

SOMMAIRE

**Le lien
et la distance**

P. 2-4

**L'éthique
en chemin**

P. 7

Annonces

P. 5-8

Les Soins Palliatifs

BELGIQUE

EDITORIAL

Ce numéro du printemps 2004 vous propose un article de Claire Kebers, psychothérapeute, formatrice en soins palliatifs et auteur de plusieurs livres.

Elle y développe le thème du «lien et de la distance». Il nous concerne tous.

La place occupée par le malade, son entourage, les soignants et les bénévoles n'est pas toujours bien définie dans une équipe qui se veut multidisciplinaire.

La «juste distance», qui permet de se sentir plus à l'aise dans les situations difficiles de fin de vie, nécessite une réflexion personnelle et suscite souvent une remise en question qui n'est pas évidente.

Ce texte peut nous aider à réfléchir, chacun en fonction de notre contexte, à la manière dont nous accompagnons les autres, à ce que nous espérons ou attendons.

Ce cheminement personnel est indispensable, jamais achevé mais tellement riche.

Je vous souhaite de trouver dans ce numéro de quoi nourrir votre réflexion.

Betty Servais
Présidente



Depuis le 1er mars 2004, notre numéro de compte a changé.
Si vous souhaitez faire un don à notre association, vous pouvez dès à présent effectuer votre virement au compte
ING 310-1217134-64



Le lien et la distance



Entre ces deux extrémités, quelle est la place du malade et de ses proches, quelle est celle occupée par les soignants, par chacun dans l'équipe pluridisciplinaire?

- **La distance sans le lien introduit l'indifférence.**
- **Le lien sans la distance introduit la dépendance.**
- **Le lien et la distance conjugués introduisent l'ouverture de soi à ce que vit l'autre, sans être submergé, sans se laisser submerger.**

• **La distance juste** d'aucuns disent: la juste proximité - entre patients et soignants relève de la capacité qu'ont ces derniers d'accueillir l'intimité physique et psychique du malade livré à leurs soins.

La distance juste n'est pas une manière de tenir le malade à l'écart de soi, elle est une manière de tenir à distance de soi nos propres affects positifs, négatifs, mouvementés parfois, non en cherchant à les nier, au contraire en les acceptant comme faisant partie de notre humanité solidaire de celle de notre patient.

Ce qui outre des dispositions personnelles, exige des soignants, toutes catégories confondues, qu'ils **apprennent** à se situer entre distance et proximité, afin que les malades et leurs proches se sentent véritablement être écoutés, accueillis, accompagnés, ce qui, faut-il le souligner, constitue le pari des soins palliatifs.

Apprentissage indispensable dispensé dans des formations spécifiques auxquelles la motivation personnelle, le souci d'introduire dans sa profession ou son bénévolat une dimension humaine et spirituelle, apportent un supplément d'âme.

Remise en question de soi qu'il n'est pas utile de révéler au patient, il la perçoit au vu de la liberté de paroles, de gestes et de présence qu'elle induit dans les attitudes des soignants.

Encore faut-il souligner qu'une chose est la distance qui se veut respectueuse du devoir de réserve, attentive aux attentes relationnelles du malade, selon qu'il s'agit d'une personne plus ou moins introvertie ou extravertie. Une distance soucieuse d'une proximité réversible, en ce sens que les états psychologiques, relationnels et humains des malades évoluent, ils ne sont pas identiques tous les jours. C'est le malade qui imprime la distance ou la proximité dont il a besoin, ici et maintenant.

Autre chose est la distance que les soignants (médecins, infirmiers, soignants de toutes disciplines) utilisent comme paravent, pare-chocs, pare-peurs, pare-sentiments, pare-vérité, pare-impuissance...C'est de ces soignants-là qu'on entend dire qu'ils «s'en fichent», qu'ils n'ont «pas le temps», qu'avec les années ils se sont «endurcis», que de toutes les façons le malade n'est jamais qu'un «numéro» parmi d'autres.

Résonnent alors les questions: comment dans le quotidien des soins ne pas se laisser entamer par la souffrance de l'autre et des proches? A domicile par exemple, quand il est dit d'une infirmière qu'elle est devenue «comme faisant partie de la famille», comment n'être ni confondue, ni séparée? Questions récurrentes dans les formations à l'accompagnement.

• **Le lien juste** n'a rien de commun avec des relations impulsives qui peuvent s'établir quand soignants et bénévoles demeurent tributaires de leur seule subjectivité, de leurs souffrances personnelles, de leurs propres besoins relationnels ou de leur désir de trouver valorisation d'eux-mêmes.

Le lien évoqué ici se vit en équipe, se partage à plusieurs, ce qui en assure la justesse. Encore faut-il qu'un esprit d'équipe existe, vérifié et vivifié par les responsables du service.

Ceci dit, entre soignants et malades, soignants et familles, particulièrement quand il s'agit de fins de vie, le **L I E N A S E S D R O I T S**. Un lien dont nous dirions qu'il est un «amour» posé sur la pointe de la distance.

Certes, il n'est ni possible ni utile d'aimer tous les malades et leurs proches. Mais il est hautement souhaitable d'aimer l'humaine condition des personnes qui momentanément ou définitivement ont perdu le privilège de leur santé, perdu aussi l'illusion de leur immortalité...L'esprit des soins palliatifs se soutient de cet amour. Le mot «amour» lâché ici peut faire peur. Certains parmi les soignants, médecins compris, lui préféreront le terme «empathie», plus neutre, plus rapproché de la distance!

Il est une réponse à trouver pour accorder librement le lien et la distance, pour cesser de se mettre sous protection de la distance par crainte de s'enfermer dans le lien! Sous protection du lien par crainte de ne pas être suffisamment reconnu et valorisé comme «bon soignant» ou «bon bénévole»: le lien et la distance ont pour imprescriptible éthique un «prendre soin» du malade et de ses proches qui respecte et gratifie la dignité de chacun autant que sa liberté d'être vivant.

• LES SOIGNANTS

Ils sont proches des malades car en contacts continus avec eux, témoins de leurs souffrances, de leurs peurs, de leur inconfort, de leurs plaintes. En va-et-vient quotidien entre le médical, l'émotionnel et le relationnel de leurs patients mais aussi d'eux-mêmes, ils sont des soignants sans cesse sollicités. Moins que quiconque, ils ne peuvent «soigner» leurs patients sans «prendre soin» de leur personne à part entière. Ils ne peuvent être attentifs à la douleur physique et à la souffrance morale des malades sans



écouter ce qui émane d'eux, avec les mots ou sans les mots.

Mais encore une fois, appréhender quotidiennement les douleurs, souffrances, plaintes et angoisses des patients et savoir y répondre, suppose de travailler en équipe, de prendre le temps de se concerter, particulièrement quand l'impuissance est au rendez-vous, quand un espoir, de si courte durée soit-il s'effondre, quand les jours voire les heures s'amenuisent de manière significative.

Les soignants sont en première ligne du meilleur et du pire. Il importe donc qu'ils aient appris à recevoir les bénéfices du meilleur et les pertes du pire sur le terrain solidaire et émotionnel qui est le leur. Un terrain non asséché...

Outre le devoir d'éradiquer la douleur et autres symptômes autant que la médecine actuelle en a les moyens, l'esprit des soins palliatifs s'inscrit dans la ligne de **l'inachevé**. Si le malade n'est jamais laissé à lui-même, c'est-à-dire le plus possible accompagné au mieux de ses besoins et de ses attentes, ses proches accueillis et soutenus, chacun dans l'équipe palliative le laisse être lui-même.

Or, dans le cours de la vie comme à l'approche de la mort, laisser l'autre être lui-même revêt toujours quelque chose d'inattendu, de révélateur, d'inachevé parce que jamais réductible à un projet dont les limites seraient définissables à l'avance.

Le «prendre soin» des grands malades, a fortiori l'accompagnement des personnes en fin de vie, et en fin de vie plus ou moins imminente, ne peut s'inscrire que dans l'inachevé, l'inconnu cernant les contours de la vie restante.

Soigner et prendre soin, écouter et accompagner au sein même de l'inachevé préserve chacun dans l'équipe pluridisciplinaire de la tentation du pouvoir et de la toute puissance, de la tentation aussi de s'approprier soit la distance soit le lien.

Tentation plus présente dans les services curatifs où les soignants font figure de sauveurs, parce que souvent ils le sont, pour le bonheur ou la délivrance de leurs patients devenus débiteurs de gratitude.

En soins palliatifs, une autre approche s'impose où les rapports de force sont annulés par une perspective commune aux soignants et aux malades: la mortalité.

Il ne s'agit pas ici d'insinuer que les soignants ont symboliquement à quitter la vie avec leurs malades. Au contraire, l'écoute, l'accompagnement, le prendre soin des grands malades exigent la présence de personnes debout et vivantes.

C'est dire que la distance, qui préserve soignants et bénévoles de se laisser entamer dans les forces vives nécessaires à leurs tâches, est aussi ce qui leur permet d'aller à la rencontre de la mortalité des malades et d'oser avec chacun d'eux un lien jusqu'au bout.

Certes, nul n'échappe à cette destinée qui touche le monde des vivants, mais une chose est d'évoquer la destinée qui relègue la mort à plus tard, autre chose d'œuvrer dans une perspective qui en dit l'imminence.

Dans le cadre des soins palliatifs, cette perspective introduit la nécessité pour chacun (médecin, soignants, bénévoles) de rester sur le lieu de l'impuissance, du lien et de l'inachevé.

• LES BÉNÉVOLES

Dans le domaine des soins palliatifs, leur présence est souhaitée, ce qui dès le départ donne aux relations soignants - bénévoles - malades - familles un caractère ouvert et constructif.

Les bénévoles ont d'ailleurs un rôle important, tant dans l'équipe pluridisciplinaire qu'auprès des malades et de leurs proches, en ce sens qu'ils constituent comme une «passerelle» entre les uns et les autres. C'est en raison même de leur rôle de «passerelle» que les bénévoles ont à être particulièrement attentifs à l'éthique du lien et de la distance dans le cadre de leur travail.

En général, les malades et leurs proches apprécient la présence des bénévoles. Ils les perçoivent disponibles, sans à priori, soucieux d'être à l'écoute. Aucun signe ne manifestant qu'ils sont pressés ou que d'autres priorités les sollicitent dans l'instant, les malades n'ont pas peur de les déranger ou de les retenir. Le terrain est dès lors propice aux échanges, à l'instauration d'une relation d'où le médical est moins présent, voire absent.

C'est alors que, selon les forces physiques du malade, son état moral et psychologique, des «choses» se disent, superficielles ou personnelles, rapidement ou lentement, secrètes ou connues.

Des choses se disent par la magie de la rencontre, d'une sympathie réciproque qui se révèle, du moment propice, d'un instant de vie ou de survie à retenir.

Mais jamais il ne peut être question de «choses» plus ou moins extorquées par le bénévole, sous prétexte qu'il faut «faire parler» le malade. Or, des bénévoles disent parfois leur déception de n'entendre que «des choses banales, sans lien avec la vie et la mort».

Ce type de déception relève de l'idée préconçue de ce que devrait dire le malade...Plus profondément, cette déception, surtout si elle est récurrente, dévoile le besoin qu'a le bénévole d'être le témoin privilégié de confidences, ce qui le gratifie dans l'assurance, pense-t-il, d'être un «bon bénévole»!

Ici, le lien se pervertit au contact d'une recherche d'agrément qui n'a plus grand chose à voir avec l'esprit du bénévolat. Sans compter qu'à mésestimer les choses banales que racontent des malades, nous en arrivons à ne pas entendre les choses sérieuses lovées dans la banalité apparente.

Tout bénévole est donc interpellé par la distance et le lien. Le trait d'union entre l'une et l'autre a pour nom le discernement et la gratuité.

Discernement parce que les choses ne sont jamais figées, décidées à l'avance. En soins palliatifs, elles s'inscrivent nécessairement dans l'inachevé.

Gratuité parce que toutes les histoires d'accompagnement et de fin de vie ne répondent pas nécessairement à nos souhaits ni même à nos efforts, si légitimes ou louables soient-ils. Le lien et la distance demeurent une école d'humilité.

• **AU DOMICILE**

Le bénévolat représente une forme de solidarité de plus en plus nécessaire dans le style de société actuel.

Lors de soins palliatifs à domicile, par exemple, les bénévoles peuvent relayer une famille épuisée; remplacer ponctuellement des proches momentanément occupés ailleurs; rendre des services petits par la taille mais grands par leur apport au malade ou à la famille.

Les maladies longues, invalidantes fût-ce par les dépendances qu'elles installent sollicitent de plus en plus une présence que les familles ne peuvent pas toujours assurer. De plus ces dernières apprécient d'être aidées, écoutées et parfois remplacées par une personne discrète, compétente et chaleureuse, sans être envahissante par les débordements de son dévouement ou de ses sentiments.

Bien qu'étant au domicile du malade et des siens, ces bénévoles viennent de l'extérieur, ne font pas partie du contexte familial, n'ont pas une histoire antérieure avec la famille. D'une certaine manière, c'est leur spécificité et leur atout: entrer dans une famille qui a besoin d'eux, sans jugement, sans a priori, en un mot neutres. Ce qui ne signifie pas que des liens ne vont pas se développer avec le malade et avec les membres de la famille proche.

Au bénévole, soucieux de son éthique autant que de son efficacité et de son humanité, de garder la juste distance qui lui évite de tomber dans le piège, particulièrement au domicile, des partis pris et des jugements à fleur de sensibilité. En aucun cas, le bénévole, si apprécié soit-il, ne peut prendre la place des proches ou d'un proche auprès du malade, moins encore chercher à capter l'affection de l'un ou de l'autre.

Garder la juste distance permet d'établir le juste lien.

• **LE LIEN DANS L'ULTIME**

Communiquer dans l'ultime temps de vivre laisse des traces vives en chacun, en celui qui part et en ceux qui restent, en ceux qui soignent, en quiconque accompagne.

Ces traces vives, que nous le voulions ou non, ne nous laissent pas indemnes: à chaque décès, c'est un peu plus de **v i e** qui nous burine, nous mûrit, nous appelle. Pas un peu plus de mort mais bien un peu plus de vie...

Dans le lien ultime, paroles et gestes deviennent paroles et gestes d'émotion, ce qui ne laisse personne indifférent ou habitué. Soignants et bénévoles qui, avec la complicité des proches, sont pris ou acceptent de se laisser prendre dans un lien ultime, découvrent et reconnaissent ce que beaucoup ont peur d'avouer: l'amour de l'autre dans l'inachevé.

Claire Kebers
Formatrice en Soins Palliatifs

**GESTION ET MAINTENANCE
D'INSTALLATIONS TECHNIQUES**

DES SERVICES A LA MESURE DE VOS BESOINS:

- production de chaleur
- production de vapeur
- production de froid
- H.V.A.C.
- électricité basse et haute tension
- traitement des eaux
- équipements électromécaniques et électroniques
- air comprimé
- sécurité et détection incendie
- éclairage
- manutention



DANS : • l'industrie • les stations d'épuration • les ports et aéroports • les bases militaires • les immeubles de bureaux • les établissements de soins • les centres sportifs et les piscines • les centres informatiques • les centres commerciaux • le secteur HORECA

AXIMA
AXIMA SERVICES SA/W

AXIMA s.a.
World Trade Center - Tower 1
30, Blvd du Roi Albert II - bte 28
1000 BRUXELLES
Tél. 02/206 02 11 - Fax 02/206 03 20



La large gamme

TRADONAL®
de Viatris

Effervescent, IR, Retard 50mg

VIATRIS
chaussée de La Hulpe 166, 1170 Bruxelles

Pour créer un monde meilleur,
nous avons créé une société encore meilleure.



Nous travaillons à l'avenir de la médecine.
Nous sommes mieux armés pour guérir ces maladies qui
affligent l'humanité : cancer, maladie d'Alzheimer, diabète,
affections cardiaques, arthrite ou HIV/SIDA.

Nous pouvons compter sur la collaboration de 12 000
chercheurs et experts de la santé, qui composent la plus
grande équipe de recherche pharmaceutique du monde.
Rien que cette année, nous consacrerons plus de 5
milliards d'euro à la recherche et
au développement.

A cela s'ajoutent un groupe de produits de consommation
disposant de quelques-unes des marques les plus connues
du monde, ainsi que le groupe vétérinaire le plus complet
du monde.

Pfizer a les ressources, les talents et la détermination qui
lui permettent de contribuer davantage à la santé
de l'être humain comme ne l'a jamais fait
n'importe quelle autre société pharmaceutique.
Le monde récoltera demain les fruits de
notre travail d'aujourd'hui.



Life is our life's work

www.pfizer.com

PFIZER S.A. • BRUXELLES • TEL. 02/544 62 11

B
E
N
E
P



L'assistance nutritionnelle personnalisée

La nutrition et l'hydratation sont reconnues comme des facteurs importants dans la prise en charge thérapeutique globale.

C'est pourquoi Nestlé Clinical Nutrition a mis au point des produits nutritionnels formulés et présentés pour faciliter leur utilisation et répondre aux besoins de chaque patient.

**Nestlé
Clinutren.**

Clinutren, une gamme de compléments nutritionnels. Le conditionnement en cup, la grande variété de goûts salés et sucrés favorisent la prise régulière de ces compléments. Cette gamme possède en outre des produits spécifiques pour la nutrition et l'hydratation des patients dysphagiques.

**Nestlé
Sondalis**

Quand la nutrition orale est impossible ou insuffisante, l'utilisation d'une nutrition par sonde permet de fournir au patients les apports nutritionnels et hydriques nécessaires. La gamme Sondalis a été élaborée pour répondre aux besoins spécifiques en terme de formulation ou de volume à administrer.

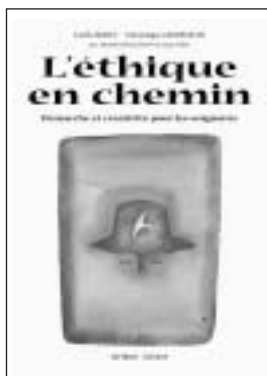
Si vous désirez des renseignements complémentaires sur les différents produits ou services de Nestlé Clinical Nutrition, veuillez nous contacter à l'adresse ci-contre



S.A. Nestlé belgilux
Rue de Birmingham 221 • 1070 Bruxelles
Tél : 02 529 52 30 • Fax : 02 529 56 19

«L'éthique en chemin»

Démarche et créativité pour les soignants
Cécile Bolly - Véronique Grandjean avec Michel Vanhalewyn et Serge Vidal



Cécile Bolly, médecin, et Véronique Grandjean, infirmière, se sont rencontrées lors d'une formation en éthique clinique au Centre d'Éthique Médicale de Lille. Toutes deux travaillent comme psychothérapeutes. Elles ont choisi d'écrire ce livre à quatre mains, avec l'amitié et la collaboration de Michel Vanhalewyn, médecin généraliste et de Serge Vidal, docteur en droit et psychothérapeute.

Tous les quatre conjuguent une expérience de soignants de terrain et d'animateurs de différents types de formations, entre autres à l'écoute, en soins palliatifs et en éthique.

Cécile Bolly et Michel Vanhalewyn sont également les auteurs du livre «Aux sources de l'instant», le déjà célèbre manuel de soins palliatifs à domicile offrant de nombreuses propositions et réflexions pour aider les soignants dans leur accompagnement de patients en fin de vie.

Résumé:

Chaque être humain porte en lui un espace secret, un jardin intérieur, un lieu d'intimité, de dialogue avec soi-même.

Ce lieu de profonde solitude est aussi celui d'un subtil partage quand, à travers la rencontre de l'autre, s'éprouve ce qui a pris forme au creux de l'être. C'est un lieu d'errance parfois.

Un lieu de reliance aussi. Un lieu de résonance encore. Lieu commun entre tous, lieu sacré sans doute, il laisse émerger l'éthique à la fois comme mise en question et comme source de créativité.

Les soignants, comme tous les autres, le soupçonnent, le découvrent, le délaissent, y retournent... A partir de leur expérience de confrontation avec la maladie, la souffrance, la vieillesse, la mort, ils demandent de plus en plus souvent d'être accompagnés pour y accueillir leurs doutes et leurs questions, pour en amplifier l'écho, pour en dessiner le sens. Ils expriment le besoin d'être soutenus dans leur réflexions, leurs prises de décision, leur recherche d'une attitude éthique au quotidien.

Ce livre est là pour eux qui se sentent une âme de soignant! Il est simplement né du désir de leur partager quelques repères, de leur proposer l'une ou l'autre balise, de leur donner envie de se mettre en route pour découvrir de nouveaux paysages.

Invitation à laisser ouvert l'espace du questionnement, à toujours travailler avec un regard de débu-

tant, à sans cesse cultiver les possibilités de transformation, il veut garder vif le souci éthique de chacun!

Vous pouvez commander cet ouvrage auprès de WEYRICH EDITION - Tél: 061/27 94 30
www.weyrich-edition.be

L'actualité des formations, séminaires et congrès

- «Le sens de mon accompagnement et de la souffrance rencontrée - 10/05/2004; A l'écoute de nos deuils: 21/06 & 22/06»: cycle de 3 journées d'approfondissement, organisé par l'asbl SARAH - Infos: 071/37 49 32 - asbl.sarah@skynet.be
- Formation de base: «Accompagner en soins palliatifs» à partir du 20/04, 27/04, 04/05, 11/05, 18/05 à Louvain-La-Neuve. Infos: Rivages - 010/81 84 05
- Formation: «Les expériences de la perte, la mort, les deuils: 27/03 & 28/03 à Wépion, organisé par le CEFEM - infos: 02/345 69 02
- Formation pour les médecins: «Le médecin face à l'agressivité du patient et des proches» les 27/03, 24/04, 15/05 et 19/06/2004 à Bruxelles. Infos: Cancer et Psychologie - 02/735 16 97 - canceretpsy@skynet.be
- **Séminaire** du 30 juin au 4 juillet 2004: «Ars Moriendi: Approche de la mort dans les grandes traditions et dans la clinique contemporaine.» animé par Marie de Hennezel et Jean-Yves Leloup. Lieu: Domaine de Damian - France 26220 Vesc.

Ce séminaire abordera dans un premier temps les présupposés anthropologiques de l'accompagnement des mourants dans les traditions judéo-chrétienne, hindoue, bouddhiste, et les différents «Ars Moriendi» du moyen-âge, le Livre tibétain des morts...

Dans un deuxième temps, les questions spirituelles et éthiques soulevées par l'accompagnement dans la clinique contemporaine seront évoquées. Cette session s'adresse à toute personne désirant approfondir, pour des raisons personnelles ou professionnelles, sa réflexion face aux questions spirituelles posées par la mort.

Informations pratiques: Tetra asbl - tél :010-88 99 60

Vous soutenez notre association

en versant un don au compte
ING n° 310-1217134-64 de Continuing Care.

Depuis le 1^{er} janvier 2002, tous les dons d'au moins **30 euros** donnent droit à une exonération fiscale, envoyée en fin d'exercice.

CONTINUING CARE ASBL
479 chaussée de Louvain à 1030 Bruxelles.
Tél.: 02/743 45 90
Fax: 02/743 45 91
de 8h. à 16h.
e-mail: info@continuingcare.be
site web: www.continuingcare.be





CHERCHER LE PATIENT ATTEINT DE DOULEUR CHRONIQUE.



• patch au fentanyl plus convivial pour le patient,
 • analgésie stable 3 jours durant,
 • moins d'effets indésirables, meilleur qualité de vie.

Pourquoi sous-traiter quand vous pouvez traiter avec Durogesic ?

La douleur chronique se fait souvent ressentir jusque dans la vie sociale. C'est pourquoi votre tâche et la nôtre va plus loin que l'élimination de la souffrance. Il est tout aussi

important de retrouver une qualité de vie.

Durogesic vous aidera à atteindre cet objectif. Le patch analgésique de fentanyl permet de mieux doser et offre une maîtrise constante de la douleur pendant trois jours. Une efficacité comparable à la morphine, mais avec une bonne tolérance. Pas étonnant que votre patient(e) atteint(e) de douleur chronique opte plutôt pour Durogesic. Il ou elle retrouve sa vie sociale, sa famille, ses amis et ses loisirs. Avec Durogesic, c'est bien plus qu'un antidouleur que vous donnez à votre patient.



FENTANYL SYSTEME TRANSDERMIQUE
Durogesic
 Oubliez la douleur, ressentez la vie.

Dénomination: Durogesic® - **Titulaire de l'enregistrement:** Janssen-Cilag S.A. - **Indications:** Durogesic est indiqué dans le traitement de la douleur chronique due à un cancer et de la douleur rebelle qui requiert un traitement par des analgésiques opioïdes. **Posologie et mode d'emploi:** Durogesic est dosé individuellement, selon l'état du patient. Le traitement doit être réévalué à des intervalles réguliers après administration. Durogesic doit être appliqué sur une peau non irritée et non irradiée au niveau du thorax ou de la partie supérieure du bras. A l'endroit de l'application, les poils (si aucune surface glabre ne peut être trouvée) doivent être coupés (pas rasés) avant d'appliquer le système transdermique. Si l'endroit de l'application doit être nettoyé avant d'appliquer Durogesic, il est préférable de le faire à l'eau claire. Le savon, l'huile, les lotions ou tout autre produit qui peut irriter ou modifier les propriétés de la peau doivent de préférence être évités. La peau doit être complètement sèche avant que le système soit appliqué. Durogesic doit être appliqué immédiatement après son retrait du sachet. Le système transdermique doit être maintenu fermement avec la paume de la main contre la peau pendant environ 30 secondes pour assurer un contact total, particulièrement sur les bords. Durogesic peut être porté pendant 72 heures. Un nouveau système ne peut être appliqué qu'après retrait du système précédent et toujours à un autre endroit sur la peau. Un système transdermique ne peut être appliqué sur la même surface cutanée qu'au bout de quelques jours. **Mode d'emploi:** 1. Ouvrez le sachet juste avant emploi en le déchirant à partir de l'entaille sur le côté. 2. Retirez le système transdermique du sachet. 3. Le système transdermique lui-même adhère à une couche de protection plus grande. Tenez le système transdermique de manière à ce que le texte soit lisible et dirigé vers le haut. Détachez sur un coin le système transdermique de la couche de protection plus grande et retirez-le ensuite entièrement. Evitez de toucher la face adhésive du système transdermique. 4. Collez le système transdermique sur la peau (poitrine ou partie supérieure du bras) et appuyez dessus fermement avec la paume de la main pendant 30 sec. Assurez-vous que la totalité du système transdermique entre bien en contact avec la peau et surtout que les coins adhèrent bien. 5. Lavez vos mains ensuite soigneusement à l'eau claire (pas de savon). Le système transdermique ne doit jamais être coupé! Il est possible de prendre des bains, des douches ou de nager tout en portant un système transdermique. **Sélection de la dose initiale:** La dose initiale de Durogesic doit être déterminée à partir de l'utilisation en cours d'opioïdes par le patient, et compte tenu du degré de tolérance aux opioïdes (s'il y a tolérance) et de l'état médical général du patient. Chez les patients exposés pour la première fois aux opioïdes, il faut utiliser la dose de départ la plus faible (la savoir 25 microgrammes/heure). Chez les patients utilisant déjà des opioïdes; pour substituer Durogesic à des opioïdes oraux ou parentéraux, il est recommandé de suivre la procédure suivante: 1. Calculez les besoins en analgésiques centraux des 24 heures précédentes. 2. Convertissez cette quantité en dose équianalgésique de morphine à l'aide du tableau 1. Toutes les doses IM, et orales dans ce tableau sont considérées comme équivalentes à l'effet analgésique de 10 mg de morphine IM. 3. Le tableau 2 mentionne les doses orales de morphine par 24 heures recommandées pour la conversion en chaque dose de Durogesic. Utilisez ce tableau pour déterminer la dose de Durogesic correspondante à la dose de morphine calculée pour 24 heures. Tant chez les patients qui sont exposés pour la première fois aux opioïdes que chez ceux qui en utilisent déjà, l'effet analgésique maximal de Durogesic ne peut pas être évalué avant que le système ait été porté pendant 24 heures. Ce délai est dû à l'augmentation progressive de la concentration sérique du fentanyl au cours des premières 24 heures après la première administration. Un traitement analgésique préexistant doit donc être diminué progressivement après l'administration de la première dose de Durogesic, jusqu'à ce que ce dernier soit efficace d'un point de vue analgésique. Pour des motifs cliniques, les patients peuvent avoir besoin d'un analgésique supplémentaire de courte durée d'action. Les médicaments non

morphinimimétiques suivants peuvent alors être pris en considération (p.ex. le paracétamol, l'acide acétylsalicylique, les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens) ainsi que les médicaments morphinimimétiques légers de préférence les médicaments possédant des propriétés partiellement agonistes ou antagonistes). **Ajustement de la dose et traitement d'entretien:** Le système transdermique Durogesic doit être remplacé toutes les 72 heures. La posologie doit être ajustée individuellement jusqu'à ce qu'une efficacité analgésique suffisante soit atteinte. Si l'analgésie est insuffisante après l'administration initiale, la dose peut être augmentée au bout de 3 jours. Des ajustements ultérieurs de la dose peuvent ensuite être effectués tous les 3 jours. Dans ce cas aussi, un analgésique à courte durée d'action peut s'avérer nécessaire (voir plus haut). L'ajustement de la dose est normalement effectué par augmentations de 25 microgrammes/h, mais il faut tenir compte des besoins analgésiques supplémentaires (morphine orale 90 mg/jour ou Durogesic 25 microgrammes/h) et du niveau de douleur du patient. Plusieurs systèmes Durogesic peuvent être utilisés en même temps pour atteindre des doses supérieures à 100 microgrammes/h. Pour des motifs cliniques, des patients peuvent parfois avoir besoin de doses supplémentaires périodiques d'un analgésique à courte durée d'action pour lutter contre une "poussée de douleur" (voir plus haut). Certains patients peuvent avoir besoin de méthodes additionnelles ou alternatives d'administration d'opioïde lorsque la dose de Durogesic dépasse 300 microgrammes/h. **Arrêt de Durogesic:** Si l'arrêt de Durogesic s'avère nécessaire, le remplacement par d'autres opioïdes doit se faire progressivement, en commençant par une faible dose qui est lentement augmentée. Les taux de fentanyl diminuent en effet progressivement après le retrait de Durogesic. Il faut 17 heures ou plus pour que la concentration sérique du fentanyl diminue de 50%. D'une manière générale, un traitement par un analgésique opioïde doit être arrêté progressivement pour éviter l'apparition de symptômes de sevrage. **Contre-indications:** L'emploi chez les enfants de moins de 12 ans ou chez les enfants de moins de 50 kg est contre-indiqué. Durogesic est également contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité connue au fentanyl ou aux substances adhésives du système. **Effets indésirables:** Comme avec tous les opioïdes puissants, l'effet indésirable le plus grave est la dépression respiratoire. Les autres effets indésirables apparentés aux opioïdes comprennent: nausées, vomissements, constipation, hypotension, bradycardie, somnolence, confusion, hallucinations, euphorie, sudation et rétention urinaire. Des réactions cutanées comme rash, érythème et prurit ont été rapportées dans certains cas. Ces réactions disparaissent généralement spontanément dans les 24 heures qui suivent le retrait du système transdermique. **Dépendance aux narcotiques:** Le fentanyl peut, en cas d'administration répétée, comme tous les morphiniques et leurs dérivés, provoquer une dépendance physique et psychique (respectivement addiction et toxicomanie). Généralement, plus la durée du traitement et la dose administrée augmentent, plus l'addiction augmente. On constate également qu'au cours du temps, il est nécessaire d'utiliser de plus en plus de médicament pour obtenir un même effet analgésique (tolérance ou accoutumance). Cependant, chez les patients cancéreux, il s'avère que la tolérance n'est pas un problème significatif, étant donné que la progression de la maladie constitue alors la cause principale de l'augmentation de la dose. Dans le cas de l'arrêt progressif du médicament, de son remplacement par un autre morphinimimétique moins puissant ou de l'administration d'un antagoniste, il peut apparaître un syndrome de sevrage avec entre autres des troubles de l'équilibre, des tremblements et de l'angoisse, des vomissements, de la diarrhée et une augmentation de la tension artérielle. **Délivrance:** La prescription obligatoire doit satisfaire aux modalités légales requises en matière de stupéfiants. Dernière mise à jour de la notice: 04.04.2001 - Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.