

Claire Merlet

Au-delà d'un chiffrage de la douleur *

La douleur est une expérience qui est souvent de l'ordre du surgissement. À la polyclinique de l'Ormeau, elle s'associe à une maladie et à des traitements déjà agressifs qui détériorent l'organisme. Ce corps, déjà mis à mal, soumettant parfois les patients à une image qu'ils ne reconnaissent ni dans le miroir, ni dans le regard de leurs proches, ce corps donc devient étranger, se fait différent avec ces sensations que sont les douleurs. Mais est-ce vraiment quelque chose de si familier, le corps ? Qu'en savons-nous ? Il ne s'agit pas d'un savoir de l'ordre de l'inné, ni d'un savoir qui se confondrait avec celui de la médecine.

Voici une petite histoire datant du XIII^e siècle pour illustrer la spécificité du corps de l'être humain. Frédéric II, roi se croyant l'âme d'un chercheur, se demandait quelle langue parlait spontanément un enfant s'il n'en avait jamais entendu aucune auparavant. Pour cela, il demanda aux nourrices de ne rester avec les nouveau-nés que le temps nécessaire pour leur prodiguer les soins vitaux. Vous vous doutez du résultat de cette expérience, la curiosité du roi ne fut jamais satisfaite puisque aucun enfant ne survécut. Spitz a nommé ce syndrome « syndrome d'hospitalisme » : une importante carence affective chez un nourrisson peut entraîner de graves séquelles allant jusqu'à la mort. La survie de l'être humain ne se réduit pas à la satisfaction des besoins vitaux, le fonctionnement du corps ne se limite pas à la machinerie organique. L'anatomie humaine a un statut particulier : la séparation de sa base animale et naturelle. Le besoin est la voie pour une satisfaction autre.

* Intervention du 25 septembre 2010 à Tarbes, lors d'une matinée de travail à la clinique Ormeau-Pyrénées dans le cadre de la journée organisée par le pôle 8 intitulée : « Des maux et des lettres ».

Revenons sur la question du savoir. À propos des hystériques, Freud remarquait que ce n'était pas l'organe qui était endommagé mais plutôt l'idée que le malade s'en faisait. La conception que nous avons de notre corps est fondée sur des représentations et non sur le savoir médical. Ce dernier capte ce qu'est l'organisme par l'imagerie, par les bilans, par toutes les techniques ultrasophistiquées et de plus en plus précises. Cet aspect est bien sûr primordial pour le diagnostic et le soin. Il reste cependant qu'une vérité est à entendre dans le discours du sujet. Par son histoire, il vient nous dire sa position subjective, sa manière d'être au monde, sa façon de se débrouiller avec son corps. Même s'il ne s'agit pas d'un exposé clair et conscient de sa part, sa marque singulière s'inscrit en filigrane.

Le professeur D. Sicard (président du Comité consultatif d'éthique) insiste sur l'importance de l'examen clinique qu'il nomme l'interrogatoire : « Se laisser "entamer", (ac)cueillir les paroles de seconde ligne, lâchées parfois au dernier instant, quand le patient se rhabille. N'oublions pas que celui-ci est unique, ne s'inscrit pas dans une théorie de maladies ¹. » Il insiste sur l'importance des mots employés par chaque patient. Les symptômes doivent être parlés et ne pas être piochés, suggérés par une liste préétablie, par un interrogatoire binaire dans lequel « le patient répond mais n'est plus invité à parler ». Comme il le souligne, le « dit » de la médecine ne doit pas « remplacer » le « su » du corps.

Conséquence de la morsure du langage sur le corps, chaque sujet l'évoque avec des signifiants qui lui sont propres, déterminés par son histoire. Mais, pour dire que nous avons un corps, il faut qu'il ait une certaine consistance. C'est dans l'image spéculaire qu'il prend forme. Elle se construit au moment du stade du miroir, moment logique où l'enfant reconnaît et s'identifie au reflet que lui renvoie le miroir. Le regard que lui porte l'autre est nécessaire à cette reconnaissance. Il perçoit alors son corps comme une unité. Désormais, le corps nous assure un soutien, une identité. Pourtant, n'a-t-on jamais eu cette sensation que Freud qualifiait d'inquiétante étrangeté en se voyant dans le miroir et en s'interrogeant : « Est-ce bien moi, est-ce bien mon image ? » Pas toujours évident de se reconnaître dans ce

1. D. Sicard, « La mort de la clinique... ou la fin de la parole ? », *Abstract Cardiologie*, n° 432, mars 2008.

reflet. Il est donc ce que nous avons à la fois de plus intime et de plus étranger. Lacan parle d'un rapport d'extimité au corps (le plus intime et le plus extérieur à soi). Il reste pourtant une carapace contenante qui nous assure que nous sommes vivants et c'est aussi par lui que surgissent les menaces, les signes qui viennent nous rappeler à notre statut de mortel.

Nous pouvons mesurer toute la complexité de la machinerie organique, les médecins en témoignent, mais également toute la complexité du rapport que nous entretenons avec notre corps.

Alors, quand la douleur surgit ? La sensation vient faire effraction, venant brouiller les limites dedans-dehors, contenant-contenu. Danièle Brun (psychanalyste, professeur au Centre de recherches psychanalyse et médecine) parle alors d'un corps aux limites de la pensée ². Il n'arrive plus à se faire oublier, envahissant l'espace psychique. Pour le patient, le monde tourne autour de la douleur : « J'ai trop mal pour parler, pour réfléchir. » La moindre activité apparaît comme un effort considérable, toute son énergie étant au service de la lutte contre cet insupportable. Une partie de lui s'effondre. Ce corps sur qui il pouvait s'appuyer, ce corps qui lui appartenait le trompe : « Il me lâche, il me trahit » sont des paroles qui reviennent souvent dans la bouche des personnes qui souffrent. Elles doivent s'en remettre à l'autre, les soignants ou la famille. Non seulement elles ont besoin d'aide pour les gestes du quotidien, mais elles doivent faire appel à l'autre pour les soulager, pour apaiser les dysfonctionnements somatiques qui leur échappent et qu'elles tentent de comprendre par le discours médical.

Nous citerons encore Danièle Brun pour décrire la position du malade : « L'une des seules possibilités offertes au patient consiste [...] à se fondre dans les soins pour mieux s'identifier à ce corps étranger qui est désormais le sien ³. » Ce corps qui lui appartient devient un inconnu menaçant. Comment s'identifier à cet intrus sans pour autant s'y réduire ?

De manière générale, l'évaluation de la douleur se fait par un chiffrage, c'est-à-dire que les patients doivent en estimer l'intensité sur

2. D. Brun, « Le corps aux limites de la pensée », *Figures de la psychanalyse*, Toulouse, Érès, 2006, n° 13, p. 81.

3. *Ibid.*, p. 83.

une échelle de 0 à 10, 10 étant la plus forte que l'on puisse imaginer. Ce protocole est nécessaire dans la prise en charge de la douleur, mais l'objectivation du ressenti douloureux ne rend pas compte de son caractère subjectif. Deux personnes qui coteront leur douleur à 7 n'auront pas le même vécu, une personne estimant sa douleur à 7 à deux moments différents n'aura peut-être pas la même tolérance à ces deux instants. Nous ne prétendons pas que la parole pourrait évoquer complètement la douleur, que des signifiants la diraient entièrement. Souvent, les mots manquent. J. Marblé (psychiatre-psychanalyste intervenant dans une unité de traitement de la douleur à Lyon) parle d'une plainte dite de manière imparfaite ⁴. Le corps, s'il est parlé, n'est pas entièrement affecté par le langage. Il présente une part de réel, c'est-à-dire d'innommable, d'irreprésentable auquel le sens échappe. La douleur peut réveiller cette dimension réelle du corps, ce qui n'est pas sans surgissement d'angoisse.

L'effraction corporelle que provoque la douleur peut venir ébranler l'équilibre psychique. Ainsi, une femme opérée d'une atteinte dorsale est transférée à la clinique pour déterminer la nature de cette atteinte. En plus de l'inquiétude générée par l'attente des résultats, l'équipe remarque une appréhension à effectuer les gestes quotidiens. Lors de notre rencontre, elle raconte que son opération fut précédée de plusieurs semaines de souffrance qui se sont soldées par un épisode d'une douleur extrême motivant son hospitalisation. Elle est très affectée par l'évocation de cet instant, pleure beaucoup. Elle explique que depuis l'opération elle n'a plus mal mais craint de souffrir de nouveau. En l'observant, je remarque que, lorsqu'elle est assise et que son dos n'est pas appuyé au dossier de la chaise, elle se soutient avec les mains. Elle finira par expliquer que, depuis cet épisode extrêmement douloureux, elle a le sentiment que sa colonne ne la tient plus. Elle témoignera avoir vécu un véritable effondrement physique au cours de cette expérience, effondrement du corps propre qui vient faire vaciller son être. L'évaluation de sa douleur était de 1-2 sur l'échelle numérique, mais les retentissements de l'expérience douloureuse n'étaient pas négligeables. P.-L. Assoun parle alors d'« une sorte d'«évidement» du

4. J. Marblé, « Le traumatisme : violence passée, violence présente », intervention à l'université de Valence le 19 mars 2008. Site de l'APJL.

sentiment de soi par la pression littéralement "toxique" d'un séisme somatique interne ⁵ ».

R. Lerich (chirurgien pionnier de la chirurgie douce et de la prise en compte de la douleur) considérait que la santé c'est le silence des organes, et cependant la douleur est présente dans la vie quotidienne. Elle est le signe d'un mouvement, mouvement qui, comme le souligne Lacan, est diamétralement opposé à la mort, donc définit la vie. C'est ce dont témoignent certains patients en refusant l'éradication complète de leur douleur. Il est vrai que parfois les traitements entraînent une somnolence, état pour eux plus insupportable que la douleur en elle-même. Je pense à cette patiente suivie à domicile, dont les douleurs étaient très difficiles à calmer. Malgré ses plaintes, elle ne suivait pas les prescriptions médicales susceptibles de la soulager. Lors d'une hospitalisation, elle me fit part de son impression d'être en train de « s'enfoncer vers la mort ». Comme je l'interrogeais sur ce sentiment, elle m'expliqua que l'absence de souffrance était pour elle le témoignage d'un « lâcher prise » du corps, donc qu'elle allait mourir. Ce qui pouvait être entendu comme une réussite thérapeutique était pour elle synonyme d'échec de la survie.

Nous avons abordé le caractère fragile de cette construction qui consiste à avoir un corps. La rencontre avec la maladie soumet le sujet à un corps déshumanisé, à un corps objet de soins. D'ailleurs, le verbe « subir » est souvent employé par les patients pour définir leur position face aux soins. Parfois, la maladie fait effraction, vient rencontrer un point qui fait énigme pour le sujet, possible occasion pour interroger son histoire, son rapport au monde. Au-delà du signal d'alarme physiologique qu'elle représente, la douleur est alors le support pour exprimer cette énigme.

L'histoire de madame M. met en lumière cette dimension subjective de la maladie et de la douleur, et nous terminerons sur ce point. « J'ai mal à ma tumeur », voilà comment elle formule sa plainte. Expression bien singulière qui sera le point de départ pour dérouler l'histoire familiale dans laquelle elle se fige. Plusieurs membres de sa famille sont morts de la même maladie, dont son père vingt ans plus tôt. Elle parle d'une fatalité familiale, à laquelle elle ne peut échapper.

5. P.-L. Assoun, *Corps et symptôme, Leçons de psychanalyse*, Paris, Anthropos, coll. « Psychanalyse », 2^e édition, 2004, p. 224.

Cette fixation l'enferme dans une dynamique morbide, la renvoyant à une image d'une mourante, d'une personne en sursis. Depuis toujours, elle est comme son père, ils se ressemblent comme deux gouttes d'eau, elle a tout hérité de lui : le physique, le caractère, la maladie. Un timide questionnement sur cette certitude commence à émerger. Comment se décaler de cette identification morbide à son père ? Bien sûr, ce travail n'aura pas d'influence sur le pronostic de la maladie, la parole n'aura pas un effet magique qui éradiquerait ses douleurs. Mais, en passant par la plainte douloureuse, une souffrance sur son être se révèle à elle.