



La douleur : clé de la conscience ?

Jacques Jaume



Une controverse intéressant les pays anglo-saxons implique au premier plan l'évaluation et le traitement de la douleur, il s'agit de la possibilité ou non de ressentir la douleur par le fœtus. Bien au-delà des questions techniques, éthiques, morales ou philosophiques, cette polémique sort l'évaluation et le traitement de la douleur de sa spécificité et

permet de poser la question du potentiel pour étudier la conscience et son mode de relation avec le monde.

Alors que la psychologie s'intéresse au fonctionnement normal de la psyché, la psychiatrie à ses dérèglements pathologiques et à leur traitement, l'évaluation et le traitement de la douleur avec l'aide des neurosciences peut ouvrir une réflexion très importante sur le substratum conscience et ses modalités d'échanges avec le monde notamment à travers la douleur, douleur aiguë ou chronique. Rappelons que la psychologie est « *l'étude scientifique des phénomènes de l'esprit, de la pensée, caractéristiques de certains êtres vivants (animaux supérieurs, hommes) chez qui existe une connaissance de leur propre existence* » [1].

La définition de la douleur donnée par l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* : « *Sensation et émotion désagréables associées à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou présentées en des termes décrivant de telles lésions.* » est devenue la référence, le canon. Le terme *expérience* renvoie à un vécu propre du douloureux donc à son vécu subjectif. L'expérience c'est « faire l'essai de ». Le sujet éprouve alors quelque chose qui « élargit », qui enrichit la connaissance intime, la cognition et son patrimoine de connaissances. L'expérience a un rôle de développement, d'émancipation.

Remarquons que dans cette définition, la notion temporelle qui permet de distinguer la nature aiguë ou chronique de la douleur n'est pas incluse. La douleur pour l'IASP est donc une expérience subjective que vit le sujet, ayant ou non un support biologique (dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en des termes d'un tel dommage). Cette définition implique également qu'il peut exister des supports biologiques non encore détectés ni identifiés, ce qui inclut une

dynamique, un potentiel de découvertes. Le support de ce vécu subjectif est la conscience. Douleur et conscience sont donc extrêmement liées. La profondeur d'un coma - état pathologique caractérisé par une perte de conscience - n'est-elle pas explorée par la sensation douloureuse ?

Cette polémique (du ressenti ou non de la douleur par le fœtus) est apparue à propos des IVG et de la perception possible de douleur par le fœtus. Aux États-Unis, l'administration voudrait proposer une loi sur l'avortement, concernant les fœtus de plus de vingt-deux semaines de gestation, qui obligerait l'antalgie de ces fœtus par délivrance d'antalgiques lors des IVG et placerait ainsi au premier plan l'information des mères sur le fait que leur fœtus puisse ressentir la douleur.

Stuart Derbyshire de l'école de Psychologie de Birmingham (*School of Psychology, Edgbaston, Birmingham*) essaie d'aborder le problème sur le plan neurophysiologique dans le *British Medical Journal* du 15 avril 2006, 909-912 [2]¹. Il expose que chez le fœtus, jusqu'à la 22^e semaine les développements neurobiologiques sont importants. Il avance que la vie terrestre et la matérialisation de la subjectivité s'appuyant sur la conscience sont nécessaires pour vivre l'expérience douleur. Pour lui, la conscience se développe sur l'activité

terrestre motrice, émotionnelle et la stimulation du relationnel pour le nourrisson. Il nous dit : « *Sans la conscience, il peut y avoir nociception, mais il ne peut y avoir douleur* ». La nociception - de *nocere*, nuire - est une perception qui « nuit » à l'organisme. Ce terme médical induit une connotation d'alerte. La douleur - terme du XI^e siècle (*dolor*), du latin *dolor* - induit une idée de peine, de tourment, d'affliction, c'est-à-dire une analyse affective de la simple sensation qui dépasse la perception.

On a préconisé d'administrer chez les femmes qui devaient subir une IVG du Fentanyl ou des benzodiazépines. Remarquons que le Fentanyl est un morphinique entraînant un effet antalgique pur et un effet anxiolytique et que les benzodiazépines sont anxiolytiques et co-antalgiques. Stuart Derbyshire pense que ces thérapies peuvent être inadaptées :

¹ Ses propos sont repris et traduits dans *Le quotidien du médecin* (n° 7942 - 18.04.2006) par le Docteur Béatrice Vuaille : *Une analyse autour de la douleur du fœtus.*

La douleur – terme du XI^e siècle (*dolor*), du latin *dolor* – induit une idée de peine, de tourment, d'affliction, c'est-à-dire une analyse affective de la simple sensation qui dépasse la perception.

« *L'expérience subjective de la douleur ne peut être inférée du développement anatomique, car ces développements ne concernent pas les contenus de subjectivité et la participation de la conscience au phénomène de la douleur* ».

Il place donc la douleur au-delà de l'anatomique et du physiologique, il sépare nettement le subjectif et la conscience en dehors du champ biologique. En tant que psychologue, il distingue neurobiologie et conscience rendant le « fluide conscience » immatériel, c'est-à-dire qu'il pose comme postulat que la conscience n'est pas un processus consécutif à un fait biologique. Ce qui nous permet de dire qu'il pense que l'essence, ce qui constitue la nature de la conscience, n'est pas biologique, ne vient pas du biologique. Il dissocie donc, et cela intéresse au premier plan l'évaluation et le traitement de la douleur, nociception et douleur. Il fait de la nociception un phénomène neurobiologique et de la douleur un phénomène de conscience, il trouve cette différence dans l'être ou le non-être de la conscience, c'est-à-dire dans l'existence ou la non-existence de la conscience. Cette existence n'étant pas biologique, se pose la problématique cruciale de son « support ». Pour la philosophie phénoménologique ce support est la révélation de la conscience à elle-même : le vécu [3].

Mais que penser de ce que nous apportent, au sujet des fœtus, les nouvelles technologies, les nouveaux gestes techniques pendant la gestation ?

Les terminaisons nerveuses nécessaires à la transmission de la nociception sont présentes autour de la bouche à la 7^e semaine de gestation [4]. À 20 semaines, elles recouvrent la surface cutanéomuqueuse. Entre la 12^e et la 16^e semaine, on retrouve des vésicules de substance P au niveau de la moelle épinière [5]. Lors des ponctions intra-utérines, on a observé des mouvements de retrait du fœtus. Cette « adaptation » est-elle purement réflexe ?

Dans un article *L'analgésie est-elle nécessaire lors des gestes invasifs sur le fœtus*, V. Lemaire nous dit : « *Cortisol et bêta-endorphines augmentent dans le plasma du fœtus après des procédures invasives [...] Cette augmentation n'était pas dépendante de l'âge du fœtus et était constatée chez les plus jeunes (23 semaines)* » [6].

Suite à cet article et à la question : Le fœtus est-il capable de ressentir la douleur d'une ponction transcutanée ? Le Docteur J. Hamza et le Professeur F. Bary (Département de chirurgie pédiatrique, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris) répondent : « *En résumé, sur un plan anatomique et physiologique, le fœtus possède toutes les structures nécessaires à la perception d'un stimulus nociceptif : récepteurs, voies de conduction du message, structures corticales pour l'intégration* » [6].

Si cette adaptation était réflexe, elle serait stéréotypée. Les techniciens vivent ce retrait, comme une adaptation complète.

Ils en parlent comme une adaptation à la manière d'une fuite. Ils réalisent lors de gestes invasifs intra-utérins parfois répétés des curarisations du fœtus par voie intramusculaire ou intraveineuse à partir de la veine ombilicale afin de produire une immobilité du fœtus pour garantir le succès du geste [7]. Le retrait du fœtus serait dû d'après Hamza et Bary à la douleur ressentie par le fœtus. Ils citent une étude de X. Giannakouloupoulos qui montre que les ponctions du cordon ombilical dépourvu de récepteurs à la douleur ne procurent pas d'élévation des « hormones de stress » alors que les ponctions intra-hépatiques par voie transabdominale sont elles associées à une élévation de telles hormones. Enfin, ils précisent : « *Chez le fœtus, le développement de la chirurgie fœtale a conduit notre équipe à proposer une analgésie par de fortes doses de Fentanyl (10 µg/kg) par voie veineuse ombilicale dès avant l'extraction fœtale* ».

La différence que fait Stuart Derbyshire entre nociception et douleur se situe donc après la naissance, quand le « structural » sensoriel et relationnel crée la conscience. Que dire alors des constatations faites récemment sur les douleurs fœtales et l'adaptation des fœtus à celles-ci ? La prise en charge de la douleur ne peut admettre que difficilement cette dichotomie nociception - conscience. La définition de l'IASP le rappelle et interprète nociception et conscience comme étant fusionnées. Le terme *émotion* utilisé le montre, en effet une émotion est un « *état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques* » [1].

Les réanimateurs en sont pleinement conscients, si j'ose dire, quand ils anesthésient les comateux afin de réaliser certains gestes et provoquer des coupures de conscience où la nociception ne peut plus exister. Certaines équipes vont même au-delà et provoquent un débat, que j'avais entrepris, il y a un certain temps, avec des théologiens, sur la douleur et le cadavre.

Les anciens étaient certains que le cadavre pouvait ressentir et vivre une vie de perception. L'ethnologie et l'archéologie nous montrent que chez de nombreux peuples a régné et règne encore la croyance selon laquelle les morts continuent à vivre dans leur tombe. L'uniformité des usages funéraires avec leur mobilier le prouve. Citons Franz Cumont : « *Les égards témoignés au mort qu'on inbume prouvent à l'évidence qu'on ne croyait pas que toute sensibilité fût éteinte en lui* » [8].

Lors de prélèvements d'organes, certaines équipes analgésient le cadavre, pensant que des phénomènes douloureux peuvent encore persister alors que toute notion de fonctionnement biologique donc de nociception est abolie, coupant la relation avec la conscience. Basil Matta et Peter Young préconisent une telle analgésie dans la revue britannique *Anaesthesia* : « *La mort n'est pas un événement mais un processus et l'état limité de nos connaissances sur ce sujet*

devrait imposer la prudence avant d'affirmer que l'anesthésie n'est pas requise. Il est indispensable que la confiance du public dans le programme de transplantation soit préservée » [9].

La conscience que nous rapporte la vision de Stuart Derbyshire n'existerait plus après la mort. Chaque médecin sait qu'il n'existe pas un instant « t » de la mort mais seulement un instant « t » d'impossibilité de retour à la vie [10]. La réanimation a basé toute sa gloire sur ce court instant, entre le début de la fin des fonctions vitales et leur irréversibilité. Les anesthésistes qui analgésient des cadavres en vue de prélèvements d'organes post mortem ne préfigurent-ils pas une possible continuité de la conscience après la mort ? C'est ce que pensent certains médecins de soins palliatifs qui prônent une retenue dans les paroles en présence d'une mort récente. Ils s'appuient sur des expériences de réanimation, concernant des comas, dans lesquelles les anesthésistes se sont aperçus que des perceptions pouvaient exister malgré la situation neurologique de non-conscience, créant par la suite de véritables problèmes éthiques et juridiques. Des patients non conscients se rappellent des événements et des discours très précis, ce qui peut les plonger dans un certain malaise [11].

La perception de la douleur et son existence, avant la naissance et après le trépas, nous questionne directement sur le substratum, l'essence même de notre conscience, de la conscience et de son existence immatérielle possible.

Stuart Derbyshire le suggère fortement dans ses réflexions mais en tant que scientifique, il ne peut le concevoir ni l'éliminer, se rattachant à la neurophysiologie. Pourtant, nous l'avons vu, tout peut laisser à penser que la conscience a des disponibilités de préexistence avant la naissance et de post-existence à la vie biologique, après la mort. La conscience serait alors indépendante du biologique bien qu'influencée par lui. L'évolution des conceptions de la science, de la technologie, de la pharmacologie, des spécialités médicales qui ne cessent de progresser comme l'anesthésie et la réanimation, nous pose de façon cruciale la question fondamentale qui taraude l'humain, depuis qu'il y a des hommes, sur la matérialité ou non de la conscience, de son support, de son mode d'existence et de son éventuelle existence non matérielle donc non temporelle.

Le drame humain de la souffrance et son incompréhension n'en sont pas une des clés ?

La prise en charge de la douleur qui aborde de plus en plus la prise en charge des souffrances pourrait-elle individualiser une nouvelle discipline qui s'intéresserait à l'incompréhension de la souffrance par la conscience ?

*Tout peut laisser à penser
que la conscience
a des disponibilités
de préexistence
avant la naissance
et de post-existence à la vie
biologique, après la mort.*

Le postulat en serait que le point de départ de la souffrance aurait un support somatique ou psychologique et serait difficilement compréhensible par une conscience dont l'essence n'est pas matière. Par l'incompréhension de la souffrance humaine, la conscience s'explorerait et se structurerait pouvant ressentir la souffrance et devant la surpasser pour continuer à exister (ce qui est le but de la conscience), notamment

lors de mutations et de transformations indispensables à son évolution. On pourrait penser que la souffrance devient le reflet du changement dans l'évolution de la conscience jusqu'à l'épreuve ultime de la mort où la conscience pourrait se révéler pleinement à elle-même.

On peut espérer que ce travail - dans le respect d'une parfaite éthique - se réalise non pas pour abolir la souffrance et donc la douleur mais pour la rendre plus acceptable et la faire admettre différemment, ce qui ouvrirait des voies de prise en charge thérapeutique et d'accompagnement nouvelles et fort intéressantes.

■

Note : Les propos de cet article n'engagent pas la rédaction mais n'engagent que l'auteur. ■

RÉFÉRENCES

1. Dictionnaire Le Petit Robert 2004.
2. Derbyshire S. Brit Med J 2006;909-12.
3. Jaume J. L'algologie - La médecine qui soigne la douleur. Ed. Dervy 2003 et *Trattato pratico di algologia - Un approccio completo e aggiornato alle terapie contro il dolore*. Ed. Red, Milan 2006.
4. Humphrey T. Some correlations between the appearance of human fetal reflexes and the development of the nervous system. Prog Brain Res 1964;4:93-135.
5. Dalens B. La douleur aiguë de l'enfant et son traitement. Ann Fr Anest Reanim 1991;10:38-61.
6. Le Concours Médical 14.01.1995 - 117-02.
7. Lévêque C, Toubas F, Lepaul M, Poissonnier MH, Brossard Y, Saint-Maurice C. Curarisation foetale au cours des exsanguino-transfusions réalisées *in utero* pour le traitement transfusionnel des iso-immunisations rhésus graves. Cah Anesthesiol 1989;37:479-82.
8. Cumont F. *Lux perpetua*. Librairie orientaliste Paul Geuthner 1949 (p. 15).
9. Anesthésier les morts - La tribune médicale suisse. Le quotidien du médecin (n° 6763 21.09.2000).
10. Jaume J. Vivre l'après. Ed. Dervy 2007.
11. Viviani X, Antonini F. Mémoire de la peropératoire - XXVIII^e Journées Méditerranéennes d'Anesthésie Réanimation Urgences (Montpellier-Nîmes 2002).

Résumé

Une polémique est née dans les pays anglo-saxons au sujet de l'analgésie des fœtus lors des IVG. L'hypothèse d'une perception de la douleur par les fœtus pourrait faire penser qu'ils sont conscients. Ce questionnement rejoint la pratique de l'anesthésie des cadavres lors de prélèvements d'organes induisant que la douleur pourrait perdurer après la mort donc une conscience post mortem possible. La prise en charge de la douleur par sa spécificité ne pourrait-elle

pas individualiser une discipline en s'appuyant sur ces constatations pour étudier l'essence de la conscience qui serait non matérielle ? Des perspectives thérapeutiques et d'accompagnement pourraient en découler.

Mots-clés : douleur, souffrance, conscience.

Summary: Pain, the key to consciousness?

There has been a large debate concerning fetal analgesia during medical abortions. The hypothesis that the fetus could perceive pain is equivalent to consciousness. The question is similar to that concerning anesthesia for cadavers during organ harvesting procedures, implying that pain could persist after death, and thus that consciousness could exist post mortem. This leads to the concept of dedicated management of pain individualizing a specific discipline where such observations could be used to study the essence of non-material consciousness. Such an approach might lead to interesting therapeutic and accompanying perspectives.

Key-words: pain, suffering, consciousness.

Publier dans Douleurs

*Vous pouvez soumettre vos articles
à :*

Revue Douleurs



*Docteur Alain Serrie
Département de Médecine
de la Douleur, Médecine palliative
et Urgences céphalées
Hôpital Lariboisière
2, rue Ambroise Paré
75475 Cedex 10.*

Correspondance : Jacques JAUME,
4 bis, rue Molière,
30900 Nîmes.
e-mail : jaume.jacques@wanadoo.fr