

## Les soins palliatifs

**L**E TRAITEMENT DE LA DOULEUR et la coanalgésie ont fait l'objet de nombreuses discussions, mais les autres défis auxquels nous sommes confrontés en soins palliatifs sont rarement abordés. Nous avons donc tenté, dans ce numéro, d'explorer certains sujets connexes et, à notre sens, tout aussi essentiels pour soulager les souffrances de nos patients. La douleur est à la fois une sensation et une émotion. Et les émotions causent aussi de la souffrance. C'est pourquoi les soins palliatifs se veulent des soins globaux de nature biopsychosociale et spirituelle.

Les articles qui suivent nous seront utiles dans plusieurs autres sphères de notre travail et de notre vie. La personne meurt comme elle a vécu, et comme soignants nous récoltons le tout. Il est parfois ardu de modifier cette trame en accompagnant le patient et sa famille dans le passage vers la mort. C'est souvent difficile, souvent réconfortant et parfois beau, mais toujours émouvant (frustration, anxiété, colère, tristesse, joie). La société doit réapprendre à accepter la mort dans le continuum de la vie, tout comme nous les médecins. Entre-temps, nous devons accepter nos limites « médicales », aborder nos limites personnelles et émotionnelles et être plus compréhensifs et ouverts face aux patients et à leurs proches confrontés à une mort prochaine. Qui d'entre nous pense que tout est dans les ouvrages « médicaux » ?

Pour la plupart, nous connaissons peu de choses de la mort, sinon son explication physiologique. Pourtant, beaucoup de proches de nos patients



**Agrément.** La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses activités de formation continue, dont *Le Médecin du Québec*, sont agréées par le Collège des médecins du Québec. Tous les articles de cette section sont révisés par le comité de rédaction scientifique.

**Post-test.** Chaque mois, dans *Le Médecin du Québec*, vous trouverez à la fin de la section de formation médicale continue un post-test composé d'un maximum de 10 questions à réponse unique. Veuillez inscrire vos réponses sur le coupon au verso de la page de questions et le retourner à la FMOQ. **Trois heures** de crédits de formation de catégorie 1 seront accordées aux médecins qui auront obtenu une note de passage de **60 %**. (Aucun crédit ne sera accordé au-dessous de cette note.) N'encerclez qu'**une seule** réponse par question. Les réponses seront publiées trois mois plus tard à la fin de la section avec les références.



nous parlent d'expériences « spéciales ». Comme soignants, nous devons apprivoiser l'idée que nous ne savons pas tout et nous ouvrir à ce que nous ne pouvons certifier ou vérifier scientifiquement, mais que nous avons parfois observé. Un jour, peut-être, en saurons-nous plus sur cette étape mystérieuse et un jour, peut-être, serons-nous plus à l'aise avec la mort.

La médecine est une science de prévention, de guérison et de soulagement, non d'immortalité. En fait, la mort est actuellement la seule certitude pour tout être vivant. Par conséquent, elle ne devrait pas être un échec pour le médecin. En raison du vieillissement de la population, on prévoit une augmentation de 30 % des cas de cancer au cours des cinq prochaines années<sup>1</sup>. On espère que la médecine améliorera le taux de guérison, mais il y aura quand même un accroissement des cas de soins palliatifs au cabinet, à domicile et à l'hôpital. Nos patients viennent vers nous pour recevoir des soins, du soutien, du réconfort et un accompagnement. Les plus jeunes d'entre nous sont peut-être moins sollicités, car leur clientèle est peut-être plus jeune. Toutefois, ils auront un jour ou l'autre à traiter une clientèle nécessitant des soins palliatifs.

Il est essentiel d'acquérir des habiletés thérapeutiques, relationnelles et psychologiques pour aborder les patients nécessitant des soins palliatifs afin d'éviter un contre-transfert. Nos relations avec les patients sont modulées par notre vécu, par nos blessures psychologiques ainsi que par notre façon de gérer nos propres émotions. Par ailleurs, nous ne communiquons pas toujours bien, et notre comportement non verbal peut trahir nos pensées réelles.

Selon certaines théories neuro-immunologiques<sup>2</sup>, les jeunes patients atteints de cancer sont en crise et l'étaient probablement avant même leur diagnostic. Nous devons donc faire face à cette situation exigeante d'un point de vue psychologique pour aider nos patients à passer au travers de cette étape inéluctable de la vie. Si le patient est en crise, sa famille l'est probablement tout autant, ce qui complexifie le tout.

Nous ne sommes pas des experts en psychologie. Nous devons donc nous ouvrir aux théories de ces derniers pour mieux cibler nos interventions avec certains patients. Pour ce faire, nous devons franchir les frontières sécurisantes de notre science médicale.

Bonne lecture !

*Dr Gauthier Bastin  
Chef de l'Unité des soins palliatifs  
Hôpital Sainte-Croix de Drummondville*

1. Lambert P, Lecomte M. Rapport Lambert-Lecomte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec pour l'Association québécoise des soins palliatifs. Mars 2000.  
2. Richard C, Lussier MT. Le stress et la vulnérabilité à la maladie. *MedActual* 2003 ; 3 (5) : 38-41.