

“Douleur et soins palliatifs: Et la dignité dans tout cela?”

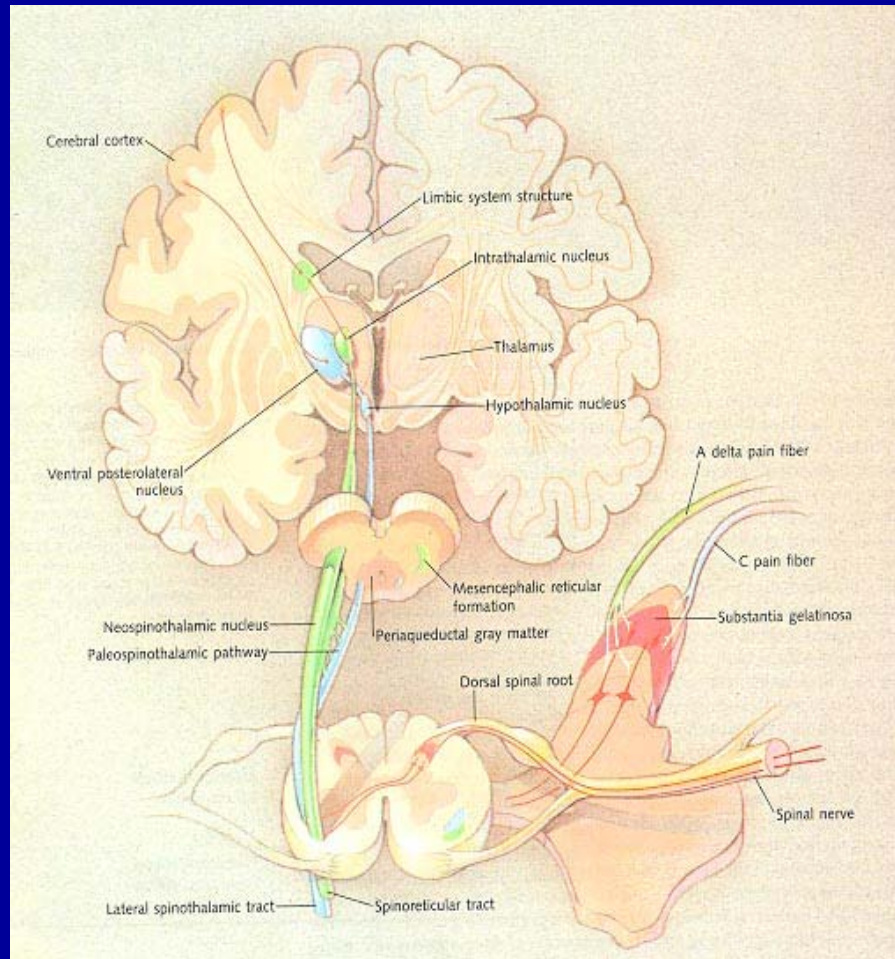
Minimed 25 octobre 2010

Dr Dominique Lossignol

Institut Jules Bordet

- "Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriées visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur" (art 11 bis inséré dans le chapitre III de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients).

« Voies de la douleur »



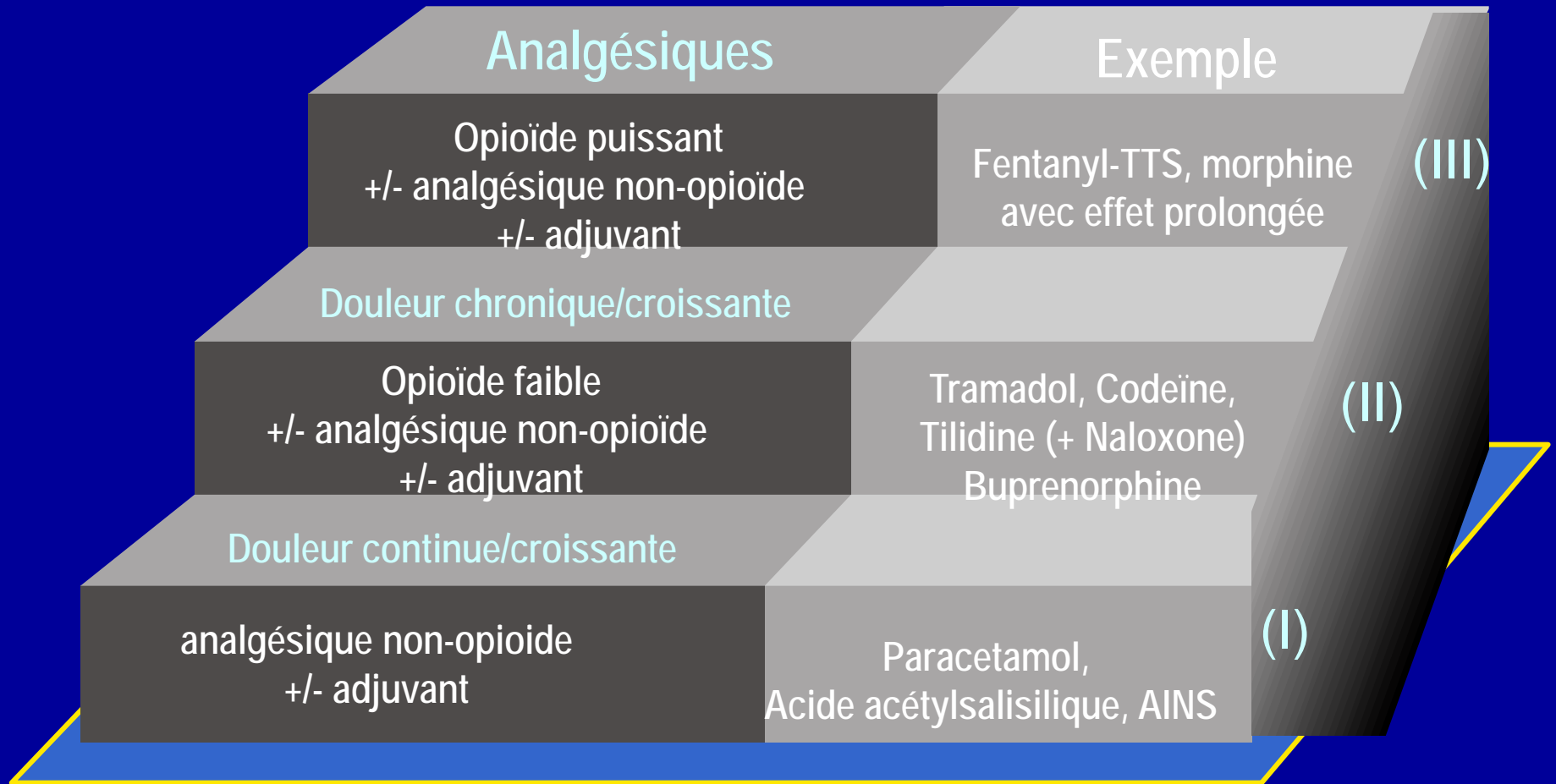
Voies de la douleur

- Voie spino-thalamique
- 4 grands faisceaux terminaux
 - spino-réticulaire (éveil)
 - spino-thalamique (somatotopie)
 - spino-brachio-para-amygdalien (affectif et émotionnel)
 - spino-brachio-thalamique (végétatif et endocrine)
- + mécanismes de modulation
- + immunité...

Questions Mythes Fausses vérités

- La morphine est létale
- Les patients deviennent toxicomanes
- Le traitement de la douleur est un traitement « de confort »
- Traîter le cancer traîne la douleur
- Les « algologues » sont des fumistes
- La douleur neuropathique est opioïdes résistante
- Débuter avec un opioïde puissant est dangereux
- Traiter la douleur coûte cher
- Les firmes pharmaceutiques exploitent la souffrance
- Les patients exagèrent
- Les médecins surprescrivent
- ...

Echelle OMS de la douleur

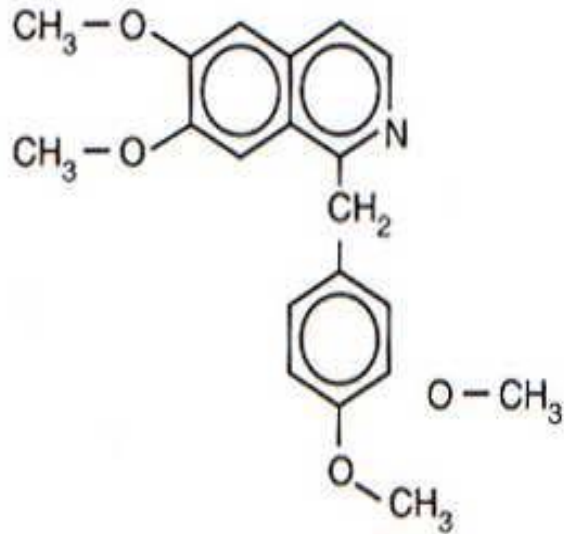


Douleur

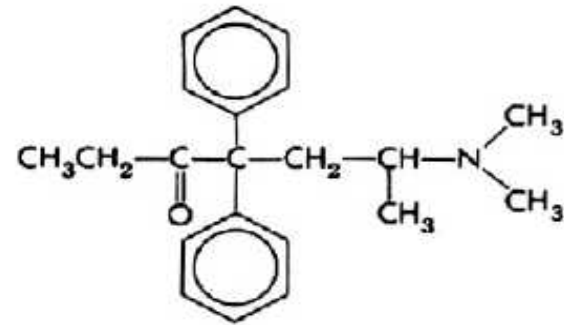
Molécules



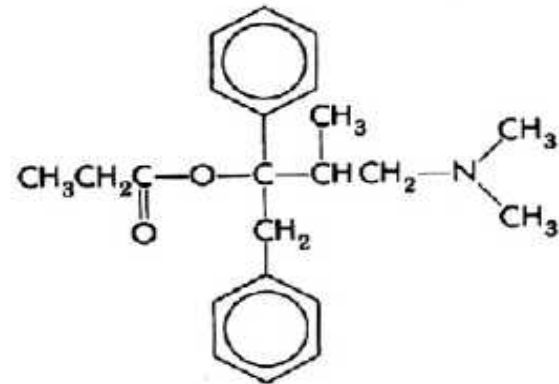
Morphine - a phenanthrene alkaloid



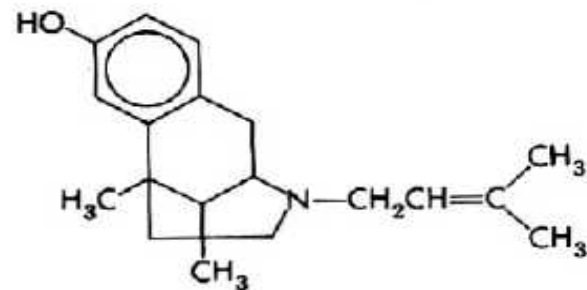
Papaverine - a benzylisoquinoline alkaloid



METHADONE

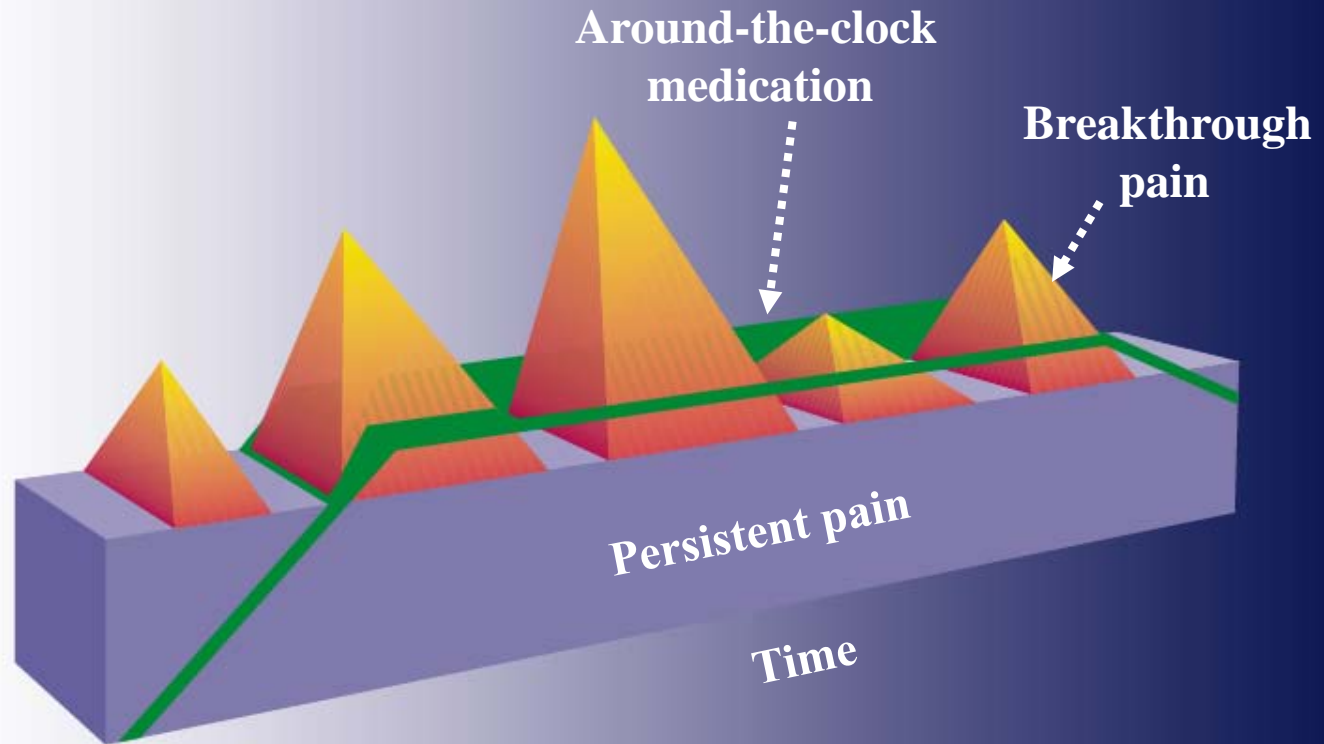


PROPOXYPHENE



PENTAZOCINE

Components of chronic pain



Anti douleurs et société

- Problème du remboursement
- « Médicaments de confort »...
- Méconnaissance du problème
- Problématique des génériques
- Usage encore trop souvent aléatoire
- Espoir: Formation inter-universitaire, Centres de référence »...

Génériques antidouleurs

- Pour l'instant: pas de problème avec la voie transdermique
- NB: le système « Durogésic-Matrix » a toutefois montré des variations dans la tolérance chez certains patients
- Problème des galéniques
 - cf. Tramadol, slow release
 - Allergies, troubles digestifs
- Pas d'étude prospective...

Questions Mythes Fausses vérités

- La morphine est létale
- Les patients deviennent toxicomanes
- Le traitement de la douleur est un traitement « de confort »
- Traîter le cancer traîne la douleur
- Les « algologues » sont des fumistes
- La douleur neuropathique est opioïdes résistante
- Débuter avec un opioïde puissant est dangereux
- Traiter la douleur coûte cher
- Les firmes pharmaceutiques exploitent la souffrance
- Les patients exagèrent
- Les médecins surprescrivent
- ...

Développements futurs

- Meilleure formation des soignants
- Meilleure connaissance des mécanismes de la douleur
- Nouveaux médicaments
- « Découverte » d'anciens médicaments
- Nouvelles approches

Soins palliatifs

Soins palliatifs

- ...ou continus
- ...ou « de suite »
- ...ou « supportifs »
- ...ou de soutien
- ...

HISTORIQUE

- **En Europe:**

- ▲ 1842 : J. Garnier : fondation d'hospices dits « modernes » à Lyon

- ▲ 1879 et 1905 : ouverture de deux hospices par “ the Irish Sisters of Charity ” l'un à Dublin et l'autre à Londres.

- ▲ 1967 : Dr C. Saunders ouvre le St. Christopher's hospital

DEFINITION

- Ensemble des **soins actifs** promulgués aux patients dont la pathologie n'est plus curable
- Contrôle de la **douleur**, des autres **symptômes**, ainsi que la prise en charge des **problèmes psychologiques, sociaux ou spirituels**
- Optimisation de la **qualité de vie**

QUAND DOIT-ON DEBUTER LES SOINS PALLIATIFS ?



PHILOSOPHIE

- Prise en **charge globale** du Patient
- Soins centrés sur le **Patient** et sa famille
- Respect de l'**individualité** du Patient

PHILOSOPHIE

- Pluridisciplinarité
- Importance du « decision making process »
- Nécessité d 'évaluer le patient et ses symptômes

PRINCIPES

- Les soins palliatifs doivent se baser sur une prise en charge globale du patient comprenant les aspects physiques, psychologique, social, spirituel en respectant leurs valeurs personnelles,...

PRINCIPES

- ...religieuses ou autres croyances et ce avec l'aide d'une **équipe pluridisciplinaire** comprenant des professionnels et volontaires entraînés.

QUALITE DE VIE

- ?
- **Plusieurs dimensions:**
 - Préoccupations physiques
 - Activité
 - Bien-être familial
 - Bien être émotionnel

QUALITE DE VIE

Spiritualité

Fonctionnement social

Satisfaction par rapport au traitement

Sexualité et intimité

Dignité

Autonomie

Dignité

- Définition(s)
 - Vertu?
 - Maintien ?
 - Respect ?
 - Immanente?
 - Dignité « statique », inaliénable et « dynamique » (Andorno)
 - « Hors propos » (Ruth Macklin)
 - « Ce qu'on fait, ce qu'on subit, ce qu'on est » (B Baertschi)

Dignité

- Déclaration Universelle des droits de l'Homme
- Rapport Belmont
- Déclaration d'Helsinki
- ...
- Droit à la dignité (ou devoir?)

Autonomie

- Capacité de choisir, de décider pour soi-même
- Importance de l'information
- Importance des directives anticipées

BIOETHIQUE

1. Déontologique
2. Utilitariste
3. Principlisme:
 - Bienfaisance
 - Non-malfaisance
 - Autonomie
 - Justice (distributive)
4. Casuistique:
5. Procédurale
6. Narrative

ETHIQUE ET ONCOLOGIE

(+Soins Palliatifs)

- Ecouter le malade
- Accepter le temps du mourir comme un temps de l'histoire individuel du patient
- Tout mettre en oeuvre pour soulager la douleur
- Repenser la dignité d'autrui en terme de solidarité et du regard porté sur lui
- Accepter la complémentarité des rôles
- Accepter le plan de vie du patient comme norme de base des décisions médicales

Les enjeux éthiques

- « Désescalade thérapeutique »
- Non-initiation de traitement
- Gestion de la fin de vie
- Euthanasie passive
- Euthanasie active

Les enjeux éthiques

- Suicide médicalement assisté
- Acharnement thérapeutique
- Communication
- Secret médical
- Etc

Obstacles au développement des soins palliatifs

- Non-volonté institutionnelle
- Non-volonté politique
- Non-volonté idéologique
- Inertie facultaire
- Aspects légaux
- Aspects financiers

Témoignages

« Je veux m'en aller, ma hotte lourde de souvenirs et les yeux pleins de fierté d'avoir vécu vivante jusqu'au bout. M'en aller à mon heure à moi, qui ne sera pas forcément celle des médecins, ni celle autorisée par le pape, encore moins la mort au ralenti proposée par Marie de Hennezel, avec son plateau de soins palliatifs en devanture et son sourire crémeux »...

Code de déontologie

Chapitre IX – Vie finissante

- Article 98
 - En cas de décès, le maintien des fonctions vitales n'est assuré qu'en vue d'un prélèvement d'organes, dans le respect des volontés du patient.
 - Le maintien artificiel des fonctions vitales est arrêté dans les autres cas.

« Je ne puis définir ni justifier au sens légal pourquoi c'est à un médecin qu'incombe le geste (d'euthanasie). Par contre, si je me retrouve dans la situation d'un patient, j'aimerais que ce soit un médecin (compétent) qui m'aide à partir... »

Y.Englert

« L'un des grands services que chaque science peut rendre à nos recherches, c'est de nous inviter, en servant d'introduction, à la quitter pour sa voisine ».

Jules Bordet

