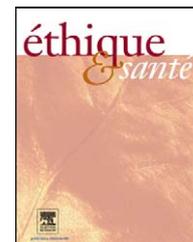




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La douleur chronique en soins palliatifs ou... empreinte de l'insaisissable

When pain becomes chronic... or print of the unreachable

C. Algret^{a,*}, M. Pimont^{a,b}, D. Bourlot^b

^a Service d'accompagnement et de soins palliatifs, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87000 Limoges, France

^b Centre hospitalier Esquirol, rue du Docteur-Marchand, 87000 Limoges, France

Disponible sur Internet le 12 octobre 2011

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
« Douleur totem » ;
Fonction de la
douleur ;
Plainte ;
Rencontre

Résumé Dans le cadre de la prise en charge du patient en soins palliatifs, la douleur résiste parfois à la logique médicale : elle s'installe, réfractaire. Là, où l'« agir » du soin prescrit, anesthésie, sans tentative réelle d'élaboration autour du sens de la douleur, il sera question d'envisager qu'au-delà de sa genèse somatique, la douleur chronique chez certains patients en fin de vie serait « totem » en tant qu'écho à un événement traumatique ancien et symptôme condensé d'une histoire complexe. Empreinte d'un insaisissable, sera forgé le concept de « douleur totem » qui se présenterait dans l'espace de la rencontre, comme une fonction d'adaptation du sujet à son histoire. Rarement comprise de cette façon en contexte de soins palliatifs, la douleur marquerait le début d'une redynamisation de la pensée en même temps qu'elle signalerait les fragilités sur lesquelles s'est construite la personnalité du sujet. Au travers de quatre portraits cliniques, nous considérerons, d'une part, plusieurs figures de la fonction d'adaptation de la « douleur totem ». Chaque fois, nous explorerons la valeur de la plainte soit la façon dont il convient avec le concours du sujet de décrypter cette douleur pour lui donner un sens, en la resituant dans son histoire et dans son fonctionnement psychique. De façon plus réflexive, d'autre part, nous dégagerons la posture éthique et épistémologique que supporte une telle démarche. En lien, une modélisation du projet de soins sera soumise.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Palliative care;
"Pain as a totem";
Meaning of pain;

Summary In the context of palliative care management, pain may sometimes resist to biomedical logic: it remains present and refractory. Instead of a single pharmaceutical answer without any consideration for the meaning of pain, we are putting forward the concept that pain at the end of life would be for some patients "totem" as a reminder of an old trauma, as a teller

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine.algret@chu-limoges.fr (C. Algret).

Complaint;
Encounter

of a "significant" something about their lives. Elusive symptom, we offer the concept of "pain as a totem" that would be explained as an adaptative function of the patient's narrative. Too often misunderstood as such in palliative care, pain would then reflect the redynamisation of mental process together with the difficulties on which the subject builds up his personality. Through four clinical situations, we first, shall consider examples of the adaptative function of "pain as a totem". Each time, we shall examine the true meaning of pain in the light of the own subject knowledge. Second, we shall extract the ethical and epistemological postures on which such a concept is supported with. Together, a tentative of modelisation of care management of the painful patient will be submitted.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Notre société occidentale moderne a opéré un virage radical dans son rapport à la douleur. La jugeant inacceptable et intolérable, cette dernière doit être soulagée à tout prix. Pour autant, à l'unicité des discours et aux efforts déployés (curriculum d'enseignement, recommandations de bonnes pratiques cliniques, manifestes, articles de lois, etc.) s'oppose encore aujourd'hui, le constat des insuffisances à contrôler la douleur. Pour plusieurs, un tel décalage signe la complexité du processus douloureux en même temps qu'il confirme la nécessité de logiques dépassant la seule médecine du corps [1].

*La douleur quand elle devient chronique
confronte le milieu médical à ses limites.*

De ce point de vue, la prise en charge de la douleur, en soins palliatifs, est exemplaire. Elle s'y réduit trop souvent à une réponse médicamenteuse immédiate et isolée. La dimension du sujet, de son histoire, est alors « étouffée » par une logique binaire, aseptisée : à chaque problème serait associée une solution unique, en dehors du sujet au moyen d'un savoir théorique qui lui échappe. D'une autre façon, il importe de souligner que dans ce contexte des soins palliatifs, l'enjeu est ailleurs. Il s'agit de se dégager d'une représentation idéalisée, toute puissante de la fin de vie, où la douleur n'aurait plus le droit de cité et la mort ne pourrait être que paisible et maîtrisée.

Là où l'« agir » du soin prescrit, anesthésie, sans tentative réelle d'élaboration autour du sens de la douleur, nous proposons un travail interdisciplinaire tendu vers la rencontre avec le sujet, son histoire et son savoir. Il sera question d'envisager qu'au-delà de sa genèse somatique, la douleur chronique chez certains patients en fin de vie serait « totem » en tant qu'écho à un événement traumatique ancien et symptôme condensé d'une histoire plus complexe. Appréhendée de la sorte, la douleur marquerait le début d'une redynamisation de la pensée en même temps qu'elle signifierait les fragilités sur lesquelles s'est construit la personnalité du sujet. Fort de ce constat, nous proposerons donc, le concept de « douleur totem ».

Par analogie avec le travail du rêve, il existerait, un travail de la douleur [2]. Empreinte d'un insaisissable, la « douleur totem » se présenterait dans l'espace de la rencontre, comme une fonction d'adaptation du sujet à son

histoire. Elle deviendrait « parole somatique » [3] ou amorce de la mise en mots d'une souffrance antérieure indicible, irreprésentable. Le travail consisterait alors, à ré-historiser l'événement traumatique signifié par la douleur totem, à lier les émotions ; à les symboliser pour que cette douleur évolue vers un fonctionnement plus souple. Autrement dit, il s'agirait d'injecter le nécessaire temps psychique dans ce temps compté, vers un temps conté, « ce qui est au sein de cet intime de la douleur [et qui] échappe parfois à la personne même [4] ».

À partir de notre pratique clinique, de son éclairage théorique et d'un travail de modélisation, nous illustrerons, d'une part, la « douleur totem » comme fonction d'adaptation par quatre situations de terrain (objectivation du cancer, annonce diagnostique, béquille psychique, rempart psychique). D'autre part, nous dégagerons la posture éthique et épistémologique que sous-tend cette approche¹.

Analyse empirique : portraits cliniques

Afin de rendre compte de la fonction d'adaptation de la « douleur totem » d'un point de vue empirique, la construction d'une typologie de quatre modèles va permettre de dresser les différentes représentations auxquelles nous avons été confrontées.

« Douleur totem » comme premier pas vers l'objectivation du cancer

M. Y est vu à sa demande, dans le cadre d'une annonce diagnostique d'un cancer du poumon. Il souhaite « s'assurer un bon moral dans cette bataille qui s'annonce ». Pourtant, lorsqu'il est question de sa douleur actuelle, M. Y ne peut la mettre en lien qu'avec sa première expérience de cancer, 18 ans auparavant. Il n'est jamais question du cancer présent, celui du poumon. Chez M. Y, cette première rencontre signale d'emblée, au travers d'une demande explicite, son besoin de se sentir acteur de sa guérison par la gestion

¹ L'entreprise de cette démarche ne consiste pas à adopter un tout somatique ou un tout psychologique. Il ne s'agit pas davantage de faire l'apologie de la douleur mais simplement de réfléchir aux fondements, à la pertinence et à l'aspect thérapeutique de la rencontre interdisciplinaire autour d'un symptôme qui résiste, avec le sujet qui le manifeste.

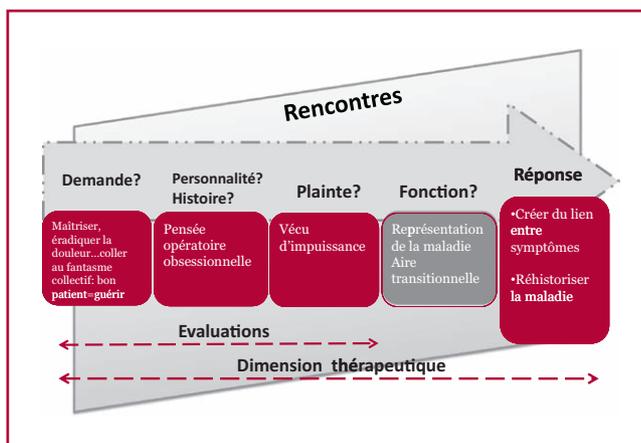


Figure 1. Douleur comme premier pas vers l'objectivation...

de toutes les dimensions d'expression de la maladie. Rapidement, M. Y met en place des défenses (rationalisation et maîtrise) pour se protéger de l'angoisse de mort progressivement envahissante. Son discours est centré sur le faire/l'action. Dans cette logique très subjective, chaque problème (constipation, hypotension, etc.) reste isolé de la problématique cancéreuse et s'envisage comme une entité propre qui posséderait une solution: « Si j'aide les médecins en étant un bon patient, en les tenant régulièrement au courant de tout ce qui m'arrive, j'aurai de plus grandes chances de guérison » (Fig. 1).

Au fil de la prise en charge, la demande du patient apparaît plus profonde. Seule la douleur l'amènera à faire émerger la plainte sous-jacente (de sentiment d'impuissance notamment) et à assouplir ses défenses pour enfin amorcer l'élaboration de ce cancer du poumon: « Pourquoi j'ai mal? Qu'est ce qui m'arrive? ».

Dans cette dynamique, en effet, la douleur est le support de toutes ses projections et constitue selon Joyce Mc Dougall [5] « ce sentier charnel de l'affect », cette interface qui permettra un début de représentation de l'insupportable réalité, celle de la maladie, de la perte, de la mort. De fait, la douleur sera le fil conducteur de son élaboration tout au long du suivi. Après plusieurs séances, M. Y fera le lien entre douleur et cancer, puis cancer et angoisse. Il s'autorisera alors à verbaliser; à lier ses émotions et à appréhender différemment sa croyance en la toute puissance de la science médicale.

« Douleur totem » comme tentative de résolution entre mensonge et pratique de la « vérité »

Mme X souffre d'un cancer depuis plusieurs mois. C'est une personne sympathique, jeune et volontaire qui inspire souvent identification et attachement. Au gré des traitements anti-douleur, de chimio- et radiothérapie, elle tente de rester actrice de ce parcours, en exigeant non sans inquiétude

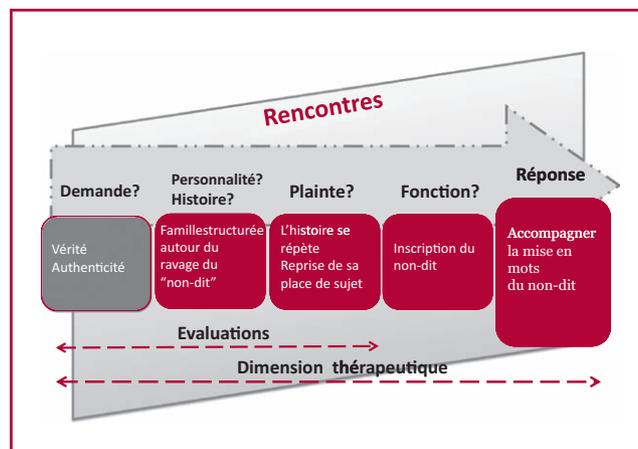


Figure 2. Douleur comme résolution partielle...

et répercussion émotionnelle une grande authenticité dans le discours médical et soignant. Même si cette demande s'avère parfois difficile, elle préfère « la vérité » et pouvoir toujours « se représenter contre quoi elle se bat ». Elle et certains membres du noyau familial s'accordent d'ailleurs à dire, lors d'entretiens avec psychologue et psychiatre, que « leur vie familiale (et leur personnalité) s'est construite autour de nombreux non-dits et qu'ils ont pu dans l'après-coup en saisir tous les ravages ». Il semblerait donc qu'à travers la maladie, ce vécu énigmatique autour d'un savoir familial tabou se réactualise (Fig. 2).

À un moment donné, Mme X commence à se plaindre d'une douleur, ressentie bien avant l'annonce diagnostique du cancer mais qui selon elle, s'intensifierait ces derniers temps. Malgré plusieurs antalgiques proposés, savamment dosés, la douleur est toujours là, résistant à tous traitements et à toutes explications. De son côté, l'ensemble de l'équipe connaît l'évolution de la pathologie et l'apparition de métastases, suite au dernier bilan. Rien n'en est dit à la patiente, répétant en quelque sorte l'histoire familiale. Devant sa demande incessante de vérité, de nombreux discours sont formulés: « L'os aurait été endommagé par le drain... un traitement est mis en place pour fortifier l'os... ». Apaisée partiellement, Mme X n'est pas vraiment convaincue. Elle nous confiera que les propos de son médecin référent, d'habitude si clairs, si optimistes étaient compliqués, marqués par les regards gênés, un manque de temps et d'écoute.

Dès lors, l'angoisse devient majeure, chaotique, destructurante (cauchemars récurrents ayant trait à des préparatifs de mort). La douleur malgré le traitement s'installe, de plus en plus violente et énigmatique. Les entretiens de soutien psychologique suivants sont marqués par l'élaboration autour du signifiant de la vérité. Un véritable travail de l'inconscient s'opère où Mme X, en partant de l'histoire de vie familiale (la guerre, les résistants, la collaboration, etc.), tente de construire un sens autour de cette douleur, qu'elle se représente désormais « sans trop savoir pourquoi comme un baromètre du temps qu'il lui reste à vivre ».

La fonction de la douleur serait ici, comme l'inscription corporelle d'un non-dit, d'un secret

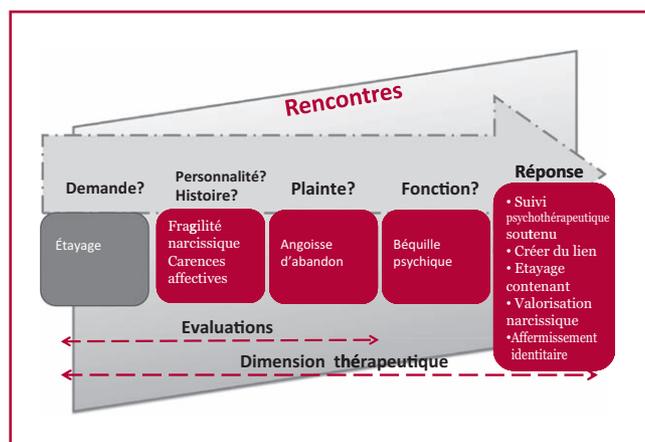


Figure 3. Douleur comme sentiment continu d'exister...

vécu comme porteur de souffrance pour le patient, comme aveu d'impuissance pour le médecin, reflet d'une culpabilité lourde à porter (annonce d'un arrêt de traitement, de l'aggravation d'un cancer, etc.).

Se voit ainsi poser la délicate et complexe question de l'information faite au patient en écho à sa plainte. Entre mensonge absolu et vérité radicale, il reste à trouver la juste mesure, celle capable de restituer au sujet sa place d'acteur dans l'élaboration du nécessaire travail de trépas.

« Douleur totem » comme sentiment continu d'exister

Nous rencontrons M. Z, dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie grave. Celui-ci se plaint, depuis plusieurs mois à d'innombrables spécialistes, d'une douleur, immuable, localisée, variant à peine dans son intensité à mesure que se prescrivent les antalgiques et les morphiniques. Les médecins s'accordent à dire que M. Z se montre très ambivalent dans sa demande de soulagement de la douleur, faisant preuve d'une obstination à ne pas suivre les dosages prescrits. En effet, très rapidement, après avoir été orienté vers la psychologue du service, M. Z peut exprimer sa peur de perdre l'usage de sa conscience, se représentant les traitements comme des drogues assommantes, calmant plus ou moins la douleur. Devant l'ampleur de la douleur, M. Z finit pourtant par augmenter les doses. Sans succès (Fig. 3).

Au cours des entretiens émerge l'histoire de sa vie. M. Z s'est construit dans le sacrifice de sa mère, qui pour le sauver, dans le contexte très particulier de la guerre, l'a « confié/abandonné » à une nourrice. Très vite, il est placé de famille en famille, en vivant souvent sa place davantage comme une nécessité de main d'œuvre que comme un accueil dans un foyer aimant et contenant. Toute sa vie, son identité, passe par la mise en « œuvre » (l'œuvre de sa vie) très binaire du geste généreux de sa mère. Il se fait un devoir de ne pas être égoïste et d'être toujours en situation d'aider l'autre (réfèrent dans de multiples associations, bénévole à la ligue contre le cancer, etc.). Il n'aura de cesse que de

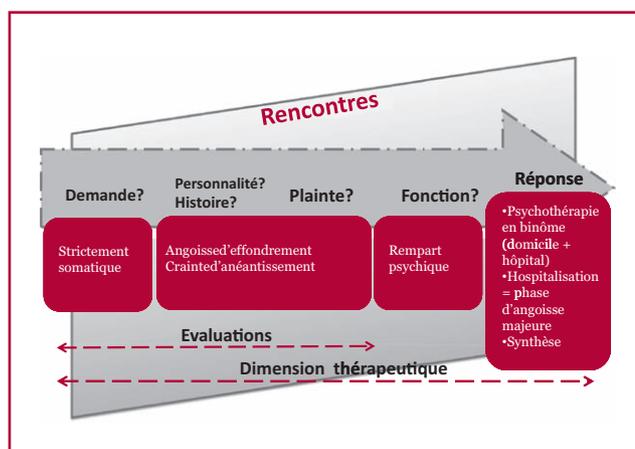


Figure 4. Douleur comme dernier rempart...

prouver à soi-même et à son entourage que sa vie vaut la peine d'avoir été sauvée, qu'il saura faire « bien ».

Dès le premier entretien, ce patient formule une demande d'étayage, « d'accrochage à une branche » comme il le dira. La douleur physique est reléguée au second plan pour évoquer d'emblée son histoire et montrer à quel point la maladie est venue bouleverser un équilibre psychique précaire marqué par une fragilité narcissique majeure. La plainte derrière la demande de M. Z, renvoie à ses angoisses d'abandon. Dans les moments de grande fatigue, il associera cet état à une régression vers ce temps de l'enfance où il se sentait vulnérable, sans défense et sans repères. Avec ce cancer, M. Z dit se sentir égoïste, poussé à se centrer sur lui, et donc à renoncer au sens (don de soi) qu'il a donné à sa vie : « Je ne supporte pas d'être dans le brouillard (lien avec les médicaments), d'être perdu, de perdre la maîtrise de ma vie ».

Dans ce contexte de fragilisation extrême, la douleur jouerait ce rôle de béquille, renforçant le sentiment continu d'exister dans le regard de l'autre mais aussi dans son propre regard : « Je la sens, je suis vivant ».

Le travail de suivi vise ainsi, la valorisation narcissique, l'affermissement du sens de l'identité pour, peu à peu, permettre des recours autres que ceux de la douleur.

« Douleur totem » comme dernier rempart avant la fracture psychique

Nous rencontrons M. B alors que l'annonce de son deuxième cancer a été faite quelques semaines auparavant. Il nous dit qu'il n'a pas de chance et évoque longuement sa lutte contre le premier cancer : la souffrance physique avec la fatigue intense, la souffrance morale et la douleur continue. En rapportant cette histoire antérieure, transparaissent l'existence d'un état dépressif majeur nécessitant une hospitalisation et le fait que la douleur n'aurait disparu qu'une fois seulement la psychothérapie engagée (Fig. 4).

En lien avec la pathologie actuelle, les entretiens s'organisent en fonction de ses chimiothérapies (toutes les

trois semaines). La demande de M. B. est essentiellement axée sur la douleur et les préoccupations corporelles. Sa souffrance psychique est importante et il exprime des idées suicidaires, en écho au désespoir ressenti avec la persistance de la douleur de son premier cancer. Pour lui, l'histoire se répète. Lorsque les angoisses sont trop fortes, M. B demande de l'aide en exprimant son souhait d'être hospitalisé (dans un service de médecine) : « *Je suis angoissé la nuit, je me sens seul avec cette douleur, le monde, le temps qui passe me transpercent de peur, je veux mourir* ». Le passage à l'acte s'envisage pour lui comme une façon de faire taire la douleur, de reprendre le contrôle, mais non pas comme le désir d'arrêter sa vie. Derrière la demande se dessinent des craintes d'anéantissement.

Alors que précisément, il vient d'être hospitalisé pour gestion de la douleur, sans véritable prise en compte de la psychopathologie sous-jacente, plusieurs traitements sont mis en place, très efficaces, éradiquant complètement la douleur. Rapidement, M. B présente une décompensation psychiatrique (éléments délirants, agitation) qui en fait, se révélera être un état confusionnel, régressif au bout de deux jours. Suite à l'allègement des traitements, le patient recouvre ses esprits mais la douleur réapparaît.

Ici, la douleur serait à considérer, non plus comme béquille mais comme un véritable rempart avant la désorganisation psychique. Il est des cas de désorganisation massive, dira Hélène Brocq [6], *tel que « le surinvestissement de la douleur peut permettre de rétablir les frontières du moi mises à mal par l'expérience traumatique (...) le corps constitue le dernier stabilisateur, le dernier rempart avant la désorganisation totale et l'apparition du délire »*.

Dans ce sens, la douleur apparaît comme un ciment et même si les personnes sont stufifiées dans leur douleur, cette dernière, pourtant évite la mort psychique.

Afin d'être contenu dans cette épreuve, tout le travail avec M. B consiste en un suivi régulier de psychothérapie et d'hospitalisations ponctuelles de crise (angoisse d'effondrement). L'équipe s'attache ainsi, à mettre en place des temps de synthèse pluridisciplinaire, afin d'appréhender cette prise en charge dans sa globalité, et créer du lien autour de ce patient. Cela favorise pour M. B un espace lui permettant de disposer du temps psychique nécessaire à l'établissement de liens stables et contenantants, optimisant l'approche de sa maladie de façon plus rassemblée.

Discussion : quand la rencontre devient thérapeutique ou herméneutique du sujet souffrant

De la « douleur totem » comme fonction d'adaptation semble découler une posture éthique et épistémologique qu'il va s'agir désormais de développer.

Comme nous l'apprennent ces différents portraits cliniques, il n'est pas question de maintenir la douleur mais, pour rejoindre Gabriel Burloux, de la questionner : « *Le fait que la douleur résiste parfois à tout traitement et qu'elle arrive à céder après un traitement psychothérapeutique montre le riche éventail de ses rôles et de ses fonctions [7]* ». Coller à la demande initiale, dans l'immédiateté d'une prescription de surcroît, en tentant d'éradiquer à tout prix la douleur, peut avoir des répercussions néfastes importantes (résistance de cette dite douleur, désorganisation psychique, etc.). Plus avant dans cette réflexion, selon Marcel Louis Viillard et Michèle Salamagne [8], il importe de concevoir, surtout en contexte de soins palliatifs, la douleur chronique moins comme un dysfonctionnement morbide strict qu'une expérience de vie complexe. Sans détour, il s'agit, selon Isabelle Baszanger de rejeter toutes approches de la douleur chronique dites centrées sur la personne qui « *le font moins en référence à l'authenticité d'un malade pensant et sentant qu'à une norme de comportement vers laquelle tout « bon » patient devrait tendre [9]* ».

Se faisant, s'est vu explorer dans un éventail donné de notre pratique, la notion de « douleur totem ». De-la-sortes, ont été réaffirmées les balises en faveur d'une médecine plus humble qui reconnaît ses limites et s'abstient – par ses protocoles ou ses questionnaires d'objectivation de la douleur – de la tentation d'une réponse univoque et normalisée à la prise en charge de la douleur. Fort de ce constat, se retrouve en filigrane l'éthique clinique, rendue selon nous, dès lors que la décision médicale est abordée non pas comme une technique mais comme un projet de soins singulier qui convoque une expertise pluridisciplinaire et, à ce titre, confère à la parole du sujet, le plein statut de savoir pertinent.

En ces termes, c'est la reconnaissance de la rencontre clinique non seulement en tant qu'événement dynamique et exigeant mais en tant que dimension intrinsèque au projet thérapeutique. La plainte est au centre ; elle est le nœud qui exprime – sans toujours savoir la nommer – une souffrance plus profonde, d'une autre nature que la douleur physique.

Selon cette approche, il paraît pertinent de supposer comme le fait Éliane Ferragut, que « l'absence d'écoute, le colmatage de la plainte et de la souffrance par des médicaments, ne sont qu'un leurre [10] ».

La rencontre devient thérapeutique lorsque l'intervention s'efforce de dépasser la demande de départ (ne plus rien sentir, dormir, etc.) pour accompagner le sujet vers la prise de conscience de la place et du rôle du symptôme dans sa vie, vers ce savoir sur lui-même qui au départ, lui est obscur, insaisissable. Une telle démarche se pose au-dessus des clivages soma/psyché et amène de nouveaux repères. Soulager la douleur ne veut pas dire supprimer la souffrance. Comme Régis Aubry et Marie Claude Daydé le soulignent [11], il s'agit bien « *d'approfondir les enjeux de la démarche médicale (ce qui fait mal) et ceux de l'approche philosophique (ce qu'est le mal), la possibilité de constituer un sens à la vie souffrante* ».

Sous cet angle plus métaphysique, la plainte fonde l'espace qui va accueillir/recueillir le récit. Ainsi posée, la nature qualitative de la rencontre redonne au sujet, pour rejoindre la pensée de Paul Ricœur, sa capacité à se dire, à se raconter et retrouver le fil de son histoire « bouleversée », mis à mal par le phénomène douloureux [12]. Sur cette trace de la narration, de la restitution du pouvoir de parole et par là, du pouvoir de décision et d'action, se superpose, le retour de l'estime de soi : à nouveau, « *la personne humaine s'approuve elle-même d'exister (...) dans son rapport à soi et à autrui* [12,13] ». En d'autres mots, c'est envisager le principe d'autonomie psychique du sujet, sa capacité à édicter ses propres normes de vie, ses choix, ses jugements quand bien même existe la dépendance physique permanente ou transitoire liée à la maladie, voire même la mort...

Conclusion

À la façon d'un manifeste, faisons de la médecine de l'accompagnement et des soins palliatifs, une médecine construite de la rencontre avec le sujet souffrant et de l'analyse de la relation soignant-soigné... in fine, pédagogue et partenaire des disciplines médicales dites curatives. En contexte de pathologie grave, en effet, le particulier de la situation devient moins l'annonce diagnostique que l'aveu du soignant dans sa faillite à guérir ou son impuissance à soulager [14].

De cet aveu au malade, de ce constat des limites professionnelles mais aussi humaines, naît un type d'interrelation basé non plus sur la toute puissance du savoir mais sur la vulnérabilité comme base relationnelle commune.

Se trouve ré-évoquer alors, la notion de rencontre dans son acception pleine. De considérations plus larges, se dégage l'importance d'une politique de santé qui présume d'une vulnérabilité potentielle pour tous [15] et affirme son engagement dans l'accès moins à une autonomie – dont on peut s'inquiéter du caractère quelque peu normatif – qu'à l'effectivité des choix offerts. La perspective amenée ici, traite alors moins de vie « normale », standardisée que de vie « bonne », personnalisée et plurielle.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Mr Hubert Doucet pour ses encouragements et ses précieux conseils dans la préparation de ce travail.

Références

- [1] Pimont M, Ganache I. Bioéthique et douleur. In: Beaulieu P, editor. Pharmacologie de la douleur. Les Presses Universitaires de Montréal; 2005. p. 559–85.
- [2] Danzinger N. Paysages corporels de la douleur chronique. L'information psychiatrique 2004;80(9):715–22.
- [3] Constantin-Kuntz M, Dousse M. La douleur chronique, une parole somatique. In: Ferragut E, editor. Penser l'hôpital autrement. Paris: Éd. Masson; 2009. p. 46.
- [4] Ebtinger P. L'existence de la fibromyalgie. <http://psychanalyse67.com>; 2010.
- [5] Mc Dougall J. Théâtres du je. Paris: Éd. Folio essais; 2002. p. 217.
- [6] Brocq H. Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique. <http://www.institut-upsa-douleur.org>; 2010.
- [7] Burloux G. Le corps et sa douleur. Éd. Dunod; 2004, 252 pages.
- [8] Viallard ML, Salamagne M. Douleur et soins palliatifs. In: Que-neau P, Ostermann G, editors. Le médecin, le malade et la douleur. Éd. Masson; 2004. Ch. 49.
- [9] Baszanger I. Douleur et médecine, la fin d'un oubli. Paris: Éditions Seuil, La couleur des idées; 1995, 468 pages.
- [10] Ferragut E. Les dangers du clivage psyché-soma. J Psychol 2009;266:32–4.
- [11] Aubry R, Daydé MC. Soins palliatifs, éthique et fin de vie. In: Une aide pour la pratique à l'usage des soignants. Lamarre: Collections Soins; 2010, 247 pages.
- [12] Ricœur P. La souffrance n'est pas la douleur. <http://www.google.ca/url?q=http://www.fondsriceur.fr/photo/la%2520souffrance%2520n%2520est%2520pas%2520la%2520douleur.pdf&ei=JMzATiz5KoSclgeo6InHCg&sa=X&oi=unauthorizedredirect&ct=targetlink&ust=1287705388705029&usg=AFQjCNEBbbaBvBe82juLfiodTPakSNlckQ>, 2010.
- [13] Doucet H. Les silences de l'éthique. In: Beaulieu P, editor. Dans repenser la douleur. Les Presses de l'Université de Montréal; 2008. p. 65–78.
- [14] Brocq H. Prise en charge psychologique en situation extrême; la personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA). http://www.espace-ethique.org/fr/popup-result.php?k_doc_lan_pk=313; 2011.
- [15] Bitz J. L'éthique du Care. Éthique Santé 2009;1(6):25–31.