

Aux racines physiologiques et culturelles de la douleur

La prise en charge de la douleur est une préoccupation majeure. Il n'est cependant pas toujours possible aux soignants de soulager les patients ni de comprendre les racines sociales, culturelles et psychologiques de la douleur. Celle-ci est, par définition, éprouvée de façon singulière tout en étant une donnée généralisable et inhérente à l'humanité. Le comprendre constitue une manière de prendre en charge la douleur.

The physiological and cultural roots of pain. The treatment of pain is a major issue. However, it is not always possible for nurses to relieve patients or to understand the social, cultural and psychological roots of the pain. Pain is, by definition, felt on an individual level while at the same time being a concept which can be generalised and which is an inherent part of humanity. Understanding this constitutes a way of treating pain.

Mots-clés

- Antalgique
- Culture
- Douleur
- Lien social
- Médecine de l'âme

Keywords

- Anodyne
- Culture
- Medicine of the soul
- Pain
- Social bond

L'infirmière rencontre chaque jour la douleur des autres. Pour autant, un phénomène aussi universel mérite une réflexion car derrière les évidences se cachent souvent des préjugés que les patients vont subir dans le silence des chambres d'hôpital.

La douleur n'est pas un signal protecteur

La douleur a longtemps été pensée comme faisant partie des mécanismes protecteurs d'une espèce vivante. Elle était donc une boussole pour l'action médicale.

On croyait même à la spécificité d'un système récepteur cutané véhiculant en ligne directe une excitation nerveuse grâce à des fibres propres jusqu'à un centre de la douleur situé dans le cerveau. Mais la médecine a bien dû reconnaître que la douleur pouvait "brouiller les pistes".

Aucun organe sensoriel n'est spécialisé dans l'enregistrement de la douleur. Celle-ci "utilise" les récepteurs spécialisés d'autres circuits d'information sensorielle. Une douleur modérée est, par exemple, transmise à partir des récepteurs des excitations tactiles légères et thermiques ; une douleur intense, par des fibres nerveuses libres

de la peau, des muscles, des articulations et des viscères.

Douleur et diagnostic

Le chirurgien René Leriche a combattu la légitimité de la douleur comme fonction de survie du corps humain : « Pour les médecins qui vivent au contact des malades, la douleur n'est qu'un symptôme contingent, ennuyeux, bruyant, pénible, difficile souvent à supprimer, mais qui, le plus habituellement, n'a pas grande valeur ni pour le diagnostic ni pour le pronostic. Le nombre des maladies qu'elle révèle est infime, et souvent quand elle les accompagne, elle ne sert qu'à nous tromper. Par contre, dans quelques états chroniques, elle paraît être toute la maladie qui, sans elle, n'existerait pas » [1]. Il ne s'agit pas de nier que la douleur puisse nous avertir d'un mal. Il est clair que l'insensibilité pathologique à la douleur est une infirmité qui expose l'individu à des risques continuels là où un autre individu vivrait sereinement. Mais il faut prendre acte de l'ambiguïté de la douleur.

La facette subjective de la douleur

La douleur ne se réduit pas à un flux sensoriel. À la douleur physique correspond une souffrance, c'est-à-dire une signification affective qui nous fait glisser de l'aspect strictement physiologique à la manière d'être au monde d'un individu. Toute douleur signifie une atteinte morale, une mise en cause du rapport au monde de l'individu. Pour tenir compte de la double facette de la douleur, les

Anglo-Saxons usent de la distinction entre *sensory pain* (une information douloureuse) et *suffering pain* (une perception personnelle de la douleur). Il y aurait l'aspect objectif de

Toute douleur signifie une mise en cause du rapport au monde de l'individu

la douleur et son aspect subjectif (la souffrance).

Les contemporains ne font là que retrouver ce que les stoïciens, philosophes de l'Antiquité, avaient repéré depuis longtemps en distinguant entre le grec *algos*, douleur simplement rencontrée – celle que même le sage ne peut nier – et *lupè*, douleur à laquelle un assentiment est donné et



© Phanie/Burger

Si la douleur est une expérience physique individuelle, elle s'enracine dans des représentations culturelles qui aident souvent à la prendre en charge.

que le sage peut refuser. En d'autres termes, il faut distinguer les atteintes objectives d'un corps et la manière culturelle, philosophique dont la personne va prendre ces atteintes.

L'être social et culturel définit la douleur

Maurice Halbwachs, sociologue français, montre à quel point un phénomène comme la douleur est essentiellement adossé à des contextes sociaux : « *Ce n'est pas seulement parce qu'on s'en représente distinctement la nature et le mécanisme, les parties et leur rapport, que la douleur perd peu à peu, dans certains cas, son acuité : mais plutôt, en imaginant qu'elle peut être éprouvée et comprise par plusieurs personnes (ce qui ne se pourrait si elle demeurait une impression purement personnelle et dès lors unique), il semble que nous reportions*

une partie de son poids sur les autres, et qu'ils nous aident à la porter [...]. C'est pourquoi nous cherchons instinctivement et nous trouvons une explication de cette souffrance qui soit intelligible, c'est-à-dire sur laquelle les membres d'un groupe puissent s'accorder » [2].

Comprendre

Maurice Halbwachs commence à envisager que la douleur diminue en fonction de sa compréhension : si je comprends ce qui m'arrive (je me représente le mécanisme de la douleur), je souffre moins que si la douleur m'arrive brutalement, sans explication. Mais, très vite, il repère que le moment fondamental de la compréhension de la douleur singulière est un moment de généralisation. Comprendre un mécanisme, c'est se le représenter comme reproductible, se le

représenter comme existant réellement ou potentiellement chez un autre homme que moi. Par l'imagination, je ne suis plus alors isolé dans ma sensation. En faisant entrer ma douleur dans le langage et la pensée – qui sont éminemment ouverture au social – ma douleur devient un phénomène partagé et donc moins effrayant. Voilà pourquoi les autres « *m'aident à la porter* ».

Appréhender la douleur culturellement

La reconnaissance de cette indexation de la douleur, ou du corps en général, au cadre culturel et social est au cœur du travail de David Le Breton, anthropologue et sociologue [3]. Il y a des manières culturelles très variées d'appréhender la douleur, et le seuil de sensibilité à la douleur varie en fonction du sens qu'on lui donne. Il y a également des manières culturelles très variées de produire des douleurs spécifiques. Les douleurs du dos sans cause claire surviennent par exemple plus souvent dans les pays industrialisés que dans les régions en voie de développement.

David Le Breton évoque le cas d'une femme d'origine béninoise qui, à l'étonnement de toute l'équipe médicale, semble souffrir toute la journée, recroquevillée dans son lit après l'accouchement, alors qu'elle a bénéficié d'une péridurale [4]. Dans un cas comme celui-ci, l'infirmière doit pouvoir comprendre que cette femme a besoin de mimer une douleur que son corps ne ressent pas, afin de pouvoir spirituellement se sentir en phase avec l'événement qu'elle vit. Il lui faut souffrir, comme toutes les femmes de son village souffrent, pour elle aussi, pouvoir atteindre le statut de femme.

Un révélateur de l'identité

Culturellement, la douleur joue bien ici un rôle. Or les équipes soignantes modernes peuvent ne pas tenir compte du fait que la douleur puisse donner du sens à la vie de certains. Cela est vrai pour des cultures qui nous semblent éloignées mais cela est vrai aussi pour des personnes que

Notes

- [1] Leriche R. Chirurgie de la douleur. Paris: Masson; 1949. p. 27.
 [2] Halbwachs M. La mémoire collective [1944]. Paris: Albin Michel; 1997. p.154-155.
 [3] Citons, par exemple, Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris: Métailié; 1995.
 [4] *Idem*, p. 168-169.
 [5] Zorn F. Mars. Paris: Gallimard; 1979. p. 34.

nous côtoyons tous les jours. Fritz Zorn dans son autobiographie romancée, *Mars*, peut ainsi dire ainsi après avoir découvert qu'il a un cancer : « depuis que je suis malade, je vais beaucoup mieux qu'autrefois » [5]. Qu'est-ce à dire ? Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, qui a été parfaitement docile à une éducation bourgeoise et sclérosante. Le cancer qui se déclare est vécu comme une sonnette d'alarme qui l'amène à assumer enfin son identité propre face à une famille qui a réduit cette identité à néant. L'infirmière peut donc envisager des situations qui ne cadrent pas avec un schéma strictement logique sur la douleur et ne doit jamais oublier que son patient a une identité singulière et complexe.

Banalisation des antalgiques

Jusqu'au XIX^e siècle la douleur était intégrée à la vie des hommes. On voyait les autres souffrir autour de soi et l'on savait qu'un jour ou l'autre cela pouvait bien nous arriver. Le seuil de tolérance était, dès lors, relativement élevé. La seconde partie du XIX^e siècle, en diffusant l'anesthésie, et la seconde moitié du XX^e siècle, en banalisant les antalgiques dans la vie quotidienne, ont apaisé nombre de souffrances. Les hommes se sont mis à croire que la médecine avait une réponse antalgique à chacun de leurs maux.

Dès lors, le seuil de tolérance à la douleur a décliné et la valeur autrefois associée à la résistance personnelle également. Les médecins ou les journalistes véhiculent sans cesse aujourd'hui l'idée du non-sens de la douleur en prétendant se situer au-delà des cultures et des identités singulières. Tout cela ne tient cependant qu'aussi longtemps que la médecine vole de succès en succès.

Mais que faire de l'échec ?

Lorsque la médecine bute contre un certain nombre de douleurs chroni-

ques et n'arrive pas à les dissoudre comme elle feignait de pouvoir le faire de manière universelle, le patient est soudain parfaitement démuni. Il a en effet jeté par dessus les moulins tout viatique culturel, toute capacité individuelle de résistance pour s'en remettre intégralement à l'optique médicamenteuse.

En gagnant d'un côté en efficacité sur des millions d'hommes, la médecine a fait perdre de l'autre toute faculté d'acceptation de la douleur chez ceux sur qui la médecine n'agit pas.

Les infirmières peuvent alors subir la violence de personnes qui se sentent "flouées". Quels trésors de diplomatie peuvent-elles déployer ? Peut-être faut-il rouvrir son esprit en direction de pratiques anciennes de sagesse qui ne limitaient pas l'horizon de l'individu à l'obsession de ses droits.

Accepter le tragique de l'existence

Le propre de la modernité est malheureusement de croire pouvoir trouver une solution à tout problème et ne plus vouloir accepter le tragique inhérent à l'existence humaine. La douleur représente bien une cruauté que l'homme a souvent toute légitimité à combattre. Mais le fantasme de la suppression définitive de la douleur par la médecine est un leurre.

Une telle production imaginaire peut conduire aussi au deuil du goût de vivre, par abrasion de la sensibilité. Entre deux positions, savoir garder une juste mesure est important : par rapport à la douleur, avant on ne pouvait pas grand-chose ; aujourd'hui et demain, on ne pourra pas tout. Et c'est sans doute tant mieux.



La lombalgie est très répandue dans les pays développés.

© BSIP/B. Boissennet

Conclusion

À partir de Platon, la philosophie a été régulièrement qualifiée de médecine de l'âme par opposition à la médecine du corps. Cette conception dualiste a néanmoins pu avoir des conséquences néfastes.

La philosophie aujourd'hui a peut-être pour tâche de montrer à quel point corps et âme peuvent être unis, à quel point la douleur physique est incluse dans une manière culturelle d'être au monde. L'infirmière doit donc permettre le passage d'une médecine du corps à une médecine qui puisse aussi tenir compte de l'épaisseur identitaire d'un homme et qui n'occulte pas l'importance du lien social dans le ressenti de la douleur. Cette prise en compte se révèle souvent indispensable pour que le patient ressente que l'on a réellement fait attention à lui. •

Bertrand Quentin,

maître de conférences en philosophie, université Paris-Est Marne-la-Vallée, enseignant en master d'éthique médicale et hospitalière
[Bertrand.Quentin@ac-paris.fr]

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

La suppression définitive de la douleur par la médecine est un leurre