

Les conversations de la Maison Midi-Pyrénées

Organisées par la Maison Midi-Pyrénées et la Mission Agrobiosciences



Jeudi 22 avril 2004

Supprimer la douleur : jusqu'où peut-on aller ?

*Thierry Marmet, médecin, chef de service de soins palliatifs
de la polyclinique Joseph Ducuing*

et

*Bernard Desclaux, psychiatre, chef de service
à l'Institut Claudius Regaud.*

Edité par la Mission Agrobiosciences. La mission Agrobiosciences est financée dans le cadre du contrat de plan Etat-Région par le Conseil Régional Midi-Pyrénées et le Ministère de l'Agriculture, de la Pêche, de l'Alimentation et des Affaires rurales.

Renseignements: 05 62 88 14 50 (Mission Agrobiosciences)

Retrouvez nos autres publications sur notre site : <http://www.agrobiosciences.org>

**« Les Conversations de la Maison Midi-Pyrénées »
Histoire des hommes, histoire des sciences, enjeux pour le futur**

Synthèse de la Conversation du
Jeudi 22 avril 2004

« Supprimer la douleur : jusqu'où peut-on aller ? »

**Avec la participation de Thierry Marmet, médecin, chef du service de soins palliatifs de la polyclinique Joseph Ducuing
et Bernard Desclaux, psychiatre, chef de service à l'Institut Claudius Regaud**

Jusqu'où peut-on supprimer la douleur : la question peut surprendre, mais elle pose en fait le problème des limites et des frontières : quel type de douleur soulage-t-on le mieux, connaît-on encore aujourd'hui des retards ou des freins aux traitements anti-douleur, la douleur a-t-elle une fonction, et peut-on envisager une société sans douleur ? ...

Autant de pistes de réflexions qui ne sauraient oublier les progrès réalisés ces dernières décennies, encore moins à Toulouse où plusieurs équipes de recherches ont joué un rôle pionnier en terme de thérapies anti-douleur : citons notamment le professeur Jean Cros (Cnrs), et ses travaux sur les récepteurs des opiacées et la maîtrise des morphiniques, ainsi que le professeur Yves Lazorthes (CHU Rangueil), qui dirige le laboratoire de thérapie cellulaire des douleurs chroniques.

La complexité du sujet et, surtout, la double dimension de la douleur – psychique et physique – ont motivé le fait qu'exceptionnellement, deux intervenants aient été conviés à éclairer le sujet : l'un soulageant l'aspect somatique, l'autre pratiquant la psychiatrie, tous deux exerçant auprès de patients atteints de cancer. Ce sont leurs interventions et les grandes lignes du débat que nous vous proposons de lire.

Près de 50 personnes parmi lesquelles des chercheurs de plusieurs disciplines : biologistes, économistes, sociologues, agronomes, linguistes, psychologues... mais aussi des responsables d'associations de consommateurs et de défense de l'environnement, des responsables de collectivités locales et un public varié de citoyens de tous âges concernés par le sujet et désireux d'en débattre pour mieux l'éclairer.

Chronique sur un mot clé : « Douleur »

Par Valérie Péan. Mission Agrobiosciences.

Depuis son apparition, l'homme a toujours eu la douleur pour compagne. Celle-ci est en effet constitutive de l'humanité, une « rançon de notre capacité à percevoir et à nous émouvoir » selon le psychiatre F.Hervé. Il n'est certes pas question d'affirmer ici que seul l'homme est sensible à la douleur – on sait aujourd'hui combien l'animal connaît également cette expérience - mais que seul l'homme « souffre de se savoir souffrant ».

En clair, n'éprouver aucune douleur –ce qui constitue la définition première de l'« indolence » - c'est ne pas souffrir de la perte ou de l'absence d'un être cher, ne pas éprouver d'amour ni de désir, ne pas avoir de mémoire...

Alors que les deux termes, douleur et souffrance, semblent à première vue synonymes, pour quelle raison la plupart des langues maintiennent ces deux mots ? Désigneraient-ils, en fait, des notions différentes ? La douleur ne privilégierait-elle pas la dimension physique, tandis que la souffrance serait « réservée » au psychique ? Pas si simple.

Car la notion de douleur a intégré les deux aspects somatique et psychologique depuis son origine – le latin *dolere*, dont sont également dérivés les mots deuil et doléance - jusqu'à aujourd'hui. La définition actuelle de la douleur, au plan international, respecte également cette bivalence : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrit dans les termes d'un tel dommage ». Il peut donc y avoir douleur sans lésion physique avérée. La douleur psychique est ainsi pleinement reconnue.

D'un point de vue étymologique, la souffrance a une origine très différente. Souffrir est composé de *sub*(sur) et de *ferre* (porter). Concrètement, souffrir, c'est se tenir debout, supporter. Un sens qui a été perdu au cours du temps, de même que les sens figurés qui en sont issus, dont celui, notamment, d'endurer. La souffrance, c'était ainsi l'endurance et son synonyme, la patience (de *pati* : subir, endurer), qui a donné le « patient » : celui qui endure le mal. La souffrance s'applique donc uniquement au domaine psychique et implique une notion de durée. Alors que la douleur, même psychique, est toujours décrite et vécue comme une effraction soudaine, le plus souvent injuste, et extérieure au sujet. A tel point que la douleur n'a pas de verbe... Si l'on force le trait, « J'ai mal » désigne la douleur, « Je suis mal » se réfère à la souffrance. Pour aller plus loin, il est même admis que la souffrance est souvent issue de la douleur : « Toute douleur qui ne meurt pas est appelée à devenir souffrance » selon M.Gros et G.Lanteri Laura. « La souffrance commence peut-être précisément lorsque la douleur est vécue comme intolérable » (1).

Pourquoi s'interroger sur les mots, leur sens exact, leur cheminement ? Parce que douleur, souffrance et langage sont indissociables. Dans la mesure où la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle subjective, dont la tolérance diffère d'un individu à un autre, la parole seule permet d'en appréhender la mesure. C'est le média qui lie celui qui souffre et celui qui soigne, ce qui n'est sans poser de problèmes.

D'abord, parce qu'on a longtemps considéré que tous ceux qui n'ont pas accès à la parole ne pouvaient pas souffrir : les jeunes enfants, les handicapés, les malades mentaux et les animaux. Ensuite parce que cette parole d'une douleur subjective doit être considérée malgré tout comme objective. Pour les douleurs aiguës, cela semble encore aller de soi, mais c'est beaucoup moins le cas pour les douleurs chroniques. Il y a une lassitude à répéter qu'on a mal, il y a une réticence à accorder crédit à cette plainte lancinante. Et pourtant, « la douleur qui se tait n'en est que plus funeste », écrivait Racine...

- (1) In « Réflexions sur la Souffrance », Groupe de réflexion éthique de l'Association des Paralysés de France. <http://www.apf-moteurline.org/droitsdevoirs/Ethiquehp/souffrance.htm>

L' intervention d'une personnalité scientifique : « Supprimer la douleur : jusqu'où peut-on aller ? »

Par Thierry Marmet, médecin, chef de service de soins palliatifs de la polyclinique Joseph Ducuing.

Docteur, je ne souffre plus, mais qu'est-ce que j'ai mal...

« Il est vrai que le langage pose difficulté, notamment avec cette confusion régulière entre douleur et souffrance. Pour illustrer ce propos, je pensais à l'un de nos patients qui, arrivé dans l'unité de soins palliatifs en situation extrêmement douloureuse, nous a accueilli, 48 heures plus tard, sensiblement soulagé, en nous disant : « Depuis que je suis dans votre service, je ne souffre plus. Mais, Docteur, vous ne pouvez pas savoir ce que j'ai mal. » Derrière la question de la douleur et de la souffrance, il faut écouter ce langage qui recouvre des signifiants différents des nôtres. La question de la douleur interroge l'homme depuis le fond des temps. Des traces de pavot, par exemple, sur des sites néolithiques, en attestent. Dès l'antiquité, ces types de plantes avaient déjà été repérés et utilisés pour leur efficacité sur le contrôle de la douleur. Le monde arabe l'utilisera également largement, et beaucoup plus longtemps que le monde christianisé, dès lors qu'au 11^{ème} siècle, une lecture de nos textes va conduire à un rejet et une perte de nos connaissances en matière de substances soulageant la douleur.

A l'inverse, se sont exprimées à diverses époques des revendications pour que soit soulagée la douleur. Du reste, c'est au travers de l'un de ces mouvements de protestation que va être créé le mot « euthanasie », que l'on doit à un homme d'Etat anglais, Francis Bacon, en 1623. Ce dernier, également philosophe, écrit à l'époque un pamphlet contre les médecins qu'il accuse de ne pas s'intéresser suffisamment à la douleur et à la souffrance de leurs patients : F. Bacon estime en effet qu'il devrait être de leur devoir de tout faire pour soulager ces patients, y compris, en dernier recours, de les conduire à l'euthanasie, entendue étymologiquement comme une « bonne mort ».

Les premières décisions que prendra le Conseil National de l'Ordre, à sa création en 1945, sont très restrictives sur l'usage des toxiques.

« En France, l'histoire de nos relations avec la douleur ne sauraient se résumer à nos seules difficultés à utiliser ces produits. Nous avons été en effet les premiers à nous intéresser à l'utilisation de l'opium en scarification (1), utilisé par ingestion (en solution liquide – le laudanum - ou sous forme pâteuse) ou à l'aide de tabac imprégné d'opium. De même, un peu plus tard, l'orthopédiste Charles Pravas invente la seringue hypodermique, en 1850, qui permettra d'injecter la morphine en intraveineuse. Entre-temps (en 1803-1804), deux autres scientifiques français, Derosne et Seguin, avaient réussi à isoler les principes actifs de l'opium, puis à extraire la substance qu'ils nommeront Morphine, en référence à la Déesse du sommeil. Les soignants français expérimentèrent cet alcaloïde avec les difficultés que nous connaissons : les problèmes de morphisme ; en clair de toxicomanie.

D'ailleurs, les premières décisions que prendra le Conseil National de l'Ordre, à sa création en 1945, sont très restrictives sur l'usage des toxiques, et le demeureront longtemps, puisque jusque dans les années 80, on pouvait lire des choses étranges, telles que cette définition de l'euthanasie contenue dans le dictionnaire Quillet de 1982 : « Mort provoquée par l'usage de la morphine et des barbituriques et proscrite par la législation ». Cela ne favorisait pas vraiment l'utilisation de la morphine à des fins antalgiques...

En 1979, le Conseil National de l'Ordre réintroduit toutefois un article –l'article 20- dans le code de déontologie, précisant qu'il est du devoir du médecin de soulager la souffrance du

patient. Mais cet article fut assorti d'un commentaire étonnant dans les années 80 : face à un patient douloureux, les médecins devront, à chaque fois qu'il est possible, préférer utiliser des psychotropes plutôt que des antalgiques, vu les problèmes posés par ces derniers. Autant de réticences que le sociologue américain Ivan Illich a dénoncées, dans les grincements de dents du corps médical. Ce sociologue américain, dans son livre, « la Nemesis médicale », a en effet consacré un chapitre consacré à la iatrogenèse (2) où il écrit en substance : la médecine occidentale a développé une idéologie de sa puissance à soulager toutes les souffrances, mais comme elle n'arrivera pas à atteindre cet objectif, elle n'aura d'autres solutions que de nous anesthésier. Il écrivait cela en 1975.... Quand on voit ce qu'il est advenu de l'usage des psychotropes dans le monde occidental et en particulier en France, ce n'est pas sans nous interroger. »

Le Pape prend alors une position extrêmement claire : selon lui, la douleur en soi n'est pas rédemptrice.

« Comment s'étonner dès lors qu'en 1987, quand l'OMS fait un état des lieux pour se préoccuper d'un meilleur contrôle de la douleur cancéreuse et étudie l'utilisation de la morphine dans le monde, son constat soit le suivant : 10 pays à eux seuls utilisent 90% de la morphine disponible sur la planète. Or, la France n'en fait pas partie : elle se situe à peu près au 40^{ème} rang mondial. Et il s'avère, comme par hasard, que les plus gros utilisateurs de morphine sont des pays protestants, pour lesquels la douleur n'a pas de sens particulier en dehors de celui de signaler une maladie. Dès lors, ils n'ont de cesse de la soulager le plus vite et le mieux possible.

Du côté du monde catholique, il y aura toutefois un tournant majeur, en 1957. Cette année là, des soignants catholiques, invités auprès de Pie XII, l'interpellent sur la position qu'ils doivent adopter en matière de soulagement de la douleur et, en particulier, lui demandent s'ils peuvent utiliser les antalgiques majeurs. Et le Pape prend alors une position extrêmement claire : selon lui, la douleur en soi n'est pas rédemptrice. Peut-être la manière dont une personne traverse l'expérience de la douleur peut l'être, mais en tout état de cause, il n'y a pas de raison qu'un soignant catholique n'utilise pas les antalgiques. Et il va même plus loin : dans certaines situations, comme il est possible que cela ne suffise pas, le Pape recommande comme la moins mauvaise des solutions l'utilisation des techniques de sédation. En 1957 ! Malgré cela, la réalité des pratiques en est loin. Prenez la question de la douleur de l'enfant : nous faisons le triste constat, jusque dans les années 90, que certains médecins restaient persuadés qu'un bébé ne pouvait pas avoir mal dans la mesure où son système nerveux n'était soi-disant pas assez complexe pour qu'il perçoive cette information. Pourtant, l'avancée des connaissances dans ce domaine était déjà disponible : on savait que dans le système nerveux de l'enfant, les voies de la douleur étaient en place, y compris dans le ventre de sa mère. Il n'en reste pas moins que la réglementation en cours sur l'usage des antalgiques majeurs concernant leur Autorisation de Mise sur le Marché et leur utilisation, n'est toujours pas acquise pour les enfants en dessous de 36 mois. »

Nous ne pouvons pas réduire le comportement douloureux à la composante physique de la douleur, quand bien même elle est importante.

« Que sait-on aujourd'hui de la douleur ? Dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle, nous avons considérablement progressé dans la compréhension des voies et des mécanismes de la douleur. Or, dans ce domaine comme pour la plupart des fonctionnements humains, plus on avance, plus nous constatons que nous avons affaire à une grande complexité. L'organisation de la perception de la douleur, qui va des récepteurs jusqu'à des systèmes d'intégration corticale, se fait sur quatre niveaux : au fur et à mesure que l'information de la douleur progresse à travers ces quatre niveaux, elle se transforme, s'amplifie, se charge d'expériences

antérieures, de sens, de mémoire propres à chaque individu. Lorsque cette information intègre le niveau du cortex, le signal simple donné à l'origine par un récepteur est devenu quelque chose d'extrêmement complexe. Nous allons même plus loin : actuellement, nous relient également les voies de la douleur à une partie de notre organisation nerveuse qui est le système neurovégétatif. Nous savons que l'articulation avait lieu mais la pensée des neurosciences va jusqu'à parler d'un « troisième cerveau » pour désigner ce système neurovégétatif, certains y projetant la zone d'élaboration de l'affectivité. Enfin, n'oublions pas de rappeler, dans cette organisation très élaborée de notre système nerveux, que ce dernier comporte à la fois des dispositifs qui contribuent à soulager la douleur et d'autres qui peuvent exagérer la perception douloureuse. Ceux-ci sont à l'œuvre par exemple lorsqu'il y a des lésions nerveuses. »

Dans la pratique des soins palliatifs, il existe une notion de « douleur totale »

« Je conclurai cet exposé introductif en insistant sur le fait que nous ne pouvons pas réduire le comportement douloureux à la composante physique de la douleur, quand bien même elle est importante. Et c'est peut-être encore plus vrai dans la pratique des soins palliatifs, où il existe une notion de « douleur totale », qui intègre le fait que lorsqu'une douleur survient, elle adresse une information qui non seulement signale un fait morbide nouveau, mais qui se charge également d'autres messages qu'il nous faut apprendre à écouter, à lire, à comprendre. Cela ne peut se faire que dans une interaction réitérée avec le patient, de la part de tout le personnel soignant. Car dans la relation entre un patient et un médecin qui passe du temps, il se passe quelque chose dans l'ordre du transfert : le patient attend du médecin quelque chose de l'ordre d'un pouvoir sur sa maladie. Et il ne lui dira pas forcément la même chose qu'à une infirmière, une aide-soignante, dans un moment d'intimité et avec le langage particulier de la souffrance. Chaque jour, derrière la souffrance, il y a des interrogations fortes : pourquoi ai-je cette maladie ? Qu'est-ce que j'ai fait pour l'avoir ? Est-ce le prix de la vie que j'ai menée ? Sans oublier un questionnement psychologique et social : est-ce que je fais encore partie de la société ? Est-ce que je ne suis pas un coût pour les miens ? Enfin, l'ultime séparation d'avec la vie n'est pas sans malmener l'économie psychique. »

- (1) L'opium est obtenu par évaporation du suc laiteux contenu dans les capsules d'une variété de pavot, le papaver somniferum, extrait par incision (scarification) de ces capsules. Ce suc contient une quarantaine d'alcaloïdes ayant des effets calmants et psychotropes.
- (2) iatrogénèse : de *iatros*, médecine et *genèse* : origine. En clair, ce mot désigne les pathogénies d'origine médicale ou médicamenteuse.

Trois questions à Bernard Desclaux, psychiatre, chef de service à l'institut Claudius Regaud.

- Depuis combien de temps les psychiatres sont associés aux unités de soins pour soulager les douleurs cancéreuses et prendre en compte les douleurs psychiques qui leur sont liées ?

- C'est relativement récent, tout simplement parce que la psychiatrie est une discipline jeune : jusqu'en 1969, la spécialité était la neuropsychiatrie où prédominait la part organique. Quant à l'interface entre les organicistes et les somaticiens, ceux qui traitent du corps et ceux qui, a priori, s'occupent plutôt de l'esprit, est encore plus récente. Cela dit, il y a eu quelques pionniers dans des services de cancérologie au cours des années 50. Ainsi, l'un des premiers à avoir fait travailler une psychologue dans son service de cancérologie est le Professeur Jean Bernard, à l'Hôpital Saint-Louis (Paris). Mais cette collaboration dans les hôpitaux n'a réellement émergé que dans les années 70-75, sur Toulouse en tout cas. Il y avait alors quelques vacataires spécialistes de psychiatrie qui venaient faire des consultations au sein d'un service. En 75-80, nous étions sept ou huit dans ce cas à Toulouse. Puis, après une décennie de stagnation, et un certain développement dans les années 80, un événement a œuvré en faveur d'une nouvelle progression : les Assises Nationales des malades du cancer, qui se sont déroulées à Paris en 1998, ont été l'occasion pour les familles et les patients de pousser un grand cri afin de réclamer un soutien psychologique.

Actuellement, sur les vingt centres anti-cancéreux français, 90 % disposent d'intervenants dans le domaine psychiatrique et psychologique et les services spécialisés dans la lutte contre la douleur associent un spécialiste du psychisme à leurs consultations.

- Quelle est la principale plainte des patients que vous recevez en consultation ?

- La plainte qui consiste à demander « pourquoi cela m'arrive à moi ? » existe : l'angoisse et l'histoire antérieure entrent en jeu dans ce sentiment de culpabilité, même si l'idée de la faute s'est atténuée ces vingt dernières années, grâce à la diffusion de l'information.. Je pense à une personne que j'ai vue récemment, culturellement ouverte et qui était très mal psychiquement. Après un long moment d'entretien, elle a enfin révélé ce qu'il se passait : elle avait pratiqué une interruption de grossesse vingt ans auparavant. Elle a culpabilisé durant toutes ces années, sans jamais en reparler avec le géniteur, qui est devenu son mari. A travers son cancer, elle était persuadée de vivre les conséquences de cette interruption de grossesse.

- A l'inverse, peut-on souffrir de plus avoir mal ? Autrement dit, la disparition de la douleur ne vient-elle pas décrédibiliser la réalité de la maladie ?

- Bien sûr. Ce n'est pas très fréquent mais certaines personnes refusent les antalgiques, soit par crainte des produits morphiniques, soit par crainte de ne plus être crédibles. A leurs propres yeux, l'expression de la douleur donne « corps » à la maladie dont ils souffrent. A contrario, certaines maladies ne provoquent pas de douleurs ayant valeur de signaux d'alerte. C'est le cas de la leucémie, dont nous n'avons parfois que des signes indirects, comme la fatigue et des symptômes diffus. C'est la médecine qui découvre la maladie, par exemple lors d'une prise de sang. Cela peut constituer une difficulté supplémentaire, car la douleur authentifie en quelque sorte la maladie : elle peut permettre à certains de croire à leur maladie, ou d'en percevoir une part, s'ils ne sont pas engagés dans des soins lourds. En l'absence de douleur, certains se sentent mal à l'aise, voire culpabilisés par rapport à leur entourage. Alors qu'ils sont réellement malades, ils ont l'air de bien aller et ont peur qu'on leur demande : « De quoi te plains-tu ? » De la même façon, on peut se demander si certaines douleurs persistantes au-delà de la période de maladie et de soins ne viennent pas

authentifier pour la personne le fait que la maladie a existé, que ce n'est pas fini, qu'il en reste des traces psychiques et que les autres doivent continuer à porter un regard attentif.

Car la douleur génère aussi une relation : elle ne peut exister que quand on l'exprime. Il n'y a que des mots pour l'objectiver : on ne procède que par analogie ou métaphore pour tenter de la faire comprendre à l'autre –«ça me pique », « ça me brûle »...

Je tiens cela dit à préciser que nous parlons là essentiellement de la douleur chronique. La part de souffrance dans la douleur aiguë n'est pas tout à fait du même ordre. La douleur aiguë passe rapidement, ne génère pas le même type de conséquence émotionnelle qu'une douleur épuisante qui dure et dont on ignore parfois l'origine.

Les principales pistes explorées par la Conversation...

Les cancers peuvent-ils avoir une origine psychique ?

Est-il possible que quelqu'un en grande souffrance psychologique « fabrique » son cancer ? Telle est la première question qui a surgi lors des échanges qui ont suivi les exposés préliminaires, occupant longuement les participants. Selon Bernard Desclaux, « il faut tordre le cou à ce type de représentation ». Car le danger d'une telle pensée est de faire peser sur le psychisme du patient un poids trop lourd. Si celui-ci pense avoir « fabriqué » son cancer pour des raisons de stress ou de mal-être psychologique, il peut tout aussi bien croire qu'il peut, de la même façon, favoriser la guérison. « Or admettons que les soins ne fonctionnent pas, que la guérison ne se produit pas. Cela signifiera pour cette personne que c'est de sa faute. Sa culpabilité ne fera que croître ». D'autant que les causes du cancer sont multifactorielles : environnement, génétique, stress... Il est souvent difficile de faire la part de chacune de ces composantes. « En tout état de cause, il faut prendre garde au processus d'inversion de la preuve qui voudrait tenir pour acquise quelque chose dont la science n'a pas pu ou pas su, à ce jour, démontré l'existence. Qu'il s'agisse de dépression, de deuil ou de stress, il est impossible d'affirmer qu'il existe réellement un lien de causalité. Cela ne veut pas dire pour autant que ce lien n'existe pas, mais cela signifie qu'il est d'une amplitude si faible, comparée au rôle d'autres facteurs, qu'il ne peut être détecté ».

En revanche, toujours selon le docteur Desclaux, des études américaines prouvent effectivement que les conditions psychiques peuvent accélérer ou ralentir la guérison. Une expérience – qui comporte certes toutes les précautions d'usage à apporter en terme d'extrapolation à l'homme - portait sur deux groupes de souris auxquelles une tumeur cancéreuse avait été greffée. Le premier groupe est placé dans un environnement calme, spacieux et lumineux. Le second est au contraire mis en situation de stress, dans un espace réduit et peu confortable. Il s'avère que les souris de ce dernier groupe développaient plus vite leur tumeur que les autres.

Un raisonnement très écouté, mais qui laisse le public partagé. Les uns d'adhérer, les autres d'exprimer le besoin d'un rééquilibrage dans la façon d'appréhender la problématique : « N'auriez-vous pas tendance à surestimer les raisons organiques et mécanistes ? », demande ainsi le psychologue P. Denoux, avant de rappeler : « De la même façon qu'il n'y a pas de pensée sans corps, il n'y a pas de corps sans pensée ».

Le besoin de trouver un sens à la douleur

Deuxième axe de conversation : le besoin qu'éprouve l'homme de donner un sens à la douleur, dont il ne comprend pas toujours l'utilité. En l'occurrence, il convient de distinguer une fois de plus la douleur aiguë et la douleur chronique. Car si l'on perçoit aisément la fonction de la douleur aiguë, tel qu'un mal aux dents nous signale l'existence d'une infection, il est rare que les douleurs chroniques, fréquentes en cancérologie, jouent ce rôle d'alerte. Mais comment se contenter du caractère absurde, aléatoire et injuste de la douleur qui frappe soudain le sujet ? Par quels moyens l'appriivoiser ? C'est là que la quête du sens intervient. Un sens qui est à trouver pour certains dans les croyances religieuses, pour d'autres dans le combat personnel, la révolte, ou des valeurs morales de dépassement.

Question de dose

Les antalgiques à fortes doses ne risquent-ils d'endormir le patient, d'« anesthésier » toutes ses facultés, s'est également interrogé la représentante d'une association. Un problème d'éthique auquel Thierry Marmet répond par un témoignage. « De visite chez un confrère à Londres, responsable d'une unité hospitalière, je croise l'un de ses patients, un vieil homme qui, chaque jour, traversait la ville à pied pour se rendre à sa séance de soins. Mon confrère me demande de deviner la dose d'antidouleur qui lui est injectée, en l'occurrence de l'héroïne qui lui est prescrit. J'hésite, et sachant que les Anglais connaissent moins de réticences que les Français à prescrire ce type de substance, je m'avance à penser que cet homme prenait jusqu'à 700 milligrammes d'héroïne. En fait, sa dose était de 4 grammes ! Ce qu'il semblait parfaitement supporter. Même s'il faut nuancer - certains patients ne réagiraient peut-être pas aussi bien que cet Anglais – cela signifie que nous avons de la marge en matière de doses et que nous sommes très en dessous du seuil où les antalgiques altéreraient les facultés psychiques et physiques. Nos hésitations semblent plutôt tenir aux représentations inconscientes que nous nous faisons de la morphine. Ce nom est en effet issu de Morphée, le dieu du sommeil, qui est également le père de Thanatos, Dieu de la mort. Sur le plan du signifiant, c'est lourd de sens... ».

Douleurs et demandes d'euthanasie

Du sommeil à la mort, il n'y avait en effet qu'un pas : la dernière question posée concernait l'euthanasie : quelle est la réaction de T.Marmet face à ce type de demandes de la part de patients en unité de soins palliatifs ? « Il arrive effectivement que de tels souhaits soient exprimés, chez des patients en grande souffrance. Mais quelqu'un qui formule « Aidez-moi à mourir » adresse quelque chose qu'on ne peut réduire à « Faites-moi mourir ». Pour l'illustrer, je vous propose l'histoire d'une patiente reçue en consultation peu après l'explosion de l'AZF. Elle est atteinte d'une maladie neurologique dégénérative (maladie de Charcot) qui altère les neurones moteurs, donc les muscles. Elle ne peut plus déglutir et se pose la question des alternatives pour la nourrir. Elle est en grande souffrance et ne trouve plus de sens à sa perte d'autonomie, au point de formuler cette demande d'aide à mourir. En cours d'échange, la porte de la consultation s'ouvre à la volée : le cadre infirmier nous informe d'une alerte au gaz. Il y a un blanc dans la discussion, son mari et moi-même sommes plutôt pâles. Elle nous regarde successivement, prend son ardoise et écrit : « Tout compte fait, je suis curieuse de voir ce qui va se passer, j'accepte la voie veineuse centrale pour être nourrie... »

Nous avons peu de temps pour débattre de cette question, mais il est vraiment important de prendre le temps de s'assurer avec le patient du sens de sa demande et de sa capacité à faire encore projet. »

« Les Conversations de la Maison Midi-Pyrénées »
histoire des hommes, histoire de sciences, enjeux pour le futur
Organisées par la Mission Agrobiosciences et la Maison Midi-Pyrénées

Dans le cadre de la diffusion de la culture scientifique et technique, la Maison Midi-Pyrénées et la Mission Agrobiosciences se sont associées pour organiser chaque mois la « Conversation de la Maison Midi-Pyrénées »

Maison Midi-Pyrénées. 1 Rue de Rémusat. 31 000 Toulouse

Ouverte à tous. Les places étant limitées, il est impératif de s'inscrire au : **05 34 44 18 18**

« La Conversation de la Maison » : une question de société, le temps d'un dialogue, une mise en culture de la connaissance.

La « Conversation de la Maison Midi-Pyrénées » est ouverte à tous. Chaque mois, toujours un jeudi de 18 heures 30 à 20 heures, elle propose le plaisir d'un échange entre une cinquantaine de participants pour éclairer des enjeux de société. En présence d'une personnalité scientifique issue d'une discipline fortement représentée en Midi-Pyrénées. Avec une présentation de l'actualité et des livres. Un apéritif permet de poursuivre les échanges ... Tels sont les ingrédients de la « Conversation de la Maison Midi-Pyrénées ».

« La Conversation de la Maison » : plusieurs séquences pour élaborer des pistes de réflexion

Dans un cadre intimiste à même de faciliter l'expression des participants – un public restreint à 50 personnes- la conversation est rythmée par cinq séquences afin d'alimenter les échanges qui implique l'ensemble des participants durant 1h 1/2.

- ➔ Une revue d'actualité du sujet
- ➔ Une chronique sur un mot clé
- ➔ L'intervention d'une personnalité scientifique reconnue nationalement et internationalement dans sa discipline, qui présente ses connaissances, donne des repères concernant les enjeux et met en discussion son parti-pris sur le sujet
- ➔ Un débat entre 50 participants
- ➔ Une revue critique des livres et autres documents à lire pour aller plus loin.
- ➔ Un apéritif pour poursuivre...

« Les Conversations de la Maison Midi-Pyrénées »
histoire des hommes, histoire de sciences, enjeux pour le futur

Rappel du programme 2003/2004

JEUDI 13 NOVEMBRE 2003.

« Le paysage, nouvel enjeu de rapports de forces ? »

Avec Gérard Tiné, plasticien, enseignant à l'Ecole d'Architecture de Toulouse.

JEUDI 4 DECEMBRE 2003.

« Le nouveau statut de l'animal dans notre société : quelles conséquences ? »

Avec Christian Diaz, chercheur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse

JEUDI 22 JANVIER 2004.

« Comment instruire le débat sur les OGM ? »

Avec Joël Gellin, directeur de recherche en Génétique cellulaire. Inra. Toulouse

JEUDI 26 FEVRIER 2004.

« Qui peut encore réguler une économie globalisée ? »

Avec Emmanuelle Auriol, Professeur d'économie à l'Université de Toulouse I

JEUDI 25 MARS 2004.

« Sécurité alimentaire et santé : un progrès ou un retour vers l'hygiénisme ? »

Avec Georges Bories, directeur de recherche Inra, directeur scientifique à la Commission Européenne.

JEUDI 22 AVRIL 2004.

« Supprimer la douleur : jusqu'où peut-on aller ? »

Avec Thierry Marmet, chef du Service de soins palliatifs de la polyclinique Joseph Ducuing et Bernard Desclaux, chef de service à l'Institut Claudius Regaud.

JEUDI 27 MAI 2004.

« La recherche publique peut-elle se passer des contrats privés ? »

Avec Michel Grossetti, directeur du Centre d'Etude des Rationalités et des Savoirs. Cnrs-Université Toulouse-Le-Mirail