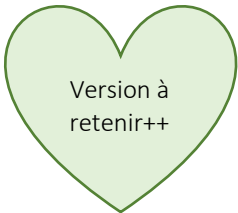


# La douleur et son traitement à l'éclairage de l'éthique

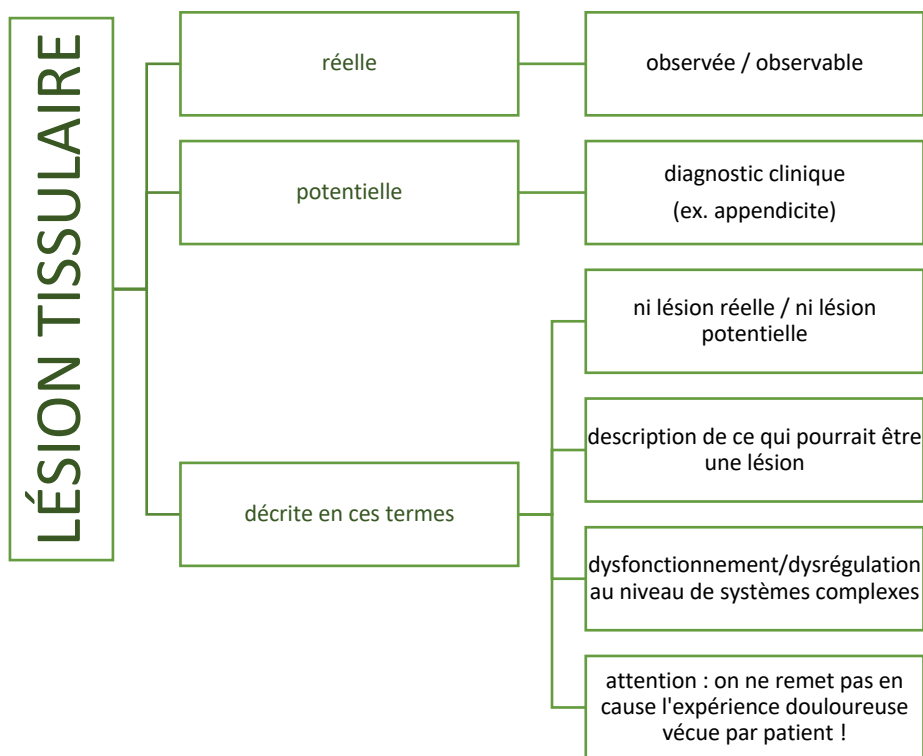
## I. Définitions

 **Douleur** : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » IASP (*international association for the study of pain*)



- c'est la définition internationale de la douleur
- **IMPORTANT** → **expérience sensorielle + émotionnelle** : on ne peut pas dissocier ces 2 dimensions de la douleur

On considère qu'une lésion tissulaire est à l'origine de la douleur.



La douleur chronique car elle est sujet à des nombreux débats/discussions éthiques, surtout pour les patients en fin de vie. **La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel** :



📖 **Souffrance** : (+) complexe à définir. **Ce n'est pas seulement une dimension « physique » ou même émotionnelle : elle englobe l'individu en son entier dans son rapport à soi et au monde** (son environnement : le travail, les proches). Elle se répand dans la totalité du corps, c'est-à-dire de la personne. Elle inclut des phénomènes physiques et mentaux.

→ **La souffrance est favorisée par :**

- **l'ancienneté de la douleur**
- **l'intensité de la douleur**
- **le contexte**
- **des facteurs prédisposant**

## II. Les principes éthiques cardinaux de B&C (1979)



### 1) DOULEUR ET AUTONOMIE

♥ **L'autonomie** consiste à « s'engager à faire participer le patient au processus décisionnel à toutes les étapes de sa maladie ».

- Un soulagement insuffisant de la douleur peut être responsable d'une détresse si la situation perdure ou se répète.
- Il rend difficile la **capacité de décision**, qui se trouve profondément altérée.

→ Le sentiment de dignité peut être amoindri (même si la dignité reste la même) au point d'aboutir parfois à une demande d'assistance au suicide ou d'euthanasie.

## 2) BIENFAISANCE

♥ La bienfaisance vise à « accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel ».

→ Il s'agit d'une prise en charge combinée (pharmacologique + psychologique + corporelle + sociale) permettant d'apporter une réponse personnalisée et humaine.

→ Cette action est vécue par le patient comme bienfaisante.



### Point sur l'éthique de la sollicitude :

- ⚙ L'autonomie est vulnérable. Elle peut régresser avec l'âge/la maladie/la douleur/la souffrance, voire disparaître et doit être soutenue voire substituée.
- ⚙ Cette conception de la vulnérabilité valorise la relation intersubjective (soignante). Elle est qualifiée par Paul Ricœur : « d'éthique de la sollicitude » ou « d'éthique de la vulnérabilité ».

### LA FAILLIBILITÉ DU PRINCIPE DE BIENFAISANCE

On s'aperçoit, lorsqu'on pratique la clinique et, en particulier, la clinique de la douleur auprès des patients hospitalisés ou en consultation, que le principe de bienfaisance est souvent faillible.

✓ RÉCAPS DES ÉTUDES SUR LES PATIENTS :

**Étude 1** : environ  $\frac{3}{4}$  des patients cancéreux souffrent.

**Étude 2** : les patients cancéreux, souffrant énormément, ne reçoivent pas pour autant des antalgiques « forts ». Beaucoup de patients ne voient pas leur douleur calmée par des antalgiques.

**Étude 3** : presque  $\frac{1}{2}$  des patients ayant été opérés souffrent encore un moment après leur opération.

**Étude 4** : on demande quasiment tout le temps au patient d'évaluer sa douleur : c'est très bien !  $\frac{3}{4}$  des patients souffrent à l'admission. Peu de patients reçoivent un traitement. Et 30% de patients souffrent encore à la sortie des urgences.

**Étude 5** : Les patients sous traitements souffrent quand même. Certains pensent même que leur douleur s'empire.

Pour conclure, de nombreuses personnes souffrent indument :

- ♥ 30% de la population générale
- ♥ > 50 % des patients dans les établissements d'accueil et de soins
- ♥ > 70% des patients dans les EHPAD

**LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LA RÉALITÉ N'EST PAS OPTIMALE.**

✓ ÉTUDE SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

Des auteurs ont réalisé des *études psychosociales sur les professionnels de santé*. Ils ont trouvé les *facteurs favorisant un déficit de sensibilité et d'écoute de la plainte :*

- *L'exposition répétée du soignant à la plainte, liée à l'ancienneté professionnelle. Les femmes seraient plus à l'écoute que les hommes, les IDE et kinés plus que les médecins.*
- *Des croyances professionnelles peuvent faire écran à la plainte :*
  - *la conviction que le soignant est plus fiable que le patient dans l'appréciation de l'intensité de sa propre douleur : il faut donner priorité à l'évaluation de la douleur par le patient lui-même ++*
  - *le faible crédit accordé aux outils d'évaluation de la douleur jugés insuffisamment « objectifs » : leur but n'est pas d'être objectif car la douleur qu'on évalue est subjective*
  - *l'idée qu'en l'absence de cause apparente, la douleur peut être relativisée, soit sa réalité remise en doute*
  - *le sentiment d'impuissance lié à l'échec des traitements antalgiques peut générer un comportement d'évitement*
- *Inadéquation des traitements antalgiques résulte :*
  - *d'une méconnaissance, voire d'une méfiance (vis-à-vis des antalgiques)*
  - *d'un mauvais contrôle de leurs effets indésirables (prévisibles, ils peuvent être prévenus)*
  - *risque de dépendance aux opiacés (si indication + suivi sont bons : le risque est faible)*
  - *sous-estimation des composantes psycho-émotionnelles*
  - *une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire (en situation d'échec des prises en charges thérapeutiques conventionnelles → une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire)*

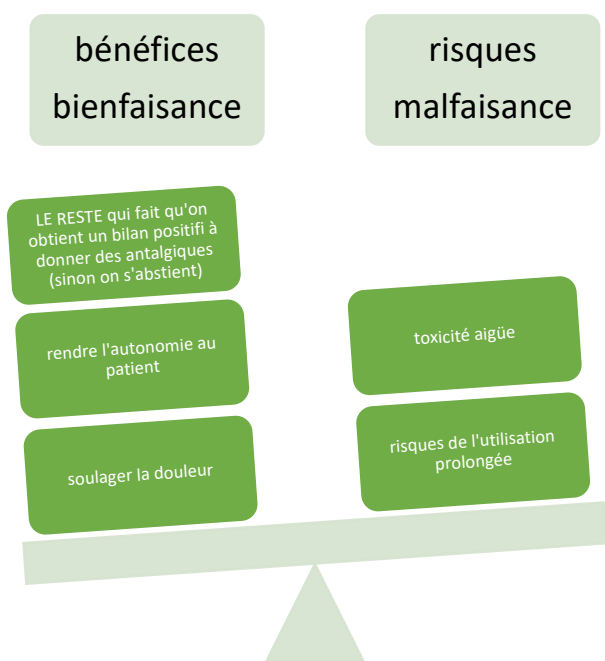
*De multiples actions ont été mises en place pour améliorer la prise en charge de la douleur. Un investissement spécifique pour la prise en charge de la douleur peut avoir un effet bénéfique avec de meilleurs résultats.*

3) NON-MALFAISANCE

- ♥ La non-malfaisance vise à « épargner au patient des préjudices ou des souffrances qui ne feraient pas sens pour lui ». On va prévenir et soulager la douleur aiguë permettant d'épargner au patient des souffrances inutiles.

### LA FAILLIBILITÉ DU PRINCIPE DE NON-MALFAISANCE

- situation illustrative = la douleur induite par les soins et actes techniques, douleur de courte durée, causée par le médecin, une thérapeutique, un soin dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées (ex. pansement, un geste dans un service de radiologie).
  - on connaît les gestes les plus douloureux, on peut atténuer la survenue de cette douleur
  - on voit qu'on a des douleurs sévères à extrêmement sévères, dans 37% des cas, sur les gestes les plus couramment réalisés en milieu hospitalier (les prélèvements veineux et la mobilisation des patients alités)
- Il existe, malgré tout, des effets indésirables des antalgiques.



**toxicité aiguë** : ulcères digestifs quand on prend des anti-inflammatoires, insuffisance rénale, troubles de l'équilibre et chutes lorsqu'on prend des antalgiques avec des effets psychotropes significatifs, troubles attentionnels, mnésiques, des troubles de l'humeur, cognitifs et thymiques... (sujets âgés +++ susceptibles de ressentir des toxicités aiguës)

**utilisation prolongée** : stimulation de l'appétit, prise de poids, troubles endocriniens...

#### 4) JUSTICE/ÉQUITÉ

- ♥ Il s'agit de « partager entre tous les patients les ressources disponibles ».
- l'éthique de l'action collective, qui prend en égale considération chacun selon ses besoins
- réfléchit aux clés de répartition des moyens dans un système de santé contraint (moyens financiers)

## LE CADRE NORMATIF DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR

**Le soulagement de la douleur est une obligation morale qui permet de respecter la dignité des patients ++**

- 📄 **La loi Kouchner du 4 mars 2002 +++** (plus importante à retenir concernant la prise en charge de la douleur). **Elle est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :**
  - ↳ **« toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »**
    - obligation morale et déontologique (de moyen) que les médecins s'imposaient → droits des patients reconnus par la loi (avec nécessité pour le système de santé de s'adapter à ces droits des patients)
    - pas obligation de résultat mais de prévention (face aux douleurs induites), d'évaluation, de prise en compte (prise en charge globale de toutes les dimensions de la douleur) et traitée (mise en place d'un traitement).
- 📄 **La loi Claeys-Léonetti du 3 février 2016** est la loi la plus récente **relative aux droits des patients en fin de vie.**

Plusieurs actions visant à aboutir à une équité :

- **Les campagnes de sensibilisation** (ex. affiches au niveau des services) **les patients doivent savoir qu'ils ont le droit d'avoir une prise en charge de qualité face à leur douleur +++**
- **Maillage territorial de structure douleur et soins palliatifs** (ex. des consultations sur la douleur)
- **Les « plans douleur » et « plans cancer »** (mis en place par les sociétés savantes et la haute autorité de santé)
- **Les recommandations de « bonne pratique »** (mises en place par les sociétés savantes)
- **Les associations de patients** (**solidarité** entre les patients représentés dans ces associations et les soignants, rôle important dans la prise en charge de la douleur chronique)
- **Les CLUD** (comités de lutte contre la douleur) **proposent et coordonnent les actions** (limiter les phénomènes douloureux dans les services)
- **Les dispositifs d'accréditation des établissements de soin** (comportent un volet de prise en charge de la douleur)

# FIN.