

# Un point d'union entre les soins palliatifs et les soins de support

**“ Les professionnels européens engagés dans la pratique de la prise en charge des personnes en phase palliative d’une maladie s’interrogent sur la différence qui pourrait exister entre le terme de soins palliatifs et le terme de soins de support.**

S’agit-il de la même chose ou s’agit-il de deux conceptions différentes voire contradictoires? Si l’on regarde, au-delà des mots, on s’aperçoit très vite que les valeurs en jeu, les objectifs de soins et les objectifs humains vis-à-vis des patients et de leurs entourages sont très proches pour ne pas dire identiques.<sup>1,2</sup>

Il s’agit plus d’une volonté d’adapter les structures à un environnement particulier (organisations de certains centres spécialisés en oncologie), volonté de partager une culture commune entre européens, développement de la recherche et de la validation des pratiques que de renoncer à l’esprit développé par les fondateurs et pionniers du soin palliatif.

Ce qui permet de faire le lien entre les deux possibilités qui nous sont proposées réside dans la manière de soigner, dans la philosophie du soin. Que l’on parle de soins palliatifs ou de soins de support beaucoup réside dans la prise de décision médicale dont découle la façon de soigner. L’essentiel pour tous étant d’offrir une prise en charge globale optimale des personnes malades, ayant été formés adéquatement tant au plan scientifique qu’humain.

La notion de décision médicale en soins palliatifs comme en soins de support pour être réfléchi au sein d’une intention éthique nous oblige dans un premier temps à nous arrêter sur la relation médecin patient.

Dans ce type de relation, deux personnes sont mise en présence de façon singulière, pour un objectif bien particulier, l’une doit soulager, voire guérir l’autre. D’emblée, il semble exister une relation de dépendance – le patient attend quelque chose du médecin. Ainsi posée, la situation nous engage dans un rapport que l’on pourrait qualifier de rapport de force. L’un dominerait l’autre, puisqu’on lui demande quelque chose.

La décision, médicale ou non, marque l’achèvement d’une délibération. C’est le moment du choix.<sup>3</sup> La délibération ayant eu lieu, nous passons du vouloir faire au faire pur car le but ultime est l’action. La délibération a pour fonction de permettre à celui ou ceux qui doit ou doivent décider d’identifier les critères qui permettront de poser l’acte le plus adapté au problème à résoudre.

La décision médicale présente une difficulté particulière dans certaines circonstances ou le colloque singulier ne suffit pas, à lui seul, pour aboutir à l’adéquation entre le vouloir, le pouvoir et le faire bien pour le patient.

Cette difficulté est liée à une situation humaine complexe et singulière, comme à l’incertitude de la médecine, qui ne peut, malgré sa démarche scientifique rigoureuse, prétendre à l’absolue certitude, sans oublier la mutation incessante des connaissances.

Dès lors qu’il est fait appel aux valeurs, au-delà de la connaissance scientifique, la question de l’autorité morale en médecine se pose.

La science n’offre pas de réponse sur les critères qui éclairent ce type de choix moraux. La morale peut être trop dogmatique, trop personnelle pour prétendre à cet éclairage. Il s’agit donc d’une situation critique qui appelle l’éthique au secours de la pratique et de la raison.

Cette démarche éthique peut avoir différents visages, différents chemins. Parmi d’autres, la voie proposée par Ricoeur<sup>4</sup> semble pouvoir s’appliquer à notre pratique quotidienne. Dans un premier temps, partir d’une visée éthique (vouloir prendre la décision la plus adaptée pour le bien du patient). Dans un second temps on confronte cette visée éthique à son obligation morale qui résulte des valeurs, des normes, des lois, que l’on a fait siennes ou nous ont été inculquées et qui nous singularisent. Dans une dernière étape, on revient dans la crise, fort de sa visée éthique comme de la capacité à discerner, objectivement, ce que l’on doit, ce que l’on peut faire et assumer en cohérence et sans souffrance surajoutée.

La décision devient alors possible. Dans les soins de support, comme dans les soins palliatifs, c’est une affaire de dialogue non seulement avec le patient et son entourage mais aussi avec l’ensemble de l’équipe médico-soignante.

Elle nécessite du temps, et le recours à des connaissances hors du seul champs médical.

”

*Marcel Louis Viillard, UMSP Evaluation et Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, et Rédacteur en chef de Médecine Palliative, France*

## Bibliographie

1. Krakowski I, Boureau F, Bugat R *et al.* Etablir un modèle pluridisciplinaire pour les soins de support. *Eur J Palliat Care* 2004; **11**(3): 119-123.
2. Fondras J-C. Soins palliatifs et soins de support en oncologie. Définitions, présupposés et enjeux. *Médecine Palliative* 2003; **2**: 159-167.
3. Jacob A. *Encyclopédie Philosophique Universelle, tome 2: Les Notions Philosophiques*. Paris: PUF, 1998: 553.
4. Ricoeur P. *Avant la loi morale: l'éthique*. Paris: Encyclopaedia Universalis, 1991: 62-66.