

Douleur et psychologie

par **Thierry Binoche**

Responsable du Centre de traitement des douleurs, hôpital Bichat, Paris

Conférence présentée au Comité national d'hygiène et de santé bucco-dentaires (section odontologie de l'AFAS) lors d'une séance consacrée à «La douleur, perception et réponses», le 28 novembre 2003 au Palais de la découverte

La douleur n'est pas un ennemi, c'est une fonction physiologique qui, comme les autres, a ses rôles à jouer et ses dérèglements, et la gestion optimale de ces derniers nécessite de connaître le rôle éducatif aussi bien que les effets inhibiteurs des douleurs aiguës, les conséquences positives des douleurs chroniques aussi bien que leurs aspects psychologiquement négatifs, les rapports très ambivalents entre douleur chronique et dépression...

Les douleurs constituent donc un monde complexe, dont la description nécessite un minimum de systématique. Il est habituel de séparer les douleurs en aiguës et chroniques. Une meilleure approche de la réalité nous paraît justifier la distinction de trois types de douleur :

- la *douleur aiguë*, contemporaine d'un événement causal, dont le type est la douleur traumatique ;
- la *douleur subaiguë*, accompagnant un état pathologique dans sa durée, telle que la céphalée de la méningite ;
- la *douleur chronique*, définie par sa durée (plus de 6 mois chez l'adulte) ; il s'agit en général d'une douleur qui survit à sa cause, ou dont la cause est inconnue ou incurable au moins à moyen terme : douleur post-zostérienne, fibromyalgie, neuropathie diabétique...

Ces trois types de douleurs ont des fonctions, des inconvénients et des traitements très différents. Les limites de leur prise en charge ne sont pas du tout les mêmes et doivent être envisagées séparément.

La douleur aiguë

C'est une évidence que l'utilité de la douleur aiguë est d'alerter très rapidement lorsque des conditions locales ou générales mettent en péril l'intégrité de l'organisme. Il s'agit là d'une fonction capitale ; les rares individus génétiquement privés de nociception sont de grands infirmes, qui meurent en général jeunes, après de multiples hospitalisations. Leurs innombrables cicatrices témoignent de leur difficulté à acquérir une gestuelle non traumatique, et à effectuer rapidement l'action salvatrice en cas d'incident.

Encore plus importante peut-être que ce rôle d'alarme est la fonction éducative de la douleur chez le nourrisson et le tout jeune enfant. La douleur et son absence sont probablement chez le nourrisson les premières bases sur lesquelles viendront se construire les notions de bien et de mal : mettre la main dans une flamme de bougie *est* mal parce que ça *fait* mal, et le souvenir de cette identification originelle persistera toute la vie, non seulement dans l'identité des termes (en français), mais aussi, comme nous le verrons, dans les conséquences psychologiques de la douleur. Pour tous les petits risques de la vie quotidienne, la douleur aiguë permettra ainsi l'auto-apprentissage des bonnes conduites. Lorsque le risque encouru est trop grave, voire vital, la production volontaire d'une douleur par le parent éducateur (sous forme de châtiment corporel) constitue chez la plupart des mammifères supérieurs le substitut indispensable d'une expérience impossible. Les châtimements corporels ont été progressivement remplacés dans notre culture, au fur et à mesure que le permettait l'amélioration des conditions de vie, par des formes plus élaborées d'éducation : exclusion matérielle du risque à l'âge préverbal, codification des comportements et sanctions intellectualisées ensuite. Cependant, la persistance des mécanismes primaires de ce comportement instinctif est une évidence. Ils peuvent s'exprimer à l'occasion de traumatismes psychologiques importants et être alors fortement culpabilisés. En être conscient peut éviter bien des interprétations abusives.

Il reste que, chez le petit enfant, de par l'expérience quotidienne, la douleur se trouve rapidement intégrée comme la conséquence du non-respect de la règle (ignorance ou transgression). La persistance de cette perception instinctive jusqu'à l'âge adulte est responsable de la dimension culpabilisante de la douleur : «Qu'ai-je donc fait (au bon Dieu, en culture judéo-chrétienne) pour mériter ça ?». Plus généralement, toute transgression consciente (faute) est suivie d'une attente (anxieuse) de punition (douleur) : c'est l'apprentissage du remords. La fin de cette attente par la survenue d'une douleur (ou de tout autre désagrément) fait ainsi disparaître la conséquence psychologique essentielle de la faute : c'est la rédemption. Ce schéma fondamental, que nous avons en commun avec tous les mammifères supérieurs, a bien entendu été intégré dans toutes les civilisations et toutes

les religions. Il est donc faux de prétendre que «la valeur rédemptrice de la douleur est une valeur judéo-chrétienne s'exprimant particulièrement dans les pays latins». Elle s'exprime tout aussi bien chez le chien qui a pissé sur le tapis et qui garde la queue basse jusqu'au coup de journal sur le derrière qui lui rend son entrain... Ce rôle éducatif fondamental de la douleur dans la première enfance n'est bien entendu pas un argument pour ne pas la soulager, bien au contraire : il est évident que les douleurs consécutives aux pathologies et à leur traitement non seulement ne participent pas à l'éducation, mais ne peuvent au contraire que perturber l'acquisition d'un comportement adapté aux douleurs «physiologiques» (fatigue musculaire, tension ligamentaire, traumatisme léger...), en général dans le sens d'un évitement excessif des situations à risque et d'une inhibition excessive de l'action en cas de survenue de la douleur.

Après cette phase d'apprentissage, chez le grand enfant et chez l'adulte, le rôle de la douleur aiguë se limite à la suppression rapide d'une cause évidente ou à l'initiation d'une démarche diagnostique éventuellement salvatrice (la douleur est à l'origine de plus de la moitié des consultations de médecine générale).

Actuellement le traitement des douleurs aiguës est un problème pratiquement résolu quant aux moyens. Nous disposons d'analgésiques suffisamment puissants pour venir à bout de toute douleur nociceptive aiguë. Convenablement maniés, ces traitements n'altèrent pas la conscience de façon significative et ont des effets secondaires limités et eux-mêmes curables. La persistance ou la disparition de la douleur nociceptive aiguë ne dépend donc que de la décision de la traiter. Il faut distinguer là, comme toujours, le préventif et le curatif.

Par sa nature même (durée brève, contemporaine de l'événement), le traitement le plus efficace de la douleur aiguë serait à l'évidence le traitement préventif. Cela n'est possible dans la pratique que lorsqu'un traumatisme est prévu et nécessaire (chirurgie, soins douloureux). Le perfectionnement des techniques correspondantes est en voie d'achèvement. L'enfant et surtout le nourrisson ont été les derniers à bénéficier de ces progrès, non pas tant (comme on l'a beaucoup dit) du fait d'un désintérêt vis-à-vis de leur souffrance que de difficultés techniques particulières concernant la sécurité de ces traitements, dans un domaine où l'aléa thérapeutique est particulièrement dramatique. L'extension de l'analgésie préventive à d'autres contextes (compétition sportive) est à juste titre réprimée comme dangereuse, puisque désactivant le mécanisme essentiel de défense de l'organisme vis-à-vis des dégâts (éventuellement mortels) qu'il peut subir lorsqu'on exige de lui des performances excessives.

Quant au traitement curatif des douleurs aiguës, il est, en règle générale, débuté «dès que possible». Cette notion de possibilité recouvre plusieurs limitations :

- La survie du malade reste une priorité et les gestes nécessaires à l'assurer seront toujours effectués en premier. Ce n'est pas seulement un problème de dis-

ponibilité - et donc de moyens en personnel et en matériel ; il est aussi des circonstances, comme l'état de choc, où la mise en œuvre d'un traitement antalgique efficace peut être fatale si elle n'est précédée d'un minimum de contrôle hémodynamique...

- Le temps nécessaire au recueil des symptômes constitue également un préalable au traitement antalgique. S'il ne doit pas être trop long, ce délai reste, dans l'état actuel de la médecine, un préalable indispensable, d'ailleurs d'autant mieux toléré que la présence médicale constitue en soi un premier élément de soulagement. Rappeler cette évidence n'est pas inutile dans la mesure où se discute régulièrement l'opportunité d'autoriser un non-médecin (en général une infirmière) à administrer des analgésiques puissants aux urgences d'un hôpital dans l'attente de la consultation médicale ou chirurgicale. Or les antalgiques ont pour rôle de soulager la douleur et non de permettre de différer un avis médical urgent.
- La nécessité de respecter la douleur pour suivre l'évolution du malade a en revanche pratiquement disparu. Ce n'est que dans le cas de l'angor coronarien épisodique qu'elle sert encore de sentinelle pour l'automédication, attitude justifiée par le caractère vital du traitement étiologique d'urgence, qui, de toute façon, est plus rapidement efficace sur la douleur qu'un antalgique.

Les perspectives d'avancées dans le traitement des douleurs aiguës sont donc limitées sur le plan technique, et c'est dans la mise en conformité des comportements avec les connaissances et les moyens que réside l'essentiel des espoirs de progrès.

La douleur subaiguë

C'est la douleur qui accompagne une situation pathologique au cours de son déroulement. Son rôle est essentiellement de mettre au repos et de protéger la région rendue vulnérable par la lésion afin d'éviter une aggravation et de permettre la réparation. On connaît relativement bien les mécanismes d'auto-entretien et de renforcement du signal qui permettent à la douleur de persister tout au long de l'évolution d'une maladie :

- le *wind-up*, qui est la faculté de nombreux neurones d'augmenter leur excitabilité lorsqu'ils sont stimulés de façon intense et prolongée ;
- l'inflammation, série de réactions en chaîne libérant des médiateurs qui augmentent l'activité des nocicepteurs .

Ces deux mécanismes comportent des boucles de rétroaction positive permettant d'expliquer facilement la permanence du signal bien qu'au niveau le plus périphé-

rique, la plupart des capteurs aient une adaptation rapide. Par contre, la façon dont s'interrompent ces systèmes d'auto-entretien de la douleur au moment de la guérison est encore très mal connue. Une défaillance de ces mécanismes d'interruption pourrait être en cause dans la genèse de certaines douleurs chroniques (algodystrophie ?)

La pratique médicale s'enorgueillit d'avoir fait disparaître de façon presque totale la *nécessité* de la douleur subaiguë : c'est un plâtre, et non la douleur de mobilisation du foyer de fracture qui maintenant permet la consolidation (là encore persiste l'exception de la douleur coronarienne, en attendant les progrès du monitoring ambulatoire.)

Les *moyens* de supprimer la douleur subaiguë sont puissants et maintenant bien codifiés : antalgiques, analgésiques, anti-inflammatoires, anesthésiques locaux, stimulation électrique...

Il reste cependant quelques problèmes non résolus. Citons les deux plus difficiles :

- *Les douleurs nociceptives violentes et intermittentes*
La suppression d'une douleur très violente par des doses suffisantes de morphiniques est toujours possible, mais s'il existe des périodes où la douleur spontanée est modérée ou absente, la persistance de taux élevés de morphiniques en l'absence de stimulus nociceptif occasionne alors des épisodes de surdosage, éventuellement dangereux. Mais surtout, même en l'absence de dépression respiratoire, les périodes d'«overdose relative» sont à l'origine d'une *tolérance* qui conduit rapidement à des posologies génératrices d'effets secondaires intolérables. Ainsi, il n'existe pas réellement de solution morphinique aux douleurs de l'arthrose de hanche.
- *Les douleurs consécutives à des lésions neurologiques haut situées*
La destruction physique ou fonctionnelle des structures sus-jacentes rend en général illusoire les traitements antalgiques habituels, qui agissent sur les étages inférieurs de la transmission et de la modulation de la douleur. Les connaissances actuelles sur les mécanismes corticaux de la douleur sont encore insuffisantes pour nous fournir des moyens d'action constamment efficaces sur ce type de douleur. On peut cependant espérer des progrès de l'imagerie fonctionnelle et de la stéréotaxie qui devraient permettre, dans les années à venir, de mettre au point des procédés de stimulation ou de délivrance ponctuelle de neuromédiateurs permettant de les soulager.

Cependant l'insuffisance des *moyens* n'est pas la seule limitation du traitement des douleurs subaiguës. La *demande* en effet n'est pas constante. Citons deux exemples :

- La majorité des malades cancéreux demandent un soulagement complet et permanent de leurs douleurs afin de poursuivre le plus longtemps possible leurs

activités en oubliant leur maladie, que la douleur leur rappelle sans cesse. Mais certains, au contraire, demandent à conserver une perception douloureuse (en général atténuée) pour des raisons souvent complexes et difficilement exprimées : désir de garder le contact avec la maladie, de la «surveiller», de rester partiellement responsable des événements, «aux commandes», peur de dépendre excessivement de l'équipe soignante, de changer de personnalité, d'être rendu incapable de s'opposer à la poursuite des soins... Face à ces réticences, le devoir d'informer est essentiel : le médecin doit défendre et négocier honnêtement son traitement et ne se soumettre qu'à un refus convenablement «éclairé».

- Le désir de vivre pleinement l'événement causal de la douleur peut aussi amener à refuser l'analgésie : 20 % des parturientes refusent pour cette raison l'analgésie péridurale. Encore faut-il, là aussi, s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un défaut d'information, en particulier de craintes immotivées de complications (pour l'enfant ou pour la mère).

Au total cependant, il paraît incontestable que la mise en œuvre convenable des moyens existants doit permettre actuellement de rendre la plupart des pathologies aiguës pratiquement indolores, ce qui ne peut manquer, à long terme, de modifier profondément le vécu psychologique de la maladie.

La douleur chronique

La douleur chronique n'est définie que par sa durée (plus de 6 mois chez l'adulte) et l'absence de disparition spontanée dans un délai prévisible. Ses mécanismes sont le plus souvent mal connus et même dans les cas où l'on peut malgré tout lui trouver une explication physiopathologique cohérente, il reste à expliquer qu'elle soit absente chez de nombreux individus présentant les mêmes causes.

Le rôle joué par la douleur chronique est un réel problème. A ce stade, en général, les démarches diagnostiques et thérapeutiques sont terminées, soit que la pathologie causale ait disparu, soit qu'on ait renoncé depuis longtemps à en établir le diagnostic ou à lui trouver un traitement efficace.

Ses caractéristiques (invalidante, dépressogène, sans intérêt diagnostique ni fonction protectrice) posent à l'évidence la question de sa raison d'être. Tout comme pour la dépression, avec laquelle elle cohabite presque toujours, il est bien difficile de lui trouver une utilité pour l'individu. Le sentiment profond de cette inutilité fondamentale a conduit à en faire une *modalité* particulière de douleur, sa parenté avec les autres étant même remise en cause par certains : la distinction entre *douleur symptôme* et *douleur maladie* est l'expression ultime de cette scis-

sion fondamentale, dont la conséquence la plus discutable est que la douleur chronique constituerait par elle-même et dans tous les cas un dysfonctionnement (mystérieux) du système de la perception douloureuse.

La question de la chronicisation de la douleur, c'est-à-dire du passage de la douleur subaiguë à la douleur chronique est donc centrale. Ce sujet a fait et continue à faire couler beaucoup d'encre. Le poids très lourd que représente pour la société la prise en charge des douleurs chroniques en termes de soins, d'indemnités, d'incapacités de travail et de nécessités d'assistance, jointe à son «inutilité», explique et justifie cette focalisation de l'attention. Des efforts considérables ont été faits pour trouver à cette chronicisation des causes extérieures à la douleur elle-même (psychologiques, culturelles, sociales, génétiques, comportementales) sans aboutir à des schémas réellement explicatifs. Des bilans psychologiques effectués à la période aiguë du zona n'ont par exemple pas montré de différence significative de profil ou de structure permettant de prévoir la survenue ou non d'une douleur chronique post-zostérienne. Les nombreuses tentatives pour démontrer la possibilité d'éviter la survenue de douleurs chroniques par une meilleure prise en charge de la douleur aiguë n'ont jamais donné de résultats convaincants, malgré une motivation certaine des équipes de recherche.

C'est la constatation, somme toute tardive, de l'évolution particulière de l'expression de la douleur chez le petit enfant qui a probablement constitué le progrès le plus important dans la compréhension de ce passage à la chronicité. Un enfant soumis à une stimulation douloureuse puissante et continue présente en effet deux comportements successifs : une phase d'agitation au cours de laquelle il exprime sans ambiguïté sa situation douloureuse par des cris, des pleurs, des appels à l'aide, puis une seconde phase d'inhibition où «il se fait oublier» : calme, le visage triste et figé, évitant le regard, il ne se plaint plus mais ne joue plus, ne bouge plus, souvent refuse de s'alimenter. La durée de la première phase semble d'autant plus brève que l'enfant est plus jeune, pouvant descendre à quelques jours, quelques heures chez le nouveau-né. La démonstration chez l'enfant au stade préverbal de la réalité de l'origine douloureuse de ces états d'inhibition est évidente par la récupération d'un comportement normal en réponse à un traitement antalgique adapté. L'attention a été justement focalisée sur la détection de ces états mais, sur le plan conceptuel, cette constatation est également très importante. En tenant compte de ce que nous savons de la perception subjective de la durée en fonction de l'âge, il est tentant de rapprocher la douleur chronique de l'adulte et la deuxième phase du comportement douloureux chez le petit enfant. La question fondamentale est probablement : au bout de combien de temps un phénomène durable est-il intuitivement considéré comme une donnée permanente et définitive ? Si au bout d'un certain délai la douleur est perçue comme définitive, le changement de comportement en réponse à cette perception

s'explique aisément : à l'attitude de recherche anxieuse de la cause et de lutte active pour s'en débarrasser succède l'acceptation d'un mode de vie désormais différent, adapté à la présence permanente de la douleur, qui est véritablement *intégrée* au schéma corporel et à la structure psychologique du malade.

Plusieurs constatations vont dans le sens de cette conception :

- Il arrive qu'on ait le moyen de supprimer de façon spectaculaire une douleur violente qui dure depuis plusieurs années. Les praticiens qui, en raison de leur inexpérience ou d'un besoin excessif de manifester leur puissance thérapeutique, se laissent aller à un tel geste ont en général la surprise de constater le désarroi de leur malade qui, à la question bien simple : «avez-vous encore mal ?», fait le plus souvent cette réponse surprenante : «je ne sais pas».
- L'interrogatoire de médecins au cours d'épisodes particulièrement prolongés de pathologies aiguës rhumatismales (lombosciatique, névralgie scapulo-humérale...) fait souvent apparaître une contradiction évidente, perçue par le malade lui-même, entre la connaissance rationnelle du pronostic favorable et la perception intuitive d'un état douloureux cette fois définitif.

Le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique serait donc essentiellement un changement dans le mode de perception de la douleur, qui passe du registre *événementiel* au registre *existentiel* : la douleur est en quelque sorte *intériorisée*, intégrée à la *personnalité* même de l'individu, ou plus exactement à son modèle de la vie. Faisant désormais partie des *évidences*, elle modifie profondément sa perception et sa relation au monde. La prise en compte de cette modification fondamentale du fonctionnement psychique est indispensable pour comprendre un certain nombre d'affects et de comportements qui font souvent l'objet d'une interprétation péjorative, comme c'est le cas par exemple des bénéfices secondaires ou des conséquences psychologiques positives de la douleur. L'utilisation d'une perception douloureuse pour diminuer un sentiment de culpabilité, obtenir des avantages financiers, être dispensé de travailler ou d'effectuer des tâches domestiques, ou justifier un relatif échec professionnel n'est ni un abus ni un obstacle à la guérison. Il s'agit de la manifestation normale des capacités d'adaptation de l'individu à une situation devenue «permanente». Ce changement d'attitude est tout à fait comparable à celui qu'on observe chez beaucoup de malades en fin de vie, lorsque la perspective de la mort est acceptée et qu'à l'angoisse succède une relative sérénité. Le problème en ce qui concerne la douleur chronique est que cette perception peut «verrouiller» en quelque sorte le malade dans une chronicité qui n'est pas forcément médicalement obligatoire. Cette façon de voir n'est pas sans conséquence, puisque la sortie d'un malade d'une situation de douleurs chroni-

ques (si c'est là l'objectif) impliquera de trouver non seulement une solution neurophysiologique à son problème de douleur, mais aussi de trouver un moyen de *modifier cette perception inconsciente d'incurabilité*. Il n'existe pas réellement de recettes dans ce domaine, mais quelques pistes sont particulièrement fructueuses :

- Eviter dans toutes les pathologies possiblement réversibles les démarches du type : «apprendre à vivre avec sa douleur». L'échec des écoles du dos «première époque» en est une illustration.
- Eviter, lorsqu'un malade manifeste sa certitude de ne plus jamais pouvoir travailler, de considérer cette affirmation comme expliquant la chronicité de la pathologie par le refus du travail, car le malade ne fait qu'exprimer ce que presque tous ressentent. Il ne s'agit donc pas d'une manifestation de fainéantise mais de l'expression d'une particulière franchise qui en général signe un bon lien de confiance avec l'équipe soignante.

D'autres schémas de comportement peuvent logiquement être considérés comme préventifs d'une chronicisation, sans que leur utilité ait, bien entendu, pu être démontrée :

- Lorsqu'une analgésie permanente ne peut être obtenue, s'efforcer néanmoins de réaliser des «fenêtres d'analgésie» rompant le caractère inexorablement continu de la douleur.
- Faire en sorte que l'entourage médical, mais aussi familial et professionnel, se comporte systématiquement comme si le caractère provisoire de la douleur était une évidence.
- Essayer d'obtenir du malade un acte, si possible spontané, qui soit logiquement incompatible avec une douleur définitive. Les données de la psychologie expérimentale nous apprennent en effet que si ce sont en principe nos opinions conscientes (et plus ou moins rationnelles) qui déterminent nos actes, ce sont essentiellement nos actes qui déterminent ensuite nos convictions intimes et irrationnelles. Il ne s'agit pas là d'une découverte récente puisque de nombreuses pratiques sont directement dérivées de cette constatation : rites, pétitions, manifestations et meetings, sont beaucoup plus destinés à renforcer les convictions des participants qu'à les communiquer aux autres. L'observation du mode de fonctionnement des sectes est à cet égard particulièrement démonstrative.

Cette vision de la douleur chronique justifie donc pleinement l'utilisation très large, parallèlement aux traitements proprement antalgiques, de techniques psychologiques visant à modifier l'impact de la sensation douloureuse sur la vie psychique. Le but de ces techniques, qui sera expliqué au malade et fera l'objet d'un véritable contrat thérapeutique, dépend évidemment des mécanismes de la douleur et du contexte psychologique.

Lorsque la guérison paraît possible et que la conviction de chronicité paraît un facteur déterminant de l'entretien de la douleur, le plus efficace paraît être d'utiliser des mécanismes de type pavlovien : les thérapies cognitivo-comportementales trouvent là une place de choix. On peut attendre dans ce cadre des progrès importants de l'utilisation de techniques plus récentes comme la réalité virtuelle.

Lorsque la persistance d'un flux plus ou moins important d'informations nociceptives paraît inéluctable, d'autres procédés s'adressant à l'inconscient, en court-circuitant plus ou moins les filtres de la critique rationnelle, peuvent être utilisés dans le but de modifier le mode d'intégration de la sensation. L'hypnose et tout ses dérivés (relaxation, sophrologie...) peuvent être d'un grand secours à condition de ne pas leur demander l'impossible : la suggestion post-hypnotique ne résiste pas en effet au choc du réel et se contenter de tenter de suggérer sous hypnose la disparition pure et simple de la douleur entraîne un échec constant. Par contre ces techniques peuvent modifier de façon souvent spectaculaire la *signification* et donc le ressenti des influx qui continuent à parvenir à l'encéphale.

Les conséquences psychologiques de la douleur chronique sont complexes et leur prise en charge est indissociable de celle de la douleur elle-même. Les plus évidentes sont les conséquences négatives, au premier rang desquelles figure la dépression. Que la douleur chronique soit déprimante n'est guère mystérieux. Si, de façon un peu sommaire, en considère la thymie comme un système intégrateur de grande inertie des événements positifs et négatifs, on ne peut être étonné que, chez un douloureux chronique, l'arrivée permanente d'informations négatives (douleur) entraîne à long terme un déplacement de la thymie dans le sens de la dépression. Des conséquences plus spécifiques vont aller dans le même sens. Notre aptitude à percevoir et à traiter des informations négatives est limitée à un débit maximal au-delà duquel se manifestent des signes d'intolérance ; une douleur permanente en consommant une partie, il apparaît rapidement une diminution de la tolérance au stress et aux frustrations d'où l'irritabilité, plus ou moins culpabilisée, génératrice d'isolement, de réduction de la vie relationnelle. L'altération de l'image de soi, la disparition progressive des capacités d'initiative et de désir en sont les principales conséquences. Ainsi se trouve progressivement réalisé un tableau dépressif en général très complet. La démonstration déjà ancienne d'une amplification du ressenti douloureux par la dépression (le seuil douloureux est expérimentalement fortement abaissé chez le déprimé) a fait décrire très tôt un cercle vicieux «douleur-dépression» et conseiller à juste titre de traiter parallèlement ces deux éléments.

Mais cet effet dépressogène n'est que l'élément le plus constant et le plus évident d'un ensemble, en général très complexe, de modifications émotionnelles et comportementales qui ne peuvent être comprises qu'en tenant

compte de la structure psychologique particulière du malade et de son histoire personnelle. Leur analyse aussi complète que possible est indispensable et ne doit surtout pas omettre les conséquences *positives*, auxquelles il faut accorder d'autant plus d'attention qu'elles sont rarement mises en avant par le malade. Par exemple :

- Une douleur invalidante survenant chez un malade dépressif chronique bien compensé (au prix d'un effort permanent) peut autoriser et déculpabiliser un comportement d'inhibition jusque-là interdit, ce qui sera perçu comme une diminution de la souffrance morale.
- La douleur peut justifier une situation d'échec insupportable, scolaire ou professionnel. Cette justification peut devenir d'autant plus précieuse que le discours sur la «société d'égalité des chances» rend plus difficile à beaucoup de mettre ces échecs sur le compte de la fatalité sociale. Une problématique voisine se retrouve chez l'adulte confronté à ses propres limites intellectuelles ou psychologiques à l'occasion d'une promotion professionnelle : une incapacité physique peut alors justifier le retour à un niveau de responsabilité plus conforme à ses possibilités.
- Une douleur chronique peut être vécue comme auto-punitive et atténuer un sentiment de culpabilité (chez un conducteur responsable d'un accident mortel par exemple)...

Ces conséquences psychologiques positives peuvent être, à un moment donné, un élément capital de l'économie psychique du malade. En entreprendre la destruction, ou même l'affaiblissement, avant d'avoir la certitude de maîtriser correctement la douleur, et sous le prétexte de faciliter la sortie de la chronicité, est directement contraire au principe fondamental du «*primum non nocere*». Il convient de dresser le bilan précis de ces diverses fonctions positives de la douleur afin d'en organiser convenablement le sevrage progressif ou la substitution avant de mettre en œuvre la stratégie antalgique, et de ne pas omettre, parallèlement à l'évaluation de la douleur, de vérifier régulièrement la tolérance psychologique à sa disparition progressive.

Voilà qui peut paraître un peu artificiel, ou même purement théorique. Il n'en est rien. C'est la simple description du vécu quotidien de la prise en charge - toute pragmatique - des malades douloureux *chroniques*. Bien sûr, ce pragmatisme n'interdit pas de réfléchir sur les origines et les mécanismes. La complexité de ces conséquences psychologiques de la douleur chronique n'est probablement que le reflet de l'*inadaptation* d'une fonction (la douleur) restée rudimentaire à un mode d'existence devenu, au fil de l'évolution de l'espèce humaine, de plus en plus interactif et solidaire. En effet les diverses modalités de la douleur que nous avons passées en revue paraissent bien adaptées à la survie et à l'intérêt commun

d'un groupe primitif de mammifères sociaux. La douleur aiguë permet l'apprentissage des tout-petits, l'éducation des jeunes et le respect spontané, par tous, des règles de prudence. La douleur subaiguë assure la mise au repos des blessés et malades. La douleur chronique participe à la dépression de l'humeur au même titre que les échecs répétés, alors que les réussites (satisfactions sexuelles et alimentaires par exemple) agissent en sens contraire. Ainsi est assurée la soumission de ceux qui échouent souvent à la dominance autoritaire des «plus doués». L'amplification des échecs par les mécanismes de la dépression accentue les contrastes et assure l'auto-élimination des déviants les plus gravement inadaptés (isolement, anorexie, indifférence au prédateur). Quoiqu'il en coûte à notre fierté d'espèce, ce système était encore, chez nos ancêtres, en phase avec l'organisation sociale jusqu'à une époque récente - disons la fin de l'époque médiévale. Le succès de l'espèce humaine dans la conquête de son espace et l'exploitation des ressources de sa planète ont permis, depuis, l'émergence d'une organisation sociale beaucoup plus *solidaire*, où la force physique, l'alimentation et la reproduction ne sont plus les domaines privilégiés de la rivalité interindividuelle (mis à part quelques vestiges de comportements primitifs du côté du sport et de la sexualité ; c'est d'ailleurs dans ces deux domaines que la médecine moderne a rencontré ses plus graves tentations de dérapage éthique). La douleur subaiguë n'y a plus que des inconvénients et la douleur chronique a perdu toute utilité collective. Mais, dans cette société moderne aux avantages incontestables, doivent vivre des individus dont le cerveau comporte toujours des mécanismes neuronaux adaptés à un monde différent. Sauf à supposer (ou à redouter) des manipulations susceptibles d'accélérer l'évolution, nos descendants auront longtemps à gérer la même difficulté.

Quelles que soient les nouvelles techniques mises à leur disposition, l'objectif ne sera donc probablement pas, pour nos successeurs du prochain siècle, de se débarrasser de la douleur, mais de définir ce qu'elle doit devenir, quels devront être ses domaines et ses limites, puis de se donner les moyens de réaliser ce projet. Les progrès dans la maîtrise de la douleur seront donc avant tout conditionnés par la qualité d'une réflexion permanente sur l'évolution de la société et les problèmes d'adaptation qu'elle pose en permanence aux individus qui la composent. Autant dire qu'il sera demandé aux médecins du siècle prochain d'être bien autre chose que des techniciens de l'hépatocyte ou du neurone. La dimension humaniste de la médecine reste une valeur d'avenir.

Thierry Binoche

Centre de traitement des douleurs - Hôpital Bichat - 46 rue Henri Huchard - 75877 Paris Cedex 18