

L'homme face à la douleur, hier et aujourd'hui

Françoise SAINT-PIERRE*

L'histoire de la douleur s'inscrit dans les grands courants de pensées rationalistes ou mystiques qui ont divisé notre civilisation occidentale au cours des siècles.

La douleur est un mot chargé de références et de connotations culturelles, associé à des théories scientifiques et philosophiques les plus diverses. Faute de savoir la soulager, la douleur a été longtemps valorisée et sublimée à des degrés divers.

L'homme doit rester stoïque face à la douleur. Pour les stoïciens, la douleur est un mal si celui qui l'éprouve la juge ainsi. Cicéron affirmait le rôle de la volonté dans l'acceptation de la douleur : "*Qu'y a-t-il qui vaille mieux pour éloigner la douleur que de comprendre qu'elle ne sert à rien et qu'il est vain de l'accueillir*". Epictète prône l'entraînement du corps à la douleur afin d'être indifférent aux sensations et aux instincts. Cet ascétisme est toutefois loin de la morale religieuse du christianisme.

Pour notre civilisation judéo-chrétienne, la douleur a eu une fonction morale, ambivalente. Elle était à la fois une épreuve salutaire, un instrument de rédemption de l'âme ou bien un châtement, c'est la douleur expiation. Ainsi, la plainte et les lamentations de Job qui questionne et se demande ce qu'il a fait pour mériter une telle douleur, ses amis lui disent : "*Accepte de voir ta faute... quelle est ta part ?*". Ils lui attribuent la responsabilité de son état.

L'épicurisme et l'hédonisme se démarquent du stoïcisme. Ils évitent la douleur en l'opposant à la recherche du plaisir. Très tôt dans l'histoire de la philosophie, le plaisir et la douleur apparaissent comme des moyens de régulation du comportement des êtres humains. Il est intéressant de citer Charles de Saint Évremond qui, au XVIII^e siècle, disait : "*Il n'est pas toujours besoin de la jouissance des plaisirs. Si on fait un bon usage de la privation des douleurs, on rend sa condition assez heureuse*".

Selon les périodes de l'histoire, ces différents dogmes et morales s'entrecroisent, s'opposent ou tentent une conciliation.

La douleur restera longtemps une valeur maturante, voire initiatique. Les poètes et les romantiques complèteront cette valorisation vitaliste de la douleur : "*L'homme*".

* Docteur en chirurgie dentaire. Chef de projet à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la Santé.

est un apprenti, la douleur est son maître, et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert" (Musset).

Le rapport à la douleur va donc se transformer avec l'évolution des mentalités et des sensibilités mais aussi en s'appuyant sur les avancées scientifiques. C'est entre 1750 et 1850 que les savoirs et les pratiques relatifs à la douleur connaissent l'évolution la plus significative. Pour certains, la douleur est encore considérée d'un médiocre intérêt mais d'importants bouleversements vont survenir pour la combattre. Lors de la séance de l'Académie des sciences, en février 1847, Magendie s'exclamait à la suite d'un rapport fait par Velpeau nouvellement converti à l'éthérisation : "*Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des sciences ?*". La perte de conscience dans l'anesthésie générale apparaissait alors inacceptable. "*La perte de conscience, disait Magendie, est quelque chose de dégradant et d'avilissant que tout homme un peu courageux ne saurait souffrir*". D'autre part, pour la médecine de l'époque, la douleur paraissait encore nécessaire, comme coup de fouet indispensable à un organisme éprouvé, qui doit retrouver l'énergie menant à la guérison. Dans un organisme malade, l'aiguillon de la douleur réveille l'énergie vitale.

Pourtant, on osa défier les académies et leurs dogmes : la révolution dans le soulagement de la douleur était en marche avec les premiers pas de l'anesthésie, du protoxyde d'azote, de l'éther et du chloroforme, pour contrôler la douleur des extractions dentaires. Les chirurgiens dentistes peuvent se féliciter d'en être les pionniers (Horace Wells et Morton réalisèrent une première série d'essais d'anesthésie à l'éther en 1842 et 1846).

Les réticences ont été beaucoup plus tenaces pour la morphine considérée comme un médicament dangereux exposant à l'accoutumance et la dépendance. Il a fallu attendre 1987 pour la mise sur le marché de la première morphine à libération modifiée, si simple à prendre et à prescrire. Le poète Baudelaire, opiomane, et ses paradis artificiels nous ont longtemps obsédés et freinés dans notre prescription de morphine.

Le statut de la douleur, mal nécessaire, fatalité et résignation, devient donc contesté. Désormais, la médecine commence à "regarder les hommes".

Les écrits du médecin chirurgien Georges Duhamel, durant la guerre 14-18, restituent le vécu de la douleur des soldats avec compassion, avec sa connaissance de l'âme. Le neurochirurgien Leriche témoigne aussi de ce sens profond de la douleur : "*La douleur est un phénomène individuel monstrueux et non une loi de l'espèce. Un fait de maladie. Un désordre que ses conséquences ne nous permettent pas de contempler avec détachement, avec lequel nous ne devons pas composer, qu'il faut chercher à mieux connaître pour le mieux combattre*". Leriche disait également : "*Méfions-nous de toutes les philosophies ; lorsque la douleur devient intense, lancinante et persistante, aucune philosophie, aucune foi n'apaise. Il n'y a qu'une douleur que l'on supporte, c'est celle des autres*".

Les progrès des neurosciences permettent de mieux comprendre la douleur : désormais, l'ignorance de la douleur ne peut plus se justifier par les lacunes du savoir et l'absence de thérapies efficaces. Jusque vers les années soixante, on considérait le circuit de la douleur d'une façon simpliste comme un système câblé : agression périphérique, transmission des messages par les nerfs nociceptifs jusqu'à la moelle puis jusqu'au cerveau qui commandait les réactions de l'organisme face à l'agresseur. Pour traiter, on interrompait le circuit en sectionnant les nerfs à certains points stratégiques périphériques ou médullaires, ou en détruisant certaines parties du cerveau. Les neurochirurgiens sectionnaient, coupaient les voies de la sensibilité sans notion de physiologie et d'échec.

Dans les années soixante-dix, deux découvertes transforment les théories de la douleur :

- la théorie du portillon de Melzack et Wall qui propose l'existence d'un mécanisme agissant comme une barrière dans le système de transmission somatique de telle sorte que les signaux de douleur peuvent être modulés avant qu'ils déclenchent une perception ou une réponse ;
- la mise en évidence des récepteurs opioïdes endogènes (endorphines).

Lutter contre la douleur, c'est désormais agir sur les systèmes de contrôle (qui jouent au sein du système nerveux le rôle de filtre) que recèle notre corps. La chirurgie mutilante est remplacée par la neurochirurgie fonctionnelle et la pharmacologie (on commence à vaincre la peur de la morphine ; la vente d'antalgiques de niveau 3 a progressé de 16 % en 1999 et de plus de 20 % en 2000).

D'autre part, la meilleure connaissance des mécanismes générateurs de la douleur a permis de distinguer non pas une, mais des douleurs qui sont désormais classées en douleur nociceptive, neuropathique, idiopathique, psychogène. Cette meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques a permis d'apporter des solutions thérapeutiques plus efficaces : en effet, à chaque douleur, son traitement spécifique.

Il faut également distinguer la douleur aiguë de courte durée, telle que la douleur postopératoire, post-traumatique, ou la douleur provoquée par certains actes et soins, et la douleur chronique rebelle telle que les céphalées ou les lombalgies chroniques, celle liée au cancer ou aux douleurs neuropathiques.

Rappelons que douleurs aiguës et chroniques sont des entités bien différentes qui ne peuvent être abordées de la même façon. La douleur aiguë est classiquement considérée comme un signal d'alarme, utile, qui signale l'existence d'une lésion plus ou moins spécifique et qui disparaît après un traitement approprié ; la douleur dentaire en est un parfait exemple.

La douleur chronique est, quant à elle, un phénomène plurifactoriel complexe justifiant une approche clinique globale. Ainsi, en 1986, l'IASP (Association internationale pour l'étude de la douleur) définissait la douleur comme "*expérience*

sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion". Aujourd'hui, cette définition élargie de la douleur en souligne l'aspect subjectif et complexe. Elle introduit l'aspect multidimensionnel de la douleur qui interviendra dans les modalités de prise en charge. La douleur chronique nécessite donc une évaluation approfondie des facteurs somatiques sensoridiscriminatifs, du mécanisme étiologique et du processus pathologique, mais aussi une analyse des données affectives anxieuses, voire dépressives. D'autres composantes, cognitives et comportementales, seront prises en compte. La perception de la douleur peut être modifiée par un ensemble de processus mentaux tel les niveaux d'attention, de distraction, de mémorisation et d'anticipation mais aussi par le contexte et la signification accordées à la douleur. Ainsi, 20 % de patients qui ont subi une opération ne ressentent pas de douleurs post-opératoires alors que 65 % des soldats blessés au combat ne sentent pas de douleur au moment même ou dans les jours qui suivent. Pour le soldat, par exemple lors d'un bombardement, la douleur peut être abolie car elle signifie être sauvé, être évacué et donc échapper au danger de mort. Il faut apprécier aussi les modifications du comportement, l'impact de l'environnement socio-familial et les éventuels facteurs de renforcement.

Le douloureux a son histoire, ses traits de personnalité, sa propre sensibilité à la douleur, son seuil de tolérance. Il faut donc souligner l'importance de la communication, de l'information qui passent par la relation de confiance à établir avec son patient. La douleur du patient est donc unique ; elle ne peut plus être ignorée ; elle doit être reconnue et traitée. L'homme douloureux doit bénéficier désormais des avancées des connaissances et des techniques médicales, ainsi que des actions engagées dans le cadre de la politique de la prise en charge de la douleur.

Évolution des pratiques et politique de lutte contre la douleur

De l'élaboration des premières connaissances fondamentales sur la douleur est né le concept de centres de traitement de la douleur, centres pluridisciplinaires qui se développèrent aux USA à partir des années soixante-dix (premier centre antidouleur en 1965 à Washington avec l'américain Bonica) et en France à partir des années quatre-vingt.

Les pouvoirs publics ont voté plusieurs textes fixant la prise en charge de la douleur comme une priorité nationale, une obligation juridique pour les établissements hospitaliers et les soignants. En 1994, se met en place une commission sénatoriale qui publie, sous la direction de Lucien Neuwirth, un rapport intitulé "*Prendre en charge la douleur*".

Les droits du patient sont définis. Le patient n'est pas seulement un malade. C'est avant tout une personne avec des droits. La charte du patient hospitalisé comporte dix chapitres. Il est notamment prévu à l'article 2 : "*Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique, des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de*

tous les intervenants". Le texte souligne que cette charte s'inscrit dans une "*conception humaniste de la pratique médicale et de l'action hospitalière*".

Un premier plan de lutte contre la douleur (circulaire de 1998) introduisit l'idée que la douleur n'est pas une fatalité, et plusieurs mesures visaient à prendre en compte la demande du patient (carnet douleur, mesure douleur et satisfaction, information), à développer la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins, à développer la formation et l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur, à informer le public par des campagnes d'information.

Le deuxième plan (2002-2005) poursuit les objectifs du premier mais accentue la prise en charge dans les domaines où des dysfonctionnements persistent. La prise en charge ne se définit plus comme une mission mais comme un véritable engagement. Dans les établissements de santé, le "carnet douleur" est remplacé par le "contrat d'engagement douleur".

Les priorités de ce plan sont la prévention et le traitement de la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie, une meilleure prise en charge de la douleur de l'enfant, la reconnaissance et le traitement de la migraine.

Dans la pratique du chirurgien dentiste, les deux premiers objectifs sont primordiaux et il n'est pas vain de rappeler la mise en garde d'Hippocrate contre les méfaits de la médecine : "*primum non nocere*". Ainsi, la douleur iatrogène, à son tour, est devenue une préoccupation de santé publique et sa prévention passe par une démarche "qualité" avec une remise en question des stratégies analgésiques. Longtemps considérée comme inévitable, le passage obligé lors d'un soin thérapeutique, la sensation douloureuse provoquée par le soignant est devenue désormais inacceptable pour le patient. Il faut donc repenser certains actes. Il n'est pas vain de rappeler que l'anxiété liée à la mémoire de la douleur des soins dentaires chez l'enfant peut entraîner une forte peur, un conditionnement douloureux, voire un évitement, ce qui constitue un véritable obstacle aux soins. Ainsi, une douleur passée peut être réactualisée dans ses composantes émotionnelles et cognitives aux travers par exemple des odeurs ou du bruit de la turbine. Ce rappel douloureux peut avoir des conséquences thérapeutiques avec les réactions végétatives liées au stress et à l'anxiété.

Enfin, il faut souligner que les connaissances neurophysiologiques actuelles ont montré que, contrairement aux croyances passées, l'enfant, le nouveau-né et le bébé ressentent la douleur.

Hier, la douleur était une fatalité acceptée ou sublimée ; aujourd'hui sa prise en charge est un droit pour le patient et un devoir pour le praticien (qui peut même avoir sa responsabilité engagée pour non respect ou manquement à cette obligation).