

Ce bulletin est distribué par mail; n'hésitez pas à le transmettre ou à l'imprimer pour l'afficher dans vos services

L'INFIRMIERE FACE AUX SOUFFRANTS

L'infirmière constitue l'un des moteurs de l'équipe multidisciplinaire de la santé. Elle joue un rôle de surveillance, de bienveillance, de vigilance, d'écoute, de soignant, tout en voyant le patient de façon holistique. Elle est tout ce qui manque au patient pour être indépendant.

Elle est le bras du manchot, les yeux de l'aveugle, les pieds de l'handicapé, le langage des muets. Elle possède la capacité de détecter les imperfections corporelles particulièrement au moment du bain, et de découvrir les plaintes cachées. Son rôle nécessite son implication ou sa responsabilité intégrale dans le domaine des soins. Par la communication, elle peut procurer le bien-être physique ou psychologique, ce qui pourrait calmer la douleur ou encore soulager le patient. Elle travaille en parfaite collaboration avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire; tout se déroule autour du patient.

Les 1er et 3 décembre sont réservées pour souligner respectivement la solidarité internationale avec les PVVIH (personnes vivant avec le VIH), et la lutte pour l'intégration des handicapés. L'un des objectifs de la SOHAD est de se solidariser avec les personnes vulnérables, et de faciliter leur confort. La prise en charge de la douleur chez les infirmes moteurs cérébraux et des PVVIH fait partie des compétences des soignants engagés dans cette lutte.

Mes chers professionnels, unissons-nous, renouvelons nos responsabilités, impliquons-nous directement pour le bien-être de nos patients et gardons toujours allumée, la flamme de la vie, de l'espoir, dans nos cœurs afin que notre rencontre avec les autres puisse les contaminer positivement et ait un impact positif sur eux.

« **Faisons tout pour le bien-être de nos patients !** »

Judelyne MONDESTIN, infirmière

ETHIQUE: L'ABANDON DU PATIENT

1.- Définition.

Selon l'American Collège of Physician's Ethics, « l'abandon du patient, c'est le retrait unilatéral du médecin de la relation médecin-patient sans s'être assuré que celui-ci ait été formellement référé à un autre médecin capable d'assurer une prise en charge opportune et efficace de son cas ».

Du point de vue éthique, l'abandon du patient constitue une faute grave parce qu'il peut causer des préjudices graves au patient en mettant en péril sa santé, sa survie et son équilibre psychologique.

L'abandon du patient doit être distingué de la séparation, qui est le retrait concerté du MD de la relation médecin-patient, en prenant les précautions nécessaires pour éviter de déstabiliser le patient. Le MD qui veut se séparer d'un patient doit en aviser celui-ci et lui donner une chance de se ressaisir.

L'abandon doit être distingué également du refus de soins, qui est le refus, justifié ou non, d'accorder des soins à un patient par un prestataire ou une institution de soins pour des motifs divers :

- Clause de conscience : les soins sollicités sont incompatibles avec les valeurs morales, philosophiques ou spirituelles du prestataire. (Ex : cas d'un MD qui refuserait de pratiquer un avortement pour des raisons de convictions religieuses)
- Incompétence du prestataire ou de l'institution. (Le prestataire s'estime incompétent pour administrer les soins nécessaires au patient)

Le refus de soins pour raisons financières ou pour cause de discrimination est éthiquement inacceptable.

2.- Facteurs de risque de l'abandon du patient.

Des facteurs structurels et conjoncturels peuvent être à l'origine de l'abandon du patient.

- Facteurs structurels :

a) Faiblesse du cadre légal et/ou réglementaire, permettant au prestataire indélicat d'échapper à toute poursuite même quand son manque de professionnalisme aurait mis en danger la vie du patient.

b) Absence d'un ordre professionnel suffisamment fort pour sanctionner les comportements déviants.

c) Manque de professionnalisme de plusieurs prestataires.

d) Etc.

- Facteurs conjoncturels. (Liste non exhaustive)

a) Insécurité, blocage de routes, « Peyi lòk », empêchant le prestataire d'accéder au centre de soins.

b) Mort subite, kidnapping ou menaces de kidnapping du prestataire.

c) Erreur médicale. Certains MD peu professionnels ne veulent pas assumer avec courage les conséquences de leurs erreurs et tenter de les réparer.

3.- Solutions utilisées dans le milieu haïtien.

Plusieurs approches sont utilisées par des responsables d'hôpitaux privés pour réduire les risques d'abandon de patients ou en mitiger l'impact.

- Accréditation des prestataires autorisés à soigner leurs patients au niveau de l'institution. L'accréditation est assortie de privilèges et de conditions. En cas de conduite non professionnelle, le MD perd son accréditation.

- Un hôpital privé exige comme condition pour admettre un patient aux ordres d'un patient que les soins soient fournis sous la supervision de la direction médicale de l'hôpital. En cas d'indisponibilité du MD traitant, la Direction médicale ou le Chef de service peut confier momentanément le patient aux soins d'un autre prestataire.

- En cas d'impraticabilité du terrain (Peyi Lok, routes bloquées, etc.), certaines institutions organisent des gardes spéciales, avec des prestataires dormant au niveau de l'institution pendant 2 ou plusieurs jours.

- Plusieurs prestataires soignent en équipe, ce qui permet de prévenir l'interruption des soins si le MD traitant est brusquement indisponible pour des situations de force majeure.

- Il faut signaler enfin que le problème de l'abandon ne se pose pas de la même façon dans les hôpitaux publics. Car, le patient n'est pas le client d'un prestataire en particulier, mais le client de l'administration de l'hôpital qui peut donc pallier à toute défaillance du MD traitant en cas de besoin.

4.- Conclusion

L'abandon du patient, considéré comme un véritable fléau par certains responsables d'hôpitaux, est une faute grave, incompatible avec les nobles idéaux de la Médecine, donc éthiquement inacceptable.

Elie NICOLAS, médecin

Volume 1, Numéro 4, Novembre 2020



DOULEUR ET VIH

La douleur associée au VIH est due à une neuropathie distale périphérique le plus souvent liée au traitement par les antirétroviraux (ARV). Ces molécules sont neuro toxiques, particulièrement celles utilisées au début de l'épidémie. La neuropathie coïncide avec le début du traitement; d'apparition brutale, elle a une évolution rapide.

L'interaction entre la maladie et les molécules utilisées provoque une libération de cytokines neurotoxiques entraînant une dégénérescence axonale rétrograde. La forme sensitive est plus fréquente et débilatante. (Polyneuropathie distale sensitive.)

Il existe aussi une neuropathie sensitive due au VIH seul. Elle se rencontre chez les sujets non traités. Elle s'installe de façon lente, insidieuse et progressive. Les facteurs favorisants de cette forme non médicamenteuse sont les maladies coexistantes comme le diabète, la tuberculose et son traitement par l'isoniazide.

Les signes cliniques de la poly neuropathie distale sensitive sont : localisation aux extrémités, membres inférieurs particulièrement, avec une distribution en chaussette. Les réflexes achilléens sont diminués. Les signes neuropathiques typiques précèdent la forme douloureuse qui s'observe surtout au stade avancé de la maladie. Une charge virale importante, la survenue de vasculite nécrosante, aggravent la douleur.

Une étude canadienne a souligné l'existence de facteurs de risque additionnels tels que : l'âge supérieur à cinquante ans, la consommation de drogues illicites, l'alcool, les conditions sociales pauvres, le sexe féminin et la dépression. Ce dernier facteur est important à cause de son interaction avec la douleur, de même que la dramatisation en face de la maladie.

Claudine JOLICOEUR, médecin

AGENDA

1er décembre Journée mondiale de la lutte contre le SIDA
3 décembre Journée mondiale des personnes handicapées
4 décembre Visioconférence de la SOHAD

NB: Prière de contacter le secrétariat si vous êtes intéressés à participer à la visioconférence



Visioconférence

"Maladie grave: vécu, attentes et représentations des proches"

INTERVENANTS



Régine Roche
MD, MSc
Anesthésiologie - réanimation
Algologie - Médecine palliative



Guerline Désir
Infirmière - Algologue

"Quand la maladie grave s'invite dans la famille"

"Souffrance des proches Désir d'accompagner et de soigner"

Vendredi 4 Décembre 2020 5 pm

Inscription par mail : sohadass1018@gmail.com
ou par WhatsApp : (509)3741-8984 / (509)3463-0414



L' INFIRMITÉ MOTRICE CHEZ L'ENFANT

Une expérience de réhabilitation des enfants IMC au Centre d'Éducation spéciale (CES)

L'expression infirmité motrice cérébrale se définit comme un ensemble de troubles neurologiques, associés ou non à des problèmes d'apprentissage, de langage de la vision, de l'intelligence.

Du point de vue neurologique, les symptômes les plus marquants sont la déficience motrice et posturale ces troubles sont irréversibles et résultent de lésions non évolutives de la sphère cérébrale qui se sont produites au moment de la grossesse, de l'accouchement, des infections néonatales ou de la petite enfance parfois également liées à des facteurs héréditaires.

Les symptômes en général apparaissent vers 7mois, l'âge où devrait s'installer le contrôle postural de la tête et du tronc. Les parents constatent que leur bébé ne progresse pas et que la raideur s'installe, les membres sont rigides les doigts sont fermés en poing, on commence à parler d'incapacité motrice de l'enfant qui est incapable de tourner la tête, d'allonger les bras, d'ouvrir les mains pour saisir un objet, de voir même l'objet, à cause du dysfonctionnement visuel associé. La cause de cette déficience motrice est la SPASTICITE, contraction pathologique des muscles qui ne peuvent pas se relâcher volontairement. C'est le principal symptôme neurologique observé chez près de 75% des enfants IMC que nous avons observé au centre d'Éducation spéciale (CES). C'est aussi la cause des douleurs musculo- squelettiques.

Elle favorise d'emblée un retard de développement chez l'enfant atteint globalement dans la totalité du corps.

Outre, la forme spastique plus courante d'autres manifestations neurologiques peuvent se présenter comme : l'athétose 10%

L'ataxie qui est une incoordination des mouvements volontaires qui se traduit par des troubles d'équilibre à la marche, relativement rare.

INTERVENTION

L'infirmité motrice cérébrale nommée actuellement paralysie: cérébrale, représente la majorité des enfants IMC que nous avons suivis au CES ils peuvent être qualifiés de polyhandicapés à cause des dysfonctionnements multiples qui les rendent incapables de participer activement à leur thérapie. Nous avons favorisé au début la mobilisation passive pour essayer d'étirer les muscles afin d'éviter les rétractions musculaires pouvant provoquer des dommages orthopédiques importantes. Cette thérapie provoque des douleurs où l'enfant crie, s'agite ce qui diminue l'effet d'apprentissage du mouvement recherché.

Ces mobilisations indispensables doivent être exécutés avec un léger balancement en lui parlant doucement comme pour chercher son approbation. Elles peuvent aussi se faire en hydrothérapie.

La meilleure façon de le solliciter c'est par le positionnement. Installer l'enfant sur une chaise où sa tête, son tronc sont bien soutenus, et ses membres inférieurs en triple flexion, ses pieds bien retenus à 90 degrés, dans cette position on peut bien étendre son coude en face de lui et travailler à ouvrir ses doigts, mettre un miroir devant lui, lui montrer de belles images pour le stimuler à regarder.

A deux, trois ans, l'installer sur une table à station debout; dans cette position, il peut regarder autour de lui et voir les choses dans leur dimension réelle.

Avec le positionnement on peut débuter la réhabilitation et les douleurs s'amenuisent et l'enfant est plus disponible pour participer à sa réhabilitation avec des matériels spéciaux

Les enfants sont vus, au Centre d'Éducation spéciale, accompagnés de leurs parents dont la présence est indispensable. On leur transmet une programmation d'activités à faire tous les jours à un moment qui correspond à l'apprentissage requis.

L'IMC/PC (infirme moteur cérébral/paralytique cérébral) a les mêmes besoins que les autres enfants. Il faut toujours leur donner la possibilité d'interagir de communiquer avec vous et surtout l'aider à prendre confiance en lui, à l'encourager dans son développement et son apprentissage malgré ses nombreux dysfonctionnements.

Ghislaine Fabien THOMAS, physiothérapeute, éducatrice spécialisée

LU POUR VOUS : L'ÉTHIQUE

Infirmier magazine AURELIE N DUTHIER Philosophe chargé de mission à l'espace de réflexion éthique du pays de la Loire

En période de pandémie où la sécurité personnelle est en rapport direct avec la sécurité collective le respect des libertés fondamentales est relayé au second plan.

En période de confinement, il s'agissait dans le même temps pour les soignants d'accompagner l'impact humain souvent délétère des mesures de distanciation sociale. Beaucoup de soignants ont concilié la préservation de la sécurité collective aux besoins fondamentaux des personnes en autorisant des visites avec des précautions de protection sanitaire afin d'éviter des mises en place de contention chez les personnes âgées agitées

Les soignants ont du faire preuve de grande créativité. La crise a montré la nécessité d'avoir recours à la réflexion éthique. Elle invite à mesurer combien lutter contre un danger ne justifie pas tout, surtout quand les moyens pour le combattre peuvent être pires que le mal lui-même.

Dans l'urgence la priorisation des valeurs de soins doit passer au crible d'une réflexion éthique, collégiale soucieuse de la pluralité des acteurs du soin, des disciplines et des situations.

Denise FABIEN, médecin

LA DOULEUR DU DIABETE

La neuropathie diabétique (atteinte des nerfs) est une maladie souvent silencieuse. Cependant, c'est l'une des plus fréquentes complications chroniques du diabète.

L'hyperglycémie (augmentation du taux de sucre dans le sang) provoque des modifications chimiques qui finissent par altérer les nerfs particulièrement les nerfs périphériques. Ce qui peut se traduire par des douleurs au niveau des membres inférieurs (pieds, jambes...); parfois, le contact seulement de la peau avec un simple drap peut être très douloureux (allodynie).

Les diabétiques qui souffrent de cette maladie douloureuse qu'on appelle la neuropathie diabétique, doivent équilibrer leur diabète pour prévenir la neuropathie, ou la stabiliser.

Le respect de certaines règles par le patient diabétique permet de maintenir la stabilité de la glycémie ;

Faire 3 repas par jour, à heures régulières avec 3 portions de légumes et 2 portions de fruits

Réduire les apports en graisse pour perdre du poids

Éviter les sucres rapides et inclure des noix, de la cannelle ou des amandes au régime

Éviter le pain blanc, le riz blanc ; préférer les légumes-racines comme l'igname, le pain complet, l'avoine, le blé ou le riz basmati.

Faire de l'exercice physique (la marche par exemple : 45 minutes par jour et 5 jours par semaine)

Se réhydrater

Traditionnellement on utilise de l'aloès, de l'« asowosi » et du « mabi » pour stabiliser la glycémie.

Judelyne MONDESTIN, infirmière

CROYANCE DU POUVOIR ALIMENTAIRE

"L'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments"

Dr Jean Trémolières, 1977.

L'être humain arrive à subsister grâce aux aliments. Le rôle de l'alimentation est d'entretenir, de nourrir ; elle permet de garder la santé, de fournir de l'énergie, de grandir ; mais aussi procure du plaisir et sert à la convivialité. C'est le symbole d'amour et d'affection par excellence. C'est le 1er geste d'amour de la mère. Elle est également une composante importante de la vie sociale et culturelle ; à chaque peuple sa cuisine.

L'alimentation est chargée de symboles : les rituels religieux tant judéo chrétiens que d'essence africaine ont une composante alimentaire.

Dans la culture haïtienne, l'alimentation qui nous fait appartenir aux vivants établit aussi une nouvelle relation entre les vivants et les morts. Morts et vivants, tous s'alimentent. De plus, certains proverbes consacrent l'importance de l'alimentation.

En soins palliatifs, l'alimentation contribue à améliorer le pronostic (suppléments alimentaires) ; elle permet d'éviter les complications (de lutter contre les carences, les escarres) ; elle assure le confort (procure du plaisir, permet d'entretenir les liens sociaux).

L'alimentation nourrit l'Espoir chez les proches. Car, « S'il ne mange pas il va mourir... » Mais, s'il mange il « continue à vivre » Pour les soignants et les proches, le respect de la personne passe en premier lieu par le respect de son corps : nourrir, vêtir, laver. Nourrir est un devoir de solidarité, un acte d'humanité, de compassion. N'étant pas toujours prêts à accepter un refus alimentaire, les soignants et les proches sont souvent confrontés à l'impossibilité complète ou partielle d'alimenter ou d'hydrater les malades arrivant à la phase terminale de leurs maladies. En effet, dans la majorité des cas, la phase terminale d'une maladie grave s'accompagne d'une absence d'appétit, voire d'un dégoût de la nourriture.

Ce qui fait de l'alimentation en soins palliatifs une histoire « sans fin » qui fait et fera encore couler beaucoup d'encre et qui très souvent est une histoire essentiellement basée sur la symbolique donc une histoire « sans...faim. »

Régine ROCHE, médecin



Le 17 octobre 2020, la Fédération Latino-américaine des associations d'étude de la douleur (FEDELAT) a accueilli la SOHAD et pour lui souhaiter la bienvenue, l'Association Argentinne d'Etude de la Douleur (AAED) a gracieusement offert des bourses d'étude de post gradué en médecine de la douleur à l'attention des médecins membres de la SOHAD qui n'ont pas encore de formation en douleur. C'est ainsi que 7 médecins ont pu débuter leur cursus en ligne en médecine de la douleur au début du mois de novembre à l'UNNE (Université Nationale du Nord-Est, Buenos Aires, Argentine). Cette formation d'une année sera validée par un examen final suivi d'un stage hospitalier de 1 mois au service de médecine de la douleur des hôpitaux: Hospital de Clinicas Jose de San martin et Hospital Universitario Austral. Nous souhaitons d'ores et déjà du succès à nos boursiers : Dr K. Charles, Dr O. Fanfan, Dr Y.R. Joseph, Dr S. Loriston, Dr C.H. Saint-Fort, Dr F. Tassy et Dr M. N. Vertilus. Nous espérons bientôt développer d'autres programmes d'échange particulièrement avec la République Dominicaine.



ANNIVERSAIRES: La SOHAD souhaite un joyeux anniversaire à ses membres né(e)s durant les mois de novembre, de décembre et de janvier.

COMITE DE REDACTION DU BULLETIN :

Dr Claudine JOLICOEUR, rédactrice en chef; Dr Marjorie RAPHAEL, rédactrice adjointe; Dr Denise FABIEN, rubrique: « Lu pour vous »; Dr Régine ROCHE, rubrique : « Ethique »; Mme Judelyne MONDESTIN, rubrique: « Agenda »; Mr Josué LOUIS, éditeur

COMITE EXECUTIF 2020-2022

Présidente: Dr Régine ROCHE; **Vice-Président:** Dr Lucien ROUSSEAU; **Secrétaire:** Mr Josué LOUIS; **Secrétaire Adjointe:** Dr Fabienne TASSY; **Trésorière:** Mme Guerline DESIR; **Trésorière Adjointe:** Mme Judelyne MONDESTIN; **Conseillères:** Mme Marleine Jean AIMABLE; Mme Flaurine Jean Jeune JOSEPH; Mme Gretta JOSEPH.

CONSEIL SCIENTIFIQUE: Dr Denise FABIEN ; Dr Claudine JOLICOEUR; Dr Marjorie RAPHAEL

Commentaires et suggestions?

Contactez nous par Email à sohadass1018@gmail.com ou sur watts app au (509)3741-8984 ou au (509)3463-0414

