

LE PHARMACIEN : un spécialiste à découvrir

Entrevue avec Jean-Yves Langevin, pharmacien

JOHANNE DE MONTIGNY, M.A. PS.

Unité de soins palliatifs, Centre universitaire de santé McGill

Hôpital général de Montréal

Courriel : jo.de.montigny@videotron.ca

S la publicité nous incite à considérer Jean Coutu comme un ami, vous trouverez en Jean-Yves Langevin plus qu'un ami : un collègue remarquable sur qui l'on peut s'appuyer. Le rôle du pharmacien en soins palliatifs est-il bien connu des autres professionnels de la santé et de la population en général? Surtout avons-nous appris à le consulter systématiquement dans nos équipes multidisciplinaires?

J'ai croisé Jean-Yves Langevin à l'occasion de nombreux congrès du Réseau québécois de soins palliatifs et j'ai entendu ses interventions à quelques reprises. Cet homme possède un charisme qui donne le goût de le connaître davantage. Il a travaillé en région comme un capitaine expert chargé d'évaluer les risques, car il a dû prendre et assumer certaines décisions pour le mieux-être des grands malades.

Le soulagement de la douleur demeure à ce jour le fondement de l'approche palliative. La qualité de vie des malades résulte d'un effort multidisciplinaire consolidé par le pharmacien comme l'un de nos principaux coéquipiers. En quoi son rôle nous est-il essentiel? Sa place est-elle clairement établie au sein des équipes de soins palliatifs tant dans les grands centres que dans les secteurs plus éloignés? Médecins, infirmières, ou psycho-

logues le consultent-ils d'emblée? Mais quelles sont donc ses responsabilités dominantes? Voilà autant de questions que nous tenterons de creuser en profondeur.

Jean-Yves, tout d'abord un grand merci de bien vouloir nous renseigner sur ta profession et ton apport dans la grande région du Saguenay.

Comment es-tu arrivé aux soins palliatifs en tant que pharmacien? Peux-tu nous présenter ta trajectoire?

*Au début de ma carrière, j'ai travaillé en gériatrie et j'ai été touché par la souffrance des personnes. Par la suite, c'est le décès d'un ami souffrant de douleurs incontrôlables qui a été l'élément qui m'a stimulé à approfondir les modalités du traitement de la douleur. Le contact avec d'autres pharmaciens intéressés par ce domaine a également été le plus stimulant et le plus formateur. De ce regroupement de pharmaciens en établissements de santé qu'on appelait à l'époque la SPOC (Spécialité professionnelle ou clinique) de soins palliatifs est né le *Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes*, dont la quatrième édition a été publiée en 2008.*

Est-ce que tu travailles essentiellement à domicile et comment recourt-on à tes services ?

Présentement je suis à la retraite et je pratique comme pharmacien itinérant principalement aux CSSS (Centre de santé et de services sociaux) de Jonquière et de la Haute-Côte-Nord. C'est au CSSS de Chicoutimi que j'ai pratiqué tout au long de ma carrière, dans une équipe de pharmaciens où la polyvalence était nécessaire. Mon travail a été effectué principalement en chimiothérapie, à la distribution générale, en pharmacocinétique (étude du devenir des médicaments dans l'organisme), en clinique et en soins palliatifs, et ce, sur un horaire de jour, de soir et de fin de semaine. Au début, ma contribution en soins palliatifs visait à offrir aux médecins généralistes et spécialistes une consultation en gestion de la douleur avec suivi pour les patients en phase avancée de cancer. Par la suite, à raison d'une journée par semaine au sein d'une équipe multidisciplinaire, j'ai travaillé dans une maison de soins palliatifs, la Maison Notre-Dame-du-Saguenay. Toujours au sein d'une équipe multidisciplinaire j'ai travaillé dans une unité de soins palliatifs au CSSS de Chicoutimi. Après de multiples années d'efforts de la part d'un comité dont je faisais partie, cette unité a finalement été inaugurée grâce à la docteure Hélène Archibald, pneumologue. En consacrant sa pratique uniquement aux soins palliatifs, elle a réussi à convaincre la direction de la pertinence d'offrir des soins palliatifs intégrés et localisés dans une unité spécifique.

Qui sont tes principaux alliés ? (Les médecins, les autres pharmaciens, les aidants naturels ?...).

Mon premier allié est le patient ; le patient étant au centre de notre action en soins palliatifs il est primordial d'établir un lien de confiance pour ainsi pouvoir agir promptement sur ce qui se présente et permettre à l'équipe d'intervenir selon les besoins spécifiques de chacun.

Nous sommes souvent témoins de la résistance des personnes à recourir à une médication, soit à cause de craintes dues à

leurs expériences passées, soit à cause de rumeurs sur leur inefficacité ou sur leurs effets indésirables et contraignants. Est-ce également là ton constat ou considères-tu au contraire que la plupart des personnes gravement malades cherchent un soulagement sans idées préconçues ?

Des idées préconçues il y en a ; pensons aux mythes concernant l'usage des narcotiques comme la tolérance, la dépendance ou la détresse respiratoire. On peut contourner cette résistance au traitement si l'on prend soin de bien expliquer au patient et à son entourage les effets positifs de l'analgésie. Il en est de même des effets secondaires. Ils sont prévisibles, on peut soit les prévenir, c'est le cas de la constipation, soit les minimiser s'ils sont temporaires, c'est le cas de la somnolence, ou bien les traiter avec d'autres médicaments, c'est le cas des myoclonies. Souvent le pharmacien a une solution ou du moins l'espoir d'en avoir une parce que pour le patient il est le spécialiste du médicament, ce qui par ailleurs facilite l'établissement du lien de confiance si réconfortant et rassurant.

Aux yeux de plusieurs les médicaments portent des noms compliqués, difficiles à prononcer ou à retenir. Certaines personnes préfèrent ne pas explorer leur contenu ni connaître davantage leur pouvoir. Font-elles systématiquement confiance au médecin qui leur a remis la prescription ou viennent-elles par la suite recueillir les informations au compte-goutte par l'entremise de leur pharmacien ?

Certaines personnes ne veulent rien savoir, d'autres veulent tout savoir et il y a celles qui savent déjà tout avant même de consulter surtout avec l'abondance d'informations disponibles sur Internet. Toutes ces positions sont légitimes, on doit simplement tenir compte de la situation de la personne, de ses croyances, de ses doutes ou de ses peurs si on veut l'aider de la façon qui lui convienne le mieux.

La pharmacologie serait-elle jugée à tort comme un marché essentiellement lucratif plutôt qu'une voie de soulagement, sa vraie mission de départ ? Je fais ici référence aux produits génériques que certains pharmaciens favorisent et nous proposent plutôt que les marques originales que d'autres

semblent considérer comme trop onéreuses. Un ami chercheur me disait que souvent la composition interne du produit générique est effectivement identique, mais que parfois la pauvre qualité de son enrobement peut faire la différence et entraîner des problèmes méconnus ou minimisés par la population. Comment s'y retrouver ?

Les commentaires de ce genre concernant les génériques sont fréquents, mais ils étaient plus pertinents auparavant ; aujourd'hui, les compagnies de médicaments génériques sont des compagnies responsables et leurs produits doivent répondre à de hauts critères de fabrication. Ces compagnies doivent s'assurer, entre autres choses, de la biodisponibilité pour que l'effet du médicament soit prévisible. On peut se fier à son pharmacien pour ce qui est des équivalences entre le produit original et le générique. Pour certains produits le pharmacien n'appliquera pas l'équivalence parce que l'écart thérapeutique du produit est trop étroit, c'est-à-dire que l'écart entre la concentration sous-thérapeutique (perte d'efficacité) et la concentration sub-thérapeutique (toxicité) est mince ; c'est le cas de certains anticonvulsivants, tonocardiaques et autres.

Comment expliquer un tel écart de prix entre les produits originaux et les génériques ? (Fabrication, griffe, monopole... ?).

Pour payer ton ami chercheur Johanne. Pour une compagnie pharmaceutique les coûts liés à la mise au point d'un nouveau médicament sont énormes et s'étalent sur plusieurs années. Toutes les étapes à suivre sont encadrées et contraignantes et n'aboutissent pas nécessairement à la commercialisation du produit. De plus, les coûts liés à la phase du marketing d'un nouveau produit sont très importants. La compagnie générique n'a pas à effectuer ces étapes de recherche et de marketing, ce qui leur permet de diminuer substantiellement le prix du médicament.

8. *Que dirais-tu à une personne profondément déprimée à qui l'on recommande une médication, mais qui renonce à y recourir pour des raisons imprécises ou qui nous échappent ?*

Je lui dirais qu'on peut guérir d'une dépression, même majeure, sans médicament, mais que cela peut être très long et difficile et qu'il y aura plusieurs désavantages pour soi-même et son entourage : perte d'emploi et d'amis, risque accru de récurrence, etc. La dépression peut être d'origine endogène et ou exogène ; pour la dimension exogène, l'intervention d'un psychologue est certainement aidante (choc de vie, crise situationnelle...), mais au regard de la dimension endogène, c'est-à-dire reliée à la chimie du cerveau, les médicaments aideront au rétablissement des médiateurs chimiques perturbés dans la dépression.

Certaines personnes révèlent qu'elles ont obtenu une prescription de leur médecin sans par la suite consommer les médicaments prescrits. J'ai souvent pensé que ce phénomène était peu exploré dans la recherche ou dans le récit des patients. En as-tu déjà fait le constat ?

C'est ce qu'on désigne comme la non-compliance au traitement. J'ai déjà reçu de la part du conjoint d'une personne décédée des quantités phénoménales de médicaments que la patiente disait prendre fidèlement et qui étaient littéralement engrangés. La tâche du pharmacien est de vérifier auprès du patient si le médicament est effectivement pris. Des paramètres biologiques peuvent aider à évaluer la compliance. Certains pharmaciens font même des visites à domicile pour vérifier *de visu* la compliance. Le patient est peut-être plus enclin à exprimer ses craintes dans le contexte du domicile, mais peu importe le lieu, il faut être vigilant concernant la compliance, vérifier les dates de renouvellement et évaluer par des questions spécifiques la perception du patient par rapport à sa médication.

Les pharmaciens sont-ils eux-mêmes réticents à recourir à la médication lorsque cela est nécessaire, à cause d'une déformation professionnelle ou de craintes personnelles ?

Je ne saurais dire, mais je crois que cela dépend de la personnalité de l'individu. Personnellement je suis plutôt réticent mais, quand cela s'avère nécessaire, je n'hésite pas à prendre le bon médicament.

Contrairement au psychologue qui souvent éprouve un sentiment d'impuissance à soulager, le pharmacien a toujours un moyen de rechange à proposer, non ? Lui arrive-t-il également d'éprouver un sentiment d'impuissance ?

Certainement, mais on a plusieurs cordes à notre arc et c'est un avantage. J'ai beaucoup travaillé en oncologie ; lorsqu'un traitement n'est plus efficace on a des solutions de rechange, mais oui, finalement on éprouve un sentiment d'impuissance dans bien des cas. Le contrôle de la douleur n'est pas toujours optimal malgré l'éventail des traitements. Ce qu'on vise c'est une amélioration de la condition pour maintenir le plus possible une qualité de vie.

Quelle est la découverte dont tu es le plus fier, par exemple pour le soulagement de la douleur ?

Pour les douleurs somatiques, le timbre cutané de fentanyl qui a une durée d'efficacité de trois jours et qui agit comme une perfusion continue. Cette longue durée d'action permet d'atteindre plus facilement l'un des objectifs du soulagement de la douleur qui est de faire oublier le souvenir de la douleur. C'est une grande amélioration plutôt que de prendre une médication aux quatre heures. Pour les douleurs neuropathiques ou réfractaires, l'utilisation de la méthadone peut s'avérer miraculeuse.

Comment le pharmacien compose-t-il avec les produits dits naturels que certains considèrent comme non toxiques, voire moins dangereux ?

On peut considérer ces produits comme non toxiques voire non dangereux, mais il faut connaître leurs caractéristiques, car ils peuvent être néfastes par

rapport à certains médicaments ou à certaines pathologies. Si leur usage n'est pas dangereux pour le patient, il peut être difficile de le déconseiller particulièrement s'il maintient l'espoir mais à quel prix, car les produits naturels peuvent être très onéreux.

Quel est l'avenir du pharmacien en soins palliatifs ? Par exemple, manifeste-t-il une certaine inquiétude relativement à l'adoption et à l'application potentielles d'une loi en matière d'euthanasie ?¹

Le pharmacien est habitué à se conformer aux lois dans sa pratique. S'il y avait une loi encadrant la pratique de l'euthanasie pour les patients dont les derniers moments de la vie ne sont plus acceptables par celui-ci, je crois que les pharmaciens y participeraient dans le meilleur intérêt des patients. Le grand défi dans cette problématique est la disparité dans l'application des soins palliatifs pour les différentes clientèles (pédiatrie, cardiologie, gériatrie, oncologie et autres) et dans tous les milieux (CSSS, CHSLD, maisons de fin de vie et domicile). En l'absence de soins palliatifs, l'euthanasie peut sembler la plus humaine des attitudes.

Nous avons eu si souvent l'occasion de nous croiser dans les congrès ; il me semble que le titre de pionnier que tu as reçu lors du congrès 2010 te convient tout à fait. Quelles ont été tes principales responsabilités au sein de l'Association et plus tard dans le Réseau des soins palliatifs ?

Mon engagement se résume ainsi : membre du conseil d'administration de 1990 à 2007, responsable de la publication du bulletin du Réseau pendant une longue période et président organisateur de deux congrès annuels, en 1996 avec Cécile Labelle et en 2005 avec Alberte Déry. Un autre moment fort fut ma participation au comité sur les normes de pratique en 2000, sous la présidence du docteur Claude Lamontagne et leur publication en février 2001, dans un bulletin du Réseau.

Quant au titre de pionnier, c'est une attention très touchante pour laquelle je suis reconnaissant, reconnaissant envers ceux et celles qui ont songé à ce

titre et vraiment fier de le partager avec ces quatre personnes pour lesquelles j'éprouve admiration et affection. C'est avec bonheur que je me permets de les saluer : Odette Lavallée, Michèle Viau-Chagnon, Robert Dagenais et Claude Lamontagne, et de leur rappeler le si bel hommage : « *Pour votre vision des soins palliatifs vous êtes de véritables pionniers qui ont légué un immense héritage à l'ensemble de la communauté québécoise.* »

Si tu avais certaines recommandations à formuler au Ministre de la santé, quelles seraient les plus importantes à l'heure actuelle ou dans un avenir non lointain ?

Transposer les normes et les valeurs des soins palliatifs à l'ensemble du système de santé : l'approche holistique, humaniste et compatissante des intervenants, la solidarité, la reconnaissance de la valeur intrinsèque de la personne comme individu unique et le respect de son autorité.

Jean-Yves, tu viens de nous livrer les grandes lignes d'un métier que tu as exercé avec cœur pendant de nombreuses années. La relève pourra largement s'inspirer de ton labeur et de ta ferveur pour multiplier les potentiels à l'horizon. Au nom de tous nos collègues, je tiens à te remercier pour tes réalisations et je te souhaite la douceur d'une retraite fort méritée. Chapeau!

NOTES

1. Les opinions formulées n'engagent que la personne interviewée. (Politique éditoriale des *Cahiers francophones de soins palliatifs*). NDLR.