



Une psychologie de la douleur

« La peau humaine sépare le monde en deux espaces :
côté couleurs, côté douleurs » Paul Valéry



Pr Gérard Ostermann

Professeur de thérapeutique, médecin interniste, psychothérapeute, chargé de cours au DU de la douleur à Bordeaux

Résumé

La douleur c'est à la fois : l'expérience qu'en fait le malade, l'idée que s'en fait le "professionnel de santé", la représentation (anthropologie, histoire, psychologie), la notion scientifique (neurosciences), le concept (épistémologie, philosophie cognitive, philosophie morale).

Mots-clés :

Douleur, Souffrance, Nociception, Douleur neuropathique, Douleur nociplastique

Abstract

A psychology of pain

Pain is at the same time: the patient's experience, the idea that the «health professional» has of it, the representation (anthropology, history, psychology), the scientific notion (neurosciences), the concept (epistemology, cognitive philosophy, moral philosophy).

Keywords: Pain, Suffering, Nociception, Neuropathic pain, Nociplastic pain

Qu'est-ce que la douleur ? De quoi la douleur est-elle le nom ?

« La plus atroce offense que l'on puisse faire à un homme, c'est de nier qu'il souffre. »

Cesare Pavese, Le Métier de vivre

La douleur fait partie intégrante de la condition humaine au même titre que le plaisir.

Définition

Définir la douleur dépend bien sûr du point de vue de celui qui énonce la définition.

Pour l'IASP (*International association for the study of pain*) (1979), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, due à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

telle lésion ». La nouvelle définition proposée et validée par le Conseil de l'IASP est la suivante : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ».

L'expérience

Le premier élément à retenir de cette définition est l'utilisation du terme expérience. L'expérience humaine, c'est-à-dire ce qu'une personne vit, traverse, éprouve, est toujours singulière ; c'est-à-dire

unique, liée aux enjeux et aux circonstances, mais aussi à son histoire et à sa culture.

La perception du patient

Cette définition met aussi l'accent sur ce que sent, ressent le patient. Elle renvoie à la perception du patient : « Est douleur ce que le patient dit être une douleur ». En décrivant la douleur comme une expérience « sensorielle et émotionnelle désagréable », l'IASP propose une définition de la douleur qui reste dualiste ; sensorielle d'un

côté, émotionnelle d'un autre côté. Évitions de rester camper sur une vision simpliste divisant l'homme en deux : la douleur physique d'un côté, la souffrance morale de l'autre. Pourrions-nous dire que cette vision, en plus d'être simpliste, est fautive ? « **En divisant l'homme en deux sections, âme et corps, le dualisme [le] prive [l'homme] de sa dimension symbolique et il en fait un corps sans homme, sans intériorité, sans histoire, sans inconscient, sans désir, sans émotion** » (1). David le Breton tient des propos sévères à l'encontre des professionnels qui « *divisent* » en deux les personnes douloureuses, soignant alors un « *corps sans homme* » (2). Nous devons rejeter ce dualisme réducteur car nous savons tous qu'un être humain est une personne, c'est-à-dire un être vivant complexe qui possède une histoire et une culture singulières, un langage essentiel lui permettant de vivre en société, de et par ses relations réciproques et mutuelles avec les autres personnes.

« Y a-t-il une séparation entre le corps et l'esprit et si oui lequel est-il préférable d'avoir ? »

Woody Allen

La détérioration de la qualité de vie

Un addendum dit que : « *Une douleur chronique est une douleur qui dure depuis plus de 6 mois et qui altère la personnalité du patient et ses possibilités à jouir de la vie* ». C'est le retentissement de la douleur sur la vie du patient et la détérioration de la qualité de vie qui sont ici pointés.

La subjectivité

L'incapacité de communiquer verbalement n'annule pas la possibilité

La douleur, tout comme la mémoire, est nécessaire à la survie d'une espèce ou d'un individu.

qu'une personne éprouve de la douleur et ait besoin d'un traitement antalgique approprié. **La douleur est toujours subjective.** Chaque personne apprend l'application du mot à travers des expériences liées à une blessure au début de sa vie. Les biologistes reconnaissent que les stimuli douloureux risquent d'endommager les tissus. En conséquence, la douleur est cette expérience que nous associons à des lésions tissulaires réelles ou potentielles. C'est indéniablement une sensation dans une partie ou des parties du corps, mais c'est aussi toujours désagréable et donc aussi une expérience émotionnelle. Les expériences qui ressemblent à la douleur mais ne sont pas désagréables, par exemple, piquer, ne devraient pas être appelées douleur. Les expériences anormales désagréables (dysesthésies) peuvent également être douloureuses, mais ne le sont pas nécessairement car subjectivement, elles peuvent ne pas avoir les qualités sensorielles habituelles de la douleur. De nombreuses personnes signalent une douleur en l'absence de lésion tissulaire ou de toute cause physiopathologique probable ; cela se produit généralement pour des raisons psychologiques. **Le rapport subjectif ne permet généralement pas de distinguer l'expérience personnelle de celle due à une lésion tissulaire.**

Le fait physiologique

« *La douleur aiguë alarme. La douleur chronique désarme !* »

La douleur ce n'est pas seulement un fait physiologique, c'est avant tout un fait d'existence et **ce n'est pas le corps qui souffre, c'est l'individu dans son entier.** La douleur, tout comme la mémoire, est nécessaire à la survie d'une espèce ou d'un individu, comme en atteste *a contrario* la morbidité qui affecte les sujets atteints d'insensibilité congénitale à la douleur. La douleur, au sens où tout un chacun a pu l'éprouver, c'est-à-dire conséquence d'un dégât tissulaire, a une finalité biologique de préservation de l'intégrité de l'organisme. Ceci tient au fait qu'il existe des voies nociceptives, ensemble d'éléments du système nerveux qui a pour fonctions de détecter, transmettre, analyser, contrôler et intégrer les messages générés au sein d'un dégât tissulaire et d'en faire ou non une douleur pour y apporter si nécessaire une réponse adaptée. **Il s'agit donc d'un signal d'alarme, plus complexe qu'un simple câblage électrique,** puisque susceptible de s'adapter (« *plasticité* ») à toute sollicitation ou lésion. En fonction de quoi, on distingue schématiquement trois mécanismes générateurs.

La douleur par stimulation nociceptive

La douleur par stimulation nociceptive, aiguë ou chronique, **liée à un dégât tissulaire plus ou moins persistant.** La douleur est un système utile qui nous permet de savoir que dans notre environnement il y a des dangers (si on s'approche d'un couteau, d'une plaque chauffante).

C'est ce système neurophysiologique qui nous permet de savoir que notre environnement peut être un danger pour nous et qui nous permet de nous éloigner par ce signal d'alarme.

La nociception c'est quand **ÇA FAIT MAL !** La douleur, c'est un cran de plus, ce n'est pas ça fait mal, mais **J'AI MAL !**

On voit qu'intervient le sujet, dans différentes dimensions. Cette douleur, symptôme de quelque chose « *qui va mal* » dans le corps, est **sensible à l'action des antalgiques et/ou des blocs anesthésiques.**

La douleur neuropathique

La douleur neuropathique, **conséquence d'une lésion et/ou d'une irritation de l'un des constituants des voies nociceptives.** C'est le signal d'alarme qui est défaillant et qui génère des sensations anormales perçues comme douloureuses. Les douleurs neuropathiques sont liées à des lésions de fibres neurologiques : compression, blessure ou rupture de la continuité du nerf. Ces lésions entraînent, sur le territoire concerné par le nerf, des sensations très variables telles que brûlures, décharges électriques, fourmillements, mais aussi excès ou diminution de la sensibilité. Parce que nous sommes tous différents les uns des autres, chacun décrira ses sensations douloureuses de façon personnelle en fonction de son histoire, de sa culture et de son éducation. Comme le système nerveux est atteint, le circuit de la douleur est modifié et donc, il y a une perturbation de la sensation douloureuse ; c'est la douleur de la neuropathie du diabète, du zona ou au niveau central de la sclérose en plaque ou après un accident vasculaire. Il s'agit le plus souvent d'une douleur chronique, **sensible**

à l'action des psychotropes et des techniques de stimulation électrique des nerfs.

Les douleurs psychogènes

Ici le pluriel est de rigueur. Il existe des douleurs authentiquement psychogènes (névroses, somatisations) où la douleur, tout aussi vivace et réelle pour le patient que s'il y avait une lésion tissulaire, n'est que **l'expression d'un conflit intrapsychique** et le témoin d'une souffrance autrement indicible. C'est **JE SUIS MAL !**

Plus souvent, il y a une « *épine irritative* » organique, point de cristallisation d'une psychopathologie jusqu'alors compensée : **interroger les circonstances individuelles qui ont accompagné l'événement initiateur permet parfois de dégager une piste de travail.**

Les douleurs nociplastiques

« *La douleur c'est dans la tête mais pas forcément psychologique !* »

Serge Perrot

Plus récemment, on a décrit les douleurs nociplastiques : **ce sont de douleurs où il n'y a pas d'inflammation en périphérie, il n'y a pas de nociception, il n'y a pas de lésion du système nerveux,** mais pour autant les gens ont mal et comme on n'a rien trouvé et on va leur dire c'est psychologique ! Bien sûr, c'est associé à de la détresse psychologique, mais les mécanismes de la douleur ici sont plutôt des pertes de modulation de la douleur. La douleur nociplastique, c'est le cerveau qui fonctionne de façon hyper-sensibilisée à toute stimulation et qui ne bloque plus les messages qui viennent de la périphérie, donc il s'agit vraiment d'une perte de la modulation de la douleur, c'est comme si « *le thermostat* » de la

douleur était bloqué et que du coup on ressentait beaucoup plus cette douleur à cause de cette modification de la modulation. La notion de nociplastique apporte toutefois une confusion sauf à considérer que toutes les formes physiopathologiques des douleurs soient nociplastiques et en particulier les douleurs neuropathiques puisqu'il existe une « *plasticité neuronale* » dans le ressenti, la plainte, les caractéristiques de toute douleur... plasticité dans le sens d'adaptabilité, de malléabilité...

Les sens de la douleur

« *La douleur ce n'est pas ce que l'on sent, c'est ce que l'on fait de ce que l'on sent.* »

Selon son appartenance philosophique ou religieuse

La question de la douleur et de la souffrance reste, comme l'écrivait Raymond Queneau, la pierre d'achoppement de toutes les philosophies et des religions.

Les penseurs de toutes les époques ont, chacun selon son appartenance philosophique, religieuse..., voulu trouver, au-delà du fait physiologique, un sens à la douleur.

- **Les épicuriens**, comptables des bons et des mauvais côtés de la vie, prônaient de privilégier les plaisirs.
- **Les stoïciens** acceptaient et enduraient la douleur.
- **Pour l'hindouisme et pour le bouddhisme**, la douleur n'a pas de sens particulier, car l'existence est le lieu même de la souffrance.
- Au dolorisme **catholique** (supporter sa part du péché originel et participer aux souffrances du Christ pour un Au-delà meilleur) s'opposent la révolte possible du **judaïsme**, l'absence de vertu de la douleur dans le **protestantisme**, et la nécessité de

lutter contre la douleur écrite dans la destinée dans l'islam.

• Pour les analystes, toute douleur est manifestation de pulsions et renvoie à une douleur antérieure d'Objet perdu.

• Le courant actuel manifeste dans tous les discours sur la douleur, prône, à peu de choses près, une irréaliste « option zéro douleur ».

La douleur dérange

La santé, indissociable de l'autonomie et de l'individualisme, élevés au rang de valeurs par la société libérale et consumériste, est un des déterminants du bien-être d'un individu, riche de tous les possibles. En ce sens, la douleur dérange : elle est violence et exclusion du monde des bien-portants pour celui qui en souffre. Et la société porte à la fois un regard compassionnel et normatif sur celui qui se plaint de douleurs. Compassionnel, car si l'on peut comprendre une douleur due à une fracture ou à un cancer - ce sont bien des cas où il est « normal d'avoir mal » - on se doit de la calmer puisqu'on a les moyens de cet objectif : « Avoir mal, ce n'est pas normal », « La douleur n'est pas une fatalité, refusons-la ». Normatif, car quiconque se plaint trop ou trop peu au regard de ce qui est censé motiver la plainte est jugé comme stoïque ou douillet. Même s'il est aujourd'hui admis que la plainte douloureuse est dépendante de facteurs personnels (histoire de vie, culture, éducation) et socio-économiques au moins

La société porte à la fois un regard compassionnel et normatif sur celui qui se plaint de douleurs.

autant, si ce n'est plus dans la douleur chronique, que de facteurs physiologiques, cette plainte insistante qu'aucun antalgique ne fait taire, même pas les morphiniques les plus puissants, est priée d'aller s'exhaler dans des structures spécialisées, à savoir les centres d'évaluation et de traitement de la douleur.

La douleur sous-estimée, sous-diagnostiquée et sous-traitée

La douleur, c'est finalement le symptôme le plus fréquent en médecine, en consultation de médecine générale, mais aussi dans des spécialités comme la rhumatologie.

Une sous-évaluation

Le problème c'est que depuis très longtemps, la douleur a été sous-estimée et sous-diagnostiquée : souvent le médecin va vouloir chercher et se focaliser sur la cause ; traiter la cause, mais pas forcément la plainte et le symptôme. Cette sous-évaluation de la douleur est liée à une vision anatomo-physiologique de l'individu et au long refus de la médecine de prendre en compte la personne dans sa globalité. L'idéologie scientifique et la théorie ont longtemps fait écran à la personne. Des milliers d'enfants ont ainsi été torturés pour

« leur bien ». La médecine n'est pas une science exacte, elle est un art, un formidable pari sur l'homme et sa relation au soignant. Les secteurs dans lesquels les choses évoluent le plus lentement sont ceux des enfants et des personnes âgées. Les uns et les autres sont privés de parole, à la différence des patients adultes, en position de rappeler les médecins à leur devoir.

Une insuffisance de traitement

Sous-traitée, et la plupart des études le confirment, d'autant plus qu'on est une femme, un sujet âgé ; ce sont des éléments qui favorisent l'insuffisance de traitement car la douleur c'est toujours « l'ombre du doute » comme le souligne Serge Perrot (3). Et ce doute, il faudrait le chasser de notre esprit quand on soigne un patient douloureux. **Le patient exprime une douleur, il a mal, il n'y a pas de doute, mais pour nous il y a toujours le doute de base :**

- « Est-ce qu'il (elle) a vraiment mal ? »
- « Est-ce qu'il (elle) a mal autant qu'il (elle) le dit ? »
- « Est-ce que derrière ce n'est pas purement psychologique ? »

Phénoménologie du sentir douloureux

Je vais m'autoriser quelques réflexions préliminaires autour d'une phénoménologie du sentir douloureux.

> L'absence de mesure

Tout d'abord, la seule mesure de la douleur, c'est l'absence de mesure,

La douleur, c'est finalement le symptôme le plus fréquent en médecine, en consultation de médecine générale, mais aussi dans des spécialités comme la rhumatologie.

autrement dit l'absence de pouvoir qu'elle nous laisserait d'en prendre la mesure.

> **La disproportion**

La disproportion est le deuxième trait constitutif, je dirais, du sentir douloureux. **La douleur est plus, on le sait, un comportement qu'une sensation**, et les deux niveaux de douleur et de souffrance sont très difficilement distincts, même si elles ont un statut différent. La douleur est un mystère tourmentant qui brise le corps, qui bouscule les références identitaires et affectives. Le corps, qui est notre unité de référence et d'existence au monde, possède une profonde valeur métaphorique qui dépasse, et de loin, le seul schéma corporel. Notre corps est aussi fait du toucher de la mère, des câlins de l'enfance, des soins apportés chaque jour par soi et par les autres, et pour le corps du malade, des touchers rassurants du médecin et du soignant qui chargent la zone douloureuse d'un mélange subtil de crainte et de reconnaissance. L'homme ou la femme qui souffre a un autre corps, il est un autre homme, elle est une autre femme. **Ils souffrent à travers le corps, les blessures que secrète leur âme.** Pour reprendre le mot d'Ivan Illich, je pourrais dire que toute douleur peut être rendue indolore, mais qu'il n'y a pas d'antalgique pour la douleur.

> **Le temps de souffrir**

Le troisième trait, c'est que dans la douleur comme dans le malheur, les minutes sont comme des heures et les jours comme des années. Et il faut parler sans doute du temps de souffrir, mais ce temps est **un temps sans échéance**, le présent de la douleur n'est pas une partie du temps, il contient, d'une certaine manière, le

Si la souffrance n'est pas la douleur, en revanche la douleur est toujours souffrance.

temps tout entier. Ce n'est pas assez dire que la douleur se nourrit d'elle-même, comme une onde de choc sans cesse multipliée, elle est immédiatement et indéfiniment réfléchie comme telle. Mais cette réflexion n'a pas la forme d'une adhésion, mais au contraire, d'une répulsion, répulsion qui détermine l'incompatibilité de la douleur avec elle-même. Une telle répulsion n'est nullement le produit d'une décision arbitraire. Si comme nous l'avons dit, la douleur ne se prouve pas, c'est d'un même mouvement qu'elle s'éprouve et se réprouve comme le dit Jérôme Porée (4). C'est la douleur elle-même qui nous interdit de nous abandonner à la douleur. C'est la douleur elle-même qui suscite contre soi l'effort d'une volonté alors qu'en même temps elle réduit à l'impuissance. Répulsion à l'égard de soi, donc, la douleur est comme telle, pulsion vers l'autre. On dit parfois d'une lettre qui n'a pas atteint son destinataire qu'elle est restée « *en souffrance* » ; il est essentiel à la souffrance d'être en souffrance d'un Autre. Dès que la qualité d'écoute diminue, la lettre se vide et devient comme un squelette sans vie.

La souffrance et la douleur

Vouloir différencier la souffrance de la douleur, et réciproquement la douleur de la souffrance, nous conduit à nouveau vers **une conception dualiste et réductrice de l'Homme**. Même si habituellement la souffrance est surtout attribuée à l'épreuve vécue et la douleur au symptôme lui-même, le langage courant confond facilement douleur et souffrance. Certes,

ces deux notions sont plus complexes qu'elles n'apparaissent. Mais, disons que, si la souffrance n'est pas la douleur, en revanche la douleur est toujours souffrance. Nous l'affirmons, car toute personne douloureuse sera entravée dans son existence, dans ses activités, pour agir, pour décrire et raconter ce qu'elle éprouve, dans son estime de soi et dans ses relations avec les autres. **La douleur extrême peut même aller jusqu'à nous obliger à arrêter toute activité et à ne plus pouvoir parler sinon par un soupir, un cri ou un gémissement.** La douleur est bien toujours souffrance. La souffrance pourrait être une modalité vécue de l'existence où coexistent : un sentiment de menace à l'intérieur du soi (physique et psychosocial), un sentiment d'impuissance et de privation, un caractère affectif négatif. La douleur pourrait être la face repérable de la souffrance par la science biomédicale. La souffrance peut être définie comme le « *fruit* » d'une situation individuelle ou sociale qui opprime l'homme dans son corps, dans son cœur ou dans sa dignité, et qui est ressentie, à un premier niveau d'analyse comme extérieure à sa volonté (5).

La demande

« *La douleur est toujours moins forte que la plainte.* »

Jean de Lafontaine

Les grandes problématiques de la demande

Éliane Ferragut (6) décrit schématiquement deux grandes problématiques de la demande.

> Les douleurs centrifuges

Les douleurs « centrifuges » sont un moyen d'expression destiné à autrui. **La vie relationnelle s'organise autour de la plainte.** On observe une interaction entre le patient plaintif et l'entourage familial, médical, ou socio-professionnel. La plainte autorise des gratifications affectives impossibles à formuler en dehors d'une souffrance corporelle. Ou encore, la plainte permet une manipulation de l'autre afin d'obtenir ce que l'on veut (cf. le douloureux tyran domestique), un évitement de situations non assumables, une excuse à des manques considérés comme inacceptables par le sujet. Aussi plainte comme permission de lâcher prise face aux autres, possibilité d'aménager un espace vital hors de l'invasion d'autrui, monnaie d'échange pour dédommager les autres du mal qu'on leur fait, etc.

> Les douleurs centripètes

Les douleurs « centripètes » ne sont plus vraiment un moyen d'expression destiné à autrui. Omniprésentes, elles constituent une façon d'être au monde. **La dynamique est essentiellement de repli narcissique.** La douleur a plus une fonction d'étayage, atténuant la souffrance indicible d'un manque à être. Elle aide à survivre. Les patients qui ne demandent rien, souvent ne savent pas demander, n'imaginent pas qu'ils puissent demander. Ils ont fréquemment vécu des carences affectives précoces, n'ont jamais reçu d'aide. Plus ils sont démunis, moins ils attendent de l'autre, et donc ne demandent rien. La douleur aurait un rôle d'anti-souffrance par rapport à un effondrement narcissique.

La parole

De cette brève esquisse préliminaire, on peut déjà tirer une conséquence

qui, sans être bien sûr directement thérapeutique, n'en concerne pas moins l'attitude ainsi que l'une des réponses appropriées à la question que nous pose la douleur. Cette réponse, c'est la parole. **Ce dont on ne peut parler, il faut le dire !** La douleur d'ailleurs n'est pas toujours muette. La douleur parle. Expression élémentaire de la douleur qui est aussi la forme élémentaire de la parole, voici la plainte. Et en tant qu'elle parle donc, la douleur appelle la parole. Elle ne tolère le silence que comme le fil qui court le long des mots eux-mêmes ou comme la loi d'alternance qui veut que, lorsque l'un parle, l'autre écoute.

L'écoute

Et si quelqu'un se risque à parler de l'écoute, ce que je fais aujourd'hui devant vous, il ne possède pas sa propre vérité, ou encore, la vérité de ce qui lui échappe. Car **cette vérité ne tient que par la double écoute**, la sienne propre, tournée vers l'immaitrisable, et celle de ceux qu'il espère entendre et qui, seuls, peuvent connaître ce qu'il en est.

Le discours référé à l'écoute est dans l'entre-deux. On peut penser alors que c'est toujours manqué. C'est déjà ce que Freud disait de toute éducation. Elle est réussie, pourvu que les parents et les enfants puissent accepter qu'elle ne le soit pas. Ici, je crois de même. Ce que l'on dit de l'écoute n'est jamais réussi et ne tourne jamais en ce qui permettrait de savoir ce que c'est vraiment, que d'écouter.

Construire avec le patient et nommer le problème

Il convient de dépasser les conflits d'attribution et de construire avec le patient des explications plausibles et non stigmatisantes des troubles. Il faut nommer le problème avec des

mots et pas seulement avec un terme diagnostique qui puisse rendre compte de l'expérience vécue par le patient et qui font sens à la fois pour le médecin et pour le patient. « Vous avez une fibromyalgie », « vous êtes fibromyalgique », ce n'est pas pareil que de dire « vous souffrez d'une fibromyalgie ». On va plus normaliser que le psychiatriser et rendre compte de la complexité et en particulier en distinguant les facteurs prédisposant, précipitants et d'entretien des symptômes.

Place des évaluations psychologiques...

Une compréhension globale du patient

Pour aider le médecin et le soignant qui prennent en soin des patients souffrant de douleur chronique, il semble utile de mettre à leur disposition des techniques d'évaluation psychologique qui peuvent contribuer à la compréhension globale du patient et guider plus efficacement le traitement. **Une meilleure capacité à évaluer et à comprendre la vie émotionnelle du patient souffrant de douleur chronique permet d'intervenir et de traiter avec plus de succès.**

Comorbidités et stratégies d'adaptation

Il existe un large éventail de techniques d'évaluation, dont certaines nécessitent une formation en psychologie et d'autres non, qui peuvent identifier les différences psychologiques chez les patients souffrant de douleur chronique et servir à guider les stratégies d'intervention.

La douleur chronique est souvent associée à des comorbidités et s'invitent volontiers la dépression,

l'anxiété, la catastrophisation et diverses stratégies d'adaptation inefficaces. Certains patients, cependant, ont démontré des stratégies plus adaptatives et efficaces pour faire face à la douleur sur le plan cognitif et comportemental et normaliser leur vie.

Individualiser le traitement

Une évaluation appropriée permet d'individualiser le traitement **afin de surmonter et/ou de développer l'état d'esprit psychologique de chaque patient pour optimiser son potentiel de fonctionnement efficace**. L'utilisation de techniques d'évaluation psychologique standardisées, validées et documentées peut conduire à une meilleure compréhension des patients souffrant de douleurs chroniques et contribuer à améliorer la réponse au traitement médical et la qualité de vie. Ces outils psychologiques complètent avec pertinence l'évaluation médicale des patients souffrant de douleurs chroniques. Une évaluation de base peut inclure un court entretien clinique fondé sur la psychologie ainsi que de mesures de la dépression, de l'anxiété et des stratégies d'adaptation.

En guise de non conclusion

Mise à l'épreuve du processus d'humanisation

La douleur met à l'épreuve le processus d'humanisation. En effet, les relations interhumaines d'une

Il semble utile de mettre à disposition des soignants des techniques d'évaluation psychologique qui peuvent contribuer à la compréhension globale du patient et guider plus efficacement le traitement.

personne altérée, notamment parce que douloureuse, sont également altérées d'où la déshumanisation. Cette personne douloureuse, altérée, a besoin d'une autre personne, notamment d'un professionnel de santé, pour s'apaiser et ainsi améliorer ses relations interhumaines d'où la nécessaire ré-humanisation. Bien que présents et vaguement « *perceptibles* » de façon fugace, ces éléments d'humanisation échappent à toute maîtrise en raison de leur subjectivité radicale. Nous sommes au cœur de l'humanité, de l'humanisation de l'homme par l'homme alors que la douleur change et dégrade l'homme. La douleur physique n'est pas un simple fait d'influx nerveux courant d'une allure déterminée dans un nerf. Elle est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu entier.

La douleur implique la souffrance

Il n'y a pas de peine physique qui n'entraîne un retentissement dans la relation de l'homme au monde. La douleur n'est pas du corps, mais du sujet, de même, le mal de dents n'est pas dans la dent. La douleur pèse toujours sur le jeu du désir, comme sur le lien social, la douleur dépersonnalise et isole. Elle est un arrêt de vie actuel.

Nous devons tout faire pour soulager la douleur par les soins et la technique, mais sans pour autant occulter la question qui ne saurait manquer d'émerger : plus l'homme combat la douleur, plus il ne peut que se laisser interroger par la question qu'elle pose, celle de l'homme vivant et mortel. Ne voir en effet dans la souffrance qu'un symptôme à réduire sans davantage prêter l'oreille à ce qui se cherche à s'y dire avec tant d'insistance, revient à se comporter en apprenti sorcier ou en grand prêtre d'une société qui nie la mort autant que le désir de l'homme. ■

✘ *L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.*



Bibliographie

1. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris : Métailié, 1995.
2. Le Breton D. Expériences de la douleur. Paris : Métailié, 2010.
3. Perrot S. La douleur, je m'en sors. Paris : In Press, 2017.
4. Porée J. Le Mal, Homme coupable, Homme souffrant. Malakoff : Armand Colin, 2000.
5. Labarrière P.J. Dieu aujourd'hui. Paris : Desclée, 1977.
6. Ferragut E. Psychopathologie de la douleur. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2001.
7. Jousselein C. Se plaindre de douleur. Saint-Denis : Connaissances et savoirs, 2016.