en termes d'effets indésirables cardiovasculaires, rénaux et gastro-intestinaux.

Les douleurs légères à modérées sont traditionnellement traitées par des médicaments du palier 2 au moyen des opioïdes faibles : le tramadol et la codéine, ces deux substances ayant montré une efficacité bien meilleure que celle du placebo dans les quelques études contrôlées disponibles. Le tramadol est également efficace pour réduire les douleurs neuropathiques.

Ce deuxième palier de l'OMS joue toutefois un rôle secondaire dans le traitement des douleurs cancéreuses. L'une des principales critiques concerne l'absence de preuve d'une meilleure efficacité de ces médicaments par rapport au groupe des antalgiques non opioïdes.

Par ailleurs, les opioïdes forts du palier 3 sont à présent disponibles à des dosages si faibles qu'il est possible de faire l'impasse sur le palier 2.

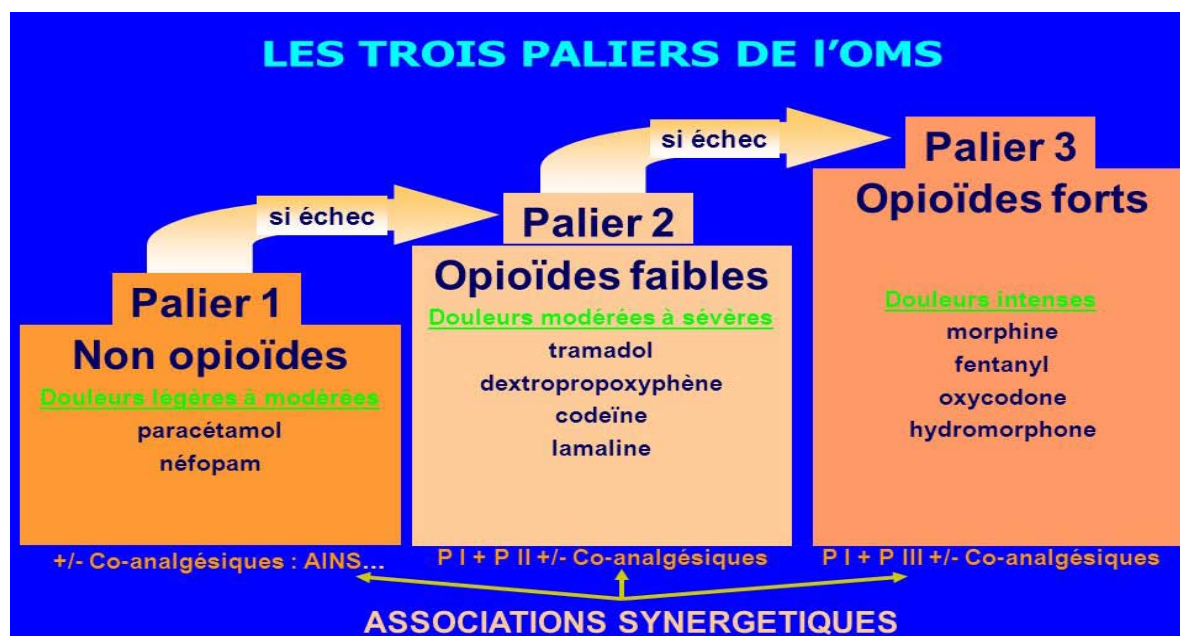


Figure 32 : Traitements des paliers de l'OMS de la douleur

c. Antalgiques opioïdes

Il s'agit principalement de la morphine (opioïde de référence), de l'oxycodone, de l'hydromorphone et du fentanyl.

Ils sont utilisés après échec des antalgiques du premier ou deuxième palier ou d'emblée dans les douleurs intenses. Leur posologie doit être réévaluée régulièrement et les effets secondaires doivent être prévenus de façon anticipée. Leur association aux antalgiques du premier palier et aux co-analgésiques est possible.

Pour beaucoup de pays, l'accessibilité et la disponibilité des antalgiques opioïdes demeurent un obstacle important pour promouvoir la prise en charge de la douleur. L'Organe international de Contrôle des Stupéfiants (OICS), une agence des Nations Unies, répertorie chaque pays de l'Afrique francophone comme présentant une disponibilité de la morphine « très inadéquate ». Plus de la moitié des pays de cette région utilisent tellement peu de morphine que celle-ci ne suffit même pas à traiter 5 % des personnes qui chaque année succombent dans la douleur au cancer et des malades du sida [35] .

Pour cela le Maroc a adopté en 2013 une politique médicamenteuse en changeant sa législation sur les substances contrôlées pour porter de 7 à 28 jours la durée pouvant être couverte par une ordonnance pour un analgésique, supprimant ainsi un obstacle majeur à la disponibilité de ces médicaments.

En 2015, Human Rights Watch (HRW) a publié dans un rapport intitulé « Douleurs déchirantes : Défis et progrès dans les efforts pour garantir le droit aux SP au Maroc » que malgré les mesures simplifiant les réglementations pour la prescription de la morphine, seul un médecin sur cinq peut la prescrire avec quatre sur cinq des patients qui ont besoin de traitement antidouleur n'en bénéficient pas. Le problème est que la loi marocaine sur les substances contrôlées semble elle-même stigmatiser ces médicaments en les qualifiant de « substances vénéneuses » [36, 37, 38]

Dans notre étude plus de la moitié des patients suivies ont été mis sous morphiniques en 2016 (55,6%) et en 2017 (55,10%), et plus de 86,30 % en 2018. Ce qui montre l'importance de la prescription et l'administration d'antalgiques que ça soit en hospitalier ou au niveau de l'HDJ.

Notre travail a mis en évidence que la prescription et l'administration d'antalgiques a été nécessaire dans 71,6 % des cas en 2016 en hospitalier et en HDJ, et dans 81,6 % des cas en 2017 et 2018 en HDJ, et 56,5% en hospitalisation, constituant ainsi la principale activité du service.

d. La rotation des opioïdes

La rotation des opioïdes se définit par le changement d'un opioïde par un autre et se pratique en cas de diminution du ratio bénéfice/risque. Son indication principale est la survenue d'effets indésirables rebelles (troubles des fonctions cognitives, hallucinations, mycologies et nausées) malgré un traitement symptomatique adéquat. L'autre indication, exceptionnelle, est la survenue d'un phénomène de résistance aux opioïdes, défini par une absence d'antalgie mais aussi d'effets secondaires malgré une augmentation massive et rapide des doses.

La rotation des opioïdes est purement empirique en raison de la connaissance imparfaite des mécanismes physiopathologiques des douleurs cancéreuses et du mode d'action intime des opioïdes. Trois hypothèses justifient le recours à cette pratique :

- Des mécanismes d'action différents selon les opioïdes : les différents opioïdes interagissent différemment sur les principaux récepteurs mu, delta et kappa. Ceci pourrait s'expliquer par une action sur des sous-types de récepteurs différents (mu 1 ou mu 2). Il est donc envisageable qu'en fonction du type de douleur et du contexte un opioïde soit plus pertinent qu'un autre,
- Un métabolisme différent selon les opioïdes : les opioïdes n'ont pas les mêmes voies de biotransformation et les différents métabolites pourraient avoir un rôle non seulement dans les effets antalgiques mais aussi dans les effets indésirables. L'accumulation des métabolites en raison d'une insuffisance rénale ou hépatique favorise la survenue d'effets

indésirables comme la somnolence, la confusion, les hallucinations, les nausées ou les vomissements.

- La tolérance croisée partielle entre opioïdes : la tolérance ou l'accoutumance se définit comme la nécessité d'augmenter les doses d'un opioïde donné pour obtenir le même effet. Le développement d'une tolérance vis-à-vis de l'effet antalgique des opioïdes reste limité mais peut conduire à une augmentation progressive des doses avec pour conséquence l'apparition ou l'aggravation de certains effets indésirables. Les mécanismes en cause dans le développement de cette tolérance sont complexes mais laissent envisager la possibilité soit d'une modification des récepteurs opioïdes soit de la mise en jeu de peptides « anti-opioïdes ».

Il est possible de réaliser une rotation des opioïdes entre tous les agonistes purs. Les données actuelles ne permettent pas de recommander un ordre de rotation ou un opioïde plutôt qu'un autre.

e. Gestion des effets indésirables des opioïdes :

Les plus fréquents effets secondaires en début de traitement sont la constipation, les nausées / vomissements, les troubles dysphoriques, la somnolence. Apparaissant plus volontiers en cours du traitement le prurit, la rétention urinaire, les hallucinations, ...

Un traitement préventif de la constipation est toujours préconisé aux paliers II et III. L'on utilise pour son traitement des lubrifiants à l'huile de paraffine, des laxatifs osmotiques, des lavements évacuateurs.

Lors de notre étude des lavements intestinaux ont été réalisés dans 8,4 % des cas en hospitalier, dans 8,2 % des cas à domicile et dans 2,8 % en HDJ.

L'apparition d'une confusion ou d'hallucination doit faire rechercher systématiquement une étiologie (troubles métaboliques, fécalome, globe vésical, insuffisance rénale, métastases

cérébrales, troubles psychologiques, iatrogènes ...). Il faut alors diminuer les doses d'opioïdes, voir éventuellement une rotation des opioïdes.

Les nausées et les vomissements sont aussi des effets secondaires vus fréquemment dans notre service. Le traitement doit être adapté au mécanisme.

Dans notre étude la prescription d'antiémétique a été nécessaire dans plus de 53,5 pour cent des consultations en HDJ, dans 47,8 % en hospitalier et dans 30,9 % à domicile.

Les rétentions urinaires sont aussi des effets secondaires à guetter sous morphiniques, le sondage évacuateur est alors nécessaire. Dans notre étude des sondages vésicaux ont été réalisés dans 14,4 % des cas à domicile, dans 10,9 % des cas en HDJ et dans 7 % des cas en hospitalier.

2.6. PEC d'une douleur Neuropathique (DN)

a. Principe

La prise en charge de la douleur neuropathique est complexe et difficile. Il n'existe traitement étiologique efficace. Les connaissances reposent sur des extrapolations de recommandations faites pour traiter les DN non cancéreuses. Ceci implique le recours à des traitements coadjuvants en plus des antalgiques habituellement utilisés.

L'utilisation de ces produits impose une éducation du patient concernant.

- La compréhension de ses symptômes et leur signification
- Les effets des traitements sur la douleur et les effets indésirables
- La nécessité de titrer ces molécules
- Les délais d'action et de réponse au traitement longs
- Les résultats attendus exprimé en objectif de réduction d'intensité et d'inconfort.

b. Moyens thérapeutiques

Il faut retenir, que globalement, les médicaments cités ci-après, exposent à de nombreux effets indésirables, impliquant la nécessité de titration. D'autre part le résultat de leur utilisation ne doit être évalué qu'à partir de 6 semaines après le début du traitement. Il est important d'en informer le patient afin de maintenir à taux d'observance thérapeutique élevé. On peu utilisé alors des antiépileptiques, des antidépresseur tricycliques, des anesthésiques locaux des opioïdes faible et fort.

2.7. Les c- antalgiques

D'autres traitements peuvent être utilisés en association avec les antalgiques pour contrôler la douleur. Les corticoïdes sont d'ailleurs utilisés comme co-antalgiques très fréquemment. La dexaméthasone est la molécule la plus utilisée et la plus efficace. Ils agissent par le biais de leurs effets anti inflammatoires et anti œdémateux sur la composante neuropathique. Il faut toutefois respecter les modalités d'usage des corticoïdes, à savoir ne pas les associer à des anti inflammatoires non stéroïdiens, les prendre le matin, les adjoindre a un inhibiteur de la pompe à protons, prescrire une alimentation adaptée (réduire teneur en sel, éviter les boissons abondantes, supplémentation potassique au long cours) et enfin réduire les doses progressivement si le traitement est prescrit plus de 15 jours.

Dans notre étude une corticothérapie a été prescrite dans 30,4 % des cas en hospitalier 15,5% à domicile et dans 12,7 % des cas en HDJ.

D'autres co-antalgiques peuvent être utilisés tels que les biphosphonates qui améliorent la prise en charge de la douleur des métastases osseuses, les antispasmodiques dans le cadre des syndromes occlusifs et sub-occlusifs. Les anxiolytiques tel que les benzodiazépines, lorsqu'un syndrome anxieux est authentifié chez un patient.

Dans la stratégie de prise en charge d'une douleur cancéreuse chronique, il faut appliquer le principe de multidisciplinarité afin d'optimiser le résultat. Les techniques de

relaxation, de massage, de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'hypnose doivent être proposées au patient.

Les symptômes d'inconfort, autres que la douleur, sont courants en situation palliative. Leur fréquence augmente avec l'évolution de la maladie et souvent plusieurs symptômes sont associés ce qui rend complexe la PEC. Ils ont un retentissement important sur la qualité de vie ce qui oblige à une prise en charge pluridisciplinaire où le patient y sera associé autant que possible.

L'objectif de cette prise en charge est d'améliorer sa qualité de vie tout en veillant à ce que les traitements disproportionnés soient évités



RECOMMANDATIONS



Au terme de ces résultats, nous recommandons :


- La création d'un registre électronique hospitalier des SP, voir régional, qui pourra englober toutes les données nécessaires pour des études épidémiologiques, démographiques, des différents facteurs de risques et de pronostics liés à cette populations et de les comparer avec les différents résultats nationaux et internationaux. Le registre électronique, va faciliter le recueil de ces données grâce à l'intervention des différents intervenants.
- Développer les soins palliatifs en réseaux
- Intégrer les soins palliatifs dans les SSP et dans tous les hôpitaux
- Œuvrer pour l'affectation des ressources nécessaires (humaines, médicaments, dispositifs médicaux, matériels et flottes téléphoniques) ;
- Standardiser le paquet de soins palliatifs par niveau ;
- Standardiser le model de soins palliatifs adapté au pays ;
- Étendre la réflexion des SP pour d'autres pathologies non oncologiques,
- Développer les compétences et l'expertise en SP par niveau de prise en charge
- Élaborer un programme de formation continue et de sensibilisation pour les professionnels de santé ;
- Disposer d'un noyau de formateurs ;
- Renforcer le programme par la motivation et la prévention du burn-out chez prestataires ;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des analgésiques opioïdes
- Lutter contre la morphinophobie ;

Les soins palliatifs au CHU Mohammed VI de Marrakech: Bilan d'activité.

- Actualiser la législation et la réglementation qui régissent l'activité des soins palliatifs à tous les niveaux et les produits médicamenteux associés
- Assurer un financement pérenne pour le programme des SP



CONCLUSION



*L*e service de soins palliatifs du CHU Mohammed VI de Marrakech est encore jeune en tant que service de niveau tertiaire. Il fonctionne au sein d'un CHU à la fois en difficultés de démarrage et desservant un bassin très large.

*C*e bilan de 3 ans d'activité du service a mis le point sur les caractéristiques de son activité. En effet, durant cette période, le service a effectué une activité hospitalière intense et variée. Cette activité reflète la demande d'offre à laquelle le service doit répondre. Néanmoins, en parallèle à cette demande, ce travail a permis le repérage des contraintes s'opposant au bon fonctionnement du service. Elles sont multiples, variées et se situent à plusieurs niveaux de la prise en charge.

*E*lles sont surtout relatives aux moyens humains et matériels mis à la disposition du service et d'ordre organisationnel.

*C*es contraintes constituent de véritables opportunités d'amélioration qui doivent interpeller tous les responsables impliqués ou concernés par la pathologie cancéreuse afin d'améliorer le rendement du service.



ANNEXES



Annexe 1

- L'intervention à évaluer : le projet des SP [17]

Cette partie vise à brosser un portrait détaillé et précis de l'intervention qui constitue l'objet d'analyse, soit le projet pilote des SP avec ses objectifs, sa population cible, ses ressources, ses activités et sa démarche.

Le Maroc s'est doté depuis 2010 d'un PNCC. Ce plan décennal (2010–2019) se décline en 78 mesures opérationnelles réparties sur quatre axes stratégiques que sont : La prévention des cancers, la détection précoce des cancers, la prise en charge diagnostique et thérapeutique et les SP avec accompagnement psychosocial.

L'axe « soins palliatifs » dans le PNCC se décline en quatre grandes actions et 13 mesures opérationnelles :

- Actions 1 : Développer la prise en charge de la douleur :

M-62 : Institutionnaliser la prise en charge de la douleur à tous les niveaux.

M-63 : Développer la législation relative à l'accès aux SP.

M-64 : Lutter contre la morphinophobie.

M-65 : Développer la référence de prise en charge de la douleur.

M-66 : Décentraliser la prise en charge de la douleur.

- Actions 2 : Assurer l'accompagnement familial et social :

M-67 : Assurer l'accompagnement familial.

M-68 : Assurer l'accompagnement social.

M-69 : Assurer l'accompagnement en phase d'agonie.

□ Actions 3 : Assurer le développement et l'extension des SP en réseau :

M-70 : Définir les missions des structures de prise en charge des SP.

M-71 : Organiser les réseaux de prise en charge des SP.

M-72 : Définir les standards et les normes des structures et des SP.

M-73 : Mettre en place un système d'information en SP.

□ Actions 4 : Développer la recherche en SP.

M-74 : Développer la recherche en matière de SP.

Annexe 2 : Questionnaire DN4 [32]

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : / 10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10

Si le Score du Patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif

(sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%)

D'après Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelles J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 ; 114 :29-36

Annexe 3 : Evaluation de la douleur : Brief pain Inventory

(BPI) : [32]

NUMÉRO D'IDENTITÉ DE L'ÉTUDE _____ NE PAS ÉCRIRE AU-DESSUS DE CETTE LIGNE NUMÉRO DE L'HÔPITAL _____

Questionnaire concis sur les douleurs (Format Réduit)

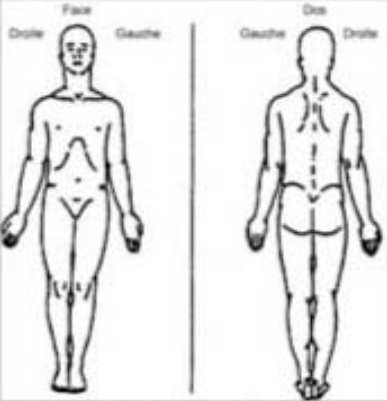
Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____

Nom : _____ Prénom : _____

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » aujourd'hui ?

1. Oui 2. Non

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « X » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en ce moment**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

Page 1 de 2

NUMÉRO D'IDENTITÉ DE L'ÉTUDE	NE PAS ÉCRIRE AU-DESSUS DE CETTE LIGNE	NUMÉRO DE L'HÔPITAL																						
Date : ____/____/____	Heure : ____:____																							
Nom : _____																								
Nom de famille	Prénom																							
7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?																								
8. Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté ? Pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">0%</td> <td style="width: 10%;">10%</td> <td style="width: 10%;">20%</td> <td style="width: 10%;">30%</td> <td style="width: 10%;">40%</td> <td style="width: 10%;">50%</td> <td style="width: 10%;">60%</td> <td style="width: 10%;">70%</td> <td style="width: 10%;">80%</td> <td style="width: 10%;">90%</td> <td style="width: 10%;">100%</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Aucune amélioration</td> <td>Amélioration complète</td> </tr> </table>			0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Aucune amélioration										Amélioration complète
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%														
Aucune amélioration										Amélioration complète														
9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :																								
A. Activité générale																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
B. Humeur																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
C. Capacité à marcher																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
D. Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
E. Relation avec les autres																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
F. Sommeil																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
G. Goût de vivre																								
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																								
Ne gêne pas Gêne complètement																								
Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD Pain Research Group All rights reserved																								
Page 2 de 2																								

ANNEXE 4 : Echelle Doloplus-2 : [33]

ECHELLE DOLOPLUS		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE			
NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absente ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
sollicitation)		3	3	3	3
		• troubles du comportement permanent (en dehors de toute			



RESUMES



Résumé

Ce travail constitue un bilan d'activité du service de soins palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, a pour but de dresser l'état des lieux, soulever les principales contraintes et de formuler des suggestions de solution.

En effet, nous avons mené une étude rétrospective s'étendant du 18 janvier 2016 date d'ouverture du service au 31/12/2018. Durant cette période, le service a admis au totale 465 patients en hospitalisation et 381 patients en HDJ.

Le service de soins palliatifs a réalisé durant notre période d'étude un totale de 3581 consultations dont 2347 consultations douleurs soit plus de 65,5 % du nombre total.

Les visites a domicile par l'unité mobile composée d'un médecin, une infirmière et un psychologue s'élèvent au nombre de 537 visites.

Le service a enregistré 534 nouveaux cas dont plus de 58,42 % ont été mis sous morphiniques.

Dans notre étude on note un pic chez les patients âgés entre 50-69 ans avec une moyenne d'âge de 56,8 ans. Le sexe masculin est légèrement prédominant avec un sexe ratio (M/F) de 1,06 soit 51,60 % des cas étaient des hommes.

La localisation la plus fréquente de la tumeur primitif est digestif essentiellement gastrique et colorectal avec un pourcentage de 29,41 % suivie de la localisation pulmonaire chez 16,87 % des patients et pancréatique chez 10,86 % des cas.

En 2016 les principales prestations du service en hospitalier et en HDJ consistaient essentiellement en des traitements antalgiques dans 71,6 % des cas, une hydratation dans 57,1 % des cas, un traitement ATB dans 42,8 % des cas, des changements de positions ont été nécessaires dans 37,7 % des cas, des prescriptions de médicaments tels que des anti-acides dans 37,7 %, anti-émétiques dans 28,5 % des cas, des soins tels que des changements de

pansement furent nécessaire dans 28,5 % des cas et des soins d'escarres dans 14,2 % des cas. D'autres gestes tels que les transfusions (14,2%) et les ponction s'ascites (7,4 %) ont également été nécessaires.

Pendant 2017 et en 2018 les principaux gestes, prescriptions et soins prodigués par le service furent en hospitalier : les soins d'escarres dans 85,6 % des cas, une antibiothérapie dans 69,6 % des cas, une alimentation parentérale dans 65,2 % des cas, des antalgiques dans 56,5 % des cas, changement de position dans 50 % des cas, anti-émétiques dans 47,8 % des cas et corticothérapie dans 30,4 % des cas. Des gestes tels que des transfusions (32,6%), sondes urinaires (10,9%), lavements intestinaux (8,4%) et ponctions pleurales (4,3%) furent également réalisées par le service.

En HDJ durant la même période la prescription d'antalgique fut nécessaire dans 81,6 % des cas, d'anti-émétiques dans 53,5 % des cas, d'anti acide dans 50,7 %, d'anti-spasmodique dans 21,1 % des cas et de diurétique dans 19,7 % des cas. Des soins tels que les soins d'escarres ont été réalisés dans 16,7 % des cas et des sondes vésicales dans 7 % des cas.

La principale action de l'unité mobile durant cette même période fut la prescription d'antalgiques dans 52,6 % des visites à domicile suivie par la prescription d'autres traitements tels que des anti-acides dans 34 % des visites, des anti-émétiques dans 30,9 % des visites, des antispasmodiques dans 26,6 % des visites, des corticoïdes dans 15,5 % des visites et des diurétiques dans 10,3 % des cas. Des gestes tels que des sondes vésicales (14,4 % des visites), ponctions d'ascites (9,3%) et lavements intestinaux (8,2%) furent également réalisés par l'unité mobile.

Le service dispose d'une coordination téléphonique qui permet un meilleur suivi des patients, durant la durée de notre étude plus de 817 appels furent réalisés dont 44,93 % émis et 55,07 % reçus.

Ce travail nous a permis de soulever les principales contraintes auxquelles on a proposé des solutions.

Abstract

This study, which is an activity report of the palliative care department in University Hospital Center of Mohammed VI, its aim is to prepare the inventory, raise the main constraints and suggestions for management. This is a retrospective study extending from 18 January 2016 to 31 December 2018. During this period, the department has admitted 465 patients in hospitalization and 381 patients in day care hospital.

The palliative care department recorded during our study period a total of 3581 consultations, 2347 of them were pain consultations which is more than 65.5% of the total number.

Home visits by the mobile unit composed by a doctor, a nurse and a psychologist amounted to 537 visits.

The department recorded 534 new cases, of which more than 58.42% were put on opioids.

In our study there is a peak in patients aged between 50–69 years with an average age of 56.8 years. The male sex is slightly predominant with a sex ratio (M / F) of 1.06 in other words 51.60% of the patients were males.

The most frequent localization of the primary tumor is essentially digestive (gastric and colorectal) with a percentage of 29.41% followed by pulmonary localization in 16.87% of patients and pancreatic in 10.86% of cases.

In 2016, the main service in hospitalization and day care hospital consisted mainly of analgesic treatment in 71.6% of cases, hydration in 57.1% of cases, ATB treatment in 42.8% of cases, changing the patients position was required in 37.7% of cases, prescriptions were necessary such as antacids in 37,7%, anti-emetics in 28.5% of cases, and care of bedsores in 14.2% of cases. Other actions such as transfusions (14.2%) and ascite ponctions(7,4%) were necessary.

During 2017 and 2018 the main acts, prescriptions and care provided by the department with hospitalized patients were: bed sore care in 85.6% of cases, antibiotic therapy in 69.6% of cases, parenteral nutrition in 65.2% of cases, analgesics in 56.5% of cases, changing the patients position in 50% of cases, anti-emetics in 47.8% of cases, and steroids in 30.4% of cases. Acts such as transfusions (32.6%), urinary catheters (10.9%), intestinal enemas (8.4%) and pleural punctures (4.3%) were also performed by the department.

In the day care hospital during the same period the prescription of analgesic was necessary in 81.6% of cases, anti-emetics in 53.5% of cases, anti-acid in 50.7%, anti-spasmodic in 21.1% of cases and diuretics in 19.7% of cases. Cares such as bed sore care was provided in 16.7% of cases and bladder catheters in 7% of cases.

The main action of the mobile unit during the same period was the prescription of analgesics in 52.6% of home visits followed by the prescription of other treatments such as antacids in 34% of visits, emetics in 30.9% of visits, antispasmodics in 26.6% of visits, corticosteroids in 15.5% of visits and diuretics in 10.3% of cases. Gestures such as bladder catheters (14.4%), ascites punctures (9.3%) and intestinal enemas (8.2%) were also performed by the mobile unit.

The service has a telephone coordination which allows a better follow-up of the patients, during the duration of our study more than 817 calls were realized of which 44.93% emitted and 55.07% received.

This work allowed us to raise the main constraints to which we proposed solutions.

ملخص

يشكل هذا العمل تقريراً عن نشاط خدمة الرعاية التلطيفية في مركز مستشفى جامعة محمد السادس، والغرض منه هو إعداد قائمة جرد ورفع القيود الرئيسية وصياغة اقتراحات للحلول. لقد أجرينا دراسة بأثر رجعي تمتد من 18 يناير 2016 تاريخ افتتاح الخدمة إلى 2018/31/12. خلال هذه الفترة، استقبلت الخدمة ما مجموعه 465 مريضاً في المستشفى و 381 مريضاً في مستشفى اليوم. حققت خدمة الرعاية التلطيفية خلال فترة دراستنا ما مجموعه 3581 استشارة بما في ذلك 2347 استشارة ألم الذي يشكل أكثر من 65.5% من العدد الإجمالي. بلغت الزيارات المنزلية التي قامت بها الوحدة المتنقلة التي تتكون من طبيب وممرضة وطبيب نفساني 537 زيارة. سجل القسم 534 حالة جديدة، منها أكثر من 58.42% وضعت تحت مورفين. في دراستنا هناك ذروة في المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 50-69 سنة بمتوسط عمر 56.8 سنة. الجنس من الذكور هو الغالب قليلاً مع نسبة الجنس (M / F) من 1.06 أو 51.60% من الحالات كانت من الرجال. الموقع الأكثر شيوعاً من الورم الرئيسي هو في الغالب المعدة والقولون والمستقيم في الجهاز الهضمي مع نسبة 29.41% تليها الموقع الرئوي عند 16.87% من المرضى و البنكرياس في 10.86% من الحالات. في عام 2016، تألفت خدمات المستشفى في مستشفى اليوم بشكل رئيسي من العلاجات المسكنة في 71.6% من الحالات، الإمهاء في 57.1% من الحالات، والعلاج بالهضاد حيوي في 42.8% من الحالات. كانت هناك حاجة إلى 37.7% من وصفات الدواء مثل مضادات الحموضة، و 28.5% من مضادات القيء. 28.5% من الحالات تغيير ضمادة و 14.2% من

رعاية قرحة . وهناك حاجة أيضا إلى إجراءات أخرى مثل عمليات نقل الدم (14.2%) وثقب الاستسقاء (7.4%).

خلال عامي 2017 و 2018 ، كانت الإجراءات والوصفات والعناية الرئيسية التي قدمتها الخدمة في المستشفى: رعاية القرحة في 85.6% من الحالات، والعلاج بالمضادات الحيوية في 69.6% من الحالات، والتغذية الوريدية في 65.2% من الحالات، مسكنات في 56.5% من الحالات، وتغيير الموقف في 50% من الحالات ، ومضادات القيء في 47.8% من الحالات والمنشطات في 30.4% من الحالات. كما تم تنفيذ الإيماءات مثل عمليات نقل الدم (32.6%) ، القسطرة البولية (10.9%) ، الحقن الشرجية المعوية (8.4%) والثقوب الجنبية (4.3%) من قبل القسم.

في مستشفى اليوم خلال نفس الفترة كان وصف المسكن ضرورياً في 81.6% من الحالات ، مضادات القيء في 53.5% من الحالات، مضادات الحمض في 50.7% ، مضادات التشنج في 21.1% من الحالات ومدرات البول في 19.7% من الحالات. تم إجراء الرعاية مثل رعاية قرحة الضغط في 16.7% من الحالات وقسطرة المثانة في 7% من الحالات.

كان العمل الرئيسي لوحدة المحمول خلال نفس الفترة هو وصف المسكنات في 52.6% من الزيارات المنزلية تليها وصفة طبية لعلاجات أخرى مثل مضادات الحموضة في 34% من الزيارات، مضار في 30.9% من الزيارات، مضادات التشنج في 26.6% من الزيارات ، ومدرات البول في 10.3% من الحالات.

تحتوي الخدمة على تنسيق عبر الهاتف يسمح بمراقبة أفضل للمرضى، خلال دراستنا، تم إجراء أكثر من 817 مكالمة، منها 44.93% صدرت و 55.07% مستلمة. سمح لنا هذا العمل برفع القيود الرئيسية التي تم اقتراح حلول لها.



BIBLIOGRAPHIE



1. **L'oms.**
SFAP : Définition des soins palliatifs
Available from:<http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
2. **L'anaes.**
SFAP : définition des soins palliatifs
Available from:<http://www.sfap.org/system/files/autres-def-sp.pdf>
3. **Worldwide Palliative Care Alliance And World Health Organization,**
« Global Atlas of Palliative Care at the End of Life », 2014, p: 102,
4. **Oms Et Amsp,**
« Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie », p : 36, 98,99,
5. **Organisation Mondiale De La Santé (OMS),**
«Soixante-septième assemblée mondiale de la santé », point 15.5 de l'ordre du jour provisoire, « Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément de traitement intégré à toutes les étapes de la vie: Rapport du Secrétariat », 2014, P : 4-9,
6. **Pain & Policy Studies Group**
«Mettre fin aux souffrances évitables : Améliorer les soins palliatifs en Afrique francophone»,
(http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm/.Mai 2015).
7. **Résolution 67.19 De L'ams,**
« Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie », 14 mai 2014
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf).
8. **Oms,**
« Lutte contre le cancer : Mettre la connaissance au service de l'action »
Guide de l'OMS pour des programmes efficaces, Module 5, 2007, p : 6,
9. **Oms Et Whpca,**
« Global Atlas of Palliative Care at the End of life »
Janvier 2014, p : 98-99,

10. **World Hospice Palliative Care Alliance,**
<http://www.treatthepain.org/Assets/Country Reports/Morocco pdf/>, 29/04/2016,
11. **Centre International De Recherche Sur Le Cancer De L'oms,**
« Morocco GLOBOCAN 2012 : PrevalenceWorldwideEstimated en Cancer 2012 »
Incidence, Mortality (<http://globocan.iarc.fr/pages/factpopulation.aspx>).
12. **Mathieu Albertelli,**
« HumanRightsWatch appelle le Maroc à garantir l'accès aux soins palliatifs »,
HuffPost Maroc, publié le 04/02/2016.
13. **Sylvie Legrain, Marie-Thérèse Cousin.**
AFFSAPS- Service des références et recommandations professionnelles 2002. Modalités
de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs 2.
14. **Soins palliatifs et terminaux, Guide Pratique de Gériatrie,**
MMI Éditions, 1998, 4 ; P629-641
15. **Matthieu Stipon :**
État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-
Maritime et dans l'Eure. 2016 p21-23
16. Circulaire DGS/3D Du 26 Août 1986 Relative A L'organisation Des Soins Et A
L'accompagnement des malades en phase terminale
17. **Circulaire Du Ministère De La Santé,**
« Extension des soins palliatifs », 29/10/2015.
18. Portant Promulgation De La Loi N°92-12 Modifiant l'Article 34 Du Dahir Du 12 Rabii II
1341(2 décembre 1922) Portant Règlement sur l'importation, le commerce, la détention
et l'usage des substances vénéneuses, loi n°, 1-13-56 of 2013, art.34.
19. **Royaume Du Maroc**
Ministère de l'Aménagement du territoire, de l'environnement, de l'Urbanisme et de
l'Habitat, Direction de l'Aménagement du territoire, Le territoire marocain : état des lieux
Contribution au débat national sur l'Aménagement du territoire 2000.

20. **Haut-Commissariat Au Plan,**
Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED),
Maroc des régions pages 83- 94.
21. **Royaume Du Maroc Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Environnement, de l'Urbanisme, et de l'Habitat Direction de l'aménagement du territoire Débat National sur l'Aménagement du Territoire, Eléments Introductifs, Région Marrakech - Tensift - Al Haouz Rabat,**
Editions Okad, 2000, 2ème édition, p. 44.
22. **Royaume Du Maroc Secrétariat Général du Gouvernement (Bulletin Officiel).**
23. **Haut-Commissariat Au Plan,**
Direction de la Statistique : (Recensements généraux de la population et de l'habitat).
24. **Haut-Commissariat Au Plan**
Secrétariat Général du Gouvernement (Bulletin Officiel).
(Recensements généraux de la population et de l'habitat).
(Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED), le Maroc en chiffres,
Edition 2011, pages 9 - 23.
25. **Royaume Du Maroc**
Ministère de la santé : Offre de soins, situation
2011, <http://Cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/>
26. **Royaume Du Maroc,**
Ministère de la santé, Direction du CHU Mohammed VI-Marrakech, Service des études et de l'information sanitaire, Rapport d'activité 2012.
27. **Unité De Soin Palliatif De L'hôpital Ibn Rochd De Casablanca.**
Données des registres du service 2018.
28. **Alexandre Bimboes,**
Hôpital de Jour de Soins de support au Centre de Lutte contre le Cancer de Strasbourg :
Etude comparative de l'activité entre 2008 et 2016, 2018 pages 37-38.
29. **Rapport d'activités du comité de Lutte contre la douleur**
Hôpitaux de Toulouse, 2012 pages 31

30. **G. Laval, M. Fabre, B. Ngo Ton Sang.**
Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée.
Édition Sarumps Médical 2014.
31. **R. Duclos.**
Guide pratique d'utilisation des opioïdes forts en pratique courante. Réseau douleur Sarthe.
32. **Guide des soins palliatifs pour les patients atteints de cancer Maroc Version – Aout 2017,**
P 37–40.
33. **Annuaire des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement de la SFAP.**
www.sfap.org Aout 2016.
34. **Recommandations de bon usage des pompes pca dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse,**
Version Aout 2013
35. **Human R W,**
« Douleurs déchirantes : Défis et progrès dans les efforts pour garantir le droit aux soins palliatifs au Maroc »,
AlhuffPostr, 04/02/2016, p : 89,
36. **Hamon H.**
Nos médecins.
Paris: Éditions du Seuil–Points; 1994.p. 348p.
37. **Reich M.**
L'information diagnostique et pronostique à l'épreuvedes avancées thérapeutiques en cancérologie : réflexionséthiques. Rev Francoph Psycho–Oncologie 2004.
38. **Organe International De Contrôle Des Stupéfiants, « Disponibilité Des Opiïdes Pour Le Traitement De La Douleur (Moyenne Pour 2010–2012) », 2012,**
(https://www.incb.org/documents/NarcoticDrugs/Availability/total_2010_2012_fin al.pdf).

أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بَادِلَةً وَسَعِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ،
وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ،
بَادِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيَّةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ
وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ
الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَدَاةٍ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ
الطَّبِيَّةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ.



أطروحة رقم 202

سنة 2019

الرعاية التلطيفية في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش : تقرير عن النشاط.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/10/21
من طرف

الآنسة أميمة بلحيان

المزودة في 29 غشت 1993 بمراكش
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

رعاية - تلطيفية - أورام - سرطان.

اللجنة

الرئيسة

ف. العصري

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

المشرفة

م. خوشاني

السيدة

أستاذة في العلاج الإشعاعي وعلاج الأورام

ل. عمرو

السيدة

أستاذة في طب أمراض الرئة

خ. اعنيبة

السيد

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب

الحكام

