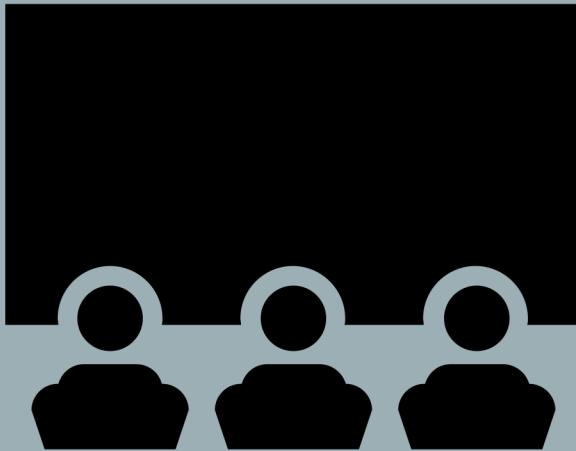




TUT'ART

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



Pré rentrée du tutorat 2020/2021
Éthique, SSH

Mélanocyte

NEUROPHYSIOLOGIE



Les voies de la douleur :



Nocicepteurs : neurones de perception de la douleur.



La voie de la douleur comporte 2 neurones.

Les systèmes de modulation :

+ : Des systèmes de renforcement

- : Des filtres → cibles des molécules antalgiques

NEUROPHYSIOLOGIE



NEUROPHYSIOLOGIE



Projection au niveau du cerveau :

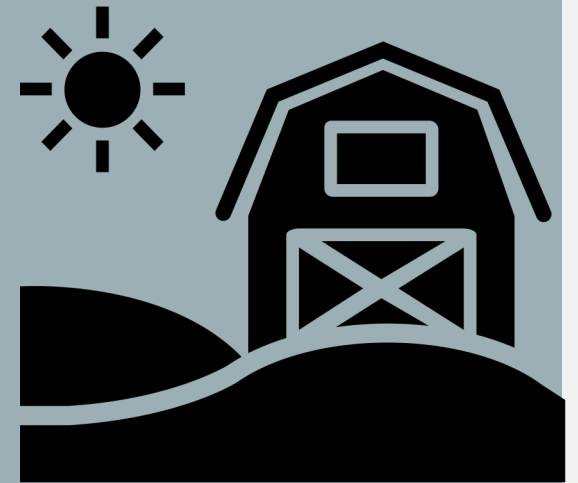


Il n'y a PAS de zone particulière de projection de la douleur.



On ne parle donc pas de zone de projection de la douleur mais de matrice de la douleur.

DÉFINITIONS





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*) → nociception

La sensorialité sans l'émotion n'est pas de la douleur mais de la nociception.



LA DOULEUR CHRONIQUE

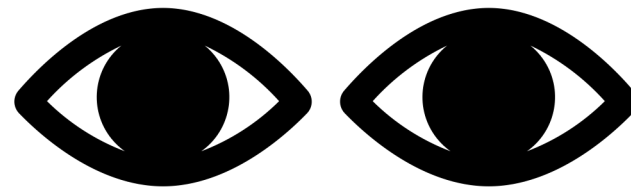
Définition de la HAS : la douleur chronique est un syndrome **multidimensionnel** qui présente plusieurs des caractéristiques suivantes, qui doivent être **réunies** :

- **la persistance** au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée (+ de 3 mois)
- **une réponse insuffisante au traitement**
- **une détérioration** des capacités fonctionnelles et relationnelles

Il y a donc vraiment une souffrance existentielle suite à une histoire douloureuse.

LA DOULEUR AIGUE

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





LA DOULEUR PROLONGÉE

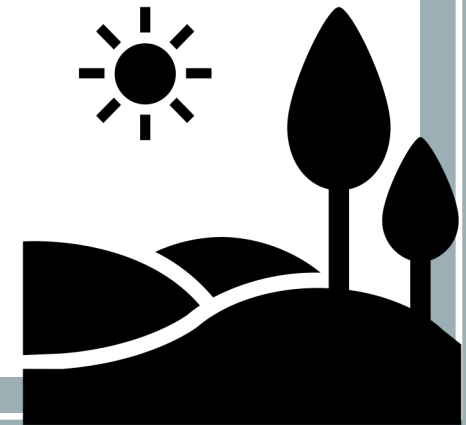
La douleur prolongée survient également suite à une lésion tissulaire, via les voies de nociception et est associée à une émotion, ainsi qu'à :

- 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,...)

ATTENTION :

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.





Éthique clinique = questionnement +
réflexion sur la pratique soignante



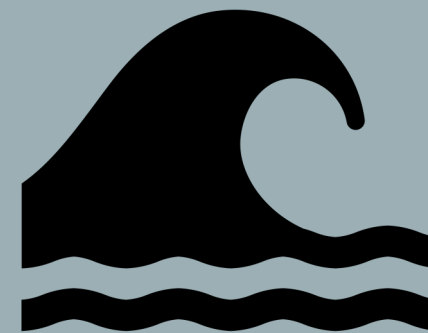
On cherche le bon comportement à avoir à
l'avenir si la situation survenait à nouveau



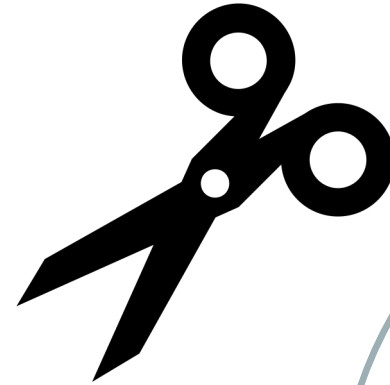
On explore le sens et la finalité de l'action :
pourquoi je le fais et qu'est ce que ça donne
au final ?



Elle met en tension les raisonnements
déontologiste et conséquentialiste



L'ÉTHIQUE CLINIQUE



- L'éthique cherche une décision prudente dans une situation singulière
- La loi, elle, s'intéresse à des situations générales

L'ÉTHIQUE CLINIQUE



L'ÉTHIQUE CLINIQUE

Actuellement : le médecin ne décide plus tout seul du projet thérapeutique, il y a une discussion avec l'équipe médico-soignante
→ **COLLÉGIALITÉ ++**

L'éthique clinique fait donc partie des **bonnes pratiques médico-soignantes**



PRINCIPES ÉTHIQUES CARDINAUX

+++



INTRODUCTION

On se rattache aux principes éthiques cardinaux

++ relativement reconnus universellement (*en tous cas dans les pays occidentaux*)

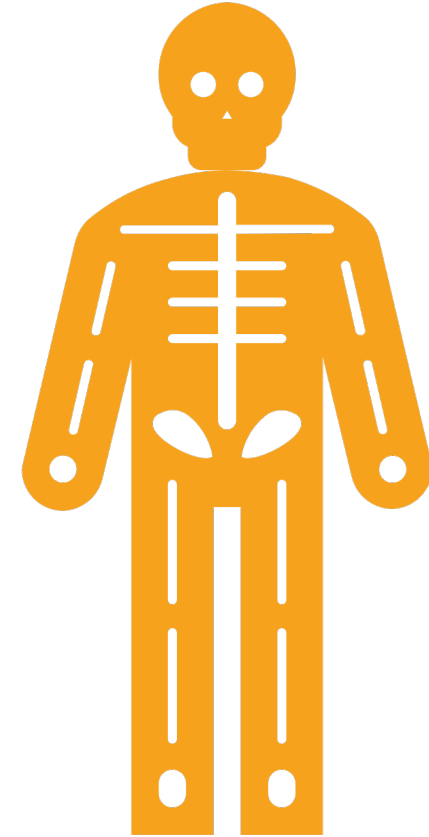
Instaurés par **Beauchamp et Childress** en **1979**

Ces principes sont les suivants :

- **Autonomie**
- **Bienfaisance**
- **Non-malfaisance**
- **Justice/Équité**

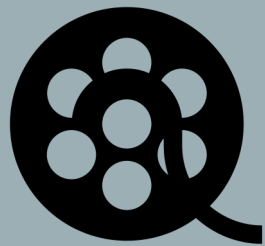
AUTONOMIE

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

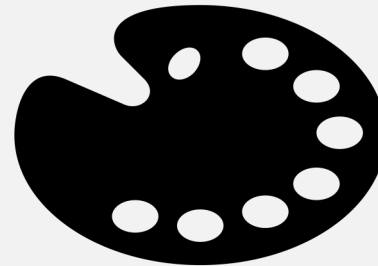
Répartir convenablement les
ressources en santé en fonction
des besoins



AUTONOMIE

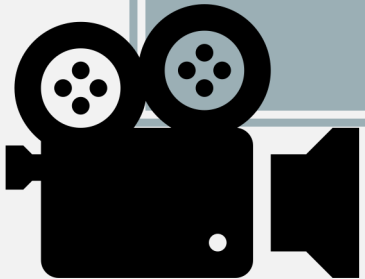
S'ENGAGER À FAIRE
PARTICIPER LE PATIENT
AU PROCESSUS
DÉCISIONNEL À TOUTES
LES ÉTAPES DE SA
MALADIE.

- Le soignant possède un statut particulier, du fait de ses connaissances MAIS il ne doit pas négliger ce que ressent le patient
- Seul le malade vit sa maladie, il est donc primordial de recueillir son ressenti
- Le schéma de la clinique paternaliste est bouleversé
- On laisse désormais une plus grande place à l'autonomie du malade dans le soin



AUTONOMIE

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 (ex. demande d'assistance au suicide ou d'euthanasie)
- L'autonomie est vulnérable (âge, maladie)
- Elle doit être soutenue voire substituée

BIENFAISANCE

ACCOMPLIR AU PROFIT DU PATIENT UN BIEN QU'IL PUISSE
RECONNAITRE EN TANT QUE TEL.



Une approche **combinée** permet d'apporter une réponse **personnalisée** et **humaine** aux différentes dimensions de l'expérience douloureuse.



Cette action est vécue par le patient comme bienfaisante.

FAILLIBILITÉ DU PRINCIPE DE BIENFAISANCE

Une étude montre que souffrent :

- **30%** de la population générale,
- **> 50%** dans les établissements de santé,
- **> 70%** dans les EHPADs.

Les facteurs favorisant un **déficit d'empathie ou de sensibilité à la plainte douloureuse** :

- un manque d'écoute de la plainte douloureuse par les soignants
- des croyances erronées
- une inadéquation des traitements antalgiques



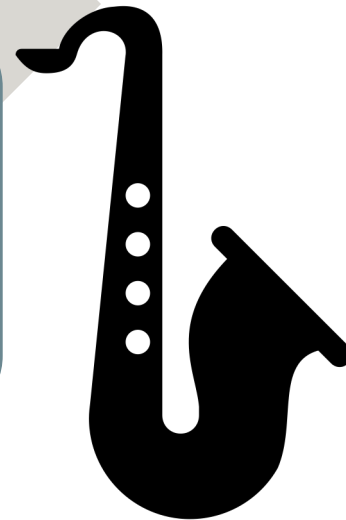
FAILLIBILITÉ DU PRINCIPE DE BIENFAISANCE

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.



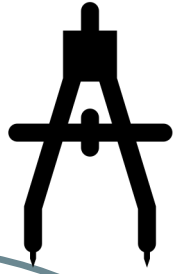
NON- MALFAISANCE

ÉPARGNER AU
PATIENT DES
PRÉJUDICES OU DES
SOUFFRANCES QUI
NE FERAIENT PAS DE
SENS POUR LUI.



Douleur induite par les soins et les actes techniques :

- 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.
-
- On connaît les gestes les plus douloureux, à savoir les prélèvements sanguins, les mobilisations, ...
 - Il existe même des moyens de rendre ces actes moins douloureux, qu'on n'utilise pas assez...



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.



SÉDATION TERMINALE EN FIN DE VIE



- Pour les patients souffrant énormément, on peut être amené à augmenter progressivement les doses de morphine.
- La morphine peut faire perdre connaissance et causer une dépression respiratoire. Ce qui peut entraîner le décès du patient, même si ce n'est PAS L'EFFET RECHERCHÉ ++
- Double effet : soulager la douleur VS risque d'entraîner la mort
- La loi Léonetti de 2005 indique que : « 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**.



SÉDATION TERMINALE EN FIN DE VIE



- Il faut respecter le principe de proportionnalité dans les doses et vérifier que l'intention ne soit pas d'abrégé la vie du patient.
- ON NE CHERCHE PAS À TUER LE PATIENT POUR FAIRE DISPARAITRE SA DOULEUR.
- ON SOULAGE LA DOULEUR DU PATIENT ET PARFOIS CE SOULAGEMENT PEUT ABRÉGER SA VIE.
- LA SÉDATION TERMINALE \neq EUTHANASIE
- Depuis la loi Léonetti Claves de 2016, le patient peut réclamer la sédation avec perte de connaissance en phase terminale.

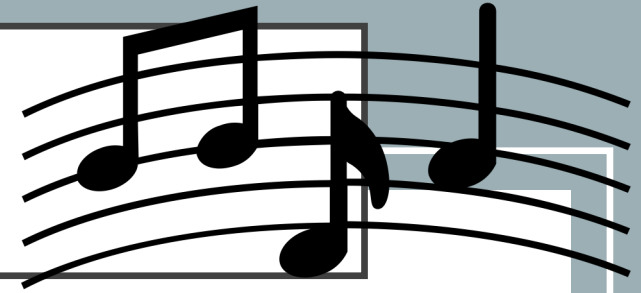
JUSTICE / ÉQUITÉ

PARTAGER ENTRE TOUS LES PATIENTS LES RESSOURCES DISPONIBLES

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



JUSTICE / ÉQUITÉ



Actions mises en place :

- Les **campagnes de considération** à la prise en charge de la douleur auprès des soignants et du public. Il faut que le patient sache qu'il est en droit de demander à ce que sa douleur soit calmée. ++
- **Le 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 réglementaire 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.

JUSTICE/ÉQUITÉ



Les Comités de lutte contre la douleur (**CLUD**) proposent et coordonnent les **actions** visant :

- à mieux organiser la **prise en charge** de la douleur
- à participer à **l'information**
- à la **formation continue** des personnels
- à susciter le développement de **plans d'amélioration de la qualité**
- à **évaluer** périodiquement les actions de lutte contre la douleur à l'échelle de **l'établissement** de santé



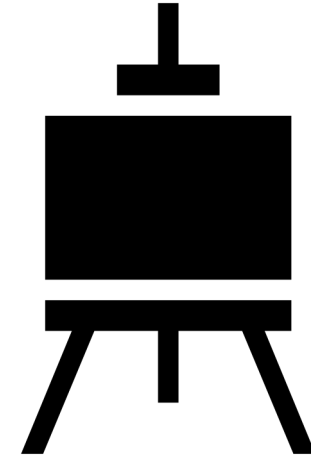
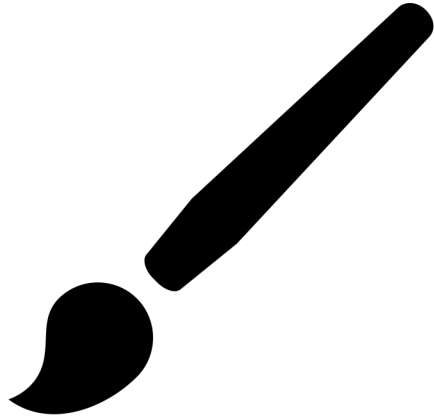
LE CADRE NORMATIF DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR

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



FIN