

[texte](#)

[article](#)

Vincent et les autres, souvenirs d'un médecin

"Les jeunes apprentis médecins que nous étions en 1964 n'aimions pas beaucoup être affectés dans le service, et ce pour une raison simple : ces comateux n'étaient pour ainsi dire jamais malades (quelque fois une diarrhée ou un début de bronchite, sans plus). Or l'ambition d'un carabin, c'est justement [d'apporter] la preuve de notre capacité médicale en formation. Cependant la question ne se posait pas d'arrêter les soins de nursing et la nutrition, car il était évident pour tous que ces comateux étaient des « vivants »."

Par: Patrick Defontaine, Médecin retraité, Épinac (71360), spécialiste en anesthésie-réanimation et toxicologie clinique /

Publié le : 24 Juillet 2015

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Il n'est pas question pour moi de faire ici le plaidoyer d'une cause particulière ou d'une idéologie. J'ai commencé mes études de médecine en 1960 à Lyon, et j'ai été nommé externe des hôpitaux en 1964. C'est donc à partir de ce moment-là que j'ai eu des affectations et des responsabilités auprès des malades. Mes condisciples et moi devons choisir chaque semestre un service médical ou chirurgical où nous exercerions ces responsabilités. Parmi ces services il y avait une aile du pavillon G de l'hôpital Edouard Herriot (dit Grange Blanche) que le célèbre neurochirurgien Pierre Wertheimer avait réservée aux comateux chroniques (on ne disait pas alors « végétatifs »). Il s'agissait de personnes souffrant de lésions cérébrales définitives, mais conservant une autonomie respiratoire et cardio-vasculaire les maintenant en vie, sous réserve de les nourrir par sonde gastrique, et de veiller à l'hygiène générale, en particulier cutanée (pour éviter les escarres) et urinaire (pour éviter les infections). Les jeunes apprentis médecins que nous étions n'aimions pas beaucoup être affectés dans ce service, et ce pour une raison simple : ces comateux

n'étaient pour ainsi dire jamais malades (quelque fois une diarrhée ou un début de bronchite, sans plus). Or l'ambition d'un carabin, c'est justement d'émettre des hypothèses, demander des examens complémentaires, et aboutir par raisonnement déductif à « un diagnostic », apportant ainsi la preuve de notre capacité médicale en formation. Cependant la question ne se posait pas d'arrêter les soins de nursing et la nutrition, car il était évident pour tous que ces comateux étaient des « vivants ». Certes ils n'exprimaient pas leurs sentiments, mais ils faisaient partie de notre monde, et les familles venaient plus ou moins régulièrement rendre visite à celui des leurs qui ne pouvait plus parler. On citait toujours le cas de cette jeune fille, accidentée à la veille de ses noces, recevant la visite de plus en plus espacée de son fiancé. Mais chaque visite était ponctuellement suivie, 14 ou 15 jours plus tard, de l'apparition de menstruations, comme si la présence de l'être aimé avait provoqué une stimulation ovarienne avec ponte ovulaire. D'autres comateux manifestaient leur mécontentement par des pics fébriles lors de congés du personnel soignant habituel et l'intervention moins douce de tel ou tel remplaçant. Cet attachement la fois technique et affectif à l'entourage soignant se manifestera de façon aiguë lorsqu'on déménagea les 2 ou 3 douzaines de ces patients dans l'hôpital neurologique Louis Pradel à Bron en 1968 : près de la moitié de l'effectif décédera dans les 3 mois qui suivront.

De l'autre côté de la ville de Lyon, sur une colline célèbre, existait l'hôpital de la Croix Rousse, avec en son sein le pavillon des maladies infectieuses du professeur Maurice Bertoye. Dans ce service on soignait, entre autres, une vingtaine de patients tout à fait conscients, mais paralysés par une atteinte poliomyélitique ou le tétanos. Ils étaient maintenus en vie grâce à des respirateurs artificiels « dits poumons d'acier » (dont le célèbre Angström suédois). Cette lourde machinerie permettait d'oxygéner le sang et, par lui, l'ensemble du corps, en branchant à la machine le poumon des patients grâce à une canule de trachéotomie. Les soins étaient beaucoup plus lourds, la communication avec l'entourage, médical ou familial, tout aussi défaillant, mais ces soins se faisaient sans arrière-pensée, ni envie aucune de les stopper. Quelques-uns de ces malades mouraient au bout de quelques semaines, d'autres ont vécu des années, avec des tentatives répétées inlassablement pour établir une communication, au moins dans le sens « soignant soigné », pour obtenir l'obéissance à des ordres simples de facilitation des soins. Il fallait un dévouement et une motivation inlassables pour les équipes de ce service pour travailler dans ces conditions, et il faut leur rendre hommage, car ce dévouement et cette motivation seront ensuite utiles pour toute une série de malades insuffisants respiratoires chroniques, qui seraient, sans cela, morts dans l'horreur de l'asphyxie progressive.

L'évolution de ma carrière fera ensuite de moi un médecin anesthésiste réanimateur. Avec le professeur Raymond Deleuze, j'ai appris une chose essentielle : « ce n'est pas par ce qu'un malade ne crie pas (anesthésié), qu'il ne souffre pas » ; et la douleur tue, c'est même l'une des explications les plus fréquentes de ces fameux « accidents d'anesthésie », lors d'opérations où la narcose artificielle n'était pas complétée par une analgésie bien dosée face à l'agression chirurgicale. Pour mémoire l'expression « casser sa pipe » vient des décès de blessés de la Grande armée, amputés sur le champ de bataille avec une pipe de terre serrée entre les dents pour ne pas hurler de douleur. Quand celle-ci était devenue trop forte et tuait l'opéré, ce dernier lâchait la pipe qui se cassait au sol.

J'ai exercé ensuite dans le domaine de l'hospitalisation à domicile et pratiqué ce que j'appelais « la médecine des mourants » (on dit aujourd'hui les soins palliatifs). Il faut dire avec insistance qu'aucun médecin n'est infaillible pour dire « il va passer d'ici 24 ou 48h », et qu'il est temps de passer à une sédation profonde. La sédation profonde est faite pour calmer l'angoisse des familles ou du personnel, mais ce n'est pas parce que le malade

n'exprime plus sa plainte qu'il ne souffre plus, ni physiquement ni moralement. Quant aux cocktails dits d'apaisement, ils peuvent être efficaces pour un patient et échouer complètement pour un autre, il n'y a pas de recette miraculeuse universelle, sauf celle qui crée « un bâillon pharmacologique » de fausse bonne conscience pour ceux qui le décident.

Maintenant, je suis passé de l'autre côté de la barrière, je suis malade ; il pourra m'arriver de tomber dans un état où je ne pourrai plus exprimer ma volonté. Je suis rassuré par le fait que la compagne de ma vie tiendra suffisamment à la mienne pour s'opposer à des décisions qui pourraient me faire mourir de faim ou de soif. C'est aussi cela « le droit de mourir dans la dignité ».

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire