

# L'histoire longue de la douleur

*par Raphaële Andrault & Ariane Bayle*

---

**Était-on, avant le XIXe siècle, moins attentifs à la douleur qu'aujourd'hui ? Rien ne permet de le penser. Les écrits médicaux du XVIe au XVIIIe siècle montrent qu'on n'y était pas indifférent et qu'on cherchait, le plus possible, à la soulager.**

---

Le projet Archéologie de la douleur, réalisé à Lyon entre 2017 et 2021, portait sur les représentations de la douleur physique à l'époque moderne. Il a rassemblé des chercheurs de plusieurs disciplines (histoire, philosophie, littérature, langues anciennes)<sup>1</sup>, qui ont étudié un corpus de textes écrits ou publiés entre 1500 et 1750 environ : des ouvrages imprimés, médicaux et philosophiques, mais aussi des correspondances et des mémoires traitant de douleurs physiques, pas nécessairement graves. L'enjeu était de se placer en amont de la période souvent considérée comme le moment d'émergence d'un intérêt spécifique pour la douleur, soit la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, afin d'examiner le bien-fondé de ce découpage historique.

Les résultats de cette recherche ont notamment été présentés dans l'exposition *Le médecin face à la douleur, 16<sup>e</sup> -18<sup>e</sup> siècles*, montée à Lyon en 2019-2020, puis dans le webdocumentaire du même titre, qui comprend une exposition virtuelle en douze chapitres détaillant les étapes de la prise en charge de la douleur aux XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles (identifier la douleur, la décrire, la nommer, y réagir, la soigner, etc.). Des textes anciens sont disponibles à la lecture et mis en voix par des comédiens. Enfin, dans l'onglet regards contemporains, des entretiens vidéo avec des neurologues abordent

---

<sup>1</sup> Elisa Andretta, Dominique Brancher, Nicolas Lechopier, Isabelle Moreau, Pascal Luccioni et Michèle Rosellini.

des thématiques telles que l'effet placebo, la sous-estimation de la douleur des autres ou encore la chirurgie de la douleur.

L'une des ambitions du projet était d'inverser la perspective habituelle consistant à étudier les discours passés à partir des coordonnées d'interprétation actuelles – ce qui revient, en général, à se demander ce qui manquait au passé pour rejoindre le présent. Les entretiens vidéo, notamment, interrogent la compréhension actuelle de la douleur à partir des cadres d'analyse qui prévalaient au début de l'époque moderne : les trois spécialistes de la douleur (Nicolas Danziger, Luis Garcia Larrea et Patrick Mertens) relèvent face à des formulations et images anciennes certaines préoccupations (l'expression de la compassion et ses fonctions, l'ambiguïté des signes de la douleur, le rapport entre intensité de la douleur et gravité d'une maladie...) qui restent aujourd'hui encore des objets d'investigation pour les scientifiques.

## Introduction

« Sans doute, de tout temps, les hommes ont souffert et beaucoup souffert. De tout temps, ils ont cherché à se protéger contre la douleur. Mais, jusqu'à une époque proche de nous, ils y réussissaient mal. Ils n'insistaient pas, souffraient en silence, et, plus aguerris, ils percevaient moins [...]. Dans l'ordre de la douleur, cela veut dire que nous devons souffrir plus facilement [...]. Nous cherchons bien plus que nos ancêtres à éviter la plus minime douleur.<sup>2</sup> »

Le chirurgien lyonnais René Leriche, qui écrit ces lignes en 1937, poursuit en évoquant le XVII<sup>e</sup> siècle, époque souvent associée à l'idée de souffrances intolérables provoquées par des blessures non ou mal soignées :

« Quel est donc l'homme d'État d'aujourd'hui qui pourrait mener la vie de Richelieu, en ayant les douleurs sans cesse renaissantes de ses abcès fistuleux ? [...] Sans doute que l'attention portée à la douleur était alors moins grande.<sup>3</sup> »

Leriche convoque une hypothèse largement répandue aujourd'hui : avant l'essor de l'anesthésie et des antalgiques, à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les hommes et les femmes auraient été globalement moins attentifs et donc moins sensibles à leur douleur, tout simplement parce qu'ils auraient eu à la subir davantage. Cette hypothèse a presque systématiquement pour corrélat une seconde idée : les médecins de cette époque ancienne, quant à eux, se seraient peu efforcés de minimiser la douleur de leurs patients. De telles hypothèses ont parfois été renforcées par des études historiques identifiant la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> et le début du XIX<sup>e</sup> siècles au moment d'émergence d'un intérêt spécifique pour le corps propre et d'une philosophie attentive à la sensibilité<sup>4</sup>.

Mais sur quels fondements affirmer que les hommes et femmes de ce passé lointain, précédant la Révolution française, étaient moins sensibles à la douleur, qu'ils la toléraient davantage ou cherchaient moins à l'éviter ? Et du côté des médecins et philosophes d'Ancien Régime, peut-on vraiment affirmer que le sentiment de douleur n'occupait aucune place substantielle dans leur anthropologie ?

---

<sup>2</sup> *La chirurgie de la douleur*, Paris, Masson et Cie, 3<sup>e</sup> éd., 1949, p. 51-52.

<sup>3</sup> *Id.*

<sup>4</sup> Alain Corbin, « Douleur, souffrance et misère du corps », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire du corps. II. De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Seuil, 2005, p. 215-273, ici p. 273.

## La sensibilité à la douleur sous l’Ancien régime : problèmes et outils

Contre toute attente, la douleur est une question en réalité très présente dans les écrits médicaux des XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles. Les médecins la mentionnent systématiquement à l’occasion de développements sur telle blessure ou telle maladie, considérée comme particulièrement douloureuse (la syphilis, la goutte, les douleurs de têtes, etc.), ou dans les chapitres sur ce qu’ils appellent des anodins (du grec *an-odunê*, « qui supprime la douleur »), c’est-à-dire des antalgiques, également préconisés dans l’Antiquité et au Moyen Âge. Au sens strict, les anodins désignent des remèdes considérés comme adoucissants (comme la mauve ou le sureau), appliqués localement ou par voie interne. S’y ajoutent d’autres moyens thérapeutiques, comme les gestes techniques destinés à endormir la douleur (application de froid, compression des nerfs), et surtout les « narcotiques », par exemple l’opium ou la jusquiame, administrés de façon relativement courante. Les narcotiques n’étaient donc ni interdits ni déconseillés. Cependant, leur dosage était délicat ; ce qui conduisait les médecins à débattre des limites de leur utilisation – on dirait aujourd’hui que le débat portait avant tout sur la balance bénéfice/risque.

Quand on ouvre les livres publiés par des médecins entre 1500 et 1750 environ, on constate qu’ils parlent de la douleur de leurs malades et ne semblent pas la minimiser, y compris lorsqu’il s’agit d’enfants, voire de bébés. Il n’est pas rare qu’ils qualifient leurs douleurs de cruelles, insupportables ou inexprimables. Un des facteurs expliquant cette attention à la douleur est l’idée qu’une douleur forte ou prolongée peut affaiblir les forces des malades, et même finir par causer leur mort. D’où la nécessité de prévenir ou d’atténuer les douleurs les plus intenses, y compris lorsque cela implique de suspendre les gestes thérapeutiques en cours.

Les patients étaient-ils donc aussi sensibles à la douleur que nous le sommes aujourd’hui ? Il est difficile, sinon impossible, de répondre à cette question : la lecture des textes anciens et ce qu’ils nous apprennent sur la douleur ne permettent pas de comparer les seuils de sensibilité. À cela s’ajoute un problème de corpus : notre enquête sur les représentations anciennes de la douleur a porté essentiellement sur des imprimés publiés aux XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> et début du XVIII<sup>e</sup> siècles, qu’il s’agisse de textes médicaux et philosophiques ou d’écrits du for privé. Or le fait que le matériau d’enquête soit constitué d’imprimés, rédigés par des lettrés, empêche les généralisations hâtives à l’intérieur même de la période envisagée. Les perceptions et

les points de vue de ceux qui n'accèdent pas à la culture écrite sont en effet souvent minorés dans ce corpus, même s'ils ne sont pas tout à fait absents des textes médicaux, et il est certain que les cas cliniques les mieux documentés concernent majoritairement des patients socialement privilégiés. Il convient donc de garder à l'esprit la représentativité partielle des discours tenus sur la douleur dans notre corpus d'imprimés.

Cette limite admise, on peut examiner de près les réactions que la douleur suscite, le lexique qui sert à la qualifier, les débats auxquels elle donne lieu, en s'inscrivant dans la lignée des travaux de Roselyne Rey, Alexandre Wenger, Philippe Rieder ou Antoinette Gimaret, pour ne citer que quelques études francophones<sup>5</sup>. Or, de ce point de vue, rien ne permet d'affirmer qu'avant le tournant des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, l'attention à la douleur aurait été moindre : si on ne peut nier qu'un certain nombre de changements historiques – techniques, politiques, démographiques – ont progressivement modifié le rapport à la douleur au cours des trois derniers siècles, on ne peut pas pour autant conclure que les gens du passé supportaient mieux la douleur, ou que celle-ci ne constituait pas un réel objet de préoccupation pour les médecins. Dans l'enquête historique, il est nécessaire de découpler la question de l'efficacité des moyens thérapeutiques de celle de l'attention portée à la douleur.

Nous présenterons ici trois aspects de l'étude historique de la douleur qui ont été au cœur de nos travaux : promouvoir une histoire de la douleur qui ne soit ni linéaire ni téléologique ; construire un dialogue avec des spécialistes de la douleur aujourd'hui sans tomber dans le présentisme ; appréhender, dans le contexte contemporain, les effets d'un partage des tâches entre analyse philosophique de la souffrance et prise en charge médicale de la douleur physique.

## Déjouer l'anachronisme

Il n'est pas simple de se déprendre d'une conception téléologique de la lutte contre la douleur que seule la médecine moderne aurait su combattre à partir du développement de l'anesthésie et avec le perfectionnement des analgésiques. Nous sommes tous convaincus, avec raison, des progrès pharmacologiques réalisés ces deux derniers siècles. Mais le corrélat de cette vision des choses est généralement une

---

<sup>5</sup> Ces références sont indiquées en bas de la page : [medecin-et-douleur-16e18e.huma-num.fr/references](http://medecin-et-douleur-16e18e.huma-num.fr/references) (consultée le 7/06/2024).

méconnaissance de la réalité des discours sur la douleur et de son traitement dans les périodes anciennes. Si l'histoire de la médecine des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles tend à être intégrée dans les humanités médicales, promues aujourd'hui dans l'enseignement de la médecine et la formation continue des soignants, c'est moins le cas pour la médecine des périodes antérieures, notamment celle de l'Ancien Régime, qui paraît souvent pittoresque ou barbare. Comment rendre cette médecine ancienne instructive sans minimiser sa singularité ou en faire un simple repoussoir ?

Il nous paraît tout d'abord fécond de promouvoir une enquête archéologique, consistant à mettre au jour différents types de discours tenus sur une période relativement resserrée, de même qu'un archéologue délimite un terrain où il identifie une multiplicité de strates et d'arrangements indiquant, de manière plus ou moins lacunaire ou indirecte, les pratiques du passé. Si nous ne reprenons pas à notre compte la notion d'« archéologie » élaborée par Foucault, entendue comme exploration de l'archive, nous en partageons certains attendus : comme lui, nous ne l'identifions ni à la quête d'un commencement ni à une doxologie, et l'appliquons à des savoirs que nous ne limitons pas aux domaines relevant aujourd'hui de la « science »<sup>6</sup>. Mais nous distinguons surtout l'enquête archéologique des généalogies qui retracent l'évolution d'un objet et de sa compréhension scientifique de l'Antiquité à nos jours<sup>7</sup>. Ces généalogies sont utiles pour se repérer sur la longue durée ; elles imposent cependant parfois de réduire chaque époque à quelques textes, quelques auteurs ou quelques idées clés. Dans le champ de l'histoire de la médecine, il n'est pas rare que de telles histoires soient guidées par l'hypothèse d'un progrès linéaire menant inéluctablement vers l'état d'accomplissement de la médecine d'aujourd'hui. Cela produit souvent des visions historiques erronées – Michael Stolberg l'a bien montré au sujet de notre rapport aux soins palliatifs, dont l'évolution historique, de la Renaissance au XX<sup>e</sup> siècle, épouse en fait un mouvement oscillatoire<sup>8</sup>.

Pour ce qui concerne l'histoire de la douleur, avoir comme point de départ l'état actuel du savoir et chercher, à partir de là, à remonter le fil d'une histoire longue, conduit à restreindre l'enquête à la préhistoire de la neurologie, de la psychophysiologie et de l'anesthésie, soit les domaines où s'enracine aujourd'hui

---

<sup>6</sup> Voir Michel Foucault, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969, resp. p. 173, p. 182 et p. 237-239.

<sup>7</sup> On peut identifier cette dimension généalogique dans *l'Histoire de la douleur* de Roselyne Rey (Paris, La Découverte, 1993), mais le livre ne s'y réduit pas. Au-delà du travail des historiens, lorsque les ouvrages médicaux abordent l'histoire de la douleur, c'est en général sous cette forme généalogique sur la très longue durée. Voir par exemple Daniel M. Doleys, *Pain: Dynamics and Complexities*, Oxford, Oxford University Press, 2014, chap. 2.

<sup>8</sup> *A History of Palliative Care, 1500-1970*, Cham, Springer, 2017, p. 187.

l'algologie, cette science de la douleur développée pendant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Or ce n'est pas dans des traités généralistes sur ces savoirs que les discours sur la douleur sont les plus développés au début de l'époque moderne. C'est au contraire dans des ouvrages qui ne sont pas nécessairement centrés sur un domaine de la médecine, mais qui relèvent de ce que l'on appelle la médecine pratique (l'art de guérir). Ceux-ci comprennent notamment des traités de chirurgie, des ouvrages sur la *materia medica* (les substances thérapeutiques) ou des recueils d'observations de médecins rapportant les cas variés auxquels ils ont été confrontés. L'attention au contexte historique et à la typologie des publications médicales est donc nécessaire pour ne pas passer à côté de discours sur la douleur qui nous sembleraient aujourd'hui tout à fait étrangers au champ de la neurophysiologie.

Prenons un exemple. Au XVI<sup>e</sup> siècle, la multiplication des armes à feu sur les champs de bataille européens provoque des blessures « nouvelles », particulièrement complexes et graves. Les chirurgiens s'interrogent sur la nature des douleurs qu'elles induisent et qu'ils s'efforcent de limiter. Un traité du médecin Laurent Joubert sur les blessures par arquebusades (1570) – des armes à feu portatives –, explique, par exemple, dans un court chapitre, quelles sont les douleurs dans un membre amputé (appelées ultérieurement douleurs fantômes). En dépit de l'intérêt de ses hypothèses étiologiques, Laurent Joubert n'est généralement pas crédité dans l'histoire du membre fantôme – ni même de la douleur. Ce type d'oubli nous semble favorisé par deux facteurs : d'une part, ni le titre ni l'objet de son ouvrage ne sont aujourd'hui évocateurs d'une réflexion médicale sur la douleur ; d'autre part, Joubert examine le problème succinctement en adoptant tour à tour plusieurs hypothèses parmi lesquelles il ne tranche pas de manière ferme. C'est l'une des leçons de nos recherches : limiter l'enquête historique aux textes théoriques, thétiques, portant explicitement sur la nature de la douleur et son explication psychophysiologique, conduirait à déduire de manière abusive que les discours médicaux sur la douleur sont pauvres à l'époque. Il faut au contraire se rendre sensible aux nombreuses réflexions sur ce phénomène qui ne s'énoncent pas sous la forme de définitions, de thèses ou de doctrines, et qui ne s'inscrivent pas explicitement dans une anthropologie originale.

## Faire dialoguer le passé et le présent : les mots de la douleur

Étudier les textes anciens à l'aune d'un état présent de la science considéré comme plus complet et satisfaisant, c'est risquer de minorer l'intérêt de ces textes, soit parce qu'on les regarde avec condescendance, soit parce qu'en les arrachant à leurs contextes historiques et leurs modalités d'énonciation, on dilue les conceptions de la douleur dont ils sont porteurs dans des généralités abusives.

S'affranchir d'un récit historique linéaire sur la longue durée, reliant les époques anciennes aux découvertes contemporaines, permet d'échapper en partie au présentisme habituel, qui juge le passé à partir du savoir actuel. Mais cela n'implique pas de renoncer à tout dialogue passé/présent. Bien au contraire : les textes anciens sur la douleur sont susceptibles de renouveler la curiosité à l'égard du présent de la science et de la médecine. Partir des textes d'une même période historique ancienne, qui abordent la douleur dans de multiples dimensions (lexicales, thérapeutiques, sociales), c'est dépayser notre regard actuel et, dès lors, offrir des points de vue susceptibles d'accroître notre réflexivité, de nous faire gagner en lucidité sur la manière dont se construisent les coordonnées de notre épistémologie contemporaine. Réciproquement, certains travaux récents sur la douleur peuvent offrir de nouveaux points d'entrée dans les textes anciens. C'est le cas, en particulier, des mots de la douleur.

Les médecins des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles déployaient en effet un lexique très riche pour distinguer plusieurs types de douleur – douleurs aiguës, sourdes, pesantes, pulsatives, mais aussi cuisantes, tensives, concussives (qui ébranlent, secouent), etc. Ils reprenaient en cela un héritage de Galien et d'Avicenne et, tout comme eux, s'interrogeaient sur la pertinence de ces distinctions et leur difficulté d'usage pour le patient. Pour résumer le problème de façon lapidaire, on peut reprendre le jeu de mots de Marin Cureau de La Chambre : « le mot de douleur, tout simple qu'il est, contient mille sortes de maux » (1659). Or, peut-être influencées par le ridicule des médecins croqués par Molière, nous n'avons tout d'abord accordé que peu d'attention à ces débats lexicaux ou à la question de la valeur diagnostique de ces catégorisations. Ce sont les réflexions contemporaines des médecins algologues sur l'intérêt et les limites des distinctions lexicales entre plusieurs types de douleur qui ont éveillé notre attention et nous ont persuadées de l'intérêt d'étudier plus avant les textes de l'époque moderne sur le sujet. De fait, dans [le questionnaire d'évaluation de Saint-Antoine](#)



invitant aujourd'hui le patient à dire, parmi 56 termes proposés, lesquels décrivent le mieux sa sensation douloureuse et son impact affectif, nous retrouvons un certain nombre de nos termes anciens – ce qui fait paraître en retour beaucoup moins risible leur subtilité ou technicité. Bref, une fois contextualisés et circonsciés, les discours passés et présents sur la douleur s'éclairent mutuellement à condition de ne pas être prématurément ordonnés sur une frise chronologique linéaire.

## Douleur et souffrance : limites d'un partage

Au cours de notre enquête sur les représentations anciennes de la douleur, nous sommes fréquemment interrogées sur le partage entre douleur et souffrance qui fait l'objet de réflexions philosophiques et médicales aujourd'hui. L'une des questions était l'existence ou non, aux XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles, d'une distinction comparable.

À cette époque, on ne trouve pas un tel couple de termes mais un autre, qui pourrait s'y superposer : la distinction entre douleur *stricto sensu*, également appelée douleur sensible ou corporelle, d'un côté, et tristesse, parfois caractérisée comme douleur de l'esprit ou spirituelle, de l'autre. Selon les auteurs, ceux de l'époque moderne comme ceux de l'Antiquité ou du Moyen Âge sur lesquels ils s'appuient (par exemple Thomas d'Aquin), cette distinction douleur/tristesse n'est pas toujours présentée ou expliquée de la même façon. Mais nombreux sont les philosophes qui soulignent trois difficultés que l'on retrouve aujourd'hui encore dans le couple douleur/souffrance.

En premier lieu, ce partage technique entre douleur au sens strict et tristesse ne correspond pas au langage courant, qui tend à utiliser le mot « douleur » au sens large<sup>9</sup>. Dans ce cas-là, on parlera de la douleur suscitée par la perte d'un ami, par exemple<sup>10</sup>. En deuxième lieu, caractériser la douleur comme douleur corporelle et la tristesse comme douleur de l'esprit est trompeur : ces deux émotions sont de toute façon ressenties par l'esprit ou l'âme ; mais l'une, la douleur corporelle, est déclenchée par un état corporel, tandis que l'autre, la tristesse, renvoie à des préoccupations

---

<sup>9</sup> Selon le philosophe Adriaan Heereboord (« Exercitationum Ethicarum decima de Subjecto seu Objecto Ethices », dans *Meletemata Philosophica*, Amstelodami, apud Joannem Ravesteinium, 1665, t. II, p. 86).

<sup>10</sup> Exemple pris par le médecin Theodorus Craanen, lorsqu'il cherche à montrer en quoi la douleur transmise par les nerfs se distingue de l'affliction suscitée par la perte d'un ami (*Tractatus physico-medicus de Homine*, Lugduni Batavorum, apud Petrum Van der Aa, 1689, p. 636).

conscientes. De Thomas d'Aquin à Cureau de La Chambre, cette distinction fait l'objet d'un consensus. Les adjectifs « corporels » et « spirituels » ne désignent donc pas l'instance qui sent la douleur et la tristesse en nous. Ils désignent la relation de causalité que douleur et tristesse semblent impliquer avec des états immédiatement antérieurs appréhendés spontanément soit comme corporels, soit comme intellectuels, moraux ou affectifs. En troisième lieu, la plupart des médecins et philosophes reconnaissent que douleur corporelle et tristesse entretiennent des liens étroits et même s'entremêlent dans bien des cas, en particulier quand elles sont intenses : l'une étant cause de l'autre, et réciproquement<sup>11</sup>.

De l'aveu même des auteurs étudiés, le partage ancien entre douleur et tristesse est donc parfois difficile à établir, voire source de malentendus. Pour autant, parler de douleur corporelle présente un intérêt heuristique : cela permet de se pencher avec précision et de manière informée sur des aspects de la douleur parfois laissés de côté dans les réflexions philosophiques, à savoir l'ancrage corporel de la douleur, ses mécanismes sensoriels étudiés par les anatomistes et médecins, la façon dont elle nous pousse à protéger notre corps et les émotions qu'elle suscite, enfin. Ces différents aspects de la douleur physique sont largement traités au XVII<sup>e</sup> siècle, par exemple chez des philosophes soucieux de maintenir la distinction cartésienne entre le sentiment de douleur et la passion de tristesse<sup>12</sup>. Ils sont au contraire quasi relégués dans les philosophies qui, aujourd'hui, revendiquent la nécessité de s'intéresser davantage à la souffrance qu'à la douleur – ou alors qui engagent à s'intéresser à la douleur au sens large, englobant douleur physique et souffrance.

Dans les manuels médicaux récents dédiés à la douleur et aux soins palliatifs, la douleur est renvoyée, au moins subjectivement pour celui qui l'éprouve, à une affection du corps ou d'une partie du corps ; elle est localisée. La souffrance, elle, correspond à un état subjectif et existentiel de la personne en son intégralité, sans localisation particulière<sup>13</sup>. En ce sens, même si la souffrance semble de prime abord comporter surtout une composante psychologique, plus que physique, elle est associée à un état de mal-être physique que l'on demande aux médecins de ne pas oublier. En 1992, Ricœur avait proposé une distinction comparable entre douleur localisée et souffrance globale. Dans son article « La souffrance n'est pas la douleur », la

---

<sup>11</sup> Marin Cureau de La Chambre, *Les caractères des passions IV. De la douleur* [1659], Paris, Jacques d'Allin, 1662, p. 95.

<sup>12</sup> Voir Raphaële Andrault, *Le fer ou le feu. Penser la douleur après Descartes*, Paris, Classiques Garnier, 2024.

<sup>13</sup> Serge Perrot (dir.), *Douleur, soins palliatifs et accompagnement*, livre officiel du collège, 3<sup>e</sup> éd. actualisée, Paris, Med-line, 2019, p. 18.

souffrance renvoie à des « affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement ». Ricœur précisait cependant aussitôt que « la douleur pure, purement physique, reste un cas limite, comme l'est peut-être la souffrance supposée purement psychique, laquelle va rarement sans quelque degré de somatisation ». Et, comme les médecins et philosophes du XVII<sup>e</sup> siècle, il notait la difficulté à maintenir la distinction dans le langage ordinaire : « Ce chevauchement explique les hésitations du langage ordinaire : nous parlons de douleur à l'occasion de la perte d'un ami, mais nous déclarons souffrir d'un mal de dents.<sup>14</sup> »

Qu'ils utilisent la distinction douleur/souffrance par commodité et comme idéal-type, à la façon de Ricœur, ou qu'ils développent la critique de l'idée même d'une douleur purement physique, tous ceux qui s'intéressent à la réflexivité, au langage ou au rapport au sens, sont invités à se pencher plutôt sur la souffrance que sur la douleur dont l'aspect localisé paraît relever d'un autre domaine de compétence : celui d'une science médicale étudiant les êtres humains à travers le prisme de l'anatomophysiologie. Aux médecins, la mécanique du corps et l'explication objective d'une douleur conçue comme localisée. Aux philosophes, la souffrance, ou éventuellement la douleur mais à condition qu'elle soit conçue à partir d'une subjectivité dotant le corps de significations irréductibles à sa saisie objectivante. Tout se passe comme si cette discussion du couple douleur/souffrance contribuait en retour à renforcer l'identité disciplinaire des sciences humaines – ou des humanités – dans leurs rapports aux sciences médicales. Il ne s'agit alors pas de superposer le couple douleur/souffrance au couple médecine/humanités, mais de considérer que, grâce à la réflexion anthropologique et philosophique sur la souffrance, la médecine pourra prendre véritablement en compte le sujet qui ressent la douleur.

Projetée sur l'histoire de la douleur dans la longue durée, la critique d'une conception réductrice de la douleur physique, qui tendrait à méconnaître la dimension subjective de la souffrance, produit des effets paradoxaux. Selon Jan Frans van Dijkhuizen et Karl A. E. Enenkel, quand David Morris, dans *The Culture of pain* (1991), invite à ne pas réduire la souffrance humaine à un pur problème physique, il alimente à son corps défendant le dualisme entre l'esprit et le corps qu'il engageait à dépasser. Or, notent-ils, les conceptions de la douleur développées au début de l'époque moderne vont fréquemment dans la direction opposée : l'analyse de la sensation

---

<sup>14</sup> Dans Claire Marin et Nathalie Zaccai-Reyners (dir.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*, Paris, Puf, 2013, p. 13-24, ici p. 14-15.

douloureuse, dans son caractère physique et palpable, ouvre toujours sur l'analyse de la dimension non strictement corporelle de l'expérience<sup>15</sup>.

Notre corpus conduit à faire le même type de constat : d'une part, l'insistance actuelle sur la souffrance humaine et sa complexité a pu décourager l'étude des conceptions anciennes de la douleur dite corporelle ; d'autre part, elle a parfois alimenté des malentendus sur la signification de la distinction douleur corporelle / douleur spirituelle, comprise à tort comme une façon de réduire la douleur à sa seule dimension physiologique. Dans les textes que nous avons étudiés, la douleur corporelle est au contraire toujours associée à ses retentissements émotionnels et cognitifs, et saisie dans le rapport aux autres qu'elle requiert ou instaure.

## Conclusion : la douleur et ses interprètes

Des médecins comme Thomas Willis (1672), lorsqu'il parle des migraines persistantes de la philosophe Anne Conway, ou Thomas Sydenham (1683), lorsqu'il mentionne ses propres attaques de goutte, soulignent ce qui, dans la douleur physique, isole le malade : ne pas supporter les conversations, ni le bruit ou la lumière, ni que l'on marche pesamment dans la chambre. Le sentiment de solitude qui accompagne la douleur violente ou prolongée est donc bien palpable dans ces textes. Pour autant, il n'est pas appréhendé à partir de l'introspection d'un sujet intime, ou à partir de l'idée du caractère incommunicable de la douleur, mais à partir de ses causes et de ses signes. Ces signes ne sont pas seulement des signes pour soi – des symptômes interprétés par ceux qui ont mal –, mais toujours aussi, et dans le même temps, des signes pour les autres, qui les observent : les médecins et l'entourage familial<sup>16</sup>.

La complexité des formes de sociabilité est très fréquemment impliquée dans les discours sur la douleur à l'époque qui nous concerne. Quand, dans une lettre à sa fille, Mme de Sévigné décrit ses douleurs de ventre, elle choisit de parler d'abord de l'empressement de ses médecins et amis autour d'elle, plutôt que de ses propres sensations et de sa propre aptitude à les supporter. De même, quand la sage-femme Louise Bourgeois évoque les douleurs d'accouchement de Marie de Médicis, c'est sa

---

<sup>15</sup> « Introduction : Constructions of Physical Pain in Early Modern Culture », dans Jan Franz van Dijkhuizen et Karl Enenkel (dir.), *The Sense of Suffering*, Leiden/Boston, Brill, 2008, p. 1-16, ici p. 5-6.

<sup>16</sup> Voir le dossier que nous avons coordonné sur la « Douleur de l'autre. XVI<sup>e</sup>-XVII<sup>e</sup> siècles » (*Histoire, médecine et santé*, n°21, printemps 2022, notamment l'introduction p. 9-16.

description de l'attitude du roi Henri IV et de celle qu'il prête à ses cousins, qui donnent une idée des tourments de la reine<sup>17</sup>. Non qu'il ne soit jamais fait état de décalages entre l'intensité d'une douleur sentie par un individu et la faible compassion que cette douleur peut susciter chez les autres, mais ces décalages eux-mêmes sont appréhendés à partir des relations interindividuelles que supposent toute plainte et demande de secours, qu'elles soient verbales ou simplement gestuelles.

Aujourd'hui, on considère plutôt la douleur sous l'angle d'une réalité purement intime, dont l'expression ou la communication interviendrait dans un second temps seulement, après avoir été ressentie. Dans les textes anciens, l'économie de la relation est souvent un cadre premier pour penser la douleur : les scènes et réactions auxquelles elle donne lieu, dûment décrites, montrent bien ce que la douleur suscite et, par ce biais, ce qu'elle fait au sujet. Elles n'impliquent pas de nier la souffrance de celui qui a mal, dans ses multiples dimensions, mais elles déportent l'attention de l'intime, compris comme foyer d'introspection et d'interprétations subjectives, à la série d'actions et d'évitements que déclenchent les sensations douloureuses.

À nos yeux, le bénéfice qu'il y a à étudier ces textes anciens réside aussi en partie là : montrer qu'appréhender l'isolement voire l'incompréhension provoquée par la douleur n'implique pas de prendre nécessairement la souffrance du sujet pour seul prisme ; réciproquement, prendre la douleur corporelle pour objet ne conduit pas à minorer l'élément relationnel et affectif impliqué par toute douleur. De même, s'attacher à la douleur corporelle *via* ses signes extérieurs, comme le font les médecins de l'époque moderne, ne conduit pas à établir un lien de transparence entre les sentiments et leurs manifestations – cela peut même produire l'effet inverse : rendre attentif à l'ambiguïté et à la labilité des signes de la douleur, non pour dissuader de les prendre en compte mais pour engager à les étudier plus avant.

Lire les ouvrages médicaux de l'époque moderne qui abordent cette question, c'est donc dénouer certaines associations d'idées – par exemple l'idée d'un lien de causalité direct entre des métaphysiques distinguant nettement le corps et l'esprit, l'attention au corps au détriment de la personne, et l'occultation de la dimension globale de la souffrance dans nos sociétés occidentales<sup>18</sup>. Cela nous semble d'autant

---

<sup>17</sup> Voir l'extrait intitulé « Compassion et sociabilité » et celui nommé « L'accouchement d'une reine » accessibles, avec leurs références, sur cette [page](#), tout comme ceux de Willis et de Sydenham mentionnés plus haut.

<sup>18</sup> David Le Breton, « Douleur et souffrance : déclinaisons du sens », *Revue des sciences sociales*, n° 53, 2015, § 2.

plus important quand ces associations d'idées risquent de faire écran à l'enquête historique et, dès lors, d'entretenir certains clichés sur l'évolution du rapport à la douleur dans la longue durée.

## Références

### Sources

- BOURGEOIS, Louise, *Observations de Louyse Bourgeois ditte Boursier, Sage-femme de la Royne, livre deuxième*, Paris, Abraham Saugrain, 1617.
- CRAANEN, Theodorus, *Tractatus physico-medicus de Homine*, Lugduni Batavorum, apud Petrum Van der Aa, 1689.
- CUREAU DE LA CHAMBRE, Marin, *Les caractères des passions IV. De la douleur* [1659], Paris, Jacques d'Allin, 1662.
- HEEREBOORD, Adriaanus, « Exercitationum Ethicarum decima de Subjecto seu Objecto Ethices », dans *Meletemata Philosophica*, Amstelodami, apud Joannem Ravesteinium, 1665, t. II.
- JOUBERT, Laurent, *Traicté des arbusades*, Paris, P. L'Huillier, 1570.
- SEVIGNE, Marie de Rabutin Chantal, *Correspondance*, éd. Roger Duchêne, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », t. I, 1972.
- SYDENHAM, Thomas, *Tractatus de podagra et hydrope*, Londini, Typis R.N. impensis Gualt. Kettilby ad insigne Capitis Episcopi in Cœmeterio Paulino, 1683 ; traduit dans *Médecine pratique de Sydenham avec des notes*, trad. du latin par A. F. Jault, Paris, chez Didot le jeune, 1774.
- THOMAS D'AQUIN, *Prima secundae partis Summae Sacrae Theologiae... Caietani... commentariis illustrata*, Lugduni, apud Haeredes Jacobi Juntae, 1558.
- WILLIS, Thomas, *De anima brutorum quae hominis vitalis ac sensitiva duae exercitationes*, Londini, apud Gulielm, Wells & Rob. Scot, 1672, 2<sup>e</sup> partie, chap. 1.

### Études

- ANDRAULT, Raphaële, BAYLE, Ariane (dir.), *Le médecin face à la douleur, 16<sup>e</sup>-18<sup>e</sup> siècles, un webdocumentaire*, 2021, en ligne (consulté le 20 juin 2024).
- ANDRAULT, Raphaële, BAYLE, Ariane (dir.), « La douleur de l'autre, XVI<sup>e</sup>-XVII<sup>e</sup> siècles », *Histoire, médecine et santé*, n° 21, printemps 2022 (consulté le 20 juin 2024).

- ANDRAULT, Raphaële, *Le fer ou le feu. Penser la douleur après Descartes*, Paris, Classiques Garnier, 2024.
- CORBIN, Alain, « Douleur, souffrance et misère du corps », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire du corps. II. De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Seuil, 2005, p. 215-273.
- DIJKHUIZEN, Jan Frans van, ENENKEL, Karl A. E. (dir.), *The Sense of Suffering: Constructions of Physical Pain in Early Modern Culture*, Leiden/Boston, Brill, 2008.
- DOLEYS, Daniel M., *Pain : Dynamics and Complexities*, Oxford, Oxford University Press, 2014.
- GIMARET, Antoinette, *Ordinaire et extraordinaire des Croix. Les représentations du corps souffrant (1580-1650)*, Paris, Honoré Champion, 2011.
- LE BRETON, David, « Douleur et souffrance : déclinaisons du sens », *Revue des sciences sociales*, n° 53, 2015.
- LERICHE, René, *La chirurgie de la douleur*, Paris, Masson et Cie, 3<sup>e</sup> éd., 1949.
- PERROT, Serge (dir.), *Douleur, soins palliatifs et accompagnement*, livre officiel du collège, 3<sup>e</sup> éd. actualisée, Paris, Med-line, 2019.
- REY, Roselyne, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993.
- RICŒUR, Paul, « La souffrance n'est pas la douleur » [1992], dans Claire Marin et Nathalie Zaccai-Reyners (dir.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, Paris, Puf, 2013, p. 13-24.
- RIEDER, Philip, *La Figure du patient au XVIII<sup>e</sup> siècle*, Genève, Droz, 2010.
- STOLBERG, Michael, *A History of Palliative Care, 1500-1970*, Cham, Springer, 2017.
- WENGER, Alexandre, « Rendre un grand bien communicable : La Presence des Absens de Théophraste Renaudot (1642) », dans M. Jeanneret et A. Carlino (dir.), *Vulgariser la médecine : du style médical en France et en Italie (XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles)*, Genève, Droz, 2009, p. 243-254.

Publié dans [lavedesidees.fr](http://lavedesidees.fr), le 21 février 2025.