

Laval théologique et philosophique



Médecine et soulagement de la souffrance humaine

Patrick Verspieren

Volume 54, Number 1, février 1998

Éthique et corps souffrant

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/401132ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/401132ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de philosophie, Université Laval

ISSN

0023-9054 (print)

1703-8804 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Verspieren, P. (1998). Médecine et soulagement de la souffrance humaine.
Laval théologique et philosophique, 54(1), 23–39.
<https://doi.org/10.7202/401132ar>

MÉDECINE ET SOULAGEMENT DE LA SOUFFRANCE HUMAINE

Patrick Verspieren s.j.

Département d'éthique biomédicale
Centre Sèvres, Paris

RÉSUMÉ : *Pourquoi la médecine a-t-elle si longtemps esquivé le problème de la souffrance humaine ? Différentes raisons sont évoquées et discutées ici : la complexité du problème, le danger d'accidents graves dans l'usage des analgésiques, le risque de toxicomanie, la valorisation religieuse de la souffrance. Il semble cependant que le principal obstacle ait été et demeure toujours l'opposition radicale entre l'objectivité de la science médicale et la subjectivité de la souffrance humaine, qui ne peut être comprise que dans une attitude de compassion avec la personne souffrante.*

ABSTRACT : *Why has medicine so long delayed in dealing seriously and effectively with human suffering ? A few reasons are explored and discussed here : the complexity of the problem, the dangers connected with the usage of analgesics, the risk of drug-habit, the religious valorization of pain and suffering. It seems however that the main obstacle has been the deep contrast between the objectivity of medical science and the subjectivity of human suffering which cannot be perceived without a personal and compassionate encounter with the one who suffers.*

Le soulagement de la souffrance humaine, ou du moins de certaines des formes qu'elle revêt, est aujourd'hui plus que jamais considéré comme faisant partie intégrante de l'art médical. De nombreuses études de physiopathologie lui ont été consacrées¹ et multiples sont depuis quelque temps les moyens d'apporter un soulagement aux malades et aux blessés douloureux. Or, pour quiconque a une connaissance de la médecine qui remonte à peine en deçà des trente dernières années, il apparaît avec une évidence flagrante qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Alors que la médecine avait fait de si nombreux progrès, bien des douleurs intenses étaient considérées comme sans remède. Pourquoi ce retard dans le domaine de l'analgésie ? Mais aujourd'hui encore, même dans les pays médicalement développés, bien des malades ne sont pas ou sont mal soulagés de douleurs pourtant éprouvantes. Pourquoi cette inefficacité, qui n'est plus due à un manque de moyens ?

À ces interrogations il n'est pas possible actuellement d'apporter des réponses exhaustives, qui soient suffisamment étayées des points de vue médical, historique et

1. Voir par exemple : R. MELZACK, P.D. WALL, *The Challenge of Pain*, New York, Basic Books, 1973. Traduction française de la 3^e édition : *Le Défi de la douleur*, Canada, Edisem Inc. ; Paris, Vigot, 1989.

sociologique. Mais on doit constater que, de tout temps, entre la médecine et la lutte contre la douleur, se sont interposés des obstacles. Cela impose aujourd'hui de se demander comment changer cet état de fait. La question revêt d'autant plus d'importance qu'on est persuadé, du point de vue éthique, que la participation au soulagement de la souffrance humaine est l'une des missions principales de la médecine.

UNE DÉFINITION DE LA SOUFFRANCE ?

Pour entrer dans le vaste sujet ainsi esquissé, il semblerait requis de donner une définition claire et précise. De quoi s'agit-il lorsqu'on parle de souffrance ? N'est-ce pas une première exigence que de définir les termes employés lorsqu'on veut mener une démarche un tant soit peu rigoureuse ?

C'est malheureusement impossible. Les dictionnaires ne font que mettre en relation une constellation de mots : souffrance, douleur, épreuve, peine, pénible, désagrément, désagréable... Les définitions médicales ne font pas exception. Certes, on en est venu à convenir de réserver certains termes à certaines formes de la souffrance humaine. On ajoute beaucoup d'adjectifs ; au cours des âges les médecins ont raffiné à l'extrême sur les distinctions entre les différentes formes de douleurs, en ont mis au point une véritable sémiologie². On a donc distingué entre les formes que peut revêtir la souffrance humaine. Mais on n'a pas défini celle-ci.

Une conclusion s'impose par conséquent, et elle est de grande portée. Tous ces mots de souffrance, douleur, etc., ne prennent sens pour une personne donnée que si elle a été confrontée avec *une expérience personnelle* : expérience de souffrance éprouvée directement, ou expérience de proximité avec une autre personne subissant une telle épreuve. Est ainsi capitale l'expérience du *sujet* qui parle ou qui agit.

Cela a certainement été vrai de tout temps, mais représente une grande difficulté pour la médecine moderne. Celle-ci recherche l'*objectivité* ; elle invite le praticien à dépasser sa subjectivité, sa singularité, pour ne retenir que des éléments qui puissent être interprétés identiquement par différents acteurs. Il ne peut en être exactement de même pour la souffrance.

Certes la médecine moderne de la douleur essaye de contourner cette difficulté, de repérer des comportements qui puissent être interprétés de la même façon par différents médecins. Mais encore faut-il « croire » à l'intensité du phénomène douloureux — et le terme de « croire », qui implique une confiance faite à autrui, est employé ici à dessein. Cette confiance peut être refusée, et l'intensité de la souffrance d'autrui faire l'objet de déni ou d'indifférence. Celui ou celle qui n'a jamais éprouvé personnellement de souffrance majeure peut être tenté de penser que les malades exagèrent, qu'ils sont indûment douillets, ... ou même — cela a été dit dans un colloque médical — que ce sont des simulateurs qui geignent pour obtenir qu'on leur donne de la morphine. Ces attitudes sont d'autant plus faciles à adopter qu'on se tient

2. Jean-Pierre PETER, *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993, p. 45-46.

plus éloigné de la personne qui dit souffrir ou que la souffrance reste muette — ce qui est fréquent, on le découvre de plus en plus, notamment à propos des très jeunes enfants³.

A été évoqué le rôle de la subjectivité du médecin à propos de l'attention — ou de l'indifférence — qu'il manifeste envers la souffrance de ses patients. Mais cette subjectivité se manifeste aussi autrement. La perception maintenue dans la durée de la souffrance d'autrui ne peut que susciter en soi-même de multiples *émotions*. La plupart des humains sont émus, remués, plus ou moins bouleversés par une expérience de réelle proximité avec celui ou celle qui souffre. Cela pose un problème en médecine. Ces émotions peuvent perturber le jugement ou même conduire à sortir de son rôle. D'où la nécessité pour le médecin de maîtriser ces émotions et de garder une certaine distance. Or, il n'est pas facile de trouver l'équilibre entre la proximité nécessaire pour percevoir et traiter les souffrances et la distance indispensable pour accomplir avec justesse la fonction de médecin. La recherche de cette distance peut conduire certains au déni ou à des attitudes de fuite, après des expériences malencontreuses, ou trop bouleversantes, imprudemment engagées.

Bref, la souffrance des patients n'est pas un symptôme pareil aux autres. Elle met en jeu la subjectivité des soignants, qui dépend elle-même de l'expérience personnelle de ces soignants. Cela apparaît dès qu'on tente de définir la souffrance. Cela a certainement joué un rôle dans ce qui apparaît aujourd'hui comme une *énigme historique*, qui fera l'objet de considérations ultérieures.

DOULEUR ET SOUFFRANCE

A été principalement employé jusqu'à présent le terme de souffrance. Mais la médecine n'a évidemment pas la capacité, ni la fonction, de soulager toute forme de souffrance humaine. Cela explique que les médecins — les francophones du moins — se soient efforcés de donner un nom particulier à ces souffrances dont le traitement puisse être jugé faire pleinement partie des fonctions de la médecine. Ce qui les a conduits à nettement distinguer la « douleur » des autres « souffrances ». On les a même, pendant un temps, opposées, jusqu'à ce qu'on se rende compte du caractère fallacieux et nuisible d'une opposition indûment durcie.

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (I.A.S.P.) propose la « définition » ou du moins la description suivante : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion⁴. »

Le terme « douleur » est ainsi réservé aux souffrances physiques, ressenties dans le corps. Mais la définition insiste sur l'aspect subjectif de cette « expérience désagréable ». Subjectif au sens de lié à la subjectivité, à la singularité du patient. Le

3. E. PICHARD-LEANDRI, A. GAUVAIN-PIQUARD, *La Douleur chez l'enfant*, New York/Paris/Toronto, Medsi McGraw-Hill, 1989, p. 25.

4. Cité par P. CESARO, dans « La douleur chez l'homme : faits expérimentaux et hypothèses », *La Revue du Praticien*, 44 (15 septembre 1994), p. 1875.

médecin peut repérer la lésion tissulaire, si elle existe. Mais le patient peut éprouver une douleur physique en l'absence d'une lésion reconnaissable par le médecin. Les théories actuelles proposent une explication neurologique de la persistance d'une douleur physique après disparition de la lésion qui a initialement provoqué cette douleur. Mais on reconnaît aussi aujourd'hui l'existence de douleurs physiques en l'absence de causes organiques ; d'où le terme de douleur physique psychogène⁵.

L'origine d'une douleur physique n'est donc pas toujours à rechercher dans le corps, encore moins dans la lésion d'un tissu ou du système nerveux. De plus, toute douleur physique, comme le reconnaît la définition de l'I.A.S.P., a des répercussions affectivo-émotionnelles. La souffrance due à une « douleur » est en fait multidimensionnelle : physique, psychique, sociale, spirituelle même. Ce qui a conduit très vite Cicely Saunders, la fondatrice de St-Christopher's Hospice, à proposer l'expression de « *total pain* » pour désigner la complexité de la souffrance de beaucoup de ceux qui éprouvent une douleur chronique intense⁶. Les composantes psychique, sociale, spirituelle peuvent aggraver la douleur physique. Inversement, un soutien apporté au patient de manière appropriée peut faciliter le soulagement de cette douleur. L'absence d'un tel soutien peut le rendre inefficace.

Tout cela invite à ne pas trop opposer la douleur physique et les autres formes de souffrance. Cela met surtout en garde contre une conception trop biologique de la douleur, n'accordant de l'importance qu'à l'étude des stimuli nociceptifs, des voies de transmission des influx nerveux, des neuro-médiateurs de la douleur..., et à l'emploi de moyens thérapeutiques médicamenteux, chirurgicaux ou électriques agissant à ces différents niveaux.

Le langage médical actuel oppose en outre la douleur proprement dite et les divers « inconforts ». Or, ces inconforts peuvent être majeurs, comme une dyspnée très sévère provoquant chez le malade une sensation angoissante à l'extrême de suffocation ou d'asphyxie. Il s'agit bien alors d'une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable », mais son soulagement requiert des thérapies autres que celles de la douleur proprement dite.

Bref, même quand il s'agit de distinguer entre les formes de la souffrance humaine, les tentatives actuelles de clarification défont partiellement. C'est un signe de la complexité de la souffrance humaine. Cela pose des questions difficiles. Quelles sont donc ces souffrances dont le soulagement revient à la médecine et celles qui ne sont pas de son domaine ? Quelles sont celles qui relèvent d'abord du médecin somaticien, neurologue ou anesthésiste, et celles vis-à-vis desquelles il est préférable d'en appeler au psychiatre ? La réponse n'est pas aisée, et c'est pourquoi, dans les pays médicalement développés, on en est venu à la création d'équipes multidisciplinaires de traitement de la douleur⁷. Plus encore, quel est le degré souhaitable

5. Cf. A. MANOS, « Le psychiatre et la douleur », *La Revue du Praticien*, 44 (15 septembre 1994), p. 1932-1935.

6. Cf. Cicely SAUNDERS, Mary BAINES, *Living with Dying. The Management of Terminal Disease*, Oxford, England, Oxford University Press, 1983. Traduction française : *La vie aidant la mort*, Paris, Medsi, 1986, p. 75-94.

7. Cf. Isabelle BASZANGER, *Douleur et Médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.

d'engagement personnel du médecin dans une relation humaine dont la difficulté a déjà été signalée : proximité difficile mais indispensable avec une personne humaine soumise à une épreuve, sans perdre pour autant toute distance avec elle ?

Il était indispensable de faire ces remarques préalables pour éviter de simplifier abusivement les problèmes et de laisser penser qu'une douleur physique relève purement et simplement d'un traitement biomédical au sens étroit du terme. Il n'en reste pas moins que beaucoup de douleurs telles que celles qui proviennent d'une maladie cancéreuse ou d'une opération chirurgicale ont une source primaire de nature somatique et que leur soulagement requiert en premier lieu des traitements médicaux adéquats. Or, c'est un fait historique qu'il a fallu attendre le milieu du XIX^e siècle pour qu'en chirurgie on recoure à l'anesthésie per-opératoire, et les années 70-80 de notre siècle pour que se répandent de façon significative des méthodes efficaces de traitement des douleurs dues au cancer. Pourquoi un tel temps de latence, de retard pourrait-on dire ? Il y a là une véritable énigme historique.

L'ÉNIGME HISTORIQUE

Cette énigme est posée de manière nettement accusatrice par un historien français, Jean-Pierre Peter.

Quelque chose a récemment bougé dans le territoire médical, qui fait s'interroger certains praticiens sur la réticence prolongée que continue de manifester leur monde, et particulièrement dans l'espace de l'hôpital, à lutter véritablement contre la douleur. Le fait est qu'on y laisse facilement souffrir. Comme s'il y avait une difficulté, une impossibilité à prendre la douleur en compte, à y porter attention, et donc remède (car remède, le plus souvent, il y a, et depuis assez longtemps). Pourquoi cette réserve ou cette indifférence — cet interdit peut-être ? C'est la question que d'aucuns se posent maintenant, décidés à faire prendre conscience à l'ensemble de leurs confrères d'une évolution profonde à engager d'urgence. Ils découvrent du même coup l'ancienneté de ces conduites d'abstention, qui sembleraient perpétuer une tradition fondatrice de la corporation, quelque chose comme un code, souterrain, vivace, impérieux, qui déterminerait les attitudes à cet égard — codage coercitif, et inconscient. Mais vigilant. Féroce. Alors se pose la question : d'où cela peut-il venir⁸ ?

L'accusation la plus grave est celle-ci : « car remède il y a, et depuis assez longtemps ». Assez longtemps ? De nombreux siècles, affirme l'auteur. Selon lui, l'Antiquité grecque et latine utilisait des décoctions aux vertus sédatives, analgésiques ou narcotiques ; elles ont même peut-être permis de réaliser des amputations sous narcose⁹. Un tel savoir est demeuré vivant au Moyen Âge en Europe occidentale, mais seulement chez des marginaux (sorcières, guérisseur ou alchimistes), alors qu'il fut dédaigné par le corps médical¹⁰. L'éther sulfurique avait été découvert au XIII^e siècle. « Paracelse en retrouva le procédé de fabrication au XVI^e siècle et en expérimenta les propriétés calmantes, somnifères, narcotiques sur les animaux¹¹. » Mais il fallut at-

8. J.-P. PETER, *De la douleur*, p. 12.

9. Cf. *ibid.*, p. 48.

10. Cf. J.-P. PETER, « Politique médicale de la douleur : histoire d'une difficulté », dans *Vaincre la douleur*, Montreuil, France, Mouvement associatif des infirmières de la Seine-Saint-Denis, p. 389-407.

11. *Ibid.*, p. 394.

tendre 1846 pour qu'on l'employât sur l'homme comme anesthésique au cours d'opérations chirurgicales. Jusqu'à cette date les chirurgiens se contentaient d'attacher solidement leurs patients sur une chaise ou une table et d'opérer dans un concert de cris et de gémissements...

C'est dans l'interprétation de cet état de fait que l'historien se montre le plus accusateur.

La cruauté de ces cérémonies, la cruauté pour elle-même, ne satisfaisait pas, semble-t-il, les praticiens. Pourquoi cependant y tenaient-ils ? Je pense, et je propose l'hypothèse, que c'est la dramaturgie de ces scènes terribles qu'ils aimaient. C'étaient des combats, et des combats flatteurs [...]. Dans les grandes opérations chirurgicales, les praticiens connaissaient la joie et la fierté d'un combat héroïque, Un combat dont le lieu était le corps du malade, avec le mal pour adversaire. Un combat où l'arme, de part et d'autre, était la douleur infligée. Le bruit des armes, ce sont les cris¹².

L'auteur n'apporte comme justification de ses affirmations que le portrait de quelques chirurgiens. Une historienne de la douleur, Roselyne Rey, après une enquête beaucoup plus large, pose cependant, d'un ton plus mesuré, des questions analogues.

Une des énigmes les plus difficiles à résoudre concernant cette première moitié du XIX^e siècle provient de la coexistence de l'idée, parmi les médecins et les chirurgiens, que la douleur est insoutenable et inutile et de la conviction non moins assurée qu'il n'y a pas de moyens disponibles pour amoindrir la douleur des opérations, alors que l'historien a l'impression que les moyens étaient à portée de la main et que les occasions ont été manquées. Mais faut-il croire aux occasions manquées, et n'y a-t-il pas d'autres explications¹³ ?

« Les moyens étaient à portée de la main ». Il n'y avait donc qu'à étendre la main ou opérer un petit saut, pour adapter ces moyens à un usage médical. Et cela n'a pas été fait pour l'anesthésie chirurgicale avant 1846, pour un usage courant de la morphine dans le traitement des douleurs cancéreuses avant les années 1970-1980. Pourquoi ?

En fait, ce « petit saut » présentait des difficultés. R. Rey le montre à propos de la morphine. Elle avait certes été isolée dès 1806, mais concurremment avec d'autres alcaloïdes de l'opium. Il fallait discerner lequel de ces alcaloïdes avait des propriétés analgésiques ou anesthésiantes. Puis quelle forme chimique était appropriée. Ensuite, il fallait, avant d'utiliser comme médicament un tel produit, apprendre à le préparer, le purifier, le doser, et vérifier ses effets sur le corps humain. Or « la morphine commença sa carrière thérapeutique par une malheureuse célébrité » due en 1823 à un épisode d'empoisonnement. « La chronologie précise des événements concernant la morphine montre la nécessité de repenser le concept de "découverte" et de faire litière de l'opinion selon laquelle, alors que les moyens existaient, on ne les exploitait pas »¹⁴. L'auteur a certainement raison en ce qui concerne le début du XIX^e siècle, mais cela n'explique pas tous les retards et les éventuelles « occasions manquées ».

12. *Ibid.*, p. 401.

13. Roselyne REY, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993, p. 164.

14. *Ibid.*, p. 178.

Un premier type d'explication peut être proposé ; il se dégage des travaux de R. Rey aussi bien que de ceux de J.-P. Peter¹⁵. Pour se lancer dans une innovation, en médecine comme en d'autres disciplines, il faut disposer d'un cadre conceptuel qui permette de l'y intégrer. Or pendant très longtemps a manqué un tel cadre conceptuel. Pendant des siècles, les théories médicales sur la douleur ont foisonné, mais de manière contradictoire et elles n'ont guère favorisé le saut évoqué ci-dessus. Plus encore, c'est seulement à partir du XX^e siècle qu'ont été mises au point des méthodes rigoureuses de recherche clinique.

Cela ne résout pas pleinement l'énigme. J.-P. Peter fait remarquer à juste titre que des innovations médicales d'importance capitale ont été introduites par des médecins isolés et de manière pragmatique, comme la vaccination contre la variole. Or des médecins prirent des initiatives semblables dans le traitement de la douleur, comme en Angleterre au XVII^e siècle Sydenham qui utilisait assez largement le laudanum à base d'opium. Il se heurta, notamment en France, à de très fortes oppositions.

Les attitudes médicales pendant les deux derniers tiers du XIX^e siècle et des deux premiers tiers du XX^e siècle posent encore plus de questions. La morphine est désormais isolée, produite par des laboratoires et employée par des médecins dans un but antalgique. Un mémoire est déposé en 1828 auprès de l'Académie française de médecine sur l'emploi de cette médication dans des indications médicales, il est vrai, très diverses ; la douleur n'est que l'une d'elles¹⁶. Mais progressivement les propriétés antalgiques de la morphine font l'objet d'une assez large reconnaissance. Il faut pourtant attendre 140 ans pour que, en 1967, à St-Christopher's Hospice, soit proposé un large usage de cette médication pour le traitement des douleurs cancéreuses¹⁷. Ont certainement joué un rôle dans l'ampleur de ce retard quelques accidents mortels attestés par les historiens. Mais la littérature médicale, surtout celle du XX^e siècle, montre surtout l'importance des représentations relatives à cette substance. L'attention des médecins s'est concentrée, à partir semble-t-il de 1860 ou 1870, non pas sur l'emploi médical de la morphine et ses effets bénéfiques, mais sur son usage extra-médical et les ravages qu'il entraînait, c'est-à-dire, en termes actuels, les conséquences de la toxicomanie. Une telle focalisation de l'attention a conduit à interpréter les réactions des malades douloureux bénéficiant du recours à cet antalgique comme des signes de création d'une « habitude », ou, comme on dirait aujourd'hui, d'une dépendance¹⁸. De telles représentations sont demeurées vivaces, dans des pays tels que la France, jusqu'aux alentours de 1980, autre exemple des barrages posés contre les innovations par un cadre conceptuel inadéquat. On peut ainsi expliquer l'extrême circonspection avec laquelle a été utilisée la morphine, jusqu'au moment où C. Saunders a proposé un changement total de paradigme : la morphine est une médication

15. *Ibid.*, p. 156-161 ; J.-P. PETER, *De la douleur*, p. 29.

16. Cf. R. REY, *Histoire de la douleur*, p. 178-180.

17. Cf. P. VERSPIEREN, A. SANT'AGOSTINI, C. JABAUD, « Un centre anglais de traitement de la douleur », *Cahiers Laennec*, 24, 1 (automne 1975), p. 5-8.

18. Sont spécialement instructifs en ce domaine les textes cités par G. PAYEN dans *Déontologie médicale d'après le droit naturel*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1922.

spécialement efficace contre la douleur dont l'emploi large et raisonné auprès des malades atteints de certains types de douleurs ne crée aucun risque de toxicomanie.

Il est pleinement raisonnable d'expliquer ainsi à la fois les réticences considérables, pendant près d'un siècle et demi, à l'emploi d'un antalgique reconnu aujourd'hui efficace et peu dangereux s'il est bien manié, puis, beaucoup plus récemment, le changement radical des recommandations médicales et éthiques relatives à son utilisation. Mais, une nouvelle fois, l'explication donnée soulève à son tour une question : pourquoi a-t-il fallu attendre 140 ans pour mettre en cause un dogme qui reposait sur des erreurs d'interprétation ?

UNE EXPLICATION RELIGIEUSE ?

Lorsqu'une question est posée, on cherche une réponse, et d'habitude on en trouve une. À propos des retards évoqués dans les pages précédentes, une explication est couramment avancée. Voici, parmi bien d'autres textes semblables, le point de vue avancé par un médecin en avant-propos d'une publication sur la douleur. « La civilisation judéo-chrétienne apporta un changement décisif : la douleur, sanction de la faute originelle et liée au péché, pouvait avoir une fonction rédemptrice quand elle était acceptée voire recherchée. Durant plus de 1 000 ans cette conception morale a imprégné la relation de l'homme à la douleur¹⁹. » Cela aurait entraîné une attitude de fatalisme ou même de refus de chercher à soulager la douleur.

Voilà une explication d'ordre historique. Elle doit être soumise à une analyse du même ordre.

Les *autorités religieuses chrétiennes* ont-elles jamais formulé des mises en garde contre la volonté de tenter de soulager la douleur d'autrui par des moyens médicaux ? Aucune des encyclopédies consultées par l'auteur de cet article, ni aucun historien, à sa connaissance, ne fait référence à un texte de ce genre. Des condamnations ont certes été portées sur des actes tels que l'euthanasie, mais non pas, semble-t-il, sur la recherche ou l'emploi de traitements antalgiques. C'est d'ailleurs sans doute à une date relativement récente que sont parues sur ce sujet des prises de positions officielles ; elles sont favorables au soulagement de la douleur. En 1956, Le pape Pie XII accepte la pratique de la prophylaxie de la douleur de l'accouchement²⁰. En 1957, il incite à l'emploi des « narcotiques » dans le traitement des douleurs intenses de la fin de vie, en ne tenant d'ailleurs pas compte des objections des médecins de l'époque²¹.

Antérieurement à 1956, à défaut de prises de position officielles, on ne peut que se référer à l'enseignement couramment donné dans les institutions religieuses, et pour cela repérer les prises de position des *moralistes*. On trouve de tels textes relatifs

19. Jean CAMBIER, « Pour une médecine de la douleur », *La Revue du Praticien*, 44 (15 septembre 1994), p. 1864-1865.

20. PIE XII (1956), « L'accouchement sans douleur », reproduit dans *Biologie, médecine et éthique*, Paris, Le Centurion (coll. « Les dossiers de la Documentation Catholique »), 1987, p. 28-38.

21. PIE XII (1957), « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie », reproduit dans *Biologie, médecine et éthique*, p. 347-364.

à la douleur à partir du XVI^e siècle. Ils portent d'abord sur le recours à la chirurgie. Celle-ci est alors réputée affreusement douloureuse. Il en est tiré la conclusion non pas que le malade est tenu en conscience à recourir à cette chirurgie pour obtenir le maintien de sa vie au mépris de la douleur, mais au contraire que cette douleur représente un poids extrême, « extraordinaire », devant lequel il peut légitimement reculer. Nul n'est tenu d'affronter une telle épreuve²². Et cela deviendra au XVIII^e siècle la doctrine courante du catholicisme dont Alphonse-Marie de Liguori se fera tout particulièrement le défenseur.

La question de l'emploi des produits anesthésiques ou antalgiques n'a, semble-t-il, été abordée qu'à partir du XIX^e siècle. Les moralistes apparaissent dépendants des jugements des médecins, qu'ils ne contestent pas. En 1821, un auteur, Mgr Scotti, admet l'emploi de ces produits, avec la prudence qu'exige leur caractère « douteux » : douteux, du fait d'une réelle méconnaissance, à cette époque, de leurs effets positifs et négatifs. « Le premier devoir du médecin, écrit-il, est d'éviter de nuire, le second est de soulager²³. » Un siècle plus tard, en 1922 puis en 1935, Georges Payen, moraliste jésuite, classe ces produits (opium, morphine, éther...) qu'il appelle « anesthésiques », parmi les remèdes « dangereux ». Le principal danger est, selon lui, de créer une « morphinomanie ». Il faut donc prendre de grandes « précautions » et éviter tout emploi prolongé de ces médications. « L'usage des anesthésiques, et particulièrement de la morphine, doit être réglé par le médecin, avec tant de mesure et de prudence que l'organisme ne s'y accoutume pas, que le système nerveux ne s'affaiblisse pas peu à peu, *que le malade ne contracte pas une mauvaise habitude*, un besoin irrésistible, une passion²⁴. » Est ainsi très nette chez cet auteur la hantise de ce qu'on appellerait aujourd'hui l'accoutumance et la dépendance. En ce qui concerne les « moribonds », G. Payen récuse le recours à une sédation profonde (il dit « plonger dans le coma »), à moins que le patient ne soit « à bout de patience »²⁵ en raison de souffrances intolérables. Cette position, très prudente, et restrictive, a conduit par la suite à accepter les pratiques de sédation, en cas de grande souffrance qui ne pourrait être soulagée autrement, à condition de ne pas chercher ainsi à abrégier la vie²⁶.

Ces moralistes n'élèvent donc aucune objection de principe au soulagement médical de la douleur. Mais ils acceptent le jugement des médecins de leur époque sur le risque de rendre le malade toxicomane, et approuvent l'extrême prudence des praticiens. Cela semble d'ailleurs correspondre à l'attitude générale des moralistes catholiques français de la première moitié du XX^e siècle. Sauf sur les points où la morale

22. Daniel A. CRONIN, « Conserving Human Life », in *Conserving Human Life*, Braintree, MA, The Pope John Center, 1989, p. 1-145.

23. Mgr Ange SCOTTI, *Le Médecin chrétien ou Médecine et Religion*, 1821, cité par R. REY, *Histoire de la douleur*, p. 218-219.

24. G. PAYEN, *Déontologie médicale*, cité selon la seconde édition, Chine, Zi-Ka-Wei, 1935, p. 198-199.

25. *Ibid.*, p. 201.

26. René BROUILLARD, « Anesthésiques et analgésiques », *Encyclopédie Catholisme*, I, 1948, colonnes 534-538. La pratique de la sédation en fin de vie avait cependant suscité de multiples réticences au sein du catholicisme. Elle avait été condamnée au XIX^e siècle par un concile canadien. Sur ce point, voir E. TESSON, « Analgésiques et perfection chrétienne », *Cahiers Laennec*, 12, 4 (décembre 1952).

catholique est très nette, ils se comportent de manière déferente sinon timorée envers le corps médical. En 1929, l'un d'entre eux ose insister : « Le médecin nous paraît avoir le droit, même le devoir de chercher à apaiser les douleurs de ses malades²⁷. » Mais à la fin de son article, il s'excuse de son audace.

Le tort de ces auteurs est sans doute de ne pas s'être interrogés, ni d'avoir interrogé les médecins, sur la gravité de la création d'une dépendance et d'une accoutumance, pour autant qu'elles apparaissaient inéluctables, chez des malades jugés incurables. Les plus lucides reconnaissent, mais sans en tirer les conclusions qui auraient dû en découler, la portée limitée de l'objection couramment formulée. « Le malade pourrait guérir de sa maladie ; il aurait contracté une nouvelle affection funeste²⁸. »

Il a fallu attendre, en France, 1952, pour qu'un moraliste catholique aborde explicitement les questions précédentes. « Le péril (de toxicomanie) n'est pas chimérique, il se présente spécialement dans certaines circonstances²⁹. » Il n'est donc pas majeur dans les autres. De toute façon prévaut le « devoir de charité de soulager la maladie pour rendre au patient la disponibilité de ses forces et facultés » et d'en combattre les effets, la douleur en tout premier lieu³⁰.

La conclusion de l'auteur était nette. « L'anesthésie et l'analgésie sont de grands bienfaits. C'est donc un droit légitime de les accepter pour soi ou de les employer pour les autres. Mais pour tout homme soucieux des valeurs humaines, il est évident que leur usage, comme celui de toutes les techniques, doit rester subordonné aux règles de la prudence morale³¹. » Le médecin doit notamment essayer d'obtenir de son malade de suivre une cure de désintoxication, dans les cas, sans doute assez rares, où il bénéficierait d'une survie prolongée et serait devenu dépendant de la morphine.

Une telle position ouvrait la voie à la déclaration du pape Pie XII, citée plus haut, qui reprenait nombre des thèmes développés par E. Tesson. L'autorité religieuse se distancie ainsi très nettement des convictions des médecins. Mais, à l'époque, elle ne fut guère écoutée. Le « dogme » médical du danger inéluctable de toxicomanie demeura vivace une dizaine d'années encore en Angleterre, une vingtaine en France...

En ce qui concerne « l'explication religieuse », demeure cependant une autre question. Le christianisme n'aurait-il pas exercé *une influence implicite, diffuse, sur les mentalités*, par la place faite à la souffrance humaine dans ses discours théologiques, relayés par l'enseignement courant donné à ses fidèles et les multiples ouvrages de piété ? Un immense travail serait nécessaire pour valider ou invalider cette « explication ». Il faudrait notamment étudier comment les médecins ont reçu ces ty-

27. René BROUILLARD, « Causerie de morale ; stupéfiants et anesthésiques », *Études*, 199 (20 avril 1929), p. 178-198.

28. *Ibid.*, p. 193.

29. Eugène TESSON, « Analgésiques et perfection chrétienne », p. 62-68.

30. *Ibid.*, p. 64.

31. *Ibid.*, p. 68.

pes de discours. Voici en tout cas ce qu'en dit, avec beaucoup de prudence, l'historienne R. Rey, à propos du XVII^e siècle.

Tout se passe comme si une répartition des rôles était bien établie entre le médecin et le prêtre [...]. La religion essaie de donner un sens à la souffrance ; ses discours et son cérémonial accompagnent ou organisent la maladie et la mort, elle vise à consoler et à expliquer, elle ne nous paraît pas dicter le comportement du médecin [...]. Dans le dénuement de la misère et l'abandon à la douleur, le discours religieux pallie l'impuissance ou l'absence de la médecine (notamment en milieu rural), sans effacer l'espoir, chevillé au cœur de tout être vivant, de ne pas souffrir³².

D'une manière générale, il est sûr que d'une part le christianisme a toujours recommandé aux malades de recourir au médecin dans la mesure du nécessaire... et du possible (et il a été à l'origine des institutions collectives d'accueil des pauvres et de soin des malades), et que d'autre part il a invité chacun à supporter avec patience, dans un esprit religieux, les souffrances qui apparaissaient sans remède. À partir du XII^e siècle, le malade est invité à trouver patience, repentir et force dans la contemplation du Christ souffrant sur la croix³³. Un sens lui est même proposé en ce qui concerne une souffrance ainsi supportée : la participation à l'œuvre de salut opérée par le Christ. Tout cela étant plus ou moins imprégné de dolorisme selon les époques. Mais ainsi était apporté un soutien spirituel, une « consolation », alors que la médecine se révélait impuissante. Cela a-t-il conduit les médecins à se satisfaire de cette impuissance ? On ne peut l'exclure, mais, dans l'état actuel des recherches historiques, il ne serait guère fondé de l'affirmer et d'y voir la clé de l'énigme.

DES RÉSISTANCES QUI DEMEURENT

L'énigme n'est donc pas résolue. L'erreur des tentatives évoquées réside sans doute dans le fait d'avoir voulu trouver une explication unique, là où ont sans doute joué un rôle de multiples facteurs scientifiques, institutionnels, culturels, sociaux et religieux. Mais le chemin parcouru attire l'attention sur le fait historique d'une difficulté de la médecine à prendre en compte la douleur humaine et à y apporter un soulagement.

La nouveauté radicale, depuis 1965, réside dans la mise au point de systèmes théoriques rendant compte des différents types de douleurs humaines, et la découverte (ou redécouverte) de stratégies thérapeutiques compatibles avec ces théories³⁴.

32. R. REY, *Histoire de la douleur*, p. 104.

33. Irénée NOYE, « Maladie », *Dictionnaire de Spiritualité*, X, 1980, colonnes 138-152. Cf. aussi P. VERSPIEREN, « Les discours sur la souffrance dans le catholicisme », *Cahiers Laennec*, 44 (mars 1996), p. 7-11.

34. À propos des multiples théories scientifiques relatives à la douleur élaborées jusqu'en 1945, on peut se référer à l'ouvrage déjà cité de R. Rey. Le relais a ensuite été pris par I. Baszanger (*Douleur et Médecine*), qui rend compte, p. 85-108, de la « théorie de la porte » formulée en 1965 par Melzack et Wall (« porte » qui, ouverte ou fermée, laisse passer ou non les influx de la douleur), et cite les deux grandes découvertes des récepteurs opioïdes qui fixent la morphine et expliquent l'action de celle-ci et des endomorphines sécrétées par le cerveau lui-même. Le livre de I. Baszanger est cependant centré sur la figure de John J. Bonica, fondateur des « *pain clinics* » ; il est très succinct sur le développement des soins palliatifs.

L'obstacle que représentait autrefois l'absence d'un cadre conceptuel adéquat a donc disparu. Il est logique d'en attendre un développement d'une médecine de la douleur.

Et c'est bien ce que l'on constate, dans la plupart des pays disposant d'un système médical développé. Depuis 1970 environ, se sont développées deux sortes d'institutions, les « *pain clinics* » (en France : les consultations pluridisciplinaires de la douleur) et les Hospices (au Canada et en France : les Unités de soins palliatifs). Les secondes s'attachent au soulagement de la souffrance des malades en fin de vie ou atteints de maladies neurologiques dégénératives, les premières tentent de résoudre les problèmes complexes de douleur chronique pour lesquels les solutions thérapeutiques ordinaires sont restées sans effet. « La médecine de la douleur (est ainsi) devenue une réalité avec (des) espaces propres, (des) groupes de spécialistes — les “médecins de la douleur” parfois appelés algologues —, des pratiques spécifiques dirigées en première intention sur la douleur elle-même, et (des) populations de malades déterminées — les “douloureux chroniques” (et les malades en fin de vie douloureux)³⁵ ».

Cela représente un indéniable progrès dont peuvent se féliciter tous ceux qui attachent de l'importance à cette mission que la médecine a toujours reconnue sienne... sans l'honorer toujours beaucoup — soulager — et tous ceux qui, en leur corps ou en celui de proches, sont affrontés à la réalité de la douleur. La preuve est désormais faite qu'il est possible de porter remède à de multiples formes de la souffrance humaine ou au moins de les adoucir. Mais la médecine pourrait faire beaucoup plus et ne le fait pas... Comme si, aujourd'hui comme hier, la médecine rencontrait, dans l'accomplissement d'une de ses missions fondamentales, des difficultés intrinsèques.

Voilà, sinon une nouvelle énigme, du moins une question importante. D'où viennent ces difficultés ? Apporter un commencement de réponse peut aider à percevoir où devraient porter les efforts.

Il paraît indéniable que joue un rôle important, dans cette difficulté de la médecine de se tourner résolument vers le soulagement de la douleur, le rapport qu'entretient cette discipline avec « la science » ou plutôt avec l'ensemble des connaissances scientifiques qui lui fournissent aujourd'hui à la fois des moyens d'action et une légitimation.

Les découvertes scientifiques qui se sont succédé à partir de 1965 ont facilité le développement d'une véritable médecine de la douleur. I. Baszanger montre comment John Bonica, qui dès 1953 avait publié un ouvrage majeur sur le traitement de la douleur³⁶, sut tirer parti de ces découvertes non seulement pour améliorer sa pratique mais aussi pour se faire reconnaître par le milieu médical, obtenir les ressources nécessaires à l'intensification de ses recherches et multiplier sur le territoire américain puis à l'étranger les institutions pluridisciplinaires dont il avait conçu le modèle,

35. I. BASZANGER, *Douleur et Médecine*, p. 17. Les parenthèses ont été ajoutées par l'auteur de cet article.

36. John J. BONICA, *The Management of Pain*, Philadelphie/Londres, Lea and Febiger, 1953.

les « *pain clinics* ». Cela n'aurait pas été possible s'il n'avait pas pu faire valoir que ses intuitions premières étaient conformes aux « données de la science »³⁷.

Mais la médecine moderne de la douleur est issue non pas de ces découvertes scientifiques, mais d'*expériences personnelles*. En 1944, tout jeune anesthésiste, John Bonica est nommé dans un immense hôpital militaire américain recevant les blessés de la guerre du Pacifique. Il met en œuvre les techniques connues à cette époque (et notamment le blocage ou l'interruption de voies nerveuses), mais il constate l'inefficacité de ces moyens dans certaines douleurs persistantes (douleurs du membre fantôme, ou sans cause apparente). Il découvre alors la complexité de la souffrance humaine (ce qui le fait recourir aux conseils de médecins de spécialités différentes), l'intrication des dimensions physique et mentale et surtout « les conséquences dévastatrices (de ces douleurs chroniques non soulagées) pour les malades qui, très souvent, ne sont plus en mesure de mener une vie normale tant ils sont détériorés physiquement et moralement³⁸ ». Très vite, il est persuadé de la nécessité de faire de la douleur humaine un objet spécifique d'étude et va se lancer dans une véritable croisade destinée à persuader ses confrères médecins. C'est seulement 21 ans plus tard que les nouvelles théories scientifiques apportèrent une confirmation au bien-fondé de ses intuitions.

De même l'origine des Hospices et des Unités de soins palliatifs réside dans la découverte de la souffrance des malades cancéreux par une femme successivement infirmière, travailleuse sociale, bénévole dans les hôpitaux londoniens, et finalement médecin. Cicely Saunders raconte comment ont joué un rôle déterminant chez elle la rencontre et le dialogue engagé avec un de ses malades, qui mourait d'un cancer, « dans des douleurs et des vomissements aussi contrôlés qu'on le faisait à l'époque », mais qui éprouvait surtout le besoin de quelqu'un qui l'écoutât et crût à sa valeur personnelle. De là naquit chez elle « la nécessité pressante de répondre aux besoins de milliers de personnes »³⁹. Elle s'attela à cette tâche, chercha les moyens de s'attaquer aux multiples facettes de la « *total pain* » qu'elle découvrait chez ses malades, et créa en 1967 le premier de ces Hospices qui allaient essaimer dans le monde entier. Elle dit, dans l'article cité, combien elle doit aux découvertes scientifiques inaugurées en 1965. Mais le projet de création de St-Christopher's Hospice remonte à 1948.

Par leurs réalisations, leur force de conviction, le zèle déployé à tenter de sensibiliser le corps médical et les autres professions soignantes, J. Bonica et C. Saunders suscitèrent de très nombreux disciples et émules qui créèrent dans de nombreux pays des institutions comparables à la première « *pain clinic* » et au premier Hospice.

Cela permit de mettre au point des stratégies de lutte contre les souffrances dues à de multiples maladies, d'en rendre compte dans des publications médicales, d'organiser de nombreux colloques ou congrès et de modifier ainsi le comportement de nombreux médecins contre la douleur. Un pas important a été franchi.

37. I. BASZANGER, *Douleur et Médecine*, p. 109-117.

38. *Ibid.*, p. 53. Plus largement, p. 43-76.

39. C. SAUNDERS, « L'hospice : un lieu de rencontre pour la science et la religion », dans *Le Savant et la Foi*, introduction de J. Delumeau, Paris, Flammarion, 1989, p. 259-272.

On ne peut cependant que constater qu'en France (mais aussi semble-t-il dans de nombreux autres pays, dont le Canada), la « médecine de la douleur » ainsi constituée demeure *marginale* à l'intérieur du système sanitaire. En 10 ans y ont été créés 75 centres ou équipes spécialisés dans les seuls soins palliatifs. Bien qu'ils n'aient pas encore été soumis à une véritable évaluation, on peut penser que la plupart d'entre eux offrent des soins de très bonne qualité. Mais leurs pratiques médicales et leurs manières d'agir pénètrent lentement dans l'ensemble du corps médical. Les préjugés relatifs aux antalgiques majeurs tels que la morphine ont beaucoup perdu de leur vigueur ; la consommation médicale de morphine a été multipliée par 14 en 10 ans, mais demeurent chez les cancérologues et plus encore chez les médecins généralistes des réticences d'ordres divers. Comme en bien d'autres pays, la douleur est souvent sous-évaluée, l'efficacité des traitements surestimée, et, surtout, la formation des médecins demeure insuffisante⁴⁰. Les connaissances pratiques et les manières de faire se transmettent donc beaucoup plus lentement quand il s'agit de traitement de la douleur que dans la grande majorité des autres domaines de la médecine.

Dans ces domaines le changement des pratiques découle directement d'une avancée des connaissances scientifiques. Vient d'être montré qu'il n'en a pas été de même pour la médecine de la douleur. Celle-ci est née de la découverte, par des personnalités hors du commun, de l'épreuve que représente une souffrance chronique intense et de ses effets destructeurs pour la personne humaine. Ce qui a suscité chez elles la conviction d'un devoir à remplir, d'une « nécessité pressante » à laquelle on ne peut échapper sans se renier soi-même. Les dimensions d'*expérience personnelle* et de *conviction* éthique se sont révélées plus importantes que le *savoir théorique*, si bénéfique que soit celui-ci.

Certes cette médecine de la douleur, dès les années 1950, a développé son propre savoir. Mais il s'agissait essentiellement d'un savoir clinique, reposant sur l'observation des malades, et mettant au jour la dimension *subjective* de la douleur, comme il a été dit au début de cet article, et comme l'avaient découvert J. Bonica et C. Saunders.

Cela représente un véritable obstacle pour une pleine intégration de la médecine de la douleur dans l'ensemble du système sanitaire. Car le cadre conceptuel dominant aujourd'hui dans la médecine moderne fait peu de place à la subjectivité du patient. C'est d'ailleurs trop peu dire. La médecine « scientifique » cherche à ne s'appuyer que sur des éléments « objectifs », permettant de dépasser à la fois la subjectivité du patient et celle du médecin. Il y a donc comme une *antinomie* entre la médecine enseignée dans les facultés et pratiquée dans les grands centres hospitaliers et la médecine de la douleur. Ce que constatent les médecins exerçant dans ces centres et simultanément intimement préoccupés par la douleur de leurs patients⁴¹. Cette antinomie n'est pas totalement irréductible. Mais son dépassement se heurte à de réelles difficultés d'ordre intellectuel et comportemental.

40. Cf. François LARUE *et al.*, « Oncologists and Primary Care Physicians' Attitudes Toward Pain Control and Morphine Prescribing in France », *Cancer*, 76 (décembre 1995), p. 2375-2382.

41. Cf. René SCHAEERER, « Les soins palliatifs et les soins actifs sont-ils incompatibles ? », *Revue Jalmarv*, 5 (juin 1986), p. 30-41.

Plus encore, le cadre conceptuel dominant apporte une *protection* aux médecins eux-mêmes, en légitimant une grande distance entre le thérapeute et le patient. Si seules comptent pour la thérapeutique les informations recueillies par les examens de laboratoire ou l'imagerie médicale, pourquoi s'astreindre à une relation étroite avec le patient ? La distance permise par la médecine moderne et la proximité requise par le traitement de la douleur s'avèrent ainsi deux attitudes opposées. Or, il est psychologiquement moins onéreux pour un médecin de choisir la première...

« Depuis les origines, affirme le Comité national d'éthique français, la vocation du médecin est de prévenir, de soigner (les maladies) et de soulager les souffrances⁴². » Ce troisième volet de la mission du médecin s'est de tout temps heurté à des obstacles. La médecine a constamment évolué, mais tout se passe comme si, à chaque tournant de la médecine, un nouvel obstacle surgissait à l'accomplissement de cette « mission » de soulager les souffrances. Pendant très longtemps a manqué un savoir adéquat. Aujourd'hui un des obstacles majeurs réside, semble-t-il, dans l'abondance du savoir biomédical, ou plutôt dans la prédominance accordée à ce type de savoir sur celui qui pourrait être recueilli de l'observation des malades douloureux et de l'écoute attentive de ce qu'ils pourraient révéler de leur propre souffrance.

UNE EXIGENCE ÉTHIQUE

Si le soulagement des souffrances fait vraiment, comme le rappelle le texte cité ci-dessus, partie intégrante de la mission du médecin, il est légitime d'évoquer un devoir individuel et collectif d'essayer de lever les obstacles à l'accomplissement de cette mission.

Ont été relevés comme obstacles actuels la complexité de la souffrance humaine, même de celle qui est issue d'une douleur physique, son caractère subjectif, c'est-à-dire lié à la singularité de chaque sujet humain, l'importance de l'établissement d'une relation personnelle avec le malade, plus ou moins éprouvante pour le médecin, alors que le savoir biomédical dans son ensemble et la manière dont il est généralement enseigné favorise une distance entre le praticien et le patient.

Le savoir biomédical apporte au médecin une protection. Le soulagement des douleurs chroniques intenses implique de renoncer partiellement à cette protection. Il exige donc une démarche personnelle plus ou moins onéreuse.

Celle-ci ne sera généralement opérée que par des personnes qui auront personnellement éprouvé ce sentiment de « nécessité pressante » évoqué par C. Saunders, lequel ne peut sans doute surgir que de la découverte de l'épreuve que représente pour la personne humaine une douleur chronique intense et de ses effets dévastateurs.

Ces derniers ont seulement été évoqués jusqu'à présent au cours de cet article. Mais on peut remarquer que seuls ont fait avancer la réflexion ou la pratique médi-

42. Comité consultatif national d'éthique, *Avis n° 26*, adopté le 24 juin 1991, sur la proposition de résolution d'une Commission du Parlement Européen, Paris.

cale dans le domaine du traitement de la douleur ceux qui ont concrètement perçu dans cette douleur une figure du Mal, d'un mal destructeur⁴³.

Certes, toute douleur n'est pas destructrice. De même que, d'un point de vue médical, les douleurs peuvent avoir des origines et des formes très différentes, de même, pour les personnes qui les éprouvent, elles ont des répercussions différentes, selon leur nature, leur intensité, leur durée, et aussi les circonstances et l'histoire personnelle du sujet. « La » douleur n'est qu'une abstraction. Le présent article envisage principalement les douleurs qui envahissent la personne et son champ de conscience, au point « qu'elle n'est plus que douleur », selon l'expression de malades rapportée par C. Saunders⁴⁴.

Au plan corporel, de telles douleurs sont épuisantes pour la personne, s'opposent à l'alimentation et au repos, minent le désir de vivre et peuvent ainsi devenir un facteur d'accélération de la mort, notamment chez des personnes âgées, comme le souligne Renée Sebag-Lanoë⁴⁵. Au plan psychique, une douleur intense est un obstacle majeur à la communication, par le centrément sur soi qu'elle provoque et par l'envahissement de la conscience par cette réalité obsédante qui ne laisse place à aucun autre contenu, qui de plus est pratiquement indicible et se nourrit d'elle-même, si bien qu'à son sujet on peut parler de spirale de la souffrance. Au plan spirituel, cette obsession de la douleur présente, amplifiée par la perspective de sa durée, et même de sa pérennité si elle n'est pas soulagée, peut plonger la personne dans le désespoir, la perte de tout désir, de toute acceptation de la vie ; elle peut même faire disparaître tout sens de la valeur de la vie antécédente. « Pourquoi ne suis-je pas mort dès le sein, n'ai-je pas péri aussitôt enfanté ? » Cette plainte de la figure même du souffrant qu'est Job dans la Bible, bien des personnes en proie à des douleurs intenses la font leur quand elles n'espèrent plus aucun soulagement.

Cette découverte concrète de la douleur chronique intense comme un mal, analogue et même pire que la maladie, voilà ce dont il importerait que chaque médecin fasse l'expérience, aussitôt que possible dans son exercice et même dès le temps de sa formation. Non sans prudence ni sans un soutien avisé, car une expérience trop précoce ou trop fusionnelle peut provoquer de graves blessures ou susciter des peurs qui conduiront ultérieurement à chercher à se protéger du renouvellement de ce qui a été initialement vécu de manière traumatisante.

Inversement, de la découverte, faite avec prudence, de la détresse humaine et, simultanément, de moyens propres à y porter remède, on peut espérer que surgira

43. Il en va ainsi pour J. Bonica et C. Saunders, mais aussi pour E. Tesson, le pape Pie XII...

44. La médecine a aussi pour fonction de lutter contre les autres formes de douleur, mais cette tâche est de nos jours le plus souvent assez facile à réaliser, grâce à l'abondance des médicaments découverts par l'industrie pharmaceutique et à l'efficacité d'une médecine devenue curative et palliative. À propos de l'emploi de ces moyens, les problèmes médicaux et éthiques sont plutôt inverses de celui que nous abordons dans le corps de l'article. Comment user de ces moyens de manière raisonnable et éviter les abus ? Il n'est pas toujours sage de vouloir soulager ou prévenir par des médicaments toute douleur de faible intensité et tout inconfort.

45. Renée SEBAG-LANOË, « La souffrance du vieillard en fin de vie, objectif du soin », dans *Le Soin des malades en fin de vie*, dossier documentaire, Paris, Centre Sèvres, 1987.

chez beaucoup d'étudiants et de médecins une réelle *compassion*, c'est-à-dire cette attitude faite d'ouverture à l'épreuve d'autrui — non sans souffrance pour soi-même — et d'une ferme volonté de lui apporter un soulagement⁴⁶.

D'une généralisation d'une telle attitude, si elle est obtenue, on peut beaucoup attendre, car elle permet la mise en œuvre de moyens indissociablement techniques et humains. Or, on sait désormais, grâce à l'expérience acquise dans les « *pain clinics* », les Hospices et les institutions analogues, que ces moyens bien employés obtiennent l'apaisement ou au moins l'atténuation⁴⁷ de la quasi-totalité des douleurs chroniques, même de celles qui sont qualifiées de rebelles.

Or, il n'est pas indu de demander à chaque médecin de faire preuve de compassion. Il ne s'agit pas ici d'une qualité exceptionnelle qui serait réservée à quelques rares personnalités. Sans compassion, il n'y a pas de médecine vraiment humaine. Ce qui est bien exprimé, par exemple, dans le Code de déontologie médicale français qui demande à chaque praticien non seulement de « s'efforcer de soulager les souffrances de son malade » mais aussi de « l'assister moralement » et « d'accompagner le mourant »⁴⁸.

De tels appels resteraient cependant vains dans les sociétés qui ne se soucieraient pas de la formation humaine de leurs médecins. Les autorités politiques et universitaires ont la responsabilité de veiller à éviter que les médecins et les étudiants ne deviennent prisonniers d'une image mythique d'une médecine scientifique dont serait attendue la solution de tous les maux. Le soulagement des douleurs chroniques exige l'investissement personnel du praticien dans une relation plus ou moins éprouvante pour lui-même. Il est d'importance capitale que la formation en fasse surgir le désir. D'où l'insistance mise ci-dessus sur l'expérience personnelle, et notamment la découverte concrète de la douleur chronique intense comme un mal qui peut écraser la personne humaine en cas d'absence de tout remède et réconfort. Expérience qui devrait être prévue et facilitée par le système même de la formation.

Attirer ainsi l'attention sur le rôle des autorités politiques et universitaires ne dégage pas chaque médecin en particulier de sa propre responsabilité. Mais l'histoire montre qu'à chacun de ses tournants, la médecine rencontre des obstacles à l'accomplissement de sa mission de soulagement de la souffrance humaine. Il ne suffit donc pas d'en appeler aux seules bonnes volontés individuelles. Il importe d'essayer de percevoir d'où viennent ces difficultés et comment y faire face.

46. Sur la distinction entre la « compassion » telle qu'elle a été ainsi définie et d'autres formes de « pitié », lire, par exemple : Conseil permanent de la Conférence des Evêques de France, « Respecter l'homme proche de sa mort », dans *La Documentation Catholique*, 88 (20 octobre 1991), p. 904-909.

47. Il est bien écrit « apaisement ou atténuation ». Il serait en effet dangereux de ne pas percevoir les limites de la « médecine de la douleur » et de susciter ainsi des espoirs suivis d'amères désillusions.

48. Code de déontologie médicale, Décret du 6 septembre 1995, *Journal officiel de la République française*, Paris (8 septembre 1995), p. 13305-13310.