

La souffrance, tare cruelle des animaux et des hommes (Deuxième partie)

J. Vanatoru

Professeur honoraire, D.M.G.-ULB

APPROCHES THERAPEUTIQUES DE LA DOULEUR PHYSIQUE DU 18^E SIECLE A NOS JOURS

Médicaments et thérapie

Il faudra attendre le 19^e siècle pour que la douleur soit combattue de manière efficace. Le principe actif de l'opium fut isolé vers 1805. En raison de ses propriétés à la fois analgésiques, apaisantes et sédatives, il fut baptisé morphine en hommage à l'antique dieu du sommeil Morphée. Ce médicament puissant, largement employé ne tarda pas à faire apparaître ses deux plus redoutables aléas ; d'une part la tolérance, perte progressive d'efficacité, d'autre part la dépendance, débouchant sur les affres de la toxicomanie. La nécessité d'augmenter les posologies afin de conserver une certaine efficacité fit apparaître des effets secondaires dramatiques dont le moindre n'est pas la constipation obstructive. La dépendance pathologique et l'attrait pour les paradis artificiels engendra de véritables fléaux médico-sociaux.

La recherche pharmaceutique déploya des efforts inouïs d'ingéniosité pour pallier ces néfastes effets secondaires. De nouvelles molécules, modifiées ou synthétiques, furent élaborées avec des succès divers. Certaines comme l'oxycodone et le plus récent fentanyl furent de véritables innovations bénéfiques. D'autres connurent des sorts plus mitigés. La synthèse de l'héroïne déboucha sur une véritable catastrophe sociale. Celle de la méthadone, par contre, active *per os* et de longue durée d'action, se révéla une alliée paradoxale dans la lutte contre cette même héroïne.

L'apparition de la seringue avec son aiguille adaptée et des solutions physiologiques stériles injectables améliora de façon drastique l'efficacité, la sûreté et la rigueur des traitements. Une meilleure connaissance des particularités des diverses drogues et de leurs interactions, la maîtrise des différentes voies d'administration, permirent de moduler et d'améliorer l'efficacité des traitements antalgiques au long cours.

Sous toutes leurs formes galéniques, la morphine et ses dérivés de synthèse les plus récents demeurent encore toujours la pierre angulaire de la lutte contre les douleurs intenses. La plupart des patients s'y montrent naturellement sensibles, quelques-uns n'en

ressentent malheureusement pas de soulagement efficace, d'autres y sont carrément intolérants. Cela ne simplifie guère leur prise en charge qui dépend alors d'une polythérapie intégrée.

L'autre alcaloïde notoire, la cocaïne ne connut, pour sa part, qu'une gloire éphémère et surtout comme analgésique local et oculaire. Expérimentée et prônée par le jeune docteur Freud, elle fut rapidement abandonnée en raison de son activité addictive sévère et de ses effets secondaires psychiatriques redoutables. Ici encore la synthèse chimique révéla sa prodigieuse efficacité. S'inspirant de la structure générale de la cocaïne, les laboratoires donnèrent naissance à la novocaïne exempte d'effets stupéfiants. Cette dernière et ses multiples dérivés étudiés et appliqués par le chirurgien militaire R. Leriche se révélèrent des analgésiques locorégionaux d'une efficacité providentielle face aux hécatombes de la Grande Guerre.

Le contrôle simple, efficace et sans grand danger des interventions douloureuses permit à une foule de spécialités médicales de connaître des progrès prodigieux inconcevables sans son aide précieuse. Citons pour l'exemple la chirurgie externe, l'orthopédie, la rachianesthésie, l'anesthésie péridurale, la rhumatologie et pour ne pas l'oublier la chirurgie dentaire de douloureuse mémoire.

Mentionnons au passage le cannabis, toujours controversé en raison d'assuétudes possibles et d'effets secondaires néfastes. Après bien des infortunes diverses, il semble trouver un créneau spécifique dans le traitement de douleurs spastiques d'origine neurodégénérative comme la sclérose en plaques.

N'oublions pas les barbituriques mal-aimés. Hypnotiques efficaces, par trop malheureusement dans leur indication comme somnifères, ils furent à l'origine d'innombrables suicides médicamenteux dramatiques. Ils donnèrent cependant naissance au célèbre penthotal qui rendit d'immenses services en anesthésiologie. Sa puissante et rapide activité sédative contribua même à humaniser les techniques médicalisées de l'euthanasie.

La recherche pharmacologique fondamentale ne s'arrêta pas en si bon chemin, élargissant l'étude des

antalgiques centraux à celle d'autres agents plus actifs dans les douleurs périphériques.

Vers 1880, la phénacétine fut une des premières molécules de synthèse. Excellent antalgique antirhumatismal et antinévralgique, elle fut progressivement abandonnée après des décennies d'utilisation en raison d'une toxicité rénale apparaissant après usage prolongé. Elle laissa la place au providentiel paracétamol qui, malgré sa toxicité hépatique à dose élevée et son mode d'action encore mal élucidé, devint la panacée universelle dans le traitement de la douleur ordinaire. Afin d'augmenter son efficacité dans des cas plus sévères, elle fut fréquemment associée à la classique codéine et au tramadol de synthèse.

Les salicylés développés à partir de l'ancestrale écorce de saule ou de l'humble reine des prés, furent à l'origine du traitement des douleurs provoquées par l'inflammation tissulaire. La découverte de l'effet algogène des prostaglandines et des cyclo-oxygénases ne se fit que bien plus tard. L'acide acétylsalicylique de synthèse (1902) se révéla une molécule bien plus efficace, mieux tolérée et plus polyvalente. Ses vertus innombrables se passent de commentaire. Mais l'aspirine seule ne pouvait résoudre tous les problèmes. Les chimistes synthétisèrent les dérivés pyrazolones. Excellents antalgiques, anti-inflammatoires et même antispasmodiques, ces molécules furent largement prescrites pendant des décennies. Avant d'être graduellement abandonnées en raison d'effets délétères hématologiques redoutables. Qu'à cela ne tienne, l'industrie pharmaceutique mit au point une foule de médicaments " anti-inflammatoires non stéroïdiens " qui malgré quelques aléas regrettables permirent avec des succès souvent brillants de soulager des infections congestives douloureuses omniprésentes.

La plupart de ces médicaments partagent en outre un effet antipyrétique efficace qui apporta un soulagement supplémentaire bienvenu à la souffrance des malades. Sans négliger l'apport prodigieux des corticoïdes qui se sont révélés d'un secours inespéré dans nombre de situations critiques tant allergiques que rhumatismales ou cancéreuses.

N'oublions pas de mentionner les antispasmodiques actifs dans les douleurs viscérales, les antimigraineux spécifiques et, pour l'anecdote, les dérivés nitrés très efficaces de façon providentielle dans la redoutable angine de poitrine.

Cette fastidieuse énumération pharmaceutique impose une autre réflexion : se méfier des traitements chroniques non réévalués. Un bénéfice immédiat ne permet pas d'augurer des complications imprévues d'apparition tardive. La pharmacovigilance constante reste de mise.

Si les douleurs nociceptives habituelles se montrent en général sensibles aux antalgiques classiques que nous venons de passer en revue, il

n'en va pas du tout de même avec les douleurs neuropathiques. Ces dernières sont en général provoquées par des lésions atteignant les organes nerveux eux-mêmes.

Les causes en sont multiples, parfois imprévues. Citons les traumatismes accidentels ou post-chirurgicaux, les affections dégénératives neurologiques ou rhumatismales, les accidents vasculaires, le diabète sucré, l'alcoolisme chronique, les infections microbiennes ou virales, les compressions tumorales, les syndromes paranéoplasiques. Ces douleurs s'avèrent souvent rebelles même aux opiacés, sinon à des doses élevées, en général incompatibles avec des traitements prolongés, voire permanents. Ces lésions sont à la base de la plupart des syndromes de " douleurs chroniques " qui peuvent se prolonger pendant des mois voire des années. Effroyable calvaire pour le malade, plaie onéreuse et pénible pour la société, défi humiliant pour la thérapie médicale usuelle. Ni le dévouement du médecin traitant, ni la science du spécialiste, ni les remèdes de la pharmacopée classique n'apportent d'emblée de solution dans ces inextricables problèmes. L'étude neurophysiologique de ces syndromes a permis d'élargir le spectre des médicaments antalgiques aux neuroleptiques, benzodiazépines, antidépresseurs, antiépileptiques, et même à certains canabinoïdes et également à divers venins zoologiques qui tous sont venus épauler les traitements plus classiques.

Ne négligeons pas cependant l'immense apport des thérapies manuelles et revalidantes par massage, kinésithérapie et manipulations. Remontant à la plus haute Antiquité, et perfectionnées par les approches scientifiques contemporaines, elles apportent une aide appréciable dans le soulagement de syndromes douloureux tant aigus que chroniques. Les balnéothérapies et les cures thermales, intégrées dans les systèmes de santé, apportent depuis des siècles un soulagement salutaire.

Les méthodes moins classiques et, à l'origine, plus controversées dans le traitement de la douleur comme les thérapies psychologiques, cognitivo-comportementales et autres, sont réservées surtout aux syndromes psychogènes. L'hypnose médicalisée, ainsi que l'acupuncture traditionnelle ou adaptée, ont contribué à combattre efficacement les mille aspects protéiformes de la souffrance humaine. Ces dernières thérapies ont obtenu une confirmation expérimentale et même parfois anatomique en raison de la " plasticité synaptique cérébrale ", grâce à l'apport de l'imagerie médicale contemporaine. L'acupuncture voit ses effets favorables freinés par la naloxone qui s'avère l'antidote spécifique des morphiniques et des peptides opioïdes endogènes. L'hypnose justifie par elle-même de son efficacité par ses succès incontestables dans de nombreuses anesthésies chirurgicales assistées par le thérapeute.

Pendant des décennies, les neurochirurgiens ont déployé des efforts extraordinaires pour soulager les

syndromes douloureux rebelles à toute thérapie médicale.

La résection ciblée de relais anatomiques spécifiques tant au niveau médullaire que thalamique et même cortical ont apporté parfois des soulagements temporaires dans les cas désespérés. Les complications postopératoires et les syndromes neuropathiques secondaires ont réduit l'engouement pour ces interventions périlleuses. Actuellement, la neurochirurgie rendue plus efficace par son instrumentation comme le gamma-knife et plus précise grâce à l'imagerie médicale contribue encore puissamment à la lutte contre la douleur. Elle consacre surtout ses efforts au traitement des affections des nerfs périphériques et de la moelle épinière, à l'abord des pathologies cérébrales tant d'origine vasculaire que dégénérative, à l'excision des tumeurs primitives et métastatiques de l'encéphale. Elle contribue également de manière efficace à positionner les divers systèmes de neurostimulation dans les zones douloureuses périphériques ou centrales.

Actuellement, et de façon moins invasive, les neurostimulations magnétiques transcrâniennes ont ouvert de nouvelles perspectives d'avenir.

L'anesthésie

L'anesthésie quant à elle connut ses premiers et timides succès au milieu du XIX^e siècle grâce encore une fois à la chimie de synthèse. Furent découverts successivement l'éther sulfurique, d'administration aisée, le protoxyde d'azote, fameux gaz hilarant encore largement utilisé de nos jours, et enfin le chloroforme, rendu célèbre par " l'accouchement de la reine Victoria " (1853). Ce dernier, malgré sa toxicité cardiaque potentielle, fut redevable à sa simplicité d'administration, à son efficacité et sa longue durée d'action de rester l'anesthésique de base pendant des décennies. Le principe fondamental de l'anesthésie fut imaginé par Claude Bernard (1813-1877) en alliant la sédation du chloroforme à l'antalgie de la morphine, associé plus tard à la relaxation musculaire du curare découvert par ce même savant de génie au cœur de la renaissance médicale contemporaine.

La maîtrise de la douleur associée à l'antisepsie et à l'asepsie permit le développement de nouvelles techniques chirurgicales abdominales, orthopédiques sanglantes, obstétricales et mêmes pulmonaires ou neurologiques. La méthode d'anesthésie était à l'époque relativement simple et le matériel facile à manipuler comme le génial masque buccal d'Ombredanne. Elle n'exigeait pas une spécialisation très poussée. Même vers 1950, il n'était pas rare que dans des unités de gardes hospitalières, elle soit pratiquée par l'interne de service ou par l'infirmière de salle d'opération en tout bien tout honneur. Même appliquée selon les règles de l'art, l'anesthésie classique restait entachée de complications parfois très graves, statistiquement rares, mais suffisamment sévères pour venir alourdir le risque opératoire. La

situation s'est heureusement bien améliorée de nos jours.

Les horribles hécatombes de la guerre 39-45 imposèrent une amélioration drastique aux méthodes et au matériel d'anesthésie.

Simultanément, la médecine connut une nouvelle explosion de progrès incroyables dans les domaines de la physiopathologie, de la biochimie classique, de la pharmacologie et des méthodes de réanimation cardiovasculaire et métabolique. Vint s'y ajouter l'apport providentiel de médicaments innovants efficaces dans des pathologies graves comme les corticoïdes et les antibiotiques incontournables. Cette fois ce furent surtout des ingénieurs qui mirent au point des appareillages performants et sophistiqués permettant l'administration contrôlée de nouveaux gaz volatiles fluorés et de molécules parentérales plus actives, ceci tout en permettant la surveillance continue des paramètres vitaux du patient opéré. L'intubation trachéale, la respiration assistée, la curarisation contrôlée, l'hypothermie ajustée et la circulation extracorporelle. Ces progrès inouïs de la maîtrise de la douleur débouchèrent sur l'incroyable transplantation cardiaque.

Mon ambition n'est pas ici d'analyser de façon scientifique et exhaustive les immenses progrès accomplis par la médecine au cours de ces dernières décennies. Je n'en ai pas la prétention et n'en possède guère les compétences. Modeste médecin praticien, je désire simplement faire partager mon enthousiasme admiratif devant la véritable croisade entreprise par le genre humain dans la lutte contre la souffrance, plaie cruelle de notre destinée. En outre, ceci tend à démontrer que l'homme n'est pas toujours aussi mauvais qu'on pourrait le penser et que les progrès de la technologie sont quelquefois bénéfiques. Ceci également pour rompre une lance contre certains pessimistes bilieux irréductibles qui s'ingénient à nous démoraliser par leurs jérémiades déprimantes. Ils seraient capables d'insinuer que la recherche médico-pharmaceutique n'avait pour but que d'engranger de plantureux bénéfices. Tout n'est pas pour le mieux en ce bas monde. Nous partageons pour notre malheur une société où règnent le veau d'or, le profit égoïste, l'inégalité sociale, la consommation effrénée, le funeste néo-libéralisme économique. N'oublions pas cependant, cher lecteur, que nous sommes tous des simples êtres humains, à la fois victimes et complices des sottises de notre espèce. La censure est aisée, la justification plus ardue. Etre à la fois juge et partie est une situation très inconfortable. Nous sommes tous frères, bourrés de contradictions, capables du meilleur comme du pire. Privilégions le meilleur. Il en va de notre survie.

LA DOULEUR CHRONIQUE, SYNDROME A PART ENTIERE

Malgré ces progrès stupéfiants, la douleur restait insuffisamment contrôlée. Vers 1970, nombre de pharmacologues constataient avec consternation que

beaucoup de malades chroniques surtout atteints de cancer, étaient sous-traités et ne recevaient pas les doses adéquates d'antalgiques majeurs. Excès de scrupule scientifique, pusillanimité du corps médical, traces de croyance religieuse ancestrale ? Le spectre de la tolérance, les surdosages inévitables par perte progressive d'efficacité, l'apparition d'effets secondaires intolérables, freinaient à juste titre certains praticiens consciencieux. La menace de la dépendance et de ses déplorables conséquences entraînaient de pénibles conflits de conscience. D'autant plus qu'à l'époque, l'entretien de la toxicomanie pouvait entraîner des sanctions ordinales majeures allant jusqu'à la radiation pure et simple. L'inspection des pharmacies se montrait extrêmement tatillonne et ne simplifiait guère l'activité du prescripteur. Grâce au développement des unités de soins intensifs épaulées par l'anesthésiologie de pointe, le traitement de la douleur aiguë connut des progrès considérables. La souffrance chronique pour sa part profita de l'immense expérience de recherches pharmacologiques et des prises en charge humanisées pratiquées dans les centres oncologiques. Malgré tous ces progrès, il fallut cependant attendre 1975 pour que fut créée officiellement " l'association internationale pour l'étude de la douleur " ; à l'égal d'une maladie ou d'un syndrome spécifique, la douleur reçut enfin ses lettres de noblesse et sa consécration académique. Elle devint l'objet d'une spécialisation médicale, de centres de recherches fondamentaux et cliniques, d'une intégration médico-sociale autonome multidisciplinaire. L'essor extraordinaire des neurosciences permit de mieux appréhender le fonctionnement intime des mécanismes cérébraux. Mentionnons pour l'exemple les découvertes successives des médicaments psychotropes, des neurotransmetteurs, de l'électrophysiologie et de la biochimie neuronale, de l'imagerie " IRM " fonctionnelle et du PET-scan.

Une révision profonde des mécanismes de la douleur vit enfin le jour. Aux notions classiques des fibres thermo-algésiques spécifiques ganglionnaires, de leurs relais médullaires polysynaptiques vers le thalamus et vers le cortex sensitif, vinrent s'ajouter une foule de connaissances nouvelles. Sans espérer être exhaustif, citons le cortex limbique et le complexe amygdalien pour la mémoire et le caractère émotionnel de la douleur, le cortex frontal et l'insula pour sa conscience et ses aspects psychiques, l'hypothalamus et le tronc cérébral pour ses manifestations neuro-végétatives. Et de surcroît, les récepteurs morphiniques, les enképhalines (peptides opioïdes endogènes) omniprésentes et enfin le système bulbaire opioïde descendant à transmission sérotoninergique contrôlant la sensibilité douloureuse périphérique. De nombreux centres d'algologie clinique virent enfin le jour. Ils partagèrent leurs précieuses compétences avec les médecins traitants qui demeurèrent néanmoins le pilier principal de la prise en charge des patients. Le syndrome douloureux fit finalement son entrée dans la cour de grands.

Ces immenses progrès contribuèrent à la naissance et à la prolifération des centres de soins

palliatifs. Ces derniers durent leurs origines à quelques initiatives isolées, charitables et visionnaires, désireuses de préserver l'autonomie et le bien-être des patients contre les excès de la technologie médicale déshumanisée. Ils engendrèrent une véritable révolution non seulement pour l'art de guérir mais pour la protection de notre qualité de vie dans ce qu'elle a de plus vulnérable. La science médicale triomphante apprit à accepter ses limites, parfois à contrecœur. Elle ne prévaut pas contre l'inexorable déclin de la vie et est impuissante devant la mort. L'acharnement thérapeutique aveugle et douloureusement inutile s'avère souvent plus néfaste que la maladie même. La sagesse et la bienveillance imposèrent heureusement le passage du curatif inconditionnel au modeste palliatif certes moins glorieux mais combien plus humain. Le soulagement de la seule souffrance loin d'être un signe de faiblesse se révèle bien au contraire un témoignage de courage et de clairvoyance.

Les organismes de soins palliatifs apportèrent en outre des avancées précieuses dans les stratégies de lutte contre la douleur chronique. Ils optimisèrent l'usage des médicaments, améliorèrent les soins infirmiers, et assurèrent le confort et la prise en charge de patients souvent grabataires. Si les malades hospitalisés virent leur sort amélioré, ce furent surtout ceux d'entre eux maintenus à domicile qui bénéficièrent de progrès considérables. Le calvaire du patient en phase terminale pose souvent des problèmes insolubles pour la famille éplorée et pour le médecin dépassé par le drame. L'intervention efficace des organismes de soins à domicile se révéla providentielle. Elle permit d'offrir aux plus misérables la suprême consolation de pouvoir s'éteindre chez eux dans leur propre lit.

EUTHANASIE : ULTIME DEFI À LA SOUFFRANCE

Le soleil ni la mort ne pourraient se regarder fixement nous dit La Rochefoucauld. Tous deux nous aveuglent et nous fascinent par leur puissance infinie. Le premier comme source originelle de la vie, la seconde comme cause inexorable de son extinction. La mort inévitable et tristement banale reste fatalement notre sort commun. Elle ne constitue que la fin inéluctable de notre destin biologique. Parmi tous les animaux, nous serions les seuls à en avoir pleinement conscience. Paradoxalement, elle semble poser davantage de problèmes au bien-portant qu'au malade en fin de vie. Le patient épuisé par une longue pathologie, même libéré de la souffrance physique, en vient à espérer le repos salvateur. La mort est cruelle surtout pour ceux qui restent. Pourquoi nous effrayer par des images moyenâgeuses à la Dürer représentant un horrible squelette brandissant sa faux redoutable et son fatal sablier ? Ne pourrions-nous pas imaginer plutôt Thanatos, lumineux éphèbe bienveillant qui, accompagné par son frère Hypnos, assure le sommeil éternel dans la sérénité ? Mais il arrive que le sort cruel en décide autrement. La fin de vie s'accompagne parfois de douleurs atroces incontrôlables d'autant plus difficiles à supporter qu'elles sont inutiles et ne

débouchent que sur le désespoir. " Mourir la belle affaire ! Mais souffrir ! ", comme chante le poète. Le patient conscient, lucide en pleine possession de son jugement en vient à supplier qu'on le délivre de son calvaire. Seule l'euthanasie (la mort digne et sereine) médicalement maîtrisée peut apporter une solution humainement acceptable.

La simple évocation du mot euthanasie déclenche cependant un tourbillon de controverses acharnées passionnelles indignées mêlant les meilleurs sentiments à la pire mauvaise foi. S'y trouvent bousculées sans discernement les accusations atroces de crimes crapuleux, d'eugénisme, de totalitarisme, de déni de la morale et de la religion, de retour à la barbarie primitive. Ce séisme médiatique n'est pas près de se calmer. " *Urbi et Orbi* ". Abordons le problème avec plus de sérénité et de pragmatisme. " Tu ne tueras point ! ". Les tables de Moïse, la loi naturelle, l'inconscient collectif, l'amour du prochain, la crainte de la loi (ou de la vengeance), le serment d'Hippocrate lui-même, se liguent en faveur de ce commandement suprême. Il est évident que l'assassinat prémédité suscite l'horreur et réclame le châtement. Par contre, abrégé une agonie fatale devenue insupportable relève davantage de la charité que du crime. L'amalgame est injuste et déplorable. Notons en passant, cher lecteur, que la folie des hommes, leurs égoïsmes aveugles, leurs intolérances insensées, leurs haines fratricides, les génocides affreux, les guerres meurtrières, les crimes en séries ont maintes fois noblement ignoré et allégrement violé ces préceptes sacro-saints. L'origine de ces horreurs remonte à la nuit des temps. Pour affronter les tigres aux dents de sabre et le gigantesque mammoth dans des conditions d'existence épouvantables, nos lointains ancêtres singes nus, inoffensifs, intelligents, habiles, courageux, entreprenants, sociaux n'avaient à leur disposition que des griffes ridicules et des canines dérisoires. Pour survivre, ils ont dû se comporter comme des fauves malins, rusés, cruels, impitoyables, insensibles à la souffrance de leur victime. Cette sauvagerie primitive a laissé dans notre subconscient darwinien des traces profondes que notre néocortex rationnel et empathique éprouve bien de la peine à effacer. Ni ange ni bête. Simplement humain et perfectible parce que admonesté par sa conscience morale (darwinienne sélective ou culturelle épigénétique ?) et que Kant découvrait en lui-même avec admiration.

Cette conscience humaine, fragile et hésitante, a néanmoins fini par imposer le respect absolu de la vie d'autrui. Cet impératif de sagesse a favorisé et justifié l'abolition de l'odieuse peine de mort qui demeurait un vestige funeste de la barbarie ancestrale. Cette même conscience a en outre confirmé l'inaliénable autonomie de l'être humain et nous a reconnu le droit de maîtriser personnellement notre destinée de façon responsable. Le libre choix de notre propre fin de vie n'en constitue que le corollaire évident.

Mais revenons au lit du malade. Torturé sans répit par des souffrances insupportables, il nous implore de

mettre fin à son calvaire. Cet ultime désir, cette dernière volonté relève de la liberté et de la dignité de chacun d'entre nous. Maintenu, répété, confirmé cette déclaration gagne encore en force et en authenticité. Quand le malade gravement atteint se trouve dans un état d'inconscience irréversible, sa déclaration anticipée par le testament de vie doit faire foi de sa volonté. En outre, ce n'est pas uniquement la souffrance corporelle qui peut entrer en ligne de compte. C'est également la douleur morale intolérable engendrée par la déchéance physique et la dépendance misérable. Quant à l'enfant mineur, il convient que ce soient des adultes chaleureux, concernés, compatissants, parfaitement éclairés qui prennent la lourde décision. Ils n'agissent pas seulement en tant que parents ou représentants légaux mais avant tout comme des êtres humains attachés à l'enfant qu'ils connaissent et qu'ils aiment. Il leur incombe de comprendre le souhait ultime du petit être souffrant et de partager avec lui la décision suprême. Venons-en aux faits !

Le malade a clairement exprimé son choix. Voilà que s'impose à tous le pénible dilemme. Faut-il fermer les yeux, se boucher les oreilles, étouffer les appels de son cœur ? Au nom de préjugés rigides d'une trop sourcilleuse vertu, d'une empathie glacée, de convictions archaïques, de dogmes religieux de nature plus humaine que divine ? Ne vaut-il pas mieux exaucer cette prière pathétique d'un geste médical maîtrisé apportant avec douceur et sérénité, le suprême soulagement ? Est-ce uniquement parce qu'il est de nature humaine que le malade désespéré doit souffrir de manière intolérable ? Notre miséricorde se limiterait-elle à nos animaux de compagnie tant aimés ? Le plus barbare n'est pas toujours celui qu'on désigne en premier.

Et que nous dicte la déontologie universelle, celle du cœur et de la raison comme un impératif catégorique ? Dans un douloureux et inextricable conflit de devoir, la morale traditionnelle et même la loi écrite doivent s'incliner devant l'éthique naturelle du genre humain. Heureuses sont les nations où le législateur lui-même a emprunté le langage propre à cette éthique pour adapter sa loi.

Ce faisant, la justice n'a nullement porté atteinte à l'aspect répressif de la législation générale. Elle a simplement suspendu son jugement dans le cadre rigoureusement circonscrit de l'euthanasie médicale. Elle apporte son appui légal à la libre volonté du patient. En dehors de prescriptions de procédure, elle n'impose rien, ne suggère rien non plus. Elle libère, sous strictes conditions, les protagonistes de toute poursuite judiciaire. Ce faisant, elle les met devant leurs lourdes responsabilités morales et les livre au jugement de leur propre conscience.

La procédure ordinaire et éprouvée de l'euthanasie médicale se présente comme l'induction apaisante d'une anesthésie normale. L'administration par le médecin des médicaments appropriés en perfusion intraveineuse assure une sédation rapide et indolore.

Le suicide médicalement assisté implique la participation personnelle du patient et doit être encadré et sécurisé d'une manière extrêmement rigoureuse*. Le suicide médicalement assisté n'a rien de commun avec le suicide irrationnel et impulsif du malade déprimé. Sa prévention attentive exige toute la vigilance du corps médical. Ce drame résulte d'une faille pathologique dans une personnalité fragile qui réclame autant l'empathie généreuse que l'aide scientifique pertinente. Le tableau clinique est totalement différent du suicide médicalement assisté réclamé par un patient lucide en pleine possession de son jugement. Il ne peut s'agir en aucune manière d'une prescription potentiellement létale fournie à la sauvette. Cet acte nécessite une prise en charge totale du patient par le médecin responsable et requiert sa présence et sa disponibilité continue comme lors de la perfusion assistée. Le patient a droit à une fin paisible et sereine exempte d'angoisses et de douleurs. Il est hors de question d'abandonner le patient à lui-même, au risque de lui imposer une pénible agonie. Le rôle du médecin n'a rien de commun avec celui du bourreau d'Etat qui effectue froidement un acte technique imposé par une loi barbare. Funeste confusion dont se réclament parfois à tort de manière calomnieuse certains adversaires acharnés de l'euthanasie.

Lorsque le patient a fermement affirmé et confirmé son désir inébranlable, que devient le médecin interpellé ? Brutalement exposé à un dilemme cornélien, il est sommé de prendre sur le champ une décision cruciale. Agir ou se récuser. Les deux options sont également cruelles et lourdes de conséquences. Le dilemme n'est pas neuf. Nombre de praticiens ont connu au cours de leur carrière l'ébauche de semblables psychodrames. Confrontés avec le destin tragique d'un proche frappé d'hémiplégie ou de cancer généralisé, le patient s'écrie : " Docteur, si cela m'arrive, vous ne m'abandonnez pas. Vous ne me laisserez pas survivre ! ". Heureusement, si l'on peut ainsi s'exprimer, le destin ordinaire se charge par lui-même de rendre obsolète ce funeste désir.

Mais voilà que le drame se concrétise. Maître de son art et respectueux de sa déontologie, le médecin n'est pourtant qu'un être humain ordinaire en proie à ses conflits personnels et harcelé par ses convictions philosophiques et religieuses. Le fait d'abrégier la vie est en contradiction totale avec sa vocation première qui consiste à préserver la santé du malade, à le consoler et à soulager sa souffrance. Libre à lui de refuser le vœu du patient. Par contre, s'il l'accepte, il s'expose à de douloureux débats intérieurs où se bousculent les pénibles aspects du drame.

Le praticien connaît la souffrance morale et physique du patient ainsi que sa décision. Il connaît les limites légales qui contrôlent son action. Il s'entoure de toutes les précautions capables de conforter sa décision. Il consulte ses confrères, prend l'avis du personnel soignant qui a eu la charge du patient, et surtout, il écoute les proches qui sont les mieux à même de connaître les pensées intimes du malade. Il

va sans dire que la volonté de ce dernier reste déterminante et non opposable.

Le médecin en arrive ainsi à se forger sereinement son intime conviction et à faire la paix avec sa propre conscience. Son rôle ultime consiste d'abord à rassurer le patient, à apaiser sa peur légitime. Il lui assure ensuite la fin de vie calme, sereine et sans douleur qu'il lui avait promise. Il veille à contrôler les angoisses et les réticences des proches témoins et fait en sorte que ces derniers ne conservent de l'adieu final qu'un souvenir de paix et de soulagement.

En accomplissant dignement cet ultime sacerdoce, le médecin reste fidèle à son engagement de soulager jusqu'au bout la souffrance de son patient et à rester digne de sa confiance. *Medicus ed Amicus.*

PETIT APPENDICE LIBRE PENSEUR

Quittons ce discours solennel en accord avec la gravité du propos et abordons des sujets plus frivoles.

Vaincre la mort biologique est une utopie ridicule et heureusement irréalisable. L'immortalité en ce bas monde ? On ose y penser. La plupart d'entre nous sont déjà bien incapables de régler convenablement leur courte existence terrestre. Les dieux immortels doivent être bien malheureux, à l'image d'Hercule. Ce fils de Jupiter, affreusement brûlé par la funeste tunique de Nessus dont il ne pouvait se délivrer rechercha dans la mort une fin salvatrice.

La croyance sincère et profonde dans la vie éternelle ou dans la métempsychose est cependant encore largement répandue dans les milieux les plus éminents. En tant que libre penseur, je ne puis que respecter avec déférence ces convictions métaphysiques. La spiritualité laïque ne pourrait faire de l'ombre à la spiritualité religieuse. Leur quête commune n'est-elle pas finalement la recherche du Souverain Bien ?

Je ne puis personnellement observer que l'esprit périssable et le corps souffrant. Il serait présomptueux de ma part de discuter du caractère immortel de l'âme dont l'essence m'est inconnue et qui sort totalement de mon champ d'expérience. Si j'ai bonne mémoire, je ne fais que partager à ce sujet l'opinion de ce bon abbé de Condillac qui m'a inspiré cet essai.

Pour en savoir davantage

- Condillac (Bonnot de) : Traité des animaux. In : Œuvres complètes, Paris, 1798
- Condillac (Bonnot de) : Essais sur l'origine des connaissances humaines. In : Œuvres complètes, Paris, 1798
- Condillac (Bonnot de) : Traité des sensations. In : Œuvres complètes, Paris, 1798
- Buffon : Discours sur la nature des animaux.

* En Belgique, le suicide médicalement assisté est en fait une euthanasie au cours de laquelle le produit létal est bu par le patient, et non pas injecté, en présence du médecin.

- In : Histoire naturelle. Paris, Gallimard, La Pléiade, 2007
- René Descartes : Discours de la méthode. Paris, Livre de Poche, 1973, n° 2593 : 154-158 (cinquième partie du Discours)
 - René Descartes : La Lettre au Marquis de Newcastle, 23 novembre 1646. Paris, Gallimard, La Pléiade, p. 1014-5 ; " Lettre à Morus ", 5 février 1649
 - John Locke : Essais philosophiques concernant l'entendement humain. Amsterdam, 1755/Vrin, Paris, 2002
 - Hume David : Enquête sur l'entendement humain. Paris, GF-Flammarion, 2006
 - Kant : Critique de la faculté de juger, IIe partie, section I, 65. Paris, Folio essais, p. 337. Les animaux ne sont pas de simples machines
 - Darwin : L'expression des émotions chez l'homme et les animaux. Paris, 1874
 - Ferry L, Germé C : Des animaux et des hommes. Paris, Livre de Poche, 1994
 - Damasio A : Le sentiment même de soi. Paris, Odile Jacob Poches, 1999/2002
 - Damasio A : L'erreur de Descartes. Paris, Odile Jacob, 1995
 - Damasio A : Spinoza avait raison. Paris, Odile Jacob, 2003
 - Paulet J, Sournia JC, Martin M : Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire. Paris, Albin Michel / Laffont, 1980
 - Sournia JC : Histoire de la médecine et des médecins. Paris, Larousse, 1991
 - Sydenham : Médecine pratique. Paris, 1799
 - Kolb B, Whishaw IQ : Cerveau et comportement. Paris, Bruxelles, de Boeck, Neurosciences & Cognition, 2002
 - Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Katz LC, La Mantia A-S, Mc Namara JO : Neurosciences. Paris, de Boeck, 2002/2011
 - Scorderet M : Pharmacologie. Frison Roche, 1991
 - Martindale : Extra pharmacopoeia, 28th ed. James Ef, Prasad R, Prasad AB, eds. London, The pharmaceutical press, 1982
 - Guillen DG, Albarracin A, Arquiola E : History of medicament. Barcelone, Doyma, 1985
 - Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBPI) : Répertoire commenté des médicaments - aspects pharmacologiques pratiques
 - Comment soulager la douleur ? L'essentiel de Cerveau et psycho, février-avril 2014
 - Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) : Revues : aspects médicaux, sociaux, légaux et éthiques, concernant les soins palliatifs et l'euthanasie. Bruxelles, <http://www.admd.be>