

# Tut'Art

## LA DOULEUR ET SON TRAITEMENT À L'ÉCLAIRAGE DE L'ÉTHIQUE

### I. NEUROPHYSIOLOGIE :



#### 1) LES VOIES DE LA DOULEUR :

- Quand on se coupe au niveau du pouce par exemple, l'information passe par des neurones spécialisés appelés **nocicepteurs** (*noci* : ce qui peut nuire / *cepteur* : récepteur). **Ce sont des neurones de perception de la douleur.**
- Ces neurones vont faire cheminer l'information de la périphérie jusqu'au cortex, c'est une voie à 2 neurones.

👉 *Note Tut' : cette partie sur la voie de la douleur sera revue plus précisément en anatomie*

#### 2) LES SYSTEMES DE MODULATION :

- Il existe des filtres de la douleur d'une part, et des systèmes de renforcement de l'information douloureuse d'autre part.
- Pour ce qui est des systèmes de filtre, on a deux mécanismes principaux : la principale est la voie descendante venant du tronc cérébral impactant la première synapse. Ce mécanisme est important car il s'agit de la **cible des molécules antalgiques**.

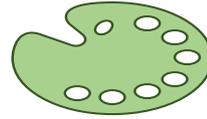
#### 3) PROJECTION AU NIVEAU DU CERVEAU :

- **Il n'y a pas une zone particulière de projection.** Le cortex somato-sensoriel (*somato* : corps) primaire permet de connaître la localisation de la douleur ainsi que son intensité.
- Il existe des interconnexions avec beaucoup d'autres zones du cerveau.
- **On ne parle donc plus de zone de projection de la douleur mais plutôt de matrice de la douleur.**

#### À retenir :

- On a deux synapses dans la voie de la douleur.**
- On a des systèmes de modulation, cibles des antalgiques.**
- On parle de matrice de projection de la douleur, et non de zone.**

## II. DÉFINITIONS



### 1) LA DOULEUR :

- Expérience **sensorielle et émotionnelle** désagréable associée à une lésion tissulaire :
  - **réelle** (ex : *coupure*)
  - **potentielle** (ex : *soupçon d'un diagnostic avant les examens*)
  - **décrite dans ces termes** (ex : *douleur chronique*).
- On appelle le dernier cas le phénomène de douleur **nociplastique**. Elle résulte d'une **altération de la nociception**.
- **La sensorialité sans l'émotion n'est pas de la douleur mais de la nociception ++**
- Donc une douleur peut être liée à une atteinte de toute partie du système de nociception ou à un dysfonctionnement de ce système, en particulier du système de modulation (frein de perception).

### 2) LA DOULEUR CHRONIQUE :

- Définition de la HAS : la douleur chronique est un syndrome **multidimensionnel** qui présente plusieurs des caractéristiques suivantes, qui doivent être **réunies ++** :
  - La **persistance** ou la récurrence au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, et notamment pendant plus de 3 mois (à l'époque : 6 mois).
  - Une **réponse insuffisante au traitement**.
  - Une **détérioration** significative et progressive des **capacités fonctionnelles et relationnelles** du patient dans ses activités de la vie journalière.
- Il y a donc vraiment une souffrance existentielle suite à une histoire douloureuse initiale.

### 3) LA DOULEUR AIGUE :

- La douleur aiguë survient suite à une lésion tissulaire, via les voies de nociception et est associée à une émotion.

### 4) LA DOULEUR PROLONGÉE :

La douleur prolongée survient également suite à une lésion tissulaire, via les voies de nociception et est associée à une émotion, ainsi qu'à :

- Des **pensées associées** (ex : *le patient se projette de façon catastrophique dans son avenir, de par la limitation de ses activités*).
- Un **comportement douloureux** (ex : *attitude antalgique permettant de soulager une hernie*).

- La notion de **souffrance globale** (*ex : lorsque les troubles atteignent toutes les dimensions existentielles*).
- Une **difficulté à répondre aux contraintes externes** (*ex : contraintes du travail, de la famille,...*).

### douleur chronique VS douleur prolongée

La douleur chronique présente le même tableau que la douleur prolongée. La différence est seule, que dans la douleur chronique, le processus lésionnel de base est guéri ou stabilisé. La douleur ne s'explique plus par ce processus.

## 5) L'ÉTHIQUE CLINIQUE :

- L'éthique clinique est à la fois un **questionnement** né de la pratique soignante et une **réflexion** à son propos.
- On se questionne sur ce qui a été fait et ce qu'il faut faire, une prise de recul pour savoir quel comportement adopter si on est amené à être face à un cas similaire à l'avenir.
- Elle explore le **sens** et la **finalité** de l'action.
- Elle met en tension le raisonnement **déontologiste** (« que dois-je faire » en fonction des normes professionnelles, des lois morales qui alimentent la loi d'une société) et le raisonnement **conséquentialiste** (« quel est le bien du patient » et « comment bien faire » : agir pour le bien du patient après avoir évalué les conséquences).
- L'éthique se nourrit de différents domaines/propos (*morale, philosophie, science, psychologie, technique médicale et soignante, droit*) afin de prendre une décision prudente dans une **situation singulière**.
- **La loi** (*ex : Code de Déontologie, règles précises*) **s'intéresse à des situations générales, contrairement à l'éthique, qui touche à des situations singulières.**
- Elle nous aide à **justifier** nos actions, nos choix, à répondre à la question « au nom de quoi telle décision est la bonne, la meilleure ou la moins mauvaise.
  - Actuellement le médecin ne prend plus les décisions seul dans son coin : il va y avoir une **discussion** de l'équipe médico-soignante (**collégialité**).
  - L'éthique clinique fait donc partie des **bonnes pratiques médico-soignantes**.



### **À retenir :**

**La douleur est sensorielle et émotionnelle.  
Il existe des douleurs nociplastiques.  
La douleur chronique est une douleur prolongée avec disparition du processus lésionnel initial.**

# I. PRINCIPES ÉTHIQUES CARDINAUX



## 1) INTRODUCTION

Pour avoir une utilisation pratique de l'éthique, on peut se rattacher à **des principes éthiques cardinaux ++** relativement reconnus universellement (*en tous cas dans les pays occidentaux*).



Ils ont été instaurés par **Beauchamp et Childress** en **1979** suite aux procès de Nuremberg. Ces principes sont les suivants :

- ✦ **Autonomie** : capacité pour chaque patient de faire des choix moraux concernant sa santé.
- ✦ **Bienfaisance** : faire le bien du patient.
- ✦ **Non-malfaisance** : éviter d'être nuisible au patient.
- ✦ **Justice/Équité** : répartir convenablement les ressources en santé en fonction des besoins.

## AUTONOMIE

S'engager à faire participer le patient au processus décisionnel à toutes les étapes de sa maladie.

### a) Historique :

Affirmation progressive depuis le 18<sup>e</sup> siècle, d'un **sujet pourvu d'une dignité intrinsèque et autonome**, c'est-à-dire capable de faire des choix moraux en faisant usage de sa raison sans qu'ils lui soient imposés de l'extérieur.

### b) Conséquences :

- Le savoir confère un statut spécial au soignant, mais il est de sa responsabilité : de ne pas négliger ce que ressent le patient, de **recueillir sa vision personnelle** de la vie, de la maladie, de la souffrance et de la mort et d'écouter ce qui fait sens pour le patient à l'étape où il en est de sa maladie. Seul le malade vit sa maladie. → **Rééquilibrage du rapport entre le soigné et le soignant.**
- Le **schéma traditionnel de la clinique paternaliste** : le médecin considère le patient comme un enfant qu'il doit guider jusqu'à la guérison, est **bouleversé**.
- La **primauté de l'autonomie morale du malade dans le soin** caractérise ce que l'on appelle **l'éthique de l'autonomie** (++ aux USA).

### c) Application à la douleur :

- Un soulagement insuffisant de la douleur a des conséquences néfastes tant sur le plan humain que social. La **capacité de décision** s'en trouve profondément **altérée**.

- Le **sentiment de dignité** chez les personnes rendues vulnérables par la douleur, la maladie et la dépendance peut être **amoindri** au point d'aboutir parfois à une demande d'assistance au suicide ou d'euthanasie au nom du principe « d'autonomie » et de respect de leur « dignité ».
- **L'autonomie est vulnérable**. Elle peut régresser avec l'âge, la maladie (*ex : Alzheimer*), voire disparaître (*ex : démence évoluée*) et doit être **soutenue voire substituée**, en respectant un certain nombre de règles, en particulier si le patient a laissé des **consignes** précises (*ex : personne de confiance*). L'éthique de l'autonomie est de plus en plus prise en considération en Europe.

À retenir : Un soulagement insuffisant de la douleur a des conséquences néfastes tant sur le plan humain que social. L'autonomie est vulnérable.

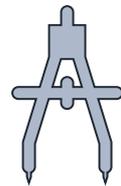
~~~~~

## BIENFAISANCE

Accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel.

### a) Conséquences :

- Une approche **combinée** (pharmacologique, chirurgicale, psychologique, relationnelle, corporelle et sociale) permet d'apporter une réponse **personnalisée** et **humaine** aux différentes dimensions de l'expérience douloureuse.
- Cette action est vécue par le patient comme bienfaitante.



### b) Faillibilité du principe de bienfaisance :

Il y a une certaine faillibilité du principe de bienfaisance dans la douleur. On va voir ça à travers diverses études :

👉 *NT : ici, le Pr. avait donné de nombreux pourcentages et avait répondu à votre ancienne tutrice qu'ils n'étaient pas apprendre. Je vous fais donc un récapitulatif des données marquantes :*

- Plus de la moitié des patients présentant un cancer souffrent à un moment donné.
- La proportion de patients présentant une douleur ne diminue pas avec les années, elle ne s'améliore pas : ces résultats sont troublants car on pense avoir fait des progrès en termes de traitements antalgiques.
- Beaucoup de patients cancéreux qui souffrent ne reçoivent pas d'antalgiques.

- Les patients souffrent aussi en réanimation, en post-opératoire, aux urgences, en EPHADs.
- Le pourcentage positif : 90% des patients voient leur douleur être évaluée à l'admission.
- La douleur chez les personnes âgées touche plus les femmes que les hommes et est favorisée par l'obésité, une mauvaise condition musculo-squelettique et une comorbidité dépressive.

Synthèse → souffrent : **30%** de la population générale, **> 50%** dans les établissements de santé, **> 70%** dans les EHPADs.

### c) Cause de cette faillibilité

Les études psycho-sociales réalisées auprès des professionnels de santé évoquent un ensemble de facteurs favorisant un **déficit d'empathie ou de sensibilité à la plainte douloureuse** :

- ⊗ un manque d'écoute de la plainte douloureuse par les soignants : favorisée par **l'exposition répétée** du soignant à la plainte (ancienneté professionnelle). Les femmes seraient plus à l'écoute que les hommes, les IDE et kinés plus que les médecins. **L'intensité** de la douleur exprimée entre en compte : plus la douleur est **vive** plus elle risquerait d'être **sous-évaluée**.
- ⊗ des croyances erronées : Certaines croyances des professionnels peuvent faire écran à la plainte douloureuse, allant parfois jusqu'au déni des douleurs : conviction que **le soignant est plus fiable** que le patient dans l'appréciation de l'intensité de sa propre douleur. ("Pain is what the patient says it is", Ron Melzack). Le **faible crédit accordé aux outils d'évaluation de la douleur** jugés insuffisamment « objectifs ». La douleur n'est pas un phénomène objectif mais un phénomène subjectif, donc il n'y a qu'une valeur donnée par le patient qui a un sens. En **l'absence de cause apparente**, même à l'issue d'examens complémentaires, la douleur peut être relativisée, voire sa réalité mise en doute. Le **sentiment d'impuissance** lié à l'échec des traitements antalgiques mis en œuvre peut générer un comportement d'évitement/un agacement de la part du soignant.
- ⊗ une inadéquation des traitements antalgiques : On retrouve une **inefficacité** ou une **mauvaise utilisation des thérapeutiques** antalgiques résultant :
  - d'une **méconnaissance**, voire d'une méfiance, vis-à-vis des antalgiques (opioïdes).
  - d'un mauvais contrôle de leurs **effets indésirables**.
  - d'une **sous-estimation des composantes psycho-émotionnelles** associées à la douleur.
  - d'une **mauvaise observance** des patients qui craignent de devenir dépendants aux opioïdes.
  - d'une **mauvaise adhésion au projet thérapeutique**



Une veille étude montre une baisse des patients douloureux via un protocole où l'on donne des antalgiques. On y voit que si on veut vraiment faire des progrès dans le principe de bienfaisance en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, c'est possible, même si ça demande du temps et de l'énergie.

À retenir : Trop de patients souffrent. Les médecins ne prescrivent pas assez d'antalgiques. Le manque d'écoute, les croyances erronées, l'inadéquation des traitements antalgiques sont les causes de la faillibilité du principe de bienfaisance. Il est possible de s'améliorer.

~~~~~

## NON-MALFAISANCE

Épargner au patient des préjudices ou des souffrances qui ne feraient pas de sens pour lui.



### a) Conséquences

- Prévenir et soulager la douleur aiguë permet d'épargner au patient des souffrances inutiles.
- On va parler de la **douleur induite** par les soins et les actes techniques : c'est une douleur, généralement de **courte** durée, causée par le médecin / une thérapeutique / un soin, dans des circonstances de survenue **prévisibles** et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées.

### b) Faillibilité du principe de non-malfaisance

- On étudie encore une fois un sondage dans un service, où l'on interroge les patients sur les douleurs induites par les soins : environ la moitié des patients ont souffert.
- On connaît les gestes les plus douloureux, à savoir les prélèvements sanguins (*et surtout leur répétition*), les mobilisations (*toilette, mise au fauteuil, transport en radiologie*). Il existe même des moyens de les rendre ces actes moins douloureux, qu'on n'utilise pas assez...

### c) Balance bienfaisance et non malfaisance

- On veut **soulager** la douleur du patient (antalgiques) **sans** lui infliger de **préjudices** (effets indésirables).
- On a divers problèmes : **toxicité** aiguë, effets d'une **utilisation prolongée**, **tolérance** au long cours, **addiction**, **iatrogénie** des procédures invasives.
- C'est dans un calcul de balance **bénéfice/risque** ou bénéfice/fardeau, ou bienfaisance/malfaisance que les traitements antalgiques doivent être évalués.



On va prendre l'exemple d'une situation particulière, la **sédation terminale en fin de vie** :

Les patients peuvent souffrir intensément. On peut être amenés à augmenter progressivement les doses de morphine. Mais la morphine peut faire perdre conscience et éventuellement déclencher une dépression respiratoire. Cela peut entraîner le décès du patient, **même si ce n'est pas l'effet recherché**. On appelle ça le **double effet** : un effet recherché et un effet toléré.

La **Loi Léonetti (2005)** sur la fin de vie envisage ce double effet : « Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie » il peut user d'une antalgie puissante ou même d'une sédation en **dernier recours**. »

Il faut néanmoins respecter le principe de **proportionnalité** (*on évalue en permanence la manière dont on monte les doses de morphine*) et que **l'intention** ne soit pas d'abrégé la vie du patient.

**On ne cherche pas à tuer le patient pour faire disparaître sa douleur.** On cherche à faire disparaître sa douleur et *malheureusement* parfois ça va entraîner un décès plus rapide.

**Jean Ricot** : « Lorsque la maladie a fait son œuvre et que la **mort** se profile **inéluçtablement**, celle-ci n'est **plus un mal absolu** par rapport à la souffrance. Sa survenue n'est donc **pas un effet secondaire disproportionné** par rapport au traitement de la douleur ou à la limitation des thérapies actives ».

Les patients, depuis la **Loi Léonetti-Clayes (2016)**, peuvent également réclamer une sédation avec perte de conscience en phase terminale. Ce n'est **plus de la seule initiative du médecin**.

À retenir : Les EI mettent en tension la bienfaisance (qui pousse à donner des antalgiques) et la non-malfaisance. La sédation peut provoquer un double effet : il faut que l'intentionnalité soit de soulager.

~~~~~

## JUSTICE / ÉQUITÉ



Partager entre tous les patients les ressources disponibles.

On n'est plus dans le rapport entre le patient et son médecin. Il prend en considération **l'action collective** et souligne l'égalité considération due à chacun selon ses **besoins**. Il guide la définition d'une clef de **répartition** des moyens dans un système de santé **contraint**.

### a) Conséquences

- Les **campagnes de considération** à la prise en charge de la douleur sont réalisées auprès des soignants et du public afin d'assurer une meilleure mise à disposition des traitements : il faut que le patient sache qu'il est en droit de demander à ce que sa douleur soit calmée.
- On trouve des politiques de **maillage territorial** avec des structures « douleur et soins palliatifs » en **réseaux**, de façon à couvrir tout le territoire.

- Les **plans douleur** fixent des priorités dans les organisations : on va mettre chaque année des moyens et une priorité sur tel ou tel type de douleur.
- L'engagement des **associations de patients** révélant une solidarité.
- Le contexte règlementaire relatif au traitement de la douleur est devenu progressivement plus contraignant : **accréditation des établissements** ++, recommandations de bonne pratique rédigées par les sociétés savantes et diffusées par la HAS, les commissions de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les Comités de lutte contre la douleur (**CLUD**) proposent et coordonnent les **actions** visant à mieux organiser la **prise en charge** de la douleur, participent à **l'information** et à la **formation continue** des personnels. Ils suscitent le développement de **plans d'amélioration de la qualité** et **évaluent** périodiquement les actions de lutte contre la douleur à l'échelle de **l'établissement** de santé

### b) Le cadre normatif du traitement de la douleur :

- **Soulager la douleur est une obligation morale qui permet de respecter la dignité des patients.**
- La **Loi Kouchner** du 4 mars 2002 relative aux **droits des malades** et à la **qualité du système de santé** précise que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances **prévenue, évaluée, prise en compte et traitée** ».
- Cette obligation morale, légale et déontologique de **moyens** est reprise dans :
  - le code de la Santé Publique
  - la charte de la personne hospitalisée
  - le code de la déontologie médicale
  - la loi Léonetti du 22/04/2005 et la loi Léonetti-Clayes de 2016 relatives aux droits des patients en fin de vie

**À retenir : Diverses mesures sont mises en place pour garantir l'équité du traitement de la douleur. La Loi Kouchner stipule que la douleur doit en toutes circonstances être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée**



FIN : j'espère que cette fiche vous plaira, elle est assez complète vu que les notions sont censées revenir cette année. Retenez les points mis en avant et lisez-la correctement, et ça ira comme sur des roulettes.

Dédicaces à la DREAM TEAM DE SSH