

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

Professeur Rabary
Présenté par MattEosine



I) Définition

1) Douleur

D'après l'IASP (International Association for the Study of Pain):

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes »

C'est la définition internationale de la douleur. Il est important de voir que dans la définition, il y a à la fois l'expérience **sensorielle** et **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 lésion peut-être :

- Une **lésion réelle**, observée, observable.
- Une **lésion potentielle**. Exemple : Lorsqu'un patient, qui présente une appendicite, arrive aux urgences, on pose un diagnostic clinique. Donc même si on ne peut pas observer la lésion, on est dans l'obligation de traiter la douleur.

On retrouve aussi une expérience émotionnelle et sensorielle, vécue dans des situations où l'on n'observe ni lésion réelle, ni potentielle ; simplement une **description** de ce qui pourrait être une lésion. Il s'agit de **dysfonctionnement** ou **dysrégulation** au niveau de systèmes complexes comme le système digestif ou le système de perception de la douleur, sans qu'on puisse remettre en question l'existence de la douleur vécue par le patient.

2) La douleur chronique

On va s'intéresser aussi à la **douleur chronique** car elle est sujet à de nombreux débats/discussions éthiques, surtout pour les patients en fin de vie.



La douleur chronique est un syndrome **multidimensionnel** :

- Persistance ou récurrence, au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, au-delà de plus de 3 mois, on considère la douleur comme chronique.
- Réponse insuffisante au traitement. Souvent, ce sont des patients qui ont des traitements répétés, de natures diverses et qui répondent mal ou pas du tout à ces traitements.
- Détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. C'est là, tout le vécu des patients qui présentent une douleur chronique.

Retenez bien que la douleur chronique ce n'est pas seulement une douleur aigue qui se prolonge.

3) La souffrance

La souffrance est plus 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 ainsi que dans son environnement qu'il s'agisse de son travail, ses proches, ses relations affectives et professionnelles... 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 et la **récurrence** qui s'accompagne souvent d'une souffrance physique et psychique.
- **L'intensité** de la douleur surtout dans les douleurs particulièrement intenses.
- Le **contexte** : les douleurs peuvent s'accompagner d'une souffrance importante dans un contexte traumatique ou un contexte de pathologie cancéreuse évoluée.



- Des **facteurs prédisposants**, en particulier lorsqu'il y a eu des phénomènes douloureux ou de souffrance dans la première enfance.

II) Les principes éthique cardinaux

Ils sont instaurés par Beauchamp et Childress en 1979. Ils sont au nombre de 4 : +++

- **Autonomie +++**
- **Bienfaisance +++**
- **Non-malfaisance +++**
- **Justice et équité +++**

1) La douleur et l'autonomie

L'**autonomie** consiste à « **s'engager à faire participer le patient au processus décisionnel à toutes les étapes de sa maladie** ». Il est évident qu'un soulagement insuffisant de la douleur peut être responsable d'une détresse si la situation perdure ou se répète. Elle rend difficile la capacité de décision, qui se trouve profondément **altérée** du fait de la détresse liée à la douleur et la maladie généralement associé. 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 approche, d'une prise en charge combinée **physique** et **psychologique**, **pharmacologique**, **corporelle** et **sociale** qui permet d'apporter une réponse personnalisée et humaine à la douleur.

Cette action est **vécue** par le patient comme bienfaisante



a) L'éthique de la sollicitude

L'autonomie est vulnérable. Elle peut régresser avec l'âge, la maladie, la douleur, la souffrance, voire même disparaître et doit être soutenue voire substituée.

Cette conception de la vulnérabilité valorise la relation intersubjective (soignante).

Elle est qualifiée par Paul Ricoeur : « d'éthique de la sollicitude » ou « d'éthique de la vulnérabilité ».

b) 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.

Pour cela nous allons voir quelques études qui montrent que le principe de bienfaisance est souvent en danger.

Le prof dit que les tableaux ne sont pas à apprendre

Étude 1 : Cancer & Douleur

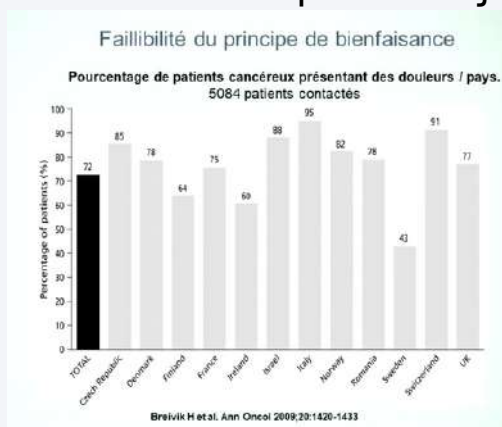
Voilà un schéma qui montre le pourcentage de patients cancéreux (quel que soit le stade de leur cancer) et présentant des douleurs en fonction des pays de l'OCDE.

+ de 5000 patients ont été contactés par téléphone.

On voit que le pourcentage de patient douloureux moyen est de 72%.

En France, il est de 75% ce qui est une valeur moyenne.

On voit que cette population de patients est vulnérable à la douleur et que celle-ci n'est pas toujours bien prise en charge.



Point Tut : Environ ¾ des patients cancéreux souffrent.



Étude 2 : Traitement antalgiques chez les cancéreux

Dans une autre étude française de l'association internationale du cancer, qui est récente (2012), on a évalué le traitement antalgique des patients présentant un cancer avancé.

On a une situation où l'on a un fort pourcentage de patients douloureux. L'évaluation de la douleur se fait en fonction de score :

- 1 à 4 : douleur faible
- 5 à 6 : douleur modérée
- 7 à 10 : douleur forte à intolérable

On voit que pour des scores de douleur de 5 à 6 et même de 7 à 10, on a + de 30% des patients qui ne reçoivent aucun traitement antalgique.

Il faut savoir que les antalgiques sont divisés en 3 paliers :

- Palier 1 : traitements antalgiques non opiacés (ex : paracétamol)
- Palier 2 : traitements antalgiques opiacés faibles
- Palier 3 : traitements avec morphine et substance plus forte que la morphine

On voit que dans les scores de 7 à 10 (douleur forte à intolérable) : seuls 31% des patients bénéficient d'un traitement de palier 3 (morphine et + fort).

Faillibilité du principe de bienfaisance

Traitement antalgique de patients présentant un **cancer avancé**
(INCa 2010: enquête déclarative BVA 1541 patients)

Traitement	Score douleur la plus intense		
	Score 1 à 4	Score 5-6	Score 7 à 10
Pas de traitement	43%	39%	32%
Palier 1	34%	29%	25%
Palier 2	11%	11%	0%
Palier 3	11%	19%	31%

Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer - INCa - mars 2012.

Point Tut' : 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 : Douleurs post-opératoires

Les douleurs post-opératoires (après les interventions) sont fréquentes et on pense qu'elles sont généralement bien prises en charge.

Une énorme étude téléphonique assez ancienne (2002), mais qui reste valable, a été réalisée sur 20 000 patients aux USA. On s'aperçoit que 41% des patients chirurgicaux, appelés à distance de l'intervention, présentent des douleurs post-opératoires (DPO) modérées à sévères, quelques soit les modalités de prise en charge antalgique.

Faillibilité du principe de bienfaisance

Douleurs post opératoires

Meta analyse: 800 publications 20.000 patients

Modalités analgésie: morphine, PCA morphine, péridurale AL

41 % patients chirurgicaux présentent des DPO modérées à sévères

Point Tut' : Presque ½ des patients ayant été opérés souffrent encore un moment après leur opération.

Étude 4 : Evaluation de la douleur & traitement

Une autre étude française a été réalisée dans plusieurs services d'urgence : l'étude PALIERS de 2011, sur 1352 patients. À l'admission, 90% des patients étaient « évalués » : c'est-à-dire qu'on leur demande à quel point ils ont mal par exemple grâce à une échelle de 1 à 10. C'est un excellent pourcentage ! 76% des patients rapportaient une douleur à l'admission, ce qui n'est pas étonnant vu qu'ils se rendent dans un service d'urgence. Mais seulement 38% d'entre eux recevaient un traitement antalgique.

→ À la sortie des urgences, 30% ont une douleur d'intensité modérée à sévère. Ce pourcentage pose la question de la prise en charge de la douleur dans les services d'urgences.

Faillibilité du principe de bienfaisance

L'étude PALIERS, 2011 sur 1352 patients

90% patients sont évalués à l'entrée

76% patients rapportent une douleur à l'admission

38% reçoivent un traitement antalgique

30% ont une douleur d'intensité modérée à sévère à leur sortie

Point Tut' : On demande quasiment tout le temps au patient d'évaluer sa douleur : c'est très bien ! ¾ 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 : Douleurs chroniques non cancéreuses

En ce qui concerne les douleurs chroniques non cancéreuses, en médecine primaire / médecine générale (soins primaires), on a réalisé une étude sur 294 patients adultes, dans 13 pays européens.

Ils ont été suivis pendant 1 an.

On constate que 96% des patients sous traitement souffrent toujours d'une douleur modérée à sévère et 31% des patients ont le sentiment que leur douleur s'est aggravée.

Faillibilité du principe de bienfaisance

Douleurs chroniques non cancéreuses soins primaires

294 patients adultes de 13 pays européens suivis pendant 1 an
EN moyenne ≥ 5

96 % des patients sous traitement souffrent toujours de douleur modérée à sévère

31 % ont le sentiment que leur douleur s'est aggravée

Point Tut' : Les patients sous traitements souffrent quand même. Certains pensent même que leur douleur s'empire.

c) Conclusion

Pour conclure, de nombreuses personnes souffrent indument malgré les progrès très importants de la prise en charge de la douleur qu'ils soient pharmacologique, chirurgicaux ou autres:

- **30% de la population générale**
- **50 % des patients dans les établissements d'accueil et de soins**
- **70% des patients dans les EHPADs**

La prise en charge de la douleur dans la réalité n'est pas optimale.

Point tut : Ces études étaient portées sur les patients maintenant nous allons voir des études sur les professionnels de santé. `

Des auteurs ont réalisé des études psychosociales sur les professionnels de santé pour voir qu'il y avait des facteurs favorisant une mauvaise écoute de la plainte douloureuse.

Ils ont trouvé les facteurs favorisant un déficit de sensibilité et d'écoute de la plainte :



Facteurs favorisant un déficit de sensibilité et d'écoute de la plainte	Explications
L'exposition répétée du soignant à la plainte	Liée à l'ancienneté professionnelle . On a une « usure » de l'écoute de la plainte douloureuse en particulier dans les services, où les patients présentant des douleurs se plaignent beaucoup. Exemple : Douleur chronique ou bien des pathologies aiguës avec une présence fréquente dans le service.
Les femmes seraient plus à l'écoute que les hommes, les Infirmiers diplômés d'état (IDE) et kinés plus que les médecins	
Des croyances professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - La conviction que le soignant est plus fiable que le patient dans l'appréciation de l'intensité de sa propre douleur. L'enseignement de la prise en charge de la douleur préconise, depuis de nombreuses années, de <u>donner la priorité à l'évaluation de la douleur par le patient lui-même</u> (et non par le soignant). - Un <u>faible crédit accordé aux outils d'évaluation</u> de la douleur jugés insuffisamment « objectifs » : On évalue la douleur via des outils validés qui sont des réglettes, par lesquelles on arrive à donner une valeur numérique à la douleur. Parfois, les professionnels de santé et surtout les médecins donnent un faible crédit à ces outils d'évaluation car ils les trouvent trop peu objectifs. Or, <u>ils n'ont pas vocation à donner une dimension objective</u> à la douleur, qui est un ressenti subjectif. Ils sont là pour mettre un chiffre et évaluer par exemple l'évolution de la douleur sous traitement. On retrouve des exceptions : patients non-communicants (prématurés, jeunes enfants, déments). - L'idée qu'en l'absence de cause apparente, la douleur peut être relativisée, soit sa réalité remise en doute. Et dans ce cas-là, il y a une méconnaissance de la définition de la douleur telle qu'exposée dans le début du cours. - Le sentiment d'impuissance lié à l'échec des traitements antalgiques peut générer un comportement d'évitement : quand on reprend la définition de la douleur chronique, c'est un phénomène relativement fréquent.
L'inadéquation des traitements antalgiques	Ce qui résulte d'une méconnaissance , voire d'une méfiance , vis-à-vis des antalgiques (surtout la morphine). Et d'un <u>mauvais contrôle de leurs effets indésirables</u> : toutes les techniques antalgiques puissantes sont susceptibles d'avoir des effets indésirables, qui sont prévisibles et qui doivent donc être prévenus systématiquement lors de la prescription de ces thérapeutiques antalgiques. Du <u>risque de dépendance</u> aux opiacés : lors de la prescription d'opiacés beaucoup de médecins craignent d'engendrer une dépendance, qui est un phénomène réel. Mais lorsque l'indication et le suivi de la prise en charge des patients relevant d'une prescription d'opiacés est de bonne qualité, le risque de dépendance devient extrêmement faible.
De la sous-estimation des composantes psycho-émotionnelles	Alors que c'est un des éléments même de la définition de la douleur
D'une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire	Pour des patients en situation d'échec des prises en charges thérapeutiques conventionnelles, une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire , soit au lit du patient par une équipe mobile, soit par des consultations dans des centres de la douleur.



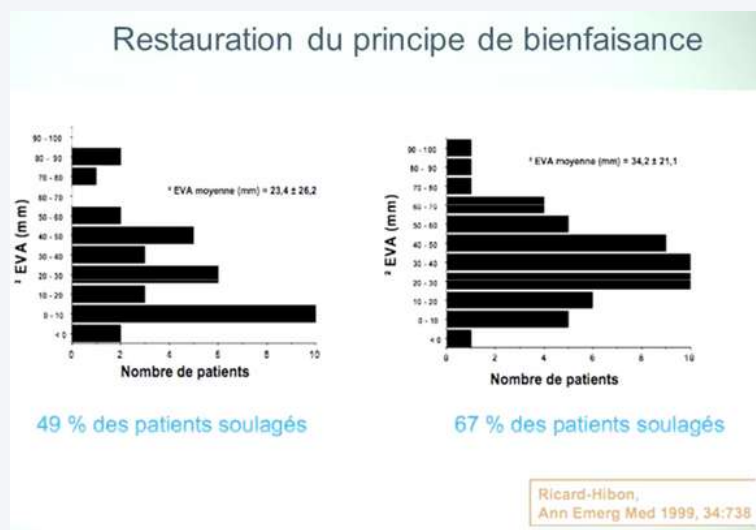
Il ne faut pas être **défaitiste** ou **pessimiste** devant cette situation de faillite du principe de bienfaisance. De multiples actions ont été mises en place pour améliorer la prise en charge de la douleur.

Etude : Restauration du principe de bienfaisance

Le Professeur prend volontairement un vieux travail réalisé aux urgences en 1999, dans lequel les médecins avaient décidé librement de la prise en charge thérapeutique des patients dans les services d'urgence.

Suite à cette mesure, on voit sur le graphique de gauche que 49% des patients ont été soulagés.

Un protocole thérapeutique avait aussi été mis en place par la suite. Il traitait de l'utilisation de la morphine dans les services d'urgence. On a, sur le graphique de droite, 67% des patients soulagés, ce qui montre qu'**un investissement spécifique peut avoir un effet bénéfique**.



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 aigue permettent d'épargner au patient des souffrances inutiles.



Une des situations particulièrement illustratives de la faillibilité est **la douleur induite** par **les soins** et **actes techniques**.

C'est une 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**. Ça peut être un pansement, un geste dans un service de radiologie. On sait que c'est douloureux, on peut atténuer la survenue de cette douleur.

Mais la situation n'est pas celle espérée...

En effet, lors d'une enquête « 1 jour » dans 3 CHU : 30 à 65% des malades ont souffert d'une douleur induite par un soin dans les dernières 24 heures.

Dans une autre enquête, on constate que la douleur est intense à extrêmement intense dans 57% des cas.

Or, grâce à des études, on connaît les gestes les plus douloureux depuis longtemps. On voit qu'on a des douleurs sévères à extrêmement sévères, dans 30% des cas, sur les gestes les plus couramment réalisés en milieu hospitalier. Ces gestes sont :

- Les **prélèvements veineux** et
- La **mobilisation des patients alités**.

On peut évaluer l'intensité de la douleur grâce à des études. En fonction des gestes douloureux prévisibles, on peut **anticiper**.



Il existe, malgré tout, des **effets indésirables** des antalgiques. Ils doivent être évalués dans un calcul de balance **bénéfice/risque** ou **bienfaisance/malfaisance**.

Les effets indésirables peuvent être :

- La 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 significatif, troubles attentionnels, mnésiques (mémoire), des troubles de l'humeur, cognitifs et thymiques... Les sujets âgés sont particulièrement susceptibles de ressentir des toxicités aiguës.
- L'utilisation prolongée : stimulation de l'appétit, prise de poids, troubles endocriniens...

4) Justice et équité

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

III) 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** +++ est la 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. »



C'est-à-dire que d'une obligation morale et déontologique de moyen que les médecins s'imposaient, **on est passé à des droits des patients reconnus par la loi**. Il y a nécessité pour le système de santé de s'adapter à ces droits des patients. Il n'y **pas obligation de résultat** mais de :

1. **Prévention** (face aux douleurs induites),
 2. **D'évaluation**
 3. **De prise en compte**, c'est-à-dire une prise en charge globale de toutes les dimensions de la douleur
 4. **De traitement**, c'est-à-dire la mise en oeuvre d'un traitement
- La **loi Claeys-Leonetti** du **2 février 2016** est la loi la plus récente relative aux droits des patients en fin de vie. +++

En ce qui concerne **l'équité**, c'est-à-dire la répartition satisfaisante de la prise en charge de la douleur au niveau du territoire, on retrouve plusieurs actions :

- Les **campagnes de sensibilisation**, par exemple avec les affiches au niveau des services (le plus souvent), s'adressant aux patients et aux soignants. 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 (ex : des consultations sur la douleur) et soins palliatifs.
- **Les « Plans Douleur » et « Plans Cancer »** : ils sont mis en place par les sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé (HAS).
- **Les recommandations de « bonnes pratiques »** par les sociétés savantes.
- **Les associations de patients** révélant une solidarité entre les patients représentés dans ces associations et les soignants. Ils jouent surtout un rôle dans la prise en charge de la douleur chronique.



- **Les CLUD** (Comités de Lutte contre la Douleur) au sein des établissements proposent et coordonnent les actions, en vue de limiter les phénomènes douloureux dans les services.
- **Les dispositifs d'accréditation des établissements de soin** comportent aussi un volet de prise en charge de la douleur.

Fin de cette fiche, apprenez bien les différences entre bienfaisance et non-malfaisance. Pour tout ce qui est pourcentage dans les études je pense qu'il est suffisant d'apprendre les points tut d'autant plus que le prof dit que les tableaux ne sont pas à apprendre mais les pourcentages que j'ai mis en rouge à la fin des études c'est par coeur.

Dédis à la GANG

Dédis Jules

Dédis à vous de tenir et de continuer à bosser même si c'est dur

