

*Émotions, douleur et décision  
en médecine*



Journée d'étude  
organisée par Daniel Andler, François Athané et Gérard Lambert  
Jeudi 15 mai 2014

Laboratoire SND. Sciences, normes, décision  
FRE 3593. CNRS & université Paris-Sorbonne

Maison de la recherche de Paris-Sorbonne  
Salle de conférences du rez-de-chaussée.  
28 rue Serpente, Paris 6°.



**SND**

Sciences, Normes, Décision

*Remerciements à tous les participants,  
ainsi qu'à Marie Eeckhout, Dominique Galissaire, Anne-Marie Magnier,  
Alexandra Sarrazin et Marcel Skrobek  
pour leur aide dans la préparation et l'organisation de cette rencontre.*

*Il y a, certes, dans l'absolu, de grandes et de petites douleurs, de superficielles et de profondes blessures ; il y a, naturellement, des douleurs plus ou moins supportables et d'autres, physiquement ou moralement insupportables ; mais toutes ont un seul nom pour les désigner : Mal.*

*Et c'est, peut-être, parce qu'on ne peut pas définir la souffrance, qu'il fallait, afin que nous puissions, quand même, l'exprimer, un mot qui, en cherchant à mettre l'accent sur une souffrance particulière, distincte, les réveillerait toutes, pour nous.*

*Un mot si vaste, si familier à la souffrance, si approprié à toutes, qu'en cherchant à en dégager une pour mieux la cerner, il nous permettrait de la suivre jusqu'où elle n'est plus ; tant il est vrai que chaque douleur est, d'abord, commencement de douleur infinie.*

Edmond Jabès  
*L'Enfer de Dante*  
éd. Fata Morgana, 1991  
p. 16-17.

Depuis une vingtaine d'années, douleur et souffrance sont devenues des thèmes centraux dans de nombreux champs de recherche différents. Dans les sciences biomédicales, l'accent a souvent été mis sur les distinctions entre leurs diverses formes, ainsi que sur les moyens de les mesurer, voire de les quantifier, ou encore d'évaluer leur impact sur la qualité de vie ou l'autonomie du patient. Pour leur part, les sciences sociales ont thématiqué les variations historiques et socio-culturelles de la sensibilité à la douleur, et des voies d'expression de celle-ci. Enfin des discussions sont apparues en philosophie de l'esprit, visant à discerner les spécificités de la douleur parmi la variété des phénomènes mentaux et des vécus subjectifs. Un point de convergence plausible de toutes ces analyses, par ailleurs très diverses dans leurs méthodes comme dans leurs visées, paraît consister en ceci que la douleur n'apparaît jamais à l'état séparé. Elle s'inscrit toujours dans des contextes émotifs, tout à la fois somatiques et psychiques, mais aussi langagiers et sociaux, qui semblent déterminer, au moins en partie, le ressenti subjectif dans sa qualité et son intensité, et par là la souffrance globale de la personne. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'associer la douleur et les émotions dans les attendus de cette journée d'étude.

Mais ces questions ne sont pas d'ordre seulement théorique. Douleur et souffrance apparaissent, d'une façon presque définitionnelle, comme ce que l'on doit soulager. Elles s'indiquent d'elles-mêmes comme objets de l'agir médical et social, par conséquent enjeux de l'éthique tout autant que de la connaissance. Placer la douleur et son contexte émotif dans la perspective des décisions de soin revient donc à ordonner les débats de cette journée d'étude vers la visée d'un bien, laquelle est nécessairement impliquée dans tout ce qui mérite d'être appelé « soin » ou « acte médical ». Douleur aiguë ou chronique, handicap somatique ou souffrance psychique, qu'il s'agisse de restaurer la santé ou d'accompagner la fin de vie, toujours la perception que l'on a et l'analyse que l'on fait de la douleur et des émotions de l'autre déterminent, pour une part, l'attention donnée à cet autre, et les soins prodigués ou non. Nous voudrions contribuer à élucider ces rapports de la réflexion sur la douleur et les émotions avec les pratiques de soin.

C'est la raison pour laquelle cette journée d'étude transdisciplinaire convie à la discussion des étudiants et jeunes chercheurs en philosophie et en médecine, ainsi que des praticiens et des professionnels de la santé, pour réfléchir ensemble aussi bien sur les analyses théoriques que sur l'étude de cas et de décisions thérapeutiques concrets.

*Daniel Andler, François Athané & Gérard Lambert*



## PROGRAMME

8 h 40. Accueil des participants

**Première session. Douleur, souffrance, émotions : expérience et signification.**

Modératrice : Anne-Sophie Godfroy, Maître de conférences en philosophie, SND & Paris 12 (UPEC)

9 h : **Abraham Sapién-Córdoba**, Doctorant en philosophie, université de Glasgow et Paris-Sorbonne (SND). *Les expériences désagréables : douleurs, émotions et affectivité.*

9 h 30 : **Juliette Ferry**, Philosophie, Master LoPhiSc, Paris-Sorbonne. *L'intentionnalisme face au problème de la douleur.*

10 h: Discussion

10 h 30 Pause

**Deuxième session. Savoir faire avec la souffrance.**

Modérateur : Dr Gérard Lambert, Centre Cavallès de l'École Normale Supérieure-Ulm.

10 h 45: **Magali Fernández-Salazar**, Doctorante en philosophie, Paris-Sorbonne & Functional Imaging Institute, University-Hospital of Greifswald. *L'impact de la connaissance des processus neuro-mentaux dans le traitement de la douleur chronique.*

11 h 15 : **Dr Liova Yon**, Chef du Service Intersectoriel de Psychiatrie du C.H.U Henri-Mondor, Créteil. *Le psychiatre et la douleur : pratique quotidienne.*

11 h 45 : Discussion

12 h 30-14 h 15 : Pause déjeuner

**Troisième session. Normes et décisions en soins palliatifs.**

Modérateur : François Athané, Agrégé et docteur en philosophie, SND

14 h 15 : **Dr Alain Piolot**, Équipe mobile de soins palliatifs, CHU Henri-Mondor, Créteil. *Soins palliatifs : le respect du principe de ne pas nuire est-il toujours possible ?*

14 h 45 : **Armand Dirand**, Doctorant en philosophie, Université de Franche-Comté, EA 2274 & ED 38. *Traitement de la douleur et situations médicales complexes : problèmes éthiques et perspectives pour l'optimisation des décisions.*

15 h 15 : Discussion

16 h : Pause

**Quatrième session. Les ressources du soignant.**

***De l'empathie aux coopérations numériques.***

Modérateur : Daniel Andler, Professeur de philosophie des sciences, Paris-Sorbonne, Directeur de SND

16 h 30 : **Béatrice Laudet**, Interne en médecine générale, Faculté de médecine de Paris 6 (UPMC). *Le soignant et l'apprentissage de l'empathie.*

17 h : **Dr Patrick Miroux**, PH, médecin urgentiste, CHU d'Angers. Membre de la Collaboration Cochrane, webmestre de PreHospital and Emergency Care Field et de la Société Française de Médecine d'Urgence. *Douleur : les apports de la collaboration Cochrane et de l'« Evidence Based Medicine ».*

17 h 30 : Discussion.

18 h 30 : Clôture de la journée d'étude.

\*\*\*



Francisco Goya  
*Autoportrait avec le Docteur Arrieta*

Huile sur toile  
Minneapolis Institute of Arts, Minnesota.

*Goya, en remerciement à son ami Arrieta, pour l'habileté [acierto] et le dévouement [esmero] grâce auxquels il lui a sauvé la vie durant la maladie aiguë et dangereuse dont il a souffert à la fin de l'an 1819, dans sa soixante-treizième année. Il a fait cette peinture en 1820.*

Inscription au bas de la toile





# Résumés des communications

## **Première session. Douleur, souffrance, émotions : expérience et signification.**

Modératrice : Anne-Sophie Godfroy

### **Abraham Sapién-Córdoba**

*Les expériences désagréables :  
douleurs, émotions et affectivité.*

Diverses expériences quotidiennes et situations expérimentales témoignent de l'influence des états psychologiques sur la perception de la douleur : émotion, attention, hypnose, pleine conscience, effets placebo et nocebo, entre autres. Ces expériences montrent que les états psychologiques augmentent ou diminuent le caractère désagréable de la douleur. Pour bien comprendre la portée de ces expériences, il est nécessaire de clarifier plusieurs choses. D'abord, il faut expliquer ce que l'on entend exactement par « douleur ». Pour ce faire, j'analyserai une série de travaux en médecine qui considèrent la douleur comme constituée par deux éléments : un élément descriptif et un élément affectif. Il faut ensuite préciser ce qu'est un état psychologique. Pour cela, je considérerai les études récentes en philosophie des émotions. Enfin, je voudrais préciser en quel sens la douleur et certaines émotions sont conçues comme désagréables. Cette dernière question est cruciale pour comprendre la façon dont ces deux éléments ont une influence réciproque. Pour finir, j'évaluerai la proposition selon laquelle, au lieu de considérer que les émotions ont un effet sur l'aspect désagréable de la douleur, on devrait comprendre ces deux éléments comme parties d'une catégorie plus large : l'expérience affective.

### **Juliette Ferry**

*L'intentionnalisme face au problème de la douleur*

La douleur est souvent conçue comme un état mental non intentionnel, c'est-à-dire un état mental qui ne représente rien au delà de lui-même. Comme l'écrit McGinn «les expériences visuelles représentent le monde comme étant d'une certaine façon, mais les douleurs n'ont pas de tel contenu de représentation». D'autres philosophes soutiennent que la douleur a un contenu de représentation, bien qu'elle possède aussi des propriétés qualitatives qui sont, elles, non-intentionnelles. Ces deux thèses ont des conséquences importantes en philosophie de l'esprit : elles présentent la douleur comme un contre-exemple de la thèse intentionnaliste (ou représentationnaliste), selon laquelle tous nos états mentaux – y compris les émotions et les sensations corporelles – sont intentionnels. La douleur est plus particulièrement un problème pour cette version du représentationnalisme qui se veut « forte », soutenant qu'on peut rendre compte de nos états mentaux uniquement en termes de propriétés intentionnelles (cette version exclut les propriétés qualitatives de nos états mentaux). Il est donc intéressant d'étudier les arguments du représentationnalisme fort pour rendre compte de la douleur en termes de propriétés intentionnelles. Je présenterai les problèmes majeurs de cette approche, qui semble notamment laisser de côté le caractère douloureux et négatif de la douleur, autrement appelé l'aspect « affectif-motivationnel » de la douleur.

*julietteferry2@gmail.com*

## **Deuxième session. *Savoir faire avec la souffrance.***

Modérateur : Gérard Lambert.

### **Magali Fernández-Salazar**

#### *L'impact de la connaissance des processus neuro-mentaux dans le traitement de la douleur chronique.*

La douleur chronique est l'un des problèmes les plus difficiles auxquels sont confrontés la médecine et les neurosciences. Nous pouvons l'étudier comme un système dynamique neuro-mental composé de réseaux qui interagissent les uns avec les autres, la douleur étant le résultat de cette interaction continue. Cela suppose que des changements majeurs dans l'expérience douloureuse ne dépendent pas seulement du réseau dynamique cérébral, mais aussi de la communication entre le cerveau et les réseaux externes, c'est-à-dire les facteurs socio-culturels qui modulent la perception de la douleur. La perception douloureuse dépend d'une variété d'influences émotionnelles et cognitives (internes) qui sont en étroite communication avec les réseaux socio-culturels (externes). Dans le contexte médical, les professionnels de la santé sont fréquemment obligés de faire le tour de médicaments contre la douleur et de tenter sans succès diverses thérapies. Ma proposition est d'explorer les mécanismes corticaux de la douleur chronique physiologique ainsi que ses composantes cognitives et émotionnelles, en soulignant que l'activité du cerveau diffère selon qu'il s'agit de douleur aiguë ou de douleur chronique, ce qui nous conduit à parler de la différence entre la douleur et la souffrance. Je montrerai pourquoi la prise en considération de la composante émotionnelle de la douleur chronique mène à une approche différente dans les décisions médicales vis-à-vis des patients.

*magali.fernandez12@gmail.com*

### **Liova Yon**

#### *Le psychiatre et la douleur : pratique quotidienne.*

Dans les structures hospitalières, le psychiatre est régulièrement sollicité pour aider à la prise en charge de patients présentant des tableaux douloureux. Qu'il s'agisse de douleur morale ou de douleur physique, les situations psychopathologiques qui conduisent les équipes médicales à avoir recours au psychiatre sont fréquentes et bien décrites dans la nosographie médicale.

Nous nous proposons d'en exposer et analyser quelques-unes sur le plan conceptuel et diagnostique. Nous nous focaliserons ensuite sur le rôle et la position du psychiatre au sein des équipes soignantes, dans les processus de décision visant à soulager douleur et souffrance.

### **Troisième session. Normes et décisions en soins palliatifs.**

Modérateur : Daniel Andler,

#### **Alain Piolot**

##### *Soins palliatifs : le respect du principe de ne pas nuire est-il toujours possible ?*

La pratique du soin en démarche palliative, comme pour toute décision médicale, se construit avec l'aide de supports scientifiques, déontologiques, et législatifs.

La prise de décision en situation de fin de vie est parfois difficile, en l'absence d'exercice d'une médecine fondée sur les preuves, lorsque des options diamétralement opposées sont possibles. La situation est d'autant plus délicate que le malade a perdu son autonomie en termes de choix, de consentement, que les membres de la famille et les proches expriment des avis divergents dans un contexte de souffrance, que le cadre est l'urgence. Un des objectifs des réflexions collégiales, multidisciplinaires, est d'élaborer un projet de soins le plus adapté au seul malade afin de ne pas nuire et d'assurer la meilleure qualité de vie.

#### **Armand Dirand**

##### *Traitement de la douleur et situations médicales complexes : problèmes éthiques et perspectives pour l'optimisation des décisions.*

La douleur constitue aujourd'hui en médecine un champ de recherches et de pratiques soignantes à part entière. Ceci intéresse naturellement l'éthique soignante, qui a contribué à l'amélioration des soins, et participe ainsi à la réalisation de cette mission fondamentale de la médecine qu'est le soulagement de la souffrance. Cependant la multiplication de situations médicales complexes (surtout en soins palliatifs), en partie due aux conséquences des progrès médicaux, interroge aussi problématiquement cette éthique. En effet dans ces situations l'incertitude et la complexité remodelent en profondeur les logiques d'action et les schémas décisionnels. Le recours aux possibilités pharmaco-techniques - souvent invasives et non sans risques - et aux outils d'évaluation de la douleur - basés en partie sur la communication - se confronte aux problèmes de gestion du risque dans la pratique clinique, ou encore au recueil difficile voire impossible du consentement ou de l'avis des patients.

Partant des observations que je fais depuis deux ans lors de staffs d'éthique mis en place à titre expérimental par le Pr. Régis Aubry à l'Unité de Soins Palliatifs du CHU de Besançon, mon exposé examinera les aspects décisionnels de la prise en charge de la douleur dans la médecine actuelle. Puis je mettrai en évidence comment les problèmes éthiques posés par le traitement de la douleur dans certaines situations complexes affectent, voire invalident, les dispositifs décisionnels évoqués.

**Quatrième session : Les ressources du soignant.  
De l'empathie aux coopérations numériques.**

Modérateur : François Athané

**Béatrice Laudet**

*Le soignant et l'apprentissage de l'empathie.*

Comment un chirurgien opèrerait-il s'il s'évanouissait à la vue du sang ? Comment un psychiatre aiderait-il son patient s'il pleurait avec lui ? Rares sont les élèves-infirmiers ou externes en médecine qui n'ont pas présenté un petit malaise vagal lors de leur premier contact avec l'hôpital, face à une plaie sanguinolente ou lors d'un geste invasif au bloc opératoire. C'est souvent avec une hypersensibilité et un idéal de soulager les souffrances que les jeunes s'engagent dans les métiers de l'aide et du soin. Peu à peu, les soignants s'« endurcissent », apprennent à maîtriser leurs émotions et à ne pas perdre leurs moyens, en se concentrant sur la technique.

Des études de neurosciences ont comparé les zones du cerveau stimulées lors de la vision d'une image de patient en souffrance chez, d'une part, des individus témoins non-soignants et, d'autre part, chez des soignants (médecins diplômés) : les résultats montrent que les régions cérébrales mises en jeu sont différentes. Ainsi, un médecin ou une infirmière sont capables de prendre en charge un patient dans un état grave en dominant leurs émotions, mise à distance nécessaire pour soigner. L'étape suivante de l'apprentissage est de trouver la juste position du curseur entre bouleversement et froideur. Face à la douleur physique ou morale d'autrui, il s'agit de ne pas tomber dans l'écueil de la minimisation, notamment en condition de surcharge de travail (soignants en *burn out*) ou de stress (aux urgences par exemple). L'empathie du soignant serait-elle également le fruit d'un apprentissage ?

**Patrick Miroux**

*Douleur : les apports de la collaboration Cochrane et de l'« Evidence Based  
Medicine ».*

« Une grande lacune de notre profession est de ne pas avoir organisé, par spécialité ou sous-spécialité, un résumé critique, régulièrement mis à jour, de tous les essais cliniques randomisés pertinents ». Archibald L. Cochrane, *L'inflation médicale. réflexions sur l'efficacité de la médecine*, 1977.

Si les nouvelles technologies ont contribué à la diffusion des informations scientifiques, il reste difficile de trouver rapidement l'information la plus pertinente et fondée sur le meilleur niveau de preuve. La médecine factuelle (EBM), qui permet un surcroît de rigueur dans la démarche médicale, ainsi que certaines organisations comme la Collaboration Cochrane, laquelle se dévoue à maintenir à jour les connaissances médicales, nous rapprochent de cette exigence légitime. Ma communication portera sur les apports de ce type de travaux pour ce qui concerne le traitement de la douleur.

*patrick\_miroux@yahoo.fr*

## Bibliographie succincte

- Aydede M. 2006: “The Main Difficulty with Pain: Commentary on Tye”, in Aydede M. (ed.) *Pain: New Essays on its Nature and the Methodology of its Study*, Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press.
- & Fulkerson, M., 2013, “Affect: representationalists' headache,” *Philosophical Studies*, 1-24.
- Bain D. 2012 : “What makes pains unpleasant?”, *Philosophical Studies*.
- Bartra R. 2006 : *Antropología del cerebro*, México : Fondo de cultura económica.
- Bouhassira D. 2007 : *La douleur neuropathique et ses frontières*, Paris : Med-line.
- Chen Y.C., Chen C.C., Decety J., Cheng Y. 2014 : “Aging is associated with changes in the neural circuits underlying empathy”, *Neurobiol Aging*.
- Collège des enseignants de neurologie 2012 : *Neurologie*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Craig A.D. 2003 : “A new view of pain as a homeostatic emotion”, *Trends Neurosciences*, 26 : 303–7.
- Damasio A. 2000 : “Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex”, *Cereb Cortex*, 10(3) : 295-307.
- Danziger N. 2010 : *Vivre sans la douleur ?*, Paris : Odile Jacob.
- Decety J., Yang C., Cheng Y. 2010 : “Physicians down-regulate their pain empathy response : an event-related brain potential study”, *Neuroimage*, 50, 1676-82.
- Dehning S., Gasperi S., Krause D., et al. 2013 : “Emotional and Cognitive empathy in first-year medical students”, *ISRN Psychiatry*.
- Deonna J. A. & Teroni F. 2012 : *The emotions: a philosophical introduction*, London & New York : Routledge.
- Díaz J.L. 2008 : *La conciencia viviente*, México : Fondo de cultura Económica.
- Hochmann J. 2012 : *Une histoire de l'empathie. Connaissance d'autrui, souci du prochain*, Paris : Odile Jacob.
- Lamothe M., Boujut E., Zenasni F., Sultan S. 2014 : “To be or not to be empathic : the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice”, *BMC Family Practice*.
- Lewis D. 1978 : “Mad Pain and Martian Pain”, in Block N. (ed.), *Readings in the Philosophy of Psychology*, London: Methuen, p. 216-222. Tr. fr. « Douleur de fou et douleur de martien » in Fissette D. & Poirier P. (dir.) *Philosophie de l'esprit, I. Psychologie du sens commun et sciences de l'esprit*, Paris : Vrin, 2002, p. 289-306.
- Price D.D. 2000 : “Psychological and Neural Mechanism of the Affective Dimension of Pain”, *Science*, 288(9) : 1769-72.
- Prinz J. J. 2004 : *Gut reactions : a perceptual theory of emotion*, Oxford : Oxford University Press.
- Tye M. 2005a : “Another Look at Representationalism and Pain”, in Aydede M. (ed.), *Pain: New Essays on its Nature and the Methodology of its Study*, Cambridge, Massachusetts: MIT Press/Bradford Book.
- 2005b : “In Defense of Representationalism: Reply to Commentaries”, in Aydede M. (ed.), *Pain: New Essays on its Nature and the Methodology of its Study*, Cambridge, Massachusetts: MIT Press/Bradford Book.
- & Cutter B. 2011 : “Tracking representationalism and the painfulness of pain”, *Philosophical Issues*, 21, The Epistemology of Perception.
- Villemure C. & Bushnell M. C. 2002 : “Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?”, *Pain*, 95(3) : 195–9.
- Wittgenstein L. 1953 : *Philosophische Untersuchungen*, London : Blackwell. Tr. fr. Dastur F., Élie M., Gautero J. L. & Rigal É., *Recherches philosophiques*, Paris : Gallimard, 2004.

\*\*\*

*Chi puo dir com'egli arde é in picciol fuoco*  
Qui peut dire à quel point il brûle est dans un petit feu.

Pétrarque, *Canzoniere*, Sonnet 137.