

DOULEUR & SOUFFRANCE

Pr Sarah CARVALLO, enseignante chercheuse en philosophie, Lyon

Dr Olivier RENARD, médecin, Centre Léon Bérard, Lyon

DOULEUR

Pourquoi parler de douleur ?

Histoire de la prise en charge de la douleur

Modalités et progrès dans la prise en charge

Expériences professionnelles

Cas cliniques illustratifs



DOULEUR

POURQUOI PARLER DE DOULEUR ?

DÉFINITION DE LA DOULEUR (IASP) ET DISTINCTION AVEC LA SOUFFRANCE ⁴

- Douleur : selon l'IASP (2020) : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes. »
- Souffrance : dimension existentielle, subjective, souvent liée à la perte de sens, à la solitude, à l'angoisse.
- Douleur ≠ souffrance, mais souvent liées.

POURQUOI PARLER DE DOULEUR ?



« Tous les patients qui le nécessitent doivent pouvoir accéder à des soins de support adéquats (traitement de la douleur, conseils diététiques, soutien psychologique, accompagnement social, soins palliatifs, etc.) »



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

23 février 2017

Stratégie
décennale 2021-
2025

Socle

- **DOULEUR**
- Nutrition
- Prise en charge psychologique
- Prise en charge sociale

Complémentaires

- Activité physique adaptée
- Conseils hygiène de vie
- Soutien psychologique proches et aidants
- Préservation fertilité
- Troubles de la sexualité

Techniques

- Hypno-analgésie
- Analgésie Intrathécale
- ALR
- Neurostimulation

Axe II.6 : Garantir la qualité, l'accessibilité et l'évolutivité de l'offre de soins de support

ENJEUX MÉDICAUX, SOCIAUX, PHILOSOPHIQUES.

Parler de douleur, ce n'est pas seulement parler de symptômes. C'est parler d'un phénomène qui traverse le corps, l'histoire, la société, et même la pensée.

ENJEUX MÉDICAUX, SOCIAUX, PHILOSOPHIQUES.

Enjeux médicaux

- La douleur est un enjeu médical majeur. Elle est l'un des premiers motifs de consultation, et pourtant, elle reste parfois mal soulagée. Nous avons des outils, des médicaments, des techniques... mais aussi des limites. La douleur chronique, par exemple, résiste souvent aux traitements classiques. Elle demande du temps, de la coordination, de l'écoute. Et elle nous oblige à sortir du modèle biomédical pur.
- Il y a aussi un enjeu de formation : tous les soignants ne sont pas formés à la douleur. Et un enjeu de reconnaissance : certains patients douloureux ne sont pas crus, pas entendus.

ENJEUX MÉDICAUX, SOCIAUX, PHILOSOPHIQUES.

Enjeux sociaux

- La douleur est un fait social. Elle touche plus les personnes précaires, les femmes, les personnes âgées. Elle est influencée par le contexte, la culture, les représentations. Et elle peut devenir un facteur d'exclusion : on perd son travail, ses liens, son autonomie.
- Il y a aussi une question de justice : qui a accès aux soins antidouleur ? Qui peut bénéficier d'une prise en charge globale ? Et comment la société reconnaît-elle la souffrance invisible ?

ENJEUX MÉDICAUX, SOCIAUX, PHILOSOPHIQUES.

Enjeux philosophiques

- La douleur pose des questions philosophiques profondes. Qu'est-ce que souffrir ? Est-ce que la douleur a un sens ? Peut-on la partager ? La dire ? La penser ? Pourrait et serait-il vraiment souhaitable d'éviter "toute souffrance" ?
- Elle interroge notre rapport au corps, au temps, à la vulnérabilité. Elle met en tension le désir de maîtrise et l'expérience de la limite. Et elle nous rappelle que le soin, ce n'est pas seulement guérir, c'est aussi accompagner.

Souffrir c'est aussi se sentir vivant. Supporter la douleur peut s'inscrire dans un but : sportif, religieux, etc

ENJEUX MÉDICAUX, SOCIAUX, PHILOSOPHIQUES.

Voilà pourquoi parler de douleur, c'est parler de médecine, mais aussi de société et d'humanité. Et c'est pourquoi ce cours est co-animé avec une philosophe : parce que la douleur ne se comprend pas seulement avec des molécules, mais aussi avec des mots, des idées, et des regards croisés.

ENJEUX CONTEMPORAINS

- Prévalence : douleurs chroniques touchent 1 adulte sur 5 en Europe.
- Impact : sur la qualité de vie, le sommeil, le travail, les relations sociales.
- Coût : économique (absentéisme, soins), humain (isolement, dépression).
- Défi médical : malgré les progrès, la douleur reste parfois mal soulagée, mal comprise

Faut-il systématiquement médicaliser cette expérience ?

- Nous allons explorer ensemble comment la médecine a évolué dans sa manière de comprendre et de traiter la douleur, comment elle s'organise aujourd'hui, et comment elle se vit dans la pratique clinique.
- Et nous verrons ensuite, avec ma collègue philosophe, comment la douleur devient souffrance, comment elle interroge notre rapport au corps, au temps, à l'autre.



DOULEUR

**HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR**

DOULEUR DANS LES GRANDES TRADITIONS MÉDICALES

14

Antiquité et traditions anciennes

- Égypte, Grèce, Inde, Chine : la douleur est souvent vue comme un déséquilibre ou une punition divine.
- Hippocrate : la douleur est un symptôme, reflet d'un déséquilibre des humeurs.
- Médecine ayurvédique et chinoise : approche énergétique, holistique.

La douleur est perçue comme un signal, mais rarement comme une entité à traiter en soi.

DOULEUR DANS LES GRANDES TRADITIONS MÉDICALES

15

Moyen Âge et Renaissance

- Douleur chrétienne : valorisée comme voie de rédemption, imitation du Christ.
- Médecine médiévale : peu de moyens pour soulager, recours aux plantes, à la prière.
- Ambroise Paré (XVI^e siècle) : pionnier de la chirurgie, insiste sur le soulagement de la douleur.

La douleur est tolérée, parfois sacralisée, rarement combattue

DOULEUR DANS LES GRANDES TRADITIONS MÉDICALES

16

Siècle des Lumières et Révolution scientifique

- Descartes : modèle mécaniste → douleur = signal transmis par des "fils" nerveux.
- Naissance de l'anatomie et de la physiologie : premières tentatives de localisation de la douleur.
- Début de l'anesthésie (XIXe siècle) : éther, chloroforme → révolution chirurgicale.

La douleur devient un phénomène physique, mesurable, et donc potentiellement contrôlable

NAISSANCE DE LA MÉDECINE DE LA DOULEUR (20E SIÈCLE).

- John Bonica (1940s) : anesthésiste, fonde la première clinique de la douleur.
- Melzack & Wall (1965) : théorie du "gate control" → douleur modulée par le système nerveux central.
- Développement des antalgiques : morphine, AINS, co-analgésiques.
- Reconnaissance institutionnelle : création de centres de la douleur, spécialités, recommandations.
- Plus de 100 ans pour opioïdes et paracetamol...et pas beaucoup plus depuis

La douleur devient une entité médicale à part entière, avec ses outils, ses spécialistes, ses protocoles.

XXIE SIÈCLE : VERS UNE APPROCHE TRANSDISCIPLINAIRE

18

- Douleur chronique : reconnue comme pathologie complexe, biopsychosociale.
- Douleur et neurosciences : imagerie cérébrale, plasticité, sensibilisation centrale.
- Douleur et société : droit à ne pas souffrir, enjeux éthiques, inégalités d'accès aux soins.
- Transdisciplinarité : intégration des savoirs médicaux, psychologiques, philosophiques, sociaux.
- Vouloir supprimer toute souffrance : lobby industriel qui s'y engouffre, ce qui conduit à la crise des opioïdes aux EU

La douleur est aujourd'hui au croisement de la science, de l'éthique et de l'humanité.

Époque	Événements clés	Représentation de la douleur
Antiquité	Hippocrate, médecine chinoise et ayurvédique	Déséquilibre des humeurs, énergie vitale
Moyen Âge	Douleur chrétienne, Ambroise Paré	Punition divine, rédemption
Renaissance	Début de la chirurgie moderne	Soulagement encore marginal
XVIIe - XVIIIe	Descartes, modèle mécaniste	Signal nerveux, début de la physiologie
XIXe siècle	Découverte de l'anesthésie (éther, chloroforme)	Contrôle chirurgical de la douleur
XXe siècle	Bonica, Melzack & Wall, morphine	Douleur comme entité médicale
XXIe siècle	Neurosciences, transdisciplinarité	Approche biopsychosociale, droit à ne pas souffrir

De l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens (Loi Kouchner) à, demain, un droit opposable ? Obligation de résultat ?



FIGURES MARQUANTES (BONICA, MELZACK & WALL, ETC.).

20

- L'histoire de la douleur n'est pas seulement une histoire de techniques ou de médicaments. C'est aussi celle de femmes et d'hommes qui ont changé notre manière de penser et de soigner la douleur.

FIGURES MARQUANTES (BONICA, MELZACK & WALL, ETC.).

21

John Bonica (1917–1994)

- Anesthésiste américain, ancien lutteur professionnel, Bonica est considéré comme le père de la médecine de la douleur moderne. Dans les années 1940, il est frappé par le manque de coordination entre les différents spécialistes autour des patients douloureux. Il crée la première clinique pluridisciplinaire de la douleur, où médecins, psychologues, kinésithérapeutes travaillent ensemble. Il publie en 1953 le premier traité de référence sur la douleur.

Bonica a posé les bases d'une approche globale, intégrée, humaine de la douleur.

FIGURES MARQUANTES (BONICA, MELZACK & WALL, ETC.).

22

Ronald Melzack & Patrick Wall (1965)

- Ces deux chercheurs révolutionnent notre compréhension de la douleur avec la théorie du “gate control” ou théorie du portillon. Ils montrent que la douleur n’est pas un simple signal transmis du corps au cerveau, mais qu’elle est modulée par des mécanismes nerveux et psychologiques.

Cette théorie ouvre la voie à des approches non médicamenteuses : hypnose, neurostimulation, thérapies cognitives. Elle montre que la douleur est une construction, influencée par l’attention, les émotions, le contexte.

FIGURES MARQUANTES (BONICA, MELZACK & WALL, ETC.).

23

Howard Fields, Clifford Woolf, et les neuroscientifiques contemporains

- Dans les années 1980-2000, les neurosciences apportent une nouvelle dimension : on découvre la plasticité du système nerveux, la sensibilisation centrale, les circuits de la douleur dans le cerveau.
- Clifford Woolf, par exemple, introduit la notion de “nociplasticité”, qui permet de comprendre des douleurs sans lésion apparente. Ces travaux ouvrent la voie à une médecine personnalisée de la douleur.

FIGURES MARQUANTES (BONICA, MELZACK & WALL, ETC.).

24

Professionnels de terrain et patients experts

- Enfin, il faut citer les soignants qui, au quotidien, font avancer la prise en charge : médecins, infirmiers, psychologues, mais aussi les patients eux-mêmes. Certains deviennent “patients experts”, participent à la recherche, à la formation, à la transformation des pratiques.
- La douleur est un champ vivant, porté par des figures scientifiques, mais aussi par des voix humaines.



DOULEUR

**MODALITÉS ET PROGRÈS DANS LA
PRISE EN CHARGE**

COMPRENDRE LA DOULEUR : 26

CLASSIFICATION ET MÉCANISMES

Sensori-discriminative

(ce que le patient ressent physiquement)

- Qualité
- Durée
- Intensité
- localisation

Comportementale

(ensemble des manifestations verbales et non verbales observables)

Cognitive

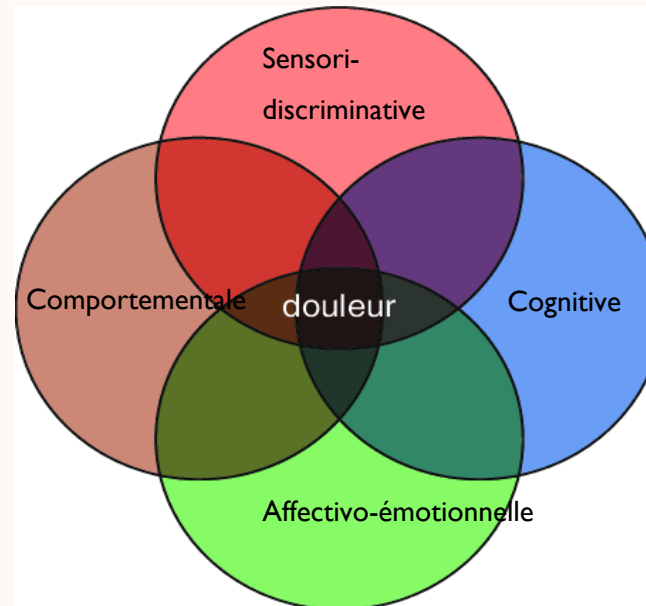
(processus qui influence la perception et les réactions comportementales)

- Attention
- Signification
- Interprétation
- anticipation

Affectivo-émotionnelle

(ce que le patient ressent psychiquement)

- Désagréable
- Pénible
- insupportable



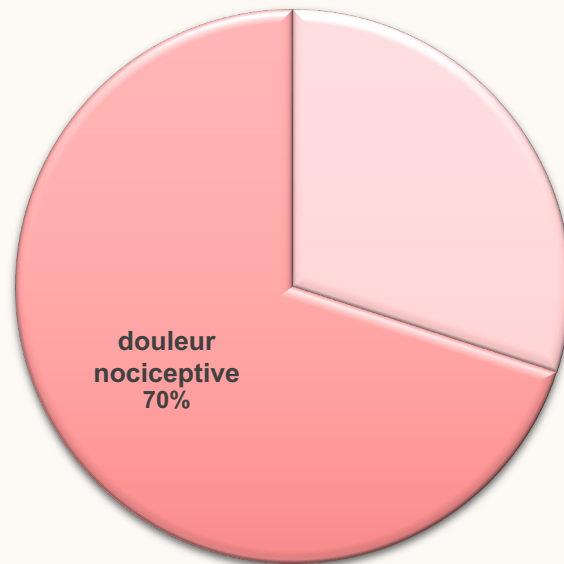
COMPRENDRE LA DOULEUR : 27

CLASSIFICATION ET MÉCANISMES

- Douleurs spécifiques :
 - Nociceptive : liée à une lésion tissulaire.
 - Neuropathique : liée à une lésion du système nerveux.
 - Mixte : fréquente en clinique.
 - Douleur nociplastique : sans lésion évidente, liée à une altération du traitement central (ex. : fibromyalgie).
- Douleur aiguë : signal d'alarme, utile, transitoire.
- Douleur chronique : pathologie en soi, >3 mois, souvent multifactorielle.

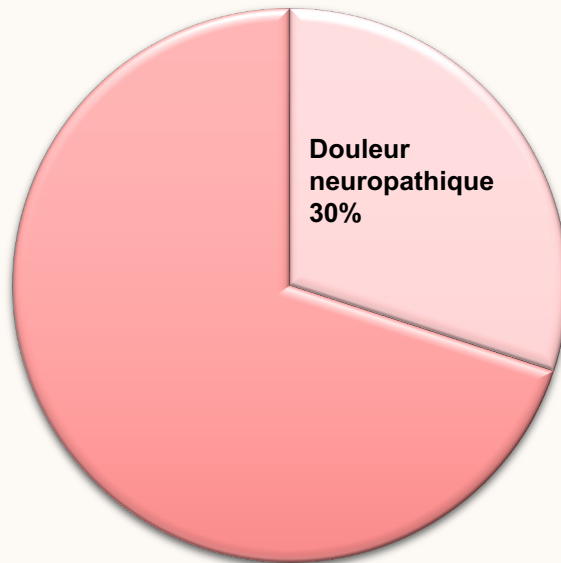
La compréhension fine du type de douleur guide la stratégie thérapeutique.

DOULEUR NOCICEPTIVE VS DOULEUR NEUROPATHIQUE



- Survient sur un système nerveux sain
- Correspond à la douleur dite « utile »
- Modèle inflammatoire
- Induit une réponse adaptative et comportementale
- Phénomène de sensibilisation et risque de chronicisation si retard de prise en charge
- Ex : douleur commune, douleur aiguë post op, gestes douloureux diagnostiques ou thérapeutiques
- **TTT** : AINS, antalgiques palier I,II,III

DOULEUR NOCICEPTIVE VS DOULEUR NEUROPATHIQUE



- Survient après une lésion du système nerveux central ou périphérique
- Douleur de tonalité différente : décharges électriques, fourmillements, dysesthésies...
- Mécanismes invoqués : instabilité membranaire
- Exemple : polynévrites, zona, lésions plexiques, traumatisé médullaires, lésions centrales
- **TTT** : Anti épileptiques, antidépresseurs, morphiniques, TENS....

DOULEUR NOCICEPTIVE VS DOULEUR NEUROPATHIQUE



- Mixtes :
 - excès de nociception ET
 - neuropathique
- Evolution tumorale locale et la sécrétion de molécules pro inflammatoires
- Envahissement des structures nerveuses
- Ex : Pancoast-Tobias
- Dimension psychologique, sociale, professionnelle.....

DOULEUR AIGUË VS CHRONIQUE.

- Quand on parle de douleur, il est essentiel de distinguer deux grandes catégories : la douleur aiguë et la douleur chronique. Cette distinction n'est pas seulement temporelle, elle est aussi physiopathologique, clinique, et même philosophique.

DOULEUR AIGUË VS CHRONIQUE.

Douleur aiguë : un signal d'alarme

- La douleur aiguë, c'est celle que tout le monde connaît : une entorse, une brûlure, une fracture. Elle est brève, proportionnée à la lésion, et elle a une fonction claire : alerter. Elle nous protège, nous pousse à nous immobiliser, à consulter. Elle est un signal utile.
- En général, elle disparaît quand la cause est traitée. Et elle répond bien aux traitements antalgiques classiques.

DOULEUR AIGUË VS CHRONIQUE.

Douleur chronique : une douleur qui s'installe

- La douleur chronique, elle, dure. Elle persiste au-delà de trois mois, parfois sans cause identifiable, ou alors elle continue alors que la lésion est guérie. Elle perd sa fonction d'alarme. Elle devient une maladie en soi.
- Elle s'accompagne souvent d'un cortège de troubles : fatigue, troubles du sommeil, anxiété, isolement. Elle modifie la vie, les relations, l'identité. Et elle ne répond pas toujours aux traitements classiques.

DOULEUR AIGUË VS CHRONIQUE.

Deux douleurs, deux logiques

- La douleur aiguë est souvent périphérique, liée à une lésion. La douleur chronique implique le système nerveux central : sensibilisation, plasticité, mémoire de la douleur.
- Elle nécessite une approche globale, pluridisciplinaire, qui prend en compte le corps, mais aussi le psychisme, le contexte, le récit.

DOULEUR AIGUË VS CHRONIQUE.

Pourquoi cette distinction est essentielle ?

- Parce qu'on ne soigne pas une douleur chronique comme une douleur aiguë. Parce que si on traite une douleur chronique uniquement avec des antalgiques, on risque l'échec, voire l'aggravation.
- Et parce que reconnaître cette différence, c'est aussi reconnaître la souffrance des patients qui vivent avec une douleur invisible, persistante, parfois incomprise.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR

36

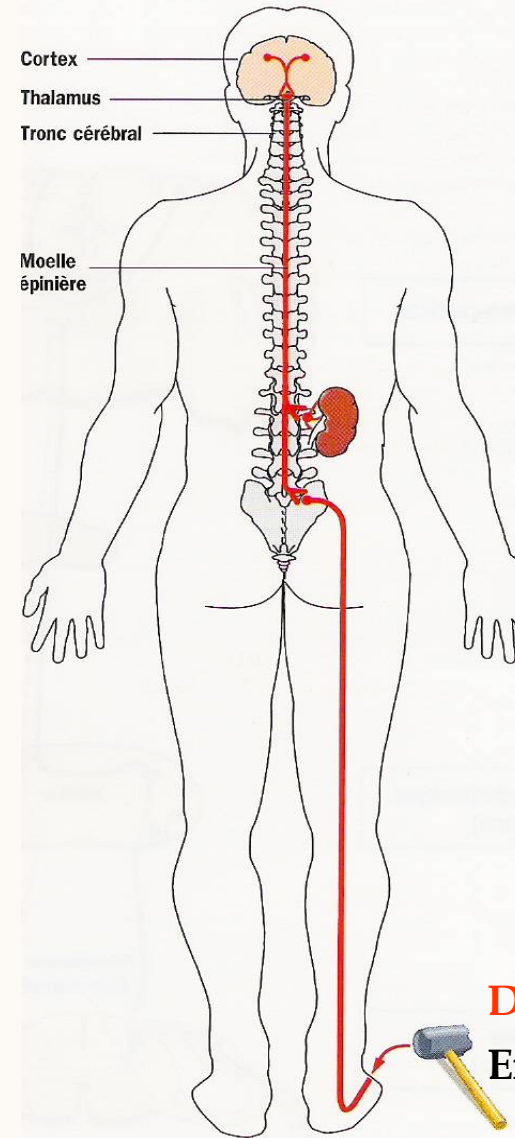
Intégration
Modulation



Relai
Modulation



Réception
Transmission



3^e neurone

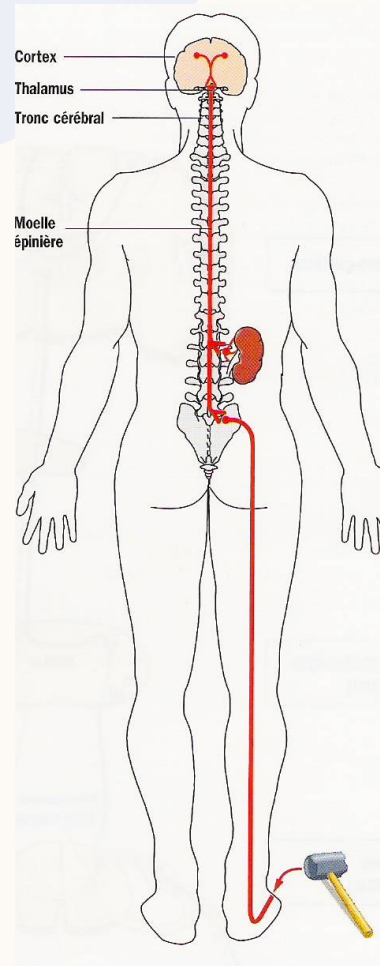
2^e neurone

Douleur viscérale
Ex: colique néphrétique

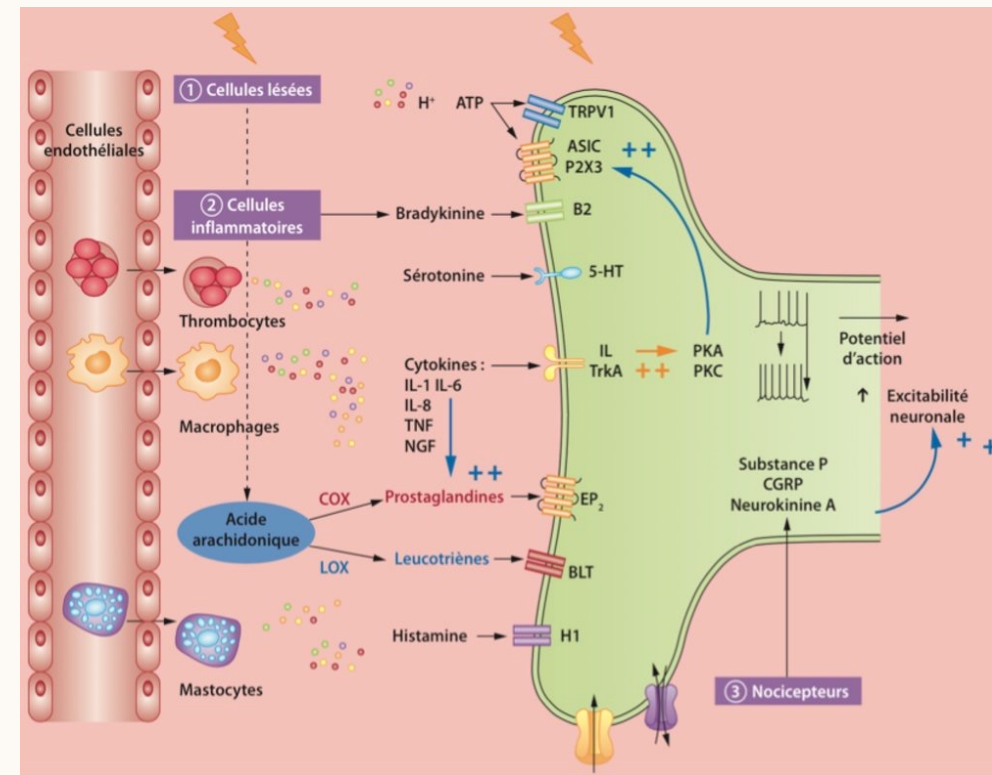
1^e neurone

Douleur périphérique
Ex: coup de marteau

LES RÉCEPTEURS

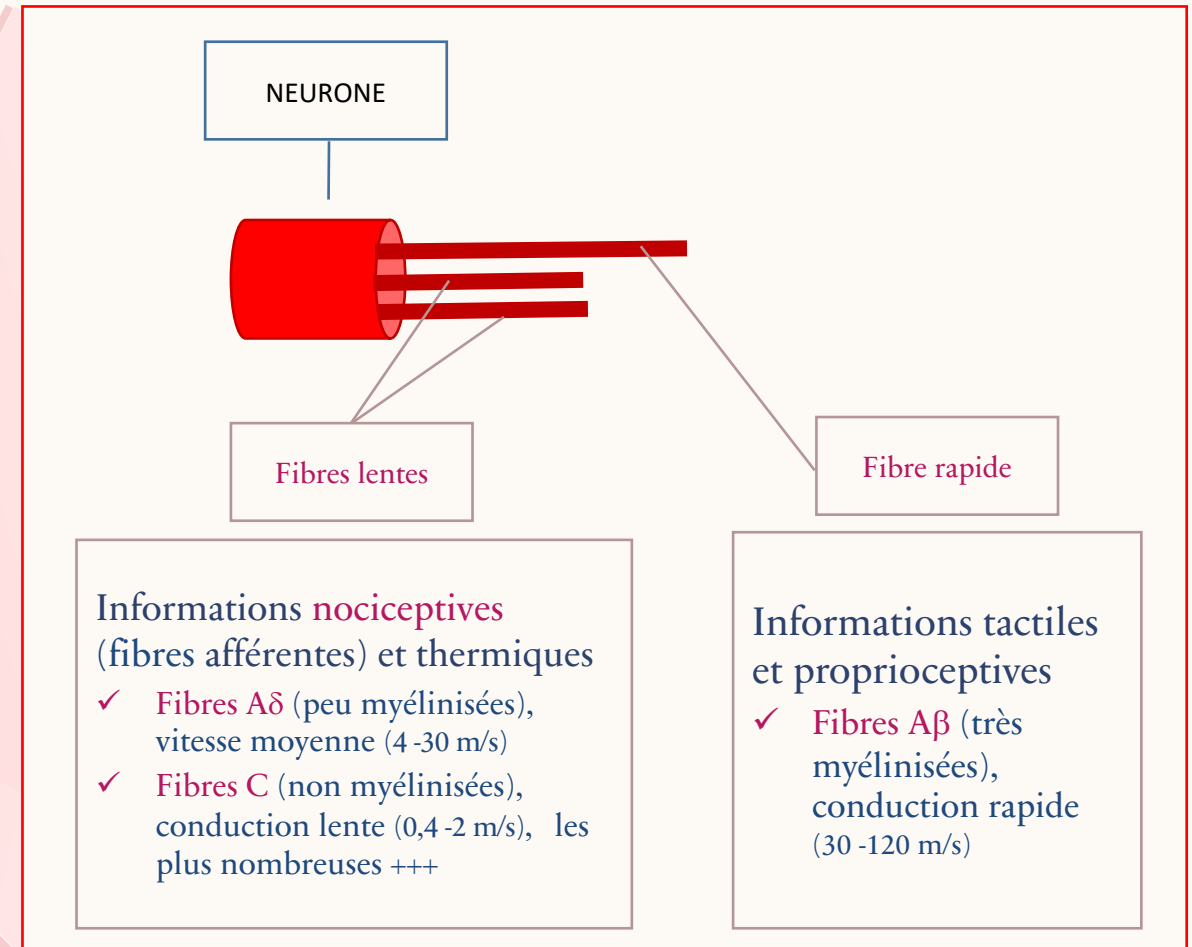
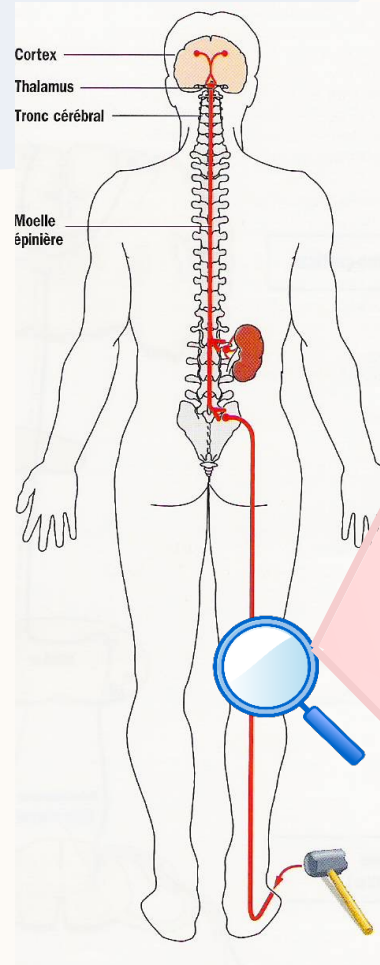


Ils détectent la douleur (nocicepteurs), le toucher (tactiles), le chaud/froid (thermique), la pression, le mouvement (proprioceptifs)

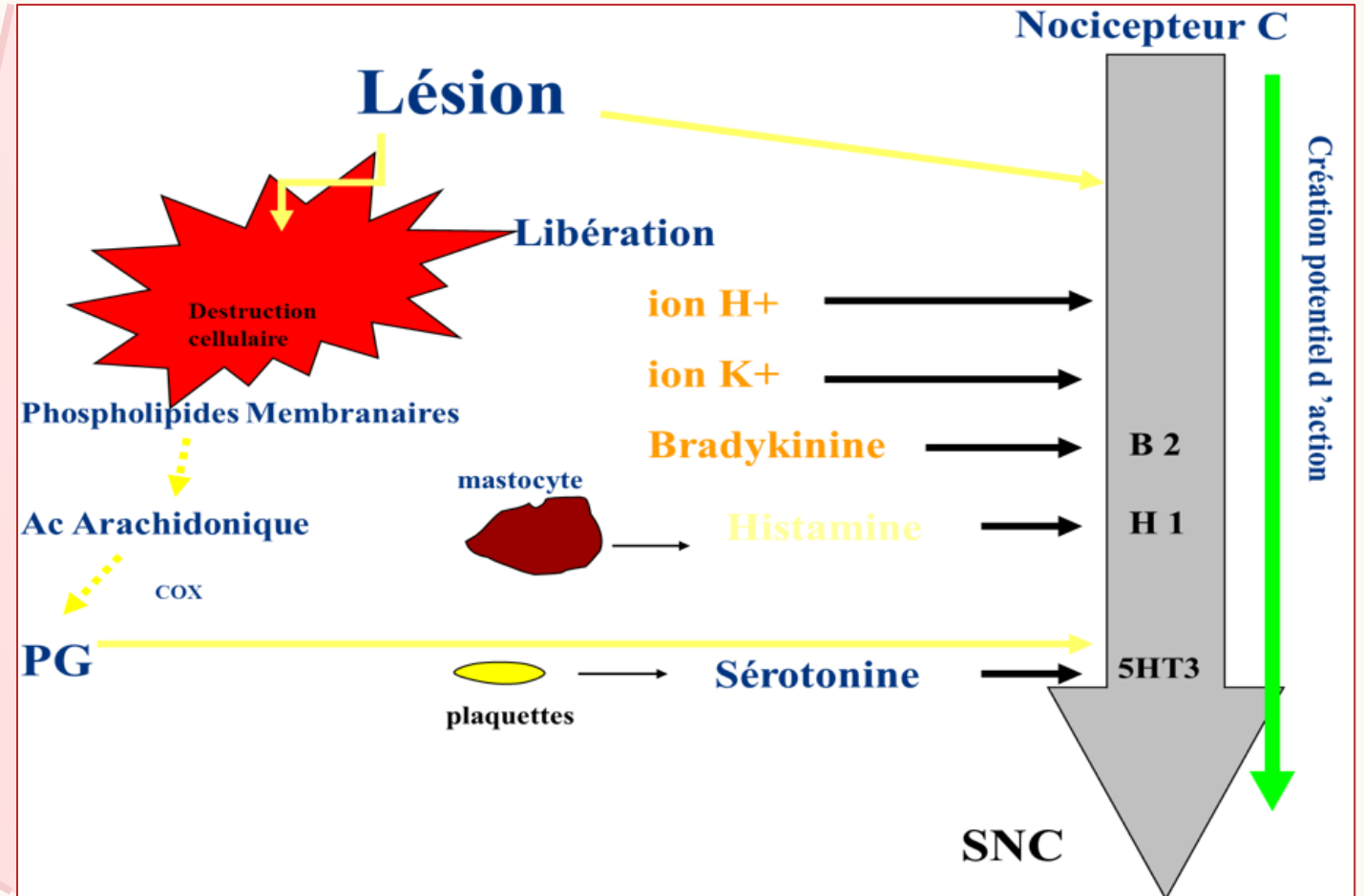
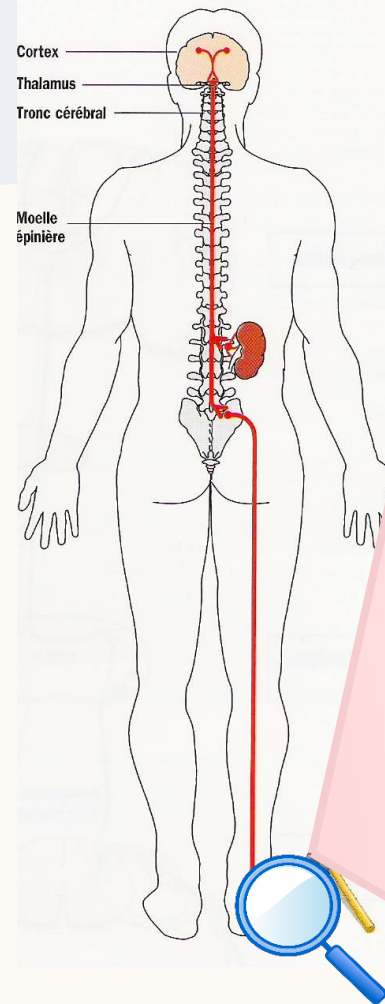


Ils se trouvent dans la peau +++, les os, les articulations, les muscles, les tendons, ... les viscères

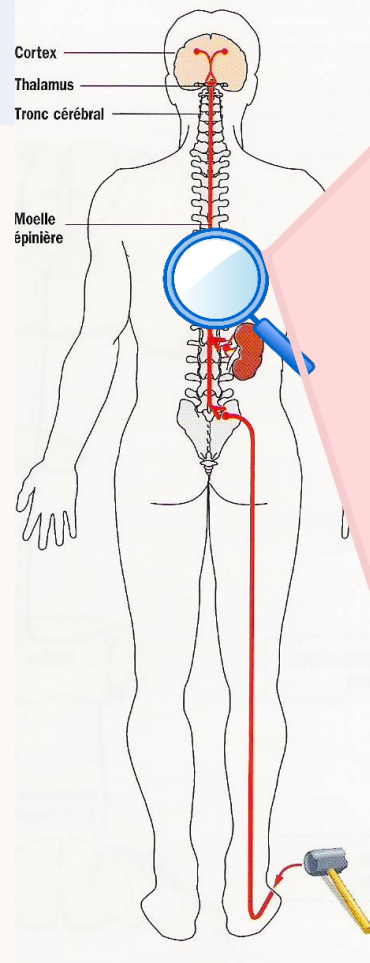
LES FIBRES NERVEUSES



LA SOUPE INFLAMMATOIRE

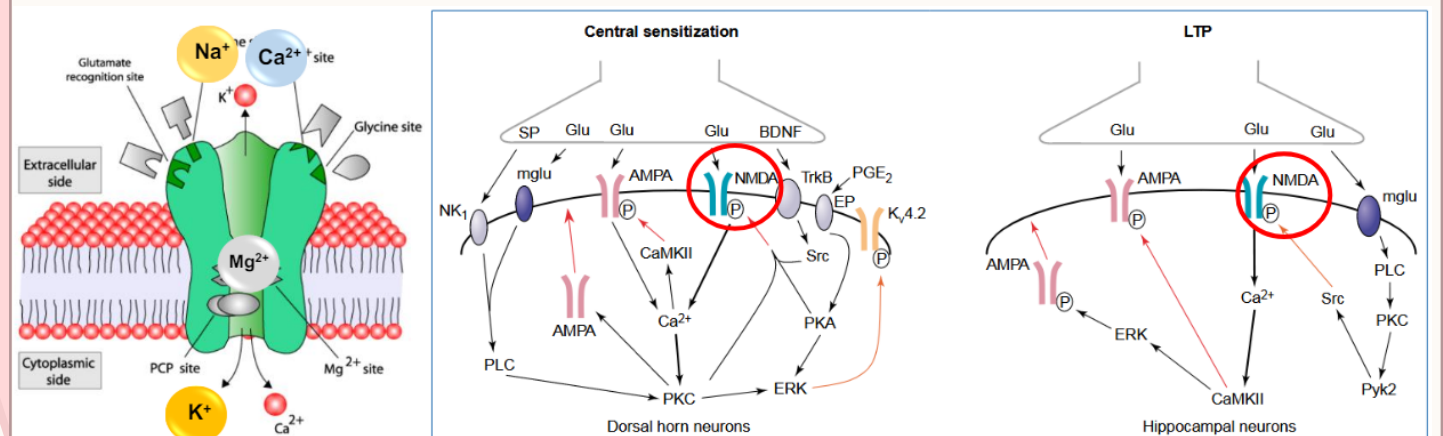


RÉCEPTEUR NMDA

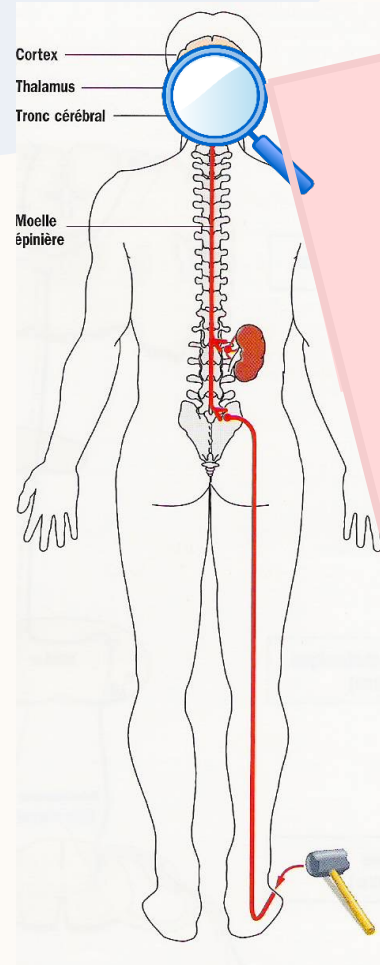


Impliqués dans la sensibilisation centrale de la douleur et dans l'apprentissage et la mémorisation

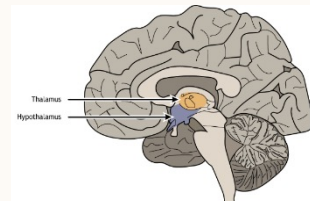
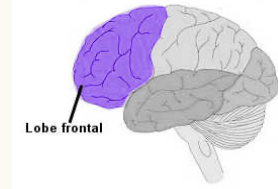
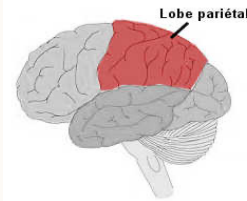
- ✓ Activés en cas de stimulus répétés
- ✓ Activés en cas d'administration prolongée d'opioïdes
- ✓ Hyperalgésie



INTÉGRATION CORTICALE



- Thalamus: « centre de tri », toutes les voies de la douleur y passent
- Puis répartition dans l'encéphale :



- Régions pariétales: reconnaissance de la topographie et du type de douleur
- Lobe frontal: siège de la réaction affective
- Hypothalamus: siège de la réaction végétative et divers réactions neuroendocriniennes
- Système limbique: siège de la mémorisation

APPROCHES PHARMACOLOGIQUES.

- Antalgiques classiques :
 - Palier I : paracétamol, AINS.
 - Palier II : codéine, tramadol.
 - Palier III : morphine, oxycodone, fentanyl.
- Co-analgésiques :
 - Antidépresseurs tricycliques, IRSN (douleurs neuropathiques).
 - Antiépileptiques (gabapentine, prégabaline).
- Autres :
 - Corticoïdes, anesthésiques locaux, capsaïcine, toxine botulique.

Le traitement pharmacologique est souvent nécessaire mais rarement suffisant.

APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES.

- Neurostimulation : TENS, stimulation médullaire.
- Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : restructuration des pensées, gestion du stress.
- Hypnose, relaxation, méditation pleine conscience.
- Kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture.
- Art-thérapie, musicothérapie : en soins de support.

Ces approches visent à restaurer le contrôle, réduire l'anxiété, améliorer la qualité de vie.

DOULEUR ET TRANSDISCIPLINARITÉ.

- Médecin : diagnostic, coordination, prescription.
- Psychologue : travail sur les représentations, les émotions, les traumatismes.
- Infirmier : suivi, écoute, soins techniques et relationnels.
- Kinésithérapeute : mobilisation, rééducation.
- Philosophe, artiste, patient expert : apport de sens, récit, symbolisation.

La douleur ne se traite pas seul : elle se prend en charge en équipe.

PROGRÈS RÉCENTS ET PERSPECTIVES.

- Neurosciences : imagerie fonctionnelle, connectivité cérébrale.
- Médecine personnalisée : génétique, phénotypage de la douleur.
- Intelligence artificielle : aide au diagnostic, prédiction de réponse aux traitements.
- Télémédecine et e-santé : suivi à distance, applications de gestion de la douleur.
- Reconnaissance sociale : droit à ne pas souffrir, loi anti-douleur, rôle des associations.

La douleur est un champ en constante évolution, à la croisée de la science, de l'éthique et de la société



DOULEUR

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

PARCOURS PERSONNEL

- Pourquoi avoir choisi la spécialité douleur ?
- Évolution de ma pratique : des débuts à aujourd'hui.
- Ce que cette spécialité m'a appris sur le corps, le soin, la relation.

La douleur m'a appris à écouter autrement. À ralentir. À douter.

CE QUE LA DOULEUR RÉVÈLE DU SOIN

- La douleur comme révélateur de la complexité humaine : elle touche le corps, mais aussi l'histoire, les émotions, les croyances.
- La nécessité de sortir du modèle biomédical pur : importance du récit, du sens, du lien.
- La douleur comme lieu de rencontre : entre disciplines, entre soignant et soigné.

On ne soigne pas une douleur, on accompagne une personne douloureuse.

RÉFLEXIONS SUR LES LIMITES DE LA MÉDECINE FACE À LA DOULEUR.

- Cas où les traitements échouent malgré les protocoles.
- Patients en errance diagnostique ou thérapeutique.
- Tensions entre guidelines et singularité des vécus.
- Fatigue compassionnelle, sentiment d'impuissance.
- Une chronicisation que l'on induit nous-même à force de reconvoquer les patients ?

Il m'est arrivé de me sentir inutile, face à une douleur que rien ne calmait.

RESSOURCES ET APPRENTISSAGES

- L'importance du collectif : équipes pluridisciplinaires, réunions RCP.
- Le rôle du temps : consultations longues, suivi régulier.
- La force du récit : laisser le patient raconter, reformuler, symboliser.
- L'humilité comme posture clinique : accepter de ne pas tout comprendre, de ne pas tout résoudre.

La douleur m'a appris à être médecin autrement : plus lent, plus attentif, plus humain.

IMPORTANCE DE L'ÉCOUTE, DU RÉCIT, DU TEMPS CLINIQUE.

51

L'écoute : première étape du soin

- Beaucoup de patients douloureux arrivent avec une histoire longue, parfois chaotique. Ils ont vu plusieurs spécialistes, passé des examens, essayé des traitements. Mais souvent, ils n'ont pas été vraiment écoutés. Pas dans la durée, pas dans la profondeur.
- Écouter, ce n'est pas seulement entendre les mots. C'est accueillir le vécu, les émotions, les silences. C'est laisser la place à ce qui ne se dit pas facilement. Et c'est déjà, en soi, un acte thérapeutique.
- Identifier aussi ce que ça nous fait vivre, à nous, mais qui appartient au patient. Impuissance, anxiété, colère, etc

IMPORTANCE DE L'ÉCOUTE, DU RÉCIT, DU TEMPS CLINIQUE.

52

Le récit : donner du sens à la douleur

- La douleur, surtout quand elle devient chronique, a besoin d'être racontée. Mise en mots. Mise en forme. Le récit permet au patient de reprendre la main sur ce qu'il vit. De passer du chaos à une certaine cohérence.
- Et pour nous, soignants, le récit est une clé. Il nous aide à comprendre ce qui échappe aux examens, ce qui se joue dans l'histoire du corps, dans l'histoire de vie.

IMPORTANCE DE L'ÉCOUTE, DU RÉCIT, DU TEMPS CLINIQUE.

53

Le temps clinique : une ressource précieuse

- Dans un système de santé pressé, le temps est souvent compté. Mais en douleur, il est indispensable. Une consultation de 15 minutes ne suffit pas. Il faut du temps pour explorer, pour ajuster, pour créer une alliance.
- Le temps clinique, c'est aussi le temps du suivi. Revoir le patient, observer les évolutions, ajuster les traitements, soutenir dans les moments de découragement. C'est un temps qui soigne autant que les médicaments.



IMPORTANCE DE L'ÉCOUTE, DU RÉCIT, DU TEMPS CLINIQUE.

54

Écouter, laisser le patient raconter, prendre le temps... Ce sont des gestes simples, mais puissants. Ce sont eux qui font la différence entre une prise en charge technique et une véritable rencontre thérapeutique.

PLACE DU DOUTE, DE L'ÉTHIQUE, DE L'HUMILITÉ.

Travailler dans le champ de la douleur, c'est accepter de naviguer dans l'incertitude. Et c'est peut-être l'un des apprentissages les plus profonds de cette spécialité : le doute n'est pas un défaut, c'est une posture.

« La médecine de la douleur, c'est une médecine de l'impuissance »

PLACE DU DOUTE, DE L'ÉTHIQUE, DE L'HUMILITÉ.

Le doute : une boussole clinique

- Face à une douleur qui ne répond pas aux traitements, face à un patient dont les examens sont normaux mais qui souffre intensément, le doute s'installe. Est-ce que j'ai raté quelque chose ? Est-ce que je suis en train de médicaliser une souffrance existentielle ? Est-ce que je fais assez ? Trop ? Pas bien ?
- Ce doute, s'il est habité avec rigueur et bienveillance, devient une boussole. Il nous pousse à chercher, à écouter, à ne pas enfermer le patient dans une grille trop étroite.
- De quoi parle cette douleur ? Elle pose une bonne question, mais les réponses "tapent à côté". Faut-il forcément faire taire la plainte, si elle est le moyen le moins "couteux" que le patient a trouvé pour continuer à vivre
- Comment supporter de ne pas "tout soulager", mais d'être juste ceux vers qui le patient peut déposer sa plainte

PLACE DU DOUTE, DE L'ÉTHIQUE, DE L'HUMILITÉ.

L'éthique : au cœur de chaque décision

- La douleur confronte à des dilemmes éthiques constants : jusqu'où aller dans les traitements ? Comment respecter l'autonomie du patient tout en le protégeant ? Comment gérer les demandes de soulagement quand les ressources sont limitées ?
- L'éthique, ici, n'est pas une abstraction. Elle est dans le quotidien : dans le choix d'un mot, dans le temps qu'on accorde, dans la manière dont on regarde le patient.

PLACE DU DOUTE, DE L'ÉTHIQUE, DE L'HUMILITÉ.

L'humilité : une posture nécessaire

- La douleur nous rappelle que nous ne savons pas tout. Que parfois, malgré les examens, les protocoles, les réunions, la souffrance persiste. Et que notre rôle n'est pas toujours de guérir, mais d'accompagner.
- L'humilité, c'est accepter de ne pas avoir toutes les réponses. C'est reconnaître la part de mystère, de subjectivité, d'irréductible dans l'expérience douloureuse. Et c'est aussi ce qui rend le soin profondément humain.

PLACE DU DOUTE, DE L'ÉTHIQUE, DE L'HUMILITÉ.

Le doute, l'éthique, l'humilité : ce ne sont pas des faiblesses. Ce sont des forces silencieuses, qui nous permettent de rester justes, attentifs, et profondément engagés dans la relation de soin.



DOULEUR

CAS CLINIQUES ILLUSTRATIFS

CAS 1 : DOULEUR CANCÉREUSE COMPLEXE → APPROCHE TRANSDISCIPLINAIRE.

- Contexte : patiente avec métastases osseuses, douleurs mixtes, anxiété majeure.
- Prise en charge :
 - Morphine + corticoïdes + biphosphonates.
 - Hypnose en soins de support.
 - Coordination avec psycho-oncologue et équipe mobile de soins palliatifs.
- Enjeux :
 - Adapter les traitements à l'évolution rapide.
 - Soutenir la patiente dans sa trajectoire de fin de vie.
 - Travailler en équipe pour éviter les ruptures de prise en charge.

Illustration de la transdisciplinarité et de la nécessité d'une approche globale

CAS 2 : DOULEUR CHRONIQUE POST-TRAUMATIQUE → ENJEUX PSYCHIQUES ET SOCIAUX.

- Contexte : homme de 45 ans, accident de moto, douleurs neuropathiques persistantes, syndrome de stress post-traumatique.
- Prise en charge :
 - Prégabaline + TCC + EMDR.
 - Rééducation fonctionnelle.
 - Travail sur le récit de l'accident et la reconstruction identitaire.
- Enjeux :
 - Reconnaître la douleur comme mémoire du trauma.
 - Intégrer les dimensions psychiques sans les réduire à du "psy".
 - Accompagner la réinvention du quotidien.

Illustration du lien entre douleur, mémoire et identité.

CAS 3 : DOULEUR CHEZ L'ENFANT⁶³ OU PERSONNE ÂGÉE → SPÉCIFICITÉS.

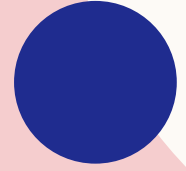
- Contexte : fille de 8 ans avec douleurs abdominales récurrentes sans cause organique.
- Prise en charge :
 - Approche pluridisciplinaire : pédiatre, pédopsychiatre, psychologue scolaire.
 - Hypothèse de somatisation liée à des tensions familiales.
 - Travail avec les parents et l'école.
- Enjeux :
 - Respecter la parole de l'enfant.
 - Ne pas médicaliser à outrance.
 - Travailler sur les environnements de vie.

Illustration de la douleur comme langage corporel et familial.



DOULEUR

CONCLUSIONS



SYNTHÈSE DES POINTS CLÉS.

La douleur est un phénomène complexe, à la fois biologique, psychologique et social.

Sa prise en charge nécessite des savoirs techniques, mais aussi relationnels et éthiques.

Le soin de la douleur est un acte profondément humain, qui engage le corps, la parole, le temps

LIMITES DE LA MÉDECINE

Malgré les progrès, certaines douleurs résistent.

La médecine peut soulager, mais pas toujours guérir.

La douleur peut devenir souffrance quand elle dépasse le corps, quand elle envahit le sens.

Il y a des douleurs que l'on peut mesurer, et d'autres que l'on ne peut qu'écouter.

La souffrance interroge le sens, le rapport au temps, à l'autre, à soi.

Elle ne se traite pas, elle se pense, se partage, se traverse.

C'est là que la philosophie peut nous aider à comprendre ce que la médecine ne peut nommer.

MERCI