

Ce bulletin est distribué par mail; n'hésitez pas à le transmettre à vos contacts

EDITORIAL

Cet été pluvieux n'a pas été pourri seulement par le temps et notre environnement mais aussi par les kidnappings, les vols, les assassinats qui ont amené tant de deuils, de douleur et de souffrance dans nos foyers.

La fragilité des douloureux rend leur perception décuplée pour la douleur aiguë et, la douleur chronique devient souffrance par la peur, le stress, l'insécurité et leur doute sur l'avenir sans espoir. La vulnérabilité à la douleur ne dépend pas seulement de la gravité des blessures physiques mais aussi de l'histoire de vie. Si au cours de son développement son entourage est malsain et son affectivité non développée, la douleur devient chronique.

La mission médicale et notre code d'éthique et de déontologie nous enseignent que l'accès aux soins est universel. Mais nous ne pouvons pas nous mettre en danger, et pour soigner, il faut des règles, une conduite à tenir, qui nous permet de porter secours à une personne en danger et l'obligation de porter des soins à tous et toutes quelque soit la race et la classe sociale; les prisonniers et les bandits.

Denise FABIEN, médecin

LES OPIOIDES DANS LA PERIODE PERIOPERATOIRE: DEVRIONS NOUS NOUS INQUIETER?

Résumé De l'Atelier thématique : Les opioïdes en péri opératoire.

Congrès de l'IASP ; 20 septembre 2022

Le mois de septembre était consacré par l'Association Internationale d'étude de la douleur (IASP) à la sensibilisation sur la douleur de façon à mettre l'accent sur l'importance d'une approche individualisée, multidisciplinaire et multimodale de prise en charge de la douleur. C'est ainsi que s'est tenu, du 19 au 23 septembre, le Congrès de l'IASP.

Cet événement scientifique, qui a regroupé des spécialistes et chercheurs de renommée, nous a gratifiés d'interventions plus riches les unes que les autres, en plénière ou en atelier.

L'un des ateliers qui a suscité beaucoup de débats a été celui sur : « Les opioïdes dans le cadre périopératoire : devrions-nous nous inquiéter ? »

L'épidémie d'opioïdes est actuellement un problème de santé publique dans beaucoup de pays industrialisés. Jusqu'à présent, on a mis l'accent sur les prescriptions pour la prise en charge de la douleur chronique ; cependant, la plupart des gens reçoivent leur première exposition aux morphiniques à la suite d'une chirurgie car les morphiniques demeurent une partie importante de l'anesthésie et des soins postopératoires. Des études aux États-Unis et en Europe ont montré que devenir un nouvel utilisateur chronique d'opioïdes est la complication la plus courante après une chirurgie. Dans cet atelier, les professeurs Irene TRACEY de l'Université d'Oxford ; Eske AASVANG de l'Université de Copenhague et le Dr. Chad M. BRUMETT de l'Université de Michigan ont discuté de l'importance de trouver un équilibre dans l'utilisation d'opioïdes en périopératoire

L'intervention du professeur Tracey parlait d'une « approche personnalisée de la consommation d'opioïdes basée sur les réseaux cérébraux ». En effet, la diversité dans les réseaux cérébraux et le profil psychologique montre chez certains une certaine prédisposition à la dépendance et à la consommation d'opioïdes à long terme. D'où l'intérêt d'une stratification plus prudente des patients pour la consommation d'opioïdes en fonction des réseaux cérébraux individuels.

Le professeur Aasvang a enchaîné pour parler des « complications liées aux opioïdes dans le cadre périopératoire ». Réduire la douleur est certes crucial pour augmenter la fonction physique et cognitive après la chirurgie, mais choisir la bonne stratégie est difficile car l'efficacité analgésique a souvent un coût sous la forme d'effets secondaires. Le Dr Aasvang a parlé du dilemme entre les morphiniques qui sont le médicament analgésique le plus puissant actuellement et les effets indésirables bien documentés qui entravent le rétablissement et le risque d'abus. Des données sur la façon dont l'utilisation d'opioïdes avant et après l'opération sont liées aux complications postopératoires aiguës et chroniques ont été présentées, y compris la transition de la douleur postopératoire aiguë à la douleur postopératoire persistante. Des suggestions de stratégies analgésiques épargnant les opioïdes, la nécessité d'un rôle actif des médecins dans le suivi et les conséquences sur la réadaptation ont été présentées. Il a ensuite discuté en détail de la personnalisation de l'analgésie de façon à réduire ces effets secondaires.

Pour terminer, le Dr Brumett a présenté sur « le rôle de la prescription de soins actifs dans l'épidémie d'opioïdes ». Il a montré comment la prescription après la chirurgie a eu un impact direct sur l'épidémie d'opioïdes aux États-Unis et au Canada et comment ceci se propage actuellement dans le monde entier. Bien que l'augmentation de la prescription d'opioïdes après la chirurgie n'améliore pas la douleur ou la satisfaction, elle est associée à une augmentation de l'utilisation chronique, de la morbidité et du coût des soins

Volume 1, Numéro 11, octobre 2022



www.sohadhaiti.com



HEALING HEARTS & COMMUNITIES

WORLD HOSPICE & PALLIATIVE CARE DAY 8 OCT 2022

GUERIR LES COEURS ET LES COMMUNAUTES

La journée internationale des Soins Palliatifs ce sera le 8 octobre. Cette journée annuelle est l'occasion de réfléchir sur les soins palliatifs comme indicateur pour améliorer la qualité de vie ; une journée pour plaider pour un accès équitable pour TOUS aux soins en général et aux soins palliatifs en particulier. Le thème de cette journée pour 2022 est : « **Healing Hearts and Communities : Guérir les cœurs et les communautés** ». Par ce thème, les organisateurs ont voulu souligner le fait que l'expérience du deuil et le besoin de guérir (du deuil) unissent les hommes. Cette initiative s'inspire de l'expérience récente des six millions de morts dans le monde durant la pandémie de COVID-19. La mort, et le chagrin étant inséparables; les soins palliatifs incluent l'accompagnement du deuil et aident à soulager les souffrances liées au deuil en proposant un support compatissant aux familles ; support essentiel pour aider à vivre et à survivre au deuil.

Chez nous, en Haïti, les conflits des gangs armés et le kidnapping plongent quotidiennement des milliers de familles et de soignants dans le deuil. Beaucoup d'haïtiens pleurent la mort d'un proche (parent, amis) et n'ont peut-être pas eu l'occasion de lui dire "au revoir" : **perte de vie**. On estime que pour chaque décès, au moins 9 personnes sont directement affectées par cette perte. Cela donne une idée du nombre de personnes affectées par un ou plusieurs décès de personnes importantes pour elles au cours des dernières années. Nous sommes nombreux à être confrontés à l'isolement social (familles déplacées, familles éclatées) : **perte de lien social** ; et à la **perte de nos biens matériels** ; sans compter le **tribut psychologique** parfois incurable qui accompagne ces pertes difficiles.

Cette année, le plaidoyer pour cette journée mondiale est un appel à des stratégies nationales pour l'inclusion des soins de deuil dans les politiques sanitaires, soins essentiels pour soutenir le processus de guérison. Une expérience de deuil saine est indispensable pour la résilience et le bien-être. Nous saluons l'effort déjà réalisé par nos collègues psychologues et souhaitons que d'autres initiatives de soutien du deuil viennent appuyer leurs actions.

Régine ROCHE, médecin



Congrès de la SOHAD
En distanciel

Thème : Douleur
Chronique

"Faisons équipe face à
la douleur chronique"

Prix du congrès

Étudiants : 1,000.0 gdes

Membres : 1,000.0 gdes

Non-membres: 2,000.0 gdes

19 NOVEMBRE 2022

Heure : 8h AM à 6h PM

Contact : (509) 3249-1560

sohadass1018@gmail.com



50% des recettes seront dédiées à l'achat de médicaments pour l'unité douleur

Résumé de la présentation faite à la SHOG le 18 août 2022

Le premier droit de toute personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite et ce, quels que soient ses revenus. L'article 19 de notre Constitution dispose en effet : « L'État a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine, à tous les citoyens sans distinction, conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. »

C'est la profession médicale qui a pour tâche essentielle de préserver la santé et de sauvegarder la vie.

Ce sont les professionnels de la santé que nous sommes, qui ont mission de soigner les malades et les blessés.

Notre devoir médical est de traiter toute personne avec humanité et respect, l'expression « toute personne » signifiant sans exception aucune, même s'il s'agit d'un miséreux, d'un coquin, d'un bourgeois, d'un aristocrate...

Même s'il s'agit d'un criminel blessé, en fuite... !

Les Soins – le médecin – le malfrat

Alors, si le médecin « appelé » refuse de prodiguer des soins à ce patient, risque-t-il d'être poursuivi pour refus de soins illicite ? Afin de répondre le plus près possible de la réalité des choses, voyons ensemble comment évolue le couple médecin-bandit.

Cette relation pourrait se scinder en quatre étapes :

- Le moment de la rencontre,
- Le temps de l'action (ou de l'abstention),
- Le temps de la dénonciation éventuelle
- Le moment de « la reddition des comptes ».

I.- Le moment de la « rencontre »

Dans quels cas un médecin peut-il être amené à prodiguer des soins à un bandit ?

Nous pouvons prendre en compte les éventualités suivantes :

1.- Le bandit est amené au domicile du médecin

On y perçoit deux possibilités :

a.- le bandit et le médecin habitent le même quartier

Dans cette éventualité, l'idée ne viendrait même pas au médecin de refuser de donner des soins. Ce serait se condamner à être la bête noire du quartier. Au contraire, il devrait se montrer même conciliant. La seule chose qu'il lui serait possible d'avancer est qu'il est très loin d'être suffisamment équipé pour pouvoir soigner correctement le blessé et que celui-ci serait certainement bien mieux pris en charge dans un centre hospitalier !

Ce qui serait la stricte vérité. Mais son ou ses interlocuteurs seraient-ils prêts à le comprendre.

Si ce médecin a affaire à des bandits intelligents, il pourrait même se voir offrir du matériel de qualité afin d'équiper son domicile du matériel lui permettant d'intervenir chirurgicalement à l'avenir !

b.- le médecin se trouvait quasiment sur les lieux du « drame »

Il s'est trouvé au mauvais endroit au mauvais moment.

2.- Le bandit est amené dans un centre hospitalier

a.- Le centre hospitalier est privé

* premier obstacle : pénétrer dans le bâtiment.

Mais peut-on en interdire l'accès dans l'urgence ?

* deuxième obstacle : un certain nombre de ces centres de soins n'ont pas de permanence médicale. Ce sera le personnel infirmier qui sera bien souvent en première ligne.

Toutefois, passés ces deux obstacles, le centre hospitalier privé se trouve dans la même situation que le centre hospitalier public.

b.- Le centre hospitalier est public

Tout se passe au niveau du service porte, du service de l'urgence

L'équipe médicale de service peut-elle refuser de prendre en charge le ou les bandits blessés ?

II.- Le temps de l'action

Quelles sont les possibilités de réponses du Professionnel de santé ?

Que peut faire ou être tenté de faire le médecin ?

1.- Il peut « être absent » = Hypothèse 1 = H1

Le personnel au service porte pourra toujours faire savoir au blessé que le médecin qui devait desservir l'urgence n'a pas pu arriver à l'hôpital et que les soins qui seront dispensés seront des soins infirmiers, donc, il y a des actes médicaux qui ne pourront pas être faits.

2.- Il peut refuser de donner des soins au blessé = Hypothèse 2 = H2

3.- Il peut faire savoir que le cas présenté dépasse ses compétences, et qu'il ne pourra faire que le minimum = Hypothèse 3 = H3

4.- Il peut dispenser des soins « non consciencieux » = Hypothèse 4 = H4

L'obligation de donner des soins consciencieux et le devoir d'hu-

manisme imposent aux professionnels d'être suffisamment diligents, attentifs au sort du malade.

La dispensation des soins peut toutefois s'accompagner d'un manque d'humanisme.

Dans ce cas, et même si les soins prodigués sont corrects, le professionnel de santé pourra alors être sanctionné sur le fondement des règles déontologiques.

Le manquement aux soins consciencieux peut également se caractériser par le fait de dispenser volontairement des soins inefficaces ou illusoire.

En effet un PS qui prescrirait sciemment un traitement inapte à guérir un patient alors qu'une alternative thérapeutique efficace existerait, violerait bien évidemment ses obligations légales et déontologiques. Cette hypothèse constitue un refus de soins dans la mesure où elle repose sur un acte volontaire du médecin.

Il conviendra toutefois à faire la différence entre la dispensation de soins non consciencieux qui constitue un refus de soins illicite et l'erreur médicale.

Le refus de soins repose sur un acte volontaire du médecin.

Dans l'erreur du médecin c'est bien involontairement que ce PS fournit des soins de mauvaise qualité.

Le fondement juridique de la condamnation du médecin n'est donc pas le même dans les deux cas. Ce n'est que lorsque la fourniture de soins de mauvaise qualité est volontaire que le médecin contrevient à son devoir d'humanisme.

Par extension, un médecin qui dispenserait des soins de mauvaise qualité, ou superficiels violerait l'obligation de dispenser des soins consciencieux.

(NB: La suite de l'article sera publiée au prochain numéro du bulletin)

Robert JEAN LOUIS, médecin, juriste

LU POUR VOUS

ASSOCIATION DOULEUR CHRONIQUE DE LA COLONNE VERTEBRALE AVEC LA QUALITE DE L'ALIMENTATION

Zick, Suzanna Mariaa and al.

PAIN Reports : Septembre/Octobre 2020 - Volume 5 - Numéro 5 - p e837

doi: 10.1097/PR9.000000000000837

La douleur chronique lombaire est invalidante et a des coûts personnels et sociétaux élevés. En plus des facteurs de risque comportementaux, cette étude du Dr Zick et col., de l'Université de Michigan, a voulu vérifier si une alimentation saine peut être associée à des risques plus faibles d'avoir des douleurs dorso lombaires.

Pour cela, les auteurs ont analysé la qualité de l'alimentation à l'aide de l'indice de saine alimentation 2015 (score de 0 à 100). Pour ensuite examiner les probabilités de douleur liées à l'apport alimentaire.

Sur 4123 participants (d'âge moyen 43,5 ± 0,44 ans, majoritairement des femmes :2167 [52,6 %]), 800 (19,4 %) ont signalé une douleur chronique à la colonne vertébrale. Ceux-ci consommaient des quantités de calories similaires à celles sans douleur vertébrale, mais avaient une qualité de régime alimentaire significativement plus faible que les personnes sans douleur vertébrale. D'après les analyses, les personnes dont la qualité de l'alimentation était meilleure avaient 24 % moins de chance de développer une douleur chronique à la colonne vertébrale que les autres. Une consommation plus élevée de fruits, de grains entiers et de produits laitiers était associée à une probabilité de 20 % à 26 % plus faible de douleur chronique à la colonne vertébrale. Les sucres ajoutés étaient associés à une augmentation de 49% des risques de douleur chronique à la colonne vertébrale.

D'autres études sont en cours pour confirmer le rôle de la qualité de l'alimentation sur la douleur.

AGENDA

- 8 octobre** Journée internationale des Soins Palliatifs
- 17 octobre** Journée de lutte contre la douleur
- 18-21 octobre** Congrès international de Soins Palliatifs
- 25 octobre** Anniversaire de la SOHAD
- 19 Novembre** Congrès de la SOHAD

ANNIVERSAIRES:

La SOHAD souhaite un joyeux anniversaire à ses membres nés durant les mois d'octobre et de novembre

COMITE EXECUTIF 2022-2024: Présidente: Dr Régine ROCHE; Vice-Président: Dr Lucien ROUSSEAU; Secrétaire: Dr Joane D. MAITRE Secrétaire Adjointe: Mme Fredelyne JOSEPH; Trésorière: Mme Judelyne MONDESTIN; Trésorière Adjointe: Mme Guerline DESIR Conseillères: Mme Flaurine Jean Jeune JOSEPH; Mr Josué LOUIS, Dr Marjorie RAPHAEL

CONSEIL SCIENTIFIQUE: Dr Denise FABIEN ; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Dr Claudine JOLICOEUR

COMITE DE REDACTION DU BULLETIN : Dr Claudine JOLICOEUR, rédactrice en chef; Dr Marjorie RAPHAEL, rédactrice adjointe; Dr Denise FABIEN; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Mme Fredelyne JOSEPH; Mme Judelyne MONDESTIN; Dr Régine ROCHE

DEPOT LEGAL: 22-01-008

Commentaires et suggestions? : Contactez nous par Email à sohadass1018@gmail.com /Téléphone : (509)3249-1560/



ECOUTER, COMPRENDRE, SOULAGER

