

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2003-2004

Thèse N°

CONCEPTS ET GESTION
DE LA DOULEUR
DE L'ANTIQUITE A NOS JOURS

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Mademoiselle **THIBAUT Sandrine**, née le 13 Octobre 1977

Le 2003 devant le jury ci-dessous :

Président : Pr Giumelli

Assesseurs : Pr Lajat

Pr Fraysse

Pr Jean

Directeur de thèse : Pr Laboux

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	11
<u>Partie I : la douleur, inhérente à la condition humaine, acceptée voire recherchée</u>	12
1- L'antiquité	14
1.1. Mésopotamie ancienne et Egypte : la douleur expliquée par la pénétration d'esprits mauvais ou démoniaques à l'intérieur du corps qui souffre ou par l'agression d'un agent extérieur	14
1.1.1. Mésopotamie	14
1.1.1.1. Conception de la maladie et de la douleur	15
1.1.1.2. Pratique de la médecine	15
1.1.2. Egypte	16
1.1.2.1. Pensée médicale	16
1.1.2.1.1. Sources	16
1.1.2.1.2. Conception de la maladie et de la douleur	17
1.1.2.2. Pratique de la médecine	17
1.1.2.2.1. Médecine magique	17
1.1.2.2.2. Thérapeutiques disponibles	17
1.2. la Grèce antique	19
1.2.1. La douleur : une place importante dans la pensée philosophique grecque	19
1.2.1.1. Dans les textes anciens : différentes sortes de douleurs en relation avec les explications théologiques et le fatum	19
1.2.1.1.1. Homère et les douleurs aiguës des combats	19
1.2.1.1.2. Du VI ^e siècle au V ^e siècle avant JC: Euripide, Eschyle, Sophocle et la douleur morale	19
1.2.1.1.3. L'orphisme ou une vie dans la douleur et la souffrance pour libérer l'âme	20
1.2.1.2. La philosophie hellénistique: vers une reconnaissance de la douleur	20
1.2.1.2.1. La conceptualisation de la douleur	20
1.2.1.2.2. Les grandes écoles face à la douleur	21
1.2.2. La médecine grecque: vers une rationalisation de la douleur	24
1.2.2.1. La médecine mythologique jusqu'au VI ^e siècle avant J.C.	24
1.2.2.1.1. Pensée médicale	24

1.2.2.1.2. Pratique médicale	25
1.2.2.1.3. Thérapeutique	25
1.2.2.2. De la dissociation médecine-magie à l'explication rationnelle des maladies	25
1.2.2.2.1. Évolution de la pensée	25
1.2.2.2.2. Thérapeutiques de la douleur	27
1.3. L'Italie	29
1.3.1. Contexte philosophique et religieux: stoïques romains et martyrs chrétiens ou la noblesse de la douleur	29
1.3.1.1. Le nouveau stoïcisme à Rome: Cicéron, Sénèque, Epictète, Marc-Aurèle	29
1.3.1.2. La persécution des chrétiens: la douleur et la mort revendiquées comme moyens de salut	29
1.3.2. La médecine romaine	30
1.3.2.1. L'évolution de la pensée médicale au cours des siècles	30
1.3.2.1.1. La médecine divinatoire	30
1.3.2.1.2. À partir du Ier siècle	30
1.3.2.2. Les remèdes contre la douleur	32
1.3.2.2.1. Douleurs de la maladie	32
1.3.2.2.2. Douleur inhérente au geste médical	34
1.4. L'Asie	34
1.4.1. La Chine	34
1.4.1.1. Notions générales	34
1.4.1.1.1. De la religion primitive à la conception du Yin/Yang	34
1.4.1.1.2. Concept général du Yin/Yang	35
1.4.1.1.3. Notion d'énergie	35
1.4.1.2. Conceptions sur la maladie et la douleur	35
1.4.1.2.1. L'organisme humain	35
1.4.1.2.2. Concepts sur la douleur	39
1.4.1.3. Pratiques médicales	40
1.4.1.3.1. Généralités	40
1.4.1.3.2. Acupuncture	40
1.4.1.3.3. Moxibustion et ventouses	42
1.4.1.3.4. Massages et gymnastique	43
1.4.1.3.5. Pharmacopée et diététique	43
1.4.2. En Inde	45
1.4.2.1. Douleur et souffrance: un mal inévitable de la condition humaine	45
1.4.2.1.1. Théories philosophiques	45
1.4.2.1.2. Pensée médicale	45
1.4.2.2. Les remèdes contre la douleur	46
1.4.2.2.1. Remèdes médicaux	46
1.4.2.2.2. Remèdes non médicaux	46

2. La douleur au moyen-âge	47
2.1. La douleur face aux religions en Europe	47
2.1.1. Les religions chrétienne et juive	47
2.1.1.1. La Bible et la douleur	47
2.1.1.1.1. Les origines de la douleur et de la souffrance expliquées dans l'Ancien Testament	47
2.1.1.1.2. Des remèdes apportés aux maladies dans l'Ancien Testament	47
2.1.1.2. La religion juive	48
2.1.1.2.1. Le sens de la douleur	48
2.1.1.2.2. Conduite à tenir face à la douleur et à la maladie	48
2.1.1.3. La religion chrétienne ou la religion du salut	49
2.1.1.3.1. Le sens de la douleur	49
2.1.1.3.2. Conduite à tenir face à la douleur	50
2.1.1.3.3. La douleur vue par St Thomas d'Aquin	50
2.1.2. L'Islam	51
2.1.2.1. Sens de la douleur	51
2.1.2.2. Conduite à tenir face à la douleur	51
2.2. La médecine face à la douleur au Moyen-âge	52
2.2.1. Pensée médicale	52
2.2.1.1. Période monastique de 600 à 1100: une médecine emprunte de religiosité exercée par des moines	52
2.2.1.1.1. Caractéristiques	52
2.2.1.1.2. Conception des maladies	52
2.2.1.2. Période scolastique de 1100 à 1400	53
2.2.1.2.1. Galénisme	53
2.2.1.2.2. Médecine arabe	53
2.2.1.2.3. Médecine hébraïque	54
2.2.2. Thérapeutiques disponibles proposées contre la douleur	54
2.2.2.1. Douleur de la maladie	54
2.2.2.1.1. Procédés physiques	54
2.2.2.1.2. Pharmacopée	54
2.2.2.1.3. Pierres	55
2.2.2.2. Douleur lors des opérations chirurgicales: induction de narcose grâce à des éponges somnifères	55
2.2.3. Problèmes rencontrés par la médecine	56
2.2.3.1. Les fléaux	56
2.2.3.2. Recours à la religion	56
2.2.3.2.1. Pour la guérison des maladies	56
2.2.3.2.2. Lors des opérations chirurgicales	57

3. Du XV ^e siècle à la fin du XVII ^e siècle	58
3.1. La douleur vue par les chrétiens	58
3.1.1. La pensée chrétienne traditionnelle: sublimation de la douleur ici-bas, mais espoir d'en être libéré après la mort	58
3.1.1.1. La douleur dans ce monde	58
3.1.1.1.1. La douleur mise en scène	58
3.1.1.1.2. Le mysticisme	58
3.1.1.2. Les souffrances dans la vie éternelle: un bon filon pour les papes, des Indulgences pour se racheter	59
3.1.2. La pensée de la Réforme	60
3.1.2.1. Interprétation théologique de la douleur	60
3.1.2.2. Conception du salut	60
3.1.2.3. Conséquences	61
3.2. Le milieu médical face à la douleur	62
3.2.1. Les progrès de la médecine	62
3.2.2. Théories sur la douleur	62
3.2.2.1. Physiologie de la douleur	62
3.2.2.1.1. Le mécanisme cartésien	62
3.2.2.1.2. Thomas Willis: la douleur est une affection de l'âme sensitive	64
3.2.2.2. La douleur en tant que moyen thérapeutique dans les affections nerveuses	65
3.2.3. Thérapeutiques contre la douleur	65
3.2.3.1. Gestion de la douleur de la maladie	65
3.2.3.1.1. Procédés physiques	65
3.2.3.1.2. Pharmacopée: utilisation large de substances végétales	65
3.2.3.2. Gestion de la douleur lors des soins des plaies	67
3.2.3.2.1. Plaies banales	67
3.2.3.2.2. Plaies par balles	67
3.2.3.3. La douleur lors des opérations chirurgicales	68
3.2.3.3.1. La crainte du bourreau	68
3.2.3.3.2. L'amélioration des amputations	68
conclusion de partie I	68

Partie II : la douleur combattue, mais acceptable

4. Le siècle des Lumières	71
4.1. La douleur déchue de ses valeurs, théologique et pénale, punitives	71
4.1.1. Laïcisation de la douleur	71

4.1.2. L'allègement des souffrances pour tous, y compris pour les criminels	71
4.1.2.1. Courant général humaniste	71
4.1.2.2. La guillotine	71
4.1.2.2.1. Un châtimement identique pour tous	71
4.1.2.2.2. Polémique au sujet de la persistance ou non de la douleur après décollation	72
4.2. Théories de la douleur	73
4.2.1. Théorie mécaniste	73
4.2.1.1. Idées générales	73
4.2.1.2. Conceptions sur les maladies et les douleurs	73
4.2.1.3. L'apport de Haller	73
4.2.2. Théorie animiste	73
4.2.2.1. Idées générales	73
4.2.2.2. Théorie de la douleur	74
4.2.3. Théorie des vitalistes	74
4.2.3.1. Concept de sensibilité	74
4.2.3.2. La douleur chez Cabanis	74
4.2.3.3. La doctrine des sympathies	75
4.3. Thérapeutiques de la douleur	75
4.3.1. Douleur des maladies	75
4.3.1.1. Pharmacologie	75
4.3.1.2. Procédés physiques	76
4.3.1.3. Procédés faisant appel à la douleur	76
4.3.2. Douleurs lors des opérations chirurgicales	77
5. La douleur au XIX ^e siècle	78
5.1. Conceptions sur la douleur	78
5.1.1. À la recherche de la spécificité	78
5.1.1.1. Muller et l'énergie spécifique des nerfs (1838)	78
5.1.1.2. Transmission croisée des fibres de la douleur	78
5.1.1.3. Von Frey et la spécificité des récepteurs (1894-1895)	79
5.1.1.4. Le thalamus comme centre de la douleur	79
5.1.1.5. Conclusion	79
5.1.2. Rôles de la douleur	80
5.1.2.1. La douleur utile	80
5.1.2.2. La douleur, un signal d'alarme à traiter	80
5.2. L'avènement de l'anesthésie	81
5.2.1. Anesthésie générale	81
5.2.1.1. De la fin du XVIII ^e siècle aux années 1840: des précurseurs dans le domaine de l'analgésie non suivis	81
5.2.1.1.1. Les précurseurs	81
5.2.1.1.2. Les objections à l'abolition de la douleur lors des opérations chirurgicales	82

5.2.1.2. De 1844 à 1846: l'apport des dentistes	83
5.2.1.2.1. Horace Wells et le protoxyde d'azote en 1844: une tentative ratée en public	83
5.2.1.2.2. William Green Morton et l'éther sulfurique en 1846: un succès	83
5.2.1.3. Débats et discussions : délimitation d'un cadre pour l'utilisation de l'étherisation	83
5.2.1.3.1. Polémique autour de l'éthique	83
5.2.2.3.2. Conditions d'utilisation	84
5.2.1.4. Utilisation du chloroforme	84
5.2.2. Anesthésie locale	85
5.2.2.1. Conditions ayant permis son développement	85
5.2.2.2. Les premiers pas: l'idée de Freud en 1884	85
5.3. Gestion de la douleur au XIX ^e siècle	85
5.3.1. La douleur de la maladie	85
5.3.1.1. Thérapeutiques conventionnelles	85
5.3.1.2. L'électricité	86
5.3.1.3. L'hypnose	86
5.3.1.4. L'homéopathie	86
5.3.1.5. Les substances nouvelles	87
5.3.1.5.1. Morphine	87
5.3.1.5.2. Héroïne	87
5.3.1.5.3. Codéine	87
5.3.1.5.4. Salicyline	88
5.3.1.6. Début de la chirurgie d'interruption	88
5.3.2. La douleur des opérations	88
5.3.2.1. Avant l'avènement de l'anesthésie	88
5.3.2.2. Après l'avènement de l'anesthésie	88
5.4. La toxicomanie en Europe: un problème de santé publique	89
5.4.1. L'évolution de la toxicomanie et des drogues utilisées au cours du XIX ^e siècle et du début du XX ^e siècle	89
5.4.2. Conséquences	90
5.4.2.1. Apparition des cures de désintoxication	90
5.4.2.2. Une législation qui se durcit	90
6. Première moitié du XX^e siècle	91
6.1. Théories de la douleur	91
6.1.1. Douleur, nociception et théorie de l'évolution	91
6.1.1.1. Sherrington et le concept de nociception	91
6.1.1.2. Herbert Spencer et Cannon: douleur et conservation des espèces	91
6.1.2. Théorie des patterns	91
6.1.2.1. Première formulation par Goldscheider en 1894	91
6.1.2.2. Théorie de la sommation centrale: Livingston (1943)	92

6.1.2.3. Théorie du pattern périphérique	92
6.1.3. Théorie de l'interaction sensorielle	93
6.1.4. Théorie affective de la douleur	93
6.1.4.1. H.R. Marshall	93
6.1.4.2. Freud et la douleur	93
6.1.4.2.1. Définition de la douleur	94
6.1.4.2.2. Genèse de la douleur	94
6.1.4.2.3. Conséquence du surinvestissement et de la douleur	96
6.2. Gestion de la douleur	96
6.2.1. Pharmacologie	96
6.2.1.1. Utilisation généralisée de l'aspirine	96
6.2.1.2. Nouvelles molécules d'anesthésie	96
6.2.2. La chirurgie: interruption des voies de la sensibilité nociceptive	97
6.2.3. Les stupéfiants	97
conclusion de partie II	98

Partie III : la douleur refusée des dernières décennies

7. À la recherche des mécanismes de la douleur	101
7.1. Les mécanismes neurobiologiques	101
7.1.1. De 1950 à 1970	101
7.1.1.1. La théorie du gate control de Wall et Melzack	101
7.1.1.2. La vague oxydante de Henry Laborit	103
7.1.1.3. La participation des système sympathique et parasympathique	103
7.1.2. De 1970 à 1980	103
7.1.2.1. La découverte des récepteurs opioïdes	103
7.1.2.2. La découverte des endomorphines	104
7.1.3. De 1980 à 1990	104
7.1.3.1. Des espoirs déçus	104
7.1.3.2. Des recherches qui continuent	104
7.2. Évaluation des paramètres sociologiques, culturels et individuels	105
7.2.1. Introduction	105
7.2.1.1. Constat de la variabilité des réactions face à la douleur	105
7.2.1.2. Origine de cette variation	105
7.2.2. Les facteurs culturels influencent considérablement le seuil douloureux et de tolérance à la douleur	105

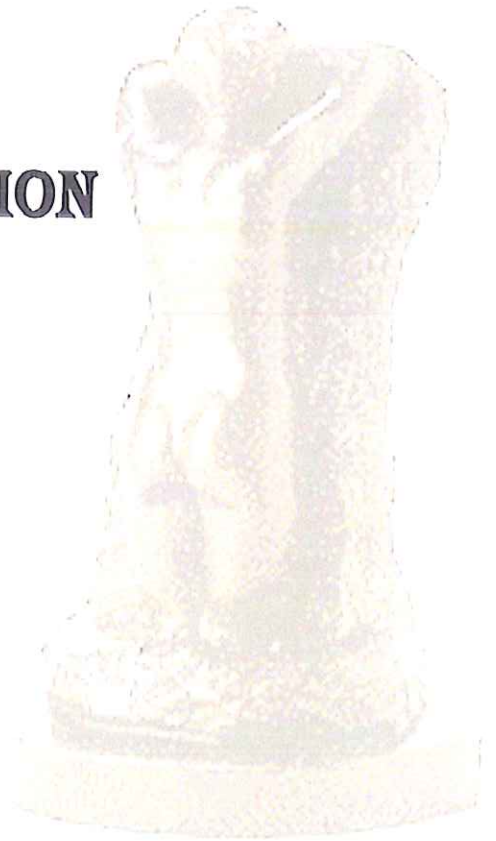
7.2.3. Les facteurs sociaux	106
7.2.3.1. La douleur supportée des milieux défavorisés	106
7.2.3.2. La douleur tue des milieux agricole et ouvrier	107
7.2.3.3. La douleur écoutée des milieux plus favorisés	107
7.2.3.4. La douleur dissimulée ou consentie des sportifs de haut niveau	107
7.2.4. Les facteurs contextuels	108
7.2.4.1. Circonstances de survenue de la douleur	108
7.2.4.2. Le public	108
7.2.4.3. Les bénéfices éventuels	109
7.2.5. Les facteurs psychopathologiques	109
7.3. Résumé des connaissances actuelles	109
7.3.1. Le système de détection	109
7.3.2. Le système d'intégration segmentaire et de transmission	110
7.3.3. Le système d'analyse et d'intégration centrale	11
7.3.4. Systèmes de contrôle	112
7.3.5. Systèmes effecteurs	112
7.3.6. Schématisation des voies nociceptives	113
8. Une meilleure évaluation de la douleur	114
8.1. Vers une définition de la douleur	114
8.1.1. aspects de la douleur	114
8.1.1.1. la relation fluctuante entre douleur et lésion corporelle	114
8.1.1.2. Les composantes de l'expérience douloureuse	114
8.1.2. Quelques définitions	115
8.1.3. Différents types de douleurs	116
8.1.3.1. Classification des douleurs	116
8.1.3.2. Douleur aiguë	116
8.1.3.3. Douleurs chroniques	117
8.2. Évaluation de la douleur	118
8.2.1. Nécessité d'une évaluation par des échelles	118
8.2.2. Les différentes échelles d'évaluation	119
8.2.2.1. Échelles autoévaluatrices	119
8.2.2.1.1. Échelles évaluant l'intensité de la douleur	119
8.2.2.1.2. Échelles pluridimensionnelles	120
8.2.2.2. Échelles hétéroévaluatrices: les échelles comportementales	120
9. Vers une meilleure gestion de la douleur	120
9.1. À la recherche de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques	120
9.1.1. Pharmacologie de la douleur	120
9.1.1.1. Médicaments utilisés	120
9.1.1.2. Les recherches	122
9.1.2. Gestion de la douleur opératoire	122

9.1.2.1. La douleur peropératoire	122
9.1.2.2. La douleur postopératoire: PCA	123
9.1.3. Gestion de la douleur inhérente à la maladie: méthodes non pharmacologiques	124
9.1.3.1. Thérapeutiques physiques	124
9.1.3.1.1. Les techniques physiothérapiques	124
9.1.3.1.2. Les massages, manipulations et réflexothérapies	125
9.1.3.2. Thérapeutiques à visée psychologique	126
9.1.3.3. Thérapeutiques neurochirurgicales	128
9.2. Vers la création de centres spécialisés	130
9.2.1. Jonh J. Bonica et les "pain clinics" aux Etats-Unis	130
9.2.2. Les soins palliatifs: l'allègement des souffrances des personnes en fin de vie	131
9.2.3. Acteurs et structures impliqués dans la prise en charge de la douleur en France	132
9.2.3.1. Les trois niveaux de prise en charge	132
9.2.3.2. Les comités de lutte contre la douleur (CLUD)	133
9.2.3.3. Les associations	133
9.3. Vers une meilleure prise en charge de la douleur des enfants et des personnes âgées	133
9.3.1. L'enfant	133
9.3.1.1. Introduction	133
9.3.1.2. Une meilleure évaluation de la douleur chez les enfants pour un soulagement	134
9.3.2. Les personnes âgées	135
9.4. Des pouvoirs publics qui s'impliquent : exemple de la France avec les plans de lutte contre la douleur	135
9.4.1. Les prémices	135
9.4.2. Les plans de lutte	136
9.4.2.1. Le plan triennal (1998-2001)	136
9.4.2.2. Le plan quadriennal (2002-2005)	137

<u>CONCLUSION</u>	138
--------------------------	-----

<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	139
---	-----

**CONCEPTS ET GESTION
DE LA DOULEUR
DE L'ANTIQUITE
A NOS JOURS**



La douleur, sculpture de Rodin

Les devises Shadok



**SI GA FAIT MAL C'EST QUE
GA FAIT DU BIEN !!**

*« Pour l'humanité, la douleur est un maître
plus terrible encore que la mort »*

Albert Schweitzer

INTRODUCTION

Depuis quelques années, on parle beaucoup de la prise en charge de la douleur dans les sociétés des pays les plus industrialisés. L'intérêt pour la douleur et ses traitements n'est pourtant pas récent, puisque même l'homme primitif s'était efforcé de comprendre le phénomène. A travers tous les temps, l'homme – qu'il fût penseur, religieux, médecin, homme des cavernes, homme des champs ou citadin – a essayé de fournir non seulement une explication au phénomène douloureux, mais aussi une attitude à adopter face à la douleur ressentie. Toutes les sociétés et civilisations ont défini une légitimité à la douleur en lui conférant un sens [62]. De nombreuses théories ont donc été avancées. Qu'elles fussent irrationnelles, métaphysiques, ou plus scientifiquement fondées, toutes ont permis à l'homme de se rassurer face à un phénomène qu'il ne pouvait pas, le plus souvent, contrôler. Les partisans de l'utilité de la douleur ont été nombreux, particulièrement de l'Antiquité jusqu'au début du XX^e siècle. Il est vrai que la douleur alarme l'organisme de certains dommages tissulaires. Pour preuve, les lésions consécutives à des maladies internes ou à des traumatismes, lorsqu'elles touchent des patients atteints d'une analgésie (congénitale ou non), entraînent des problèmes plus sérieux que lorsqu'il s'agit d'un patient ayant une sensibilité normale : les lésions sont découvertes trop tardivement, puisque non douloureuses. De la sublimation à la rédemption, en passant par des vertus éducatives et protectrices, les bienfaits de la douleur ont longtemps été mis en avant. On a même avancé l'idée que les dinosaures pourraient avoir disparu, car ils ne la sentaient pas et qu'ils auraient, par ce fait même, été dévorés progressivement par des carnivores tous petits sans ressentir le besoin de se défendre [32] ! A en croire la thèse de Lombroso (XIX^e siècle), l'insensibilité ou tout du moins une sensibilité dolorifique obtuse est un critère déterminant dans le penchant au crime. Les stoïques grecs et romains, impassibles devant la douleur, n'ont pourtant pas sombré dans la délinquance [28]. Il faut croire que la philosophie est réellement salvatrice ! L'éloge de la souffrance a connu son apogée avec la religion chrétienne : la douleur est mystique et une véritable bénédiction pour le pèlerin. C'est ainsi que Léon Bloy, aux prises à d'immenses souffrances depuis l'enfance, y voit « [la preuve] que Dieu [l'] aime beaucoup », dans une lettre qu'il adresse à son ami Barbey d'Aurevilly.

Globalement, trois périodes se détachent depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. La première, de l'Antiquité aux XVII^e-XVIII^e siècles, est marquée par des conceptions plus ou moins magiques et religieuses, donnant à la douleur une valeur presque salvatrice, en tout cas punitive ou purificatrice. Bien que combattue au moyen de diverses thérapeutiques, elle était acceptée par le malade qui la subissait, et dans certains cas recherchée pour glorifier l'être du stoïcien ou du chrétien prêts à subir toutes les mortifications si jamais la douleur ressentie n'était pas assez intense ! La seconde période est marquée par une déchristianisation de la douleur. On cherche à minimiser la douleur liée aux pathologies et à ne pas en infliger lors d'opérations chirurgicales grâce à des moyens médicaux devenus plus efficaces. Enfin, la troisième période se démarque des deux autres par un véritable refus de la douleur qui est combattue même en dehors de la démarche de guérison. L'analgésie s'érige en tant que droit.

**Partie I : la douleur, inhérente à la condition
humaine,
acceptée voire recherchée**

*« Ne rends pas tes souffrances plus fortes encore, ne te
charge pas de plaintes, légère est la douleur si
l'imagination ne la grossit » Sénèque*

De l'Antiquité à la Renaissance, les conceptions sur la douleur évoluent considérablement. Considérée au départ comme une punition divine, puis comme une affection de l'âme ou comme un déséquilibre entre divers éléments de l'organisme, elle n'est envisagée sous l'angle de la sensation qu'à partir du II^e siècle après J.C grâce à Galien ; mais les explications religieuses, particulièrement celles de tradition judéo-chrétiennes, vont perdurer très longtemps. Souvent touchés par des douleurs consécutives aux maladies, les hommes s'habituent à souffrir, circonstance jugée banale et inhérente à la condition humaine. Malgré tout, ils se tournent volontiers vers la médecine et la religion pour tenter d'alléger leurs peines. Face à l'inefficacité des thérapeutiques médicales ou des gri-gri religieux, le malade se résigne à subir sa douleur ; et pour peu qu'il soit fervent catholique, y voit l'expression d'une possibilité de salut ! C'est ainsi qu'à certaines époques, la douleur est même recherchée par des chrétiens, prêts à subir des mortifications pour se garantir une bonne place dans l'au-delà.

1. L'antiquité

De façon très générale, dans les premiers temps antiques, au Moyen-Orient et en Europe, les maladies et les douleurs sont expliquées plus ou moins irrationnellement. La médecine mythologique incrimine les dieux, des fluides magiques ou des démons. Les douleurs seraient envoyées par les dieux pour punir les hommes ayant fauté selon les Mésopotamiens, les Grecs avant le VII^e siècle avant J.C et les Romains avant le II^e siècle avant J.C. Même si certaines douleurs sont considérées comme l'œuvre de démons selon les Egyptiens, il ne s'agit pas d'une punition divine, mais d'une certaine « malchance ». A partir du VII^e siècle avant J.C, en Grèce, la médecine se dissocie progressivement de la magie et de la religion. En outre, les philosophes amorcent un mouvement de reconnaissance du corporel. La douleur est alors conceptualisée et expliquée de façon plus rationnelle. Avec le Corpus hippocratique et les différentes écoles médicales ou philosophiques grecques et romaines, la douleur devient une émotion siégeant dans le cœur et se surajoutant au processus de la maladie. Elle s'explique par un déséquilibre, qu'il soit entre les humeurs pour certains, ou bien entre les atomes, et qu'il soit dû aux solides ou au pneuma selon les auteurs. Dans tous les cas, la douleur est vue comme un indice assez précieux pour le diagnostic et le pronostic de la maladie en cours. Par ailleurs, en Asie aussi, c'est le déséquilibre qui génère les douleurs, déséquilibre entre les énergies pour les Chinois, déséquilibre entre la bile, le phlegme et le vent pour les Indiens qui s'intéressent encore plus à la souffrance humaine inhérente à l'existence que les hommes mènent.

1.1 Mésopotamie ancienne et Egypte : la douleur expliquée par la pénétration d'esprits mauvais ou démoniaques à l'intérieur du corps qui souffre ou par l'agression d'un agent extérieur

1.1.1. Mésopotamie [16 ; 37 ; 83]

La Mésopotamie, située en Asie antérieure, est considérée comme le berceau de la civilisation. Quatre grandes civilisations se sont succédées de – 4000 à –539 : les Sumériens, les Akkadiens, les Babyloniens et les Néobabyloniens, jusqu'à l'invasion par les Perses.

Toutes ces civilisations étaient empreintes d'une grande religiosité et expliquaient les phénomènes par les dieux ou la magie. Ces explications permettaient d'atténuer l'angoisse ressentie devant un phénomène tel que la douleur des maladies qui les dépassait.

1.1.1.1. Conception de la maladie et de la douleur

La médecine était très étroitement liée à la magie et à la religion.

➤ Existence de dieux et de démons jouant un rôle dans la santé, la maladie, les épidémies ...

- dieux :
 - Anu : décide des grandes catastrophes et des épidémies,
 - Enlil : ancêtre cosmique des médecins,
 - Mardouk (appelé aussi Ninib) : fils de Enlil et dieu guérisseur de Babylone,
 - Nabu (fils de Ninib) : dieu de toutes les sciences et de la médecine
- Démons et génies sont responsables de certaines maladies :
 - Tiu : migraine...

➤ Les maladies peuvent être dues à 2 grandes causes [83] :

- Punition ou châtiment envoyés par un dieu ou un démon irrité, lorsque l'individu a commis une faute, un péché (shertou en Akkadien) « la maladie a pour origine l'irritation des dieux ».

Remarque : la notion de faute était très large et tout pouvait être considéré comme faute possible.

- Maléfice d'un sorcier

➤ Guérison des maladies : réconciliation du malade avec les dieux responsables et/ou expulsion des forces maléfiques ayant pénétré dans l'individu.

Remarque : les douleurs dentaires étaient expliquées par la présence de vers envoyés par le dieu Anu (tablettes retrouvées par R.C. Thomson) [21].

1.1.1.2. Pratique de la médecine

➤ Médecine théocratique au départ, exercée par 3 groupes de prêtres : azus, barus, ashigus ayant pour fonction de découvrir la faute commise et le démon irrité afin d'obtenir l'expiation de la faute et donc la guérison du patient.

➤ Déroulement d'une consultation :

- interrogatoire pour recueillir les signes de la maladie, de la douleur et avoir une idée de la faute commise
- Examen clinique du patient

- Recours à diverses formes de la mantique : interrogatoire des vols d'oiseaux (lécanomancie), interprétation des rêves, hépatoscopie (le foie était considéré comme l'organe essentiel de la pensée et des sentiments).

➤ Thérapeutiques générales

- Religion : cérémonies magiques, exorcisme, incantations, sacrifices d'animaux, purification du malade.

Les prêtres Babyloniens de Chaldée avaient recours à la mandragore pour ses propriétés narcotiques et antalgiques lors des rites initiatiques dès 2000 avant J.C. [40]

- Pharmacopée : variée [16]

R.C. Thompson a établi 200 produits utilisés par les Assyriens
Des tablettes découvertes par Layard dénombrent 650 drogues

- Origine végétale : jusquiame, fenouil, chanvre, vin de palme, assa foetida, térébenthine, styrax, galbanum, opium, feuilles ou écorces de saule

- Origine minérale : soufre, sel, salpêtre

- Origine animale : urine, excréments humains, lait, cire, graisse d'éléphant, écailles de serpent, miel

Les drogues étaient administrées per os après avoir été purifiées et mélangées à du miel, du lait ou de la bière douce.

On ne sait pas l'usage qu'ils faisaient de l'opium, mais ils le répandirent en Perse et en Egypte [9].

L'administration d'un remède n'était qu'une pratique parmi d'autres relevant de l'art magique et religieux des guérisseurs. Au même titre que les incantations, le médicament était censé exorciser les démons de la maladie. Son action sur l'organisme n'était pas reconnue comme le facteur de la guérison: une divinité en avait voulu ainsi.

1.1.2. Egypte [37 ; 16]

L'Egypte a connu plusieurs époques de -3100 à -332, séparées par des périodes de troubles : l'ancien, le moyen, le nouvel Empire puis la basse époque de la domination étrangère.

1.1.2.1. Pensée médicale

1.1.2.1.1. Sources

Quelques connaissances médicales nous sont parvenues grâce à des documents tels que les papyrus médicaux (Ebers, Smith, Berlin...) ou les ostracas médicaux (éclats de calcaire ou fragments de poterie sur lesquels le scribe inscrivait un texte ou un dessin, certains mentionnant des recettes pharmaceutiques).

La médecine était liée à la magie et à la religion.

1.1.2.1.2. Conception de la maladie et de la douleur

➤ Existence de dieux jouant un rôle dans la santé ou dans la maladie

- Thot : il aurait guéri l'œil d'Horus
- Isis : les humeurs régissant le corps lui obéissent
- Horus : dieu guérisseur
- Seth : incarnation du mal et de la maladie
- Sekhmet : responsable de maux et d'épidémies

➤ Causes des maladies et de la douleur :

Plusieurs facteurs externes peuvent être à l'origine des maladies. Contrairement aux Babyloniens, la maladie n'était pas considérée comme la conséquence d'une faute, et rarement comme une punition divine. Pour eux, la maladie était la résultante d'une agression venue de l'extérieur, celle-ci pouvant être :

- un excès d'alimentation et/ou de boisson
- des vents : il en existait des bons et des mauvais. Les « iadets » étaient des démons subtils véhiculés dans l'air et porteurs de maladies les jours néfastes.
- les Oukhedous (ou whdw)
- les vers : les papyrus Ebers et Chester évoquent le rôle de vers dans la pathologie dentaire douloureuse [21]
- les causes occultes et psychiques

1.1.2.2. Pratique de la médecine

1.1.2.2.1. Médecine magique

La médecine était exercée :

- par des médecins appelés « sounous » qui avaient une spécialité : « l'homme qui soulage ceux qui ont mal », « celui qui s'intéresse aux individus souffrants »
- par des prêtres de Sekhmet qui servaient d'intermédiaire entre la terrible déesse et le patient

1.1.2.2.2. Thérapeutiques disponibles

➤ D'une façon générale

- Pratiques magiques
 - Incantations : « j'ai des formules qu'a faites le Maître Universel pour écarter la douleur causée par un dieu ou une déesse, par un mort ou une morte... [Rê] a dit : « c'est moi qui le protégerai contre ses ennemis. Ce sera Thot son guide

[...] lui qui est l'auteur du recueil ; il donne l'habileté aux [...] médecins, ses disciples, pour délivrer (de la maladie) celui que Dieu désire maintenir en vie » (extrait du papyrus d'Ebers)

- Talismans : croix, cordelettes nouées 7 fois

- Pharmacopée : 3 types de substances
 - Origine végétale : basilic, oignon, laitue sauvage, mandragore (appelée abraun), coriandre, haschisch, jusquiame noire, orge, vin, bière, vinaigre, pavot, opium, safran, sauge, myrte, belladone, cannelle, saule...
 - Origine animale : miel, extraits de foie, lait des femmes
 - Origine minérale : argile, brique, sulfure d'arsenic, pierre de Memphis, boue, sable, antimoine...
- Chirurgie : trépanations, exérèse de kystes, réduction de fractures

➤ Gestion de la douleur [16]

ℳ

- Douleurs dues à des maladies ou à des traumatismes
 - Application d'onguents préparés avec du sang menstruel et du vin sur les zones douloureuses
 - Utilisation de l'oignon :
 - * en cataplasme contre les douleurs rhumatismales
 - * dans la cavité d'une carie pour soulager la douleur dentaire
 - souris frite dans l'huile pour soulager une douleur dentaire
 - utilisation de myrte et de feuilles de saule en tisane contre certains états inflammatoires douloureux, de feuilles de myrte macérées dans la bière contre les douleurs utérines (papyrus d'Ebers) [63]
 - népenthès (jusquiame, vin..)
 - le papyrus d'Ebers recommande de donner du pavot aux enfants qui pleurent : ses propriétés calmantes étaient donc connues [68].
- Douleurs dues aux actes chirurgicaux
 - Dioscoride et Pline l'Ancien ont décrit l'utilisation en Egypte du memphitis ou pierre de Memphis (marbre du Caire) : elle aurait été appliquée sous la peau après réduction en poudre, d'après Dioscoride, afin de diminuer la sensibilité opératoire. Pline explique ses propriétés étourdissantes par des vapeurs de gaz dégagées lorsque la pierre (du marbre selon lui) est mélangée à du vinaigre. Les recherches effectuées récemment par Baslez tendent à montrer qu'il s'agit ou

bien de pierre siliceuse recouverte d'opium, ou bien d'asphalte enflammé libérant des vapeurs bitumineuses [38].

- Les propriétés hypnotiques de la mandragore étaient connues des Egyptiens : on retrouve la plante comme décoration et comme offrande dans des tombes datant de 1500 avant J.C. La légende de Hathor raconte que le dieu soleil Amon Râ a endormi sa fille Hathor à l'aide du jus de mandragore alors qu'elle s'apprêtait à massacrer l'humanité. L'utilisait-on avant de procéder à des incisions ? [40]

1.2. la Grèce antique

Les Grecs ont été les premiers à s'être détachés des croyances religieuses traditionnelles pour réfléchir de façon rationnelle sur les phénomènes du monde, mais un long cheminement fut nécessaire.

1.2.1. La douleur : une place importante dans la pensée philosophique grecque.

1.2.1.1. Dans les textes anciens : différentes sortes de douleurs en relation avec les explications théologiques et le fatum (destin)

1.2.1.1.1. Homère et les douleurs aiguës des combats [78 ; 35]

Par ses textes, Homère fait figure d'éducateur de la Grèce. L'existence de dieux et des mythes qui s'y rattachaient était l'explication de tous les phénomènes observés. Dans l'Iliade (VII^e siècle avant J.C), les dieux (dont la conduite n'était pas irréprochable dans le domaine de la morale) sont montrés comme insensibles aux souffrances et aux malheurs des hommes. La douleur y est prépondérante du fait des nombreuses blessures de guerre qui y sont rapportées. Il y est donc beaucoup question de douleurs aiguës touchant les guerriers qui se doivent de les braver courageusement pour ne pas faire figure de lâches.

1.2.1.1.2. du VI^e siècle au V^e siècle avant J.C : Euripide, Eschyle, Sophocle et la douleur morale [78 ; 35]

Les tragiques grecs ont cherché à expliquer les causes de la souffrance, particulièrement de la souffrance morale. Pour eux, la souffrance :

- était envoyée par les dieux justement ou injustement
 - * pour nous éprouver et nous surpasser
 - * pour les fautes de nos ancêtres

- était chargée d'apprendre la sagesse aux hommes
« il est salubre d'apprendre la sagesse grâce à la souffrance »
Euménides d'Eschyle
- devait être surmontée courageusement, de façon impassible
« à mes yeux, il est interdit de verser des larmes » dit Artémis à Hippolyte qui se meurt, Hippolyte d'Euripide

1.2.1.1.3. l'orphisme ou une vie dans la douleur et la souffrance pour libérer l'âme

Avant d'être un mouvement littéraire, l'orphisme, courant religieux du VI^e siècle avant J.C., a essayé de fournir des explications sur le monde et la vie, ainsi que sur la façon dont il fallait mener son existence. Selon cette idéologie, il nous faut purifier notre âme, immortelle mais emprisonnée dans notre corps, par des règles strictes et expiatoires (jeûnes et ascétisme) afin qu'elle puisse se libérer (ceci se passant sur plusieurs existences ou transmigrations). Les individus n'ayant pas purifié leur âme purgeront des peines dans la vie future. Les adeptes du Pythagorisme croiront eux aussi à la transmigration des âmes.

1.2.1.2. la philosophie hellénistique : vers une reconnaissance de la douleur

1.2.1.2.1. La conceptualisation de la douleur

A partir du V^e siècle avant J.C., la notion de personne se constitue : les penseurs grecs amorcent un mouvement de reconnaissance du corporel et par-là même une reconnaissance de la douleur. En fait, cette conceptualisation de la douleur s'est opérée en même temps que celle du plaisir (notion sur laquelle de vifs débats furent rondement menés), considéré comme son corollaire.

La douleur est dégagée des châtimens infernaux : dès le milieu du V^e siècle avant J.C., Empédocle conçoit la douleur sur le modèle de l'insatisfaction alimentaire : besoin de compléter le semblable par le semblable.

Pendant longtemps, des querelles eurent lieu :

- A propos du caractère du plaisir et de la façon d'aborder la douleur.

D'une façon générale, 3 conceptions du plaisir s'affrontaient :

- Certains considéraient le plaisir comme un bien à rechercher absolument ; la douleur était conçue comme un mal à éviter : c'est le cas des Cyrénaïques
- D'autres considéraient que le plaisir n'est jamais un bien ; et la douleur, sans être fondamentalement un bien, pouvait être recherchée non pour elle-même, mais pour les vertus qu'elle apporte : les Cyniques

- Enfin, d'autres pensaient que le plaisir n'est pas toujours un bien ; différentes sortes de plaisirs existent : des nécessaires, des nuisibles, des mauvais, des honteux, des répréhensibles... dans cette optique, les douleurs étaient

* en général, à éviter pour Aristote et les épicuriens

* à supporter pour les stoïques et les sceptiques

- A propos du rapport douleur et plaisir :
 - le plaisir est-il l'absence de douleur et la douleur l'absence de plaisir, ou bien existe-t'il un état intermédiaire ?
 - le plaisir et la douleur s'excluent-ils mutuellement ?

1.2.1.2.2. Les grandes écoles face à la douleur

➤ *Platon* (- 428 à – 348) [8 ; 75]

Dans le *Philèbe*, Platon nous donne la définition du plaisir et de la douleur telles que les concevait Socrate. Ce dernier a repris à son compte le modèle d'Empédocle.

Concernant le corps, la douleur s'explique par la notion d'insatisfaction d'un besoin. Il illustre son propos avec le modèle de la soif et expose une théorie sur l'harmonie vitale. Selon lui, un état d'équilibre existe et engendre l'harmonie vitale, sans douleur, ni plaisir. Il arrive que des variations surviennent dans un sens ou dans un autre. Lorsque ces variations sont minimales ou modérées, elles nous laissent insensibles ; mais lorsqu'elles deviennent importantes, l'équilibre se défait, entraînant la douleur ; la restauration de l'équilibre est plaisir. Dans le *Phédon*, Socrate, au moment où il est libéré, retrouve le plaisir après avoir connu la douleur des chaînes.

A ce modèle corporel, il ajoute la notion de désir et l'intervention de l'âme qui peut anticiper la douleur ou le plaisir, ce faisant douleur et plaisir (senti ou anticipé, corporel ou moral) peuvent coexister : « on peut avoir du plaisir en même temps qu'une souffrance » (Socrate à Calliclès dans le *Gorgias*).

Platon est aussi le père du concept du « pneuma » : il s'agit du souffle vital qui circule dans l'organisme ; concept qui sera repris par les pneumatistes romains du I^{er} siècle après J.C et ceux du XVIII^e siècle.

➤ *Aristote* (- 385 à – 322) [2 ; 8]

Philosophe et savant, il a défini la douleur comme un affect, une émotion dont le siège est le cœur. « Les phénomènes de l'âme sont de 3 sortes, les états affectifs, les facultés et les dispositions [...] j'entends par états affectifs, l'appétit, la colère, [...], toutes les inclinations accompagnées

de plaisir ou de peine ». La douleur est vue comme une émotion se surajoutant au processus de la maladie et un outil permettant de dicter notre conduite. La douleur ou la souffrance consécutives à certaines excitations ou réactions de l'organisme engendrent un type de comportements pour éviter de se réexposer à ce genre de situations : le plaisir ou le déplaisir expriment quelque avantage ou quelque obstacle pour la vie.

Selon lui, pour lutter contre la douleur il suffisait de lui opposer un plaisir, n'importe lequel, du moment qu'il était violent.

» *Cyniques et stoïques : Diogène, Antisthène, Zénon* [8 ; 41]

- Cyniques

- ❖ Antisthène

- L'homme doit s'endurcir et c'est par l'ascèse qu'il y parvient. Il faut entraîner son corps à affronter sans

- souffrir les privations : endurcissement corporel

- La souffrance physique nous contraint à l'effort et son acceptation nous fait nous réaliser.

- ❖ Socrate a eu une attitude cynique : Platon décrit le Socrate furieux qui s'infligeait « des épreuves en se roulant en été dans le sable brûlant, ou en embrassant, en hiver, les statues recouvertes de neige » [4]

- ❖ Diogène

- On raconte qu'il cherchait à se rendre insensible à la douleur, au froid, à la chaleur, à la faim...

- ❖ La douleur comme moyen d'éducation et comme moyen d'accès à une identité sociale [4] :

- Dans la République de Platon, la douleur est imposée aux jeunes spartiates sous forme d'un régime, de violences et de combats... afin que seuls les plus aptes à s'endurcir puissent prétendre garder la cité.

- Dans les Lois, Mégillos présente les épreuves destinées à former les futurs guerriers

- Selon Xénophon, les éphèbes « étaient déchirés à coups de fouet pendant toute la journée [...] le supportant joyeux et fiers »

- Stoïques grecs [8]

Pour eux, tout ce qui ne dépend pas de nous (la beauté, la richesse, la santé, la douleur...) n'est ni bon, ni mauvais ; et nous est alors indifférent. La douleur n'est donc pas un mal et ne compte pas pour le sage. Il faut la supporter lorsqu'elle se présente. Elle n'est pas non plus à rechercher obligatoirement. En fait, il faut rechercher ce qui est bien

moralement, indépendamment des plaisirs ou des souffrances que cela implique.

➤ *Hédonisme avec Aristippe de Cyrène* [8 ; 9]

Selon les cyrénaïques, la souffrance (comme le plaisir, du reste) est une affection (un état de l'âme) et se caractérise par un mouvement rugueux, violent et pénible. Les pires souffrances sont les souffrances corporelles. L'état de souffrance ne correspond pas à l'absence de plaisir ; plaisir et souffrance sont autonomes, indépendants l'un de l'autre ; le plaisir (considéré comme un bien même lorsqu'il est honteux) étant à cueillir dans l'instant et à rechercher de façon permanente pour lui-même, tandis que les situations de douleurs et de souffrance sont à fuir.

➤ *Epicurisme avec Epicure* (- 342 à - 270) [8 ; 9 ; 31]

La douleur pour les épicuriens est une des 3 passions (avec la joie et le désir) indissociablement liée au plaisir, l'un excluant l'autre. La douleur est du domaine du manque et du dépérissement, elle préfigure la mort. « Le plaisir est le principe et le but de la vie bienheureuse » écrit-il dans lettre à Ménécée ; mais tous les plaisirs ne sont pas à rechercher car certains apportent ensuite des douleurs plus grandes. Les plaisirs qu'il faut poursuivre sont les plaisirs stables en satisfaisant les désirs nécessaires et naturels ; les plaisirs inutiles ne doivent pas être poursuivis sous peine de provoquer ensuite de la douleur ou de la peine. De même, toutes les douleurs ne sont pas forcément à éviter de façon réflexe : « toute espèce de douleur est un mal, sans que toutes les douleurs soient à fuir obligatoirement » (lettre à Ménécée). Il convient d'analyser les situations pour choisir celles qui nous apportent la santé du corps et la sérénité de l'âme. Les épicuriens recherchaient plus l'absence de troubles (= l'ataraxie) que les plaisirs véritablement. Selon eux, les douleurs les pires sont celles de l'âme ; et les douleurs physiques sont réductibles et supportables grâce à des stratagèmes psychiques tels que la diversion psychique : on oppose à la douleur de la maladie le plaisir de souvenirs agréables, d'amitié partagée. « Les douleurs que provoquent la rétention d'urine et la dysenterie se sont succédées sans que s'atténue l'intensité extrême qui est la leur ; mais à tout cela la joie qu'éprouve mon âme a résisté, au souvenir de nos conversations passées » (lettre à Idoménée)

➤ *Scepticisme avec Pyrrhon* [8]

Quoi qu'il arrive, les sceptiques restent dans une indifférence totale car ils ne considèrent pas que ce qui arrive est un bien ou un mal. Ainsi, la douleur n'est ni bonne ni mal. L'indifférence de Pyrrhon a été rapportée à l'occasion d'une blessure sur laquelle on pratiqua incisions et cautères sans qu'il ne fronce les sourcils.

1.2.2. La médecine grecque : vers une rationalisation de la douleur

La médecine grecque a connu plusieurs périodes successives, de la médecine mythologique à la médecine post-hippocratique.

1.2.2.1. La médecine mythologique jusqu'au VI^e siècle avant J.C

La médecine était intriquée avec la religion et la magie comme en Mésopotamie et en Egypte.

1.2.2.1.1. Pensée médicale [37]

➤ Existence de dieux de la santé

- ✓ - Panacée : déesse de la guérison
- Asclépios : dieu de la vie, de la médecine et des plantes salutaires
- Epione (femme d'Asclépios) : soulage les douleurs
- Héraklès, mi-homme mi-dieu, considéré comme un médecin

➤ Conceptions sur les maladies et les souffrances

- Causes des maladies
 - Mythe de Pandore raconté par Hésiode (poète du VII^e siècle avant J.C) : on raconte que Zeus, pour se venger de ce que Prométhée avait dérobé le feu pour le donner aux hommes, lui infligea non seulement le supplice perpétuel d'avoir le foie dévoré chaque jour par un vautour ; mais envoya à son frère un cadeau empoisonné sous la forme de Pandore, la plus belle femme qui soit (mais aussi la plus stupide !). Un jour, Pandore, désobéissant aux vœux de Prométhée, ouvrit une jarre dans laquelle son beau-frère avait eu beaucoup de peine à enfermer tous les maux pouvant frapper le genre humain. Les malheurs ainsi libérés (vieillesse, maladie, douleur, travail...) se répandirent sur la terre ; et seule l'espérance resta dans la jarre pour éviter un suicide collectif. Dans ce mythe (misogyne, du reste), la maladie et la douleur sont envoyées par le dieu tout puissant pour se venger des hommes...à cause de la bêtise d'une femme. [33 ; 35]
 - Interventions divines : les maladies étaient l'expression d'une punition divine et traduisaient la colère des dieux
- Guérison des maladies
 - Secret et moyens de la guérison connus exclusivement des dieux
 - Certaines blessures (traumatiques) pouvaient être soignées par les hommes de par leurs connaissances anatomiques

- Certaines plantes peuvent aussi entraîner la guérison.

1.2.2.1.2. Pratique médicale

- Empirique
- Par des prêtres médecins (notamment les prêtres médecins du temple d'Apollon) qui :
 - * détenaient les secrets de la guérison provenant des dieux eux-mêmes
 - * utilisaient les vapeurs de certaines substances (opium vraisemblablement) pour provoquer des réactions chez les jeunes filles et impressionner les consultants.

1.2.2.1.3. Thérapeutique

- d. > Magie
 - imposition des mains
 - purification, sacrifices et ablutions dans l'eau sacrée de certaines fontaines
 - incubation = procédure oraculaire par laquelle le dieu apporte le remède au consultant dans un songe. Ce rituel s'observe dans un lieu particulier du temple (encoiméterion) dans lequel le consultant n'entre que s'il est exempt de souillure morale et physique (abstinence sexuelle nécessaire par exemple) [12].
 - soins des blessures externes
- > Médicaments : pharmaka d'usage externe pour atténuer les souffrances
 - Homère cite le népenthès dans l'Odyssée : la belle Hélène en administre à Télémaque pour dissiper ses craintes. Selon les sources, la composition du népenthès est différente (vin, oignon, miel, lait de chèvre, farine blanche) [9].
 - Le pavot était utilisé : il apparaît sur les frises du temple de Bacchus à Baalbeck et certains racontent que Demeter, après avoir perdu Perséphone, en aurait absorbé pour dissiper son chagrin [9]. Selon d'autres sources, il s'agirait d'une boisson d'orge parfumée à la menthe avec des grains d'orge [33] (boisson appelée cycéon chez certains auteurs) [12].
 - mandragore (plante de Circé)

1.2.2.2. De la dissociation médecine-magie à l'explication rationnelle des maladies

1.2.2.2.1. Evolution de la pensée

➤ A partir du VII^e siècle avant J.C, des philosophes-médecins tels *Pythagore, Thalès ou Empédocle*, cherchant à expliquer les phénomènes physiques du monde et à comprendre le vivant en appliquant les lois physiques à la physiologie, ont permis de séparer la médecine et la magie.

Thalès (- 625 à – 547) et l'école de Milet furent les premiers à tenter de donner une explication rationnelle, et non mythologique, de l'univers qui découlerait selon eux d'un principe unique (sur lequel ils n'étaient pas d'accord : eau, air ou matière indéterminée selon les uns ou les autres). Pythagore (-560 à – 480), pour qui « tout est nombre » (et non pas eau, air ou feu), conçoit la santé comme le résultat d'une harmonie secrète entre les nombres.

➤ *Le Corpus hippocratique au IV^e siècle avant J.C. [37]*

- Conceptions sur la maladie

« les maladies ont une cause naturelle et non surnaturelle, cause que l'on peut étudier et comprendre »

- ❖ concept de la théorie des humeurs

La fonction vitale de l'organisme est liée à la sécrétion de 4 types d'humeurs par l'organisme :

- le sang élaboré par le cœur
- le phlegme sécrété par l'hypophyse
- la bile jaune sécrétée par le foie
- la bile noire sécrétée par les petites veines

A l'état normal, il existe un équilibre entre les sécrétions, garant de la santé. Si une des substances est sécrétée en excès ou bien se déplace vers un site inadéquat, alors cela peut entraîner une maladie à l'endroit où l'humeur manque et à celui où elle se retrouve de façon abondante. La quantité en excès doit être éliminée de l'organisme.

❖ Causes de la rupture de l'équilibre fondamental : des facteurs intrinsèques et/ou des facteurs extrinsèques

âge
sexe

eau
saisons
air
alimentation

- conceptions sur la douleur

❖ mécanisme : la douleur naît de l'accumulation de l'humeur en excès

« Le corps de l'homme renferme du sang, du phlegme, de la bile jaune, de la bile noire [...] quand l'une de ces humeurs s'isole et se tient à part [...] l'endroit qu'elle a quitté devient malade, mais aussi celui où elle va se fixer et s'amasser, par suite d'un engorgement excessif, provoque souffrance et douleur. » Hippocrate, de la nature de l'homme [77].

❖ utilité de la douleur :

- indice important (mais pas le seul signe) pour établir :

- le diagnostic de la maladie
- et la thérapeutique appropriée.

Il faut donc faire préciser certaines caractéristiques de la douleur au patient :

- moment d'apparition
- durée
- rapport avec les évacuations possibles
- intensité : elle est codifiée : légère (douce) / forte (aiguë)
- siège par rapport au diaphragme pour savoir s'il faudra purger par en haut ou par en bas

- moyen thérapeutique pouvant permettre la résolution de la maladie

➤ *école médicale d'Alexandrie* pendant la dynastie des Ptolémées : Hérophile et Erasistrate, rejet de la théorie des humeurs et premiers pas dans la connaissance du système nerveux.

- Hérophile (-330 à -250) étudie le système nerveux et les méninges. Il attribue les pensées et les sentiments au cerveau ; le cœur ne servant qu'à entretenir la chaleur du corps. Il localise la naissance des nerfs moteurs dans la moelle et le cerveau et trouve 7 paires de nerfs crâniens. Le fonctionnement des nerfs est le fait du pneuma sensoriel, élément invisible mais matériel.

- Erasistrate (-304 à -245) est considéré comme le fondateur de la physiologie. Il a distingué les nerfs sensitifs des nerfs moteurs suite à ses travaux de vivisections. Selon lui, le corps est constitué par un binôme de solides et de liquides. Si le rapport entre ces deux entités s'éloigne trop de la normale, alors des troubles surviennent. La douleur est la conséquence d'un mauvais équilibre, strictum (trame solide manquant de souplesse) ou laxum (trame solide trop molle) [21].

1.2.2.2.2. thérapeutiques de la douleur

➤ douleur de la maladie

- diététique
- pharmacopée :
 - mandragore, appelée plante de Circé, (usage par voie interne en alcoolat à titre spasmodique et sédatif, en voie externe dans le traitement des hémorroïdes)
 - saule
 - jusquiame
 - cycéon (vin avec du lait de chèvre pour certains ; composition différente pour d'autres)
 - chanvre
 - violettes : des couronnes de violettes dissipent les maux de tête dûs à la crapula (orgies et ivresse) selon Hippocrate [61]
- procédés physiques : [20 ; 73 ; 78]
 - saignées : rarement utilisées [20]
 - chaleur : affusions, fomentations, bains (céphalalgie traitée par des affusions abondantes et chaudes sur la tête) [20]
 - froid (aspersion d'eau froide dans les douleurs sans ulcère) [73]
 - poses de ventouses et scarifications (douleurs fixées à la peau) [73]
 - thérapeutique par le semblable : on peut lire dans la collection hippocratique que la douleur permet de se débarrasser d'une autre douleur, cependant on ne sait pas quelles étaient les pratiques envisagées :
 - « faire le semblable, par exemple la douleur calme la douleur » Epidémies V
 - « de deux douleurs simultanées, mais non dans le même lieu, la plus forte obscurcit l'autre » Aphorismes II [20]
 - feu, cautérisation et moxas (application d'un morceau de lin en feu sur la partie postérieure de la cuisse dans les douleurs de la sciatique) permettent de dériver une humeur vers un autre lieu pour équilibrer l'ensemble.[20]

➤ douleur lors des opérations [16 ; 40 ; 63]

- plantes : mandragore, pavot (Hippocrate connaît ses propriétés hypnotiques), saule (une tisane de feuilles de saule pour soulager les douleurs de l'enfantement)
- manière d'opérer : exécution rapide si petite incision ; opérer lentement quand il est nécessaire d'inciser plusieurs fois.

1.3. L'Italie

1.3.1. Contexte philosophique et religieux : stoïques romains et martyrs chrétiens ou la noblesse de la douleur

1.3.1.1. Le nouveau stoïcisme à Rome : Cicéron (- 106 à - 43), Sénèque (-4 à + 65), Epictète (+50 à + 125), Marc-Aurèle (121 à 180) [4 ; 30 ; 62 ; 66]

Ces auteurs ont repris la philosophie grecque stoïque et l'ont poussée à son paroxysme. La douleur, qu'elle soit corporelle ou morale, doit être supportée impassiblement : « Supporte et abstiens-toi ». Le stoïcien « doit passer aux yeux du vulgaire pour insensible, pour une véritable pierre », Epictète.

« Sois semblable à un promontoire contre lequel les flots viennent sans cesse se briser ; le promontoire demeure immobile, et dompte la fureur de l'onde qui bouillonne autour de lui » Marc-Aurèle, Pensées XLIX

Les stoïciens romains prônaient non seulement un endurcissement du corps comme leurs prédécesseurs grecs, mais aussi un endurcissement de l'âme pour ne pas se laisser surprendre par des douleurs corporelles ou des malheurs. L'excès de douleur provoque une insensibilisation à la douleur.

Douleur et souffrance ne sont pas des biens en eux-mêmes : c'est la vertu qui nous force à les supporter qui est le plus grand bien, car c'est la condition de l'apprentissage et du surpassement de soi-même.. Il n'y a de mal que ce qui est honteux ; or la douleur n'est pas honteuse ; la douleur n'est donc pas un mal. Cicéron accusait les personnes qui faisaient de la douleur le mal suprême d'être des « eunuques et des femmelettes ». Posidonius, frappé d'une crise de goutte, aurait même dit « rien à faire, douleur, si pénible que tu sois, jamais je n'avouerai que tu es un mal », peut-être pour ne pas lui donner raison et ne pas se donner vaincu.[62]

Selon eux, il est possible d'adopter une attitude stoïque face à la douleur car la douleur ne dépend pas de nous et tout ce qui ne dépend pas de nous n'est rien pour nous. En outre c'est le moyen d'accéder à la liberté ; car se battre contre les choses qui ne dépendent pas de nous est une entrave. Cependant, si l'on veut moins souffrir, philosopher est une excellente solution selon Sénèque !

1.3.1.2. La persécution des chrétiens : la douleur et la mort revendiquées comme moyens du salut [3; 11]

Le christianisme, né en Palestine, après la résurrection de Jésus (en 30), se heurte assez rapidement à l'idéologie du culte de l'empereur en vigueur à Rome et dans tout l'Empire. Le mouvement a alors connu des périodes de persécutions (avec une législation antichrétienne) alternant avec des périodes plus calmes amorcées par des édits dits de tolérance. Les chrétiens qui ne veulent pas abjurer sont condamnés au feu, à la décollation, ou aux bêtes sauvages du cirque... et meurent dans la certitude du salut. De nombreux chrétiens voyaient le martyre comme le moyen d'accéder au pardon : le martyre était alors à la mode et souvent volontaire, en tout cas dans la joie et l'impatience !!! C'est ainsi qu'au II^e siècle, une foule de chrétiens est venue proclamer son appartenance au groupe devant le proconsul d'Asie, Arrius Antoninus, et le supplier de les mettre à mort pour en faire des martyres!!! De même, Ignace d'Antioche accepta d'être livré aux fauves en 107 après avoir refusé l'aide de

personnages influents qui voulaient le libérer. En plus de ces élans plus ou moins spontanés, l'Eglise chrétienne connut quelques vraies persécutions qui touchèrent d'abord les grandes villes puis l'armée au sein de laquelle de nombreux soldats s'étaient convertis.

Quelques persécutions ponctuelles eurent lieu dès le I^{er} siècle sous Néron en 64 avec la décapitation de Paul, la crucifixion de Pierre et d'André, sous Domitien et Trajan; mais les vraies persécutions systématiques commencèrent au III^e siècle :

- sous l'Empereur Dèce (un général) qui voulait réformer la religion : nombreuses abjurations de chrétiens de 249 à 251.
- sous l'Empereur Valérien (257 à 259) : décapitation de St Cyprien de Carthage
- sous Dioclétien (303-304) : saint Côme et saint Damien (frères médecins martyrisés en Syrie), saint Erasme (ou Saint Elme), décapitation de saints Marcellin et Pierre, égorgement de sainte Suzanne ...

Tous ces martyres morts dans la douleur et la joie furent ensuite vénérés et leur vie racontée, enrichie de légendes, notamment à partir du Moyen-Age.

Remarque : il est intéressant de voir des similitudes dans les légendes du mouvement stoïque et des martyres chrétiens. Dans les deux cas, on rapporte des histoires sur des personnages qui, menés au supplice de la décollation, auraient repris leur tête ou l'auraient tendue au bourreau : Lusitanus pour les stoïques, Perpétua et Saint Etienne chez les chrétiens.

1.3.2. La médecine romaine

1.3.2.1. L'évolution de la pensée médicale au cours des siècles [37]

1.3.2.1.1. La médecine divinatoire

Même médecine que pour les peuples précédemment étudiés, avec des dieux de la santé (le culte d'Esculape a été introduit à Rome en – 295 ; Hygie considérée comme la maîtresse de la santé humaine).

1.3.2.1.2. A partir du I^{er} siècle avant J.C.

➤ *De nombreuses sectes médicales ayant des conceptions différentes sur la douleur*

- Les atomistes : l'organisme humain est constitué d'un ensemble d' « atomes » en mouvement. La douleur est la conséquence d'une mauvaise disposition de ces atomes.
- Les méthodistes : Caelius Aurelianus est considéré comme le porte-parole de la secte méthodiste après avoir écrit son traité *De acutis et chronicis morbis*. Il divise les maladies en deux groupes : les unes causées par une trop forte contractibilité des tissus (*strictum*) sont caractérisées par la douleur et des parties dures, les autres causées par un relâchement (*laxum*) sont caractérisées par des évacuations et peu de douleurs [21].

- Les pneumatistes : leur doctrine repose sur les principes de la philosophie stoïcienne, notamment celle de Platon qui avait introduit le concept du pneuma en Grèce. La douleur est due à une accumulation de ce souffle vital dans un organe.
- Les éclectistes avec Arétée de Cappadoce (vers 50 après J.C) : l'état de santé est le résultat d'un équilibre équitable de solides, de lies et d'esprits. La douleur est un processus de dérèglement interne inhérent aux solides ; ce qui est très dense n'est pas susceptible à la douleur.

➤ *Celse* (Ier siècle avant J.C.)

Celse a repris les règles hippocratiques sur l'équilibre nécessaire des humeurs dans la santé et les facteurs externes (climatiques, alimentaires...) Ainsi, la douleur a une couleur (c'est à dire des caractéristiques particulières) différente selon l'âge du patient, son tempérament, son sexe, la saison dans laquelle on se trouve...

Exemples : les douleurs en hiver sont les maux de tête, les maux de gorge et les maladies des viscères (facteurs externes climatiques)

Les douleurs dentaires viennent de l'excès de pituite (humeur froide) contenue dans le cerveau et touchent donc particulièrement les individus ayant un tempérament pituitaire. L'absorption d'aliments chauds et de produits caractérisés par leur chaleur ou leur sécheresse permet de lutter contre cette tendance.

➤ *II^e siècle après J.C. : la médecine galénique* [37 ; 78]

Galien a bouleversé le monde médical : ses conceptions et théories (pour certaines erronées) deviendront de véritables dogmes pendant de nombreux siècles. Il a, entre autres, étudié le système nerveux au moyen de dissections animales et ses observations lui ont permis d'approcher la douleur différemment de ses prédécesseurs.

- Mécanismes de la douleur

La douleur est une perception relevant du toucher.

❖ Mécanisme général d'une perception selon Galien :

La qualité sensible est reçue par l'organe sensoriel (= sensation), puis cette sensation est transmise au cerveau -via les nerfs sensitifs (nerfs mous antérieurs), par le passage du pneuma psychique- pour devenir perception consciente. Le cerveau, dans sa portion antérieure, est composé de trois parties renfermant trois puissances : l'imagination, la pensée, la mémoire.

❖ Application à la douleur

La douleur s'explique par un changement interne dû à une altération du tempérament individuel (qualités) ou par une rupture des parties (déchirure, coupures, destruction) mettant en éveil le pneuma psychique au niveau de l'organe receveur ; le pneuma empruntant alors les voies de passage constituées par les nerfs sensitifs pour communiquer la sensation au cerveau et en faire la perception consciente.

Plus le changement est brusque, plus la douleur est importante. Si le changement se fait progressivement, alors on ne sent pas la douleur.

• Caractéristiques de la douleur

Elles sont à faire préciser car elles orientent le diagnostic

❖ Différentes formes :

- pulsative (dans les inflammations)
- gravative (dans les tumeurs)
- tensive
- pongitive
- térébrante

❖ Siège de la douleur : il désigne le processus pathologique

• Utilité de la douleur

- Avertir et protéger l'organisme
- Indiquer la maladie (l'organe atteint et la cause)

1.3.2.2. Les remèdes contre la douleur

1.3.2.2.1. Douleurs de la maladie

Idem à la Grèce

➤ Utilisation des végétaux tels que

- le chou : soigne les céphalées (Celse) [16]
- Feuilles de saule (Celse, Pline l'Ancien, Galien, Dioscoride) [63]

- Mandragore : décrite par Celse, Dioscoride, Galien pour son action narcotique [40].

« cuire la racine de mandragore avec du vin jusqu'à réduction à un tiers. Après avoir clarifié la décoction, ils la conservent et en administrent un verre pour faire dormir ou amortir une douleur véhémente, ou bien avant de cautériser ou de couper un membre » Dioscoride, De Materia Medica.

- Opium : Galien le décrit comme « la drogue la plus puissante pour engourdir les sens » [9]. Il l'associe à des antispasmodiques comme le camphre ou le castoréum [73].

- La Thériaque : plus de 60 substances (dont l'opium, la lavande, valériane, myrrhe...) entrent dans sa composition. Elle est indiquée en curatif contre les céphalées et un tas d'affections et en préventif [37].
- myrrhe, safran, pyrèthre, graines de moutarde broyées à enduire sur un linge et à appliquer sur le bras du côté de la dent douloureuse (Celse) [49].
- camomille : soulage les migraines et les névralgies (Galien) [59].
- pourpier : utile, sous forme de cataplasmes de feuilles pilées crues, dans les douleurs de la tête dues à des insolations chez les enfants ou bien à mâcher crues dans les douleurs dentaires (Pline) [54].
- jusquiame (cuite avec du vin et d'autres substances comme des grappes de lupin ou du sel) conseillée par Celse, Aurelianus et Scribonius Largus contre les douleurs dentaires en bain de bouche chaud ou en fumigation [21].
- menthe conseillée par Celse et Scribonius Largus contre les douleurs dentaires. Celse recommande son emploi en fumigation pour faire évacuer la pituite et Scribonius Largus recommande de la mâcher crue [21].
- pilules de cynoglosse décrites par Pline dans lesquelles selon lui on trouve de la myrrhe ; mais la composition complète de l'époque ne nous est pas encore révélée [49].
- oignon : du jus d'oignon avec du lait de femme appliqué sur les dents douloureuses apporte un apaisement (Pline l'Ancien) [60].
- lierre : recommandé par Erasistrate, Dioscoride, Celse... contre les maux de dents. C'est à placer dans la dent douloureuse ou dans l'oreille du côté opposé ou dans la narine du côté douloureux selon l'auteur ! [52].

➤ Procédés physiques

- Eau : sous forme de bains
 - ❖ différentes eaux
 - eau alcaline contre les gastralgies
 - eau sulfureuse en cas de rhumatismes [37]

Les premiers thermes furent des thermes galloromains (les druides gaulois prônaient déjà la balnéothérapie contre les rhumatismes) [25].
 - ❖ différentes températures
 - bains chauds contre les douleurs dues aux maladies par strictum (Caelius Aurelianus) [21]
 - bains froids contre celles moins nombreuses des maladies par laxum
- Thérapeutiques par le semblable : Frictions rudes (Celse) [73]
- Feu dans la sciatique (Celse) [73]

- Froid : ingestion de glace et application sur le ventre en cas de coliques (Lusitanus) [73]
- Scarifications dans les douleurs du ventre et de la matrice [73]
- Ventouses, massages, saignées (pour évacuer l'humeur trop importante ou pour diminuer le strictum selon les différentes conceptions de la maladie)

➤ Alimentation : du vin et de la nourriture solide dans les douleurs des yeux et de la tête (Galien) [73]

1.3.2.2.2. Douleur inhérente au geste médical

- Des cas d'amputation sous narcose ont été rapportés par Lucius Apuléus [73], mais ce n'est pas vérifiable.
- Mandragore [40] : * Pline l'Ancien recommande 1 cyathe (= 0,45L) de vin de mandragore avant les ponctions et les incisions pour engourdir les sens
 - * Dioscoride aussi recommande l'usage de mandragore avant les amputations et les accouchements, sous forme du morion en inhalation, dans sa Matière Médicale.
 - * Apulée, au IV^e siècle, dans De virtutibus herbarum « si l'on doit couper ou cautériser quelque membre, ou y porter le fer, que le patient boive une demi once de mandragore dans du vin, et il dormira jusqu'à ce que le membre soit coupé, sans éprouver aucune douleur »

1.4. En Asie

1.4.1. En chine [15 ; 70 ; 74 ; 79]

1.4.1.1. Notions générales

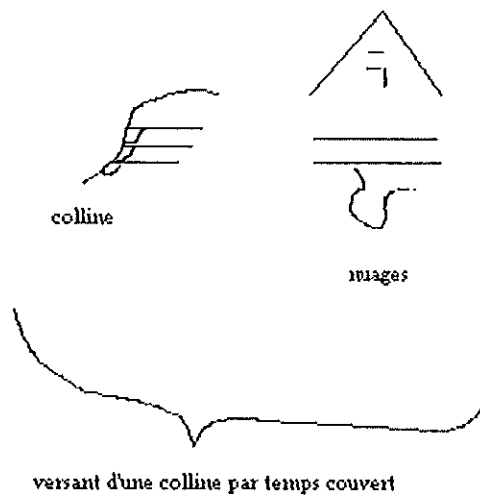
1.4.1.1.1. De la religion primitive à la conception du Yin / Yang [8]

La religion primitive chinoise de type animiste se transforme au XI^e siècle avant J.C en cosmologie : les Chinois vénèrent le Ciel et la Terre, au lieu du Seigneur d'en haut et des nombreuses divinités qui existaient auparavant. Cette croyance sera représentée plus tard par la notion du Yin/Yang, qui sert de base à toute la pensée chinoise y compris dans le domaine médical.

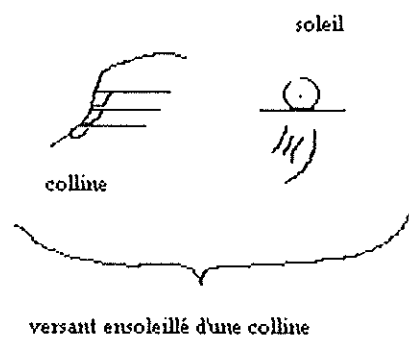
1.4.1.1.2. Concept général du Yin/Yang [74]

➤ Les idéogrammes

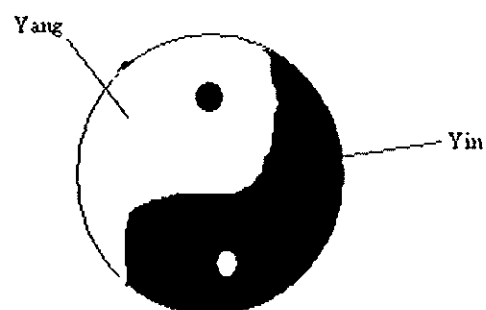
- Yin



- Yang



➤ Représentation du concept par le taoïsme



on voit qu'il y'a un peu de yin dans la portion yang et inversement.

➤ Signification

Le Yin/Yang explique que tout état, toute chose

- existe et est en opposition par rapport à son contraire
 - * jour/nuit
 - * haut/bas
- est relatif
 - * quelque chose de yin est en fait plus yin que yang et réciproquement
- alterne avec un autre état
 - * si le yin augmente, alors le yang diminue
- est en perpétuel mouvement pour rechercher un équilibre lui-même variable.

Les deux polarités sont indispensables. On peut agir sur l'une des énergies de façon directe ou indirectement en stimulant ou freinant son énergie contraire.

1.4.1.1.3. Notion d'énergie

Dans la pensée chinoise, tout est énergie. L'idéogramme représentant l'énergie, QI, montre que l'énergie est à la fois l'énergie du Ciel et l'énergie de la terre. C'est la force qui anime l'univers.

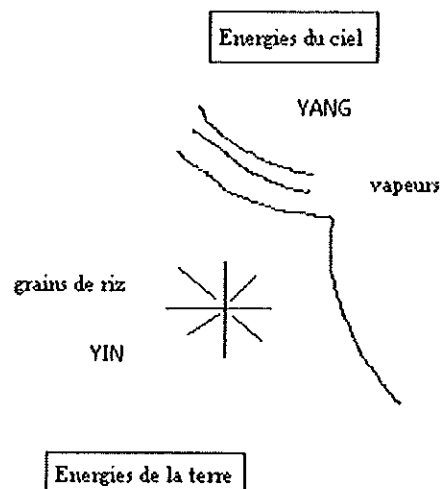


schéma d'après Pilard

1.4.1.2. Conceptions sur la maladie et la douleur [70 ; 74 ; 79]

1.4.1.2.1. L'organisme humain

➤ L'homme, réplique du macrocosme universel, est le foyer de différentes énergies

- Les différentes énergies de l'homme [74]

Les énergies du Ciel = Tian Qi (l'air essentiellement) et de la terre = Ti Qi (constituée par l'alimentation en grande majorité) se combinent dans l'homme pour donner l'énergie vitale qui va circuler partout et particulièrement dans des canaux appelés Jing. Dans l'homme, l'énergie se divise en 4 :

- Jing Qi
- Yong Qi
- Wei Qi
- Xue

❖ Jing Qi (Tsing): c'est l'énergie ancestrale reçue du père et de la mère lors de la conception. Elle diminue au cours de la vie. Elle se divise en deux : une partie est mobilisable (Yuan Qi) et répartie dans tout l'organisme ; tandis que l'autre partie est conservée dans les reins.

❖ Yong Qi ou Rong Qi : c'est une énergie nourricière d'origine alimentaire, élaborée par l'estomac et purifiée dans les poumons. Elle circule par les canaux dans tout l'organisme.

❖ Wei Qi : c'est l'énergie de défense d'origine alimentaire, élaborée par le gros intestin et transformée par les poumons. Elle circule surtout en surface.

❖ Xue : c'est le sang, élaboré par la rate et l'estomac ; il est conservé dans le foie qui le libère selon les besoins. Le Xue est plus Yin que le Qi grâce auquel il circule.

- Répartition Yin/Yang chez l'homme [74 ; 79]

Chaque individu a plus ou moins de Yin ou de Yang par rapport à un autre individu ; et notre répartition propre connaît des variations en permanence, certaines reflétant les variations de la nature. On a donc :

- ❖ des variations générales

- Inter individuelles :

- selon le sexe : de façon générale, une femme est plus yin et un homme est plus yang. Cependant, certains hommes peuvent être plus Yin qu'une femme.

- selon l'hygiène de vie : alimentation et activité physique, notamment l'alternance de repos et d'activité, la pratique sexuelle...

- Intra individuelles : selon les saisons

- ❖ une répartition corporelle inhomogène : l'individu est globalement plus Yin ou plus Yang, mais toutes les zones de son corps n'ont pas la même proportion des 2 types d'énergie.

- Certaines zones corporelles sont Yang, tandis que d'autres sont Yin. Il y'a donc une répartition topographique de l'énergie.

- Les parties Yin sont représentées par la ceinture abdominale, la face interne des membres, les 5 organes Zang (foie, cœur, rate, poumon, rein), le Xue.
- Les parties Yang sont représentées par la tête, le thorax, le dos, la face externe des membres et les 5 organes entrailles Fu (intestin grêle, vésicule biliaire, estomac, gros intestin, vessie).
- L'énergie circulant dans les différents méridiens ou canaux est plus ou moins Yin ou Yang selon les organes ou parties corporelles qu'elle alimente. Il y'a donc des méridiens dits énergétiques et des méridiens dits sanguins, cette répartition ne correspondant pas forcément avec la topographie vue précédemment.
- Des canaux appelés merveilleux vaisseaux absorbent l'excès de Yin ou de Yang qui étouffe les méridiens ou un territoire. Il en existe 8 : 4 sont régulateurs de Yin et 4 du Yang. Les transferts d'énergies sont assurés selon 4 axes réciproques grâce à des points dit points clés :
 - antérieur ↔ postérieur
 - haut ↔ bas
 - droit ↔ gauche
 - dedans ↔ dehors

➤ Théorie des 5 éléments [74 ; 79]

Elle a été créée durant le III^e ou II^e siècle avant J.C et constitue la base de la pratique médicale en figurant les concordances entre l'univers et le corps de l'homme.

• Les différents éléments

❖ Généralités

Il existe 5 éléments. Un élément est constitué par un ensemble de caractéristiques (ou Tchi) comprenant :

- un emblème
- une saison
- un organe Zang
- un organe Fu
- des caractéristiques telles que saveur, émotion, couleur, alimentation...

❖ Tchi des 5 éléments

		BOIS	FEU	TERRE	MÉTAL	EAU
homme	organe ZANG	foie	cœur	rate	poumons	reins
	organe FU	vésicule biliaire	intestin grêle	estomac	gros intestin	vessie
	émotions	colère	joie excessive	anxiété	tristesse	peur
univers	saveurs	acide	amère	douce	piquante	salée
	saisons	printemps	été	été prolongé	automne	hiver
	couleurs	verte	rouge	jaune	blanc	noire
	agents néfastes	vent FONG	chaleur	humidité	sécheresse	froid

- Cycle Tchong : cycle de transmission de l'énergie

Chaque organe fondamental a un pic d'énergie qui revient chaque année à la même période (pour les différentes périodes, voir tableau ci-dessus). L'énergie est donc transmise selon un cycle tel que le foie a son maximum d'énergie au printemps et qu'il le lègue au cœur en été... etc. Dans ce schéma, l'organe ayant son énergie en magnitude à la saison considérée est appelé organe empereur, celui qui le précède est la mère et celui qui le suit est le fils. L'organe situé avant la mère est qualifié de conseiller à la cour et celui qui suit le fils est qualifié d'ennemi vaincu.

1.4.1.2.2. Concepts de la douleur [74]

➤ Causes des douleurs et des maladies

Les maladies et les douleurs sont dues à un déséquilibre énergétique local ou général. Les facteurs de ce déséquilibre sont variés. Certains sont tributaires du milieu dans lequel le sujet vit : la Chine regroupant différents milieux climatiques de par son étendue, on ne rencontre pas les mêmes maladies à l'est et à l'ouest... Les maladies et les douleurs peuvent avoir pour origine :

- une agression des énergies externes (conditionnées par le milieu climatique)
 - ❖ énergies Yang : chaud, sec, vent yang
 - ❖ énergies Yin : froid, humidité, vent yin
- un déséquilibre au sein de l'énergie vitale
 - ❖ Jing Qi défaillante entraîne des troubles de la sexualité ou des maladies héréditaires
 - ❖ Yong Qi (tributaire de l'alimentation elle-même conditionnée par le milieu climatique) insuffisante : asthénie
 - ❖ Wei Qi (provenant aussi de l'alimentation...) insuffisante : le sujet attrape tout ce qui passe
- un déséquilibre au sein de l'organe saisonnier
 - ❖ Soit l'organe est dit vide : la maladie vient de la mère trop faible
 - ❖ Soit l'organe est dit en plénitude : la maladie vient du fils trop fort

➤ Classification des douleurs

Il existe deux types de douleurs : la douleur Yang et la douleur Yin ayant des caractéristiques différentes et appelant un traitement différent aussi.

Douleur Yang

récente

intermittente

très vive

aggravée par la chaleur

précise

superficielle

peau rouge

pas d'œdème

Douleur Yin

ancienne

continue

sourde

améliorée par la chaleur

fixe

profonde

peau blafarde

oedèmes

1.4.1.3. Pratiques médicales

1.4.1.3.1. Généralités [70]

➤ but : rétablir l'équilibre énergétique

➤ moyens : ils sont différents selon la maladie. On peut faire appel à des procédés tels que :

- la diététique et les médicaments
- la moxibustion
- les pointes de pierres
- les massages et la gymnastique
- l'acupuncture

Quelle que soit la technique, le chaman procède à un interrogatoire pour faire préciser les signes de la maladie et à un examen clinique minutieux avec une étude du pouls révélatrice du type de déséquilibre et du type de maladie (vide ou plénitude).

1.4.1.3.2. Acupuncture [74 ; 79]

➤ Présentation

Origine : Asie centrale il y a 7000 ans

Les Chinois appelaient cette technique Zhen Jiu Fa (procédé des aiguilles et de l'armoise).

Plusieurs hypothèses tentent d'en expliquer la découverte. Un guerrier aurait été blessé par une flèche au pied et la blessure produite aurait fait disparaître une douleur qu'il avait à la jambe. Pour d'autres la technique serait due à des chamans ayant observé que les tatouages rituels faisaient disparaître certaines douleurs.

L'ouvrage de base (le Nei jing) qui consigne l'essentiel des techniques (aiguilles : formes, longueurs, diamètres, nombres ; profondeur et localisation des punctures ; procédés annexes...) a été rédigé par plusieurs auteurs entre le V^e siècle et le III^e siècle avant J.C. Cette technique était préconisée particulièrement dans le sud du pays, région chaude dans l'ensemble.

➤ Les points d'acupuncture

- Postulat : le ciel est constellé d'étoiles. Au niveau du corps humain, par analogie, il existe des points stratégiques : il s'agit des points d'acupuncture.

- Propriétés des points d'acupuncture selon les Anciens : il y a deux types de points.

- ❖ Certains permettent le maniement de l'énergie : ils dérivent l'énergie d'un méridien à un autre, accélèrent ou ralentissent l'énergie dans les méridiens... « l'utilisation des aiguilles vise à régulariser l'énergie » (Ling Shu du Nei Jing). Ces points sont des points locaux ou distaux par rapport à l'affection à traiter. Les points distaux les plus connus et les plus utilisés sont les points dits Ben Shu situés au dessous des coudes et des genoux : il en existe cinq (Jing, Rong, Shu, King, He), un pour chaque couple d'organes Zang et Fu et sont utilisés lorsque les organes et les viscères sont affectés.

- ❖ D'autres sont des points symptomatiques qui ont fait leurs « preuves » sans que l'on n'en connaisse le mécanisme.

➤ Techniques :

- Selon le type de maladie ou de douleur on utilise des aiguilles de différents diamètres et longueurs. On « puncture » plus ou moins profondément, unilatéralement ou bilatéralement, à proximité du foyer malade ou à distance... Il s'agit surtout d'obtenir le Dé Qi (l'arrivée d'énergie qui est ressentie par le praticien qui puncture et par le patient) sans quoi l'effet de la puncture est nul.

- Tonification et dispersion :

- ❖ quand un organe ou une partie possède trop d'énergie, il faut disperser cette énergie par la puncture en des points particuliers. Prenons un cas simple : soit le foie en plénitude dans sa saison c'est-à-dire au printemps. On a vu que les maladies par plénitude viennent du fils, il faut donc disperser le point fils du foie (=le point du cœur, soit le point Rong). On fait le point Rong rapporté au foie (Rong 2 F).

- ❖ quand un organe ou une partie corporelle ne possède pas assez d'énergie, il faut tonifier l'énergie. Exemple : foie en vide au printemps. Le vide vient de la mère donc des reins. Il faut tonifier le foie par la puncture du point He rapporté au foie= He 8 F.

Remarque : lorsque l'affection qui affecte un organe n'est pas dans la bonne saison, il faut changer les points de puncture et faire une manipulation particulière de l'aiguille (différente selon l'effet recherché de tonification ou de dispersion) en respectant les mouvements de la respiration ou en faisant des rotations selon le chiffre 9 ou 6.

➤ Traitement de la douleur par l'acupuncture

Après avoir analysé le type de déséquilibre et de douleur dont il s'agit, par l'interrogatoire et l'examen clinique, le chaman choisit le type de points à utiliser :

- Points locaux : placés à proximité du foyer de la douleur
Exemples : odontalgie : Jia Che 6 Est. ou Xia Guan 7 Est.
douleur du coude : Qu Chi 11 GI ou Tian Jing 10 TR
- Points distaux : placés à distance du foyer de la douleur
Exemple : odontalgie : Hé Gu 4 GI
- Points clés : la dispersion du point clé correspondant au territoire de l'algie permet l'absorption de l'énergie en excès dans les merveilleux vaisseaux.
Exemple : douleur au genou de type yin chez un malade en excès de yang général. On disperse le yin local par un point régulateur du Yin (6 RN (d) point clé de Yin Qiao Mai) et on tonifie le Yin général par la puncture du point 6 MC (t).
- Points symptomatiques
Exemple : douleur de la gorge : Tian Tu 22 VC ou Hé Gu 4 GI

1.4.1.3.3. Moxibustion et ventouses [5 ; 79]

➤ Moxibustion (FIU : brûler)

- Origine : la moxibustion semble être la thérapeutique chinoise la plus ancienne. Un traité consignant le procédé et datant de plus de 1000 ans avant le Nei Jing a été retrouvé dans un tombeau. Ce procédé était utilisé surtout dans le nord du pays, région froide de hautes montagnes.

- Technique

Dans l'antiquité, on utilisait principalement des cônes d'armoise que l'on faisait consumer sur la peau le plus souvent directement jusqu'à obtention d'une plaie, considérée alors comme garante de la guérison. On pouvait combiner ce procédé avec des aiguilles que l'on chauffait avant de puncturer la peau.

- Mécanisme d'action

La combustion de l'armoise au niveau d'un point stratégique (point d'acupuncture) réchauffe et réactive par là même l'énergie dans les méridiens, entraînant une meilleure circulation de cette énergie donc le recouvrement de la santé et la disparition des douleurs.

➤ Ventouses (JIAO FA)

Les premières ventouses étaient réalisées avec des cornes d'animaux, puis on a utilisé le bambou, le verre... Il s'agit de petits flacons ou de pots dans lesquels on fait consumer de l'oxygène afin de créer une dépression au niveau de la peau, dépression qui entraîne un afflux sanguin et/ou d'énergie permettant la régularisation de la circulation énergétique.

1.4.1.3.4. Massages et gymnastique [70]

➤ Origine

La pratique des massages et des postures est très ancienne en Chine et prendrait sa source dans le Luo-Yang (He-Nam actuel), région humide abritant de nombreuses personnes atteintes d'affections rhumatismales.

Au IV^e siècle avant J.C, les massages étaient déjà préconisés. Le An-mo-jing, traité des massages, a été rédigé vers l'an 300 avant J.C.

➤ Mécanisme d'action

Le massage favorise la circulation des énergies et leur équilibre. Il est utile en prévention des maladies et en traitement de certaines affections notamment des algies rhumatismales ou des gonflements douloureux .

➤ Pratique

- Massages : le An-mo-jing conseille 4 méthodes associées à 6 pratiques, ceci constituant la base du massage chinois.

- An (pression)
- Mo (friction)
- Tui (poussée)
- Na (prise)

- Gymnastique

Exercices copiant les postures animales : tigre, cerf, ours, singe, oiseau

1.4.1.3.5. Pharmacopée et diététique [15]

➤ Source

L'usage d'herbes médicinales en Chine remonte à des temps très anciens. La légende attribue à l'empereur Chennung, en 3214 avant J.C, la découverte de 70 herbes médicinales en une journée, herbes qu'il aurait en outre testées sur lui-même ! Plus sérieusement, au III^e siècle avant J.C, une compilation de plusieurs herbiers, publiée sous l'appellation Pen Tsao, regroupe déjà 16000 prescriptions !!!

➤ Règles diététiques et pharmacologiques

- Saveurs des produits

A chaque organe correspond une saveur déterminée (vue dans le tableau des Tchi). Les organes sont donc électivement alimentés en énergie par des substances alimentaires ou médicinales ayant un goût particulier.

- Troubles de l'alimentation

L'énergie apportée doit être équilibrée, ni trop faible, ni trop importante. Un déséquilibre dans l'alimentation amènera à des maladies et à des douleurs que l'on pourra traiter par un régime diététique et/ou des produits médicinaux. Une alimentation déficiente dans une saveur entraîne une déficience de l'organe correspondant à cette saveur. Une alimentation trop importante dans une saveur entraîne des troubles au niveau de l'organe (et de ses annexes) sur lequel l'organe correspondant à la saveur triomphe.

- Règles de prescription

- ❖ Pour tonifier un organe, il faut prescrire des produits de saveur correspondant à l'organe sur lequel il triomphe.

Exemple : pour tonifier le foie, il faut prescrire des produits de saveur douce convenant à la rate sur lequel il triomphe.

- ❖ Pour disperser un organe, on prescrit des substances correspondant à l'organe.

Exemple : pour disperser le foie, on utilise des produits aigres.

- ❖ Il ne faut jamais prescrire de substances correspondant à la saveur de l'organe triomphant de l'organe atteint.

Exemple : pas de produits piquants (convenant aux poumons) si le foie est atteint.

- Aliments correspondant aux organes

- ❖ Foie : prunes aigres, viande de chien

- ❖ Cœur : fruits amers, viande de mouton

- ❖ Rate : dattes, viande de bœuf

- ❖ Poumons : oignons piquants, viande de poulet ou de cheval

- ❖ Reins : soja, viande de porc

- Substances pharmacologiques utilisées dans le traitement des douleurs : elles sont très variées. On peut faire appel à des produits des trois règnes, y compris à des produits d'origine humaine (urines, placenta...), mais dans le traitement des douleurs il s'agit surtout de substances d'origine végétale.

- ❖ Origine minérale : cuivre et limonite agissent sur tous les méridiens pour calmer les douleurs, le salpêtre et le nitre calment les douleurs dentaires.

- ❖ Origine animale :

- les douleurs du cœur seraient calmées par le musc de chevrotain, ou les excréments séchés de chauve-souris ou de vers à soie..

- la poudre de corne molle de jeune cerf est utilisée contre les douleurs rénales.

- ❖ Origine végétale : aconit, clou de girofle, cimicifuga foetida, cannelle, coriandre, myrrhe, datura alba, forsythia suspensa, pivoine, poivre, pavot, styrax, valériane...

1.4.2. En Inde [8 ; 13]

1.4.2.1. Théories de la douleur et de la souffrance en Inde : la souffrance et la douleur, un mal inévitable de la condition humaine

1.4.2.1.1. Théories philosophiques

En Inde, de nombreuses doctrines ont cohabité ou se sont succédées depuis le II^e millénaire avant notre ère. Qu'elles soient védiques ou non, elles s'appuient sur le cycle des réincarnations successives et s'intéressent à la douleur et surtout à la souffrance, considérées comme consubstantielles.

➤ L'hindouisme

Ce régime socioreligieux en classes, castes et sous castes s'appuie sur de nombreux textes. Dans le domaine de la douleur, le Bagavad Gita, poème datant du II^e siècle avant J.C et interprété par Shankara en +800, décline la responsabilité de Dieu dans les maux et les douleurs des hommes. La souffrance est présente, mais il ne faut pas en conclure que Dieu n'existe pas ou bien qu'il est injuste. L'existence du Seigneur est conciliable avec l'existence des maux et des souffrances. Dieu gouverne selon la loi du karman (loi de causalité régissant le cycle des vies successives ou samsara), il est hors de cause dans les malheurs et les souffrances des hommes qui sont seuls responsables.

➤ Le bouddhisme

Cette philosophie, née en Inde au IV^e siècle avant J.C dans le prolongement du brahmanisme, lui emprunte de nombreux dogmes, notamment sur la douleur. Celle-ci serait intimement liée à l'existence. Dans son sermon, Gautama Siddharta, après plusieurs années de vie errante et religieuse, expose les 4 nobles vérités qu'il a découvertes sur la douleur et explique que l'on ne doit pas s'apitoyer sur son sort ; puisque nous sommes seuls responsables de ce qui nous arrive.

- Les 4 nobles vérités :

- ❖ tout ce qui existe est assujéti à la souffrance : « toute existence n'est que douleur » (sarvam duhkham).

Exemple : le cycle de la vie est décevant car il inclut la vieillesse et la mort ;

désunion avec ce que l'on aime ; union avec ce que l'on n'aime pas.

- ❖ l'origine de la souffrance est la « soif » (trishna) : désirs brûlants (convoitise, désir d'exister indéfiniment...). L'homme est la proie de cette soif, car il méconnaît la chaîne de causalité régissant les existences en devenir (loi de « coproduction conditionnée »).

- ❖ on peut mettre un terme à la douleur : l'extinction de la soif entraîne la cessation de la souffrance et la félicité suprême.
- ❖ la cessation de la souffrance s'obtient par la mise en œuvre de 8 remèdes : l'Octuple Noble Sentier.
- La douleur est méritée : « ne vous révoltez pas contre votre condition actuelle car elle est punition du passé »

Pour les Indiens hindouistes ou bouddhistes de l'Antiquité, la souffrance est consubstancielle et méritée, puisqu'elle découle des actes accomplis dans les vies antérieures ou bien de nos désirs trop ardents.

1.4.2.1.2. Pensée médicale

Les douleurs des maladies découlent de l'altération du vent, de la bile ou du phlegme.

1.4.2.2. Remèdes contre la douleur :

1.4.2.2.1. Remèdes médicaux : atténuation de la douleur

Les Indiens ne dédaignent pas la médecine. Deux grands traités exposent les premiers principes de la science de la longévité : l'ayurdeva. Cependant, on constate que les moyens utilisés par la médecine sont souvent jugés insuffisants et qu'il convient de trouver une solution plus radicale afin d'éradiquer les douleurs ou souffrances qui nous caractérisent.

1.4.2.2.2. Les remèdes non médicaux : l'extinction de la douleur par l'obtention du nirvana (libération du cycle des naissances)

- la pratique du yoga-sutra : il s'agit d'utiliser des méthodes et des techniques aussi bien physiques que mentales pour parvenir à un état de non – désir. Le sujet réoriente sa pensée sur lui-même et non plus sur les objets extérieurs qui pourraient attiser sa convoitise. De nombreux types de yoga existent selon les méthodes utilisées (postures, respiration, techniques sexuelles, formules à répéter...). Pour certains types, des pratiques mortificatoires sont même nécessaires. Quel que soit le type de yoga, le but est de parvenir à l'extinction du karma afin d'être libéré des actions accomplies dans le passé.
- Les 8 vertus à adopter selon Bouddha : rectitude de pensée, intention, parole, action, moyen d'existence, effort, concentration, attention. La pratique d'une certaine ascèse, comme dans le yoga, et d'un retour sur soi par la méditation pure, le savoir, la vérité et le bien permet l'extinction du moi qui désire et qui souffre et l'obtention du nirvana.

2. La douleur au moyen-âge en Europe

Le moyen-âge en Occident est une période d'obscurantisme dans de nombreux domaines de par la main-mise de l'Eglise chrétienne sur la sphère médicale dominée par le galénisme. Profondément religieuse, cette période est marquée

- par une christianisation active de l'Europe, s'accompagnant de nombreuses guerres de croisades et d'une réflexion sur le Christ souffrant sur la croix
- par la civilisation musulmane qui a vu le jour au VI^e siècle après J.C. et dont la médecine commence à exercer une influence sur l'Europe à partir du XI^e siècle.

La douleur est interprétée selon un cadre religieux ; et ce, d'autant plus que de nombreux fléaux frappent l'Europe et que les différentes médecines restent assez inefficaces pour alléger certaines souffrances ou trouver des solutions aux problèmes rencontrés.

2.1. La douleur face aux religions en Europe

2.1.1. Les religions chrétienne et juive

2.1.1.1. La Bible et la douleur [62]

2.1.1.1.1. Les origines de la douleur et de la souffrance expliquées dans l'Ancien testament

L'Ancien Testament, commun aux deux religions, a donné une justification à la souffrance.

➤ Toute souffrance et toute douleur sont envoyées par Dieu : « Nul ne souffre sans que cela vienne du ciel ».

➤ Sens de cette souffrance :

- La douleur en tant que punition de l'individu ayant fauté : histoire d'Adam et Eve

Adam et Eve vivaient heureux dans l'Eden jusqu'au jour où, tentés par le serpent, ils mangèrent la pomme (chose qui leur avait été défendue par Dieu), afin d'accéder à la connaissance du Bien et du Mal. Suite à cela, Dieu les chassa du Paradis et leur envoya tout ce dont il les avait protégés jusqu'alors, à savoir : la maladie, la douleur, la souffrance, la nécessité de travailler...

Dans cette conception, la douleur frappe l'infraction à la loi, le péché.

- La douleur de l'honnête homme : l'exemple de Job.

Job était un homme pieux, fortuné et heureux, ayant des enfants qu'il aimait. Pour éprouver sa fidélité, Dieu lui fit perdre sa richesse et ses enfants : Job ne se plaignit pas. Dieu décida alors de l'éprouver dans sa chair : Job, touché par la maladie et la douleur, voulut se rebeller contre le sort. Il n'avait commis aucune faute et se voyait accablé de tous les malheurs, et ce, dans la solitude. En effet, ses amis doutant que lui ou l'un de ses proches n'aient pas péché, ne le soutenaient pas et Dieu ne

répondait pas à ses appels. Un jour, enfin, Dieu intervint : il blâma les amis de Job qui lui avaient tourné le dos, mais il refusa de dévoiler les causes de sa souffrance.

2.1.1.1.2. Des remèdes apportés aux maladies dans l'Ancien Testament

L'Ancien Testament mentionne quelques substances médicinales, certaines ayant des propriétés sédatives et analgésiques, et nous montre un Dieu capable d'abolir la douleur dans des circonstances normalement algogènes.

➤ Une anesthésie particulière : « Le Seigneur Dieu fit tomber un profond sommeil sur Adam, qui s'endormit. Et pendant qu'il dormait, Dieu prit une de ses côtes et forma de nouveau la chair à sa place. Et le Seigneur Dieu, une fois qu'il eût enlevé la côte à Adam, créa la femme... »

➤ Plantes citées dans la Bible [40]:

- la mandragore, sous le nom de dudhaim ou fleur d'amour, pour des propriétés fertilisantes et aphrodisiaques, plutôt que pour ses vertus analgésiques.
- laudanum
- myrrhe : dans la Bible, la plante Murr est offerte à l'enfant Jésus par les rois mages [49]
- résine...

2.1.1.2. La religion juive

2.1.1.2.1. Sens de la douleur

(La maladie et la douleur découlent de la volonté divine pour punir l'homme ou l'éprouver. Lorsqu'elle frappe le juste, elle semble une énigme insaisissable (Dieu n'a pas apporté de réponse à Job), qui dépasse l'intelligence et l'entendement de l'homme, sans que ce ne soit un véritable mystère car voulue par Dieu, elle ne peut pas être inutile ou gratuite. Certaines maladies douloureuses dites maladies lépreuses (qui ne correspondent pas à la lèpre que l'on connaît) auraient pour origine des défaillances morales ou religieuses d'après la Thora, et relèveraient donc non pas de phénomènes naturels mais de l'intervention providentielle.

2.1.1.2.2. Conduite à tenir face à la douleur et à la maladie

➤ Envoyée par dieu

- se révolter lorsque l'on se sent injustement frappé est autorisé
- s'en remettre à Dieu... et aux médecins : « si tu es malade, implore Dieu et appelle le médecin car un homme prudent ne méprise pas les remèdes terrestres »

➤ Pas de dolorisme

- s'infliger intentionnellement une douleur n'a pas de sens
- pas de complaisance dans la douleur.

- on accède à Dieu par la connaissance de la Thora et par la fidélité envers la loi et le respect des rites ; et non pas par la connaissance de la douleur.

➤ Des pratiques contradictoires vis-à-vis de la douleur

- La Thora prescrit la circoncision du prépuce chez les garçons au huitième jour pour des raisons hygiéniques et surtout pour que, devenus des hommes marqués indélébilement, ils puissent maîtriser leurs pulsions sexuelles et s'ouvrir vers la sainteté. Cette pratique semblait être effectuée sans crainte de la douleur occasionnée : était-elle supposée sans douleur car affectant un enfant ? ou bien la douleur était-elle estimée nécessaire pour que la circoncision fasse son office efficacement, et ce bien plus que les Tsitsith (franges rituelles accrochées sur les vêtements et dédiées elles aussi à la maîtrise de la sexualité) que l'on peut arborer sans douleur ! Que de précautions préconisées déjà dans ces temps anciens pour juguler les instincts sexuels des hommes (les femmes en étaient – elles supposées exemptes ?) alors que la pornographie n'avaient pas encore cours !

- Par contre, soucieuse entre autres choses de ne pas infliger de trop grandes douleurs aux animaux afin d'élever la nourriture et de renvoyer la création à sa source, elle impose des règles quant à la façon de tuer certaines bêtes destinées à l'alimentation. C'est la nourriture cachère.

2.1.1.3. La religion chrétienne ou la religion du salut [20 ; 62]

Le nouveau testament ne donne pas beaucoup d'éléments sur l'origine de la souffrance, par contre elle est très souvent présente dans les différentes histoires et par le « sermon sur la montagne », Jésus l'associe au bonheur : l'homme qui souffre est en effet considéré comme plus près de Dieu donc heureux !

« Bienheureux ceux qui souffrent, de la pauvreté, de l'affliction... »

2.1.1.3.1. Sens de la douleur

La religion chrétienne interprète l'histoire de Job, non comme une énigme insaisissable, mais comme le signe d'une élection particulière. C'est ainsi que l'aveugle de naissance l'est « pour que les œuvres de Dieu se manifestent en lui » (réponse de J.C à ses disciples). En outre, l'homme aurait une dette écrasante envers le Christ ayant souffert sur la croix pour le salut des chrétiens : le sacrifice de J.C aurait permis au monde de ne pas être vaincu par le mal. Le chrétien peut donc, à son tour, emprunter la voie de la douleur pour s'acquitter de sa dette et se rapprocher de Dieu. Ainsi,

- La maladie et la douleur sont envoyées par Dieu comme :

* Punition d'un péché : la douleur rédemptrice d'Adam et Eve

* Signe d'une élection particulière : la douleur en tant que moyen de montrer sa foi en Dieu malgré les épreuves qu'il nous inflige.

- La douleur peut se concevoir en tant que revendication pour se rapprocher de Dieu, pour participer aux souffrances du Christ et gagner une bonne place dans l'au-delà.

2.1.1.3.2. Conduite à tenir face à la douleur

➤ Envoyée par Dieu :

- ne pas se révolter, mais accepter la douleur sans chercher à la dominer
- la douleur de l'accouchement est considérée comme juste
- les autorités ecclésiastiques condamnent l'usage des drogues naturelles (article du concile de Paris de 829) [73].

➤ Dolorisme [20 ; 62]

On peut librement consentir à la douleur pour prouver son amour à Dieu. Cette forme de dévotion montre l'intensité de la foi du chrétien et rend le sujet indispensable car le salut du monde passe en quelque sorte par lui !

- épîtres de St Paul : « je trouve maintenant ma joie dans les souffrances que j'endure pour vous, et ce qui manque aux détreesses du Christ, je l'achève dans ma chair en faveur de son corps qui est l'Eglise »

- martyrs : * accepter de subir le martyre pour ses convictions religieuses, c'est participer aux souffrances du Christ et témoigner aveuglément de sa foi : « mon sort est le plus enviable, car il me permet d'imiter de la façon la plus parfaite mon Sauveur », Saint Ignace avant d'être livré aux fauves

* depuis le II^e siècle après J.C, l'Eglise voue un véritable culte à ses martyrs même si elle a condamné l'attitude volontaire de certains. Leur réputation s'étend au-delà de leur propre cité, leurs reliques sont recherchées (du VI^e au IX^e siècle, des centaines de pèlerins sont envoyés par l'Eglise occidentale pour acheter des reliques de saints : ossements, cheveux...).

- anachorètes
- mortifications dans les monastères
- naissance du purgatoire au XII^e siècle avec de nombreuses représentations de scènes de douleurs physiques, de souffrance des saints sur les vitraux... On cherchait à localiser le purgatoire au fond du cratère de l'Etna ou du Stromboli.

2.1.1.3.3. La douleur vue par Saint Thomas d'Aquin (XIII^e siècle) [28]

On trouve chez St Thomas d'Aquin une théorie très élaborée de la douleur.

- Nature de la douleur : la douleur, même lorsqu'elle est dite corporelle, appartient à l'âme.

- Causes de la douleur : Il en distingue deux :
 - Cause cosmique : la douleur est inhérente à la variété existant dans l'univers, variété impliquant une inégalité. Elle est nécessaire à la perfection du monde.
 - Cause humaine : les douleurs qui atteignent l'humanité sont le juste châtiment que Dieu inflige pour les fautes de l'homme. Elles sont « la peine du péché originel ».
- Ambivalence de la douleur
 - Elle est mauvaise dans le sens où elle prive notre âme de la sérénité qu'elle recherche
 - Elle est bonne dans le sens où elle nous renseigne sur le mal qui nous est contraire et contre lequel on doit se battre. Elle nous donne en quelque sorte des armes contre le mal et nous rapproche ainsi du bien.

2.1.2. L'Islam

2.1.2.1. Sens de la douleur

- La douleur dans ce monde

La maladie et la douleur sont envoyées par Dieu qui est tout puissant. Il faut l'interpréter comme une épreuve où la foi du musulman doit se manifester par l'attitude préconisée. Il ne s'agit pas d'une sanction. La signification de la souffrance reste une profonde énigme pour l'homme. Au moment de la résurrection, le comportement du musulman, s'il a été positif, atténue les fautes commises.
- La douleur dans l'autre monde : sourates 2 et 76 du Coran

Elle est conçue comme un châtiment qui affectera celui qui n'aura pas été sincère dans sa foi envers Allah.

 - Sourate 2 intitulée Al Baqarah (la vache) : « parmi les gens, il y a ceux qui disent : « nous croyons en Allah et au Jour dernier ! » tandis qu'en fait ils n'y croient pas. [...] Ils auront un châtiment douloureux pour avoir menti »
 - Sourate 76 intitulée Al Insan (l'homme) : « Allah fait entrer qui Il veut dans Sa miséricorde. Et quant aux injustes, Il leur a préparé un châtiment douloureux »

2.1.2.2. Conduite à tenir face à la douleur

- Envoyée par Dieu
- Le Coran recommande
- La prière, l'endurance et la patience
 - De ne pas se révolter contre Dieu, de garder foi en lui : « Certes, nous vous éprouvons dans vos personnes par la souffrance [...]. A ceux qui, lorsqu'un malheur les frappe, disent : « nous sommes à Dieu et c'est à Dieu que nous retournerons », sur eux s'étendront alors la miséricorde et les bénédictions du Seigneur »

- De ne pas oublier qu'il y a une solution : « Allah n'a pas créé de maladie sans lui instituer un remède ».

- De ne pas se lamenter : la souffrance peut être dite mais de façon modérée et discrète ; le contraire serait une marque d'irrespect envers Dieu. « Le cœur s'afflige, les yeux versent des larmes, mais nous ne disons rien qui puisse irriter Dieu » (Mahomet ayant perdu son seul fils).

- De faire appel à la médecine, y compris aux substances interdites si elles deviennent obligatoires pour la guérison ou l'abolition de la douleur ; car « nécessité fait loi ».

➤ Pas de dolorisme

- pas de complaisance dans la douleur : le musulman ne s'afflige pas intentionnellement de la douleur.

- l'homme n'étant considéré que comme une « goutte de sperme éjaculé », celui qui souffre ne peut pas avoir la prétention de sauver l'ensemble de ses condisciples.

2.2. La médecine face à la douleur au Moyen-Age

2.2.1. Pensée médicale [37]

Au cours du Moyen-Age, plusieurs types de médecine se sont succédées ou ont cohabité ensemble. Deux grandes périodes se détachent, la première monastique et la seconde scolastique .

2.2.1.1. Période monastique de 600 à 1100 : une médecine emprunte de religiosité exercée par des moines

Suite à de nombreuses invasions, de nombreux textes classiques ou traités ont été perdus, notamment dans le milieu médical. En outre, l'Eglise, devenue omniprésente, détient le monopole de la médecine.

2.2.1.1.1 Caractéristiques :

C'est une période figée d'obscurantisme médical, l'Eglise empêchant le progrès en interdisant les dissections et instituant des dogmes plus ou moins « bancaux »

Religiosité extrême : les maladies ont des noms de saints.

On voue un culte à St Côme et St Damien dès le V^e siècle.

2.2.1.1.2. Conception des maladies

Le fonctionnement de chaque organe étant rattaché à un astre, les troubles s'expliquent par des considérations astrologiques.

2.2.1.2. Période scolastique de 1100 à 1400

Trois types de médecine, pratiquée par des médecins (une série de conciles ayant interdit aux moines son exercice), cohabitent :

- Le galénisme
- La médecine arabe
- La médecine hébraïque

2.2.1.2.1. Le galénisme :

Peu de changement par rapport aux théories de Galien

En fait, ce sont les philosophes et les médecins arabes qui ont contribué à la diffusion de son œuvre.

2.2.1.2.2. La médecine arabe

Elle s'impose à partir du XI^e siècle, emprunte des connaissances acquises par les Mésopotamiens, Egyptiens, Grecs, Romains, Hindous...

➤ *Avicenne* [6 ; 81]

- Définition de la douleur : « la douleur est une perception due à l'arrivée de ce qui est, chez celui qui perçoit, un dommage et un mal ». Elle appartient au sens du toucher, tout comme sa disparition. Des distinctions sont à faire entre la douleur corporelle et la douleur de l'âme d'origine sensorielle.

- Mécanisme de la perception sensible selon Avicenne

De même que Galien, Avicenne estime qu'il existe des facultés (ou puissances) localisées dans le cerveau. Il en dénombre 7 (imagination, pensée ou faculté cogitative, mémoire, puissance théorétique, puissance productive, puissance estimative, sens commun).

Le sens du toucher est localisé dans les nerfs de la peau et de la chair. Ces nerfs, lorsqu'ils sont affectés, changent leur mixtion ou la disposition de leur structure. Ceci parvient à la puissance appelée sens commun dans le cerveau pour devenir sensation.

La puissance estimative permet à l'homme d'éprouver, à partir des données sensibles, un plaisir (ou une douleur) autre que le plaisir (ou la douleur) lié(e) à la seule activité sensorielle.

- Douleur et diagnostic

La douleur est un bon signe, mais le pouls, l'urine et les évacuations sont plus évocateurs.

➤ *Innovations de la médecine arabe* : des découvertes permettant l'essor de la pharmacie galénique [16]

- Développement des techniques de filtration, distillation, calcination
- Introduction de nouvelles substances : ambre, musc, cannabis, canne à sucre...
- Introduction de l'alambic permettant la préparation d'alcools, essences, eaux aromatiques.
- Développement de nouvelles formes pharmaceutiques : oenolés, sirops, juleps, oxymels

2.2.1.2.3. Médecine hébraïque

Certaines maladies sont des phénomènes naturels, tandis que d'autres sont considérées comme la conséquence de nos péchés punis par Dieu. Notre santé dépend de notre morale et de notre pureté. Sont considérés comme impurs tous les écoulements, y compris les sécrétions séminales ou les règles des femmes... Les thérapeutiques préconisées par les médecins juifs sont donc essentiellement des traitements évacuateurs et des bains purificateurs.

2.2.2. Thérapeutiques disponibles proposées contre la douleur

Elles restent assez identiques à celles préconisées dans l'Antiquité
L'alchimie est tout de même très présente

2.2.2.1. Douleur de la maladie

2.2.2.1.1. Procédés physiques

- procédés tels que le froid, le chaud, les purges, les clystères...
- scarifications, sangsues, ventouses : recommandées par Avicenne contre les douleurs de la sciatique [73]
- héliothérapie (lumière solaire) : préconisée par Alexandre de Tralles (VI^e siècle) contre les douleurs rhumatismales [16]
- crénothérapie (traitement par les eaux de sources à la source elle-même)

2.2.2.1.2. Pharmacopée

On utilise surtout les plantes. Celles-ci étaient cultivées par les moines, notamment lors de la période monastique [16]

- pavot : prescrit par Alexandre de Tralles dans les douleurs de poitrine
- utilisation de substances telles que mandragore, opium, jusquiame...

* les pilules de Cynoglosse (écorce de cynoglosse, opium, jusquiame, myrrhe) soignent les céphalées selon Alexandre de Tralles dans Douze Livres de Médecine. Mésué le jeune, médecin arabe, en complète la composition par de la poudre d'oliban (encens), du safran, du castoreum et du sirop de miel (touche bien orientale !).[16 ; 49]

* onguent Populeum de Nicolas de Myrepse (pharmacologue du XIII^e siècle) soigne les céphalées : racine de mandragore, pavot, belladone, feuilles de jusquiame, violettes, morelle, axonge dans 1 L de vin à bouillir. On l'applique en onction sur les tempes.[16 ; 49]

* dans les couvents et les hospices, les moines confectionnent des oreillers et des cierges imprégnés de mandragore pour calmer les douleurs des malades. [25]

- lierre grimpant contre les maux de tête ; lierre terrestre contre les maux de tête aussi et contre les maux de ventre [52].
- camomille conseillée par Avicenne en emplâtre avec d'autres plantes contre les douleurs dentaires [59].
- la mélisse est conseillée par Avicenne contre les douleurs de l'âme car « elle rend le cœur joyeux » [58].
- cannabis (chanvre indien : haschisch) repris par les Arabes
- invention d'un liquide aux propriétés calmantes par un alchimiste catalan, Lulle, au XIII^e siècle : le « vitriol blanc » qui tombera rapidement dans l'oubli.
- eau de vie découverte par Arnaud de Villeneuve
- eau de la reine de Hongrie (depuis 1330) : liqueur miraculeuse dont on ne connaissait pas très bien la composition à l'époque mais avec laquelle on frictionnait la peau dans les cas de douleurs articulaires ou de rhumatismes. C'est au XVII^e siècle que le Père Rousseau en fit connaître le mode de préparation : 1 livre ½ de fleurs de romarin fraîches, ½ livre de fleurs de pouillot, ½ livre de fleurs de marjolaine, ½ livre de fleurs de lavande + 3 pintes de bonne eau de vie ; le tout mis en digestion 24 heures dans du fumier de cheval bien chaud puis mis à distiller au bain-marie [57].

2.2.2.1.3. Pierres conseillées par Psellos au XI^e siècle [16]

- agate contre les douleurs inflammatoires
- jaspe contre les maux de tête
- onyx en cas de tristesse

2.2.2.2. Douleurs lors des interventions chirurgicales et des accouchements

2.2.2.2.1. Opérations chirurgicales: induction de narcose grâce à des éponges somnifères [40]

Les pratiques des barbiers et chirurgiens-barbiers étaient toujours très algogènes, le fer et le feu étant leurs principaux instruments. Conscients de la douleur provoquée, ils endormaient les sens du malade avec des éponges soporifiques dont la composition connaissait des variantes.

- De nombreux textes du IX^e siècle décrivent leur utilisation. St Benoît, en 880, mentionne l'inhalation à usage somnifère d'un mélange de mandragore, jusquiame et opium..
- Au XII^e siècle, Nicolas de Salerne donne une autre composition plus élaborée : sucx végétaux hypnotiques (suc de pavot) à faire macérer avec jusquiame, jus de mûres, graines de laitue, ciguë, mandragore, sumac ; on en imprègne une éponge que l'on fait sécher au soleil. La narcose est induite par inhalation ou par ingestion du contenu. Le réveil est obtenu par inhalation de vinaigre fort ou jus d'aneth.
- Guy de Chauliac, dans La Grande Chirurgie (1363), analyse de nombreuses recettes « endormitives » à base de mandragore, opium, ciguë, laitue...

Cependant, le sommeil provoqué était assez souvent définitif et l'on devint ensuite de plus en plus méfiant envers les plantes narcotiques [25].

2.2.2.2.2. Accouchements

La douleur occasionnée lors des accouchements n'est pas traitée ; car elle est considérée comme la sanction du péché originel. En outre, on considère que la douleur peut agir comme « sérum de vérité ». C'est ainsi que la femme, en proie à de terribles douleurs, peut désigner le nom du père de son enfant sans que l'on ne doute de sa parole : c'est le serment *in doloribus partus*. Il sera abandonné au XVI^e siècle [28].

2.2.3. Les problèmes rencontrés par la médecine [78 ; 83]

2.2.3.1 Les fléaux

De nombreux fléaux ont frappé l'Europe, laissant la médecine impuissante :

- épidémies de peste, variole, lèpre
- famines et intoxications alimentaires telles que l'ergotisme qui se caractérise par une atteinte des petites veines des membres, ceci provoquant des douleurs et des brûlures (appelé feu de St Antoine) intolérables, suivies d'amputations spontanées.

Les moyens diagnostic et thérapeutiques médicaux restant limités du point de vue de leur efficacité, les malades se tournaient volontiers vers leur religion qui ne manquait pas de les y inciter !

2.2.3.2. Recours à la religion

2.2.3.2.1. Pour la guérison des maladies par

- des dévotions aux saints dits auxiliaires ou auxiliateurs ou guérisseurs :
 - St Acace : maux de tête
 - St Adrien : peste
 - St Antoine : « feu de St Antoine », inflammations
 - Ste Apolline : maux de dents
 - St Blaise : maux de gorge
 - St Erasme : maux d'entrailles
 - St Georges : maladies dartreuses
 - Ste Lucie : maladie des yeux
 - Ste Marguerite : maux de reins, délivrance des femmes enceintes
- des manifestations d'expiation : cérémonies avec processions et flagellations collectives : pour guérir de la lèpre
- des donations à l'Eglise
- des pèlerinages : lèpre, ergotisme
- application de reliques de saints
- le « toucher des écrouelles » : le roi, en vertu de l'onction sacramentelle, était censé posséder le pouvoir miraculeux de guérir

les écrouelles (encore appelées tumeurs scrofuleuses). Cette pratique avait cours en France et en Angleterre. En France, elle a commencé sous Philippe Ier (roi de 1060 à 1108) au XI^e-XII^e siècle : le lendemain de son sacre, le roi, en sortant de la cathédrale, se faisait présenter les scrofuleux et les touchait du doigt sous la mâchoire en prononçant une prière : « Le roi te touche, Dieu te guérisse ! ». Louis IX (ou Saint Louis, roi de 1226 à 1270) remplaçait le toucher par une bénédiction en signe de croix pour montrer que le pouvoir thaumaturge qui lui était conféré venait du Christ [16].

2.2.3.2.2. Lors des opérations chirurgicales

- Pendant la prière pour diminuer la sensibilité : on raconte qu'au Ier siècle de l'Hégire (VII^e siècle), un musulman devant subir une intervention chirurgicale au bras préféra être opéré pendant sa prière plutôt que sous narcose induite par les substances qui étaient utilisées (à cause de l'alcool) : la confiance dans la religion allait au-delà de celle accordée à la médecine ! [62]

3. Du XV^e siècle à la fin du XVII^e siècle

Omniprésente dans les domaines médical et artistique, l'Eglise devient, en outre, source de nombreux conflits sanglants entre catholiques et protestants dont le mouvement a démarré en Europe vers 1520. Malgré les barrières religieuses, la pensée médicale se modernise et les chirurgiens barbiers doivent faire face à de nouvelles blessures par armes à feu, nombreuses du fait des guerres. La douleur est étudiée sous la forme d'une sensation conduite aux moyens de « câbles » jusqu'à l'âme que Descartes localise dans le cerveau au niveau de la glande pinéale.

3.1. La douleur vue par les chrétiens

A partir du XVI^e siècle, un grand mouvement humaniste s'élève devant les abus de l'Eglise, notamment des papes qu'il considère comme immoraux, avides et infidèles par rapport à l'Eglise primitive. Le protestantisme naît sous l'égide de plusieurs personnalités un peu partout en Europe. Face à tous ces courants réformateurs, l'Eglise catholique se reprend : Inquisition, exacerbation du sentiment religieux...

3.1.1. La pensée chrétienne traditionnelle : sublimation de la douleur ici-bas, mais espoir d'en être libéré après la mort

La douleur est très présente dans la pensée catholique et souvent représentée dans les arts. Le chrétien est « poussé » à considérer la douleur ici-bas comme la garante de son salut et de son rapprochement à Dieu. En revanche, on lui fait craindre fortement les souffrances que son âme immortelle pourrait avoir à subir après sa mort.

3.1.1.1. La douleur dans ce monde [62 ; 78]

3.1.1.1.1. La douleur mise en scène :

Détenant un certain monopole sur les arts, l'Eglise commande de nombreux tableaux représentant des épisodes douloureux physiques ou moraux vécus par le Christ, les saints, la vierge...

➤ Douleurs physiques du Christ : Tableaux de descente de croix, flagellations, crucifixion...

➤ Douleur morale de la vierge : Mater Dolorosa ou pieta

➤ Nombreuses représentations de martyres ou de saints montrant la souffrance de façon ambiguë, puisque les expressions du visage se confondent avec celles du plaisir. La souffrance endurée au nom du Christ se transforme en un indicible plaisir : plaisir et douleur dans l'extase [73].

3.1.1.1.2. Le mysticisme

➤ Les exercices spirituels d'Ignace de Loyola

➤ Le flagellant mystique de Giuseppe di Copertino

➤ Ecrits de Ste Thérèse d'Avila décrivant son extase : « Je voyais près de moi, à gauche, un ange dans sa forme corporelle. Je voyais dans ses mains un long dard en or, avec, au bout de la lance, me semblait-il, un peu de feu. Je croyais sentir qu'il l'enfonçait dans mon cœur à plusieurs reprises. La douleur était si vive que j'exhalais ces gémissements dont j'ai parlé, et la suavité de cette immense douleur est si excessive qu'on ne peut désirer qu'elle s'apaise et que l'âme ne peut se contenter de rien moins que Dieu. Ça n'est pas une douleur corporelle mais spirituelle, pourtant le corps ne manque pas d'y participer un peu et même beaucoup. C'est un duo si tendre entre l'âme et Dieu que je le supplie d'en donner un avant-goût à ceux qui penseraient que je mens. » (Autobiographie, XXIX, 13.) [73].

La flagellation du Christ par
Fernando Gallego (1440-1507)



L'Extase de Ste Thérèse
d'Avila par Le Bernin (1646)



3.1.1.2. Les souffrances dans la vie éternelle : un bon filon pour les papes, des Indulgences pour se racheter.

Le purgatoire a été officialisé par un décret du concile de Trente (le 3 décembre 1563) qui affirme son existence .

Les souffrances après la mort sont elles aussi très représentées en peinture, et très craintes par les chrétiens. L'Eglise catholique affirme avoir le pouvoir d'abréger les souffrances des âmes des défunts et de permettre une remise de peine au purgatoire pour certains péchés. Le fidèle doit accomplir un acte déterminé par l'Eglise : pèlerinage, prières, aumône... l'Eglise étant nécessaire pour la reconstruction de la

basilique de St Pierre de Rome, les Indulgences sont essentiellement financières et assez lourdes.

le jugement dernier par Hans Memling
(1467- 1471)



3.1.2. La pensée de la Réforme : rationalisation de la douleur [62 ; 78]

Les protestants ont un rapport au corps différent des catholiques et une conception du salut opposée. En outre, ils rejettent l'existence du purgatoire.

3.1.2.1. Interprétation théologique de la douleur

La douleur est inévitable car elle est inhérente à la condition humaine ; elle est mémoire charnelle de la chute (exclusion des hommes du paradis) et participation à la faute originelle d'Adam. Ce n'est pas une punition envoyée par Dieu en pénitence de nos propres péchés. Elle n'est donc pas rédemptrice.

3.1.2.2. Conception du salut : le salut n'est accordé que par la « grâce » reçue par la foi dans le Christ et non par des mérites humains (accumuler les bonnes œuvres pour se racheter de ses péchés sans avoir véritablement la foi est inutile). Dieu est l'unique auteur de cette grâce, l'Eglise n'est pas sanctifiante.

J.C. mourant sur la croix nous a assurés du pardon de Dieu et de notre salut éternel.

3.1.2.3. Conséquences

La douleur n'est pas un moyen d'accéder au salut. On doit donc la combattre. On ne peut pas s'acheter une remise de peine divine par l'intermédiaire de l'Eglise sous quelle que forme que ce soit.

3.2. Le milieu médical face à la douleur

3.2.1. Les progrès de la médecine

- Renouveau de l'anatomie
 - * Vesale et sa fabrique du corps humain
 - * Esprit critique vis-à-vis des textes anciens
 - * Dissections autorisées... mais limitées et réglementées
 - * La représentation du corps s'enhardit, même si au début les thèmes choisis sont religieux
 - * Thomas Willis : anatomie du cerveau en 1664
- Découvertes : circulation du sang (Harvey)
de nouvelles substances venant du Nouveau Monde
- Essor de la chirurgie avec Ambroise Paré

3.2.2. Théories sur la douleur

3.2.2.1. Physiologie de la douleur :

A partir de la Renaissance, de nombreuses personnalités se sont intéressées à la physiologie de la douleur en tant que sensation transmise par le système nerveux. Ambroise Paré, dans cette optique, eut même l'idée de détruire les nerfs par de l'huile bouillante pour soulager Charles IX... il n'en fit heureusement rien ! [16]

3.2.2.1.1. le mécanisme cartésien:

Les mouvements et les sensations s'expliquent par la présence d'« esprits animaux » animés par la chaleur du cœur [26 ; 27].

➤ L'homme : un être dichotomique, un corps comme une machine et une âme joints

- Le corps

- ❖ Architecture :

- l'organisme est constitué des viscères, veines, artères, nerfs, cerveau...
 - Les nerfs sont comme de petits filets qui relient directement le cerveau aux muscles et aux organes des sens. Ils sont constitués de la moëlle formant les filets, d'une peau (tuyau dans lequel on trouve les filets) et d'« esprits animaux » (voir plus loin)

- Dans le cœur un principe de chaleur anime le sang qui va circuler pour rejoindre le cerveau et les autres parties de l'organisme. Les parties sanguines les plus rapides et les plus subtiles vont gagner le cerveau : il s'agit des « esprits animaux ». Ils passent ensuite dans les nerfs via les pores du cerveau pour étendre les filets à l'intérieur des tuyaux.

- ❖ Fonctions du corps : les mouvements et les sensations

- Mouvements : Les mouvements des membres sont la conséquence des mouvements des muscles provoqués par les « esprits animaux » contenus dans les nerfs.

- Sensations : les objets extérieurs frappent nos organes des sens et excitent le nerf considéré grâce aux « esprits animaux », et par là même la région du cerveau d'où le nerf vient (comme lorsque l'on tire sur une corde) : on sent alors les mouvements qui viennent des objets extérieurs.

- L'âme : elle est jointe et unie étroitement avec le corps

- ❖ Localisation : la glande pinéale

- ❖ caractéristiques : elle est sensitive et raisonnable.

L'âme est mue par les « esprits animaux » qui sont projetés vers elle lorsque le cerveau est excité (objets extérieurs qui frappent nos sens ; en l'absence d'objets, traces laissées dans le cerveau par les « esprits animaux »)

- ❖ Fonctions : pensée, volonté, perception

- Relations corps et âme

- ❖ Pas de relation dans les mouvements réflexes, involontaires...

« tous les mouvements que nous faisons sans que notre volonté y contribue (comme il arrive souvent que nous respirons, que nous marchons, que nous mangeons, et enfin que nous faisons toutes les actions qui nous sont communes avec les bêtes) ne dépendent que de la conformation de nos membres et du cours que les esprits, excités par la chaleur du cœur, suivent naturellement dans le cerveau, dans les nerfs et dans les muscles » [76]

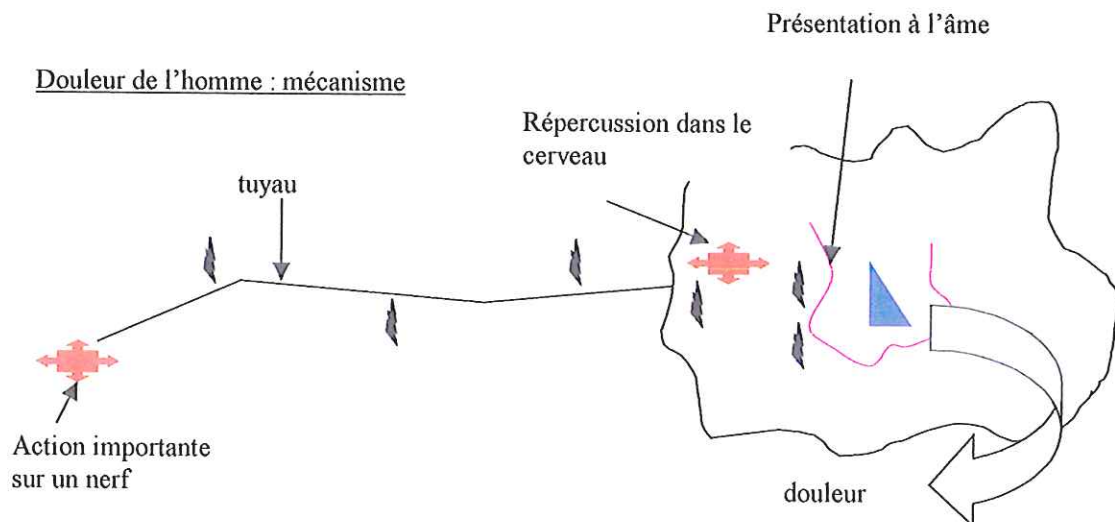
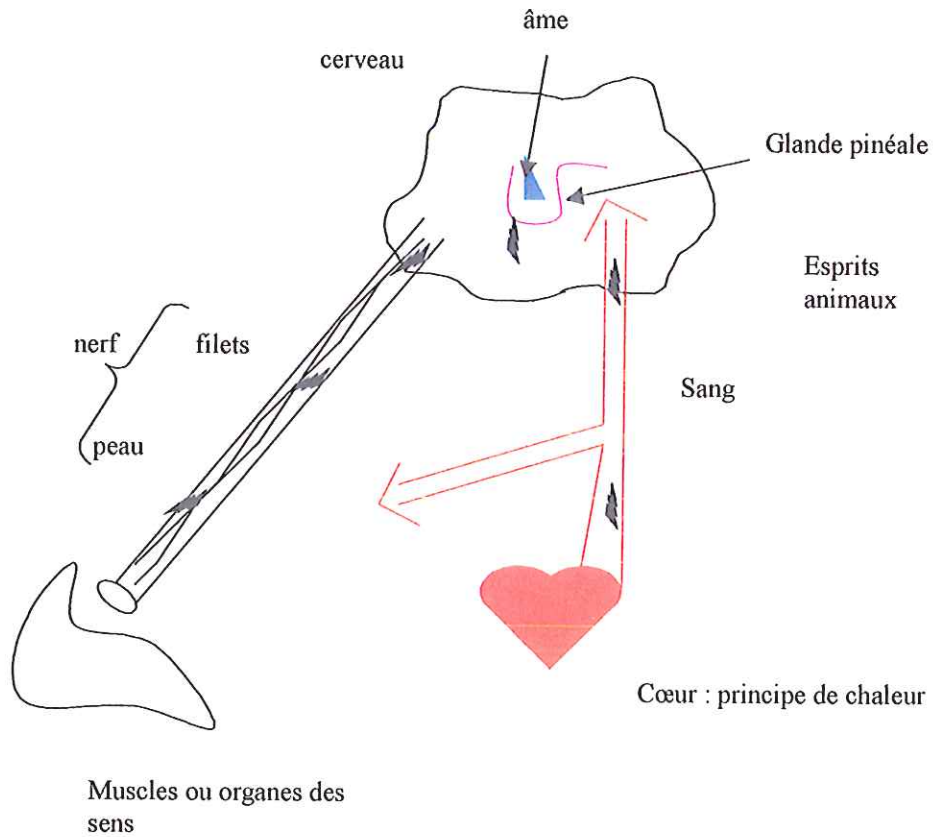
- ❖ Situations dans lesquelles le corps et l'âme sont en relation évidente :

- action de l'âme sur le corps dans les actes volontaires

- action du corps sur l'âme dans les sensations pour devenir perception : les mouvements du cerveau, provoqués par l'excitation due aux objets extérieurs, sont présentés à l'âme par le passage des « esprits animaux » pour faire naître divers sentiments et perceptions (vue, ouïe, qualités esthétiques...)

➤ schéma de la mécanique humaine

Schéma représentant les différents éléments de l'organisme : les esprits animaux circulent dans les nerfs, le sang et frappent l'âme dans le cerveau



➤ La douleur de l'homme

- définition : il s'agit d'une perception de l'âme concernant le corps
- mécanisme général : elle est la conséquence d'une action violente sur les nerfs
- du chatouillement à la douleur :
 - si on meut un nerf modérément sans que le corps ne subisse de dommage (nerf plus résistant que l'action qui le meut, et corps bien disposé), un léger mouvement est produit dans le cerveau qui le représente à l'âme via les esprits animaux comme un bien : c'est le chatouillement et la joie qui y fait suite.
 - Si on meut un nerf plus violemment et que le corps subit un dommage, le mouvement qui se répercute dans le cerveau est représenté à l'âme comme un désagrément, un mal : c'est la douleur et la tristesse qui la suit.
- la douleur des membres fantômes : Descartes s'est intéressé à ce problème et a tenté d'en donner une explication. Dans ce cas, la douleur ressentie par l'âme n'est pas celle venant du membre absent, mais celle venant du cerveau par suite des traces que les esprits animaux ont laissées
- minoration de la douleur : l'âme peut s'empêcher de ressentir une petite douleur en se rendant fort attentive à quelque autre chose.

➤ La douleur de l'animal

Pendant le XVII^e siècle, cette question a fait l'objet d'un vif débat autour de la légitimité de l'expérimentation animale, notamment des vivisections. Pour Descartes, l'animal ne ressent pas la douleur car il n'a pas d'âme. C'est le concept de l'animal – machine. La « douleur » de l'animal que l'on pourrait supposer à cause des gémissements et du retrait de la patte sur laquelle on a marché par exemple ne serait qu'une série de mouvements instinctifs, réflexes dus aux esprits animaux et à la conformation des membres de l'animal.

3.2.2.1.2. Thomas Willis : la douleur est une affection de l'âme sensitive [78]

- Les mouvements et les sensations dépendent de la partie corporelle de l'âme
- La dichotomie de l'âme humaine

L'âme de l'homme est double :

- Une partie est spirituelle et immortelle
- Une autre partie est corporelle et mortelle (comme celle des animaux)

Cette partie est elle-même divisée en deux

- * La portion présente dans le sang assure les fonctions vitales

- * Celle qui se trouve dans le système nerveux est responsable des sensations et des mouvements

- Le cervelet

C'est la source des esprits animaux

➤ La douleur : un signal d'alarme permettant l'exécution d'un mouvement réflexe de protection.

Lorsqu'une agression affecte l'âme sensitive, les esprits animaux du cervelet modifient leur cours ; ceci entraînant des actions « animales » involontaires par l'intermédiaire des nerfs vague et intercostal : modifications du pouls, de la respiration, spasmes musculaires...

3.2.2.2. La douleur en tant que moyen thérapeutique dans les affections nerveuses

- Ambroise Paré, pourtant soucieux de soulager les souffrances des patients, conseille l'avulsion douloureuse des poils plus particulièrement ceux des « parties honteuses » chez les épileptiques, les hystériques ou dans les états de torpeur [73].

- Mercurialis, au XVII^e siècle, conseille l'application du fer rouge sur l'occiput des enfants pour combattre l'épilepsie [73].

3.2.3. Thérapeutiques contre la douleur

3.2.3.1. Gestion de la douleur de la maladie

3.2.3.1.1. Procédés physiques :

- identiques à ceux préconisés aux siècles précédents : saignées, purges...

- nouveauté : l'acupuncture, importée d'Orient en 1683 par un Hollandais [80]

3.2.3.1.2. pharmacopée : utilisation large de substances végétales et animales

➤ de nombreuses plantes classiques sont toujours utilisées et réputées comme sédatives :

- Paré dans son 25^e livre des Médicaments cite plusieurs substances déjà anciennes qui diminuent la douleur : ciguë, jusquiame noire, chicorée sauvage, mandragore, solanum, opium, suc d'endive, oseille, cannelle [16]

- contre les maux de dents : de nombreuses plantes étaient recommandées

- au XVI^e siècle, Dagen (Italie) utilise les racines de jusquiame cuites dans du vinaigre et de l'eau de rose contre les maux de dents [50].
- camomille conseillée par Ettmuller en huile au niveau de la joue et des tempes lors des poussées dentaires douloureuses chez les enfants [59].
- sauge : utilisée de différentes façons contre le mal de dents [45]
 - * huile de sauge sur les dents (Liebaut, 1582 ; Ettmuller, 1691)
 - * sauge, marjolaine et différentes bonnes herbes à bouillir dans une demi pinte de vin rouge avec du poivre (remède datant de 1480)
 - * sauge nouvellement cueillie à faire bouillir avec du vinaigre et du sel puis à mettre entre deux linges et à appliquer sur la joue du côté douloureux toutes les 6 heures, après la saignée (manuscrit du XVII^e siècle)
- pyrèthre, menthe, rhue, clou de girofle, hysope contre les douleurs dentaires de cause froide [51]
- au XVII^e siècle, l'oseille était conseillée contre les douleurs dentaires de cause chaude [56].
- marjolaine : sachet chaud de fleurs et feuilles de marjolaine et autres plantes sur le site douloureux d'extraction dentaire [55].
- en 1623, le clou de girofle est introduit en France dans la thérapeutique dentaire par Dupré de Fleurimont comme analgésique et antiseptique [42].

➤ nouveautés

- découverte du vitriol doux (acide sulfurique avec alcool) par Paracelse, mais au départ il fut utilisé pour d'autres fins que l'analgésie [16 ; 78]
- substances d'ailleurs :
Grâce aux expéditions en Amérique et en Inde, de nouvelles substances sont importées en Europe, certaines pouvant être utilisées, entre autres, à des fins thérapeutiques pour soulager des douleurs. On a ainsi rapporté des graines de cacao, du chocolat, du thé, de l'herbe de Nicot, des feuilles de coca.... Les Mayas, les Aztèques et les Incas possédaient une pharmacopée luxuriante : de nombreuses plantes et champignons plus ou moins hallucinogènes étaient utilisés pour calmer les douleurs [16]
- herbe de Nicot ou tabac : les premières graines de tabac en provenance des Amériques furent envoyées en Espagne vers 1518. La France, elle, connut le tabac en 1556 grâce à un capucin d'Angoulême puis surtout grâce à Jean Nicot qui était à l'époque l'ambassadeur de France au Portugal. En 1560, il fit envoyer à la reine Catherine de Médicis quelques graines pour la guérir de ses migraines. Cette herbe de Nicot ou nicotiane était réputée soulager les maux de tête, de dents,

les rhumatismes... malgré une toxicité déjà remarquée, des malades migraineux décédant suite aux lavements de tabac [46].

- feuilles de coca : les Incas employaient les feuilles de coca à des fins religieuses (sensation de bien-être) et pour parcourir de longues distances (vertu tonique).

➤ floraison de préparations universelles, certaines assez farfelues !
[16]

- laudanum : Sydenham
- le laudanum de Rousseau calme aussi les douleurs : opium dans 3 livres d'eau mise à fermenter dans 3 livres de miel. On dilue dans 12 livres d'eau et on distille.
- des préparations plus discutables
 - baume du Père tranquille (concocté par les Capucins) : narcotiques (n'importe lesquels et pas forcément des substances efficaces, thym, jusquiame, lavande) mis à bouillir dans de l'huile d'olive... avec un gros crapaud vif ! Cette préparation, supposée guérir tous les maux, était très prisée par Madame de Sévigné qui essayait baumes, poudres et eaux de toutes sortes. Sa demi bouteille de baume Tranquille était « ce qu'elle avait de plus précieux » !
 - poudre de Sympathie censée guérir les plaies à distance par de la chypre calcinée à la blancheur du soleil.
 - eau de Millefleurs (si l'on ne craint pas les odeurs) : bouse de vache fraîche (du mois de mai) distillée ou urine des vaches contre la goutte, les rhumatismes.
 - or potable préparé par le frère Ange : perchlorure de fer d'antimoine, d'alcali et d'acide nitrique.
 - or en poudre : selon que l'on est riche ou pauvre, il s'agit du bouillon résultant de la cuisson d'un poulet farci de pièces d'or ou bien de l'urine d'un poulet sans farce !

➤ Extraits cadavériques

3.2.3.2. Gestion de la douleur lors des soins des plaies [37]

3.2.3.2.1. Plaies banales

Paracelse conçoit des pansements émollients non douloureux avec des huiles essentielles ou des sels de cuivre ou d'argent au lieu de brûler les chairs.

3.2.3.2.2. Plaies par balles :

Paré, préconise une nouvelle façon de soigner les blessés et de diminuer leurs souffrances par :

- le pansement

Auparavant, la thérapeutique consistait à brûler les chairs avec de l'huile bouillante ou un cautère au fer rouge car on croyait que la poudre des arquebuses empoisonnait les blessures. C'est par hasard,

un jour qu'il n'avait plus d'huile que Paré utilise un mélange dit apéritif (jaune d'œuf, huile de rosat et térébenthine) afin de soigner les trop nombreux blessés dont il a la charge. Ceci fonctionne si bien qu'il décide de ne plus brûler inutilement les chairs des malades.

- l'extraction de la balle : avec un bistouri (au lieu du cautère) et une pince tire-balles de son invention, dans la position que le blessé avait lorsqu'il a été touché.

3.2.3.3. La douleur lors des opérations chirurgicales

3.2.3.3.1. la crainte du bourreau

La douleur ressentie lors des opérations chirurgicales reste un problème. De nombreux blessés préfèrent attendre la mort plutôt que de subir l'amputation par exemple. Certaines opérations sont si douloureuses que le patient doit être tenu par plusieurs hommes forts ou bien être ligoté sur une chaise.

Afin de diminuer la douleur, on compte sur la dextérité et la célérité du praticien. Eventuellement, on administre des potions (infusions ou vin de mandragore) avant de réaliser les incisions, mais l'efficacité n'est pas totale.

A cette époque, les opérations se font souvent en « public » : la famille et les amis se font un devoir d'assister au supplice, ce qui n'allège pas l'atmosphère déjà pesante. Paré préconise de refuser toute présence de ce type qu'il juge toujours néfaste et inconfortable pour le patient et pour le chirurgien souvent qualifié de bourreau en pleine opération !

3.2.3.3.2. L'amélioration des amputations

Plutôt que de cautériser au fer rouge le moignon restant pour stopper l'hémorragie, Ambroise Paré utilise la ligature des artères (qui n'était pas pratiquée même si elle était énormément décrite dans la littérature) moins douloureuse pour le patient et tout aussi efficace.

Conclusion :

Alors que pendant l'Antiquité des explications rationnelles ont été recherchées pour expliquer le phénomène douloureux, le Moyen-Age opère un véritable retour en arrière. On cherche souvent le réconfort auprès de sa religion avec des prières ou des potions à base de plantes cultivées par les moines. La période de la Renaissance est, elle-aussi, très riche en préparations de toutes sortes avec des substances parfois importées des Indes et des Amériques. Fort heureusement, le corps médical essaie d'apporter des réponses et des remèdes. A ce titre, avec sa vision très mécaniste de l'organisme, Descartes tente d'expliquer les bases de la sensation douloureuse. Sa conception, pourtant simpliste, sera remaniée et aménagée selon les découvertes faites aux siècles suivants : on retrouvera au XIX^e siècle la théorie de la spécificité, plus imaginative, du reste.

Partie II : LA DOULEUR COMBATTUE, MAIS ACCEPTABLE

« Sois sage, ô ma douleur et tiens-toi plus tranquille », Baudelaire

Un changement d'attitude vis-à-vis de la conduite à tenir face à la douleur s'amorce au XVIII^e siècle, d'abord sous l'égide des Lumières, favorables à une abolition ou tout du moins à un allègement de la douleur. Dans un premier temps, le corps médical reste assez sceptique, même lorsque des techniques et des substances nouvelles font leur apparition. L'anesthésie générale, par exemple, suscite beaucoup de polémiques à ses débuts, au XIX^e siècle. Mais après de nombreux succès, elle est adoptée à l'unanimité. La gestion de la douleur connaît alors des débordements, que ce soient dans les prescriptions morphiniques non contrôlées ou dans la chirurgie qui devient monnaie courante au début du XX^e siècle et surtout de plus en plus mutilante sans le résultat escompté d'ailleurs.

4. Le siècle des Lumières

A partir du XVIII^e siècle, la douleur se libère de la notion de péché. Elle n'a plus valeur rédemptrice dans les esprits qui cherchent à s'émanciper de l'Eglise aux idéologies obtues, non progressistes et peu humanistes. On réfléchit même à une peine la moins douloureuse possible pour les criminels condamnés à mort : la douleur perd donc totalement sa vocation punitive !

4.1. La douleur déchue de ses valeurs, théologique et pénale, punitives

4.1.1. Laïcisation de la douleur

En Europe, le courant philosophique des Lumières tend à rationaliser tous les domaines et la pensée. Leur conception du monde s'appuie sur les différentes lois physiques découvertes au siècle précédent. Du même coup, leurs idées tendent à une certaine laïcisation applicable aussi dans le domaine de la douleur. On prône la raison, l'esprit critique, la tolérance et la liberté spirituelle pour le bien-être de tous. Les philosophes s'émancipent de la religion plus ou moins nettement. Certains continuent de croire en un Dieu, mais ils refusent l'idée de l'existence de miracles ou de révélations (déisme) : le monde évolue selon ses lois qui sont celles de la physique (créées par Dieu). D'autres choisissent l'athéisme.

En médecine, on rationalise de plus en plus les phénomènes observés dont on cherche les mécanismes. La problématique de la douleur se pose en dehors des considérations religieuses de péché, de mal...

4.1.2. L'allègement des souffrances pour tous y compris pour les criminels

4.1.2.1. Courant général humaniste

L'humanisme n'est pas né au XVIII^e siècle, mais c'est pendant le siècle des Lumières qu'il connaît son apogée. Déjà au XVI^e siècle, un catholique pourtant fervent, Thomas More, dans Utopie, était allé jusqu'à légitimiser l'euthanasie devant l'impuissance thérapeutique à alléger les souffrances des patients [20].

4.1.2.2. La guillotine

4.1.2.2.1. Un châtimement identique pour tous [36]

Jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, en cas de culpabilité, la peine infligée était fonction du crime commis mais aussi de la position juridique et sociale de l'individu ayant fauté. La peine de mort, lorsqu'elle était requise, était donc différemment exécutée et les douleurs de la peine capitale très différentes selon le supplice auquel l'origine sociale vouait l'individu [37]. Le noble était décapité, le voleur de grand chemin roué sur la place publique, le régicide écartelé, le faux-monnayeur bouilli vif

dans un chaudron, l'hérétique brûlé... En 1789, Joseph Guillotin, médecin élu à la Constituante, propose l'utilisation d'une machine afin d'infliger le même châtiment corporel à tous les individus coupables et de leur épargner les maladrances d'un bourreau devant s'y reprendre à plusieurs fois ! L'Académie de médecine est alors chargée de réfléchir au problème. C'est le Dr Antoine Louis qui propose alors d'utiliser, après amélioration, une machine inventée dès le XVI^e siècle en Italie et aussi en Ecosse : la mannaja italienne ou la maiden écossaise, qui tranchait le cou des condamnés grâce à une hache descendant le long de deux montants. En 1791, une loi uniformise les peines et supprime la torture préalable que l'on infligeait à certains individus à titre de mesure d'instruction, et ce en toute légalité depuis le droit romain. Tout condamné à mort (hormis pendant les périodes d'exécutions massives) se voit alors condamné à avoir la tête tranchée par la machine baptisée « Louissette » ou « Louison », puis guillotine malgré un Dr Guillotin peu enclin à cette appellation !

4.1.2.2.2. Polémique au sujet de la persistance ou non de la douleur après la décollation [73 ; 78]

Un débat s'ensuit au sujet de la persistance ou non de la douleur après la décollation. Pour certains, le sentiment douloureux se prolonge au-delà de l'extinction apparente de la vie, jusqu'à l'extinction de la chaleur naturelle ; celle-ci survenant quelques minutes après la décapitation. Pour les autres, cette thèse est une absurdité.

➤ Thèse de la persistance de la douleur

Sommering (allemand) et Sue (français) défendent cette thèse et expliquent que la décollation est en réalité le supplice le plus douloureux.

- Le premier s'appuie sur des observations :
 - humaines : la tête de Charlotte Corday a rougi sous le soufflet du bourreau
 - et animales : les mouvements des reptiles persistent après section de la tête, les canards poursuivent leur marche...
- Le second s'appuie sur des recherches expérimentales qu'il a réalisées après avoir mesuré, pour différentes parties du corps, le degré et la durée des formes de vitalité après la mort.

➤ Thèse réfutant la persistance de la douleur après la décollation

Petit et Cabanis s'opposent à Sommering et à Sue. Selon eux, la douleur ne peut pas persister dans une tête séparée du tronc, car la conscience est abolie dès lors que l'organisation du système n'est plus intégrale (comment pourrait-il rester intégrale après décapitation alors qu'un estomac plein de vin suffit à troubler le jugement de l'âme ?). Les phénomènes observés après la décollation sont dus à des mouvements animaux, des phénomènes d'irritabilité propres aux fibres musculaires (démontrés par Haller) qui se prolongent après la mort sans intervention de l'âme

4.2. Théories de la douleur [37; 78]

D'un point de vue général, l'homme est considéré comme une mécanique complexe constituée de fibres, liquides, gaz et de leviers..., séparée de l'âme. Mais trois écoles médicales (écoles mécaniste, animiste et vitaliste) se distinguent au XVIII^e siècle, ayant chacune une conception de la douleur différente.

4.2.1. Théorie mécaniste

4.2.1.1. Idées générales

Cette doctrine repose sur les fibres qui composent l'organisme. Ces dernières peuvent se contracter et se dilater sous le contrôle du cerveau grâce à un tonus exerçant une force mécanique sur elles.

4.2.1.2. Conceptions sur les maladies et la douleur

➤ Causes des douleurs

L'affection des fibres solides (spasmes ou atonie) ou la modification des humeurs (stase ou obstruction) peuvent entraîner des maladies et la douleur

➤ Remèdes : ils sont contraires à la cause de la douleur

4.2.1.3. L'apport de Haller

Haller a distingué deux types de fibres ; celles-ci réagissant différemment et de façon spécifique lorsqu'on les stimule :

- Les fibres musculaires : contraction

= les parties dites irritables

La propriété de se contracter diminue avec l'âge et se prolonge quelque temps après la mort.

- Les fibres nerveuses : sensation

= les parties sensibles

Seules les fibres sensibles ont la propriété de transmettre la sensibilité à l'âme.

4.2.2. Théorie animiste

4.2.2.1. Idées générales

Cette théorie accorde un statut important à l'âme. Selon eux, l'« âme sensible » (ou anima) est présente partout dans le corps et préside aux fonctions organiques, aux mouvements de contraction et à la transmission de la sensation.

Toute la vie organique est due à la circulation de cette âme. Sans elle, la matière vivante est passive et incapable d'aucune fonction.

4.2.2.2. Théorie de la douleur

- 2 causes
 - érosion, picotement, lésion des parties nerveuses
 - effort de l'âme pour se débarrasser d'une souffrance siégeant dans l'âme, souffrance ayant pour cause un conflit entre les actions volontaires de l'âme et les actions naturelles relevant des appétits

- utilité de la douleur

néfaste, car l'âme est empêchée d'accomplir correctement les fonctions. Elle porte toute son attention à la partie malade et ceci amène des insomnies...

4.2.3. Théorie des vitalistes

Elle repose sur le concept de sensibilité

4.2.3.1. Concept de sensibilité

- Définition : la sensibilité est la propriété générale des êtres vivants. C'est la faculté qui nous permet de comprendre les fonctions organiques, les sentiments et d'expliquer les fonctions intellectuelles.
- Des subtilités selon les auteurs
 - Cabanis distingue les sensations viscérales de celles qui naissent spontanément dans le cerveau
 - Bichat distingue les sensibilités du SN de la vie animale et celles de la vie organique qui ne parviennent pas dans la zone de centralisation de toutes les impressions.

4.2.3.2. La douleur chez Cabanis

- définition de la douleur : la douleur est un des deux revers de la sensibilité avec la plaisir.
- Composantes du phénomène douloureux : psychophysiologiques
 - Phénomène physiologique associé à une activité mentale du sujet :
 - Surcroît d'attention : extrême sensibilité
 - Défaut d'attention : insensibilité
 - Compétition de nombreuses sensations pour parvenir à la conscience. Seules les plus fortes y parviennent.
- Rôles :

La douleur est ambivalente : parfois utile, parfois nuisible

 - utile lorsqu'elle réveille les forces vitales affaiblies.

4.2.3.3. La doctrine des sympathies

Elle est approfondie par rapport à Galien grâce aux vitalistes.

La douleur et la maladie peuvent se communiquer d'un site vers un autre, que ce soit du haut vers le bas, d'un hémicorps à l'autre.

Bordeu explique ce phénomène par des ramifications nerveuses non visibles et le tissu cellulaire entre les organes.

Barthez distingue 3 classes de sympathies :

- les sympathies entre des organes n'ayant aucun rapport (ni nerfs, ni vaisseaux...)
- les sympathies entre des sites connectés par du tissu cellulaire
- les sympathies entre des organes ayant des similitudes de structure ou de fonction.

4.3. Thérapeutiques de la douleur

4.3.1. Douleur des maladies

Les thérapeutiques sont identiques à celles des siècles précédents.

4.3.1.1. Pharmacologie

- utilisation très importante de l'opium et de ses diverses préparations telles que le laudanum [78]
 - Selon J. Brown, l'opium est à utiliser surtout si les malades sont sthéniques [83]
 - En odontologie, on utilisait l'opium :
 - ❖ sous sa forme liquide dans le conduit auditif externe
 - ❖ sous sa forme poudrée calée entre deux dents
 - ❖ en pastilles placées sur la temporale sous une mouche de velours fort heureusement très à la mode à cette époque [84]
 - ❖ dans une pâte calmante inventée par Bourdet en 1757 et composée d'opium, de clou de girofle, noix de galle, camphre, terre argilée [42].
- la mandragore tombe en désuétude [40]
- les douleurs dentaires avaient de nombreux remèdes possibles. Les maux dentaires ayant des étiologies diverses et pas seulement buccales (digestives, constipation, alimentation, humidité, colère...), de nombreuses plantes étaient proposées pour soulager la douleur selon l'humeur viciée. La plupart du temps, on considérait que les odontalgies carieuses étaient le fait de l'accumulation de la pituite. Il fallait donc trouver des substances sèches et chaudes qui neutraliseraient cette humeur.

- une pâte concoctée avec du sucre blanc, du poivre et du sel en quantité identique, fondus ensemble. Versée dans la carie, elle apaise la douleur [84]
- lavande :
 - ❖ huile de lavande d'aspic appliquée sur un coton dans une dent cariée douloureuse
 - ❖ ou eau de vie de lavande affaiblie d'eau tiède en bain de bouche [57]
- l'urine nouvellement rendue en bains de bouche est conseillée par Fauchard qui a soulagé de nombreux patients souffrant de maux de dents [84]
- opiat pour les dents de Fauchard (1746) : mélange de pyrèthre, sang-dragon, girofle [44]
- sauge, pyrèthre à bouillir dans du vin ou du vinaigre avec d'autres plantes si besoin est [45].

➤ autres

- le tabac en poudre, en feuilles, fumé, en eau, en huile, en sel ou en cristal... est toujours réputé soulager de nombreux maux selon Madame Fouquet dans son recueil datant de 1765 [46].
- les feuilles de menthe aquatique soulagent les douleurs de la tête [47].
- le thym soulage la goutte sciatique [48].
- l'huile d'œufs : cette huile, obtenue en faisant frire des jaunes d'œufs durs dans une poêle avec un peu d'eau de vie, soulagerait les douleurs d'oreilles et les hémorroïdes [44].

4.3.1.2. Procédés physiques :

saignées y compris dans les douleurs dentaires (phlébotomie au niveau du coude ou dans la région céphalique) [84], évacuations, cataplasmes...

4.3.1.3. Procédés faisant appel à la douleur [73]

Dans certaines maladies, la douleur apparaît spontanément et amène à la guérison du patient. On peut donc faire appel à des remèdes algogènes afin de :

- provoquer une crise résolutive de la maladie
- fixer les humeurs viciées ailleurs que sur l'organe atteint lorsque celui-ci est déjà très affaibli. A ce titre, Cofinière, chirurgien à Castelnau-dary, conseille de « causer volontairement des douleurs de dents en les ébranlant ou en les cautérisant » lors de douleurs de poitrine afin de refixer l'humeur mauvaise sur les dents [85].
- réveiller des forces vitales permettant à l'organisme de mieux lutter contre la maladie

4.3.2 Douleur lors des opérations chirurgicales

Cela reste un problème : on compte sur la célérité du praticien. On raconte que Cheselden coupait une jambe en 10 secondes et extrayait un calcul dans la vessie en moins d'une minute.[37]

5. La douleur au XIX^e siècle

Le XIX^e siècle est marqué par les grandes découvertes et des révolutions (libérale, industrielle). De nombreux domaines sont touchés :

- l'industrie est bouleversée par de nouvelles technologies et par la main d'œuvre croissante qui augmentent considérablement la productivité.
- dans la veine de la révolution Française et du libéralisme des Lumières, des progrès sont réalisés, en France, dans le domaine du travail par exemple :
 - * l'esclavage est aboli en 1848
 - * le monde du travail se dote de lois visant à protéger les enfants puis les femmes (dans une certaine mesure pour l'époque !)
- les arts sont bouleversés par l'impressionnisme des peintres.
- la médecine développe la clinique et la physiologie expérimentale. Les recherches sur les gaz et en chimie sont révolutionnaires : des substances très efficaces dans le domaine de l'analgésie sont découvertes. L'anesthésie générale et la morphine, après quelques débats, font l'unanimité.

Cependant, la tendance belliqueuse européenne se pérennise : le continent doit faire face à plusieurs guerres et à la souffrance de ses mutilés !

5.1. Conceptions sur la douleur [1 ; 78]

Dans l'ensemble, le XIX^e siècle est marqué par le cadre de la théorie de la spécificité. Cette théorie qualifiée de traditionnelle reprend le modèle envisagé par Descartes en 1664 et s'est révélée robuste et féconde malgré les contestations soulevées dès son origine et malgré les observations cliniques qu'elle ne pouvait expliquer. On a recherché à déterminer une spécificité inhérente aux récepteurs, aux voies de transmission, aux centres d'intégration des informations.

5.1.1. A la recherche de la spécificité

5.1.1.1. Müller et l'énergie spécifique des nerfs (1838) [1 ; 78]

Müller explique l'aptitude du cerveau à distinguer les différentes sensations par :

- un isolement des fibres nerveuses les unes par rapport aux autres
- et une énergie spécifique (différente pour chaque sensation) de nature métaphysique contenue dans les nerfs

Remarque : la source de cette énergie reste inconnue

5.1.1.2. Transmission croisée des fibres de la douleur [1]

5.1.1.2.1. Brown-Séquard (1849)

Il a réalisé des expériences d'hémisection de moelle sur des chiens et des chats et a ainsi déterminé la localisation des fibres conduisant les signaux douloureux chez l'animal. Il s'agit des fibres situées dans l'hémimoelle controlatérale par rapport à la zone périphérique stimulée.

5.1.1.2.2. Gowers (1876)

En conclusion de son étude sur un patient ayant tenté de se suicider par balle, il montre que la voie controlatérale conduisant les messages douloureux chez l'homme se trouve dans le quadrant antérieur de la moelle : il l'appelle voie antérolatérale.

5.1.1.2.3. Déjérine et Thomas (1898)

Ils confirment le rôle joué par la moelle antérolatérale.

5.1.1.3. Von Frey et la spécificité des récepteurs (1894-1895) [1]

L'histologie ayant permis de montrer que de nombreux récepteurs différents existaient dans la peau, Von Frey émet l'hypothèse qu'à chaque modalité correspondait un type de récepteurs.

Ainsi, selon lui,

- la sensation tactile est le fait des récepteurs encapsulés dits de Meissner et des récepteurs des poils
- la sensation de froid est celui des récepteurs de Kräuse
- la sensation de chaud est celui des récepteurs de Ruffini
- la douleur-piqûre est le fait des terminaisons libres des fibres nerveuses

5.1.1.4. Le thalamus comme centre de la douleur [78]

L'étude du thalamus est plus postérieure, mais elle entre dans la conception de la spécificité de la douleur. En 1903, Déjérine présente 2 cas d'affections similaires (que l'on appellera plus tard syndrome thalamique) caractérisées par

- une lésion thalamique touchant le noyau latéral
- et par des signes cliniques à type de troubles de la sensibilité, d'anesthésies, et de douleurs vives selon les zones corporelles considérées.

On en déduit que le thalamus joue un rôle non négligeable dans l'apparition de la douleur, mais sans savoir par quels mécanismes. De nombreux chercheurs recherchent alors la localisation de centres de la douleur dans le cerveau, en vain. En 1920, Head propose le thalamus comme centre de la douleur : il répercute ses informations au cortex qui le contrôle et le régule.

5.1.1.5. Conclusion :

Cette théorie implique un système fixe entre des récepteurs spécifiquement dévolus à la douleur et un centre de la douleur. Elle fut rejetée par de nombreux scientifiques car elle ne pouvait expliquer certains phénomènes tels que l'algohallucinoïse, les causalgies et les névralgies. A la fin du XIX^e siècle, deux autres théories s'élevèrent contre celle de la spécificité, mais avant le XX^e siècle, aucune tentative d'explication n'était suffisamment claire et construite pour renverser les esprits. La théorie affective de la douleur ne constitue qu'une anecdote, tandis que celle des patterns (envisagée dès 1894) et les explications qui s'en rapprochent s'attireront des partisans tout au long du XX^e siècle. * Nous verrons cela plus tard.

5.1.2. Rôles de la douleur : différentes idéologies

5.1.2.1. La douleur utile [73]

Salgues : « il n'est pas de santé, d'existence même, sans l'intervention de quelques nuances de douleur », de la douleur considérée du point de vue de son utilité en médecine, 1823. Salgues était un grand défenseur de l'idée de l'utilité de la douleur : sa thèse de médecine soutenue en 1819 recense 57 propositions montrant, au travers d'exemples pris dans l'Antiquité et dans le Moyen-Age, que la douleur est thérapeutique [73].

5.1.2.1.1. Conditions de l'utilité de la douleur

- Intensité modérée
- Siège : parties externes et circonscrit
- Durée brève

5.1.2.1.2. Rôles de la douleur : ils sont multiples

- Dans la physiologie
 - Conservation des espèces
 - Communication d'une puissance nouvelle à des organes ou à des facultés (intelligence meilleure)
- Dans l'hygiène
 - Fortification de notre être, notre constitution
- Dans la pathologie
 - Prévention dans le développement des maladies
 - Préservation du patient des fièvres
 - Préparation de la crise résolutive de la maladie
- Dans la thérapeutique
 - Nombreux moyens douloureux sont utilisés pour guérir des maladies
 - Dans la chirurgie
 - ❖ La douleur épuise les malades et empêche alors les symptômes nerveux, inflammatoires.
 - ❖ On peut prolonger la douleur chez les personnes inertes physiquement.

5.1.2.2. La douleur, un signal d'alarme à traiter : Petit (1799)

5.1.2.2.1. Définition de la douleur

C'est l' « état d'une âme qui juge que le corps éprouve des déchirements ou des altérations qui en dérangent l'harmonie ».

5.1.2.2.2. Mécanisme de la douleur

➤ Description

Une irritation, interne ou externe, produit des changements sur les solides ou les fluides et par là même agit sur une partie sensible du corps (toutes les parties n'ayant pas les mêmes sensibilités) ; ceci est transmis au

cerveau via des fibres médullaires ; et c'est alors que l'âme éprouve de la douleur.

➤ Conséquences

- Intensité de la douleur

La vivacité de la douleur est différente selon la nature de la partie irritée et selon les caractéristiques de l'irritation.

- Conditions au niveau de l'âme

- ❖ L'âme doit être intègre pour pouvoir éprouver de la douleur (ce n'est pas le cas au moment de la mort)
- ❖ L'âme peut trouver en elle des éléments ou avoir recours à l'imagination pour éprouver de la douleur : les fous et les hystériques ressentent de la douleur et des blessures dont ils s'imaginent être victimes.

5.1.2.2.3. Douleur, signal d'alarme

« le tonnerre qui gronde avant de frapper »
elle annonce la maladie

5.1.2.2.4. Dangers de la douleur

La douleur est à traiter car elle est dangereuse, même si elle permet de nous faire apprécier les moments de plaisir.

Les dangers de la douleur sont physiques et moraux et sont fonction de caractéristiques propres à la douleur (intensité, durée, siège) et surtout de la personnalité du patient qui souffre (âge, sexe, tempérament...)

Un accès de douleur peut donner la mort.

La douleur mine la vie de la personne qui souffre en général même s'il existe des personnes que les douleurs laissent gais voire productifs dans leur travail de création artistique par exemple.

5.2. L'avènement de l'anesthésie [3 ; 16 ; 73 ; 78]

5.2.1. L'anesthésie générale

5.2.1.1. De la fin du XVIII^e siècle aux années 1840 : des précurseurs dans le domaine de l'analgésie non suivis

5.2.1.1.1. Les précurseurs

➤ 1780 : une proposition de Sassard restée dans l'ignorance [73 ; 78]

A cette époque, Sassard est chirurgien principal de la Charité à Paris. Soucieux de diminuer les douleurs des patients lors des interventions chirurgicales, il propose l'administration de narcotiques avant les opérations. Son article, pourtant publié dans une revue sérieuse, restera longtemps ignoré.

- 1792 : isolement du protoxyde d'azote par Joseph Priestley (1733- 1804) [3]

On raconte que ce pasteur anglais passionné de chimie se rendait fréquemment dans une petite brasserie de Leeds où il observait les bulles qui s'échappaient pendant la fermentation de l'orge et du houblon lors de la fabrication de la bière. Curieux de savoir quel était ce gaz, il entreprit des expérimentations et parvint à isoler le gaz carbonique puis l'oxygène de l'air et enfin de l'oxyde d'azote et du protoxyde d'azote qui sera baptisé gaz hilarant.

- 1793 : continuation des travaux par Humphrey Davy (1778- 1829)

Alors qu'il n'était qu'apprenti pharmacien, Davy reprend les travaux de Priestley. Lors d'une de ses expérimentations, il inhale du protoxyde d'azote. Les effets obtenus (bien-être, joie, abolition de la douleur qu'il ressentait à cause d'une inflammation des gencives) sont tels qu'il devint plus ou moins dépendant du protoxyde d'azote et fut renvoyé par le pharmacien qui l'employait ! Il a émis l'hypothèse d'utiliser ce gaz pour lutter contre la douleur, mais son idée ne fut pas retenue.

- 1818 : découverte des propriétés narcotiques des vapeurs d'éther par Faraday (1791- 1867)

- 1824 : une proposition d'Henry Hill Hickmann pourtant basée sur une expérimentation rigoureuse rejetée par la Royal Society of Medecine. Ce jeune médecin a expérimenté les effets du protoxyde d'azote selon un protocole sur l'animal. Il a alors obtenu un état qu'il a qualifié d' « état d'animation suspendue » permettant des opérations chirurgicales. En 1824, il propose son application chez l'homme lors des interventions à la Royal Society of Medecine qui refusa sa proposition. En France, un seul soutint Hickmann, il s'agit de Larrey, 1^{er} chirurgien de la garde impériale, dont un des objectifs était de diminuer la souffrance des blessés.

5.2.1.1.2. Les objections à l'abolition de la douleur lors des opérations chirurgicales

En 1824, face à Hickmann, la Royal Society of Medecine considérait que c'était prendre un risque que de supprimer la douleur. Celle-ci étant habituelle, ce serait aller contre la nature [3]. La douleur est même considérée comme garante de la guérison lors des opérations chirurgicales ; on continue à penser que les grandes opérations doivent se faire dans la douleur. En outre, avec beaucoup de pessimisme ou peu de foi dans la science, certains pensent qu'il faut arrêter de poursuivre des objectifs irréalisables. En 1840, Velpeau déclarait qu' « éviter la douleur est une chimère que ne poursuit plus personne. Instrument tranchant et douleur en médecine opératoire sont deux mots dont il faut pour toujours adopter l'association ».

5.2.1.2. De 1844 à 1846 : l'apport des dentistes [3]

Les dentistes, particulièrement concernés par la douleur, sont les premiers à tenter d'abolir la douleur causée lors des extractions avec les gaz volatils (protoxyde d'azote et éther) dont les propriétés analgésiques ont été remarquées depuis quelques années sans pour autant avoir été utilisées par le corps médical à des fins thérapeutiques. Sur les champs de foire, on avait pourtant bien remarqué que des badauds ayant respiré des gaz dits hilarants (qui faisaient la réputation des cirques de passage) pouvaient se blesser malencontreusement sans ressentir de douleur [83]. Ce type d'observation n'avait pas donné lieu à une quelconque application médicale.

5.2.1.2.1. Horace Wells et le protoxyde d'azote en 1844 : une tentative en public ratée

En 1844, Horace Wells (1815- 1848), dentiste à Hartford, expérimente sur lui-même les effets du protoxyde d'azote lors d'une extraction dentaire. N'ayant rien senti, il applique la méthode à ses patients qui se bousculent pour se faire arracher les dents chez lui sans souffrir. Cependant, lorsqu'il tente l'expérience en public et devant le chirurgien Warren, il subit un échec cuisant dont il ne se remettra pas.

5.2.1.2.2. William Green Morton et l'éther sulfurique en 1846 : un succès

En 1846, William Green Morton (1819-1868), ayant remarqué les effets anesthésiques de l'éther appliqué localement sur une dent douloureuse, effectue avec succès l'extraction d'une dent sans douleur. Il bénéficie alors de l'appui de Warren et tous deux tentent alors l'exérèse d'une tumeur du cou chez un patient de Warren après inhalation d'éther sulfurique au moyen d'un appareil conçu par lui-même et Jackson.

Remarque : en 1842, Crawford W. Long, aurait déjà utilisé l'éther sulfurique pour ôter une tumeur du cou à un patient.

5.2.1.3. Débats et discussions : délimitation d'un cadre pour l'utilisation de l'étherisation [78]

5.2.1.3.1. Polémique autour de l'éthique

La nouvelle de la découverte s'est vite répandue dans le monde médical, et c'est Olivier Wendell Holmès qui a suggéré le terme « anesthésie » au procédé [3]. Une opinion très largement favorable à l'étherisation s'est rapidement dégagée avec cependant des exceptions mêmes chez les praticiens renommés. Magendie, par exemple, s'y opposa violemment par souci d'éthique, considérant que cela se rapprochait de l'expérimentation humaine et que la perte de la conscience était non seulement un état dangereux mais aussi dégradant. Le 2 février 1847, devant l'académie des sciences, il prit la parole pour expliquer ses réticences : « on parle de rêves agréables, d'extases [...] des femmes [...] ont des rêves érotiques [...] est-ce bien là une chose morale ? » [25]. Malgré ces oppositions, l'utilisation de l'étherisation devint si populaire

chez les chirurgiens qu'il fut nécessaire de discuter d'un cadre délimitant les conditions de son utilisation.

5.2.1.3.2. Conditions d'utilisation:

➤ nature des interventions concernées :

On ne pouvait réaliser des opérations dont la durée excédait 60 minutes à cause de la durée d'action de l'éther qui était limitée. De nombreux obstétriciens commencèrent à utiliser la technique lors des accouchements, ce qui provoqua le soulèvement des autorités religieuses. Simpson et Channing publièrent une étude sur le sujet montrant qu'il n'existait aucun risque que ce soit pour l'enfant à naître ou pour la mère. Au St Bartholomiew Hospital, Skey et Tracey exécutèrent une césarienne sous anesthésie éthérée avec succès.

➤ moment de l'intervention proprement dite et précautions

De nombreux travaux furent menés par des physiologistes pour déterminer les effets physiologiques (action de l'éther et site d'action), les effets pathologiques et les remèdes antidotes à apporter en cas de surdosage.

- Des études menées par Flourens permirent de montrer que l'éther agissait non seulement sur le système nerveux périphérique mais aussi sur le système nerveux central. Deux périodes physiologiques en ressortaient selon lui, correspondant pour la première à un simple engourdissement tandis que la seconde était marquée cliniquement par une insensibilité réelle. C'est pendant cette période que l'on pouvait opérer (période dite chirurgicale).
- J. Snow, quant à lui, a décrit 5 stades, le stade chirurgical correspondant au 4^e. Il était toutefois possible d'intervenir entre le 3^e et le 4^e stade, voire au second selon l'agression chirurgicale nécessaire.

5.2.1.4. Utilisation du chloroforme : l'anesthésie « à la reine »

La découverte du chloroforme date des années 1830 (3 chercheurs : Guthrie, Liebig, Soubeiran l'ont mis au point simultanément), mais il ne fut pas utilisé tout de suite. Les premiers essais furent de francs succès, car le chloroforme agissait plus rapidement et plus durablement que l'éther. Cependant des cas de mort furent annoncés, et une certaine méfiance gagna quelques médecins [78]. En fait, l'éther et le chloroforme se disputèrent quelques temps la supériorité : le premier était très utilisé à Lyon et aux Etats Unis, alors que le second l'était plus largement à Paris et en Grande Bretagne [3]. En 1853, l'utilisation du chloroforme prit une nouvelle dimension suite à la demande de la Reine Victoria d'accoucher de son 4^e fils par cette méthode [83]. C'est J. Snow qui se chargea de l'administration sous forme de goutte-à-goutte sur une compresse.

5.2.2. L'anesthésie locale

5.2.2.1. Conditions ayant permis son développement

5.2.2.1.1. Isolement de la cocaïne en 1859 par Albert Niemann : les vertus des feuilles de coca étaient connues depuis un certain temps en Europe (depuis la découverte de l'Amérique) ; mais il a fallu attendre les progrès de la chimie pour en extraire un alcaloïde : la cocaïne.

5.2.2.1.2. Mise au point de seringues et aiguilles permettant des injections hypodermiques puis intraveineuses.

5.2.2.2. Les premiers pas : l'idée de Freud en 1884 [4]

S. Freud, avant d'être un éminent psychiatre, avait eu une formation en physiologie, neuroanatomie... Alors qu'il travaillait dans un service de neurologie, il fut amené à étudier les propriétés de la « coke » : diminution de la douleur, de la faim, augmentation des facultés intellectuelles. Fort de ses observations, il :

- publia un article enthousiaste sur le sujet
- fit absorber de la cocaïne à l'un de ses amis qui souffrait d'atroces douleurs de névrite après l'amputation de son pouce. Les douleurs diminuèrent considérablement immédiatement ; par contre un delirium tremens le frappa aussi.

Freud dut confier ses travaux à Carl Koller, un chirurgien allemand, qui découvrit l'action de blocage qu'exerçait la cocaïne sur les terminaisons nerveuses sensibles. Koller présenta alors au Congrès allemand d'ophtalmologie l'utilisation de la cocaïne pour anesthésier localement la cornée et réaliser une opération des yeux.

5.3. Gestion de la douleur au XIX^e siècle

5.3.1. La douleur de la maladie [9 ; 25 ; 62 ; 73 ; 78]

Outre les thérapeutiques habituelles utilisées depuis l'antiquité pour certaines, de nouveaux procédés et de nouvelles substances ont vu le jour au cours de ce siècle riche en innovations.

5.3.1.1. Thérapeutiques conventionnelles [73]

Des procédés tels que saignées, scarifications, sangsues, ventouses, remèdes évacuants, bains, chaleur, moyens rubéfiants (frictions, flagellations), vésicatoires, feu, anodins ou narcotiques (opium, vin), froid, plantes calmantes (tilleul, valériane, aconit...), ligature des nerfs... sont décrits dans la littérature.

5.3.1.2. Electricité [78]

Ce n'est pas véritablement un procédé nouveau, puisqu'on utilisait déjà les poissons torpilles dans l'antiquité. Des tentatives avaient échoué auparavant au XVIII^e siècle avec l'utilisation de la galvanisation. On a recommencé à utiliser le courant électrique vers 1850. De 1860 à 1880, on soulageait certaines douleurs telles que les rhumatismes, les sciatiques ou les névralgies sans savoir le processus par lequel l'électricité agissait (stimulant pour Duchenne de Boulogne, affaiblissant pour Remak).

5.3.1.3. L'hypnose

Elle fut surtout utilisée pour les opérations telles que les extractions dentaires, mais elle pouvait s'avérer efficace d'après certains dans les cas de douleurs rebelles ou de tics douloureux. On a quelques exemples d'interventions sous hypnose au XIX^e siècle : en 1829, Jules Cloquet pratique l'ablation d'un sein sur une femme de 60 ans ; de nombreuses amputations sont réalisées sous hypnose de 1842 à 1865 notamment par Ward, Fanton mais aussi Broca et Guérineau [62]

Au XIX^e siècle, face à cette technique, le scepticisme était toujours de rigueur même si Braid (1843) l'avait plus ou moins démystifiée en lui recherchant des fondements psychophysiologiques. Après 1865, la pratique semble avoir été plus ou moins abandonnée [78].

5.3.1.4. L'homéopathie : pratique créée en 1796 par Hahnemann

5.3.1.4.1. Naissance de l'homéopathie [23]

La médecine homéopathique est le fruit du travail expérimental mené par Samuel Hahnemann, médecin désabusé qui ne croyait plus aux méthodes préconisées depuis des siècles. Déçu par la médecine conventionnelle, il arrête son exercice en 1790 et se consacre à la traduction d'ouvrages médicaux. En traduisant la Matière Médicale de Cullen, il cherche à vérifier une affirmation sur le quinquina et découvre alors une relation entre l'action physiologique des drogues sur l'homme sain et leur action thérapeutique sur le malade. Il continue ses expérimentations sur lui et ses proches et publie en 1796 ses premiers résultats en citant 55 médicaments en exemple. En 1810, il transforme son intuition en théorie générale.

5.3.1.4.2. Concepts et principes de la médecine homéopathique

- Principe de similitude : toute substance capable d'induire des symptômes pathologiques chez un sujet sain est susceptible, lorsqu'elle est administrée en très faible quantité, de faire disparaître ces mêmes symptômes chez un sujet malade les présentant.
- Principe d'infinitésimalité : les médicaments sont dilués au 1/10 ou au 1/100 dans un solvant (éthanol à 60°) de très nombreuses fois. Les grandes doses de médicaments agissent, en effet, avec trop d'intensité.
- Principe de globalité : il faut étudier l'ensemble des symptômes.

- Principe de dynamisation : les médicaments liquides homéopathiques sont plus actifs lorsqu'on les a vigoureusement agités.

5.3.1.4.3. Exemples de substances pouvant calmer certaines douleurs [39]

- Camomille : à la plus petite dose, elle diminue l'excès de sensibilité à la douleur et les effets de celle-ci sur le moral. On ne doit pas l'employer chez les personnes supportant les douleurs avec patience et résignation.
- Coque du levant : sa teinture soulage les douleurs spasmodiques.
- Coloquinte : sa teinture soulage les coliques rebelles.
- Acétate de manganèse : il diminue les douleurs dans le périoste et dans les articulations.
- Arsenic : utile dans les douleurs tiraillantes dans les hanches, dans les gonflements douloureux...

5.3.1.5. Les substances nouvelles

Grâce aux progrès importants réalisés en chimie, les chercheurs ont isolé de nouveaux principes actifs et mis au point de nouvelles armes pharmaceutiques, certaines plus ou moins bien utilisées.

- Morphine : en 1806, Sertuener (un pharmacien allemand) découvre le principe actif de l'opium. L'alcaloïde ainsi isolé est baptisé morphine et considéré au début comme une sottise de plus dans l'arsenal thérapeutique. La première injection de chlorhydrate de morphine a été réalisée en 1853 par un médecin anglais (Wood). Elle fit son apparition à Paris en 1859, mais elle doit son développement au succès de son emploi lors des guerres de Sécession pour les Etats-Unis et francoprussienne pour l'Europe [25].

Elle était utilisée assez souvent en association avec d'autres substances :

- * A l'hôpital de Brompton Chest de Londres, on donne aux mourants un « cocktail » destiné à soulager leurs souffrances : morphine, cocaïne et alcool [9].

- * une nouvelle pâte pour dévitaliser les dents sans douleur : Spooner (chirurgien-dentiste à Montréal) met au point une pâte arsénicale (l'arsenic était déjà utilisé auparavant en médecine et par des femmes qui jugeaient leur mari un peu trop gênant ici-bas !) composée d'acide arsénieux et de chlorhydrate de morphine ou de cocaïne. Cette méthode fit le tour du monde et fut universellement pratiquée de 1880 à 1920 jusqu'à ce qu'une polémique concernant ses effets au niveau du péri-apex (dépassements, granulomes ?) diminue son emploi [43].

- Héroïne

- Codéine : elle est isolée en 1835 par Robiquet, mais sa formule ne sera découverte qu'en 1880.
- Salicyline : on avait remarqué depuis longtemps les vertus de l'écorce de saule dans les fièvres et un rapport avait même été présenté dès 1763 par le révérend Stone. Ce sont des pharmaciens italiens qui auraient découvert, entre 1826 et 1829, le principe actif de l'écorce de saule et l'auraient baptisé saliciline. On chercha alors à améliorer le procédé d'extraction et à vérifier les dires du révérend. Dans les années 1870, la saliciline fut utilisée sous une forme de salicylate de soude pour traiter les douleurs inflammatoires des rhumatismes et de la goutte avec succès ; mais son goût restait très amer [63].

5.3.1.5. Début de la chirurgie d'interruption :

La première intervention date de 1888 -1889. Il s'agissait d'une radicotomie postérieure réalisée par Abbe et Bennet. En 1891, Horsley réalise la première gangliectomie [67].

5.3.2. La douleur des opérations

5.3.2.1. Avant l'avènement de l'anesthésie :

idem aux siècles précédents (célérité, dextérité du praticien, eau de vie donnée ou vin...on ligote le patient ou on le maintient fermement grâce à plusieurs hommes forts tant la douleur peut être insupportable) [3].

Larrey (1766-1842) pouvait amputer un bras en 17 secondes. On raconte qu'il réalisa 200 amputations de membres pendant la bataille de Borodino. Il préférait opérer les blessés en état de choc pour diminuer les souffrances physiques et psychiques résultant de la perte du membre [37].

On raconte qu'en 1838, deux praticiens très renommés ont opéré Talleyrand en urgence d'un anthrax dans le dos, à vif, alors même que l'on connaissait les propriétés de nombreuses substances anesthésiantes ou calmantes (protoxyde d'azote, chloroforme...). A Talleyrand qui leur dit qu'ils lui faisaient très mal, un simple haussement d'épaules lui fut donné comme réponse ! [73]

5.3.2.2. Après l'avènement de l'anesthésie :

La nouvelle technique se répand très rapidement et de plus en plus de chirurgiens y ont recours y compris dans les accouchements. La rachianesthésie est utilisée pour la première fois en 1898 et les anesthésies extradurale et péridurale seront mises au point en 1901 [16].

5.4. La toxicomanie en Europe : un problème de santé publique [64]

5.4.1. L'évolution de la toxicomanie et des drogues utilisées au cours du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle

Au début du XIX^e siècle, en Angleterre d'abord puis en France, l'opiomanie sous forme de laudanum ou de petites pilules était extrêmement courante. De nombreux patients avaient recours à ce médicament pour des douleurs diverses (rhumatismes, sciaticques, névralgies). Beaucoup d'artistes s'y adonnèrent dans un premier temps pour des raisons médicales afin de soulager leurs souffrances physiques, puis cela devint une attitude littéraire artistique suite aux écrits de Thomas de Quincey (confessions d'un anglais mangeur d'opium en 1821) et de Baudelaire qui décriront cette substance à la fois comme une alliée aimante (et aimée) et comme une ennemie capable de nous détruire et sans laquelle on ne peut plus avancer tant le manque est grand et le besoin impérieux (Thomas de Quincey qui ne prenait qu'un ou deux verres de laudanum au début de sa consommation en est arrivé à des carafes entières). La drogue n'était pas sanctionnée par l'appareil social ni par le corps médical qui prescrivait assez largement du laudanum ou des pilules à base d'opium. De nombreuses substances se succédèrent ensuite selon les modes ! Avant 1850, le haschich fit irruption dans le milieu littéraire et artistique : des soirées étaient organisées pendant lesquelles on goûtait au dawamesk qui était une confiture verte à base de haschich ; le personnage Edmond Dantès d'Alexandre Dumas est amateur de haschich... A partir de 1870, la morphine, largement prescrite par le corps médical pendant la guerre, était vue comme une panacée contre les douleurs les plus diverses et son utilisation devint pratique courante au point que les patients eux-mêmes savaient se servir d'une aiguille de Pravaz ! Dès 1874, des phénomènes de manque furent rapportés, mais peu de médecins s'en préoccupèrent. Il fallut attendre les années 1880 pour se rendre à l'évidence : les prescriptions intempestives et l'attitude des pharmaciens peu scrupuleux avaient induit la morphinomanie. Les personnes les plus touchées se retrouvaient dans le corps médical et paramédical (51% des morphinomanes étaient issus de ce milieu en 1885 !) et chez les mondain(e)s. Le monde littéraire goûta lui aussi aux voluptés de la morphine et nombreux sont les auteurs qui vantèrent la fée grise et la cocaïne, merveilleusement efficaces pour lutter contre les douleurs ou tuer un homme à trente ans (il n'est pas rare à cette époque de trouver des victimes d'overdose dans le caniveau). L'action de la drogue est très rapide et massive : « le chlorhydrate de cocaïne supprime [...] la douleur physique la plus lancinante ; l'action s'exerce, souveraine, immédiate et absolue : sans même engager la lutte, la douleur cède et s'éloigne. C'est majestueux », Guaita, le temple de Satan. L'apparition de ces drogues plus dures illustrèrent un certain mal de vivre (le décadentisme) et les mentalités commencèrent à changer à l'égard de ces substances. Pendant un temps, l'éther fit elle aussi des ravages, notamment chez Jean Lorrain et Maupassant dont le texte « Sur l'eau » témoigne de son expérience. Au début du XX^e siècle, l'opium détrône la fée grise dans les fumeries dont les portes ouvrent un peu partout en France et particulièrement dans les grands ports pour le plus grand plaisir des marins que l'opium avait charmés dans les colonies du sud-est asiatique. L'opiomanie de la flotte française devenue de notoriété publique trouva des prolongements dans le milieu artistique et les bordels eux-mêmes se sont ouverts à la pratique de l'opium fumé pour y allier les deux plaisirs !

5.4.2. Conséquences

5.4.2.1. Apparition des cures de désintoxication

On mit au point des méthodes de désintoxication. Certaines étaient dites rapides (sevrage en 3 à 6 jours quand le patient ne décédait pas durant la cure !), d'autres lentes (plus raisonnables, mais coûteuses) et d'autres enfin demi lentes ou demi rapides. Tailhade, dans *La Noire Idole* nous livre un témoignage personnel de ce que pouvait être une cure rapide : « le malade est sevré, dans la plupart des cas, en moins d'une semaine, surveillé de nuit et de jour par les deux docteurs et leurs médecins adjoints. Au lieu de faire traîner le supplice, d'en diluer en quelque sorte les affres et les tortures dans une suppression interminable qui soutire la vigueur du sujet et, pour de longs mois, le laisse anéanti, l'opération brève et rude, après une agonie pour vivre, lui permet de réagir promptement. La chambre de géhenne est, en même temps, chambre de résurrection. »

5.4.2.2. Une législation qui se durcit

Devant tous les débordements suite à l'ouverture en masse des fumeries, le ministère de la Marine prit des mesures contre celles de Toulon en 1906 ; et un décret en 1908 réglementa la vente et l'usage de l'opium sans véritable impact sur la consommation, du reste ! En 1916, une loi suivie d'un décret soumit les stupéfiants (opium, morphine, cocaïne...) dans le tableau B des substances vénéneuses et en réglementa ainsi les modalités de détention et les prescripteurs et exécuteurs des prescriptions. Cette loi n'aura que peu d'effets sur la consommation de stupéfiants en tant que drogue (la divine coco sera en effet très utilisée dans les années 1920) ; mais par contre elle dissuadera de nombreux médecins d'utiliser certains anti-douleurs pourtant nécessaires, et ce pendant de nombreuses décennies.

6. Première moitié du XX^e siècle

Le XX^e siècle dans sa première moitié est marqué par une connaissance de plus en plus approfondie du système nerveux. Les méthodes d'investigation ont considérablement évolué et permettent aux chercheurs de formuler de nombreuses hypothèses quant aux mécanismes générateurs des douleurs. Le cerveau intéresse de plus en plus les scientifiques qui tentent d'en établir la cartographie, entreprise ardue qui anime les esprits.

6.1. Théories de la douleur [7; 14 ; 65 ; 68 ; 78]

6.1.1. Douleur, nociception et théorie de l' évolution:

6.1.1.1. Sherrington et le concept de nociception [14 ; 78]

En 1903, Sherrington crée le terme de nociception pour qualifier les stimulations capables de menacer l'intégrité de l'organisme. Chez l'animal, ces stimulations induisent des réponses réflexes et certains comportements. Chez l'homme, la sensation induite par ces stimulations est souvent considérée comme une douleur aiguë. Le réflexe nocicepteur est prévalent sur les autres réflexes et tend à protéger les parties menacées.

6.1.1.2 Herbert Spencer et Cannon : douleur et conservation des espèces [78]

Les études embryologiques menées par Spencer tendent à montrer que la douleur est imputable à des structures cérébrales élémentaires antérieures à l'hominisation, ayant pu avoir une utilité dans les combats.

Cannon, de par la mise en évidence de l'augmentation de la sécrétion d'adrénaline lors de douleurs, donne à la douleur une finalité adaptative dans la lutte pour l'existence, puisque l'adrénaline permet de résister à la fatigue et d'accélérer la coagulation.

6.1.2. Théorie des patterns

6.1.2.1. Première formulation par Goldscheider en 1894 [7 ; 78]

6.1.2.1.1. Existence de processus de sommation [78]

➤ Observations : dans certaines zones cutanées, si l'on exerce une pression avec une tête d'épingle, on sent une pression puis une douleur. Si l'on applique une stimulation faible sur un point dit point de pression, la région avoisinante ne sent plus le chatouillement, le toucher...

Si l'on continue la stimulation, la zone d'insensibilité s'élargit

➤ Conclusions de Goldscheider :

- les influx sensoriels provenant de la peau sont sommatés avant d'être conduits au cerveau
- Les fibres sont recrutées en nombre de plus en plus important

6.1.2.1.2. Localisation du mécanisme : [7]

➤ Observations : Goldscheider a suivi les études réalisées par Naunyn (1889) sur le tabès dorsalis. Cette affection est causée par une dégénérescence dans la partie postérieure de la moelle épinière et des cornes postérieures. Chez les patients atteints de cette maladie, l'application brève et répétée d'une éprouvette chaude sur la peau est ressentie comme de plus en plus chaude jusqu'à l'apparition d'une douleur, phénomène qui ne se produit pas chez le sujet sain (ce dernier ne sent que le caractère tiède de l'éprouvette).

➤ Conclusion de Goldscheider : l'apparition de la douleur dans cette affection serait due à des périodes de sommation anormalement longues. Ces mécanismes se trouvent vraisemblablement dans les cornes postérieures de la moelle épinière.

6.1.2.1.3. Résumé : les mécanismes de sommation centrale, opérant probablement dans les cornes postérieures de la moelle, doivent être d'une importance capitale pour la compréhension des processus de la douleur.

6.1.2.2. Théorie de la sommation centrale : Livingston (1943) [7 ; 65 ; 68]

Il existerait des circuits réverbérants dans la substance grise de la moelle. L'activation des neurones s'y ferait en boucle fermée de façon autoexcitatrice. Des stimulations inoffensives pourraient alors entraîner des influx anormalement importants représentés comme douloureux par le cerveau. Selon Livingston, ce mécanisme neural pourrait être stimulé par

- un processus pathologique touchant les nerfs (dans les cas de causalgie, de névralgies ou d'algothallucinoïse)
- des troubles émotionnels.

6.1.2.3. Théorie du pattern périphérique

6.1.2.3.1. Proposition de Gerard (1953) [7]

La lésion d'un nerf périphérique engendrerait l'émission d'influx de façon synchrone et par là même le recrutement d'unités de fibres supplémentaires. Une stimulation même faible entraînerait alors de la douleur.

6.1.2.3.2. Proposition de Weddel et Sinclair (1955) [65]

La douleur est attribuable à une stimulation périphérique excessive (excitation simultanée de récepteurs de seuils totalement différents) qui

engendre un pattern d'influx nerveux interprété centralement comme de la douleur.

6.1.3. Théorie de l'interaction sensorielle [68]

Cette théorie s'appuie sur l'existence de deux systèmes : l'un conduisant les influx lentement via de petites fibres multisynaptiques, l'autre les conduisant plus rapidement grâce à des fibres plus grosses. Le système de fibres à conduction rapide inhibe l'autre système responsable de la douleur. La destruction du système rapide entraîne des états de douleur pathologique. De nombreux chercheurs ont distingué les deux systèmes et leur ont donné une appellation et des caractéristiques.

- Head, en 1920, distingue le système dit épicritique et le système dit protopathique (douleur véhiculée par ce système)
- Bishop, en 1946, parle de système rapide et de système lent ; puis en 1959 de système phylogénétiquement nouveau ou ancien.
- Noordenbos, en 1959, fait la différence entre le système myélinisé et le système non myélinisé et insiste sur l'inhibition dans les cornes dorsales de la moelle [65]

6.1.4. Théorie affective de la douleur [4 ; 68 ; 71]

Cette théorie reprend l'idée d'Aristote qui concevait la douleur comme une émotion ayant pour siège le cœur, considéré à son époque comme le berceau de l'âme.

6.1.4.1. H.R.Marshall (1894) [7]

Ce psychologue américain met en lumière l'aspect affectif de la douleur qui avait été quelque peu négligé depuis le développement de la physiologie. La douleur se définit comme « une qualité particulière de l'expérience humaine, liée à des événements sensoriels ». La douleur n'est pas une sensation, elle est une réaction psychique, comme la peur, la tristesse, la colère, etc. Elle est liée à une tonalité psychique de déplaisir.

6.1.4.2 Freud et la douleur

Freud, de par ses études sur l'hystérie et la psychanalyse dans laquelle se trouvent de nombreux symptômes douloureux ou d'agitation (par exemple l'angoisse) et son expérience personnelle, s'est beaucoup intéressé à la douleur. Au fil de son œuvre, une véritable théorie de la douleur s'est développée. La douleur de l'hystérique, du mélancolique, la douleur du deuil, la douleur psychique du deuil par exemple. Sa théorie place la douleur au principe de plaisir/déplaisir, principe qui tend à rendre les tensions psychiques tolérables.

6.1.4.2.1 Définition de la douleur : la douleur est un affect. En tant qu'affect, elle est toujours le fruit d'une répétition. Un traumatisme qui peut être d'origine intra-utérine voire inscrit avant le stade embryonnaire aurait déposé ses traces dans l'inconscient. Ces traces pourraient se ranimer et s'extérioriser sous forme de douleur.

La douleur actuelle est toujours la sensation désagréable du moment associée au réveil de la première douleur.

6.1.4.2.2. Genèse de la douleur : la douleur, qu'elle soit corporelle ou psychique, se forme en trois temps dits temps de rupture, temps de commotion interne et temps de réaction. Ces trois étapes sont toutes douloureuses et très marquées par des facteurs psychiques.

➤ La douleur corporelle : elle peut avoir pour origine une cause somatique ou bien une cause psychique (douleurs psychogènes).

- Douleur corporelle d'origine somatique : blessure au bras par exemple

- ❖ Temps de la rupture ou temps de la lésion : la lésion est perçue par le Moi sous différents aspects : l'un est réel, l'autre est symbolique. Le Moi représente mentalement et de façon consciente l'endroit du corps où la lésion s'est produite. Cette représentation n'est pas la copie conforme anatomiquement de la zone corporelle. C'est une anatomie fantasmatique provenant de traces laissées dans l'inconscient par des douleurs anciennes et remodelées par l'actualité du vécu.

- ❖ Temps de la commotion interne et abolition du principe de plaisir/déplaisir : lorsque la stimulation est excessive, un traumatisme interne secoue le Moi et abolit le principe de plaisir / déplaisir qui régit habituellement la vie psychique. La commotion est perçue par le Moi et l'image de cette secousse interne est gravée dans l'inconscient. Cette image, différente de celle qui a été imprimée lors du temps lésionnel, peut ressurgir physiquement ou psychiquement.

- ❖ Temps de la réaction : le Moi envoie au niveau de l'image de la douleur- blessure toute l'énergie dont il dispose : c'est le contre-investissement. En contrepartie, il s'appauvrit et se vide. Ces deux phénomènes augmentent la douleur. Le surinvestissement narcissique déstabilise la structure du Moi car il alourdit la représentation mentale de l'organe lésé et l'exclut alors de l'ensemble des autres représentations structurantes moïques.

- Douleur corporelle d'origine psychique

3 origines sont possibles

- ❖ résurrection d'une douleur ancienne (laissée dans l'inconscient) lors d'une situation de stress par exemple

❖ la conversion hystérique : un conflit psychique dont le sujet n'a pas conscience engendre des pulsions refoulées. Celles-ci se convertissent en symptômes corporels via un appui somatique (tel que des douleurs corporelles antérieures conscientes ou non). La douleur corporelle masque alors ce qui aurait du donner naissance à une douleur morale.

Exemple donné par Freud : une jeune femme hystérique qui souffre de contractures à la cuisse droite. L'interrogatoire révèle que cette patiente, avant de connaître ses douleurs, avait dû prendre soin de son père malade. Pendant cette période de veille, son père avait pris l'habitude de reposer sa tête contre la cuisse droite de sa fille qui en avait éprouvé de l'embarras (de la honte associée à un plaisir incestueux). Freud en conclut que la pulsion incestueuse avait été refoulée dans l'inconscient et était réapparue plus tard sous forme de douleurs à la cuisse droite représentant le lieu coupable.

❖ empreinte somatique sur la pulsion : une pulsion peut surgir en même temps qu'une douleur quelque part sans lien. Lorsque la pulsion veut ressurgir, elle peut réapparaître sous la forme de la douleur somatique.

➤ La douleur psychique : c'est une douleur d'aimer

- situations déclenchantes : il en existe 4 (le facteur qui déclenche la douleur est situé dans le lien qui unit celui qui aime et l'objet/ la personne aimé(e))

❖ perte brutale de la personne aimée (mort) : douleur du deuil

❖ perte de l'amour de la personne aimée : douleur de l'abandon

❖ perte de l'amour que l'on se porte soi-même : douleur d'humiliation

❖ perte de l'intégrité de son corps : douleur de mutilation

- trois temps participent à la formation de la douleur (comme pour la douleur physique)

Le temps de la perte occasionne une commotion interne du Moi qui réagit alors à l'agression en surinvestissant l'image de la personne (ou de la partie du corps) perdue et désinvestissant le reste. Déstabilisé dans sa structure et au cœur d'un conflit (le fait de savoir que la perte est irrémédiable et le surinvestissement de l'image), le Moi augmente sa douleur.

- Remarques :

❖ Les fantômes : il arrive que le sujet revoie la personne aimée ou ressente le membre perdu(e) comme un fantôme. Freud l'explique par un surinvestissement de l'image de la personne ou du membre tel que cette image finit par être éjectée hors du Moi. La représentation apparaît alors dans le réel sous forme d'hallucination.

❖ pour diminuer la douleur, certaines personnes nient la perte de la personne aimée. Ceci peut tempérer la douleur, mais aussi évoluer vers la folie.

6.1.4.2.3. Conséquences du surinvestissement et de la douleur

➤ Le reste de l'activité psychique s'appauvrit. La personne retire son intérêt libidinal de ses objets d'amour pour l'attacher à la partie du corps malade ou perdue...L'énergie est alors déssexualisée. Cette désunion est propice à la sublimation, mais aussi source de pulsions de mort.

➤ La douleur donne au moi la possibilité de s'appréhender lui-même. L'appareil psychique accède à une autoperception de son organisation.

6.2. Gestion de la douleur

On fait très souvent appel à la chirurgie sans véritablement tout maîtriser. On pense qu'en sectionnant des nerfs ou en lobotomisant les patients, la douleur disparaîtra et l'on s'étonne qu'elle réapparaisse, alors même que l'expérience ne cesse de le montrer !

6.2.1. Pharmacologie

➤ Utilisation généralisée de l'aspirine [63]

A la fin du XIX^e siècle, Félix Hoffmann redécouvre l'acide acétylsalicylique (que le chimiste Gerhardt avait mis au point, sans le savoir et sans visée thérapeutique, en faisant réagir du salicylate de soude avec du chlorure d'acétyle dès 1852) qui est alors rapidement commercialisé par Bayer sous le nom d'aspirine. D'abord sous forme de poudre conditionnée dans un flacon de verre, l'aspirine est présentée dès 1904 sous forme de comprimés. Le produit se répand alors à travers le monde, malgré sa toxicité gastrique, pour ses vertus antipyrétiques, antalgiques et anti-inflammatoires... puis à partir de 1950 pour son action anticoagulante. En 1950, c'est l'antalgique le plus populaire dans le Guinness Book of Records.

- Nouvelles molécules d'anesthésie locale
 - en 1905, on découvre la procaïne (un ester)
 - en 1948 : lidocaïne (xylocaïne)

6.2.2. La chirurgie : interruption des voies de conduction de la sensibilité nociceptive [67]

Pour illustrer un peu l'esprit de l'époque quant à la chirurgie d'interruption, Leriche dans « Chirurgie de la douleur » écrit : « je coupais des nerfs, des racines, j'enlevais des ganglions [...] sans l'ombre d'une idée de la physiologie. » [9]

6.2.2.1. Les radicotomies postérieures spinales

On a cherché à améliorer l'intervention de radicotomie par

- la section des trois racines contiguës (1908, Foersley)
- la résection des filets radiculaires (1910, Van Gehuchten) plutôt qu'une radicotomie totale

6.2.2.2. Chirurgie des névralgies faciales

- Gangliectomie en 1891
- Neurotomie rétrogassérienne en 1904 par Frazier

6.2.2.3. Cordotomie antérolatérale [1 ; 67]

Elle repose sur l'idée que la voie de la douleur est croisée et ventrolatérale (démonstration au siècle précédent). En 1905, Schuller propose de soulager les patients souffrant de douleurs des membres inférieurs ou du tronc par la section chirurgicale du quadrant antérolatéral de la moelle controlatérale par rapport à la région dans laquelle la douleur est ressentie. Il s'agit de pratiquer la section quelques segments au dessus du niveau où se trouve l'aire douloureuse. L'intervention est appelée cordotomie et réalisée pour la première fois par Martin et Spiller en 1911. Au début, ce type d'intervention semble être un succès, mais des douleurs (différentes des douleurs initiales le plus souvent) réapparaissent parfois quelques mois après l'opération.

6.2.2.4. Les commissurotomies/ myélotomies [67]

A partir de 1928, Leriche pratique des commissurotomies et sera suivi par de nombreux chirurgiens avec des résultats variables.

6.2.2.5. La psychochirurgie [67]

En 1936, Watts pratique des lobotomies frontales pour modifier le comportement des patients vis-à-vis de la douleur.

A partir de 1945, la chirurgie frontale connaît un essor : cordicectomies, topectomies limitées au cortex orbitaire, cortex frontal interne, gyrus cingulaire sont proposées, mais demeurent imparfaites.

6.2.3. stupéfiants [9]

La législation relative à l'usage des morphiniques en France entraîne une baisse de leur utilisation médicale et des lacunes dans le traitement de certains patients qui ne sont plus soulagés de leurs douleurs particulières telles que les névralgies. Les réactions de protestation ne tardent pas. L'une des plus virulentes est celle d'Antonin Artaud qui souffrait de névralgies que seul l'opium pouvait calmer : « la loi sur les stupéfiants met entre les mains de l'inspecteur usurpateur de la santé publique le droit de disposer de la douleur des hommes [...] je suis le maître de ma douleur. Tout

homme est juge exclusif de la quantité de douleur physique, ou encore de la vacuité mentale qu'il peut honnêtement supporter [...] Il y a un mal contre lequel l'opium est souverain et ce mal s'appelle l'Angoisse [...] qui lèse la vie. », lettre à Monsieur le Législateur de la loi sur les Stupéfiants.

Conclusion

Durant cette période, le corps médical tend de plus en plus à considérer la douleur comme nocive, même si son utilité en tant que signal d'alarme est très souvent évoquée. Une autre conception de la douleur émerge. Ainsi, en 1937, Leriche propose l'entité « douleur-maladie ». Dans cette optique, la douleur n'est plus un symptôme de la maladie, mais elle se confond avec la maladie elle-même. « Certains états, encore mal connus [...] où la douleur est toute ou presque toute la maladie [...]. Cette douleur, maladie et non symptôme [...] n'a pas de support anatomique bien déterminé. »

On cherche à combattre la douleur ; mais les armes utilisées à cet effet n'étant pas toujours bien maîtrisées, les obstacles restent nombreux et certains, comme l'usage immodéré de la morphine en France, entraîneront des carences dans les traitements antalgiques pendant longtemps.

Partie III : LA DOULEUR REFUSEE DES DERNIERES DECENNIES

*« Il faut être fou ou bête pour croire que la douleur purifie.
Elle avilit l'homme, elle le punit sans raison », Schwarzenberg*

Tout au long du XX^e siècle, les mentalités dans les pays industrialisés ont évolué dans de nombreux domaines. La société est devenue hédoniste, consummatrice, revendicatrice... L'individu s'est habitué à un certain confort de vie, confort social, confort physique. Les progrès et surtout la banalisation des antalgiques ont fait diminuer le seuil de tolérance à la douleur. La douleur est totalement rejetée par l'individu. En outre, les cultures médicale et religieuse ont elles-aussi cessé de croire aux seules vertus positives de la douleur. C'est ainsi que l'Eglise catholique révisé ses positions à son sujet : le pape Pie XII, en 1957, souhaite que l'« on contienne en de plus étroites limites ses effets nocifs ». L'analgésie est devenue un droit depuis que les gouvernements, notamment en France, s'impliquent dans le traitement de la douleur.

Les recherches sur les bases de la douleur passionnent toujours les scientifiques et les moins scientifiques qui l'étudient sous tous ses angles : bases anatomophysiologiques, fondements psychosociaux... Dans les années 1960, la théorie du Gate Control fait l'effet d'une véritable bombe et ouvre la voie à de nouvelles méthodes de traitement. Un peu plus tard, la découverte des récepteurs opioïdes et des endomorphines suscite les espoirs les plus fous tandis que les études évaluant les paramètres socioculturels affectant la douleur tentent d'en expliquer les nombreuses variabilités observées selon les individus. Sous l'éclairage de toutes ses recherches, on peut alors définir plus précisément le concept douleur et évaluer celle-ci grâce à des échelles afin de mieux la gérer et la traiter correctement au moyen d'armes thérapeutiques nouvelles pour certaines, en ambulatoire ou dans des structures spécialisées.

7. A la recherche des mécanismes de la douleur [9 ; 68]

7.1. Les mécanismes neurobiologiques

7.1.1. De 1950 à 1970

7.1.1.1. La théorie du Gate Control de Wall et Melzack

7.1.1.1.1. Présentation

Cette théorie, publiée dans un premier temps en 1965 puis redocumentée en 1982 pour tenir compte des nouvelles données de la recherche, s'appuie sur l'existence d'un contrôle dit « de porte » localisé dans la moelle et d'un contrôle central. Un mécanisme agit comme une barrière dans le système de transmission somatique. Une modulation des signaux de la douleur est opérée avant qu'ils ne déclenchent une perception et une réponse.

➤ Contrôle de porte

Wall et Melzack

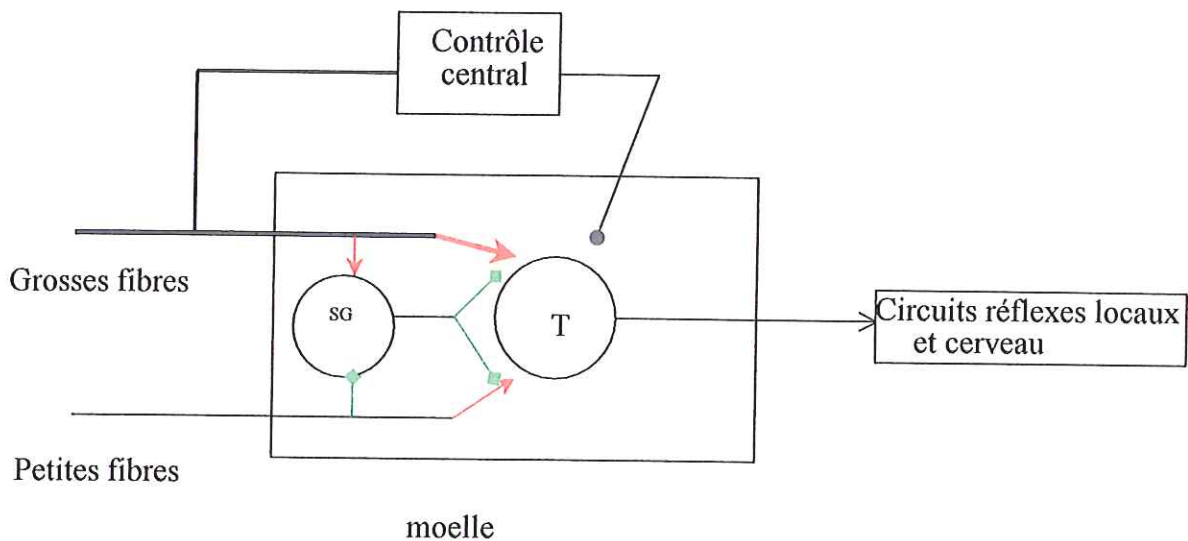
- se réfèrent à l'interaction sensorielle entre les messages véhiculés par les fibres fines nociceptives et les fibres de gros diamètre
- postulent l'existence de cellules de transmission (cellules T)
 - ❖ localisées dans la corne dorsale de la moelle
 - ❖ ayant pour rôle la réception de l'information venant des fibres nerveuses et l'envoi du message résultant au cerveau.
- supposent l'existence d'interneurones
 - ❖ localisés dans la couche II de la corne dorsale de la moelle (dite substance gélatineuse de Rolando)
 - ❖ ayant pour rôle de contrôler la transmission effectuée par les cellules T en les inhibant
 - ❖ leurs effets étant modulés par les fibres afférentes se rendant aux cellules T : les grosses fibres ($A\alpha$, β) les activent (donc augmentent l'inhibition des cellules T) ; les petites fibres ($A\delta$ et C) les inhibent.

➤ Contrôle central

Des influences descendent du cerveau et conditionnent les messages sensoriels provenant de la moelle ; et ce en inhibant les cellules T. Ces influences peuvent être d'origine psychologique : l'attention, l'expérience antérieure...

7.1.1.1.2. Schéma explicatif

Schéma de la théorie du portillon par Wall et Melzack



→ Projections excitatrices

→ Projections inhibitrices

—● Contrôle descendant

7.1.1.1.3. Apports

➤ Phénomènes expliqués :

Les douleurs dues à des lésions des grosses fibres cutanées (on a une diminution des effets inhibiteurs)

➤ Nouvelle approche thérapeutique : méthodes de contrôle de la douleur

- Inhibition des cellules T par le système de porte grâce à :
 - ❖ l'emploi d'agents anesthésiques,
 - ❖ une stimulation légère activant sélectivement les grosses fibres.
- Inhibition des cellules T par l'activation des mécanismes descendants grâce à :
 - ❖ une stimulation intense,
 - ❖ des stimulations électriques directes ou l'emploi de substances pharmacologiques.

7.1.1.2. La vague oxydante de Laborit

Henri Laborit a expliqué les phénomènes locaux se passant au niveau des récepteurs, suite à ses études sur le chlorpromazine (un antihistaminique qui sera utilisé en préanesthésie). Un stimulus dépassant le seuil d'excitation du récepteur provoque une dépolarisation des fibres sous muqueuses et par la même deux réactions tissulaires qui entraînent elles-mêmes une cascade d'agents algogènes. Ces deux réactions, activation du facteur XII et hyperleucocytose, contribuent à une diminution du pH constituant la vague oxydante.

- Le facteur XII activé libère de la bradykinine, substance algogène, qui provoque localement une vasodilatation et augmente la perméabilité membranaire des capillaires à l'origine de l'œdème. Le pH diminue localement : vague oxydante.

- L'hyperleucocytose entraîne la libération accrue des lysosomes contenus dans les leucocytes. Ces lysosomes :

- * catalysent la libération de la bradykinine plasmatique
- * détruisent les mitochondries riches en K⁺ et en ATP, substances algogènes entraînant une diminution du pH
- * détruisent les mastocytes qui libèrent alors l'histamine, algogène aussi
- * détruisent les plaquettes et entraînent donc la libération de sérotonine

toutes ces substances renforçant la vague oxydante en diminuant le pH.

7.1.1.3. La participation des systèmes sympathique et parasympathique

Leriche avait déjà émis l'hypothèse d'une sensibilité sympathique propre. Plusieurs auteurs montrent que les nerfs splanchnique et vague jouent un rôle dans certaines douleurs. La section de ces nerfs entraînent l'abolition de ces douleurs. Aujourd'hui encore, le mécanisme est mal connu, mais il est admis et l'on essaie d'agir sur des douleurs par l'intermédiaire du système sympathique (médicaments, chirurgie).

7.1.2. De 1970 à 1980 [9]

7.1.2.1. La découverte des récepteurs opioïdes

A partir de 1973, grâce aux travaux de Pert, Snyder, Simon... des récepteurs capables de fixer les substances morphiniques sont mis en évidence chez tous les vertébrés. On démontre qu'ils existent en nombre limité sous différents types (μ , δ et K) et sous-types. Ils sont responsables d'un effet antalgique, mais aussi de myosis, constipation et dépression respiratoire. On les localise dans la partie superficielle de la corne dorsale de la moelle, dans la substance grise périaqueducule, dans les noyaux thalamiques, dans le système limbique.

7.1.2.2. La découverte des endomorphines

En 1974, John Hughes met en évidence un peptide endogène agissant comme la morphine. Il la baptise enképhaline, du grec « dans la tête ».

Ensuite trois précurseurs sont découverts :

- Pro-opiomélanocortine : β endorphine
- Pro-enképhaline A : enképhaline
- Prodynorphine ou pro-enképhaline B : néo endorphine et dynorphine.

Ces substances se révèlent être nombreuses et de localisation variée.

7.1.3. De 1980 à 1990

7.1.3.1. Des espoirs déçus

La découverte des endomorphines a fait naître des espérances thérapeutiques plus ou moins démesurées. On chercha à synthétiser des analogues des enképhalines ; mais les substances produites entraînaient de nombreux effets secondaires inquiétants. On a aussi mis au point des inhibiteurs des enzymes dégradant les enképhalines afin de prolonger leurs effets. Le premier inhibiteur, le triorphane, dont la cible est l'endopeptidase neutre (ou enképhalinase) a été synthétisé en 1981 par une équipe parisienne (Roques et Schwartz). D'autres inhibiteurs furent ensuite mis au point, certains inhibant l'enképhalinase, d'autres l'aminopeptidase N ou bien les deux (c'est le cas du kélatorphan). Le problème concerne les tests comportementaux qui ne corroborent pas toujours les essais biochimiques.

7.1.3.2. Des recherches qui continuent

- CIND (Contrôle Inhibiteur Nocif à Distance) : Le Bars et coll., 1983 [10 ; 68]

Il s'agit d'un contrôle endogène supraspinal mis en jeu lors du phénomène de contre-irritation. Des stimulations nociceptives intenses appliquées sur une partie du corps, quelle qu'elle soit, peuvent inhiber les neurones nociceptifs non spécifiques (neurones dits convergents) de la corne dorsale de la moelle via des faisceaux descendants prenant origine dans la formation réticulée et dans deux noyaux du tronc cérébral (substance grise périacqueducule et noyau raphé magnus) et mettant en jeu la sérotonine, la noradrénaline et des endorphines. Par ce contrôle, une stimulation douloureuse importante provenant d'un niveau métamérique donné entraîne une inhibition de tous les étages de la corne dorsale. Cette boucle de régulation serait mise en jeu dans d'autres circonstances telles que lors des situations de stress (combat, sport...) ou lors de mécanismes psychologiques. Ce serait le mécanisme à la base de certaines pratiques médicales soulageant la douleur par une contre-irritation (chocs électriques).

- Les cellules de déconnexion : Fields et Heinricher, 1985 [18]
A l'état d'activité, ces cellules exerceraient une inhibition continue des réflexes de retrait. Lorsqu'elles sont silencieuses, les circuits rachidiens réflexes peuvent opérer.

7.2 Evaluation des paramètres sociologiques, culturels et individuels [9 ; 62 ; 68 ; 69]

7.2.1. Introduction

7.2.1.1. Constat de la variabilité des réactions face à la douleur

Il existe une variation des réactions à la douleur entre les individus et entre les ethnies ou groupes sociaux. Pendant que certains individus semblent rester insensibles à la douleur ou s'en accommoder sans réels désagréments, d'autres grimacent ou hurlent pour des maux a priori peu douloureux. En Inde, le rite de la « suspension aux crochets » est vécu par les hommes élus sans la moindre manifestation de douleur, alors qu'on leur a enfoncé sous les muscles des flancs des crochets d'acier reliés à une charrette par des cordes pour qu'ils se balancent en faisant le tour des villages et en bénissant les enfants [68]. Les Baribas, quant à eux, ne laissent rien transparaître de la douleur, pourtant certainement ressentie, lors de la circoncision ou de la clitoridectomie pour ne pas susciter la honte [62]. Dans les sociétés traditionnelles, les exemples de rites initiatiques valorisés par des douleurs atroces ne manquent pas et les hommes ou les femmes qui s'y plient sans se plaindre sont tout aussi nombreux.

7.2.1.2. Origine de cette variabilité

On a recherché une explication dans l'existence de seuils de sensibilité différents. Les expériences réalisées (telles que celles de Sternbach et Tursky en 1965 qui ont mesuré le seuil de sensation après stimulation électrique chez des femmes de 4 groupes ethniques des Etats-Unis) relativisent cette hypothèse. Tous les individus, sans distinction d'origine culturelle ou sexuelle, ont un seuil de sensation quasiment uniforme. A condition sociale et culturelle identiques, les hommes ne réagissent pas pareillement à la douleur non plus. L'origine de ces différentes réponses est essentiellement à rechercher dans la signification que l'individu confère à sa douleur selon son origine socioculturelle, son expérience antérieure et sa psychologie du moment ; cependant d'autres facteurs peuvent entrer en jeu : en 1960, Henry K. Beecher dénombrait 27 facteurs susceptibles de modifier le seuil à partir duquel la douleur était perçue (race, sexe, âge, température de la peau, transpiration, suggestion, émotion, anxiété...) ; depuis des études ont montré que certains facteurs n'étaient pas pertinents... mais d'autres ont été incriminés et la liste s'est allongée ! [9]

7.2.2. Les facteurs culturels influencent considérablement le seuil douloureux et de tolérance à la douleur [62]

Toutes les sociétés humaines confèrent à la douleur une valeur et une légitimité, c'est ainsi que pour telle circonstance réputée pénible, une dose de douleur est attendue et les manières d'y répondre plus ou moins codifiées selon notre appartenance culturelle. La société indique des rites quant à la douleur que l'individu doit s'efforcer de ne pas transgresser pour ne pas susciter l'incompréhension ou la gêne de ses condisciples.

dont d'autres se plaindraient. En outre, il n'a pas forcément de l'argent « à perdre » dans des consultations médicales ou des médicaments de confort, peut-être non remboursés. Ceci est moins vrai maintenant puisque la couverture sociale pour ces gens défavorisés leur permet dorénavant de bénéficier de soins sans soucis financiers. Malgré tout, ils ne viennent bien souvent que lorsque les douleurs deviennent handicapantes pour leurs activités. Une ethnologue des bidonvilles et des cités parisiennes écrit à ce sujet en 1979 que « la force de supporter la douleur est investie d'une certaine fierté » (On est dans le brouillard, C. Pétonnet)

7.2.3.2. La douleur tue des milieux agricole et ouvrier : un impératif économique

Dans ces milieux, on préfère supporter la douleur plutôt que de perdre une journée de travail qui fera prendre du retard au reste des labeurs ou bien baisser le salaire. L'impératif économique l'emporte sur le confort. L'ouvrier cache parfois sa douleur de peur de passer pour un tire au flanc.

7.2.3.3. La douleur écoutée des milieux plus favorisés

Dans les couches sociales moyennes et privilégiées, l'individu écoute son corps et la moindre anxiété vis à vis d'un signe inhabituel amène à consulter. La douleur est traitée dès son émergence.

7.2.3.4. La douleur dissimulée ou consentie des sportifs de haut niveau

➤ la douleur nécessaire au surpassement :

Chez les sportifs, la douleur est une donnée familière. Pour s'endurcir et faire face à toutes les épreuves physiques, le sportif s'astreint à un entraînement souvent douloureux mais consenti. Tout athlète s'offre aux douleurs issues de l'activité sportive qui va au-delà des efforts habituels et supportables. L'athlète est généralement capable de supporter des douleurs intenses lors d'enjeux importants.

➤ La douleur, comme catalyseur du plaisir sportif :

Les adeptes du sport extrême sont nombreux à décrire les souffrances physiques qui se transforment en une extase une fois le but atteint.

➤ La douleur, frein à la carrière sportive, cachée :

Certains athlètes de haut niveau affectés de douleur chronique préfèrent dissimuler leurs souffrances pour continuer à être sélectionnés dans l'équipe.(J.Kotarba, 1983)

7.2.4. Les facteurs contextuels

7.2.4.1. Circonstances de survenue de la douleur

➤ Contexte général

Selon le contexte général de survenue de la douleur, celle-ci ne revêt pas la même signification pour l'individu souffrant. La même douleur amènera alors des réponses différentes.

- Beecher a ainsi comparé les réactions de 2 types de population durant la 2nde guerre mondiale : alors que les soldats blessés trouvaient un apaisement rapidement et ne demandaient des antalgiques que pour 1/3 d'entre eux, les civils avaient tendance à recourir plus systématiquement aux médicaments et à se plaindre. Dans ces situations, la douleur ressentie par le patient n'a pas la même signification et les mêmes implications. Le militaire dont la blessure est la conséquence de son activité souffre moins : sa blessure est en quelque sorte honorable. Le civil touché brutalement se pose plus de questions sur les suites : il redoute de devenir invalide ou de ne plus pouvoir exercer son métier avec toutes les implications financières que cela comporte.
- Une douleur au ventre apparaissant chez un sujet dans un contexte particulier (un membre de sa famille ou un ami venant de se découvrir un cancer du foie...) amènera à une plainte et une consultation alors qu'elle n'aurait pas été ressentie ou à peine sans cet antécédent.
- Le masochiste, dans son fantasme, ne ressent pas la douleur qui se transforme en plaisir. Hors de son fantasme, il souffre comme un autre.

➤ Cadre

L'ambiance, le cadre jouent aussi un rôle dans les réponses face à la douleur. Une étude de Ulrich en 1984 montre que les patients ayant une vue sur des arbres consomment deux fois moins d'antalgiques que ceux ayant vue sur un mur de briques.

➤ Moment de la journée.

La nuit est propice à la survenue de la douleur du fait de la solitude et du peu de possibilités de diversion.

7.2.4.2. Le public

➤ Types de personnes au chevet

Le patient module sa plainte et son rapport à la douleur en fonction des personnes qui sont à ses côtés. Il se plaindra plus facilement à l'infirmière ou à un membre de sa famille (en particulier sa mère). Devant ses collègues, il préférera se retenir et assumer sa douleur.

- Attitude des personnes à ses côtés
 - Un sujet encouragé, apaisé ou rassuré par son entourage ou un sujet qui se sent en compétition avec une autre personne souffrante consent à supporter une douleur plus grande, se plaint moins ou ressent moins de douleur.
 - Un sujet plaint ou auquel son entourage a communiqué son stress a tendance à augmenter sa douleur.

7.2.4.3. Les bénéfices éventuels

Il existe deux types de bénéfices pouvant tous les deux donner lieu à un renforcement de la douleur.

- les bénéfices primaires : attention accordée par les proches, se faire plaindre, se faire dorloter, se faire exempté de certaines tâches ou être déculpabilisé de certaines responsabilités familiales...
- les bénéfices secondaires : indemnisations, arrêts de travail...

7.2.5. Les facteurs psychopathologiques [80]

La personnalité psychique de l'individu influence considérablement la douleur.

- Personnalité anxieuse : seuil de perception de la douleur diminué
- Personnalité hystérique : elle peut éprouver des sentiments de satisfaction face à certaines douleurs ; et elle a tendance à théâtraliser ses réactions.
- Personnalité hypocondriaque : le sujet augmente son intérêt au corps et du même coup augmente sa douleur.
- Personnalité schizophrénique.

7.3. Résumé des connaissances actuelles [9 ; 68 ; 69]

Les voies nociceptives comprennent comme toute voie somesthésique plusieurs systèmes (réception des informations, encodage, transmission, intégration, effets) plus ou moins bien étudiés et connus.

7.3.1. Le système de détection

Il est constitué de récepteurs particulièrement des terminaisons libres reliées à de fines fibres myélinisées (A δ) ou amyéliniques (C).

Ces récepteurs sont appelés nocicepteurs et peuvent être stimulés par un type de stimulations ou plusieurs. On distingue des :

mécanonocicepteurs

- sensibles aux stimulations mécaniques
- localisés dans la peau
- reliés à des fibres A δ

Nocicepteurs polymodaux

- sensibles à toutes les variétés de stimulations intenses
 - * mécaniques
 - * électriques
 - * thermiques
 - * chimiques : certaines substances sensibilisantes sont générées par la cascade de réactions due à l'inflammation suite à une lésion. Les nocicepteurs vont alors être activés de façon prolongée.
 - ° des substances liées à la lésion peuvent activer les nocicepteurs : H⁺, K⁺, ATP.
 - ° des substances liées à l'inflammation sont responsables d'hyperalgésie primaire : bradykinines, histamine, sérotonine, prostaglandines, leucotriènes.
 - ° des substances libérées par les nocicepteurs eux-mêmes sont responsables d'hyperalgésie secondaire : cytokines, NGF, substance P.
- localisés dans la peau, les structures somatiques profondes (muscles, articulations), certains viscères.
- reliés à des fibres C surtout.

Remarques

- L'existence des 2 catégories de fibres A δ et C ayant des vitesses de conduction différentes permet d'expliquer le phénomène de « double douleur » déclenché par une stimulation nociceptive brève et intense.
 - La 1^{ère} douleur, à type de piqure, est bien localisée et apparaît rapidement. Elle correspond à l'activation des nocicepteurs reliés aux fibres A δ (4 à 20m/s)
 - La 2^{nde} douleur, à type de brûlure, est diffuse et apparaît plus tardivement. Elle correspond à l'activation des nocicepteurs reliés aux fibres C (0,4 à 2 m/s)
 - Dans les viscères creux, on ne retrouve pas de nocicepteurs clairement définis : les récepteurs habituels participant à la régulation physiologique deviennent nocicepteurs.
 - Le cerveau ne possède pas de nocicepteurs.

7.3.2. le système d'intégration segmentaire et de transmission

7.3.2.1. convergence d'informations sur des neurones de la moelle

7.3.2.1.1. informations nociceptives

Les fibres A δ et C rejoignent l'apex de la corne dorsale de la moelle homolatéralement aux stimuli. Elles gagnent des couches différentes selon leur nature (les fibres C se projettent essentiellement dans la substance gélatineuse de Rolando). Directement ou via des interneurons, elles transmettent leurs informations aux neurones convergents grâce à des neurotransmetteurs tels que des acides aminés excitateurs (glutamate, aspartate) ou des neuropeptides (substance P, CGRP, VIP) pouvant être responsable d'hyperalgésie secondaire.

Remarques : * les fibres reliées aux récepteurs habituels de certains viscères gagnent aussi ces neurones convergents ; d'où les possibilités de douleurs référées.

* le glutamate a un rôle dans l'établissement de traces mnésiques irréversibles dans les neurones spinaux et donc dans les douleurs autoentretenu.

7.3.2.1.2. informations non nociceptives

Les fibres véhiculant les informations de la sensibilité proprioceptive envoient une collatérale vers la substance gélatineuse de Rolando et vers les neurones convergents afin d'inhiber la transmission des informations nociceptives. Les neurotransmetteurs mis en jeu sont la glycine et le GABA.

7.3.2.1.3. informations venant du TC

Ces informations descendantes facilitent ou inhibent la transmission grâce à la sérotonine, noradrénaline ou dopamine.

7.3.2.2. Les activités réflexes ou transfert spinal

Les stimulations nociceptives peuvent déclencher un arc réflexe au niveau spinal. Il s'agit de réflexes somatiques (mouvement de retrait) et végétatifs (libération de noradrénaline pouvant sensibiliser les nocicepteurs et provoquer une douleur plus grande ou douleur autoentretenu).

7.3.2.3. Le transfert cérébral via le système extralemniscal

La majeure partie des messages nociceptifs croise la ligne médiane pour emprunter la voie ascendante antérolatérale. En fait, cette voie extralemniscale possède deux contingents :

- le faisceau néospinothalamique qui conduit le message plus ou moins rapidement,
- le faisceau paléospinothalamique qui le conduit lentement grâce aux fibres C.

7.3.3. Le système d'analyse et d'intégration centrale

7.3.3.1. les projections du système lent

Le faisceau paléospinothalamique gagne la formation réticulée (portions bulbaire et mésencéphalique) qui envoie un contingent de fibres vers le thalamus non spécifique. Des fibres thalamiques sont alors projetées vers :

- l'hypothalamus : sécrétion de substances endocrines telles que les endorphines, la noradrénaline... Ceci est responsable des composantes végétatives accompagnant la douleur (tachycardie, pâleur, larmes...),
- le cortex limbique : sécrétion d'endorphines et sentiments forts accompagnant la douleur.

- le cortex frontal : composante affective de la douleur.

7.3.3.2. Les projections du faisceau plus rapide

Le faisceau néospinothalamique gagne le thalamus spécifique (thalamus latéral) pour se projeter dans le cortex somatosensoriel spécifique responsable de la localisation précise de la douleur.

7.3.4. Systèmes de contrôle

- Système de porte : déjà vu
- Contrôle supraspinal de la douleur : les faisceaux descendants du TC des tractus réticulo spinaux et des faisceaux prenant leur source dans la substance grise périaqueducule ou dans les noyaux raphé magnus modulent la douleur
 - * en la facilitant : attention, anxiété
 - * en l'inhibant : distraction, hypnose, stimulation électrique des noyaux, CIDN via la libération de sérotonine ou de substances opioïdes endogènes.
- Contrôle diencéphalo-télencéphalique
Ce contrôle est moins bien connu

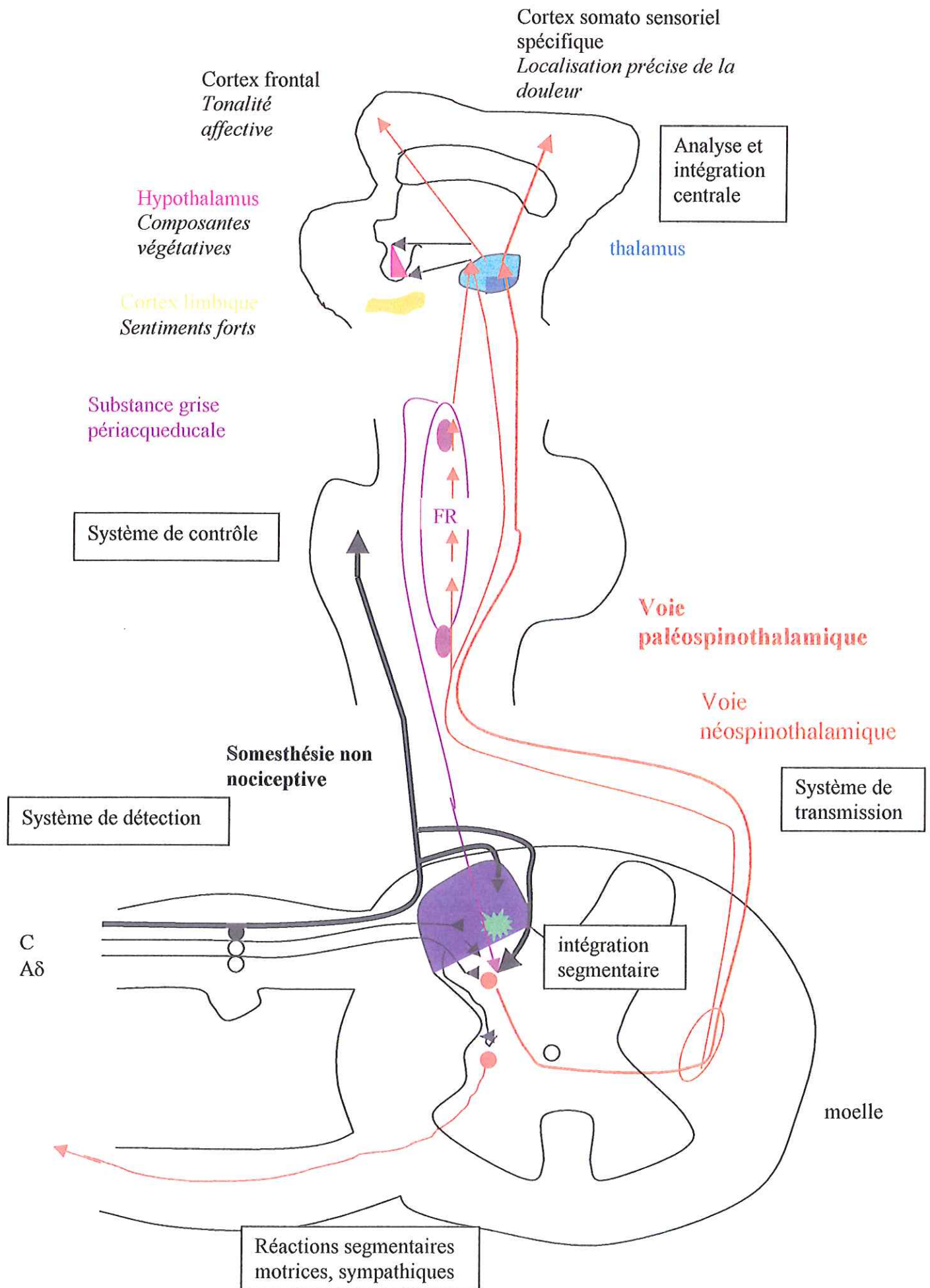
7.3.5. Systèmes effecteurs

- Versant segmentaire : réponse réflexe
- Versant général :
 - * Réactions neuroendocriniennes et neurovégétatives déjà vues
 - * Plainte et comportement douloureux du patient : attitudes conscientes et inconscientes

7.3.6. schématisation des voies nociceptives

page suivante

d'après les planches de Gouazé dans « Neuroanatomie clinique »



8. Une meilleure évaluation de la douleur

8.1. Vers une définition de la douleur

Pour définir correctement le terme douleur, il convient de connaître ses différentes caractéristiques.

8.1.1. Aspects de la douleur

8.1.1.1. La relation fluctuante entre douleur et lésion corporelle [68]

Cette relation est souvent imprévisible. Il existe des douleurs sans lésions (névralgies du V) et des lésions sans douleur que ce soit une analgésie permanente dans les cas d'insensibilité congénitale ou épisodique. En outre, l'intensité de la douleur ressentie n'est pas proportionnelle au degré de gravité de la lésion. Une pulpite fait bien plus souffrir qu'un cancer débutant. Dans l'ensemble, la douleur dentaire est réputée comme une douleur très intense : « la plus grande et la plus cruelle des douleurs qui n'entraînent pas la mort », selon Paré.

8.1.1.2. Les composantes de l'expérience douloureuse [69]

8.1.1.2.1. Composante sensori-discriminative

Elle est sous-tendue par les voies nociceptives informant l'individu des aspects qualitatifs et quantitatifs de la douleur. La douleur se définit alors par sa localisation (fixe ou irradiations), son intensité, son évolution, sa possible cédation...

8.1.1.2.2. Composante affective et émotionnelle

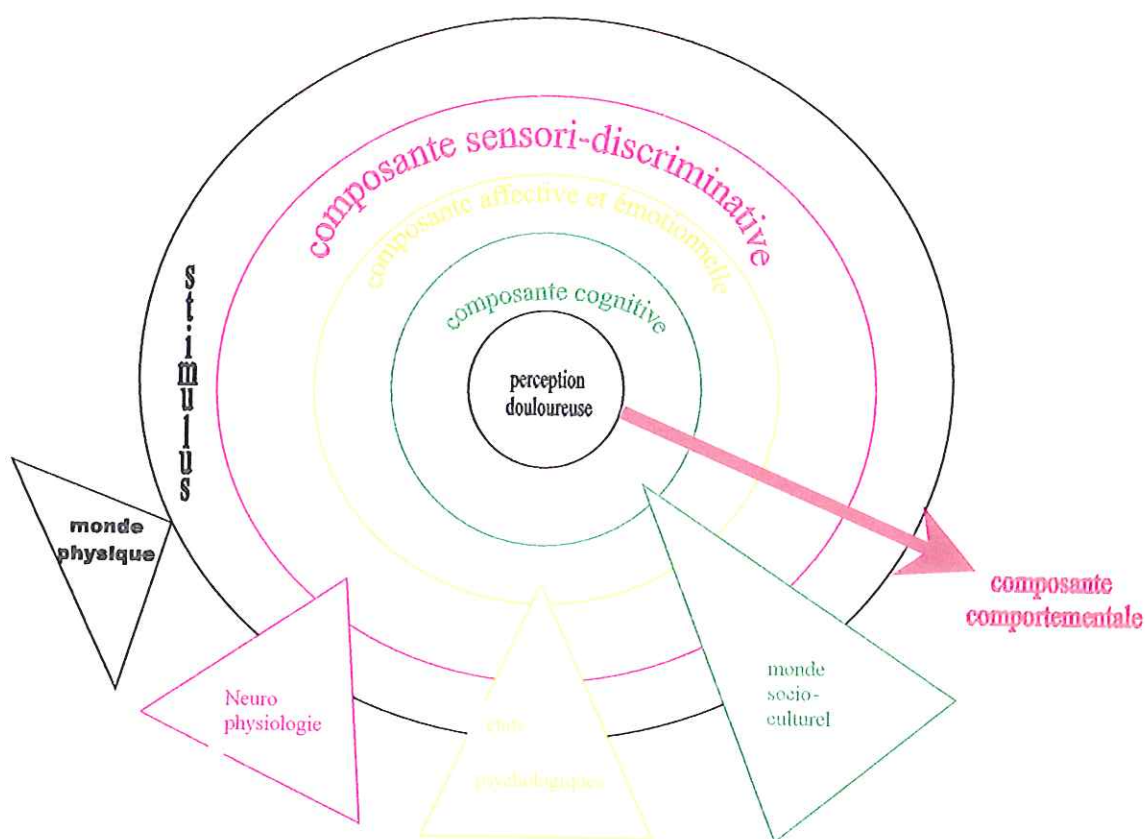
La douleur ne laisse pas indifférent l'individu. Selon sa personnalité, il la qualifiera de déprimante, désagréable, pénible...

8.1.1.2.3. Composante cognitive

La douleur met en jeu des processus mentaux qui amènent l'individu à conférer une signification à sa douleur. Cette signification (consciente pour une partie et inconsciente) accordée par l'individu dépend de facteurs socioculturels (éducation, profession, expérience de son groupe d'appartenance...), de son histoire personnelle (antécédents de douleur, psychologie ...), de la nature de l'affection douloureuse (gravité, curabilité, localisation...), de ses possibilités intellectuelles à comprendre et à appréhender sa maladie, des circonstances de survenue de la douleur et des éventuels bénéfices primaires ou secondaires.

8.1.1.2.4. Composante comportementale

C'est l'ensemble des manifestations conscientes ou non de la douleur : Attitudes, mimiques, jurons, cris, mutisme, humeur...



8.1.2. Quelques définitions

8.1.2.1. Définition générale

De nombreuses définitions ont été proposées, des plus simples aux plus élaborées, essayant de prendre en compte toutes les composantes de l'expérience douloureuse et ses différents aspects. Sachant que la classification des différents syndrômes douloureux par l'Association pour l'étude de la douleur (IASP) a nécessité une documentation de 226 pages, on peut aisément comprendre qu'il est ardu de dégager une définition générale complète et satisfaisante dans tous les cas de figure ! [9]

Au XIX^e siècle, dans le dictionnaire de Larive et Fleury, on se contentait d'une définition succincte : « effet d'un mal qu'éprouve le corps » [34].

De nos jours, on tente en une seule phrase d'inclure tous les aspects :

- Merskey et coll. en 1976 : « la douleur est une expérience désagréable que nous associons primitivement à une lésion de notre corps ou que nous décrivons en termes de lésions de nos tissus, ou les deux à la fois » [78].

- En 1979, ils reprennent leur définition : « la douleur est une expérience sensorielle et désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou virtuelle, ou décrite en termes d'une telle lésion ». C'est la proposition que retient l'IASP [68].

8.1.2.2. Définition de quelques termes en rapport avec la douleur [9]

- Allodynie : douleur causée par un stimulus ne produisant normalement pas de douleur.
- Analgésie : absence de douleur alors même que la stimulation devrait en provoquer.
- Hyperalgésie : douleur exagérée à un stimulus douloureux.
- Hypoalgésie : diminution de la douleur répondant à un stimulus douloureux.

8.1.3. Différents types de douleurs [10 ; 69]

8.1.3.1. Classifications des douleurs

On peut classer les douleurs selon :

- le lieu de la souffrance : physique, psychique
- le mode d'évolution : mode aigu (inférieure à 3 ou 6 mois) ou chronique (supérieure à 3 ou 6 mois)
- le mécanisme générateur : nociceptives, neuropathiques (lésion du système nerveux périphérique ou central), sine materia
- la dominante psychocorporelle : dominante organique, dominante psychique

Dans chaque groupe de douleurs, on retrouve des caractéristiques communes quant à la symptomatologie et la démarche thérapeutique. On ne traitera que les douleurs physiquement ressenties.

8.1.3.2. Douleurs aiguës

➤ *douleur-symptôme*

La douleur aiguë peut être considérée comme un symptôme ayant pour finalité biologique d'avertir l'organisme que quelque chose ne va pas.

➤ *étiologies possibles*

- La plupart du temps, elle est générée par un mécanisme nociceptif avec dégât tissulaire (brûlure, fracture...) ou sans (pincement, décharge électrique).
- Plus rarement, elle est le résultat d'une lésion du système nerveux périphérique ou central (certaines névrites).
- Enfin, elle procède d'une origine psychogène de façon très exceptionnelle.

➤ *Composante émotionnelle*

Elle s'accompagne d'une composante affective pouvant aller jusqu'à l'anxiété ou l'angoisse (lorsque la cause de la douleur n'est pas trouvée).

➤ *Composante comportementale*

En général, la réaction comportementale est proportionnelle à l'intensité de la douleur ressentie. Fordyce parle de comportement « répondant ». Des réactions musculaires (spasmes, contractures, mimiques...), neurovégétatives (tachycardie, sueurs, perte de connaissance...), thymiques sont observées.

- Thérapeutique
 - Impérative pour ne pas entrer dans un processus de douleur chronique
 - Curative

8.1.3.3. Douleurs chroniques

- la douleur chronique : *une maladie dans la maladie*

La douleur chronique n'est plus considérée comme un symptôme, mais comme un véritable syndrome, une maladie en soi ayant des répercussions sur le comportement du patient, sur sa vie sociale, familiale... sur son sommeil... elle est inutile pour l'individu qu'elle affaiblit

- Douleurs dans le cadre d'un cancer évolutif ou du SIDA : une chronicité à part

Il existe une multitude de douleurs chroniques mais il faut déjà différencier

- les douleurs dues à un cancer ou au SIDA qui sont des douleurs se rapprochant plus d'une douleur aiguë persistante
- des autres douleurs chroniques auxquelles on peut donner le nom de syndrome douloureux chronique.

- Mécanismes étiologiques

Les douleurs chroniques sont générées par les trois types de mécanismes cités précédemment

- Mécanisme nociceptif : cancers évolutifs, SIDA, pathologies rhumatismales...

- Mécanisme neuropathique : fibromyalgie, causalgie...

- Psychogènes : psychosomatique ou psychopathologique (conversions hystériques, manifestations hypocondriaques)

- Terrain : des facteurs psychosociofamiliaux prédisposant à la douleur chronique [32]

Engel a créé le terme de « pain-prone patients » pour dire que certains sujets seraient prédisposés à la douleur. Une étude de A. Violon en 1992 a décelé quelques types de personnes plus susceptibles d'être affligées de douleur chronique. Des facteurs familiaux (maltraitance, deuils, dépression d'un parent...) et psychologiques (fond dépressif, insatisfaction sexuelle...) sont souvent rapportés.

- Composante comportementale :

- Réactions face à une douleur chronique

Les réactions observées ne sont pas les mêmes que dans les douleurs aiguës. Certaines fonctions physiologiques et psychologiques sont perturbées : troubles du sommeil, appétit, libido, humeur...

- Dans certains cas, la douleur chronique peut être qualifiée de comportement appris (Fordyce) [7 ; 68 ; 80].

- ❖ Bases comportementales succinctes

Les travaux menés par Skinner sur le conditionnement dit opérant ou de type II montre qu' :

- une réponse comportementale peut être modulée selon ses conséquences qui sont donc des facteurs de renforcement. Les conséquences peuvent :
 - # être positives ou favorables : facteurs de renforcement positifs
 - # supprimer les conséquences défavorables : facteurs de renforcement négatifs
- un comportement donné peut disparaître en l'absence de facteurs de renforcement.

❖ Application de Fordyce à propos du comportement douloureux

Une douleur peut être qualifiée d'opérante. En effet, malgré la disparition du stimulus nociceptif une douleur peut s'installer chez un patient suite à des facteurs de renforcement positifs ou négatifs ou suite à la difficulté ressentie quant à réaffronter les conditions habituelles de la vie courante.

Exemples : - facteurs de renforcement positifs : de bonnes choses (soins, attention, finances, analgésiques planants...) arrivent lorsque je souffre.

- facteurs de renforcement négatifs : quand j'ai mal, j'évite des situations déplaisantes (réunions inintéressantes, tâches ménagères...)

8.2. Evaluation de la douleur : [9 ; 10 ; 69]

8.2.1. Nécessité d'une évaluation par des échelles

La douleur du patient n'est pas quantifiable et qualifiable *de visu* ; et pourtant, il est très important pour le suivi du patient de savoir lui donner une sorte de valeur-quota. Son évaluation est donc une étape nécessaire et surtout difficile car elle repose sur nombre d'indices subjectifs.

8.2.1.1. Problèmes rencontrés : pas de méthodes complètement objectives

- Il n'y a pas de concordance entre la lésion responsable de la douleur et l'intensité de la douleur ressentie, donc on ne peut pas se baser sur les caractères anatomocliniques de la lésion pour l'évaluation.
- Il n'existe pas de marqueurs biologiques spécifiques témoins de la douleur.

8.2.1.2. Objectifs de l'évaluation

- permettre d'apprécier la contribution des différentes composantes de la douleur.
- permettre une démarche thérapeutique adaptée au patient puis évaluer les améliorations du traitement mis en route afin de savoir s'il est judicieux ou s'il doit être repensé.

- assurer un dialogue sûr entre le patient et l'équipe soignante, ainsi qu'au sein de l'équipe soignante.
- juger le désagrément et l'incapacité que des douleurs chroniques peuvent entraîner dans les cas de possibilité d'indemnisation

8.2.2. Les différentes échelles d'évaluation

Les échelles d'évaluation sont nombreuses. Certaines sont simples à utiliser, d'autres plus élaborées. Elles peuvent se baser sur la description verbale du patient (auto-évaluation) ou sur l'observation de son comportement (hétéro-évaluation).

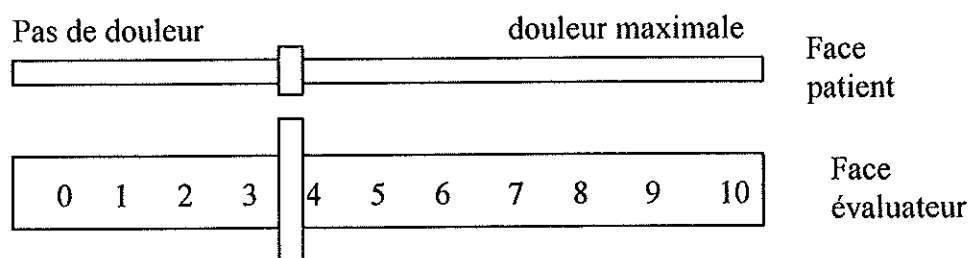
8.2.2.1. Echelles autoévaluatrices

8.2.2.1.1. Echelles évaluant l'intensité de la douleur

Ce sont des échelles unidimensionnelles. Il en existe trois : l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple. Le patient ne doit en utiliser qu'une seule ; et ce selon sa compréhension du principe. Le problème est qu'elles évaluent un phénomène multidimensionnel de façon unidimensionnelle.

➤ *Echelle visuelle analogique (EVA)*

C'est l'échelle portant sur l'intensité la plus utilisée et recommandée par l'ANAES. On présente une règlette ou une ligne de 10 cm de façon horizontale(les graduations n'étant pas visibles par le patient) sur laquelle il doit placer un curseur ou une ligne à l'endroit où il évalue sa douleur, sachant qu'à gauche (pour les personnes écrivant de gauche à droite) il s'agit d'une absence de douleur et à droite de la douleur maximale imaginable. La mesure est ensuite effectuée au mm près.



➤ *Echelles numériques (EN)*

Le patient doit donner une note de 0 à 10 (ou 100, selon les services) à sa douleur, le 0 correspondant à l'absence de douleur et la note maximale à la douleur maximale imaginée.

➤ *Echelles verbales simples (EVS)*

Elle permet l'évaluation de l'intensité de la douleur grâce à 5 items ayant chacun un score : absente (0), faible (1), modérée (2), intense (3), extrêmement intense (4).

8.2.2.1.2. Echelles pluridimensionnelles

Elles sont utilisées dans le cadre de l'évaluation d'une douleur chronique. Elles analysent les composantes sensorielles et émotionnelles de la douleur à l'aide d'adjectifs qualifiant différentes rubriques et sous-classes. Elles restent assez difficiles à manipuler et à comprendre pour certains patients (elles ne sont pas indiquées chez des patients dont la langue maternelle est différente de celle du questionnaire).

➤ En 1975, Ron Melzack a mis au point le *Mac Gill Pain Questionnaire*. L'expérience douloureuse y est décrite en 102 mots. Cette grille d'évaluation comprend 4 classes (expérience sensorielle, facteurs affectifs, intensité, intensité subjective de l'expérience) et 20 sous classes permettant de qualifier chacune des rubriques.

➤ En France, on a traduit et modifié ce questionnaire pour obtenir le *Questionnaire Douleur de Saint Antoine*. Il comporte 58 qualificatifs répartis en 16 sous-classes. Dans chaque classe, le patient donne une note de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) aux qualificatifs se rapprochant de sa douleur. Un score est alors obtenu.

8.2.2.2. Echelles hétéroévaluatrices : les échelles comportementales

La douleur induisant de nombreux changements comportementaux, il est possible de l'évaluer par des échelles prenant en compte certains éléments tels que :

- l'expression verbale : degré d'envahissement du langage par la plainte
- degré d'immobilisme
- demande de substances analgésiques
- état d'anxiété
- états de dépression
- activités pratiquées

9. Vers une meilleure gestion de la douleur

9.1 A la recherche de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques

9.1.1. Pharmacologie de la douleur

9.1.1.1. Médicaments utilisés [9 ; 68 ; 69]

9.1.1.1.1. De nombreuses classes thérapeutiques

➤ *paracétamol* : cette substance, découverte en 1950, est aujourd'hui largement utilisée pour combattre les douleurs légères car elle n'a pas l'inconvénient des AINS sur l'estomac et la coagulation. La

molécule contrecarre l'action des acides aminés excitateurs. Le sulfate de magnésium, le dextrométorphan et la kétamine ont eux aussi la même action sur ces acides aminés.

➤ *AINS* : il en existe beaucoup sur le marché. En général, ils inhibent les cyclo-oxygénases (COX) 1 et 2 ce qui explique

- leurs propriétés antalgiques de par la diminution de l'inflammation et de la soupe inflammatoire hyperalgésiante
- et leurs effets secondaires sur les plaquettes, l'estomac...

➤ *psychotropes* :

- antidépresseurs tricycliques : ils sont utilisés dans les douleurs chroniques à cause de leur action antidépressive mais ils auraient en plus une action antalgique propre à savoir le blocage de la recapture des mono-amines (sérotonine et noradrénaline) et une action sur les substances opioïdes endogènes.

- Antiépileptiques : la carbamazépine est utilisée dans le traitement des névralgies faciales. Elle renforce l'action du GABA. Le baclofène agit par ce même mécanisme.

➤ *Morphiniques* : à cause des abus constatés au XIX^e siècle en France, de nombreuses réserves ont empêché l'usage de la morphine pour soulager nombre de douleurs, notamment les douleurs cancéreuses. Dans les pays Anglo-Saxons et nordiques, elle est depuis longtemps plus largement prescrite. Actuellement, la France rattrape son retard. De nombreuses études tendent à montrer que prescrite correctement, la morphine n'induit ni accoutumance, ni dépendance psychique ou physique sauf chez les anciens toxicomanes [9].

9.1.1.1.2. protocole de l'OMS [79]

En 1984, l'OMS a proposé un protocole pour soulager les douleurs des malades cancéreux. Il s'agit d'une échelle analgésique en trois temps employant des médicaments de plus en plus forts en fonction de la douleur évaluée sur l'EVA par exemple. On peut leur ajouter des adjuvants pour améliorer certains symptômes : anticonvulsivants, anxiolytiques, antidépresseurs...

➤ Pour une douleur qualifiée de légère ou faible (EVA entre 0 et 4), on recommande l'utilisation de substances non morphiniques : paracétamol, aspirine par voie orale.

➤ Pour une douleur qualifiée de modérée (EVA entre 4 et 6), on l'associe à un opioïde doux tel que la codéine ou le dextropropoxyphène par voie orale à intervalles réguliers.

➤ Pour une douleur sévère (EVA au-delà de 6) ou une douleur qui ne diminue pas malgré les substances du 2^{ème} palier, on administre un opioïde fort (morphine, fentanyl...) par voie orale ou en injections.

9.1.1.2. Les recherches [68]

On recherche actuellement :

- des AI ayant une action spécifique sur la COX responsable de l'inflammation pour éviter les effets secondaires non désirés.
- des médicaments ayant une action sur le système nerveux sympathique : propanolol, guanéthidine, clonidine...
- des ligands spécifiques aux récepteurs morphiniques $\mu 1$ responsables de l'effet analgésique.
- des médicaments s'attachant aux récepteurs δ et K (récepteurs des enképhalines et dynorphines).

9.1.2. Gestion de la douleur opératoire

9.1.2.1. La douleur peropératoire [69]

La douleur peropératoire est maintenant bien contrôlée avec la maîtrise de l'anesthésie, qu'elle soit générale ou locorégionale.

9.1.2.1.1. Anesthésie générale

Elle est induite par des hypnotiques administrés :

- par ballon : protoxyde d'azote
- ou en IV : barbituriques (Pentotal®)
propofol
kétamine

Elle est ensuite entretenue par un mélange IV de 3 types de substances :

- hypnotiques
- morphiniques de courte durée de type palfium®, fentanyl®, Sufentanil®
- curares

9.1.2.1.2. Anesthésies locorégionales

➤ *anesthésies locales*

- anesthésies par contact
 - ❖ au niveau de la peau : anesthésie peu efficace utilisée avant une prise de sang chez l'enfant
ex : EMLA (Eutetic Mixture of Local Anesthesia) : lidocaïne + prilocaïne
 - ❖ au niveau de la muqueuse : c'est plus efficace
ex : gel à la xylocaïne
- anesthésies par infiltration sous cutanée

➤ *anesthésies régionales*

- bloc plexique ou tronculaire : on injecte des substances anesthésiantes au niveau d'un tronc nerveux ou d'un plexus pour abolir la sensibilité de toute une partie telle que le membre supérieur ou le membre inférieur ou une hémimandibule...

- administration périmédullaire de différentes substances analgésiques

- ❖ schéma de la région périmédullaire

- ❖ on administre des anesthésiques locaux (lidocaïne, bupivacaïne, ropivacaïne) et / ou des morphinomimétiques (fentanyl®, sufentanil®) dans l'espace péri-dural (voie péri-durale) ou dans le LCR (rachianesthésie) afin d'insensibiliser la partie basse du corps.

9.1.2.1.3. Sédation vigile

On administre au patient un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote, permettant une analgésie et une diminution de l'anxiété tout en maintenant la conscience du patient opéré ou soigné.

9.1.2.1.4. Punctanalgésie [79]

Méthode développée en Chine permettant d'opérer des patients pour lesquels l'anesthésie classique est jugée trop dangereuse. On puncture le patient avant l'intervention en des points spécifiques selon l'opération qu'il doit subir ; puis on laisse les aiguilles en place pendant la chirurgie. En outre, on peut injecter des adjuvants tels que de la procaine aux points d'acupuncture afin d'augmenter l'analgésie. Cette technique permet un certain nombre d'opérations : chirurgie des ATM, ligature de trompes, décollement de rétine...

9.1.2.2. La douleur postopératoire [69]

9.1.2.2.1. Antalgiques per os avec utilisation des piliers définis par l'OMS

9.1.2.2.2. PCA : Analgésie contrôlée par le patient

➤ Principe

Technique IV permettant au patient de s'administrer lui-même de faibles doses de morphiniques (morphine, fentanyl ou sufentanil) à l'aide d'une pompe qu'il peut actionner. Le patient est perfusé et lorsqu'il juge son niveau d'analgésie insuffisant, il déclenche l'injecteur de morphiniques qui lui délivre une dose bolus de 1 à 1,5 mg +/- 25 % permettant un soulagement rapide à EVA ≤ 3. Une période réfractaire de 5 à 10 minutes l'empêche de se délivrer des doses trop fréquemment ce qui serait dangereux du fait des effets secondaires.

➤ Impératifs :

Il est très important de surveiller la fonction respiratoire du patient pour éviter une dépression.

Il est nécessaire de prévenir les effets II des morphiniques (nausées, rétention urinaire...)

➤ Arrêt

Au bout de 48 heures souvent (fin de la période hyperalgique), on relaie avec les modes d'administration usuels.

9.1.3. Gestion de la douleur inhérente à la maladie : méthodes non pharmacologiques [10 ; 69]

9.1.3.1. Thérapeutiques physiques

9.1.3.1.1. thérapeutiques physiothérapeutiques [10 ; 68]

➤ Cryothérapie

On applique du froid (une vessie de glace par exemple) au niveau d'un site douloureux pour produire un effet antalgique sur les douleurs inflammatoires superficielles.

➤ Thermothérapie

- Chaleur générale : tous les systèmes de bains (sauna, bain à vapeur, bain moussant japonais...) provoquent un relâchement des muscles facilitant la sédation de contractures douloureuses.

- Chaleur locale

- ❖ Superficielle : application de chaleur par

- Sèche-cheveux, serviettes chaudes, hot-pack

- Coussins électriques

- Friction de la peau avec certaines herbes ou médicaments ou avec des emplâtres de substances rubéfiantes (poudre de cantharide, par exemple).

- ❖ Profonde

- Utilisation des Ultrasons : les vibrations de hautes fréquences (1 à 3 MHz) induisent un effet thermique en profondeur.

- Diathermie avec ondes radioélectriques.

➤ Vibrothérapie [10]

On applique des vibrations mécaniques à une fréquence de 70 à 120 Hz pour stimuler le muscle correspondant. Ceci active les fibres myélinisées impliquées dans les contrôles inhibiteurs segmentaires.

➤ Magnétothérapie

Cette thérapeutique n'est pas encore très répandue. Il s'agit d'appliquer de petits aimants afin de soulager surtout les lombalgies et les céphalées.

➤ Ionothérapie [10]

Grâce à des électrodes, un courant électrique unidirectionnel est délivré dans des tissus afin de faciliter la pénétration de certains médicaments antalgiques (AINS par exemple).

➤ Neurostimulation électrique transcutanée (TENS) [10 ; 69]

- Présentation

Des électrodes placées sur la peau permettent, en ambulatoire, l'application d'impulsions électriques paramétrées au préalable après une période test

- Caractéristiques des impulsions

Fréquence élevée : 50 à 100 Hz

Faible intensité (5 à 15 mA)

Longueur d'onde : 200 µm

- Effets

- Activation des grosses fibres myélinisées

- Paresthésies dans le territoire correspondant avec des sensations de fourmillement qui masquent la douleur initiale.

Remarque : On peut utiliser un mode de stimulation différent : le mode dit acupunctural avec une fréquence basse et une intensité élevée. Ceci provoquerait un effet analgésique en libérant des opioïdes endogènes et en activant les contrôles descendants sérotoninergiques et noradrénergiques à point de départ bulbaire.

- Indications

- douleurs aiguës post traumatiques

- douleurs chroniques neuropathiques

9.1.3.1.2. Massages, manipulations et réflexothérapies

➤ massages et manipulations

De nombreuses disciplines existent : kinésithérapie, ostéopathie, chiropractie, vertébrothérapie, réflexothérapie...

➤ techniques acupuncturales

- Acupuncture classique : comme dans les temps anciens, mais avec des aiguilles différentes, on puncture certains points situés sur les méridiens (qui sont proches des nerfs en fait) selon la douleur que l'on veut traiter. De nombreuses études ont cherché à expliquer les effets de cette technique. Aujourd'hui, on admet qu'ils s'exercent par l'intermédiaire des nerfs périphériques. Les mouvements de l'aiguille, en activant les fibres nerveuses Aδ, renforcent les systèmes de contrôle descendants et favorisent la libération de substances opioïdes endogènes [9].

- Techniques modernes dérivées de l'acupuncture [79]

- Utilisation d'adjuvants aux points classiques d'acupuncture

- ❖ Electropuncture : on insère l'aiguille au niveau du point déterminé selon la douleur et lorsque l'on a

obtenu le « DE QI », on stimule grâce à un courant électrique le point puncturé.

❖ SHUI ZHEN

On injecte des solutions médicamenteuses d'origine orientale ou occidentale aux points d'acupuncture.

❖ QI ZHEN

On injecte de l'air stérile et filtré dans les points d'acupuncture.

❖ Ionothérapie sur les points d'acupuncture

On amène des médicaments au niveau des points d'acupuncture grâce à un courant électrique.

❖ Utilisation des rayonnements UV ou IR sur les points.

▪ Traitement des douleurs de l'organisme par la puncture d'une seule partie du corps

❖ Auriculothérapie : on puncture les points situés sur le pavillon de l'oreille afin de soulager les gastralgies, névralgies du V, sciatiques, céphalées, lombalgies...

❖ Rhinofaciopuncture : la puncture de certains points spécifiques situés sur la face et le nez permet d'obtenir une analgésie.

❖ Acupuncture cérébrale : la puncture de certains points crâniens est utilisée pour soulager des névralgies du V, sciatiques, céphalées.

❖ Manopuncture : la puncture de certains points de la main controlatérale à la douleur est utilisée pour soulager les douleurs de sciatiques, céphalées.

❖ Podopuncture : la puncture de certains points situés sur le pied est utilisée pour soulager les douleurs des névralgies du V, sciatiques, céphalées, lombalgies.

9.1.3.2. Thérapeutiques à visée psychologique

➤ Relaxation et biofeedback

Ce sont des techniques destinées à contrôler un paramètre physiologique grâce à une focalisation mentale.

• Relaxation [68 ; 69]

On cherche à obtenir une décontraction musculaire permettant un soulagement dans certaines douleurs. Différentes techniques existent.

- Exemple : technique de Jacobson : le patient s'exerce à contracter et à décontracter des groupes musculaires en se concentrant. Puis il transpose cet exercice dans son activité quotidienne pour que cela devienne automatique : il doit alors être capable d'utiliser le minimum de contraction musculaire pour faire ses gestes.

- Effets :* la relaxation diminue l'activité des systèmes nerveux sympathique et moteur.

- * Elle est plus efficace qu'un placebo pour soulager les céphalées de tension.
- * Elle diminue les douleurs lombalgiques.

- Biofeedback

Le patient doit chercher à contrôler son tonus musculaire ou sa fréquence cardiaque. Un signal sonore ou visuel l'informe des résultats.

➤ Visualisation et pensées positives

De nombreux ouvrages de pensées positives (à intégrer dans la vie courante) proposent des méthodes pour diminuer les douleurs. En visualisant celle-ci et dialoguant avec elle ou en l'expulsant, ou en l'acceptant selon les techniques, on parvient à la dépasser. La sophrologie utilise certaines de ces méthodes.

➤ Hypnose [68 ; 69]

L'hypnose vise à atténuer la douleur ressentie et à la déplacer en se concentrant sur elle et en la décrivant précisément. Selon certains, elle serait efficace sur les douleurs aiguës ; pour d'autres, elle n'a aucune utilité : « [elle] ne vaut d'être utilisée sur quiconque souffre de douleur de nature physique et très rarement sur ceux dont la douleur est d'origine psychologique ». (Merskey, 1983) [68]

➤ Distraction [68]

De nombreuses méthodes ont été mises au point par les psychologues afin de distraire l'attention et d'amener la conscience hors du champ de l'expérience douloureuse. On peut :

- s'imaginer ailleurs (plage, fête...) ou visualiser ce qui donne du plaisir.
- transformer la douleur et l'interpréter en d'autres termes tels que des picotements...
- transformer le contexte.
- détourner son attention sur des événements extérieurs (carrés au plafond, télévision dans les chambres, les toiles enchantées dans les hôpitaux pour amuser les enfants...), ou intérieurs (calcul mental...).

Ces techniques seraient efficaces dans une certaine mesure sur les douleurs dentaires.

➤ Techniques cognitivo-comportementales [10 ; 69]

On aborde deux composantes dans ces thérapeutiques :

- composante cognitive : le patient doit tenir un journal de ses douleurs et de ses activités, et l'analyser afin de se rendre compte de ce qui diminue ou au contraire augmente sa douleur. Il s'agit d'identifier les facteurs d'entretien de sa douleur.

- composante comportementale :

- * reprogrammation des activités de telle manière que le patient alterne des exercices simples et des moments de repos
- * apprentissage de techniques de relaxation
- * distraction

➤ Psychothérapies [10]

Lorsque le patient reconnaît et accepte le fait que certains facteurs psychologiques ont une implication dans l'entretien de sa douleur, il est intéressant de lui proposer cette aide. Ceci l'amènera à mieux se connaître, à mieux comprendre ses angoisses et ses frustrations afin de mieux gérer ses conflits pour qu'ils cessent de se transformer en symptômes corporels douloureux.

9.1.3.3. Techniques neurochirurgicales

Ces techniques sont de moins en moins mutilantes depuis l'utilisation d'appareils servant à la stimulation des nerfs....

➤ *méthodes ablatives : interruption des voies nociceptives*

Ces méthodes destructrices sont de moins en moins fréquemment utilisées car jugées trop invasives et sans forcément le succès escompté. En outre, certaines étaient responsables de l'apparition de douleurs neuropathiques quelques mois après. Elles sont donc utilisées en dernier recours lorsque les autres techniques n'ont pas suffi.

- Intervention sur le système nerveux périphérique
 - ❖ destruction des nerfs sensitifs par
 - injection d'alcool ou de phénol
 - utilisation d'un courant à haute fréquence
 - thermocoagulation (thermocoagulation percutanée du trijumeau chez les patients souffrant de névralgies du V non calmées par les antiépileptiques.)
 - ❖ destruction des racines médullaires :
 - radicotomie postérieure
 - * mécanique
 - * chimique : par injection d'une solution de phénol et de glycérine dans le LCR
 - radicellotomie postérieure sélective : proposée en 1972 par Marc Sindou afin de disséquer les fines fibres nociceptives tout en préservant les fibres de la sensibilité dans une certaine mesure.
 - ❖ destruction de faisceaux de la moelle épinière
 - tractotomie de Lissauer
 - myélotomie commissurale
 - cordotomie antérolatérale : elle est maintenant proposée aux patients cancéreux souffrant de douleurs rebelles à tout autre traitement et ayant une espérance de vie limitée (les douleurs reviennent après 6 mois le plus souvent).
- Intervention sur le système nerveux sympathique : destruction chirurgicale ou chimique des ganglions sympathiques (Leriche et White)

- Intervention sur le système nerveux central
 - ❖ Tractotomie mésentécephalique : en 1969, on dénombre une mortalité de 41 % suite à l'opération et pour les chanceux qui ont survécu, dans 46% des cas, les douleurs reviennent !
 - ❖ Thalamotomie
 - ❖ Hypothalamotomie
 - ❖ Chirurgie du lobe frontal : lobotomie préfrontale
- Intervention sur l'hypophyse

➤ *méthodes augmentatives ou de neurostimulation*

On peut exercer la stimulation électrique au niveau de la moelle ou au niveau du cerveau.

- Stimulation médullaire [10 ; 69]
 - ❖ Présentation

Cette technique, proposée en 1967 par N. Shealy, consiste à stimuler les fibres sensibles de gros calibre au niveau des cordons dorsaux de la moelle grâce à une électrode implantée dans l'espace péri-dural postérieur et reliée à un pacemaker implanté sous la peau dans la région thoracique ou abdominale du patient.
 - ❖ Caractéristiques du courant
 - 50 à 100 Hz
 - longueur d'onde de 210 µm
 - intensité basse
 - ❖ effets supposés
 - augmentation de la quantité de GABA et de sérotonine au niveau de la corne postérieure de la moelle
 - et facilitation des contrôles inhibiteurs.
 - ❖ Indications

Douleurs neuropathiques rebelles aux médicaments et à la TENS.

- Stimulation cérébrale [9 ; 68]
 - ❖ Stimulation thalamique

La stimulation des noyaux sensitifs du thalamus proposée dans les années 70 par Mazars a été abandonnée ce jour.

- ❖ Stimulation de la région corticale pré-motrice
- ❖ Stimulation cérébrale profonde

La stimulation de la SG périaqueducule est peu utilisée en Europe. Après des travaux très prometteurs chez l'animal dans les années 70, la mise en pratique chez l'homme a laissé un goût amer, car tous les phénomènes observés et expliqués chez l'animal n'ont pas pu l'être en clinique humaine [9].

9.2. Vers la création de centres spécialisés

9.2.1. John J. bonica et les « pain clinic » aux Etats-Unis [7 ; 9]

9.2.1.1. Les débuts : la constatation d'un manque à pallier

L'idée de la création d'une clinique de la douleur découle des conceptions de Bonica. Au cours de la seconde guerre mondiale, alors qu'il était anesthésiste dans un hôpital militaire, il se rendit compte que les malades présentant des douleurs chroniques n'étaient pas correctement soignés. L'absence de concertations entre les différents spécialistes impliqués dans les thérapeutiques antidouleur (neurochirurgiens, psychiatres, anesthésistes...) et le recours quasi systématique aux blocs anesthésiques laissaient de nombreux patients avec des douleurs toujours difficilement supportables. Bonica émit alors l'idée de réunir divers spécialistes en une équipe dite « pluridisciplinaire » pour tenter de résoudre les problèmes complexes. En 1945, il commença à mettre ses conceptions en pratique dans des cliniques baptisées « pain clinic » et publia « the management of pain », livre dans lequel il expose ses idées. Le 1^{er} centre est créé à l'hôpital universitaire de Seattle. Avant 1960, 3 pain clinics sont déjà ouvertes aux Etats-Unis.

9.2.1.2. Un intérêt grandissant pour les pain clinics aux USA

9.2.1.2.1. Proposition d'un modèle de pain clinic au congrès de Seattle en 1973

Appuyé par la nouvelle théorie de Wall et Melzack qui souligne l'importance de nombreuses variables psychologiques et physiologiques dans le ressenti de la douleur, Bonica propose son modèle de pain clinic lors du 1^{er} symposium international sur la douleur organisé à Seattle-Issaquah en 1973. L'établissement doit regrouper trois pôles : clinique, recherche, enseignement. La partie clinique s'articule autour de 20 personnes représentant des disciplines différentes : anesthésiologie, médecine générale, psychiatrie, neurochirurgie. Participent également des pharmacologues, des travailleurs sociaux... Les patients sont admis sur demande de leur médecin traitant et après sélection par un « coordinateur » ayant connaissance du dossier. Le malade est alors confié à un consultant qui fera office de « manager ». Ce manager fait la consultation initiale et organise les consultations si besoin avec les autres médecins et non médecins du centre. Lors de la consultation initiale, le patient est interrogé sur l'histoire de sa douleur, sur sa famille, sur son travail... des tests de personnalité (questionnaire MMPI) sont réalisés. Le patient est aussi vu par une infirmière. Le manager décide si d'autres spécialistes doivent ou non être sollicités. Aux termes des divers consultations, un diagnostic est posé ainsi qu'un plan de traitement lorsque le cas était simple : le patient est alors réadressé à son médecin traitant avec toutes les consignes nécessaires. Parfois, le diagnostic ou le

traitement est plus difficile à définir : le cas est alors présenté à la conférence hebdomadaire. Une discussion est ouverte après examen du dossier, consultation du patient et de son (sa) conjoint(e) afin de parvenir à un consensus sur le diagnostic et le traitement.

9.2.1.2.2. L'explosion des pain clinic aux USA

En 1977, on dénombrait 327 vraies cliniques de la douleur dans le monde, 60 % de celles-ci étant aux USA. Mais de très nombreux autres établissements se prétendaient « pain clinic » sans proposer pourtant la pluridisciplinarité nécessaire pour traiter au mieux les patients. Leur but était avant tout lucratif.

Remarque : en Europe, l'intérêt pour de telles structures s'est manifesté beaucoup plus tard.

9.2.2. les soins palliatifs : l'allègement des souffrances des personnes en fin de vie [24]

La philosophie des soins palliatifs est née progressivement : le mouvement a débuté précocément en Grande Bretagne ; plus tard de nombreux pays européens ont cherché à rattraper le retard qu'ils avaient accusé.

9.2.2.1. Cecily Saunders et le mouvement des hospices en grande Bretagne

Dans les années 50, des enquêtes réalisées par la fondation baptisée « Marie Curie Memorial Foundation » révèlent que les patients arrivés à un stade de cancer terminal endurent des souffrances intolérables non soulagées par l'organisation hospitalière existant alors. A la même période, Cecily Saunders, une ancienne assistante sociale devenue sur le tard médecin, sensibilisée par les problèmes de douleurs chroniques, commence des recherches sur l'administration orale de morphine afin de soulager les patients. En 1967, elle concrétise son rêve et ouvre le St Christopher's Hospice, spécialement dédiés à l'accompagnement des personnes souffrant d'un cancer à un stade terminal. De nombreux autres centres de ce type s'ouvrent alors en Grande Bretagne et des soins à domicile sont aussi créés afin d'améliorer la vie des personnes souffrantes et de leur entourage.

Cecily Saunders développe un concept nouveau : la douleur totale touchant le domaine physique, affectif, social et spirituel.

9.2.2.2. Le modèle canadien en 1974

A Montréal, la première unité de soins palliatifs (USP) est créée au Royal Victoria Hospital grâce à Balfour Mount. Il s'agit d'une unité de soins à l'intérieur d'un hôpital (structure différente de celles existant en Grande Bretagne).

9.2.2.3. Intervention des pouvoirs publics et fleurissement des unités de soins dans le monde, notamment en Europe

En Europe, les pouvoirs publics s'impliquent enfin suite à la carence révélée par de nombreux articles et par des associations (telles que JALMAV, continuing Care, Vivre sa mort...) qui ont milité assez tôt pour un meilleur accompagnement. En France, par exemple, une circulaire du 26 Août 1986 (circulaire Laroque), reconnaît la nécessité d'améliorer la prise en charge et de programmer des unités de soins palliatifs dans le réseau des soins. Les pays européens adoptent pour la plupart le modèle canadien avec une unité incluse dans un hôpital et les structures d'accompagnement se développent alors rapidement. L'équipe est constituée de médecins, infirmières, assistants sociaux, kinésithérapeutes, psychologues, représentants religieux et de bénévoles qui assurent un travail d'écoute très important auprès des malades et de leurs proches. D'abord conçues pour les patients cancéreux en stade terminal, ces unités s'ouvrent maintenant aux personnes atteintes de maladies neurologiques et aux patients atteints du SIDA.

9.2.3. Acteurs et structures impliqués dans la prise en charge de la douleur en France

9.2.3.1. Les trois niveaux de prise en charge [10 ; 69]

En France, au sein des établissements de santé, on distingue trois types de structures labellisées en 1998 pouvant être amenées à prendre en charge un patient douloureux :

- les consultations pluridisciplinaires
- les unités pluridisciplinaires
- les centres d'évaluation et de traitement de la douleur

Ces structures sont en nette augmentation : de 2001 à 2002, leur nombre est passé de 96 à 169. [84]

9.2.3.1.1. Les consultations pluridisciplinaires

Le patient est adressé par son médecin traitant et on lui organise des consultations internes et externes dans diverses disciplines afin de mettre au point un programme thérapeutique cohérent sous forme de prescription médicamenteuse, exercices physiques et un suivi psychologique.

9.2.3.1.2. Les unités pluridisciplinaires

En plus des consultations pluridisciplinaires, l'établissement possède des lits d'hospitalisation spécifiques pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

9.2.3.1.3. Les centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD)

Ces centres, insérés dans des structures hospitalo-universitaires, possèdent en plus du pôle clinique (consultations et hospitalisations spécifiques des patients douloureux) un pôle enseignement et recherche comme Bonica l'avait envisagé [7].

9.2.3.2. Les comités de lutte contre la douleur (CLUD)

Depuis 1998, en milieu hospitalier public, une vingtaine de comités de lutte contre la douleur se sont constitués afin de réfléchir à une meilleure organisation des soins. Le comité est chargé de :

- proposer des orientations visant à améliorer la prise en charge de la douleur
- mener des enquêtes dans les services pour voir si la gestion de la douleur est efficace
- présenter des protocoles de soins, fournir les documents nécessaires au personnel soignant
- créer des groupes de travail dans les services

9.2.3.3. les associations

De nombreuses associations réunissant d'anciens malades développent des actions de soutien et de sensibilisation aux problèmes de prise en charge.

9.3. Vers une meilleure prise en charge de la douleur des enfants et des personnes âgées

9.3.1. L'enfant

9.3.1.1. Introduction [72 ; 73 ; 78]

Au XIX^e siècle et encore assez récemment, on considérait que le nouveau-né ne sentait pas la douleur car celle-ci était liée à la conscience, faculté manquante au nourrisson. On interprétait les manifestations des bébés (grimaces, cris, pleurs...) comme des réflexes. Les interventions sur des enfants en bas âge étaient souvent réalisées sans anesthésie. Ainsi,

- jusqu'en 1985, on pratiquait couramment la ligature du canal artériel sur des prématurés sans anesthésie [73]
- en 1987, une étude menée par Anand, anesthésiste, constate que sur 40 articles relatant une opération nécessitant une ouverture du thorax chez le nouveau-né, seules 9 d'entre eux font allusion à une anesthésie préopératoire. [72]

Depuis quelques années, la douleur de l'enfant et du nouveau-né est enfin prise en compte et mieux évaluée afin d'être soulagée plus efficacement. C'est là un des objectifs du dernier plan de lutte contre la douleur en France.

9.3.1.2. Une meilleure évaluation de la douleur chez les enfants pour un soulagement [69]

9.3.1.2.1. Chez le nouveau-né

➤ Primauté de l'observation clinique

Pour évaluer la douleur du nouveau-né, il convient d'observer les différentes manifestations neurovégétatives et comportementales que la douleur entraîne. On peut ainsi noter :

- des modifications neurovégétatives telles que
 - tachycardie
 - hypertension artérielle
 - augmentation du rythme respiratoire
 - cyanose...
- des modifications comportementales telles que
 - agitation
 - crispation
 - mouvements de défense...

➤ différentes échelles

Il existe plusieurs échelles pour évaluer la douleur du nourrisson

- échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) : on observe le nourrisson sur 4 à 8 heures pour évaluer les signes au niveau du visage, au niveau du corps, et les attitudes quant au sommeil, à la relaxation, au réconfort.
- Le score d'Amiel- Tison : il permet d'évaluer la douleur postopératoire du nouveau-né afin de savoir quelle thérapeutique antalgique adopter.

9.3.1.2.2. Chez l'enfant plus grand

De nombreuses échelles existent selon l'âge de l'enfant et ses possibilités de compréhension. Il est ainsi possible d'utiliser les échelles classiques (EVA, EN, EVS).

Certaines échelles sont plus imagées : l'algocube permet à un enfant de choisir un cube parmi plusieurs de tailles différentes pour montrer l'intensité de sa douleur.

D'autres sont spécifiques et sont basées sur l'observation clinique du comportement de l'enfant :

- Echelle CHEOPS évalue la douleur postopératoire
- Echelle DEGR évalue la douleur chronique
- Echelle San Salvador : utilisable chez l'enfant polyhandicapé

9.3.2. Les personnes âgées

L'évaluation de la douleur chez la personne âgée peut être rendue difficile lorsque des altérations des fonctions supérieures empêchent une expression verbale (aphasie) ou la rendent incohérente (démence, sénilité...). Selon l'état mental du sujet, on utilisera :

- les échelles EVA ou EVS
- des échelles comportementales telles que l'échelle DOLOPLUS qui donne un score aux retentissements somatique, psychomoteur, psychosocial

9.4. Des pouvoirs publics qui s'impliquent : exemple de la France avec le plan de lutte contre la douleur [29 ; 69 ; 72]

9.4.1. Les prémices

9.4.1.1. Aspects réglementaires de 1986 à 1995

Depuis quelques années, les textes législatifs et réglementaires se sont multipliés en matière de prise en charge des patients dans les établissements de santé.

9.4.1.1.1. Circulaire DGS/3D [31]

La circulaire DGS/3D du 26 Août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des personnes en fin de vie place « le problème du soulagement de la douleur [comme] central dans la démarche d'accompagnement ». En outre, elle appelle à une réflexion sur la notion de douleur en tant que souffrance et message vers les autres et non pas simple désordre physique.

9.4.1.1.2. Les réflexions du Sénat en 1994 [72]

Dans son rapport de 1994-1995 sur les problèmes posés en France pour le traitement des douleurs, le Sénat :

- évalue les carences dans la prise en charge de la douleur : prescription d'antalgiques majeurs trop faible, formation et information insuffisantes, législation et réglementation des morphiniques dissuasives...
- et propose 10 solutions pour supprimer les obstacles observés à la prise en charge de la douleur. Les 10 solutions envisagées :
 - dans les établissements de santé,
 - mise en place d'un comité de lutte contre la douleur,
 - désignation d'un coordinateur de la douleur.
 - suppression des carnets à souches

- mise en place d'une nomenclature pour les actes consacrés au traitement de la douleur
- formation améliorée :
 - dans chaque faculté de médecine, désignation d'un coordinateur douleur,
 - formation continue des médecins,
 - développement des diplômes universitaires consacrés à la douleur,
 - enseignement d'un module douleur pour les infirmiers, les psychologues, les masseurs-kinésithérapeutes.
- information
 - du personnel dans les établissements,
 - du public au moyen d'un numéro vert.

9.4.1.1.3. Nouveau code de déontologie médicale [29]

En 1995, le nouveau code précise que « le médecin doit s'efforcer en toutes circonstances de soulager les souffrances de son patient ».

9.4.1.2. Les directives suivies [29]

- L'enseignement du traitement de la douleur est obligatoire dans toutes les facultés de médecine depuis 1996.
- Les règles de prescription de la morphine sont assouplies.
- Des recommandations sur le traitement de la douleur sont publiées.

9.4.2. Les plans de lutte et la circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 Août 1998 [29 ; 69]

9.4.2.1. Le plan triennal (1998-2001)

Les pouvoirs publics mettent en place ce plan s'articulant autour de quatre axes principaux afin d'améliorer la prise en charge des patients :

- la prise en compte de la demande de la personne malade : un carnet douleur est délivré au patient dans lequel il peut
 - trouver des informations sur la prise en charge de sa douleur au sein de l'établissement,
 - noter l'évaluation qu'il fait lui-même de sa douleur,
 - porter un jugement sur le traitement reçu et sur la qualité des soins...
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins : mise en place des CLUD et élaboration de protocoles de soins.
- développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur. Le thème est intégré à la formation continue des médecins.
- information au public.

9.4.2.2. Le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005) [82]

Trois nouvelles priorités ont été définies lors du 2^e congrès annuel de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD) qui s'est déroulé en novembre 2002 à Paris :

- prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins
- mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
- mieux traiter la migraine

CONCLUSION

vers une négation de la douleur et non pas une gestion : problèmes posés

Les progrès réalisés en sciences médicales ont permis de mieux comprendre les mécanismes qui soutendent la nociception et de soulager la douleur plus efficacement. Actuellement, celle-ci est nettement mieux gérée, du moins dans les pays industrialisés, qu'il y a quelques années ; mais curieusement, l'homme se plaint de plus en plus de la douleur qu'il subit et les incapacités de travail suite à des maladies douloureuses invalidantes ne cessent de croître. Deux problèmes se posent donc : le coût de la douleur et le recours parfois trop systématique à l'analgésie qui a modifié le rapport du patient à sa douleur.

Face aux coûts induits directement ou indirectement par les syndrômes douloureux chroniques, la gestion de la douleur est devenue non seulement un enjeu social, mais aussi un enjeu économique. Aux Etats-Unis, la prise en charge de la douleur est évaluée à 60 milliards de dollars. Des études menées par les compagnies d'assurance ont montré qu'il était plus intéressant financièrement d'adresser des patients douloureux chroniques dès le début du syndrome vers les structures spécialisées plutôt que de payer des indemnités liées à des séquelles douloureuses d'un syndrome traité plus tardivement [31].

Parallèlement, on assiste à une diminution de la résistance à la douleur. Les souffrances semblent augmenter avec la civilisation et la culture, alors même que les armes pour les combattre sont plus nombreuses. Max Scheler, dans « le sens de la souffrance », remarque que « la gaieté toujours égale et constante du primitif, rarement perturbée par les souffrances les plus élémentaires, n'a pas d'exemple chez le civilisé.[...] La capacité de souffrir des mêmes sensations douloureuses que nous est sans doute moindre chez lui et elle augmente avec la civilisation ». Les progrès et surtout la banalisation des antalgiques ont non seulement fait diminuer la douleur et le seuil de tolérance à celle-ci ; mais ils ont aussi transformé la relation de l'individu face à la douleur qui n'est alors considérée et devenue considérable que sous son angle médical. En d'autres termes, on tend actuellement vers la quête d'un degré de douleur égal à 0 (et non plus à un simple apaisement) et vers la négation de sa signification culturelle. Sa suppression systématique paraît certes séduisante, puisque la douleur, dans de nombreux cas, aliène l'homme et le prive de son autonomie. Cependant, la négation de la douleur amène elle aussi le patient à une dépendance en le rendant consommateur de traitements de confort, totalement étranger à sa douleur et en dépouillant sa douleur d'une signification autre que médicale. Le patient n'est plus véritablement acteur de sa guérison, puisque la douleur devient un phénomène qui lui est extérieur et dont il n'a rien à comprendre (cela devient l'affaire des médecins uniquement). Il ne peut plus s'approprier sa douleur ni s'en rendre maître. La douleur n'est plus gérée, mais niée ! Le recours à l'analgésie systématique dépouille l'homme. Dans « Anthropologie de la douleur », Le Breton, en 1995, relate l'expérience d'une jeune béninoise qui a accouché en France sous péridurale (dans l'optique de son confort). Au lieu de la rendre sereine, cette analgésie l'a fait souffrir en niant son affiliation aux femmes béninoises de son village qui accouchent dans la douleur. Sans revenir à une attitude stoïque, ne serait-il pas plus raisonnable d'essayer de gérer la douleur sans pour autant l'abolir systématiquement ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ALBE-FESSARD D.

La Douleur, ses mécanismes et les bases de ses traitements.
Paris : Masson, 1996.

2- ARISTOTE

Ethique à Nicomaque.
Librairie philosophique J. Vrin, 1997.

3- ARNULF G.

L'Histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie.
Paris : Lavauzelle, 1989.

4- AUBERT A.

La Douleur, originalité d'une théorie freudienne.
Paris : PUF, 1996.

5- AUTEROCHE B et GERVAIS G.

Pratique des aiguilles et de la moxibustion.
Paris : Maloine, 1989.

6- AVICENNE

Livre des directives et des remarques.
Bibliothèque des textes philosophiques, traduit par Goichon, 1999.

7- BASZANGER I.

Douleur et médecine, la fin d'un oubli.
Paris : Le Seuil, 1995.

8- BAUDARD A et CHENET F.

Histoire de la philosophie, 1- les pensées fondatrices.
Paris : Armand Colin, 1998.

9- BESSON JM.

La Douleur.
Paris : Odile Jacob, 1992.

10- BOURREAU F, BRUXELLE J et CNEUD.

Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs.
Paris: Med-line éditions, 2001.

11- BOWERSOCHS .

Rome et le martyre.
Paris : Flammarion, 2002 .

12- BRUIT ZAIDMAN.

La Religion grecque dans les cités à l'époque classique.
Paris : Armand Colin, 2002.

13- BUGAULT G.

L'Inde pense- t'elle ?.
Paris : PUF, 1994.

14- CAMBIER J., MASSON M.

Neurobiologie, 10è édition
Paris : Masson, 2001.

15- CHAMFRAULT A et UNG KANG SAM.

Traité de médecine chinoise, tome III, pharmacopée.
Paris : Coquemard, 1959.

16- CHAMPAVERT.

Approche historique de la douleur et de son traitement
Thèse de Docteur en médecine, Lyon, 1995.

17- CIRCULAIRE DGS/3D du 26 Août 1986.

18- CIRCULAIRE DGS/DH n°3 du 07 janvier 1994.

19- CIRCULAIRE DGS/DH n°98-586 du 22 septembre 1998.

20- CLAVERIE B et LE BARS D.

Douleurs, sociétés, personnes et expressions.
Paris : Eshel, 1992.

21- COCHER E.

Celse, Scribonius, Aurelianus et la douleur dentaire, trois conceptions différentes.
Chir Dent Fr 1998 ; 908 : 68-73.

22- CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE de 1995

23- CORNILLOT P.

Homéopathie, le traité, tome 1 (encyclopédie des médecines naturelles).
Paris : Frison-Roche, 1995.

24- COUVREUR C.

Nouveaux défis des soins palliatifs.
Paris : De Boeck et Larcier, 1995.

25- DAVIS A.

Comment vaincre la douleur ?.
Paris : Phare santé, 2000.

26- DESCARTES R.

Discours de la méthode.
Paris : Librio, 2001.

27- DESCARTES R.

Le traité des passions.
Paris : Rocher, 1996.

28- DURAND B et POIRIER J.

La Douleur et le droit.
Paris : PUF, 1997.

29- ENSP (Groupe de travail de l'école nationale de la santé publique à Rennes).
prise en charge de la douleur : des contingences structurelles aux enjeux collectifs.
Rennes, 2001.

30- EPICTETE.

Entretiens.
Paris : Les Belles Lettres, 1975.

31- EPICURE.

Lettre à Ménécée.
Paris : Mille Et Une Nuits, 1993.

32- FERRAGUT E.

La Dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique.
Paris : Masson, 1995.

33- GRAVES.

Les Mythes grecs, tome I.
Paris : Fayard, 1967.

34- HACPILLE L.

La Douleur cancéreuse et son traitement.
Paris : Frison Roche, 1994.

35- JAGU A.

La Conception grecque de l'homme d'Homère à Platon.
Paris: Georg Olms Verlag, 1997.

36- JOUETTE A.

Toute l'histoire par les dates et les documents.
Paris : Perrin, 1989.

37- HALOUIA B.

Histoire de la médecine.
Paris : Masson , 2001.

38- HALOUIA B.

La Médecine au temps des pharaons.
Paris: Liana Lévi, 2002.

39- HAHNEMANN S.

Traité de matière médicale ou de l'action pure des médicaments homéopathiques, tomes 1 et 2.

Paris : Similia, 1989.

40- HOTTON J.

La Légende de la mandragore.

JEPU, mars 2001.

Histanestrea-France.org

41- LAERCE D.

Vies et doctrines des philosophes illustres.

La Pachothèque, Librairie Générale Française, 1999.

42- LAMENDIN H.

Clou de girofle et soins bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1998 ; 882 : 82-84.

43- LAMENDIN H.

Arsenic et soins bucco-dentaires notamment ...

ChirDent Fr 1998 ; 883 : 42-46.

44- LAMENDIN H.

Remèdes bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1998 ; 904 : 50-57.

45- LAMENDIN H.

Sauge et soins bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1999 ; 941 : 46-51.

46- LAMENDIN H.

Tabac et soins bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1999 ; 951 : 24-30.

47- LAMENDIN H.

Origan et menthe et soins bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1999 ; 954 : 74-76.

48- LAMENDIN H.

Thym et serpolet et soins bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1999 ; 957 : 48-49.

49- LAMENDIN H.

Myrrhe et soins bucco-dentaires notamment ...

Chir Dent Fr 1999 ; 957 : 50-52.

- 50- LAMENDIN H.**
Jusquiamme et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 1999 ; 962 : 36-38.
- 51- LAMENDIN H.**
Pyrèthre et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 1999 ; 965 : 30-32.
- 52- LAMENDIN H.**
Lierre et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 2000 ; 987 : 64-68.
- 53- LAMENDIN H.**
Valériane et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 2000 ; 1001 : 86-88.
- 54- LAMENDIN H.**
Pourpier et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 2001 ; 1014 : 39-40.
- 55- LAMENDIN H.**
Marjolaine et santé bucco-dentaire, notamment ...
Chir Dent Fr 2001 ; 1018 : 38-40.
- 56- LAMENDIN H.**
Oseille et santé bucco-dentaire, notamment ...
Chir Dent Fr 2001 ; 1028 : 78-80.
- 57- LAMENDIN H.**
Lavande et santé bucco-dentaire, notamment ...
Chir Dent Fr 2001 ; 1030 : 39-41.
- 58- LAMENDIN H.**
Mélisse et soins bucco-dentaires, notamment ...
Chir Dent Fr 2001 ; 1051 : 60-62.
- 59- LAMENDIN H.**
Camomille et soins bucco-dentaires, notamment ...
Chir Dent Fr 2001 ; 1052 : 54-56.
- 60- LAMENDIN H.**
Oignon et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 2002 ; 1088 : 50.
- 61- LAMENDIN H.**
Pensée et violette et soins bucco-dentaires notamment ...
Chir Dent Fr 2002 ; 1091 : 38.

62- LE BRETON D.

Anthropologie de la douleur.
Paris : Editions Métailié, 1995.

63- LEVESQUE H. et LAFFONT O.

L'Aspirine à travers les siècles : rappel historique.
Rev Méd Int 2000 ; 21 (suppl 1) : 8-17.

64- LIEDEKERKE.

La Belle époque de l'opium. 2è éd.
Paris : Editions de la Différence, 2001.

65- MAMO H.

La Douleur. 2è éd.
Paris : Masson, 1982.

66- MARC-AURELE.

Pensées
Paris : Skatline, 1996.

67- MAZARS G.

Société de neurochirurgie de langue française, XXVIè congrès annuel, Etat actuel de la chirurgie de la douleur.
Paris : Masson, 1976.

68- MELZACK R. et WALL P.

Le Défi de la douleur.
Paris : Vigot, 1989.

69- METZGER C et MULLER A.

Soins infirmiers et douleurs.
Collection savoir et pratique infirmière.
Paris : Masson, 2000.

70- MING WONG.

Les Massages en médecine traditionnelle chinoise.
Paris : Masson, 1984.

71- NASIO JD.

Le Livre de la douleur et de l'amour.
Paris : Payot, 1996.

72- NEUWIRTH L.

Les Rapports du Sénat, prendre en charge la douleur, n° 138.
1994-1995.

73- OPERA DE NANTES et l'ASSOCIATION « SCIENCES ET ARTS »
COLLOQUE « Expressions de la douleur dans les sciences et les arts ».
Nantes, octobre 2001.

74- PETER JP.

De la douleur : 3 propos sur la douleur, observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur.

Paris : Quai Voltaire / histoire, la Cité des Sciences et de l'Industrie , 1993.

75- PILARD P, SUDRY Y.

Acupuncture traditionnelle, notions de base.

Paris : Similia, 1989.

76- PLATON.

Le Philèbe, œuvres complètes, tome IX 2è partie, traduit par Diès.

Paris : Les Belles Lettres, 1993.

77- PLATON.

Le Gorgias.

Paris : Les Belles Lettres, 1984.

78- RAUCH A.

Histoire de la santé, Que sais-je, n° 2924.

Paris : PUF ,1995.

79- REY R.

Histoire de la douleur.

Paris : La découverte, 1993.

80- ROUSTAN C.

Traité d'acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, techniques et thérapeutiques.

Paris : Masson, 1984.

81- SANS AUTEUR

Atlas historique de l'apparition de l'homme sur terre à l'ère atomique.

Paris : Perrin, 1987.

82- SCHWOB M.

La Douleur, un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir.

Paris : Dominos Flammarion, 1994.

83- SEBTI M.

Avicenne, l'âme humaine.

Paris : PUF, 2000.

84- SOCIETE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR.

Consultations de la douleur : bilan et perspectives, centres de la douleur : modes d'emploi.

Chir Dent Fr 2003 ; 1108 : 16-24.

85- SOURNIA J.C.

Histoire de la médecine.

Paris : La Découverte, 1997.

86- VIDAL F.

Les Dentistes de la fin du XVIII^e siècle et la thérapeutique médicale galénique.
Chir Dent Fr 2001 ; 1028 : 72-77.

87- VIDAL F.

Pathologie dentaire et « maladies errantes » dans les textes médicaux du XVIII^e siècle.
Chir Dent Fr 2001 ; 1052 : 50-53.

	N°
THIBAULT (Sandrine).- concepts et gestion de la douleur de l'Antiquité à nos jours.- 146 f.,ill., 30 cm (thèse : chir.dent., Nantes, 2003,)	
Résumé: De l'Antiquité à nos jours, nombre de théories ont été avancées pour expliquer le phénomène douloureux, avec les moyens intellectuels et techniques qui caractérisent chaque époque. D'abord interprétée magiquement puis plus rationnellement, la douleur, en Occident, fut très longtemps valorisée par la religion chrétienne et vue comme un signal d'alarme utile par le corps médical dont les armes thérapeutiques accusaient une certaine inefficacité quant à la soulager. A partir des XVIII^e-XIX^e siècles, d'abord sous l'égide du courant humaniste puis grâce à des médecins, des pharmaciens et des dentistes soucieux d'abolir des souffrances inutiles, de nouveaux moyens sont recherchés. L'anesthésie révolutionne la gestion de la douleur opératoire tandis que les morphiniques soulagent certaines douleurs rebelles. Un siècle plus tard, la prise en charge de la douleur devient la préoccupation de tout soignant, tenu par des directives ordinales et gouvernementales, de soulager tout patient qui souffre.	
Rubrique de classement : Divers Histoire	
Mots-clés : - douleur - histoire	
MeSH : - pain - history	
JURY : Président : Pr Giumelli Assesseurs : Pr Lajat Pr Fraysse Pr Jean Directeur de thèse : Pr Laboux	
Adresse de l'auteur : Thibault Sandrine : 20 rue de la Bergerie 49410 Saint Florent le Vieil	