

## LA DOULEUR

---

© Virginie ADAM, Psychologue

Comprendre la douleur, pour la vaincre ou la dominer, c'est comprendre l'homme douloureux, qui souffre de façon différente selon son origine, sa culture et sa personnalité. Le langage de la douleur est multiple et doit être entendu car il cherche à traduire ce qui devient un état émotionnel : la souffrance.

Les recherches actuelles permettent de mieux comprendre les deux aspects jusqu'alors apparemment inconciliables du phénomène douloureux : sensation pure, transmise par un système nerveux, et émotion très particulière envahissant la conscience. M. Schwob<sup>1</sup> ajoute " les deux sont en fait indissolublement liés : douleur et émotion, sensation et souffrance, ne sont que les deux faces d'un même Janus : l'homme qui souffre " (1994).

La douleur est un phénomène universellement connu, présent du début de la vie jusqu'à la mort. M - A. Petit<sup>2</sup> (1799) dit que c'est " le premier sentiment qui nous fait apercevoir de la vie, elle se mêle à tous les moments de sa trop courte durée ".

Mais que recouvre ce terme " douleur " ?

Le Petit Robert<sup>3</sup> en donne la définition suivante : " sensation pénible en un point ou dans une région du corps ", puis précise " sentiment ou émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins ", le rapprochant du terme de souffrance.

Le grand dictionnaire de la psychologie<sup>4</sup> quant à lui, la qualifie " d'expérience sensorielle et affective négative provoquant des comportements d'évitement et de suppression des conditions qui lui ont donné naissance ".

Il semble donc en regard de ces deux définitions, que la composante émotionnelle soit toute aussi intrinsèque à la douleur, que ne l'est la composante sensorielle. L'émotion n'est plus une simple conséquence de la sensation douloureuse, mais plutôt un élément fondamental de l'expérience douloureuse.

La définition de la douleur désormais consensuelle, est celle donnée par l'IASP (International Association for the Study of Pain), à savoir que " c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion " (Merskey<sup>5</sup>, 1986). L'intérêt de cette définition est de ne pas réduire la notion de douleur aux seules causes lésionnelles, ce qui a d'importantes conséquences cliniques, notamment quant à la prise en charge des douleurs jadis nommées imaginaires, inauthentiques, simulées...et donc une meilleure reconnaissance du patient douloureux. Tout malade qui dit avoir mal, souffre. Et on ne doit pas nier cette souffrance.

Force est donc de constater que l'on ne peut séparer l'aspect sensation - douleur pure - de l'aspect émotion - souffrance. L'une est inséparable de l'autre et varie selon chaque individu, ce qui lui donne son caractère unique, strictement personnel et intraduisible.

La frontière entre la douleur et la souffrance, entre la sensation et l'émotion, est difficile à définir ; elle est toujours ressentie comme une réalité, fluctuante mais incontestable, tant par ceux qui souffrent que par ceux qui s'efforcent de soulager les souffrances des autres.

---

<sup>1</sup> M. Schwob, *Douleur*, Paris, coll. Dominos, Flammarion, 1994, p. 14.

<sup>2</sup> Marc-Antoine Petit, *Discours sur la douleur*, 1799, cité par P. Brenot, *op. cit.*

<sup>3</sup> P. Robert, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, nouvelle édition 1993.

<sup>4</sup> *Le grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse Bordas, Paris, nouvelle édition 1996.

<sup>5</sup> H. Merskey, " Classification of chronic pain : Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the IASP, Subcommittee on Taxonomy ", *Pain Suppl.* 1986, 3, S 1-226.

La mise en place de consultations pluridisciplinaires dans les unités de traitement de la douleur permet d'appréhender la personne douloureuse dans son unité psyché-soma. Cette combinaison de compétences – médecin, psychologue... – permet une approche autour du patient, une médecine centrée sur le patient. Ici, le patient se trouve au centre d'un réseau de communication où les acteurs sont en interactivité.

Il est nécessaire d'évaluer la douleur tant sur le plan physique que sur le plan psychologique, notamment en tentant d'évaluer quel ressenti a cette douleur sur l'état psychologique du patient et/ou quelle détermination psychique peut donner naissance à une telle plainte somatique ?

Le mode de fonctionnement de ces consultations pluridisciplinaires permet d'entendre la même parole, la même plainte au même moment. L'écoute de chaque intervenant est spécifique. Ceci permet un certain contenant de la parole : l'équipe matérialise l'intégrité humaine : la psyché alliée au soma.

La prise en charge globale du patient est de fait favorisée, aucune facette n'est occultée, chacun étant complémentaire de l'autre.

Si la douleur occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est du fait de sa composante affective particulière, qui fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, pénible, agressive, difficilement supportable. Si la douleur intense impose un traitement symptomatique, c'est à cause de cet impact affectif négatif sur l'individu. Émousser la tonalité affective d'une douleur représente déjà une forme de succès d'un traitement.

Outre par la cause de la douleur elle-même, cette tonalité est également déterminée par son contexte : la signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler le vécu douloureux.

Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels voisins, comme l'anxiété ou la dépression. Cette proximité explique une règle d'approche de tout malade douloureux qui est d'évaluer systématiquement les niveaux d'anxiété et de dépression, ainsi que les facteurs en cause.

La composante cognitive recouvre l'ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer une perception (ici la douleur) et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de diversion de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter.

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures analgésiques, etc.) lesquelles peuvent avoir diverses interprétations : manifestations réactionnelles à la douleur, tentatives pour la soulager, disparition des comportements habituels bien portant.

Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue. Elles constituent ainsi des indices traduisant l'importance du problème de douleur.

Ils assurent aussi une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu. Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux, contribuer à son entretien.

Les manifestations de la douleur sont une diminution de la tolérance à la douleur ; une tendance à affecter une coloration douloureuse à tout autre stress physique, mental ou moral ; un ralentissement des idées et du raisonnement ; un comportement anormal vis-à-vis de la maladie ; et enfin, un rétrécissement du champ global de la conscience du malade à son seul problème douloureux auquel il ramène toutes ses autres préoccupations.

Le facteur temps joue un rôle important dans le phénomène douloureux. Les facteurs responsables de l'évolution d'une douleur vers la chronicité sont multiples et imparfaitement éclaircis. Les hypothèses disponibles concernent les niveaux neurophysiologique et psychologique. Il est généralement admis que la persistance contribue par elle-même à transformer les mécanismes initiaux de la douleur. Une douleur

due à une cause physique initiale peut être perpétuée par des facteurs secondaires : troubles du sommeil, dépression... On retrouve ici la classique théorie des cercles vicieux :

La douleur aiguë est souvent définie comme un “ signal d’alarme ”, aussi bien par le patient que le médecin. Cette idée de douleur comme avertisseur biologique des dangers menaçant l’intégrité de l’organisme perdure. Toutefois, elle s’avère également utile en tant qu’aide au diagnostic.

La douleur aiguë n’est donc pas univoque. Elle n’est pas non plus anodine, ni sans conséquences ultérieures car elle laisse des traces incontestables sur le psychisme, sur la mémoire et sur le comportement. Ces traces seront d’autant plus profondes que la durée et l’intensité de la douleur auront été grandes, et que la souffrance du patient aura été négligée, méconnue ou mise en doute.

Signal d’alarme pour l’organisme et symptôme d’appel au diagnostic sont les deux particularités indéniables de la douleur aiguë lorsqu’elle est de courte durée. Il ne faut pas oublier son caractère dominant pour le malade qui souffre comme pour le médecin : celui d’être une demande pressante de soulagement et de traitement.

Sternbach<sup>6</sup> a ainsi défini la différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique : “ Si, dans la douleur aiguë, la douleur est un symptôme de la maladie, dans la douleur chronique, la douleur est en elle-même la maladie ”.

Cela revient à dire que la douleur chronique est différenciable cliniquement de la douleur aiguë, mais qu’elle se comporte également comme une entité pathologique autonome, distincte de sa cause initiale, et entraîne des conséquences physiques, psychologiques et sociales nuisibles qui lui sont propres.

L’humeur du douloureux chronique est globalement dépressive, alors que l’anxiété prédomine dans la douleur aiguë. L’anxiété, dans le cas de la douleur chronique, ne subsiste plus que par des résurgences périodiques rattachées à la recherche sans fin d’une éventuelle cause “ curable ”.

A cette humeur dépressive, se rattache des troubles du sommeil ( insomnies d’endormissement et du matin, réveils nocturnes...), une irritabilité marquée tant vis-à-vis d’eux-mêmes et de leur impotence, que vis-à-vis de leur entourage (personnel soignant compris). Enfin, l’abaissement de la libido et les troubles sexuels complètent ce tableau fort différent de celui de la douleur aiguë.

Marc Schwob<sup>7</sup> ajoute “ La douleur chronique ne prend sens qu’en fonction de chaque sujet, de ses expériences antérieures qu’il faut retrouver, de ses objectifs et bénéfices secondaires qu’il faut découvrir, enfin de sa structure psychologique qu’il faut analyser ”.

Nous pouvons ainsi citer P. Brenot<sup>8</sup> (1992), en guise de conclusion, pour qui “ la douleur aiguë est utile dans la mise en alerte des systèmes de défense (...).Mais la douleur chronique, lancinante, celle de tous les jours qui martèle la conscience pour dire sa présence, la douleur ‘preuve de maladie’, la douleur au long cours, n’a plus aucune raison d’être. Aucune légitime raison ne peut la justifier. ”.

Puis de rajouter quelques pages plus loin : “ Au terme de ce parcours jalonné de souffrance, la douleur prend deux visages : celui de la plainte aiguë, vivace, toujours en éveil, tel un enfant éternellement jeune, qui montre comme une preuve son énergie de vivre ; la douleur chronique est un vieillard ralenti amoindri, courbatu, qui se bat à armes inégales contre une aberration de la nature, une fonction inadaptée. La douleur chronique n’a plus de raison d’être. La douleur est la vie non la mort, à tel point qu’elle en est le symbole ”.

---

<sup>6</sup> Sternbach, cité par M. Schwob, *op. cit.*, p.75.

<sup>7</sup> M. Schwob, *op. cit.*, p. 78.

<sup>8</sup> P. Brenot, *Les mots de la douleur*, Paris, L’esprit du temps, 1992., p. 90-91.