

UNIVERSITÉ DE NANTES

Centre François Viète d'Épistémologie, Histoire des Sciences et des Techniques
EA 1161

Année 2011

N° attribué par la bibliothèque

ÉTUDE SUR LA FONCTION DE L'HYSTÉRIQUE DANS LE SYSTÈME DE SENS CONSTRUIT EN FRANCE FACE À LA SOUFFRANCE ET À LA MORT

THÈSE DE DOCTORAT

École Doctorale : Sociétés, Cultures, Échanges (ED 496)
Discipline : Épistémologie, Histoire des Sciences et des Techniques
Spécialité : Médecine et sciences humaines

Présentée et soutenue publiquement par

Stéphanie DUTERTRE

le 26 septembre 2011

Jury :

Rapporteurs :

Mme Baldine SAINT GIRONS, Professeure (Université. Paris X), membre de l'Institut Universitaire de France

M. Raymond MASSÉ, Professeur (Université de Laval - Québec)

Examineurs :

Mme Anne FAGOT-LARGEAULT, Professeure (Collège de France), membre de l'Académie des Sciences.

Mme Anne-Chantal HARDY, CR1 - HDR, UMR 3128 CNRS - Université de Nantes.

Invités :

M Jean-Jacques KRESS, Professeur retraité (Université de Bretagne Occidentale)

M. Youenn LAJAT, Professeur retraité (Université de Nantes)

Directeurs :

M. François RESCHE, Professeur émérite (Université de Nantes)

M. Jackie PIGEAUD, Professeur émérite (Université de Nantes), membre senior honoraire de l'Institut Universitaire de France.

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu les membres du jury qui m'ont fait l'honneur de lire et évaluer mon travail, ainsi que mes deux directeurs dont l'aide, tant académique qu'administrative, m'a été si précieuse. Je remercie aussi toutes ces personnes pour leurs propres travaux qui ont ouvert la voie à cette recherche, et pour leur pédagogie.

Mes remerciements vont aussi à tous les membres de l'équipe médicale, paramédicale, psychologique et administrative du CETD du CHU de Nantes et en particulier à son chef de service le Pr Y. Lajat. Ils ont accueilli ma personne et ce travail avec bienveillance, les ont accompagnés de leurs lumières et encouragés avec générosité, courage et constance. Je remercie aussi mes patientes sans qui ce travail n'aurait pas été possible. J'espère avoir narré fidèlement leurs difficiles parcours de vie et les péripéties de leurs parcours médicaux. J'espère aussi que cette narration sera utile aux acteurs concernés.

Je remercie également la Fondation de France, et la Fondation Michel Sapis, qui ont contribué financièrement à la réalisation de ce travail à travers des bourses de recherche.

Je tiens aussi à remercier les chercheurs, universitaires, médecins, artistes, rencontrés au cours de ce travail ou de mes études, qui m'ont donné du temps, ont partagé leur expérience, leurs réflexions et leur savoir, et ont ainsi contribué de diverses manières à la production de cet écrit : Le Pr. C. Amourous, la Pr. J. Deniot, le Pr. J.-J. Kress, Mme M.-C. Pouchelle, le Pr. J.-P. Peter, les Dr M. Bensignor (†), T. Servillat, J. Nizard, C. Mestre, W. Martineau, B. Legeay, C. Boileau, le Pr. G. O'Crualaoich, le Pr. M. Marjolet et le Pr. P. Lombrail, M E. Fonteneau, M B.-X. Vailhen. Je tiens aussi à mentionner les cadres infirmiers avec qui j'ai pu travailler depuis toutes ces années : ils font un travail difficile et passionnant, autant que bien souvent ingrat. Leur intelligence et leur humanité constitue les bases indispensables d'un soin de qualité, et ce fait est trop souvent méconnu ; quand plus personne à l'hôpital ne peut mettre des mots et du sens sur les événements, eux essayent encore. Merci, tout particulièrement, à Mme C. Gauthier-Bourgeois.

Merci aux Dr H. Hamon, C. Vigneras, A. Drake, amies et collègues.

Je remercie mes proches, famille, ami(e)s, pour leur infinie patience pendant ce long parcours, et mes pensées vont ici tout particulièrement à mes enfants, Aengus et Macha : que ce travail, qui leur a coûté aussi, aille nourrir pour eux la poésie du monde et contribue au développement de rapports harmonieux entre les hommes et les femmes.

Je dédie ce travail aux infirmières.

The Cinnamon Peeler

If I were a cinnamon peeler
I would ride your bed
And leave the yellow bark dust
On your pillow.

Your breasts and shoulders would reek
You could never walk through markets
Without the profession of my fingers
Floating over you. The blind would
Stumble, certain of whom they approached
Though you might bathe
Under rain gutters, monsoon.

Here on the upper thigh
At this smooth pasture
Neighbour to your hair
Or the crease
That cuts your back. This ankle.
You will be known among strangers
As the cinnamon peeler's wife.

I could hardly glance at you
Before marriage
Never touch you
- Your keen nosed mother, your rough brothers.
I buried my hands
In saffron, disguised them
Over smoking tar,
Helped the honey gatherers...

When we swam once
I touched you in water
And our bodies remained free,
You could hold me and be blind of smell.
You climbed the bank and said
This is how you touch other women
The grass cutter's wife, the lime burner's daughter.
And you searched your arms
For the missing perfume.
And knew
What good is it
To be the lime burner's daughter
Left with no trace
As if not spoken to in the act of love
As if wounded without the pleasure of scar.

You touched
Your belly to my hands
in the dry air and said
I am the cinnamon
Peeler's wife. Smell me.

Michael Ondaatje

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>NOTES MÉTHODOLOGIQUES</u>	25
<u>I.RECUEIL DE TERRAIN</u>	43
A. Cas cliniques.....	43
1. Sylvie.....	43
2. Mme F.....	68
3. Mme V.....	69
4. Mme M.....	88
5. Mlle R.....	105
6. Mme D.....	130
7. Mme U.....	141
8. Mme I.....	153
9. Mme G.....	161
10. Mme A.....	167
11. Mme B.....	179
B. Synthèse sur le fonctionnement du CETD.....	191
1. Grands principes thérapeutiques.....	191
a. Cadre général.....	191
b. Il existe deux types d'expérience douloureuse qui appellent des conduites thérapeutiques très différentes.....	196
c. Évaluation.....	198
d. Prise en charge « bio-psycho-sociale » et pluridisciplinaire.....	200
2. Le CETD de Nantes : constitution et fonctionnement. Période 2001-2003.....	204
a. Description générale.....	204
b. Les modalités d'admission ou l'organisation de la trajectoire du patient	210
c. <i>Dossier douleur</i>	214
3. Débats dans le champ de la médecine de la douleur.....	220

II. HISTOIRES ET CULTURES DE LA MÉDECINE FACE À LA DOULEUR.....229

A. La culture qu'elle a (ce qu'ils savent- ce qu'ils savent ignorer-ce qu'ils en disent).....240

a. Quatre histoires.....240

- a. Émergence de la médecine de la douleur : débats scientifiques, savoirs, pouvoirs. I. Baszanger, D.B. Morris & contenu de certains de mes enseignements.....240
- b. L'histoire en marche : les textes de loi.....248
- c. Avant la médecine de la douleur : R. Rey et JP Peter.....262
- d. DB Morris « Sens et non-sens de la douleur »: questions que l'histoire adresse à la médecine de la douleur.....278

b. Mon histoire.....300

- a. Premières douleurs, apprentissages 'par corps' 300
- b. Mon travail au CETD du CHU de Nantes.....309

c. Entretiens, observations : le présent du passé.....328

- a. Médecine de la douleur : un exercice dangereux pour le médecin ?.....329
- b. La pluridisciplinarité : une organisation qui protège le médecin.....342
- c. Protéger le patient ?.....365
- d. Paradoxe, mythe, rite.....372

B. La culture qu'elle est : Comment ça fonctionne ? Première analyse de la clinique et des cas.....375

1. La parole est pouvoir : là est l'efficace.....382

- a. La médecine de la douleur s'invente comme philosophie et comme anthropologie : la pensée de la parole efficace.....386
 - a. Base théorique.....386
 - b. Culture.....390
- b. Où/quand se joue l'efficacité de la parole ? Dans le même endroit/temps pour profanes et initiés : création du 'lieu/temps commun' 402
 - a. Premier passage- lieu du sacré.....402
 - b. Deuxième passage : de l'oral à l'écrit.....431
- catégories mal-maladie-malheur.....431
- de l'oral à l'écrit.....439
 - Au total : 2 passages et un tissage.....451
- première consultation.....449
- pour conclure sur les organisations de la parole efficace.....452

2. L'organisation de la balance des plaisirs et des peines, du temps et du mouvement.....	456
a. Travail de la douleur : travail de couples d'opposés, éducation morale.....	458
b. Le mouvement.....	471
c. Organiser le temps	472
d. Au total : le rythme.....	477
3- Conclusion : La culture qu'elle est.....	481
C. La culture dans laquelle elle est : la fabrique des médecins.....	495
1. La fabrique des médecins : du point de vue de l'anthropologie.....	504
a. Science humaine : récit personnel d'un médecin ethnographe.....	504
b. Définitions.....	523
c. Conclusion : la fabrique des médecins, le point de vue de l'anthropologie : la séparation entre médecine et religion.....	533
2. La culture dans laquelle elle est, du point de vue de l'imaginaire culturel : la fabrique des médecins et le mythe fondateur.....	546
a. Les structures anthropologiques de l'imaginaire G. Durand.....	546
b. L'imaginaire culturel du corps, de l'âme, de leurs « vices » et de leur souffrance : J. Pigeaud.....	550
3. La culture dans la quelle elle est : efficacité perçue de l'échange, du symbolique, du tragique.....	595
III. HISTOIRES ET CULTURES DE LA MÉDECINE FACE À L'HYSTÉRIE.....	610
A. La culture qu'elle a.....	618
1- Ce qui se transmet en médecine de la douleur s'agissant de l'hystérie.....	625
a. Le 'gros' problème.....	625
b. Les 'petits' problèmes : revue de la littérature en médecine de la douleur.....	632
2- Médecine de la douleur et psychanalyse : conflit qui fait problème, ou conflit qui est la solution ?.....	646
a. Culture douleur : de la cause psychique aux bases psychologiques de la relation avec le patient douloureux chronique.....	647
b. Le point de vue critique d'une psychologue d'inspiration analytique.....	652

B. La culture qu'elle est : comment ça fonctionne avec l'hystérie et ce qui est fonction de sa reconnaissance.....	660
1- Le personnage de l'hystérique.....	668
2- Trois problèmes : le secret, la crainte, la pitié.....	678
a. Le secret : il est déplacé, « l'imaginaire » sort du silence, le terme d'hystérie y rentre.....	678
b. Le problème de la crainte.....	686
c. Le problème de la pitié.....	702
d. Le problème de la crainte et de la pitié en même temps.....	709
e. Stratégies face à la séduction féminine.....	721
3- Synthèse.....	724
a. Ce que les patientes, 'bonnes' ou 'mauvaises élèves', ont en commun...qui a contribué à la reconnaissance de l'hystérie...et ce qui a justifié l'intérêt que le CETD leur a porté.....	724
b. Les « femmes intéressantes ».....	736
c. Celles que la médecine de la douleur renvoie vers la psy : l'addiction.....	742
d. Quelle philanthropie ?.....	743
C. La culture dans laquelle elle est.....	758
1. Un écheveau de discours savant, une histoire des problèmes.....	758
a. L'écheveau des discours savants.....	758
b. Une histoire de problèmes.....	779
1. La femme et les médecins : de la connaissance au savoir du corps ou l'élimination du féminin.....	779
2. Femmes objets de tentatives de guérison.....	796
c. Histoire critique de l'hystérie : revue de la littérature.....	801
1- L'hystérique ou la quintessence de la femme : la critique féministe.....	801
2- De conversion à conversion, la solution psychopathologique : mystique, possession, sorcellerie...les « puissances », « pouvoirs », et « mystères » féminins à l'épreuve de la collectivité, des ordres et des lois : religieuses, légales, médicales.....	805
3- Approche anthropologique.....	814
4- Approche imaginaire : l'hystérique ou la « femme intéressante ».....	820
2. La culture 'qu'elle est', avec la culture 'qu'elle a', au sein de la culture 'dans laquelle elle est'.....	832
a. Représentations.....	844
b. Mythes.....	854
c. Rites.....	883

**CONCLUSION : Fonction de l'hystérique dans le système de sens mis en place en France
pour faire face à la souffrance et à la mort.....917**

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Dans ce travail, il est question de l'hystérie. Ayant dit ceci, je suis bien consciente d'éveiller une multitude de références théoriques, le souvenir d'autant de questions restées sans réponses ; je vois déjà les regards se tourner vers la psychanalyse, et l'on s'attendra à ce que je la critique, à ce que j'en discute, à ce que je la conteste.

Or, il ne s'agit point de ceci. Mais il importe, compte tenu du lourd passé du terme 'hystérie', de commencer par préciser ce que 'mon hystérique' n'est pas.

*

'Mon' hystérique n'est pas celle de la de la psychiatrie, de la psychanalyse, ou de la psychologie médicale.

Quand j'ai commencé à me poser les questions qui sont au centre de ce travail et qui n'étaient alors pas formulées, j'étais étudiante en médecine, et je venais d'avoir mes premiers contacts, 'à responsabilité', disons, avec les patients. Ce qui allait devenir une interrogation plus élaborée était plutôt à l'époque un *étonnement* douloureux.

J'étais alors en 5^{ème} année de médecine, et il aura fallu attendre dix-sept ans pour que l'évolution de ce travail m'amène à rencontrer les textes et les personnes qui m'ont permis d'élaborer, dans ce qui se jouait, la partie qui allait devenir un questionnement théorique.

Parce qu'en effet ce qui était à l'œuvre dans cet étonnement, comme du reste les questions théoriques qu'aborde ce travail, pouvait mener à diverses formes d'approfondissement, d'élaboration, et de formulations. La plus évidente, et la plus théorisée sans doute aussi, étant une élaboration sous l'angle de la psychologie, médicale en particulier, et de la psychanalyse.

Ce n'est pas le chemin que j'ai souhaité emprunter. Les raisons de ce choix peuvent, elles aussi, être lues sous l'angle de la psychanalyse, tant il est vrai que le discours psychanalytique a ceci de total qu'il contient en lui-même ses théories et les contradictions de ces théories. Ses

moyens d'élaboration amènent à considérer les événements et les comportements sous l'angle de la biographie des acteurs plus que sous l'angle du système, culturel en particulier, où ils évoluent. Freud lui-même aurait récusé le fait que la psychanalyse soit une anthropologie, ce avec quoi je ne peux m'accorder. Je rejoins en revanche pleinement les propos de Jean-Jacques Kress quand il se demande si toute psychothérapie n'implique pas une conception de l'homme, c'est-à-dire une anthropologie, et ajoute que l'attachement à telle ou telle théorie comporte inévitablement une part d'idéologie.¹

Je m'accorde tout à fait et reconnais parfaitement mon expérience d'étudiante dans l'analyse qu'a faite également J.-J. Kress de l'étonnement douloureux dont je parlais, s'agissant, dans son cas, de l'hystérie de conversion. Avant de l'aborder pour lui-même, avec toute la rigueur de son écriture, J.-J. Kress a fort bien délimité le territoire qui est le sien, c'est-à-dire celui de la psychanalyse et de l'éthique, de celui où il ne s'aventure pas, qui est celui de l'épistémologie, et plus précisément d'une re-problématisation à la lumière de la culture ('ce qui se transmet') d'une certaine manière qu'ont les médecins de venir au 'savoir' de 'leur' corps par la dissection, et par là-même de naître, ou plutôt de renaître, à la médecine².

C'est dans ce territoire-ci que se situe ce travail ; ce même territoire qu'a exploré Jackie Pigeaud à la lumière des écrits passés concernant le corps, corps mort, corps vivant, et le statut de l'âme.

Mon travail se situe directement dans le prolongement du sien, même s'il concerne le 'présent du passé', et sa manifestation dans les actes et l'oralité, autant que dans les écrits. Là où il travaille en philologue et en traducteur, cherchant les significations tombées dans les interstices entre deux langues, ou entre différentes modalités de l'écrit, je travaille en folkloriste³, c'est-à-dire en anthropologue, cherchant les significations vivantes dans les combinaisons entre l'écrit d'une part, l'oral et les pratiques, d'autre part.

¹Kress J.J., « Aspects éthiques du consentement à la psychothérapie », *Annales de psychiatrie*, vol.13, n°2, 1988, pp. 85-89.

²Kress J.J., « Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion », *Psychiatrie française*, n° 3, juillet 1988, pp. 87-93.

³Je dissocie 'folk' et 'lore' pour attirer l'attention sur le sens original, anglais, de ce terme, qui a été maltraité en France au point d'en perdre son sens ; je ne lui connais pourtant pas d'équivalent. Folk, c'est le peuple, celui qui renvoie au qualificatif de 'populaire' ; et lore, ce sont, les histoires, la tradition orale certes, mais telle qu'elle résulte aussi de l'appropriation par 'le peuple' des documents écrits émanant des institutions du savoir, du pouvoir. Je me réfère ici à une définition proposée par G. O'Cruaíoch (cf bibliographie).

Dans ce territoire que laisse J.-J. Kress à d'autres explorations, il m'a semblé en effet que l'anthropologie pouvait s'immiscer : cette 'renaissance à la médecine' par le biais d'une renaissance à un *autre corps* que le corps vécu depuis sa naissance... qui consiste à quitter le corps modelé dans les relations mère-enfant, pour un autre corps, défini par une institution collective de tradition masculine, qui va médier cette renaissance par des pratiques... pratiques qui « opèrent un changement plus qu'elles ne l'expriment ou ne le signifient (...), fabriquent (ainsi) une nouvelle personne par le recours à diverses mises en scène (et) emportent l'adhésion de l'acteur principal et de l'assistance »⁴, tel est le processus même des rites d'initiations masculins, tels que les a définis l'anthropologie.

Ce travail est donc fondé sur une enquête inspirée de l'anthropologie. Ceci implique que mon objet, qu'il s'agisse de l'hystérique ou du médecin - et par extension des différentes pratiques de la 'psy' - ne se modèle pas sans questionnement dans des catégories préalablement pensées et définies selon les critères en vigueur dans la culture dont ils se réclament, mais dans des catégories définies d'abord par une observation qui se veut dénuée d'*a priori* théoriques, y compris lorsqu'ils sont issus de la psychologie ou de la psychanalyse.

*

En outre, l'hystérique 'dont je parle' est celle 'du médecin', et non celle dont la désignation apparaît comme un diagnostic au décours d'une consultation psychiatrique ou d'une réflexion psychologique, ou encore psychothérapeutique, de type analytique.

L'hystérique 'du médecin' est celle qui apparaît dans le cadre d'une relation médecin-patient au cours d'une prise en charge 'somatique'. C'est celle que le médecin va, petit à petit, désigner, plus ou moins explicitement, comme hystérique, au cours d'un processus de reconnaissance complexe et intuitif. Ce processus de reconnaissance que, dans mon expérience, j'ai toujours vu appliqué aux femmes, fera l'objet d'une bonne partie de ce travail.

Le médecin dont je parle, c'est celui que l'on va voir quand on a mal. Votre 'médecin', mon 'médecin', LE 'médecin'. Selon une anthropologie qui serait appliquée à nous-mêmes, rien

⁴Smith P., « Rite », in Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991.

des objets considérés comme évidents dans notre culture ne doit être une évidence pour le chercheur. Quand je dis ‘médecin’ la question doit donc se poser : qu’est pour nous, le ‘médecin’ ? Comment devient-on ‘médecin’ ? Qu’est-ce qui fait la spécificité du ‘médecin’ ? Cela ne se résume pas à l’obtention des diplômes. S’il existait un diplôme de chaman, l’anthropologue occidental en visite sur les rives de l’Amazonie s’arrêterait-il au diplôme pour considérer ce qui le fait chaman ? Non, car bien souvent, il cherche comment sont constituées, explicitement et implicitement, les catégories : si l’on se limite à l’explicite, on ne débusque jamais ce qui est le noyau, me semble-t-il, du fait culturel : ce qui est si évident que cela n’a plus besoin d’être dit. Ce qui a été transmis, incorporé. Ce qui fait la trame au sein de laquelle le monde est appréhendé, mis en ordre.

De même, s’agissant de l’hystérique, je me suis intéressée au processus qui menait au moment de sa désignation. Les ‘discours sur’ tenus au sein de l’institution médicale, dont font partie ceux de la psychologie médicale - qui ne légitiment que plus ou moins, de surcroît, sa désignation - ne sont pas plus des évidences que ne le serait n’importe quelle désignation ou catégorie considérée comme pathologique dans le cadre d’une culture chamanique pour l’anthropologue qui s’y intéresserait.

Je retournerai donc, avec J. Pigeaud, ainsi qu’avec les outils de l’anthropologie, à la fabrication de ces objets de l’imaginaire culturel que sont ‘le médecin’, ‘la médecine’, et, en relation directe avec ceux-ci, l’ ‘hystérique’. Ce faisant, nous travaillons tous les deux en historiens de l’imaginaire culturel - même s’il conviendra de continuer à préciser, dans cette introduction, ce que j’entendrai par ‘histoire’. Il s’est concentré sur les mythes. Je vais y ajouter l’observation des rites.

De ce fait, il apparaît rapidement que je ne me suis pas tant intéressée à la personne de l’hystérique qu’au système culturel dans lequel elle se situe, et dans lequel sa plainte dure.

*

Ce qu’encore ce travail n’est pas :

Contrairement à ce que peuvent en dire bon nombre de ses critiques, la médecine n’est pas exempte de mécanismes de réflexivité et de champs théoriques qui ont pour vocation de lui

permettre de mettre à distance sa propre pratique. La psychologie médicale, la psychanalyse, en font partie, qui légitiment théoriquement la désignation de l'hystérique - même si ce processus se passe fort bien en pratique de toute référence faite à ces champs. Être, comme il a été nécessaire de l'être, réflexive sur sa réflexivité même, impose de mettre en question la valeur des outils qu'elle utilise pour réfléchir sur elle-même. Mais ce travail n'étant pas un travail d'éthique médicale, cette mise en question apparaît en filigrane tout au long de ce travail sans en constituer l'objet principal. Il s'agit plus de remettre en contexte et en histoire que de remettre en cause.

D'une manière générale, ce travail n'est pas un travail de dénonciation de telle ou telle pratique, non plus que de telle ou telle élaboration théorique. La réalité est beaucoup trop complexe pour cela, et l'équilibre précaire dont participe la désignation de l'hystérique, voire dont elle est la clef de voûte, est trop subtil et nécessaire, pour proposer de le dénoncer sans pouvoir véritablement proposer d'alternative.

Durant tout ce travail, je tâcherai de conserver la posture de l'observateur. Observateur révolté parfois, tant il est vrai que la violence et l'injustice émaillent, tant le parcours de vie de ces patientes, que, bien souvent, l'histoire de leur relation avec la biomédecine. 'Observateur', cependant ; et ce n'est pas contradictoire, car étant médecin, femme en médecine, et pourquoi pas, hystérique moi-même - tant il est vrai que l'on peut souvent se demander avec un certain nombre d'auteurs si le qualificatif d'hystérique ne définit pas tout simplement le féminin dans l'œil de l'institution médicale - je suis également durant tout ce travail observateur de moi-même. Il ne peut donc être question de taire systématiquement mes ressentis. L'hystérique dont je parle n'est donc certainement pas un 'objet scientifique' si l'on entend par là qu'il serait possible de l'extraire de l'intersubjectivité de la relation. La question reste d'ailleurs ouverte de savoir jusqu'à quel point ce type d'exigence épistémologique convient aux sciences de l'humain et de la vie. Commençons par délimiter les objets de ces sciences : « L'humain »... « La vie »...

*

Il importe maintenant de définir plus précisément cette hystérique dont je parle. Pas en ‘négatif’ cette fois-ci, mais en ‘positif’.

Dans le courant de ma 5^{ème} année de médecine, j’eus l’occasion de faire un stage de 4 mois en rhumatologie. La douleur est, en rhumatologie, un symptôme cardinal, ‘le’ symptôme par excellence, peut-être plus encore que dans la plupart des autres disciplines médicales.

Dans les lits d’hospitalisation, un certain nombre de patientes présentaient des douleurs inexpliquées : soit la conduite de l’examen clinique et des examens complémentaires ne permettait pas de trouver une lésion visible, soit ils en mettaient une en évidence, mais rien qui ne permette de rendre compte des symptômes observés : de l’intensité de la plainte douloureuse, et des conséquences de la douleur sur la vie quotidienne de ces patientes, qu’il s’agisse de l’incapacité à exercer ses tâches quotidiennes, à entretenir des relations perçues et/ou interprétées comme ‘normales’ avec autrui, ou de la souffrance psychique associée.

Ces patientes, déjà rencontrées dans d’autres services avant et après ce stage, faisaient l’objet de plusieurs désignations possibles, répondant à des catégories mal délimitées : « c’est fonctionnel », « c’est psychosomatique », « dépression masquée », « c’est dans la tête », et, plus particulièrement : « hystérique ».

Le problème que désigne ces différentes expressions est le même : c’est celui rencontré par la médecine quand elle est confrontée à l’absence d’une lésion visible qui permette de rendre compte de la plainte dans tous ces éléments par des critères purement scientifiques, c’est-à-dire physiologiques, biologiques, anatomiques... c’est-à-dire, encore une fois, visibles, directement, ou indirectement, par l’intermédiaire des examens complémentaires - ‘visible’ signifie aussi mesurable et objectivable.

L’absence de critères objectifs de ‘maladie’ entraînait toute une série de conséquences d’ordre relationnel, interindividuel, mais aussi, plus notablement, groupal.

J.-J. Kress a parlé de la « perte du statut de malade » qui afflige l’hystérique de conversion quand elle rencontre le médecin. Cela s’applique aussi à notre hystérique. Ou plus exactement, si maladie il y a, elle est « dans la tête », ce qui charrie inévitablement le soupçon - comme face à toute souffrance morale - ainsi que la peur de tout ce qui se rapproche peu ou prou de la ‘folie’ - avec entre autre le fantasme de contamination. Cela traduit aussi une délimitation implicite de ce qui, de la personne, relève du ‘corps’, limites qui correspondent

manifestement à celle du domaine de la compétence médicale. Au-delà de ce 'corps' de la maladie, de ce 'corps' de la médecine, ce n'est plus son affaire.

Dans les modalités du rejet dont elles faisaient l'objet, un ensemble de comportements contraires à toute conduite médicale 'normale' ou en tout cas plus ou moins attendue déontologiquement - je songe ici aussi à cette « philanthropie » évoquée par J. Pigeaud, ontologiquement liée à la médecine, et qui est supposée constituer un surcroît d'humanité, un 'plus' par rapport à une conduite sociale normale - signifiait clairement que l'on s'était autorisé à quitter le terrain de la relation médicale, que cette patiente n'était pas à sa place, que son problème, s'il n'était pas 'imaginaire', sa souffrance si elle n'était pas 'pure comédie', n'entrait en tout cas pas dans le champ de la compétence médicale, et de ce fait quittait le champ de responsabilité, des objets de sa « philanthropie ». C'est là qu'est né mon 'étonnement' : cette 'hystérique' constitue, dans mon expérience, de tous les 'cas' rencontrés en médecine, le seul où la médecine se dédouane de sa philanthropie constitutive.

Ceci ne se jouait pas strictement à l'intérieur de l'interaction médecin-patient... mais faisait l'objet de discours en coulisses, d'une forme d'enseignement ou plus précisément de compagnonnage, auprès des étudiants, et de la mise en place d'un arsenal défensif pour les différents professionnels impliqués.

Je ne suis pas héroïque. Mais cette situation m'a toujours paru trop injuste, trop étonnante, et de surcroît trop inexplicée... pour que je m'en satisfasse. Rien, aucune théorie, aucune raison, aucune explication d'aucune sorte, n'était donné pour justifier que, là où l'on devait absolument recueillir, et avec quelle attention, l'histoire médicale des autres patients, il devait en être autrement pour celles-ci. S'il y en avait une, c'était - plus volontiers de la part des infirmières - une mystérieuse incitation à « se protéger ». C'est pourquoi, sérieuse, mais pas docile, quand ces patientes sortaient le gros dossier consciencieusement classé qui constituait l'histoire de leur parcours médical, et commençaient à dérouler leur narration, je les interrompais, certes, comme tous mes collègues, mais je leur précisais que j'allais repasser plus tard, pour étudier tout cela en détail, ce que je faisais, dans l'après-midi.

Face à cette situation, deux questions viennent en effet immédiatement à l'esprit, si l'on n'est pas disposé à s'arrêter à ce que l'institution tend à faire passer pour l'évidence ; si l'on cherche à comprendre - à apprendre, certes, mais en exerçant son libre-arbitre ; et si l'on se sent, en tant que futur médecin, investi d'une mission philanthropique autant que technique.

Deux questions, donc : quel est ce 'champ' de la médecine? Et comment cette « philanthropie » médicale vient-elle au médecin? (On pourrait y ajouter, en référence aux recommandations des infirmières : « se protéger », mais de quoi ? Comment ? Pourquoi n'est-ce pas expliqué ?). Dans mon expérience d'étudiante, le moment de la désignation de l'hystérique « opérait », là encore - comme dans la définition du rite - ces apprentissages pour les étudiants, plus qu'il ne le 'signifiait' ou ne 'l'exprimait'. Il se range en cela parmi quelques autres circonstances des études médicales ayant des vertus, et peut-être des fonctions, similaires : les dissections, on l'a vu avec J.-J. Kress et ce qu'il nomme « la découverte de l'anatomie » ; les tous premiers examens cliniques ; l'apprentissage des gestes douloureux et la gestion de la douleur infligée ; la gestion par les médecins de leurs propres ressentis, physiques en particulier. J'aborderai un à un ces différents points, en relatant mes expériences, lorsque j'évoquerai la fabrication du médecin dans l'imaginaire culturel.

Je n'avais à l'époque ni les outils techniques, relationnels, ni les outils théoriques pour tenter de comprendre ce qui se jouait dans mes rencontres avec ces patientes, seule ou en groupe. J'étais juste, comme le mendiant dont la pauvre coupe devient Graal, en train de tendre un verre d'eau à celui qui avait soif. Naïveté du cœur, jeunesse... tout cela, sans doute.

Je ne pris la juste mesure du caractère étrange - transgressif, même - de ma conduite, par rapport à la norme des comportements médicaux, mais aussi, dans une certaine mesure, de sa légitimité, qu'en me tournant, bien des années plus tard, par un de ces hasards qui n'en sont sans doute pas vraiment, vers la médecine de la douleur.

Je découvris alors une médecine qui faisait cela, précisément : se mettre au chevet des patients, les écouter, quel que soit le temps que cela devait prendre. Écouter par curiosité, par intérêt, par compassion, l'esprit aussi vierge que possible de toute théorie, mais pas d'histoires ni d'émotions, pour recueillir pleinement le fil narratif choisi par la patiente. Et s'appuyer sur ce fil narratif pour trouver des issues aux impasses dans lesquelles elle était enfermée, qui généraient, sinon sa souffrance, du moins son récit de souffrance. Une médecine, en d'autres termes, qui se sentait aussi concernée par la souffrance que par la maladie, et ceci même si le patient était une femme. Une médecine qui s'intéressait de nouveau à l'hystérique. Quelque chose comme une psychiatrie - dans sa version idéale - mais qui aurait 'le corps' pour objet ?

Quiconque a lu les travaux de J. Pigeaud peut prendre la mesure du caractère résolument transgressif d'une telle attitude vis-à-vis des mythes fondateurs de la biomédecine et la

psychiatrie tels qu'ils ont été construits depuis l'Antiquité, et en particulier tels qu'ils ont été reformulés par Pinel au XVIII^{ème} siècle : la médecine de la douleur attaque l'arbre par la racine.

Après leur passage par le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), la plupart des patientes arrivées avec cet encombrante étiquette d'« hystérique » en étaient débarrassées ; ayant changé de nom, de catégorie, leur récit avait changé, ainsi que celui que la médecine tenait sur elle ; elles y avaient trouvé un soulagement ; leur plainte s'était modifiée, comme leur qualité de vie. Elles repartaient le plus souvent moins douloureuses, et surtout nettement moins souffrantes. Pendant les 6 années durant lesquelles j'exerçai dans cette discipline, j'eus le temps d'apprendre sur quelles bases éthiques, philosophiques, épistémologiques, médicales, reposait la possibilité de ce choix d'attitude. J'eus le temps d'observer comment cela se manifestait dans les pratiques, à travers l'organisation d'un espace, et surtout d'un temps, d'un rythme donc, particuliers. Je pus constater les écueils auxquels se heurtaient les auteurs médicaux s'agissant de rendre compte de ces organisations, si complexes et si simples à la fois, dans les écrits savants - difficultés confessées par les acteurs eux-mêmes. Quelque chose de leur réalité semblait sans cesse échapper à la possibilité de la justifier sur le modèle de l'écrit scientifique

J'eus donc aussi le temps de comprendre ce qui faisait qu'il était aussi compliqué de mettre en place ailleurs ces modifications.

Il me fut aussi donné de constater que ce changement d'attitude n'était pas sans une certaine dangerosité, qui m'a semblée liée, bien qu'inconsciemment pour les acteurs, aux difficultés susdites. L'incitation à « se protéger », pour mystérieuse qu'elle soit, n'était donc pas dénuée de fondement.

C'est pendant ces 6 années que j'ai rédigé ce travail. L'approche anthropologique m'a alors paru la plus adéquate pour rendre compte de ce qui se jouait entre le médecin et son « hystérique » : dans la première situation (celle constatée en rhumatologie) ainsi que dans la seconde (celle constatée en médecine de la douleur).

Voici donc ce qui constitue le fil directeur de ce travail :

Il s'agit d'un travail de terrain exclusivement mené en médecine de la douleur mais qui fait référence aux expériences antérieures vécues en tant qu'étudiante en médecine ou médecin

dans des services non nécessairement pénétrés par cette nouvelle pratique, cette nouvelle théorise, cette nouvelle idéologie .

En outre, les patientes concernées par ce travail sont adressées par la médecine ‘tout venant’, et leur histoire porte donc la trace constante de son rapport avec cette médecine.

Il s’agit d’analyser la fonction de l’hystérique à la lumière d’un passage : ‘avant’ et ‘après’ la médecine de la douleur. J’entends le terme ‘fonction’ dans trois sens : comment fonctionne le système qui aboutit à sa désignation ; ce qui est fonction de sa désignation, ce qui en découle ; sa fonction, au sens de son ‘utilité’ dans le système.

Au final, si les outils de l’observation et de l’analyse s’inspirent largement de l’anthropologie, on comprendra, après ce que je viens de dire, que les résultats interrogent directement l’épistémologie et l’histoire: la genèse (je préfère cette métaphore, plus ‘synthétique’ pour reprendre le terme de J. Pigeaud, à celle de l’édifice et de sa construction) d’un certain nombre d’ ‘objets’ de la médecine, en particulier ‘le corps’ et ‘la tête’, ‘la vie’ et ‘la mort’, et la manière très largement implicite dont la médecine a tissé progressivement depuis des siècles les rapports respectifs des hommes et des femmes à ces différents objets.

La médecine n’agit pas seulement sur le ‘discours sur’ ce que doivent être ces rapports, mais sur ces rapports mêmes, car une médecine a ce pouvoir : elle peut ‘opérer’ des changements et ‘fabriquer des personnes’, car elle touche, de par la fonction que la société lui attribue et dont elle se saisit, à ce qu’il y a de plus fondamental, de plus craintif, de plus archaïque dans l’être ; toute la société la porte, lui confère ce pouvoir, et s’y rend disponible. Nous verrons que, du point de vue de l’imaginaire culturel, ceci ne la différencie pas des autres médecines dans d’autres sociétés.

Si la fonction de ‘mon hystérique’ est au centre de mes préoccupations, c’est que le moment de sa désignation voit s’opérer un retour au mythe originel, et se croiser, par l’entremise des organisations de la douleur, les traces des différents rites qui y sont rattachés, qui ont trait aux organisations des rapports plus ou moins dualistes entre l’âme et le corps et à leurs avatars, ceux du visible et de l’invisible, ceux des genres masculin et féminin, avec bien sûr, en arrière plan, l’humain, la vie, la mort, et, puisqu’il s’agit de rites, les organisations de la violence dans notre société.

*

Quelle histoire ?

L'hystérique que j'ai observée a-t-elle existé par le passé ? Rien n'est moins sûr.

D'une part, sa désignation aujourd'hui a lieu dans contexte global, social, culturel, politique, économique, autant que médical, qui, s'il résulte aussi d'une histoire, constitue pour sa 'synthèse' une alchimie toute contemporaine sans équivalent dans le passé. Ignorer cela reviendrait à adhérer à une croyance incompatible avec une posture anthropologique autant qu'historienne : que la médecine se situe hors de la culture : que ses objets, ses catégories, sont langage, donc, sont autonomes, se distinguent complètement du langage des patients et de la société qui lui donne sa fonction, et sont - aujourd'hui – pure science, pure mécanique, générés hors la culture, et surtout hors l'imaginaire et son efficacité.

Il suffit pour affirmer le caractère essentiel de cette alchimie contemporaine de se référer (liste non exhaustive), puisque nous parlons de la vie et de la mort, du visible et de l'invisible, aux progrès fulgurants des techniques qui permettent de voir l'intérieur du corps, par là, de prouver la vérité de la maladie, et par conséquent de croire le patient.

Ou encore, de penser à la concentration, bien compréhensible, de l'attention sociale, sur le développement des techniques qui permettent de lutter contre le mourir (pas la mort, métaphorique, ou l'après-mort, mais le passage en lui-même) : réanimation, greffes d'organes ; à l'attention sociale portée aux techniques médicales qui, à l'autre extrémité, prennent le pouvoir sur la vie même, non sans se trouver d'ailleurs face aux mêmes contradictions et apories déjà constatées dans l'Antiquité⁵ ; aux transformations des rapports à l'invisible, marquées par le retrait des grandes religions et autres méta narratif positifs, dans le

⁵ Référence faite ici à J. Pigeaud, quand il mentionne « les contradictions des médecins (antiques) qui ne croient pas à l'existence de la vie avant la naissance (c'est le cas d'Hikésius), qui ignorent ce que toute femme enceinte sait, c'est-à-dire que le fœtus vit et qui pourtant le savent, puisqu'ils tuent l'enfant in utero, s'il met en péril la vie de la mère ». Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », in *Entretiens sur l'antiquité classique*, tome XLIII, n°VII, Fondation Hardt, Vandoeuvre-Genève 1997, p. 266. Un récent documentaire sur le comité d'éthique présente une pédiatre néonatalogiste qui a été confrontée à la terrible situation des grands prématurés dont on constate, après quelques temps, qu'ils sont non-viables ou vont présenter des handicaps gravissimes. Evoquant les décisions prises parfois, face à ces situations, elle insiste sur le fait qu'il faut appeler les choses par leur nom, et choisi alors le terme ...d' 'arrêt de vie'. Je ne remets nullement en cause la cruauté de telles situations, pour tous, ni le bien-fondé de telles décisions, tel n'est pas le débat. Mais je pense qu'il existe un terme beaucoup plus courant pour désigner cet acte qu'est l'arrêt de la vie : il s'agit de tuer. Comment montrer plus clairement la fonction du langage et des histoires que dans le souci de cette distinction !

courant du XX^{ème} siècle ; au choc des grandes guerres, de leurs machines à tuer à portée industrielle, de leurs génocides, s'agissant des rapports entre la valeur de l'idéologie et celle de la vie humaine⁶, qui a conduit, entre autres, à placer la naissance de la profession infirmière laïque sous l'égide de la « neutralité sacrée » de la Croix Rouge⁷ et à sacraliser la vie humaine - en médecine, plus qu'ailleurs encore - sans que, dans un cas comme dans l'autre, l'on ne puisse plus vraiment dire à quoi renvoie ce « sacré » laïque.

Comment ne pas songer également, puisque nous parlons de l'hystérie, aux modifications radicales du statut légal et social des femmes, en particulier depuis les années 1970 ; on songe aussi à l'invention de la psychanalyse au croisement des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, et la résorption dans la psychanalyse du 'tout' de l'hystérie (pour reprendre l'expression de J. Pigeaud s'agissant de la résorption du 'tout' des passions dans la médecine au XVIII^{ème}, par Pinel).

Et il faut bien songer aussi à l'émergence de la médecine de la douleur depuis les années 1950, parce que, justement, la médecine de la douleur conteste implicitement cette résorption, comme elle se démarque de la valeur de vérité du visible et de l'intérêt biomédical pour la preuve ; comme elle interroge, de fait, l'attention exclusive sur le mourir au détriment de la mort métaphorique. Comme elle replace le croire au fondement de sa « culture » (c'est le terme même employé par les professionnels) et de la philanthropie médicale. Comme elle replace la narration et la puissance de la métaphore au cœur de l'efficacité de ses procédures. Comme, surtout, elle remet en question, non sans ambivalence et sans difficultés, le dualisme corps-âme. Nous aurons l'occasion de le montrer.

La désignation de 'mon' hystérique, sa fonction, et ses histoires, appartiennent à ce lieu et à ce temps-là.

*

⁶ Semprun J., *L'Écriture ou la Vie*, Gallimard, Paris, 1994.

⁷ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, France Sélection / Croix rouge, Paris, 1988.

« La médecine elle-même, conçue longtemps comme une sorte d'histoire de la médecine, écrase la durée, pour constituer un corpus de textes où n'intervient pas le temps, la diachronie »⁸.

Faire une histoire de l'hystérie qui ne soit pas conditionnée par la réification préalable de cette entité, comme une entité fixe, médicale, ou psychanalytique, ou autre d'ailleurs, mais en tout cas fixe, eut impliqué d'analyser l'histoire du terme, l'histoire du mot, à la manière de J. Pigeaud. C'est-à-dire de pouvoir se saisir de la philologie et de la traduction pour passer de ce qui est dit à ce qui ne l'est pas ; pour lire entre les lignes. Or je ne parle, ni le grec, ni le latin.

Tout autre analyse historique négligerait une hypothèse essentielle, la seule hypothèse qui m'a paru pouvoir rendre compte de ce que j'observais : que l'hystérique du médecin fonctionne comme une figure mythique, et qu'en tant que figure mythique, elle est an-historique.

Or, pour prendre en compte cette observation, et faire alors, à défaut d'une histoire 'philologique', une 'histoire anthropologique', l'histoire en position folkloriste telle que j'évoquais plus haut, il nous manque des éléments. La désignation de l'hystérique surgit, ici et maintenant, dans un contexte bien particulier, qui est celui du folk-lore médical. Les écrits relatant le passé ne rendent que très partiellement compte de ce qu'était ce dernier, puisqu'il est, par définition, pour moitié oral, voire tu, implicite. Cette désignation d'hystérique a eu lieu par le passé, on le sait, mais nous n'en gardons que les traces écrites des médecins, des législateurs, des religieux (toutes institutions mettant en 'ordre' les questions du corps et de l'âme). Rien sur l'oralité des soignantes, qui constituèrent pendant 16 siècles l'essentiel du personnel hospitalier (les sœurs), ainsi que le principal recours pour le soin et la guérison hors l'institution hospitalière (les guérisseuses). Pas non plus de témoignage direct sur les pratiques mises en œuvre, par delà les discours. Quant à la parole des femmes concernées, nous la chercherions vainement, sauf à de rares exceptions, et dans des textes psychanalytiques comparativement récents.

Une historiographie des travaux se rapportant à l'hystérie montre bien - tout du moins à l'observateur contemporain - que les récits médicaux dont nous avons des traces écrites font

⁸ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p.295.

référence, sous le terme hystérie, à ce qui renvoie les médecins au mystère féminin, des origines, du corps, et exerce sur eux quelque chose d'une séduction, dont ils se défendent avec des pratiques souvent intrusives⁹. Cela en dit certes long sur une continuité dans la pensée médicale, telle qu'elle est écrite, peu sur la réalité des personnes qui furent l'objet de ces désignations, et encore moins sur ce qu'étaient les modalités d'interaction entre ces patientes et les institutions des savoirs sur le corps. Or, tout porte à croire que l'efficacité de l'interaction médecin-patient, en général, et en particulier s'agissant de l'hystérie que j'ai observée, de la figure mythique, se joue autant dans l'implicite que dans l'explicite, et au sein de l'explicite, autant dans l'oral que dans l'écrit. Il est donc possible de faire une histoire de l'utilisation par la médecine de ce terme dans ses écrits, et nous le ferons succinctement, mais pas de l'hystérie telle que je l'ai observée, et qui constitue l'objet de ce travail.

Voici par exemple un commentaire sur la place des écrits concernant l'hystérie dans l'histoire récente des pratiques médicales : On pourrait croire que, depuis le vif intérêt que Charcot et Freud ont porté à leurs hystériques à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, la neurologie, puis la psychanalyse et la psychologie médicale ont tout dit, ou plutôt tout écrit sur l'hystérie. Mais comment se fait-il alors, que les médecins fassent de ces travaux le peu d'usage qu'ils font ? On me répondra, en s'appuyant sur la psychanalyse, que l'hystérique, par définition, met le système en échec, et que le fait que son problème persiste parle d'elle avant de parler du système où elle évolue. Je répondrai à cela, d'une part qu'une telle position reste une porte ouverte à de multiples dérives, en termes de culpabilisation de la patiente, porte ouverte dont le seuil est bien souvent franchi. Que d'un point de vue éthique autant qu'intellectuel, c'est donc peu satisfaisant, et qu'il est tentant de remettre la question sur la table, ne serait-ce qu'en revenant sur les circonstances d'émergence et de problématisation de cette théorie - ce qu'on fait des auteurs féministes, comme nous le verrons. Et surtout, je répondrai à cela que la médecine de la douleur 'guérit', si l'on veut, bon nombre d'hystériques... plus ou moins désignées comme telles, oralement ou par des actes, par les médecins... Donc, soit cette catégorie de l'hystérique du médecin relève d'une catégorie bien différente de celle, écrite, de la psychanalyse - mais de quelle catégorie s'agit-il donc alors ?- soit les changements radicaux que propose la médecine de la douleur pour le système ont finalement des effets...dont l'absence antérieure n'était alors, en dernière analyse, pas due à la

⁹ Herlem P., *L'Hystérie hier, aujourd'hui et encore*, collection « Psychanalyse », Césura, Lyon, 1994.

seule patiente, ce qui est tout de même une remise en question conséquente. Dans tous les cas il apparaît donc légitime d'aborder la question avec d'autres outils que ceux de la psychanalyse, puisque celle-ci n'a manifestement pas épuisé le sujet. Et l'on voit bien les limites d'un exercice qui se bornerait à considérer les écrits pour évoquer le fonctionnement du système : beaucoup de choses ne pourraient être observées, et seraient passées sous silence, qui permettent pourtant d'en rendre compte. Il y a la psychanalyse, et ce qu'elle écrit. Il y a ce qui en est fait, en médecine en particulier, et c'est autre chose.

*

Cette qualification « d'hystérique » rent les èfè la quelle se rà médecins n'est pas un diagnostic. Il appelle une autre histoire que 'l'histoire d'un diagnostic'. Catégorie emblématique du domaine de compétence médical : le 'corps' de la médecine, et le visible; catégorie emblématique du secret médical - si une catégorie reste pour toujours le secret des initiés, c'est bien celle-ci ; catégorie emblématique de l'initiation à la médecine - comme nous l'avons vu et le reverrons ; catégorie emblématique donc, de tant de choses qui sont les clefs de voûte de la compétence médicale - tout du moins du point de vue de l'imaginaire culturel des acteurs, médecins compris - c'est pourtant un 'non-diagnostic' : c'est l'impossibilité du diagnostic qui la caractérise. La manifestation du phénomène collectif qu'est la reconnaissance de l'hystérique du médecin survient quand la médecine perd la possibilité de mettre en ordre son savoir selon les catégories nécessaires à l'écriture savante. Cela en dit long, là encore, sur les limites d'un exercice qui consisterait à chercher dans les écrits scientifiques l'histoire de ce phénomène qui, tout recouvert d'écrits qu'il soit, est, pour l'essentiel, échec de l'écriture médicale.

« Mais, me rétorquera-t-on, cherchez alors vers la psychanalyse ! Elle a produit d'autres types d'écrits, justement ! ». Certes. Mais la médecine somatique ne considère pas ces écrits comme savants ou médicaux (une certaine psychiatrie, seulement, le fait). Il suffit d'avoir suivi les récents débats sur l'évaluation des psychothérapies pour s'en convaincre. Or, ce qui m'intéresse, ce n'est pas d'aider la médecine à se défausser vers d'autres disciplines qu'elle s'empressera ensuite d'invalidier, au moment d'évoquer ce qu'elle ne maîtrise pas de l'humain, mais de l'amener à assumer pleinement une parole et une écriture qui lui soit propre, même, voire surtout, si cette écriture ne peut pas remplir les critères de la science expérimentale. « La médecine est un art », dites-vous. Fort bien. Écrivez-le. Financez les

études qui s'y rapportent¹⁰. J'emprunterai aux irlandais, pour la circonstance, cette expression amusante et efficace : « put your money where your mouth is ».

*

Figure mythique, l'hystérique dont je parle vient incarner une énigme, en même temps que la solution de cette énigme. Elle est le problème d'un récit ancien ayant trait à l'âme et au corps - récit revisité par Pinel lors de la naissance de la psychiatrie, ce qui est une autre raison pour mettre en perspective les définitions que la psychiatrie et ses avatars donnent de l'hystérie. Ce récit constitue le mythe fondateur de notre biomédecine en général, et il est doublé, s'agissant de l'hystérie, d'autres mythes ayant trait à la douleur, d'une part, et au féminin, d'autre part, mythes que vient - potentiellement - profondément révolutionner la médecine de la douleur. La seule histoire qui permette de rendre compte d'une 'histoire de l'hystérie', c'est une histoire de ce problème qu'elle vient incarner, et une mise en perspective historique de la construction de ces différents mythes.

En disant que l'hystérique est échec de l'écriture médicale, on voit bien que le défi que constitue ce travail n'est pas mince, et interroge ma propre position : écrivais-je en tant que médecin ? C'est pourquoi j'ai aussi fait le choix, de me référer à d'autres champs du savoir, et, au fur et à mesure que cette difficulté m'apparaissait s'étendre à toute écriture savante, d'une écriture qui n'est pas une écriture savante.

Tenter de décrire le phénomène 'hystérie', c'est un peu comme lire Marcel Proust : cela donne le tournis. Le début sans cesse devient la fin, le présent se confond dans le passé, et il n'y a bien vite plus de début, ni de fin. Ce n'est pas un hasard, sans doute : c'est bien du temps, perdu ou pas, dont il s'agit ici, nous le verrons. C'est la nécessité, dans l'écriture savante, y compris, voire surtout, en histoire, de restituer le temps sur un mode linéaire, chronologique, qui est à l'origine de l'impossibilité de rendre compte par cette écriture du temps cyclique du rite et du mythe, qui sont éternels recommencements ; c'est dans cette temporalité que vit 'l'hystérique du médecin'; c'est de cette temporalité que la médecine

¹⁰ C'est-à-dire aussi les recherches en soins infirmiers, par exemple ; il est intéressant de constater qu'aucune des prestigieuses revues américaines qui s'y rapportent, pas plus du reste que les revues françaises, ne sont disponibles à la bibliothèque de la faculté de médecine de Nantes.

cherche à sortir en la désignant ; c'est aussi par ce choix qu'elle échoue à la rencontrer, et donc à la connaître, ou à la comprendre.

Comment montrer 'de l'intérieur' l'organisation de ce temps sans désorganiser le récit au point d'en perdre le fil? Difficile d'élaborer un plan dans ce contexte. Faut-il commencer par l'histoire ? Mais laquelle ? Celle des problèmes qu'incarne l'hystérique ? Mais est-ce possible sans avoir d'abord montré qu'elle incarne ces problèmes ? Par les cas cliniques alors? Mais pourra-t-on les appréhender sans connaître l'histoire qui constitue, activement, le présent du passé, la culture (au sens de ce qui se transmet) des acteurs décrits ? Faut-il présenter de manière didactique la médecine de la douleur ? Mais est-ce possible sans faire l'histoire de l'objet douleur en médecine, d'abord ? Les questions de ce type sont innombrables, et je les ai résolues de la manière suivante : je n'ai pas voulu céder à l'artifice de présentation d'une chronologie linéaire, et j'ai privilégié l'expérience. C'est pourquoi je commence par les 'cas cliniques' - nous reviendrons sur l'emploi de ce terme -, et la description du terrain : le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes. Je souhaite que l'on partage d'abord la rencontre avec cette réalité, et qu'ensuite on puisse se retourner vers l'origine, qui est, en l'occurrence, pour paraphraser J. Pigeaud, « plus ontologique qu'historique ».

C'est pourquoi aussi j'ai tenté de montrer sans dé-montrer, et surtout sans déconstruire ni démystifier, sauf à perdre complètement le fil de ce temps particulier qui aboutit au moment de la désignation de l'hystérique. C'est pourquoi aussi - je l'ai compris *a posteriori* - je me suis autant inspirée de l'anthropologie, qui a, de tous les champs du savoir, le plus étudié les pratiques du corps et de l'âme à la lumière du rite et du mythe.

*

Aujourd'hui, et depuis plusieurs siècles déjà, il est fort répandu de croire que pour savoir, il faut démystifier. Je n'ai pas cherché à savoir, ni à expliquer, mais à connaître et à comprendre le mythe. Pour cela, il m'a semblé qu'il ne fallait pas démystifier, mais rendre le mythe apparent là où l'on cherchait à le cacher. Mon intention n'était pas polémique, ni même théorique : médecin face à une énigme, je cherchais une solution adaptée. Étudiante étonnée et parfois choquée, j'explorai d'autres pistes que celles que l'on me proposait, qui ne me convenaient pas.

Que ce questionnement authentiquement médical, et somme toute si simple, soit amené à se heurter aux conflits de primauté ontologique et aux épistémologies des divers champs du savoir qui se donnent l'humain pour objet, j'étais alors bien loin de m'en douter. Je ne savais

pas, au début de mon travail, que je rencontrerai ces résistances. Je ne pouvais donc pas non plus en percevoir les enjeux : agissant comme des pôles magnétiques, elles maintiennent ces champs du savoir à distance les uns des autres, autant qu'elles donnent 'sa' cohérence à leur système dans son ensemble. L'imaginaire culturel n'appartient à aucun de ces champs. Il est dans tous - officieusement, et peut-être inconsciemment - et dans aucun, officiellement ; enfant pauvre des champs du savoir, il est pourtant au principe même de leur organisation en système, ici, comme ailleurs. Pour s'en rendre compte, il faut rendre les histoires à l'histoire, l'écriture aux écrits, et raconter.

La médecine est, à mes yeux, particulièrement coupable dans son aveuglement, parce que, plus que d'autres champs du savoirs, elle a les moyens (la clinique) de percevoir que passer l'imaginaire sous silence ne rend pas service à l'humain. Que, comme le dit J. Pigeaud, la machine jamais ne résumera la vie. Que la poésie et la métaphore sont actives face à la maladie et à la souffrance, pour le patient, pour le soignant. Elle le sait, mais elle se tait, ou plutôt elle ne l'écrit pas, et ses hystériques sont des femmes qui font les frais de son silence de papier. C'est pourquoi il m'a paru important d'être le transcrit de la réalité médicale. De ne pas emprunter à la psychologie ou à la psychanalyse 'son' objet, et son écriture, mais de parler de l'hystérique de la médecine. D'en parler, aussi en tant que médecin, mais alors en tant que la médecine est une écriture, comme l'a si bien montré J. Pigeaud.

Quelle histoire, donc ? Ce travail se situe dans l'ici et maintenant ; dans cet ici et maintenant, il va avoir recours à l'anthropologie pour se défaire des catégories savantes établies par les écrits, et débusquer les catégories relevant de l'imaginaire culturel, à travers le folk-lore - les enchevêtrements entre discours écrits et oralité -, et à travers les rites que ces discours accompagnent sans toujours les fonder en science ou en éthique, loin s'en faut, s'agissant en particulier de l'hystérique. Ensuite, il cherchera à comprendre la genèse et la fonction de ce système de catégories, et en son sein, en particulier, la fonction de la désignation de l'hystérique ; cette compréhension s'appuiera sur une histoire, celle de l'imaginaire culturel, qui a ceci de particulier qu'elle prend tout son sens à travers son efficacité aujourd'hui, efficacité qui est aussi de nature poétique et métaphorique ; elle s'appuiera sur les histoires, donc, nécessairement : les récits, les narrations ; et aussi, sur la perspective, à la fois synchronique et diachronique, anthropologique et littéraire, que propose René Girard, s'agissant de la genèse des catégories liées aux organisations de la violence dans nos sociétés.

Ce faisant, ce travail s'intègre très clairement, il convient de le préciser, dans une niche médicale rendue possible par la médecine de la douleur elle-même. Il n'est pas impossible - je n'ai pas le recul suffisant pour le dire - que la médecine de la douleur telle que je l'ai vue pratiquée, ne tende, comme Pinel à vouloir résorber le tout des passions dans la médecine, à y résorber cette fois le tout de l'humain - corps et âme, raison et passions, individu et collectif... Mais, par rapport à la médecine qui a suivi les travaux de Pinel, tout du moins s'en donne-t-elle les moyens, en sollicitant tous les champs du savoir à la table des discussions, en tolérant la complexité, et que les contraires se rencontrent et s'harmonisent sans nécessairement s'accorder.

Si cette situation bénéficie indéniablement à l'hystérique, elle n'est pas sans poser problème au chercheur que je suis, me trouvant à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du champ que j'observe.

*

Je vais, m'approchant de la fin de cette introduction, vous demander de m'autoriser un aparté, en espérant vous permettre ainsi d'appréhender ce qu'est ma position vis-à-vis de la médecine de la douleur, au regard de la distance souhaitée en sciences humaines vis-à-vis de son « terrain ».

En relisant récemment les *Animaux dénaturés* de Vercors, j'ai été frappée par la manière dont est traitée, vers la fin, la question de la vérité : pour ceux qui n'en auraient que des souvenirs imprécis, je rappelle que l'ouvrage traite, de manière romancée, de la lacune épistémologique qui affecte tous les champs des savoirs et des pratiques qui se donnent l'humain pour objet, à savoir le fait même de leur impossibilité à définir leur objet : l'humain. Le héros, Douglas Templemore, tente de contraindre la société à se positionner sur ce qui différencie l'homme de l'animal, en commettant délibérément l'infanticide sur une créature hybride issue de son insémination artificielle d'une femelle paranthropus, dont on ne sait alors s'il est « singe » ou « humain ». Va-t-il, ou non, être accusé de meurtre ? Ce débat judiciaire est au centre de l'intrigue, ainsi que sa romance avec une jeune femme qui va, à ses côtés, traverser cette épreuve, à une époque où les meurtriers sont encore, en Angleterre, passibles de la peine de mort.

Vers la fin du roman, deux éléments ont retenu mon attention, en me renvoyant à ma problématique de thèse (ainsi va la vie du thésard !) :

Le premier, c'est le conflit intérieur qui agite la jeune femme, parce qu'elle perçoit que le verdict judiciaire, au-delà de ses conséquences, ne lui sera pas, en nature, indifférent : bien que connaissant et respectant les intentions louables de Douglas, elle a la conviction que si la société le déclare coupable, cela modifiera aussi son propre regard sur lui : il sera, à ses yeux, un meurtrier ; en d'autres termes, elle prend conscience, et Douglas avec elle, que les catégories de la violence, en l'occurrence les organisations afférentes à la mort, sont collectives, collectives par « nature » (j'utilise ce terme à dessein, en référence aux propos de J. Pigeaud sur les rapports entre nature et loi). Ses propres ressentis et raisons sont impuissants à déterminer leurs propres catégories, face aux intimations de l'ordre collectif, tout du moins s'agissant de la mort, et du droit ou non de la donner (en tant que meurtrier, en tant que système judiciaire).

Le second, c'est un débat qui a lieu entre Douglas et le juge Draper - qui siégea un temps à son procès - ainsi que, indirectement, avec un membre du Parlement. Les deux premiers pensent avoir trouvé la réponse philosophique à la question de la définition de l'humain. Ils considèrent qu'ils ont trouvé la vérité à ce sujet. Mais au moment de la traduire en acte, et en actes politiques, ils en font un compte-rendu public qui est très éloigné de la pertinence de leur définition. Ceci, parce que le juge se fait, auprès de Douglas, le rapporteur d'une forte recommandation politique du membre du Parlement, à laquelle il adhère avec une ambivalence assumée. Celle-ci pourrait se résumer ainsi : sur de tels sujets, la vérité 'dans l'absolu' ne compte pas, ou même, n'existe pas ; ne compte, ou n'existe comme vérité, que celle qui peut être dite, entendue, agie. Il n'y a, sur ce type de sujet, de 'vérité' que dans la possibilité de la production collective de sens, et d'organisations.

On peut supposer que la vie (ou la condamnation) de Douglas est en partie suspendue à son acceptation de cet ordre des choses.

Il est difficile, étant médecin, et cette recherche tendant elle-même à être comme résorbée dans la médecine, de se détacher de la poursuite de 'la vérité'. Cet « amour du vrai » (chercher sans complaisance à découvrir la vérité) fait partie du « portrait moral du bon médecin » tel qu'un auteur du XVIII^{ème} a déjà cru voir se dessiner dans les écrits de Celse, au début de notre ère¹¹. C'est la réponse de la philanthropie médicale à ce qui constitue le fondement de tout acte médical : la nécessité de répondre à la plainte. Dans l'exercice actuel, comme dans l'enseignement, d'une biomédecine de plus en plus exigeante dans sa technicité

¹¹ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p 257-260.

et sa scientificité, il est aujourd'hui aisé d'oublier que c'est à ceci que le professionnel a à faire face¹² : Il y a, certes, la maladie ; mais il y a aussi, et pour d'aucuns, surtout, le malade, sa souffrance, et sa plainte. Cette plainte est particulièrement prégnante en médecine de la douleur, pour toutes les raisons déjà évoquées, mais aussi parce que de surcroît, toutes les tentatives de la science expérimentale pour réduire l'espace entre la douleur rapportée par le patient et la douleur dont il fait l'expérience se soldent par des échecs : cet espace est irréductible à l'objectivation des expérimentalistes. De ce fait, ce à quoi les soignants, médecins, scientifiques ont affaire, le matériel sur lequel ils travaillent, c'est avant tout la plainte.

Prise moi-même dans le 'corps médical', dans cette responsabilité et cette culpabilité générée par le face-à-face avec autrui et sa plainte, « appel à l'ordre du monde »¹³ - et donc dans cet « amour du vrai », je dirais, me référant aux aventures de Douglas Templemore, que je ne souhaite pas être seule dans mes interrogations. C'est, aujourd'hui, parmi les infirmier(e)s et les aide-soignant(e)s, dont je coordonne le travail, ou à qui j'enseigne les sciences humaines, que je ne suis pas seule. J'aurais aimé avoir un soutien plus explicite - financier - des institutions médicales. Cela m'aurait rassurée. En tout cas, si j'ai pu mener à bien ce travail, c'est en grande partie grâce au Centre de traitement et d'évaluation de la douleur du CHU de Nantes, et d'une manière plus générale, aux évolutions de la médecine face à la douleur et à l'émergence de cette nouvelle spécialité qu'est la médecine de la douleur. Mon questionnement est étroitement niché dans les nouvelles organisations qu'elle met en place. Cet état de fait nuit peut-être à la portée de mon travail, du strict point de vue des puristes de l'anthropologie. Ma manière de contourner cet écueil a été d'inclure, dans la partie « fabrication de la médecine », mes histoires : mes notes biographiques. Ainsi, si je ne peux me mettre pleinement à distance de moi-même et de mes confrères, tout du moins chacun aura les éléments pour le faire, et l'authenticité tiendra lieu de vérité.

'Historique', 'hystérique'... je fais sans cesse ce lapsus. J'ai écrit plus haut qu'essayer de raconter l'hystérie donne le tournis ; le passé et le présent se mêlent ; mais aussi, on le voit, l'intérieur et l'extérieur ; différents types de langages sont tissés comme autant de fils, et dessinent tantôt les contours, tantôt la substance, d'une vérité qui sans cesse se dérobe à qui

¹² Au sens entendu par Levinas E., *Éthique et Infini* (dialogues d'Emmanuel Levinas et Philippe Nemo), collection « L'Espace intérieur », Fayard, Paris, 1982.

¹³ Kress J.J., « L'efficacité de la plainte », in *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3, 1989, pp. 305-307.

veut la saisir. Le chercheur rencontre dans sa quête les mêmes écueils - les clivages entre champs du savoir - que l'hystérique elle-même dans la sienne, et l'identification alors s'en mêle, compliquant encore l'équation, y ajoutant de multiples inconnues.

S'agissant de l'identification : il en va de ce travail comme de tout travail de recherche, avec, peut-être, une lucidité précoce en plus : on répond mieux aux questions que l'on se pose. Donc toutes ces questions, je me les pose. Je le sais. Je ne suis pas, à ce sujet, dans l'illusion. Qu'il s'agisse ici aussi de faire entendre une voix de femme, cela bien sûr me concerne aussi, au premier chef. Cela gênera peut-être certains. Je l'assume. Plus que nombre des patientes concernées, je dispose des moyens de faire entendre ma voix dans les champs du savoir, et je le fais. Beaucoup de chercheurs, en particulier des historiens, se retournant, tardivement, sur leur travail, réalisent que l'histoire qu'ils ont faite est sans cesse teintée de leur histoire personnelle ; que Maupassant a fait, par la fiction, mieux que tout savant, l'histoire, la géographie et l'ethnographie de la Normandie. Et alors ? Pourquoi faut-il sans cesse que vérité rime avec objectivité ? Si je m'inscris pleinement dans la filiation de J. Pigeaud, c'est parce que je crois, et en médecine plus qu'ailleurs, que la connaissance doit, *in fine*, l'emporter sur le savoir, que le détour par l'art s'impose, et que vérité rime avec poésie. Qu'il importe, avec C. Rosset¹⁴, de ne pas rejeter dans un même mouvement l'illusion - et ses mensonges - et l'imaginaire - et ses ressources -, quand il s'agit de prendre à bras le corps la complexité du réel.

*

Ma question aujourd'hui est la suivante : qu'est-ce qui se joue aujourd'hui, en médecine de la douleur, du point de vue anthropologique et historique de l'imaginaire culturel, du mythe fondateur décrit par J. Pigeaud, s'agissant en particulier des patientes douloureuses chroniques dont leurs médecins traitants (généralistes ou spécialistes) ont considéré que c'est « dans la tête » - quelle que soit la formulation plus ou moins diplomatique, plus ou moins diagnostique de cette supposition ? Diagnostique, la formulation renvoie soit à la psychiatrie (à l'hystérie en particulier) soit à la médecine (la fibromyalgie)¹⁵, soit, le plus souvent, inextricablement

¹⁴ Rosset C., *Le Réel et son double*, Gallimard, Paris, 1976.

¹⁵ Syndrome douloureux chronique à ce jour inexpliqué du point de vue lésionnel, depuis très récemment (fin 2010) classé parmi les « douleurs auto-entretenuës », qui s'accompagne souvent de dépression et touche en très large majorité des femmes. Constitue environ un tiers de l'effectif des patients du CETD et la quasi-totalité de ma patientèle. De plus amples informations à ce sujet apparaissent dans le corps du texte.

aux deux. Qu'est-ce que cela donne à penser de la fonction de la désignation de l'hystérique dans le système propre à notre culture ?

Ma question n'a trouvé à se formuler ainsi qu'après qu'une première version de ce travail a été achevée à partir des outils de l'anthropologie. A l'époque, je ne 'savais' pas le travail de J. Pigeaud, mais je 'connaissais' le mythe fondateur puisque je suis une initiée, et que mes études de médecine avaient opéré sur moi les modifications qui vont de pair avec le mythe. Je 'connaissais' aussi les modifications apportées par la médecine de la douleur, y ayant exercé, y étant été adoubée comme une 'croyante'. J'avais compris, par l'anthropologie, qu'il était ici question de mythe, et de rite. Mais de quel mythe ?

Ma 'connaissances' initiale du mythe s'était ancrée autour de ces moments de désignation de l'hystérie - pas tout à fait cependant, puisque mon étonnement initial n'a jamais disparu. C'est aussi en intégrant les modifications des organisations afférentes à cette 'hystérie' du folk-lore médical que j'avais pu 'connaître' les modifications du mythe originel qui sont propres à la médecine de la douleur. Parmi ces nouvelles organisations, je songe ici en particulier à l'organisation de la pluridisciplinarité, et aux modifications conséquentes du destin de la plainte.

Je connaissais tout cela, mais ne pouvais pas le savoir, faute d'histoire. Pas faute d'avoir lu l'histoire, mais faute d'avoir accès à une histoire des problèmes.

J. Pigeaud donne la définition cicéronnienne de la douleur : « la douleur est cet état d'âme qui, comparant sa position présente à son état passé, juge que le corps éprouve, dans quelques-unes de ses parties sensibles, ou dans son ensemble, des déchirements et des altérations qui en dérangent l'harmonie. »¹⁶. L'essentiel des problèmes qui existent aujourd'hui en médecine de la douleur est dans cette définition vieille de 2000 ans : l'âme et le corps, le jugement, le temps qui passe, l'harmonie altérée. La définition que la médecine de la douleur est parvenue à grand peine à faire admettre par l'OMS à la fin des années 1970, se débarrassant des oripeaux de la preuve par le voir, s'achemine doucement vers une formulation proche de celle-ci - bien que moins dualiste - dont elle ignore, manifestement, l'existence. Pour espérer en approcher la finesse, la subtilité, il faudra néanmoins que les médecins contemporains réapprennent à écrire. Je disais tout à l'heure que je ne pouvais pas, comme J. Pigeaud,

¹⁶ Petit M.-A., « Discours sur la douleur », *Essai sur la médecine du coeur*,... Lyon 1806, cité In Pigeaud J., *op cit.* p. 273.

traduire le grec et le latin, que je ne parle pas. En revanche, je parle le ‘médecin’. Et ce travail sera aussi, bien souvent, un travail de traduction.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Il est à la fois fort complexe et fort simple de définir ce que nous entendrons par « hystérie » :

Simple, parce qu'il s'agit ici simplement de désigner toute ma patientèle féminine du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes¹⁷

Complexe, parce que le terme a une longue histoire, qui l'a vu recouvrir des significations différentes. Complexe également, parce qu'aujourd'hui ce terme est devenu quasiment souterrain - il a perdu son statut de diagnostic psychiatrique dans les écrits officiels -, et qu'il est plus suggéré que clairement explicité dans le monde médical.

Néanmoins, l'interaction entre médecin somaticien et patiente qui donne lieu à cette désignation présente un certain nombre de caractéristiques, dont la plus commune aujourd'hui est le décalage perçu entre la plainte exprimée par la patiente, entre la souffrance aussi qu'elle invite à partager par le biais de cette plainte, et la relative pauvreté du tableau pathologique en termes de maladie objectivable, c'est-à-dire en termes de lésion visible, directement ou indirectement par les examens complémentaires.

Le caractère 'inexplicable', pour les acteurs du monde médical, en particuliers les médecins, du 'comportement douloureux' de la patiente, dont fait partie le comportement vis-à-vis du monde médical, est une autre de ces caractéristiques. En font partie la persistance de la plainte, et/ou l'inefficacité des procédures antalgiques, inefficacité qui n'est alors explicable, du point de vue du médecin, que par *la tête*.

Pour finir, le médecin a des difficultés à comprendre la nature de l'attente de la patiente vis-à-vis de lui. Cette difficulté peut résulter des deux premières caractéristiques et/ou s'y ajouter.

L'interaction médecin-patient est ici empreinte de confusion, de malentendus liés aux représentations - individuelles et collectives - des rôles attendus de l'un et de l'autre, d'angoisses et d'attentes inassouvies de réassurance, le tout assorti d'interprétations fortement sexualisées, d'une manière qui la fait curieusement ressembler aux relations de couple.

C'est ce décalage, cette impossibilité à expliquer, et cette confusion chargée d'angoisse qui sèment le doute, créent la suspicion, altèrent la relation thérapeutique, et sont au point de

¹⁷ Auquel je me référerai désormais sous le sigle de CETD.

départ du cheminement qui donnera naissance, plus ou moins explicitement, à la désignation de la patiente comme « hystérique » ; ceci dans une escalade symétrique et conflictuelle qui aboutit invariablement au rejet, souvent après une phase de surenchère thérapeutique, incluant parfois la multiplication de gestes chirurgicaux.

Ces caractéristiques sont typiquement celles qui amènent les médecins de mes patientes à me les envoyer en consultation, celles que l'on retrouve effectivement lors des premières consultations, celles que l'on va tenter de mettre au *travail* pendant les prises en charge.

Je n'en dirai pas autant de ma patientèle masculine, certes minoritaire, mais néanmoins réelle : bien que présentant des plaintes et des problématiques très voisines, du point de vue médical, de celles de nos patientes, le qualificatif d'hystérique, avec tout ce qu'il colporte, n'est pas celui qui nous (nous les médecins) vient à l'esprit pour eux ; angoissés, déprimés, hypocondriaques, pervers, en recherche de bénéfice secondaire... toutes ces choses, éventuellement, oui. Mais pas « hystérique ». C'est pourquoi nous ne les avons pas inclus dans ces descriptions.

C'est ainsi que j'ai choisi de désigner toute ma patientèle féminine comme groupe d'étude, et d'en esquisser une typologie, en donnant comme exemple le détail d'un cas clinique pour chaque type.

*

On s'étonnera probablement de voir que le terme « hystérie » n'apparaît que très rarement dans les propos et les courriers médicaux, beaucoup moins que le terme « fibromyalgie » par exemple, ou « dépression ».

C'est que ce travail est un témoignage d'initié. Il s'agit ici de raconter, au sens fort, ethnographique, une expérience vécue de l'intérieur, qui comporte sa part de secret, d'implicite, d'interdits aussi. Or, de ce point de vue d'initié(e), il me paraît juste de dire que toute ma patientèle féminine a pu, à un moment ou un autre de son parcours médical, voire pendant l'essentiel de sa durée, susciter plus ou moins explicitement la désignation d'hystérique, être 'reconnue' comme telle, et que c'est pour cette raison même qu'elle m'est adressée, quand bien même le terme lui-même n'aurait pas été utilisé.

En outre, si la désignation d'hystérique a un jour été explicite dans leur parcours, comme mon expérience médicale me le laisse supposer, il est certain que cela aura eu lieu en coulisses, et oralement, éventuellement écrit sous forme de notes, de mémos ; cela aura en revanche été tu à la patiente ; il n'y en aura pas de trace non plus dans les courriers, surtout si ceux-ci sont adressés au CETD, où l'on soupçonne, à juste titre, que cette désignation a moins cours qu'ailleurs, même entre professionnels. Comment, pourquoi cela s'est-il su, d'ailleurs ? Rien ne l'explique spécifiquement.

Dans mon expérience de la médecine hospitalière en général, si l'on n'ose pas toujours utiliser le terme « hystérie », le critère minimum de sa désignation, orale ou 'notée', peut se résumer à un : « c'est dans la tête », ou encore, en termes plus châtiés et techniques, à « **douleur psychogène** ». Les professionnels orientent ainsi, à défaut d'une pathologie visible à l'intérieur du corps de l'anatomie¹⁸, vers « la tête » de la patiente, ou sa « psyché » - et donc tout de même vers la réassurance d'un « lieu affecté » (cf. la terminologie galénique) - la recherche d'une origine pour cette plainte perçue comme inauthentique, et souvent, dans un même mouvement, pour celle de l'irritation conséquente, de la conflictualité, de l'épuisement, ressentis par eux avec ces patientes : les origines du mal.

Dans la pratique de la médecine de la douleur telle que je l'ai observée et exercée au CETD, la désignation de « l'hystérique » sera aussi le plus souvent implicite et relèvera d'un mouvement intuitif collectif, avec tout un spectre de validation de cette reconnaissance, selon qu'elle ne concernera qu'un professionnel exaspéré, ou toute une équipe aux prises avec une contamination conflictuelle ou encore une confusion et un désordre insupportables. La validation s'effectuera souvent alors avec l'appui du psychiatre - mais rarement sous ce nom d'hystérie - que l'on n'ose plus prononcer, même en coulisses : « *grand H* » ; ose-t-on parfois glisser.

Cependant, de ce point de vue, la fraîcheur des jeunes stagiaires, qui ne connaissent pas nos interdits, permet aisément de lever le masque : au sortir de la chambre, eux savent : « *Ben, c'est une hystérique, non ?!* ». Le silence accueille cette affirmation.

L'un des noms que porte le plus fréquemment la figure de l'hystérique du folk-lore médical, rencontrée au CETD, est « **fibromyalgie** ». Nous aurons l'occasion de décrire ce cadre

¹⁸ Je précise : « visible à l'intérieur du corps de l'anatomie », et pas seulement « visible sur le plan corporel », car de ce point de vue, une médecine qui se préoccuperait du mouvement et de la vie du corps, à l'instar de l'ostéopathie par exemple, trouverait sans nul doute nombre d'anomalies fonctionnelles : contractures, postures entretenant les douleurs, etc...

nosologique plus en détail, et ses liens avec « l'hystérie ». Un changement de nom n'est pas juste un déguisement : c'est un changement de catégorie qui annonce de nouvelles stratégies. En outre, l'une de ces stratégies, et peut-être la principale, est précisément une mise au *travail*, dans la relation thérapeutique, des catégories médicales : les diagnostics, et les noms se référant aux lieux affectés, ainsi qu'aux raisons et vérités afférentes à ces noms, selon les sciences auxiliaires de la médecine. Les noms sont donc mouvants, apparaissent et disparaissent, selon leur utilité ou non pour les stratégies thérapeutiques.

Pour finir de faire comprendre aux non-médecins - car les médecins, je crois, l'auront déjà reconnue depuis longtemps - ce qui m'a autorisé, en l'absence du nom « hystérique », à désigner toute ma patientèle féminine comme relevant de cette catégorie, j'ajouterai un mot sur le *fléchage*¹⁹ des patients vers la consultation de tel ou tel médecin du CETD : il est effectué par la secrétaire, selon les directives du chef de service et à un moindre degré des autres médecins, en fonction des critères ayant trait aux compétences spécifiques de chacun. Il est bien clair pour toutes et tous au CETD que les patientes qui me sont adressées le sont parce que la secrétaire, 'gardienne du temple' et 'traductrice médicale', sait reconnaître qu'il apparaît, entre les lignes du courrier ou plus clairement, que c'est « dans la tête », et ce d'une manière « *compliquée* ». Après que j'ai exercé quelque temps au CETD, les médecins qui me les adressaient savaient aussi que c'était 'ma spécialité' et demandaient spécifiquement une consultation avec moi pour cette raison. Mes patientes me sont adressées, par éliminations des arguments lésionnels, essentiellement sur ce critère de la « **dimension psychogène de la douleur** », et le plus souvent avec un diagnostic, acquis ou à confirmer, de fibromyalgie.

*

Je témoigne ici d'une expérience de six ans sur le terrain concerné, dans une position d'implication clinique croissante, où le rapport observation/participation a évolué de plus en plus vers la participation et la visibilité en tant qu'acteur du soin, en tant que chercheur, en tant qu'enseignant, avec pour corollaire une participation affective croissante aux différents enjeux. C'est pourquoi la relation de mon parcours personnel sur ce terrain, et la dimension réflexive me paraissent importantes.

¹⁹ Terme de jargon oral - d'où la police corsiva - pour indiquer l'orientation des patients. Je vais m'expliquer très bientôt sur les différents types de police et de guillemets utilisés.

*

Je commencerai, ai-je prévenu, par les **cas cliniques** : c'est-à-dire par le parcours de soin des patientes, et leurs histoires telles qu'elles les racontent aux soignants, leurs demandes, leurs plaintes, leurs recours spontanés, intimes, sociaux, légaux, économiques, médicaux ; en réponse, les paroles et organisations des acteurs du soin et de la guérison.

Il a bien entendu été nécessaire que je fasse un choix parmi mes patientes. Je voulais présenter un exemple de chaque 'type' de patiente. Mais selon quels critères effectuer cette typologie ? J'ai répondu à cette question en appliquant la même logique qui m'a vu sélectionner l'ensemble de ma patientèle, c'est-à-dire la logique qui consiste à expliciter l'implicite, et à écrire ce qui, de la *praxis* médicale, ne l'est habituellement pas : j'ai présenté une typologie d'initée.

J'entends par là qu'elle correspond à une classification essentiellement intuitive, qui s'opère peu ou prou dans l'esprit des soignants, qui résulte de multiples critères, collectifs ou individuels, certains connus, avouables... d'autres, peut-être moins, ou pas ; d'autres encore, que l'on ne connaîtra peut-être jamais ! Mais en tout cas c'est elle qui préside à l'organisation de la pratique, puisque c'est elle qui va orienter les modalités et stratégies de prises en charge. L'intuition intervient ici conjointement aux raisons médicales, participe de la logique médicale au même titre que la raison. Si ces intuitions ont besoin d'être éclairées, elles le sont *a posteriori*, ou lors d'étapes de réflexions lors des prises en charge. Il en ira de même pour la typologie.

J'attire par avance tout particulièrement l'attention vers le temps : organiser la prise en charge et ses stratégies, c'est avant tout organiser de telle ou telle manière le temps, le mouvement, la parole : « *timing* » et durée de la prise en charge ; « *timing* » de l'intervention de tel ou tel acteur ; « *timing* » de l'effraction cutanée ; *dosage* du et des mouvements ; fréquence, durée des temps de parole ; fréquence, précocité, de la réponse à la plainte etc. Il est question du *Kairos*. Il est question, aussi, de rythme, puisque cette recherche du bon « *timing* » s'applique

à un ensemble de pratiques, et qu'elle s'inscrit, en lien avec le mouvement, dans la durée et dans l'espace.

Je souhaite également m'arrêter un instant sur 'l'intuition', pour préciser que sa prise en compte ne va pas de soi en médecine. La médecine a vis-à-vis d'elle beaucoup d'ambivalence : si elle se revendique comme « *art* », le progrès de la technique et l'appétit collectif pour les certitudes, s'agissant en particulier des désordres occasionnés par la maladie, s'y accompagnent plutôt d'une mise à distance de l'intuition. Le plus souvent, dans l'exercice actuel, très technique, de la médecine, les recommandations officielles - qui répondent aussi aux injonctions du social - seraient plutôt de s'en défendre (vis-à-vis du collectif) ainsi que de se l'interdire (pour soi-même), de revenir à la science, à la **médecine par la preuve**²⁰, à la « *neutralité* », à la nécessité de « *se protéger* »... et au bout du chemin de parvenir, peut-être, à s'en désintéresser.

Cependant, cette intuition peut aussi être le 'plus' qui fait le 'grand' médecin : quand elle est couronnée de succès techniques, elle peut apparaître comme une qualité, en surcroît. Parmi les attributions les plus disputées - tout à la fois les plus et les moins désirables, les plus jalousées, les moins assumées, les plus polémiques aussi - du pouvoir médical, il y a le pouvoir de prédire l'avenir, dont la pierre de touche et la clef de voûte sont l'exactitude du diagnostic ; le médecin qui ajoute la justesse de l'intuition à la pertinence du savoir n'en est que plus puissant. Mais il n'a pas - plus - le droit à l'erreur, pas d'espace de jeu. L'intuition et ses errements éventuels sont plus aisément autorisés à l'infirmière ou aux aides-soignantes, le médecin ayant le choix de les écouter, ou pas. Il en résulte, dans les faits, s'agissant de la place de l'intuition en médecine, une division sexuée des tâches et des compétences. En outre, quand intuition médicale il y a, elle est, par sa valeur prédictive ajoutée, d'une essence supérieure à l'intuition soignante.

Cette méfiance vis-à-vis de l'intuition peut sembler tout à fait louable et compréhensible - en tant que c'est une exigence de rigueur scientifique, la traduction contemporaine de « l'absence de complaisance dans la recherche de la vérité » du « bon médecin »²¹ - mais c'est inopérant s'agissant des patients douloureux chroniques, en général.

²⁰ Cf. : evidence based medicine.

²¹ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, pp. 257-260.

De fait, au CETD, l'intuition occupe une place très particulière. Elle est prise en compte, par chacun des acteurs, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit exprimée publiquement, ni validée ou agie sans réflexion. J'ai du mal à décrire ici ce qui se passe. Il y a une petite case 'intuition' dans la tête, comme une petite lumière, qui naît spontanément de la rencontre avec le ou la patiente, et qui ne fait pas ici l'objet d'un déni ; qui n'est pas non plus repoussée à titre systématique par la raison ; qui est différenciée en fonction des places de chacun sans hiérarchie de valeurs du point de vue de l'efficacité et donc du pouvoir prédictif - le neurochirurgien chef de service me parlait, par exemple, de l'importance des intuitions et observations de ceux qu'il appelait les « *serpillothérapeutes* » : les agents de service. Les intuitions des uns et des autres sont tissées dans le tissu global de la stratégie de l'intervention pluridisciplinaire, où elle grandissent et s'expriment - par le rythme et la narration imprimée à la prise en charge - si cela semble utile, ou au contraire disparaissent et s'étiolent, restant à l'état de traces, si ce n'est pas le cas. La médecine de la douleur est avant tout pragmatique : « *faire plus de ce qui marche, moins de ce qui ne marche pas* » est son *credo* ; répondre à la question du 'comment' plutôt que du 'pourquoi'. C'est ainsi que savoir les 'raisons' ou les 'causes' de tels ou tels choix de pratique importe moins que connaître leurs résultats. Cela s'applique aux professionnels, comme aux patients.

La « *protection* » des patients et des soignants face aux dérives possibles de l'intuition - projection, interprétation, identifications - repose sur une régulation interne qui, elle-même, est rendue possible par le caractère pluridisciplinaire du travail²².

Dans le jargon de médecine de la douleur, cette intuition complexe s'articule souvent autour de l'expression « *fonction de la plainte* ». Au fur et à mesure des **prises en charge**, et en particulier en s'intéressant aux **gênes** et aux pertes occasionnées, pour le patient, par la douleur, on pressent que le fait de se plaindre occupe, dans la vie du patient, une « fonction » importante, dont il n'a pas conscience ; qu'aussi longtemps que cette « fonction » ne sera pas remplie par autre chose, d'une autre manière, ou/et qu'elle n'aura pas pu être portée à sa connaissance²³ et faire l'objet d'une résolution ou d'un renoncement, il sera vain d'espérer faire cesser la plainte.

Car il s'agit bien de cela : pour ambivalent que cela soit, l'exercice de la médecine de la douleur a pour sens de faire cesser la plainte ; ce qui ne va pas sans poser quelques questions à

²² Un peu à la manière de ce qui se fait en psychothérapie institutionnelle.

²³ Je choisis à dessein ce terme plutôt que celui de 'conscience', car la connaissance, c'est aussi le corps.

la philanthropie médicale. Je ne peux véritablement en dire plus sans rentrer dans le détail du fonctionnement du CETD, qui n'interviendra qu'après la présentation des cas cliniques. En tout cas, la sélection des cas présentés a été faite en fonction de ces intuitions, de ces « fonctions », et de leurs conséquences pratiques pour l'organisation des prises en charge, qui ont pour l'essentiel trait au temps ; elle résulte donc d'une explicitation de la typologie même des acteurs de terrain, plutôt que de son analyse ou d'un transfert de données issues de la clinique médicale vers des catégories appartenant à un autre champ du savoir. Dans la troisième partie en revanche, une autre typologie se superpose à la première, *a posteriori* ; elle représente une étape vers l'analyse en termes de sciences humaines de cette typologie intuitive des acteurs du terrain. Elle s'appuie sur l'intérêt suscité chez les professionnels par tel ou tel type de patiente, tel ou tel type de « *fonction de la plainte* ».

J'ai tenté de faire partager un panel assez large, assez représentatif de mes patientes. Les exemples présentés reflètent à peu près un 'type'. Mais pour nombre d'entre elles, se joue une combinaison de ces différents 'types'²⁴.

L'enquête de terrain s'attachera donc, après les cas cliniques, à décrire le contexte général dans lequel se situe l'exercice actuel de la médecine de la douleur, et en détail l'exercice hospitalier qui est celui de mon terrain, le CETD. Plusieurs entretiens avec des praticiens impliqués ont été réalisés en début d'enquête, suivis de nombreux entretiens informels avec toutes les catégories de soignants et de non-soignants impliqués dans les prises en charge. J'ai également participé à de nombreuses formations, colloques et séminaires, et lu une bibliographie spécialisée. Le rôle d'acteur du terrain est venu compléter ce 'voyage'.

La dernière partie de cette thèse consiste en l'analyse de ces données de terrain à la lumière de l'histoire et de l'anthropologie. Je précise que les 'cas' analysés dans cette dernière partie sont bien les cas présentés au début. En de rares occasions, d'autres exemples de patientes sont amenés, issus du même terrain, mais non inclus dans les cas décrits au départ.

²⁴ J'ai constaté, dans l'après coup, que parmi les 11 patientes choisies, il y a deux infirmières retraitées. Ce n'était pas un choix délibéré. Ce n'est pas non plus une circonstance représentative. Nombre de mes patientes sont femmes au foyer, ou pratiquent, ou ont pratiqué, des métiers de soin ou d'aide à la personne : aides-soignantes, assistantes maternelles, aides à domicile, mais peu sont infirmières. On pourrait regretter que de ce fait, leur langage risque d'être moins 'profane' que celui d'une personne n'ayant pas exercé une profession de soin. Ce n'est pas mon sentiment.

J'ai indiqué, à la fin de mon introduction, que ce travail est aussi un travail de traduction. J'ai utilisé, jusqu'à présent, constamment des guillemets : soit pour renvoyer à une utilisation, précisée antérieurement, d'un terme, soit pour marquer le fait que tel ou tel mot fait partie du jargon médical, ou du langage courant. Soit, encore, s'agissant de « l'hystérique », pour signifier que j'utilise ici ce mot dans son utilisation médicale, ainsi qu'avec toutes les réserves détaillées en introduction. Avant de me lancer dans la relation des cas cliniques, puis la description du terrain, il faut trouver un accord sur des modalités typologiques qui vont permettre de reconnaître le jargon interne à la médecine de la douleur, parce qu'il n'est pas anodin : c'est son folk-lore, sa tradition orale ; de distinguer, aussi, les termes techniques, qui ne sont pas un jargon mais renvoient aux écrits officiels ; de marquer enfin, que j'emploie ici le terme d'hystérie dans le sens précis défini en introduction : c'est-à-dire que ce n'est pas vraiment un terme du jargon de la médecine de la douleur, où cette reconnaissance intuitive n'est plus guère verbalisée, sauf en coulisses, ou encore déguisée sous le terme de « *grand H* », de « douleur psychogène » ou de « fibromyalgie » ; c'est plutôt un terme du jargon médical, du folklore médical en général. Il arrive aussi que des psychiatres le prononcent encore comme un diagnostic - à la nuance près que les catégories des écrits officiels ne les y autorisent plus.

En outre, dans les descriptifs qui vont suivre, j'aurai très souvent recours à des citations : citations de paroles de patientes ou de professionnels ; citation, parfois, de textes médicaux ; citation, plus rarement ici que dans l'analyse, d'auteurs. Il va donc falloir là aussi trouver des conventions concernant l'utilisation des guillemets.

Voici comment je procéderai :

Pour distinguer les propos relevant de l'oralité j'emploierai la *cursive* (monotype corsiva)

Je classe sous le terme **d'oralité** :

Le jargon employé en médecine de la douleur.

Les notes manuscrites et les transmissions destinées aux rapports interprofessionnels (non accessibles aux patients, du point de vue légal : donc non officiels), y compris les miens quand je m'adresse aux professionnels.

Les courriers des patientes.

Les propos tenus par oral, quel que soit le contexte, par les professionnels - ou les patientes. Ceux-ci - parmi lesquels les entretiens - figureront donc à la fois entre guillemets et en cursive.

Pour que l'on reconnaisse les écrits, ils figureront en **verdana**.

Je classe sous le terme **d'écrits** : les extraits de textes médicaux ou légaux, les courriers des professionnels, ainsi que les termes techniques non passés dans le langage courant et/ou pouvant créer une confusion par leur proximité avec le langage courant (utilisation de métaphores, termes du langage courant utilisés comme catégories médicales...)

La nuance entre jargon et terme technique est parfois subtile, et il m'a parfois fallu faire des choix personnels qui pourraient paraître arbitraires et que je dois donc justifier : j'ai noté en **verdana** tous les termes qui apparaissent dans les écrits diffusés en médecine de la douleur, soit parce qu'ils sont empruntés au langage technique médical écrit, au sens large, soit parce que la généralisation de leur usage les a vus passer à l'écrit, même si au départ il s'agit de termes de jargon ou/et empruntés au langage courant pour leur puissance métaphorique. Quand, *a contrario*, je ne sais pas dans quelle mesure l'expression est généralisée au-delà du CETD, je laisserai la *corsiva*.

A chaque fois qu'il sera nécessaire, je préciserai ces subtilités en notes.

Par exemple, « **prise en charge** », terme technique de médecine de la douleur, passé à l'écrit et généralisé au-delà du CETD, est une expression tirée du langage courant et du soin infirmier, plutôt que du langage technique médical général, qui utilise plus volontiers le terme de « suivi ». On voit que la nuance n'est pas anodine.

Autre exemple : Quand la médecine s'est approprié des termes du langage courant comme « repos » ou « humeur » dans le cadre d'évaluations de la **qualité de vie**, je les noterai en **verdana**, comme du langage technique. En effet, les questionnaires qui utilisent ces termes sont souvent d'origine nord-américaine ; leur appartenance au langage courant ne doit pas faire oublier que ce sont des catégories transposées, rendues 'universelles' par leur utilisation scientifique, alors même que dans le processus de traduction de ces questionnaires peuvent se glisser les dérives de toute traduction. Leur 'scientifisation' écrase l'espace de la traduction.

A l'inverse, les termes « anxiété » et « dépression » seront laissés en police normale. C'est un choix : d'une part, ils sont compréhensibles, en tant que termes du langage courant ; d'autre part, si ce sont aussi, maintenant, des catégories médicales, on pourrait soutenir à divers titres (historiquement entre autres) que c'est secondaire. (Si je prenais la position inverse, alors il me faudrait aussi classer le terme « douleur » parmi les termes techniques). En outre, quand ces termes apparaîtront sous la plume ou dans la bouche d'un professionnel, ou quand ils sont utilisés avant tout comme des catégories médicales (dans les questionnaires d'évaluation par exemple) ils seront présentés dans la police correspondante, ce qui éclairera quant à leur sens.

Les citations d'auteurs auxquels je me réfère pour ce travail (historiens, anthropologues... ou parfois romanciers ou poètes) figurent dans la même police que le corps du texte.

J'emploierai les doubles guillemets, « à la française » à chaque fois que je rapporterai des propos, écrits ou oraux, y compris les miens lorsque je m'adresse aux autres professionnels ou aux patientes. Parfois, quand il s'agit d'un long extrait, un encadré remplace les guillemets.

Il y a quelques passages de monologue intérieur, pendant le rendu des cas cliniques. Ils figureront sans guillemets, dans la même police que le corps du texte, entre deux tirets.

Les termes de jargon ou techniques employés dans le corps de mon texte, hors citation, n'auront pas de guillemets.

(A chaque fois que cela m'a paru nécessaire, je place en note les explications des termes techniques. Les termes de jargon sont, la plupart du temps, suffisamment compréhensibles pour que cela ne soit pas nécessaire. Les subtilités qui y sont éventuellement rattachées sont explicitées directement dans le corps du texte).

Les autres guillemets, simples, 'à l'anglaise', seront réservés à leur usage habituel : terme du langage courant par exemple, ou terme dont on souhaite mettre en avant une particularité.

J'y recourrai plus volontiers qu'à l'italique, à chaque fois que ce sera possible, pour éviter la confusion avec l'écriture cursive. Je conserverai néanmoins l'italique pour les termes grecs ou latins.

*

S'agissant du terme « hystérie » : je vais, désormais supprimer les guillemets. Comme pour les termes « douleur », « dépression », « anxiété », le choix de la police est ici sujet à discussion. Ce sont en effet des termes qui voyagent entre langage courant, jargon professionnel et langage technique écrit, en portant à chaque fois, bien qu'en proportion variable selon la personne, le moment, le lieu, l'intention, une combinaison de ces différentes appartenances, à l'instar de la mélancolie décrite par J. Pigeaud. Ce sont véritablement des termes du folk-lore, qui voyagent entre écrit et oral et tissent, par leur voyage même, un écheveau de significations, d'imaginaire, et de récits.

Il ne m'est donc pas possible de choisir, pour ces termes, entre l'une ou l'autre de ces typologies. Quand j'évoquerai ce que j'ai jusqu'à présent appelé 'mon hystérique', ou « l'hystérique », ou encore 'l'hystérique du médecin', je dirai simplement, en police normale et sans guillemets : hystérique.

Quand le terme est utilisé dans des citations issues de textes écrits ou de propos tenus oralement par les acteurs, il prendra la police du texte correspondant, et la part des différentes significations du terme sera appréciée en fonction du contexte de son utilisation.

Celle-ci est souvent motivée par l'intention de formuler une catégorie diagnostique. Mais j'attire l'attention sur le fait qu'il ne peut véritablement être entendu comme un terme à valeur diagnostique, donc une catégorie du langage savant, que dans la bouche d'un psychologue, d'inspiration analytique : c'est le seul professionnel dont les catégories écrites comprennent encore l'hystérie.

La psychiatrie étant ce qu'elle est, c'est-à-dire divisée en écoles adoptant telle ou telle perspective théorique, s'accordant plus ou moins sur les classifications internationales, et pour certaines se référant très nettement à la psychanalyse, le terme d'hystérie peut conserver une valeur quasi-diagnostique pour certains psychiatres, bien que dans une enclave qui n'est plus tout à fait le discours collectif répondant aux injonctions du social; c'est le cas des psychiatres intervenant au CETD.

Que l'on ne s'inquiète pas de ces multiples nuances : le terme hystérie est, de fait, très peu énoncé, puisqu'il est, la plupart du temps de nos jours, implicite, ou déguisé. Le plus souvent c'est donc moi qui l'emploie dans le corps du texte, ce qui ne nécessite pas de police particulière.

Je m'arrêterai un instant sur deux autres termes qui ont posé problème, de ce point de vue de la police et des guillemets : le corps, et la tête.

Pour le second, dans la mesure où il ne figure pas dans les écrits officiels, et reste une formule utilisée oralement pour dire simplement une réalité complexe et insaisissable - jamais on ne lira dans un courrier, ou un document officiel : « c'est dans la tête » - le choix est évident : il figurera en cursive, et le plus souvent entre guillemets pour rappeler que l'expression a été effectivement entendue telle quelle : « *c'est dans la tête* ». Je précise néanmoins qu'il ne s'agit pas de jargon médical, mais bien d'un terme utilisé aussi bien par les patientes, leurs familles, et toutes les catégories de professionnels.

Pour le premier (le corps), le choix est plus compliqué. C'est bien évidemment un terme que l'on retrouve dans les écrits des différentes spécialités professionnelles impliquées, quoi qu'assez peu dans les écrits médicaux, ceux-ci se référant en général à une fraction de ce « corps » : le dos, le nerfs sciatique, les muscles... On le retrouvera plus volontiers dans les écrits ayant trait à l'individu dans son ensemble : à son comportement ou à son vécu. C'est aussi un terme largement utilisés par les auteurs auxquels j'ai pu me référer. Et bien évidemment c'est un terme largement utilisé dans les échanges oraux, par les professionnels comme par les patientes... comme le terme 'hystérie', comme le terme 'douleur', il fonctionne comme l'une des navettes sur le métier à tisser qui voit naître la tapisserie résultant des différents discours. Je choisis donc de le traiter de la même manière que le terme 'hystérie', et que le terme 'douleur'... 'psyché', 'cause psychique'... subiront le même sort - ce qui n'est sans doute pas un hasard - c'est-à-dire que tous ces termes figureront en règle générale en police normale et sans guillemets, mais aussi que ce postulat de base s'adaptera aux circonstances de leur énonciation.

Les données d'entretien ont été recueillies par les différents professionnels, et l'interlocuteur à qui sont adressées les paroles des patientes sera spécifié dans la mesure du possible. Me concernant : j'ai été explicite vis-à-vis des patientes quant à ma double position de médecin et de chercheur. Les propos m'ont donc été adressés à ce double titre, parfois après avoir expliqué de quelle recherche il était question, quand les patientes le demandaient, ce qui ne fut pas fréquent.

En pratique clinique - en dehors donc de tout rôle d'expert - le récit du patient sert de base au travail ; il n'est pas habituel, en dehors de certaines circonstances spécifiques en psychiatrie,

de vérifier la vérité des propos tenus. N'ont valeur de vérité que les courriers entre collègues, les comptes-rendus, les examens complémentaires ; n'a valeur d'authenticité que l'efficacité de la relation. C'est un problème pour le chercheur, mais c'est aussi au cœur de notre problématique, puisqu'il est largement question ici de la valeur de la vérité en médecine. Je précise donc que le récit que les patientes nous font de leur vie est donc 'leur' récit, et que c'est ce récit qui a servi de base à ce travail. Les données présentées ici sont 'leurs' données, sauf quand la rencontre avec la famille, leur quotidien en hospitalisation ou les croisements entre récits et courriers, a donné lieu à la confrontation de propos contradictoires, ce qui sera alors précisé.

*

Toute écriture nécessite une mise en ordre, une classification, qui la range dans la tradition et sous l'autorité de tel ou tel champ du savoir ou de la pratique de l'écrit. Un « cas clinique » se range *a priori* sous l'autorité médicale. Qu'un tel travail place en exergue de son exposé des « cas cliniques » nécessite quelques précisions du point de vue médical, historique et anthropologique.

Je précise pour commencer que si j'appelle « cas cliniques » les situations et les récits que je présente, bien qu'ayant eu une double 'casquette' lors des entretiens recueillis par moi-même, c'est parce que ce qui motive les colloques singuliers rapportés, et la relation, par la patiente, des données personnelles et intimes qui rendent possible l'exposition du cas, est en priorité une demande, une plainte, adressée à la médecine.

En revanche, le format adopté pour les présenter ici n'est pas celui d'un « cas » médical type, qui n'est pas ainsi rédigé, narré. Un dossier médical est une série de notes, ou de courtes phrases, organisées dans des cases et des tableaux. Les courriers, eux, sont parfois des récits, de vrais écrits ; c'est de plus en plus rarement le cas en médecine ; c'est le plus souvent le cas au CETD ; ça l'est toujours, quand ce sont mes patientes. C'est pourquoi j'ai hésité un temps sur le choix de la police à employer pour les courriers rédigés au CETD : à leur manière, ce sont des écrits qui retranscrivent une narration, et donc une part d'oralité ; ce ne sont pas de purs écrits techniques. J'ai choisi de les classer parmi les écrits parce qu'à partir du moment où ces courriers sont des documents officiels, ils deviennent des 'écrits', quelles qu'aient été les modalités de leur genèse, et parce que ce processus de passage à l'écrit d'un certain type

de narration est une forme de reconnaissance de sa valeur ‘technique’ - de son efficacité - et peut-être de sa vérité, qui a son importance pour notre propos.

Au moment de rédiger ces cas, j’ai privilégié trois priorités, qui se sont parfois avérées contradictoires - il a alors fallu choisir. Toutes les trois ont trait à la narration :

- Restituer le déroulement de l’action dans le temps : le processus progressif de la rencontre (ce que ne fait pas un cas clinique biomédical²⁵ qui livre toutes les données ‘d’un seul coup’ en fonction de catégories prédéfinies et non du déroulement de l’action) ; et aussi rendre compte des scansions qui sont propres à la prise en charge, parce qu’elles y sont très importantes.
- Respecter les nécessités de l’écriture ‘non savante’, créative, si l’on veut, celle qui permet à tous de se former un imaginaire, de se représenter les choses, les personnes, les rencontres dans leurs différentes dimensions, techniques, émotionnelles, imaginaires, de pénétrer au cœur de l’action.
- Respecter le langage technique utilisé, quitte à devoir traduire et expliquer, parce qu’il n’est pas ‘pure science’ ; les mots techniques sont, comme les autres mots, des sons, non dénués de résonances affectives imaginaires, poétiques... Il m’a semblé qu’il fallait que l’on puisse entendre au sens strict, physique, la parole médicale telle quelle.

Au total, dans toutes les situations présentées, après une présentation générale, et une description succincte de la qualité du premier contact, on retrouvera les catégories suivantes, le plus souvent dans cet ordre²⁶ :

- Contexte social et environnement
- Histoire de la maladie/des douleurs
- Éléments d’histoire de vie et d’histoire médicale/ **antécédents**

²⁵ Le terme « biomédical » est employé en anthropologie pour désigner la médecine qui privilégie l’appui des sciences auxiliaires que sont les sciences expérimentales du vivant. En histoire de la médecine, on peut corrélérer l’apparition progressive d’une ‘biomédecine’ – et du terme ‘biomédical’ en médecine même – dans le courant du XIX^{ème} siècle à trois grandes étapes: l’invention du stéthoscope et le développement de l’anatomopathologie, puis le développement des liens entre médecine et physiologie avec C. Bernard, et ensuite la collaboration, avec L. Pasteur, de la microbiologie et de la médecine. (Référence : Picard J.-F., « Naissance de la biomédecine, le point de vue d’un historien », *Médecine/Sciences*, 1996, n°12, pp. 97-102.)

²⁶ Je préviens d’emblée que le premier cas présenté (Sylvie) est plus long que les autres, car il donne lieu à un certain nombre d’explications qui n’auront pas besoin d’être répétées par la suite.

- Première consultation (autoévaluations/gênes et retentissement sur le quotidien/objectifs)
- Hospitalisation (déroulement, évènements intercurrents, transmissions infirmières, propos des différents professionnels)
- Evolution globale de la prise en charge

L'association entre « cas » et « diagnostic » a eu, en médecine, un sens bien précis : le diagnostic servait initialement à classer - à distinguer entre elles les catégories de cas, c'est-à-dire de descriptions - semblables. Dans un second temps, le diagnostic a permis de rapporter les cas à un lieu affecté, puis à une cause, et petit à petit à des maladies bien délimitées. L'utilisation du terme « cas » a ensuite changé en médecine, au fur et à mesure que le savoir du lieu, de la cause et de la maladie se développait. Elle s'est inversée : aujourd'hui, même si la première utilisation existe encore dans le cas de syndrômes d'origine inconnue, le « cas » est plus souvent un exemple, que l'on va reconnaître - dans une démarche diagnostique - ou exposer - dans une démarche didactique - , d'une maladie déjà connue, dont la définition existe dans les livres. Cela suppose la préexistence d'une définition ; chez le professionnel, cela met en jeu le savoir, l'observation, et l'intelligence de placer l'observation sous le concept²⁷.

En ce qui concerne ce travail, je ne suis véritablement ni dans l'une, ni dans l'autre de ces démarches :

Je ne subsume pas sous un diagnostic de maladie chez la patiente, quand j'utilise le mot « cas ». J'utilise le mot « cas » parceque dans mon expérience de terrain, les situations que je décris sont, de fait, traitées comme des « cas », au sens biomédical contemporain, quoi qu'à titre différent en médecine de la douleur et en biomédecine au sens large.

S'agissant de cette dernière : la définition à laquelle cela devrait renvoyer ne se trouve pas dans les livres de biomédecine somatique ; et pour cause : les évènements, ici, ne renvoient à aucun concept vérifiable par l'anatomopathologie ; c'est même l'absence de vérification possible qui fait le « cas ». C'est une situation tout à fait inédite en médecine. Elle s'y trouve, cependant, en partie, en médecine de la douleur. Nous verrons tout cela plus en détail.

²⁷ Pigeaud J., « Aux sources du cas, une histoire du cas », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, XLII, 1990, pp. 65-81.

En tant qu'étudiante en médecine, j'ai donc utilisé donc la démarche diagnostique 'à rebours' : on me soutenait qu'il y avait « cas »; à partir de faits d'expériences, je remontai donc vers ce qui avait toute les apparences de certitude d'une définition livresque, en me demandant bien à quelle définition, à quel concept ces « cas » renvoyaient.

Un concept se définit par son extension et sa compréhension ; quand l'une et l'autre se recouvrent, que l'une et l'autre sont trop larges ou trop floues, que la compréhension change au fur et à mesure que l'extension s'élargit, le concept, devenu un 'fourre-tout', ne recouvre plus rien. Je n'ai donc pas souhaité débattre du concept, puisqu'il est ici inopérant.

En tant que médecin et chercheur exerçant en médecine de la douleur, j'ai été, de deux manières, plutôt fidèle à la démarche diagnostique antique.

D'une part, la médecine de la douleur elle-même oscille entre la démarche antique et la démarche contemporaine. En effet, la fibromyalgie est un syndrome d'origine encore inconnue qui appelle la première démarche plutôt que la seconde ; il s'agit donc ici de collecter de faits d'expérience, et la médecine de la douleur fait dans cette collecte la part belle à la temporalité. La médecine de la douleur pratique aussi l'application à des « cas » - au sens contemporain - de données livresques concernant la douleur chronique et l'hystérie, données encore incomplètes dont il est dans une certaine mesure admis qu'elles le resteront, tout du moins en terme de ce que la science peut prouver. Mon travail s'inscrit en partie dans la première démarche : celle de la collecte.

D'autre part, à partir de faits d'observations, j'ai essayé de distinguer entre elles les catégories de descriptions semblables ; j'essaie d'en comprendre le déroulement, ce qui les influence, leur évolution dans le temps, sans chercher à les infléchir ; j'ai inclus dans ces observations la patiente, et les professionnels qui l'entourent. Je doute qu'il soit opérant de subsumer ces cas sous une définition de 'maladie', voire même sous une cause ; tout au plus, peut-on les rapporter à un imaginaire, à un processus dynamique ; et ce processus, cet imaginaire, n'est pas dans la patiente, mais dans le système où elle se situe et dont elle fait partie. Si le terme « cas » renvoie ici à un diagnostic, c'est au sens systémique, et non au sens biomédical.

*

Je vais maintenant laisser chacun simplement découvrir, libre d'adopter une démarche que j'ai souhaitée empathique. Il convient pour cela mettre de un temps sa raison au repos, d'oublier pour un temps ses catégories. C'est pourquoi les cas qui vont suivre sont présentés quasiment

sans analyse, tels quels, avec seulement ces notes méthodologiques préalables pour préciser les modalités de l'organisation de leur retranscription et les questions que cela a pu poser, qui ont trait aux rapports entre langage et catégories du savoir. Leur analyse aura lieu dans la dernière partie de ce travail.

Nous reviendrons sur ces points ayant trait à la mise en ordre du langage et de l'écriture en conclusion des cas cliniques et au-delà, longuement, lorsque nous décrirons les pratiques propres à la médecine de la douleur.

Cette question de l'écriture est bien évidemment au centre de mes préoccupations : il s'agit de nommer, de faire loi, de reconnaître... J'entends d'ici rire, à ce propos, les secrétaires médicales - celles qui s'en sont remises - qui ont eu l'infortune, au gré de mon parcours hospitalier, de taper mes courriers... longs... très longs... toujours trop longs. Il n'y a qu'en médecine de la douleur que je me suis enfin sentie comprise, avec mes longs courriers ! Un de mes supérieurs, quand j'étais interne en cancérologie et soins palliatifs, m'avait un jour tancé vertement : « *vous n'avez pas l'esprit de synthèse !* » me dit-il, très énervé. Je n'ai rien répondu, à l'époque ; et c'est agréable de pouvoir le faire aujourd'hui : « *Synthèse* » ? Mais quel esprit de synthèse ? Celui du poète et de son Haiku ? Ou celui du mécanicien auto ? Comment fait-on la 'synthèse technique' d'une vie, d'une plainte, d'une demande ? Et quelle autre synthèse importe à la médecine, que celle-ci ?

I. RECUEIL DE TERRAIN

A. CAS CLINIQUES

1. Sylvie

Tous les noms ont été modifiés, je n'en ai gardé que des initiales sans rapport avec les noms d'origine. Allez savoir pourquoi, à Sylvie, j'ai inventé un prénom plutôt qu'une initiale.

Sylvie est une jeune femme de 38 ans quand nous la rencontrons pour la première fois, en 2003.

Elle est frêle, d'allure androgyne, et se présentera à la première consultation et en hospitalisation en fauteuil roulant, bien qu'elle puisse aussi marcher. Elle est un peu voûtée, le regard paraît timide. Elle parle d'une petite voix douce, monocorde, sans modulation émotionnelle, sans que ne perce ni colère ni attente démesurée. Elle est plutôt souriante, semble presque indifférente à son sort, ce qui peut aussi passer pour de l'apaisement ; elle observe son interlocuteur, ce qui fait qu'on peut aussi avoir le sentiment qu'elle lui laisse le soin de se sentir ému par l'histoire qu'elle déroule. La timidité du regard, la douceur du sourire et de la voix, n'empêchent cependant pas une certaine dureté de se dégager globalement de sa personne, une dureté qui évoque plus la tension d'une résignation installée en elle à son corps défendant, que l'apaisement. Au total, et surtout rétrospectivement, elle apparaîtra comme une incarnation, au sens fort, de l'ambiguïté.

Elle nous est adressée par un médecin exerçant dans un hôpital parisien en rééducation fonctionnelle, pour assurer, après son déménagement à Nantes, le relais de la prise en charge de ses douleurs chroniques ; celles-ci concernent en particulier un de ses membres inférieurs et sont consécutives à un accident de la route ayant occasionné de multiples fractures et de multiples interventions chirurgicales.

Contexte social et environnement

Sylvie est célibataire, sans enfant. Elle est venue de Paris à Nantes en 2001 pour rejoindre son ami, dans le cadre d'un projet de mariage. Ils ont rompu un an après, mais elle est restée sur place.

Elle est en activité : elle occupe depuis un an un poste de conseillère clientèle dans une grosse entreprise publique. Elle a cependant été très souvent en arrêt maladie, ce qui a conduit à la mise en place du **mi-temps thérapeutique** dont elle bénéficie actuellement.

Elle est assez isolée à Nantes, ayant laissé ses amis et sa mère sur Paris. Elle n'a actuellement aucun loisir, ne sort quasiment pas de chez elle sauf pour aller à son travail, et ne reçoit personne hormis les visites espacées de sa mère. Son cercle amical est constitué de relations de travail.

Histoire de la maladie

En 1995, Sylvie travaillait dans un magasin d'alimentation, dont elle était responsable. Sur sa pause de midi, un collègue (et ami ?) lui a proposé de l'emmener sur sa moto manger dans un petit restaurant tout proche de leur lieu de travail. A un croisement, il refuse une priorité à droite, et c'est l'accident. Il n'a pas eu « *une égratignure* », nous dira-t-elle. Elle est grièvement blessée. De l'accident, elle nous évoque ceci : « *Je ne me souviens pas avoir eu mal. Le peu que j'étais consciente, tout flottait autour de moi, j'étais bien, j'ai apprécié. Je n'ai jamais retrouvé cette sensation de bien-être.* »

Arrivée à l'hôpital, le diagnostic est *lourd* : fractures multiples au membre inférieur droit (fémur, tibia, péroné, orteils), avec une lésion probable de l'ensemble des nerfs du membre inférieur droit au niveau de leur émergence rachidienne ; entorse grave du genou gauche (arrachements ligamentaires), entorse du genou droit (étirements ligamentaires) ; entorse de l'acromio-claviculaire droite (une des articulations de l'épaule) ; contusion abdominale.

Elle sera maintenue quinze jours en coma artificiel et subira vingt interventions chirurgicales réparatrices sur son membre inférieur droit. Du résultat de ces interventions, le chirurgien lui dit être fier : il s'est battu pour ne pas en arriver à l'amputation, et a réussi son pari : elle a pu conserver son membre, elle peut même marcher, bien qu'avec difficulté.

Les douleurs n'apparaissent pas tout de suite, ou plutôt pas tout de suite comme gênantes, mais, comme je l'ai observé souvent dans les situations post-traumatiques, à la fin de la longue période du *travail* intensif de rééducation, quand les objectifs de récupération fonctionnelle sont considérés atteints. Jusque là, toute l'énergie activement employée pour se rapprocher autant que possible de l'état antérieur, et d'une certaine manière effacer, lutter contre la rupture survenue dans l'existence, permettait de rester dans l'action ; soudain, le caractère impossible d'une réparation totale apparaît, et il faut faire avec l'invalidité, la douleur, s'adapter aussi à ces nouvelles circonstances dans le quotidien, et dans le travail.

Dans son cas, elle fait remonter l'apparition des douleurs (en fait de douleurs gênantes) à la fin de son arrêt maladie, et elle la relie, du point de vue chronologique du moins, au refus de son ancien employeur de lui accorder un **mi-temps thérapeutique**²⁸. Ce refus conduit à une déclaration d'inaptitude par la médecine du travail, et donc, logiquement, à son licenciement. Elle intentera une action aux Prud'hommes pour licenciement abusif, et obtiendra gain de cause. En revanche, une seconde action judiciaire intentée contre son employeur, qui a refusé de prendre en charge l'accident au titre de l'**accident de travail**²⁹, échouera.

Elle se retrouvera pour quelques mois au chômage, alors qu'on peut supposer que le conducteur de la moto, lui, travaille toujours. Nous sommes alors en 1996-97 : « *avant* », nous dira-t-elle, « *j'arrivai à gérer avec de l'efferalgan codéiné*³⁰ ».

Elle nous expliquera n'avoir jamais eu de la part du conducteur le moindre mot d'excuse, et ne l'avoir pas revu avant le procès qui aura lieu bien après l'accident pour régler les contentieux entre compagnies d'assurances concernant les indemnisations qui pouvaient lui être dues. Cet argent sert habituellement à aider la personne souffrant d'une invalidité après un accident à compenser la perte de revenus occasionnée, et à payer les coûts liés au matériel médical nécessaire à l'adaptation du lieu de vie et du quotidien (fauteuil roulant, voiture adaptée, etc.), qui ne sont pas tous pris en charge par la Sécurité sociale ou les mutuelles, ou pas au même degré. En fait, il apparut que le conducteur de la moto n'avait pas d'assurance,

²⁸ Modalité de retour au travail à mi-temps après un arrêt prolongé pour raison de santé, ouvrant droit à une indemnité au titre de l'arrêt maladie correspondant à l'autre mi-temps.

²⁹ Catégorie médico-légale applicable à des lésions survenues au travail ou pendant les déplacements pour se rendre du travail au domicile, ouvrant droit à une prise en charge des soins à 100% et à une indemnisation (très faible) en cas d'invalidité prolongée.

³⁰ **Antalgique** de palier 2, c'est-à-dire de puissance moyenne. C'est un dérivé morphinique, qui peut faire l'objet d'un trafic par les toxicomanes.

et qu'elle ne pouvait donc en première instance jouir d'aucune indemnisation. S'en suivra une longue bataille juridique, qui dure encore quand nous faisons sa connaissance, et ce depuis neuf ans.

Comme de surcroît l'employeur a obtenu de ne pas déclarer l'accident comme **accident de travail**, bien qu'il se soit agi d'un trajet entre lieu de travail et 'vie privée', cela la laisse sans aucune couverture spécifique pour l'aider à assumer les frais médicaux. Ou plutôt, elle ne jouit d'aucune compensation qui soit symboliquement liée à la responsabilité des tiers et les 'fasse payer', littéralement, ce qui peut avoir valeur de réparation symbolique en rattachant le traumatisme et la perte à une cause, voire une culpabilité extérieure.

En revanche, elle a été reconnue **travailleuse handicapée catégorie B**³¹, ce qui lui donne accès à des financements spécifiques si du matériel était nécessaire à l'adaptation par son employeur de son poste de travail. C'est aussi censé favoriser son retour à l'emploi (accès à des formations pour réorientation, à une agence pour l'emploi spécifique, obligation en France pour les employeurs de respecter un quota de 6% de travailleurs handicapés sauf à payer une amende)³².

Elle bénéficie également de soins gratuits pour ce qui concerne les conséquences directes de l'accident dans le cadre d'une reconnaissance par la Sécurité sociale d'une **affection longue durée (ALD)**³³; cette même Sécurité sociale l'a classée en **invalidité dite de 2^o catégorie**³⁴, ce qui lui donne droit à une pension d'environ 600 € par mois. Mais cette pension a été interrompue, « *par erreur* », nous dira-t-elle, en décembre 2003. Là aussi, un contentieux médico-légal est en cours : son dossier doit repasser en commission en 2004.

Elle fait remonter à 2001 l'augmentation du **préjudice global** sur sa santé. Nous savons que cela correspond aussi à la période où elle vient à Nantes pour rejoindre son ami, et où le projet de mariage échoue. C'est aussi à cette époque qu'elle reprend, après 6 ans

³¹ Catégorie médico-légale, attribuée par la COTOREP après une consultation médicale spécialisée (médecin de la cotorep) obtenue à la demande d'un médecin du patient (formulaire spécifique) et ouvrant les possibilités susdites.

³² En pratique ces mesures ne sont que très partiellement efficaces.

³³ Catégorie médico-légale attribuée par l'assurance maladie sur demande écrite d'un médecin du patient (formulaire spécifique adressé au médecin conseil de la Sécurité Sociale) et ouvrant droit à une prise en charge à 100% des frais de santé concernés, ainsi qu'aux frais de transport. Seules peuvent prétendre à ce nom les affections appartenant à une liste préétablie de trente maladies, ou bien, à titre exceptionnel, des ALD **hors liste** peuvent être attribuées en cas de polyopathie invalidante même hors liste des trente.

³⁴ Catégorie médico-légale attribuée par l'assurance maladie lorsqu'un arrêt maladie se prolonge au-delà de deux ans, et sous réserve d'une visite auprès du médecin conseil, sollicitée par lui à l'expiration de la dite période. Il statue alors sur la légitimité de la poursuite de l'arrêt. Si sa réponse est positive, cela ouvre des droits à une allocation, dont le montant varie en fonction de la catégorie, ainsi que la possibilité de reprendre une activité à temps partiel (catégorie 1).

d'interruption, la conduite automobile ; elle aura d'ailleurs un second accident de la route, où elle subira ce que l'on appelle couramment un 'coup du lapin'³⁵. Mais pour elle, cette aggravation est la conséquence d'une opération - la dernière de la série de vingt - et précisément d'une perfusion pratiquée pour cette opération, qui aurait déclenché la douleur.

N.B. : Ce préambule est un peu technique et appelle beaucoup de notes explicatives. S'il me paraît utile cependant de le parcourir, c'est pour comprendre que sa lourdeur n'a d'égal que la lourdeur du parcours médico-légal des patients confrontés au handicap : ils doivent eux aussi apprendre tout cela. C'est un véritable parcours du combattant ponctué d'évaluations, de vérifications, de formulaires à remplir, de courriers plus ou moins compréhensibles pour eux. À chaque étape ils subissent avec angoisse une mise à l'épreuve de leur bonne foi, une évaluation 'objective' du préjudice subi, basée sur des examens cliniques et complémentaires (ce que l'on voit sur les radios par exemple). À chaque étape ils craignent que leur préjudice ne soit pas reconnu. À chaque étape la question de la reconnaissance, ou non, par la médecine et par l'État, de leur perception du préjudice subi, par rapport à leur état antérieur, se pose en effet. Il arrive que l'on puisse juger qu'une fragilité antérieure est responsable de l'aggravation plus que l'accident en lui-même, ou encore que leur perception, traumatique par exemple, du préjudice, dépasse les constats en termes de lésions visibles : à chaque étape leur parole est mise en doute, à chaque étape on évalue, on chiffre, on recherche le visible et donc l'objectivable. Les contentieux sont fréquents, et appellent alors des expertises complémentaires exécutées par des médecins spécialement qualifiés et mandatés pour cela. Ces expertises peuvent encore donner lieu à des contre-expertises.

*

Quand elle reprend l'histoire de sa maladie, le récit qu'elle déroule est celui d'un ensemble d'effets secondaires médicamenteux parfois graves, ou d'accidents liés aux traitements, plus qu'un récit à la première personne de l'accident et des conséquences qu'il a eu pour elle; les interventions médicales apparaissent essentiellement comme des facteurs déclenchants ou aggravants de sa souffrance, sans pourtant qu'elle ne mette, tout du moins au départ, aucune

³⁵ Le 'coup du lapin', ou *whip lash injury*, fait partie de ces traumatismes de la route, avec souvent des tiers responsables, qui ne laissent pas de traces lésionnelles visibles mais peuvent occasionner des douleurs durables au cou et aux membres supérieurs, que les victimes auront bien du mal à faire reconnaître au sens médico-légal en l'absence de lésions visibles, bien qu'ils soient parfois à l'origine de gênes considérables pouvant mettre en péril la poursuite de leur activité professionnelle.

colère ou revendication dans ses propos : elle évoque ainsi un choc allergique³⁶ à un produit injecté en sous-cutané dans le cadre de la lutte contre sa douleur; une intolérance aux anti-émétiques donnés par la bouche pour limiter certains effets secondaires de la morphine, également prescrite contre la douleur (syndrome extra-pyramidal³⁷). À un autre traitement (lequel ?), elle a une réaction allergique cutanée très gênante provoquant de larges ampoules sur la peau³⁸, pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre et de hauteur. Lors de la perfusion d'un produit anesthésiant, analgésique puissant connu pour ses effets secondaires de type oniroïdes³⁹, elle nous raconte avoir fait un malaise, avoir chuté du brancard où elle se trouvait, et s'être ainsi fracturé le pouce. Quant aux médecins urgentistes qui l'ont secourue lors de l'accident, voici ce qu'elle nous dira de leur intervention : *« j'aurais préféré qu'ils me laissent sur le bord de la route. Ça revient souvent aujourd'hui. Je dis : « je ne vous ai rien demandé, vous n'avez qu'à me laisser. »*

Depuis l'accident, et bien que cela puisse sembler contradictoire avec le sentiment de « *bien-être* » évoqué par elle plus haut, Sylvie souffre d'un **syndrome post-traumatique**⁴⁰(dans son cas : flashes de l'accident, cauchemars, troubles du sommeil et de l'alimentation).

Eléments d'histoire de vie et d'histoire médicale

Que savons nous de sa vie avant l'accident ? Peu de choses, en somme. Est-ce elle qui en parle peu, on nous qui ne l'interrogeons pas, ou encore les deux ?

Elle était célibataire.Elle a été deux ans secrétaire d'un syndicat. Elle était très sportive (ski nautique, volley-ball, régates).

³⁶ Défaillance générale des fonctions vitales, aboutissement d'une réaction allergique pouvant entraîner la mort.

³⁷ Comportement anormal du système nerveux avec raideur importante, tremblements, ressemblant à la maladie de Parkinson.

³⁸ Dermatose bulleuse périodique.

³⁹ Etat de rêve, sentiment de flottement, pouvant s'accompagner d'hallucinations et parfois d'angoisse ; ce produit a souvent des effets secondaires qui peuvent s'apparenter aux effets du LSD.Il n'est en principe délivré que dans les cas de douleurs graves et très rebelles.

⁴⁰ Encore un cadre nosologique problématique qui a lui-même une longue histoire, liée d'ailleurs à celle de l'hystérie de conversion de la psychanalyse appliquée à la médecine: La question de la reconnaissance du traumatisme subi sur le champ de bataille comme handicap justifiant de ne pas retourner au front a fait partie des interrogations médicales fondatrices de la version moderne de la catégorie hystérie : simulation, ou handicap réel ?

La définition de ce qu'est un 'traumatisme' n'est pas la même, selon que l'on se situe du côté médical ou légal de l'évaluation, ou encore du côté de la victime, ou du coupable s'il y en a un. C'est pourquoi je parlerai plus volontiers dans ce travail de 'vécu traumatique' : ce qui a été vécu comme un traumatisme, qui comporte une dimension d'effraction dans le vécu antérieur, un sentiment de trahison par ce qui devait au contraire signifier la sécurité.

Au fur et à mesure de la **prise en charge** nous apprendrons que ses parents ont divorcé quand elle était adolescente ; qu'un de ses frères et elle auraient largement suggéré à leur mère de quitter son mari violent, au point qu'elle formule leur influence comme une responsabilité directe dans cette séparation ; elle nous dira avoir « *poussé sa mère au divorce* ».

Après la séparation, le père s'est éloigné de la famille, et elle est en conflit avec lui.

Elle est l'aînée d'une fratrie de trois, et a deux frères. Nous mettrons quelque temps à découvrir l'existence de l'un d'entre eux, qui vit loin, à l'étranger, avec qui elle est en conflit, et qu'elle oublie même de mentionner quand on lui demande qui sont les membres de sa famille.

Du point de vue de son histoire médicale antérieure, ses **antécédents**⁴¹ :

-du côté familial : son père souffre depuis peu d'un rhumatisme inflammatoire chronique douloureux et invalidant. Il semble qu'il ait fait plusieurs tentatives récentes pour reprendre contact avec sa fille ; elle attribue ces tentatives au fait qu'il soit malade, lui aussi.

-du côté personnel : on note une phlébite du membre supérieur droit, attribuée à la pilule (« *mal dosée, mauvais suivi* » - encore la faute des médecins, donc) ; des cautérisations multiples pour épistaxis⁴² à répétition. Une tentative de suicide en 1992, dont curieusement on ne saura pas plus - « curieusement », car les temps de parole ne manqueront pas. Nous apprendrons également, en cours de **prise en charge** et par un tiers, qu'elle a été hospitalisée en psychiatrie en 2002 ; la cause de cette hospitalisation varie selon les interlocuteurs : **épisode dissociatif**⁴³ ? Alcoolisation aiguë ?

Première consultation

La première consultation a lieu avec le professeur de neurochirurgie qui est aussi chef de service, et à qui sont adressés les patients dont la plainte est en rapport avec un **substratum**

⁴¹ Terme médical pour les maladies antérieures à la plainte actuelle, soit personnelle, soit familiale et éventuellement héréditaire.

⁴² Saignements de nez.

⁴³ Terme psychiatrique pouvant avoir plusieurs sens ; en résumé, on peut dire qu'il s'agit d'un état aigu qui s'accompagne d'un sentiment d'étrangeté à soi-même et au monde, parfois chargé d'angoisse diffuse, sourde, avec ou sans objet précis, souvent généré aussi en réaction à d'autres angoisses, plus relationnelles celles-là ; le patient est comme étranger à ses propres émotions et à son corps. Les manifestations extérieures des émotions et les mouvements corporels peuvent ainsi être sans aucune cohérence avec la nature des propos tenus par le patient, et des circonstances. C'est un terme qui est utilisé dans la sémiologie de la psychose, mais aussi pour décrire les malaises hystériques, voire des états intermédiaires, avec à chaque fois des sens différents, correspondant à une pathogénie supposée différente.

lésionnel⁴⁴ indubitable, et liée à des lésions nerveuses. Dans ces cas, comme ce sera le cas ici, l'indication⁴⁵ d'hospitalisation ne fait le plus souvent guère de doute. La douleur chronique provoquée par des lésions nerveuses irréversibles est la seule situation, dans le domaine de la douleur chronique, où l'on est parfois amené à hospitaliser les patients en urgence, et où la possibilité d'interventions techniques hyperspécialisées et non disponibles ailleurs conduit à des débuts de prise en charge assez systématiques dans leur organisation, pensées prioritairement en fonction de la lésion et de la réponse technique ; elles s'apparentent en cela plus que les autres prises en charge aux interventions de la biomédecine classique, de la médecine d'organe.

Dans ce contexte, la première consultation sera ici relativement simple. D'autant que pendant cette consultation Sylvie présente des demandes réalistes et adaptées aux conditions d'une prise en charge possible : elle dit souhaiter avant tout mieux « gérer sa douleur⁴⁶ », afin de pouvoir maintenir son activité professionnelle. Dans ce premier temps de la prise en charge, il n'apparaît pas de demande impossible de retour à l'état antérieur, ni de revendication colérique ou désespérée de réparation symbolique ou autre vis-à-vis de l'accident, ou de fautes, médicales en particulier ; il n'y a pas non plus d'attente exprimée de disparition complète de la douleur, d'un résultat 100 % positif. Le fait qu'elle ait repris et maintenu une activité professionnelle, qu'elle ait jusqu'à récemment été très sportive, y compris après son accident dans le cadre du handisport, jouent également en sa faveur : elle apparaît comme volontaire, pleine de ressources, adaptative. Il n'y a nul laisser-aller dans sa présentation, ni émotionnel, ni physique. Elle est discrète, elle n'est pas plaintive.

Ce contrôle de ses émotions est cohérent avec le questionnaire d'autoévaluation⁴⁷ qu'elle a rempli, complètement et avec soin, en salle d'attente : La figure d'un corps humain, destinée à faire localiser par les patients, au crayon, les zones douloureuses, est discrètement hachurée dans des zones bien délimitées, et non pas violemment gribouillée ou intégralement recouverte d'inscriptions diverses comme on voit parfois. Les 'notes' données à la douleur

⁴⁴ Une lésion matérielle, d'un organe, en pratique visible, directement ou par les examens complémentaires.

⁴⁵ La conduite à tenir indiquée par les symptômes en vertu de consensus professionnels, qui tendent à être de plus en plus généraux et nationaux, voire internationaux.

⁴⁶ La gestion de la douleur est un terme du langage technique de la médecine de la douleur ; Sylvie se l'est manifestement approprié.

⁴⁷ Voir plus loin le descriptif des procédures d'admission, et en annexe 1 le questionnaire d'autoévaluation remis aux patients.

globale se situent entre 6 et 8/10, les descriptions plus détaillées discriminent bien entre différents types de douleur plus ou moins importantes : tout cela ne donne pas le sentiment d'un *envahissement* complet de la personne et de ses perceptions par une douleur perçue comme 'totale, tout le temps, partout'. Les questions ayant trait aux conséquences de la douleur dans sa vie dénotent majoritairement des conséquences d'ordre **fonctionnel**, ce qui ouvre des possibilités de réponses techniques rééducatives. Les conséquences psychologiques et relationnelles ne sont pas à 0/10, comme on voit parfois - ce qui intrigue - mais à 3/10, ce qui laisse supposer un vécu affectif assez équilibré des deuils qu'elle a eu à faire. Elle a donc « *tout bon* », pour reprendre une expression d'un médecin du service, et il semble à ce stade que Sylvie et l'ensemble de l'équipe vont pouvoir *travailler* en bonne entente, ensemble, vers des **objectifs communs réalistes**⁴⁸, sans que la charge émotionnelle ne vienne noyer la relation dans le conflit, la violence, le désespoir, la plainte, encore moins la séduction.

Le courrier du médecin qui nous l'adresse, son rééducateur parisien, est purement **lésionnel**⁴⁹. Il y est bien fait mention d'un accompagnement psychothérapeutique, mais sans autres détails, concernant en particulier les antécédents psychiatriques dont nous n'aurons connaissance qu'ultérieurement.

Lors de sa demande initiale de consultation, elle a joint à ce courrier un autre, rédigé de sa main, avec application et dans un français impeccable - dénotant un niveau d'éducation scolaire pas si fréquent dans la patientèle de l'hôpital. Elle y fait allusion à l'interruption, à son initiative, d'une précédente **prise en charge 'douleur'** suite au malaise survenu sous Ketalar, dans les termes suivants : « *je n'ai, à ce jour, pas réussi à obtenir de papiers concernant ce qui s'est passé pour ce traitement. Les seuls documents, que j'ai en ma possession, sont des bulletins d'hospitalisation. Mais aucune explication n'y est apportée.* »

Son traitement médicamenteux, lors de cette première consultation, est lourd : morphiniques, Rivotril⁵⁰, entre autres. Elle dit vouloir le diminuer, en particulier la morphine. Interrogée sur

⁴⁸ Terme emprunté aux thérapies stratégiques, et cognitivo-comportementales, développées outre-atlantique dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle ; ils sont largement utilisés dans les enseignements aux soignants concernant la relation avec le patient douloureux chronique.

⁴⁹ Le terme **lésionnel** signifie descriptif des seules lésions et réponses techniques apportées, sans commentaires concernant le vécu, la relation, le contexte psychosocial de la plainte. Le terme **fonctionnel** fait référence aux aspects rééducatifs et kinésithérapiques : conséquences de la maladie en termes de la capacité à 'fonctionner' (marche, station debout, autonomie...) et là aussi réponses techniques apportées.

⁵⁰ Le Rivotril est un anti-épileptique de la classe des **benzodiazépines** ('tranquillisants') utilisé en France dans les douleurs par lésion nerveuse. Quand il est utilisé sur le long cours, il entraîne troubles de la concentration et de la mémoire, troubles de la qualité du sommeil et des rêves, somnolence diurne. Il est

son accord à la mise en place d'un accompagnement psychothérapeutique, elle affirme n'y être pas opposée, mais met en avant l'existence d'un suivi psychothérapeutique (celui entamé sur Paris), poursuivi « *par téléphone* », ou sur place quand elle en a l'occasion.

Hospitalisation

Celle-ci est donc programmée au décours de la première consultation, et survient quelques semaines plus tard, pour la durée habituelle de deux semaines de cinq jours entrecoupées d'un retour au domicile du vendredi soir au lundi matin.

Dans la logique de la 'bonne impression' émanant de la première consultation, et du type de douleur en cause, l'hospitalisation est initialement demandée en urgence par le chef de service. Cette demande sera négociée avec le médecin responsable de l'unité, qui préférera, lui - avait-il pressenti l'ambiguïté de la demande ? - tenter d'abord des apports d'outils (apprentissage de la neurostimulation⁵¹) en prise en charge ambulatoire⁵² (une consultation avec le kinésithérapeute). Ils trouveront un compromis et l'hospitalisation surviendra plus tôt que d'habitude, mais pas véritablement en urgence.

Ces deux semaines d'hospitalisation vont s'avérer extrêmement compliquées, pour tous. Elles seront, d'une part, émaillées dès le début de curieux malaises, très spectaculaires, au cours desquels la patiente semble revivre l'accident comme dans un état de transe, ou de rêve éveillé ; elle exprime alors toute sa colère, sa haine même, ce qui aura entre autres pour effet de faire passer la douleur elle-même au second plan des priorités cliniques. Elle y reviendra, cependant, mais de manière détournée : par la survenue de nouvelles blessures, causant de nouvelles douleurs, d'une part ; indirectement, d'autre part, par les liens 'suspectés' entre les malaises et une surconsommation de médicaments mis en place pour lutter contre la douleur et pouvant avoir des effets oniroïdes (morphiniques, Rivotril, anti-dépresseurs...), qui devront donc être diminués, et même contrôlés - ce qui peut sembler, au profane, contraire aux objectifs de soulagement de la douleur.

dépendogène. La morphine est l'**antalgique** le plus puissant utilisé en comprimés. En fonction de ses conditions d'administration, il peut aussi être dépendogène, et avoir des effets secondaires sur le sommeil, l'attention, la mémoire, voisins de ceux du Rivotril. C'est pourquoi le traitement est ici qualifié de « lourd ».

⁵¹ Technique **antalgique** utilisant des stimulations électriques, et requérant l'apprentissage de l'utilisation d'un petit boîtier à fils terminés par des ventouses, que l'on porte sur soi et que l'on règle. Recommandé en particulier pour les douleurs par lésions nerveuses.

⁵² Consultations seules, pas d'hospitalisation.

Elle revint aussi au premier plan, *in fine*, à grand renfort d'échanges interdisciplinaires et de communication avec les acteurs passés de la **prise en charge**, avec la mère de la patiente, avec les acteurs du champ 'psy' aussi qui furent sollicités plus souvent que de coutume... après des efforts importants d'harmonisation des différents discours, de résistance de l'équipe à la contamination par le conflit...après qu'il fut apparu que la patiente tenait un discours émaillé de contrevérités, de dissimulations, ayant trait aux écueils antérieurs de la prise en charge. Ainsi, la personnalité de la patiente, et la part de souffrance psychique, furent petit à petit prises en compte, mais comme un préalable nécessaire à ce que le reste de la **prise en charge** de sa douleur (médicamenteuse, rééducative, sociale) puisse avoir lieu efficacement, ou même, puisse avoir lieu tout court.

Nous allons décrire ci-après le déroulement de cette hospitalisation, en nous basant d'abord sur la retranscription des transmissions des infirmier(e)s, qui sont les seuls acteurs à avoir véritablement à charge de noter quotidiennement, de jour comme de nuit, le fil continu des événements ou des non-événements, et des paroles, qu'il s'agisse ou non de plaintes (les autres professionnels ne notant leur commentaire que 'si nécessaire', dans une visée utilitaire). Les 10 journées que dure l'hospitalisation sont notées J1, J2...

Nous y ajouterons, ensuite, les informations médicales et échanges entre médecins, qu'elles ne mentionnent pas, et qui ont petit à petit éclairé l'histoire de la maladie de Sylvie sous un jour nouveau.

Nous verrons, enfin, ce qu'ont pu dire, au fur et à mesure de l'hospitalisation, Sylvie, et les différents acteurs professionnels de la prise en charge, avant de revenir sur l'évolution globale de cette prise en charge.

Transmissions infirmières

J1 : *Très lasse et fatiguée. Douleurs très présente.*

Avait pensé à accepter l'amputation de son pied droit (envisagé par le médecin de Paris à la suite de son accident)! Dr L. lui avait expliqué les raisons d'une contre-indication de ce geste inutile et dangereux. Réexplications données par Dr N et Dr L.

Nuit de J1 à J2 : *En dormant, a revécu tout son accident : « Non, pas la voiture, non, ça va pas passer, attention à ma jambe droite, non, pas ma jambe. » voulait tuer son ami qui a causé l'accident « je vais briser ta vie, je vais briser tes jambes comme tu as fait ». On a eu l'impression qu'elle était dans un autre état, ne réagissait pas aux stimulations douloureuses.*

(Nous avons eu une) attitude d'écoute, nous sommes restées avec elle pendant cet épisode. Nous avons été obligé de l'attacher car risque de chute important lié à son état second.

Puis, 1h30 après nous avons décidé de la détacher pour dormir, ce que nous avons fait.

Matin de J2 : Très mauvaise nuit (cauchemars). Dort encore à 8h30 (s'éveille à notre appel). Se réveille vers 9h20 'dans le pâté', ne se souvient pas de ce qui s'est passé cette nuit.

Après-midi de J2 : malaise en consultation de pathologie professionnelle, retour en ambulance. Est arrivée vers 18h obnubilée et confuse. Parle de son AVP : « pas la moto, pas la voiture », de celui qui est responsable de c et AVP : « je veux lui faire la peau ».

Regard fixe, pupilles normales réactives. Très raide, se contracte et se redresse dans son lit. Récupération progressive. A 20h30 tient une conversation très cohérente, plutôt logorrhéique. S'est levée seule, a fait ses transferts⁵³ sans problèmes.

Angoissée par rapport au risque d'aggravation de la douleur cette nuit. Dit avoir déjà pris 4 sevedol⁵⁴. Dit avoir bien accepté son accident, son handicap, mais ne plus supporter la douleur. Quand je lui rapporte ses propos pendant l'épisode d'obnubilation elle rit en disant que ce sont ses 'neurones' qui ne fonctionnent pas bien.

Nuit de J2 à J3 : « je veux lui briser la sienne comme il a brisé la mienne » réponse : ça vous soulagera combien de temps ? Sylvie : « je n'ai pas réfléchi à ça ». « Il ne faut pas dire ce qui s'est passé » (son cauchemar de l'accident). M'a dit qu'elle avait été deux fois voir un psy mais ça l'énerve, elle ne veut pas parler de son passé avant l'accident. « Les psys sont là pour me shooter »

A fait deux « malaises » similaires mais moins fort vers 23h puis à 5h30.

J3 : s'est encore réveillée tard ce matin vers 10h. Vue par psychiatre ; pleure après la cs⁵⁵

Nuit de J3 à J4 : a un hématome au niveau de l'œil gauche. S'est sûrement cognée cette nuit. Dit être peu douloureuse mais gêne pour ouvrir l'œil.

A sonné à 4h pour douleur +++ du membre inférieur droit. Un sevedol donné à sa demande. Est frustrée qu'on lui ait pris ses médicaments et donc qu'on ne lui fasse pas confiance.

J4 : Abattue ce matin. Pleure. Dit être complètement perdue. Ne se souvient plus de ce qu'elle fait. « J'ai fait assez de mal à ma mère avec l'accident » culpabilise+++ « J'attire la poisse ». « L'hospitalisation est un échec » Ne se sent pas capable de rester seule ce week-end. Puis dit que tout ce qu'il lui reste à faire « c'est s'enfermer chez (elle) et ne plus bouger », comme ça il ne risque rien de m'arriver. Action : mettre en évidence les points positifs ici (et sa motivation) personnelle et à l'extérieure.

« Je veux m'en sortir ». Bon contact avec Dr L et Dr M. Mieux en fin de matinée mais a besoin d'être cadrée. Vue à la visite. Décision de l'héberger en neurologie ce week-end et revient dans le service lundi.⁵⁶

⁵³ Du lit au fauteuil, du fauteuil au lit ou aux toilettes par exemple.

⁵⁴ Morphinique.

⁵⁵ Cs : consultation.

Cedème œil gauche+++ (+ bosse au dessus de l'arcade sourcilière). Dit avoir vomi de la bile dans la matinée. Nauséuse ce soir. Fatiguée, triste. Dit avoir vomi son repas.

Nuit J4-J5 : à 22h somnolente. Dit avoir déjà pris son Rivotril mais ne sait pas combien de gouttes ! 2 flacons trouvés dans sa table+effexor⁵⁷ : ôtés. Attitude un peu spéciale quand on la réveille. Semble sortir en sursaut d'un rêve. Entre 3h et 4h, crise de 'cauchemars'++ (même discours que précédemment). Non 'réveillable' mais répond aux questions, hypertonie. Quelques instants plus tard a voulu se lever pour « aller en bas prendre l'air ». J'ai refusé, l'autorisant seulement à aller en salle d'attente. Est finalement descendue accompagnée du surveillant de nuit. Au retour a relaté calmement quelques faits de vie et a énoncé le désir d'avoir un soutien psy.

J5 : « souhaiterait » être perfusée.

Nuit J5-J6 : se plaint de s'être « frottée » le poignet droit lors d'un transfert. Légère rougeur au poignet droit. Dort à 22h. A 3h est dans le couloir dans son fauteuil roulant. Souhaite descendre boire un chocolat. Chocolat donné dans la chambre.

J6 : douleur poignet droit (hématome) : s'est tordu le poignet hier soir en faisant son transfert lit/fauteuil roulant.

Nuit J6-J7 : antalgique donné pour douleur poignet. Plaintes diverses, jambes, bras : écoute.

Vers 1h, s'est mise à crier : « attention à la voiture à droite ». Est coincée entre la barrière baissée à droite et le lit, beaucoup de difficultés pour l'enlever car est hypertonique et résiste++. Une fois remise correctement dans son lit, continue à crier : « j'aurai ta peau, la moto, le conducteur où il est, il est là ! ». Est très hypertonique et s'arc-boute dans son lit. S'est calmée au bout d'un quart d'heure. A 1h 20, retrouvée assise dans son fauteuil, les baskets dans les pieds. Voulait descendre dans le hall boire un chocolat. Lui ai interdit de descendre. A eu un chocolat en salle d'attente, puis s'est recouchée et a dormi.

NB : Je n'ai pas reporté les trois jours suivants qui ne présentait pas d'intérêt particulier

Informations médicales intercurrentes

En début d'hospitalisation, nous apprenons par hasard (grâce à l'informatique centralisée de l'hôpital) qu'elle a déjà, et longuement, été suivie par le service de rééducation fonctionnelle du CHU de Nantes. Le fait qu'elle nous ait été adressé pour relais de prise en charge par un rééducateur parisien est donc étrange : quelque part, quelqu'un ignore qu'il y a déjà eu un

⁵⁶ C'est, en six années dans ce service, la seule fois que j'ai vu faire cela.

⁵⁷ Antidépresseur

relais ; pourquoi les rééducateurs de Nantes n'ont-ils pas jugé opportun de nous l'adresser ? Pourquoi le rééducateur parisien, et Sylvie, ne nous ont-ils pas parlé de cette **prise en charge** ? Nous appelons le rééducateur de Nantes, qui évoque longuement la situation avec nous (moi, en l'occurrence, dans mes fonctions d'interne), puis nous adresse un courrier circonstancié faisant le bilan de sa **prise en charge**.

Au téléphone, il est lui-même très surpris de n'avoir pas été informé, ni consulté par son collègue parisien ou Sylvie avant la mise en place de la *prise en charge douleur*. Manifestement irrité, ce médecin, spécialiste du handicap, familiarisé avec le sport et les sportifs, et qui jouit d'une réputation de 'gentil', évoque téléphoniquement les difficultés que lui-même et son équipe ont rencontré avec Sylvie, et avec sa mère. Il paraît en colère contre elles, blessé aussi par leur attitude. Un sentiment de trahison et d'injustice me semble percer dans ses propos. Il me paraît d'autant plus irrité qu'il peine à contrôler cette colère, et mon sentiment, c'est qu'il leur en veut aussi, peut-être surtout, de l'amener ainsi à être débordé par ses émotions, de l'avoir poussé au bout de ses ressources.

Il décrit une **prise en charge** longue et *lourde*, où chacun s'est beaucoup investi, a consacré beaucoup de temps et d'énergie à aider Sylvie à trouver des solutions et des **aménagements**⁵⁸. La première impression très favorable laissée par Sylvie, d'une personne pour ainsi dire exemplaire face au handicap : dynamique, sportive pratiquant le handisport à haut niveau, pleine de ressources et de volonté, a, dans ce service comme dans le nôtre, beaucoup contribué à cet investissement initial.

Puis, petit à petit, sont apparues des difficultés : à sa jambe droite, Sylvie porte en permanence une **orthèse**, une sorte d'attelle perfectionnée, faite sur mesure, qui permet de maintenir la position de sa jambe, de ne pas prendre de position **vicieuse**⁵⁹, de marcher aussi. Cette orthèse a été initialement confectionnée dans leur service. Il y a eu plusieurs échecs, Sylvie semblait sans cesse insatisfaite, inconfortable, gênée par l'attelle ; il apparut même, au niveau de certains points de contacts entre l'**orthèse** et la peau, des lésions cutanées à type d'escarres, tellement inhabituelles et difficiles à expliquer que l'équipe dans son ensemble a été petit à petit convaincue que Sylvie s'automutilait. Plusieurs professionnels différents furent néanmoins sollicités, y compris en dehors du service lui-même, pour adapter l'orthèse, la refaire, la modifier. Rien n'y fit. On découvrit que Sylvie, de son côté, prenait des seconds avis pendant les **prises en charge** même, sans en avertir l'équipe. Elle sortit

⁵⁸ Référence à l'attention apportée en médecine de la douleur aux adaptations du quotidien du patient.

⁵⁹ Susceptible d'induire des déformations, des escarres, des douleurs, des rétractions tendineuses.

finalement du service. Un **suivi** de consultation fut mis en place. Mais elle commença à se présenter sans rendez-vous entre les consultations prévues, avec sa mère, exigeant d'être reçue sur le champ, faisant des esclandres dans la salle d'attente devant les autres patientes, mettant en cause publiquement le médecin.

Il nous engage donc téléphoniquement à nous méfier d'elle, de nos premières impressions, de ce qu'il considère comme des manipulations, et de ne pas exclure, en cas de problèmes physiques, l'hypothèse d'une automutilation. Il conclut en disant qu'ils se sont beaucoup engagés, et que finalement elle s'est retournée contre eux.⁶⁰

Dans le courrier qu'il nous fait parvenir suite à cette communication téléphonique, il n'y a que peu de références au contenu de cette conversation : il est vrai qu'il n'est pas coutumier parmi les médecins d'y faire référence autrement que très succinctement. La transmission en est donc essentiellement orale.

Je relève dans la lettre du rééducateur le passage suivant : « Sur le plan psychologique, elle a je pense enfin entendu un discours en termes de séquelles et non pas en termes de récupération motrice, qui manifestement avait déjà été donné mais non accepté par la patiente. Je l'ai donc encouragé à une certaine prudence quant à la réalisation d'un nouvel acte chirurgical qui risque de déséquilibrer un état précaire de contrôle moteur permettant la **marche**. » Il apparaît alors que Sylvie continue à placer son espoir en la chirurgie, voire à solliciter des avis chirurgicaux 'en douce' pendant les **prises en charge** où on lui donne des avis contraires. Un tel comportement ne serait pas forcément étonnant, ou même suspect pour ce qui est de la possibilité d'établir une relation de confiance avec elle, si elle ne tenait pas par ailleurs un discours aussi négatif et aussi accusateur sur toutes les interventions médicales pratiquées depuis son accident, surtout celles impliquant des effractions cutanées, et *a fortiori* sur la chirurgie.

⁶⁰ Je n'utilise pas la corsiva ici car je retranscris l'entretien d'après mes notes prises pendant l'entretien, dans lesquelles je n'ai pas utilisé de guillemets ; je sais cependant que par habitude je note le plus souvent les mots utilisés tels quels.

Détail des incidents : blessures et malaises

Pendant son hospitalisation au CETD, à côté des malaises dont font part les transmissions infirmières, sur lesquels nous reviendrons, elle se blesse à deux reprises.

La première fois, pendant la nuit de J3 à J4 : au matin, elle présente un volumineux hématome de la paupière gauche. Elle ne se souvient pas s'être cognée, ni être tombée. L'hématome gonfle pendant la journée, devient oedème, puis une sorte d'énorme ampoule liquidienne, légèrement teintée de sang, apparaît sur la paupière, l'englobant complètement, et empêchant l'ouverture de l'œil.

Cette lésion qui déforme 'monstrueusement' son visage contribue au caractère impressionnant des malaises, quand ils surviennent, et aussi à un autre malaise : celui que l'on ressent petit à petit, nous, soignants, en sa présence. Les informations données par le rééducateur, la méfiance à laquelle il nous a engagés, y contribuent, bien sûr. Nous apprenons aussi dans les mêmes moments les **antécédents psychiatriques** non mentionnés par Sylvie. La violence, la haine, qui se dégagent de ses propos lors des malaises y contribuent aussi, tout comme le fait qu'elle ne s'en souviennent pas ensuite, en rit même, nous laissant seuls (surtout les infirmières, témoins directs) à porter le souvenir de cette noirceur, et la responsabilité de faire quelque chose de cette souffrance - l'injustice de l'accident - vis à vis de laquelle l'empathie vient si facilement. Le fait qu'on ne puisse les expliquer joue aussi son rôle. De surcroît, elle revient depuis le début et avec insistance, comme le mentionne les infirmières, sur son désir d'être amputée de tout ou partie du membre douloureux, et cela fait écho à la violence, la haine, évoquées plus haut ; l'ombre de la mort, totale ou partielle, de l'être de chair qu'elle est, plane désormais. Elle nous apparaît petit à petit comme une énigme monstrueuse, violente, jouet passif et parfois actrice de pouvoirs mortifères. *A posteriori*, la dureté et l'ambiguïté qui se dégageait d'emblée de sa personne, les propos négatifs tenus concernant les interventions médicales ou chirurgicales antérieures, nous reviennent en mémoire et prennent du relief. Nous sommes désormais comme prisonniers de notre empathie, de l'évidence de notre devoir de soignant vis-à-vis d'elle, et de l'engagement pris en acceptant de l'hospitaliser.

La référence à l'hystérie (celle de notre objet) porté par le neurologue qui la voit après son premier malaise, d'autant qu'il fut doublé cette fois d'un diagnostic de conversion hystérique porté par la psychiatre qui la verra pendant un malaise, apparaît dans ces circonstances, très explicitement donc dans le cas de Sylvie, et même doublement explicité.

Vers la fin de l'hospitalisation, il me sera donné de la recevoir en entretien, avec sa mère, afin que nous nous mettions d'accord sur la suite à donner aux épisodes de malaises. Pendant cet entretien dont la seule évocation me glace encore le sang, je suis donc seule face à ces deux femmes. Nous sommes assises, et formons un triangle. Face à moi, sur ma droite, la mère, blonde et douce, très calme, timide. Face à moi aussi, sur ma gauche, Sylvie, droite comme un I sur sa chaise, la paupière encore légèrement gonflée par l'ampoule. Il n'y a pas de bureau entre nous, seulement son dossier, posé sur mes genoux.

Je m'efforce, en l'absence du chef de service et du médecin responsable de l'unité, de tenir le rôle difficile qui m'incombe : celui de transmettre, au nom de l'équipe, psychiatres inclus, le *cadre*⁶¹ proposé, voire imposé, pour autoriser son retour à domicile, et qui doit prendre en compte les diverses mises en danger d'elle-même possibles - il met en jeu potentiellement, aussi, notre responsabilité pénale, et nous la savons procédurière - En même temps, il est hors de question que nous la gardions hospitalisée au CETD (les hospitalisations au CETD sont toujours programmées : elle met en péril notre organisation, qui est vitale pour notre pratique- je ne l'ai jamais tant compris qu'à cet instant - et nous pousse dans nos retranchements) et la seule alternative est donc une hospitalisation psychiatrique, à laquelle elle est radicalement opposée. Irons-nous jusqu'à l'hospitalisation sous contrainte ? La situation est très complexe, et donc difficile à gérer pour la débutante que je suis.

Tandis donc que je m'efforce, non sans une angoisse probablement visible, d'assumer mes responsabilités, Sylvie gratte distraitement une petite lésion cutanée au coin de sa paupière, sur l'œdème, et le sang se met à couler du coin de son œil, en un ruban qui descend jusqu'au menton, barrant sa joue très mince à la manière des cicatrices au couteau des pirates de légende. Elle le laisse couler, indifférente, balaye avec un léger sourire, d'un geste silencieux de la main, la remarque que je lui fais à demi-mot concernant son sang qui s'écoule, m'encourageant à continuer de parler. Elle me regarde fixement. Elle m'observe, elle me scrute. On dirait un oiseau, inquiétant. Un aigle, peut-être, ou un oiseau de nuit. Je suis sa proie. Et la mort, de nouveau, hante l'espace imaginaire de notre rencontre.

*

⁶¹ Terme emprunté à la psychothérapie institutionnelle

La seconde blessure a lieu, là aussi, sans que nous ne puissions suffisamment l'expliquer. Les infirmières décrivent, pendant la nuit (J5-J6) encore une fois, une douleur au poignet, qu'elle aurait « *frotté* » lors d'un transfert du lit à son fauteuil roulant. Le matin, elle me dira l'avoir « *coincé* ». Cette douleur persistera, et rapidement (le jour même ou le lendemain), nous demandons une radio, et prenons un rendez-vous de consultation en orthopédie dans le même CHU. Elle en est informée. Nous apprendrons par une aide-soignante, qui fort heureusement nous le transmettra, que Sylvie lui a confié, après que nous lui avons donné cette information, avoir sollicité une permission pour aller faire une radio de la main dans un cabinet privé, radio que nous lui aurions, lui a-t-elle dit, refusé. Nous ne devons qu'à la grande confiance régnant entre les acteurs de la **prise en charge** le fait que cette information nous soit parvenue. Nous reprenons cela avec elle, et elle ira finalement à la consultation demandée au CHU, qui retrouvera une entorse significative, dont là encore les circonstances de survenue nous échappent. Même après un examen approfondi de son lit, nous ne voyons pas comment elle a pu, « *sans s'en rendre compte* », se faire une telle entorse. A moins bien sûr qu'elle ne mente : qu'elle ne l'ait fait exprès, et nous le cache. Mais c'est une explication difficile à accepter ; il est à peine possible de se représenter quelqu'un s'infligeant une telle douleur, une telle violence, exprès, et en dehors de tout épisode délirant par exemple. La violence est contre elle, certes, mais cela nous fait, à nous aussi, violence : autant le fait en lui-même, autodestructeur, tellement à contre courant des logiques soignantes, que le fait qu'elle l'utilise ensuite pour tenter de semer la discorde dans l'équipe, dans ce qui nous apparaît intuitivement comme une volonté de nuire. On s'efforce, non sans mal - et peut-être à tort, mais tels sont les soignants du CETD- de repousser cette hypothèse, ou de la considérer comme inconsciente. Le conflit est en nous-mêmes, désormais.

*

Pour ce qui est des malaises décrits par les infirmières, voici le point de vue médical : Je vais évoquer ici divers troubles de Sylvie, qui sont liés, si l'on se place dans la logique médicale d'une réflexion neuropsychologique sur la cause de ses malaises. Si nous les regroupons ainsi dans un travail non médical, c'est qu'ils se trouvent tous concerner également, d'une part ce que Bastide appelle la 'biographie nocturne' dans *Le rêve, la transe et la folie*⁶², et d'autre part, dans le registre de l'imaginaire, le domaine de la nuit, de la mort, de la confusion, et

⁶² Bastide R., *Le Rêve, la transe et la folie*, collection « Points essais », Flammarion 1972, Le Seuil 2003.

donc le désordre et la violence. Ils présentent donc des points communs aussi pour le chercheur. En outre, comme nous le verrons dans d'autres situations cliniques, ces troubles du registre nocturne et **oniroïdes** sont très fréquents chez les patientes souffrant de douleurs chroniques, dont le **rythme nycthéral**⁶³ est très souvent perturbé.

Comme nous l'avons signalé au départ, Sylvie reçoit, pour ses douleurs, plusieurs médicaments **dépendogènes** et puissants susceptible d'altérer sa **vigilance**⁶⁴ et son sommeil. Elle décrira, dès son arrivée, de très importants troubles du sommeil. Elle dit dormir environ trois heures par nuit. Pendant l'hospitalisation, elle rencontrera un médecin spécialiste du sommeil, et lui affirmera quelle vient de passer « *six mois sans dormir* ». Elle décrit des réveils précoces, des cauchemars, une difficulté trouver des positions confortables. Nous constaterons ces troubles du sommeil en hospitalisation.

Elle a, en outre, une forte appétence, qui confine à l'addiction sinon s'y inscrit complètement, pour tous les médicaments ayant des effets **oniroïdes**. Il est mentionné dans les transmissions infirmières que nous lui avons confisqué les médicaments qu'elle gardait par devers elle, et ce fut le cas en effet, car nous suspicions une surconsommation dissimulée, pouvant contribuer tant aux vomissements, qu'aux malaises, et qu'aux divers troubles neuro-psychologiques ; en outre, cela rendait toute adaptation médicamenteuse *orientée douleur* absolument incohérente.

En outre, elle exprimera dans le service des **idées de mort**⁶⁵ récurrentes, et y manifeste des **troubles de l'humeur**⁶⁶ indéniables (humeur dépressive).

Concernant les malaises en eux-mêmes : Au début, elle commence à s'endormir, à s'affaïsser pendant les entretiens. Lors d'un de ces épisodes elle a été vue par le médecin et un interne de neurologie qui ont vérifié que tous les **paramètres vitaux**⁶⁷ était correct, et l'examen neurologique normal. Des examens complémentaires seront pratiqués, dont un **scanner**

⁶³ Répartition sur le **nycthémère** (les 24h constituées par le jour et la nuit) de l'alternance entre veille et sommeil.

⁶⁴ Terme médical signifiant l'état de conscience.

⁶⁵ Terme utilisé en psychiatrie pour désigner les idées obsédantes ou récurrentes ayant trait à la mort, en particulier les idées suicidaires.

⁶⁶ Terme psychiatrique renvoyant à la dépression ou à l'état maniaque, ou à la tendance à passer de l'un à l'autre.

⁶⁷ Pouls, tension...indicateurs du fonctionnement du système cardiovasculaire

cérébral et une ponction lombaire⁶⁸. Elle est décrite comme prostrée, avec des contractures cervicales majeures, dans un état confusionnel⁶⁹ mais répondant aux ordres et aux questions, exprimant des idées obsédantes concernant l'accident, avec des envies de vengeance. Ce malaise a été contemporain de la baisse de la morphine et du Rivotril, et de l'introduction d'un autre médicament, le Neurontin, non connu pour ce type d'effets. Le médecin responsable de l'unité et l'interne de psychiatrie concluent à une « *manifestation probablement hystérique* ».

Un autre épisode survient pendant la consultation demandée spécialement avec la psychiatre, qui conclut à un « *épisode dissociatif hystérique* », greffé sur un **syndrome post traumatique**, avec de surcroît une recherche d'effets secondaires oniroïdes des médicaments. Une surconsommation addictive des morphiniques en particulier est suspectée.

La survenue répétée de ces malaises, leur dangerosité possible chez une personne vivant seule, sa contribution active, fortement suspectée, à leur survenue, sont les principaux éléments qui nous inquiéteront s'agissant de la laisser rentrer à son domicile, d'autant qu'elle présente des troubles de l'humeur, des idées de mort, et s'alimente peu ou mal. De nombreux échanges auront lieu dans l'équipe à ce sujet, entre la psychiatre et moi-même en particulier, afin d'aboutir à des propositions acceptables pour chacun, et le plus satisfaisantes possibles.

Propos choisis des différents acteurs

- **Sylvie**

Au cours de l'hospitalisation, il lui sera accordé beaucoup de temps de parole, d'autant plus qu'elle manifeste un mal-être inquiétant. Nous recueillerons alors divers éléments que nous n'avions pas avant son admission.

Nous lui avons, les uns et les autres, demandé par exemple de nous décrire les conséquences, les répercussions que ses douleurs avaient eu dans sa vie, ainsi que les adaptations qu'elle a consenti face à ces changements, comment elle les vit, aussi : en bref, comment la douleur

⁶⁸ Prélèvement de liquide céphalo-rachidien au niveau de la colonne vertébrale, par l'insertion d'une longue aiguille dans l'interstice entre deux vertèbres. Ce geste peut-être assez douloureux en lui-même et induire des céphalées importantes pendant les jours qui suivent (maximum une semaine).

⁶⁹ Altération de la conscience se manifestant par une confusion, au sens du vocabulaire courant, une désorientation, des comportements inadaptés, des idées délirantes, survenant en général en dehors de toute maladie psychiatrique, suite par exemple à un problème biochimique : d'hydratation, médicamenteux ...

influence sa vie et comment, en retour, elle peut influencer sa douleur. Nous lui avons demandé également de préciser les attentes qu'elle avait vis-à-vis de nous, les **objectifs** qu'elle se fixait outre la baisse de la douleur. Ces questions sont les questions habituelles adressées aux douloureux chroniques.

En dehors de ce qui a déjà été dit de la sphère neuropsychologique, ou encore de la biographie nocturne, les conséquences, les **gênes** occasionnées par la douleur pour Sylvie dans le registre diurne ont trait à sa perte d'autonomie dans le quotidien, qui l'amène à demander de l'aide, à dépendre d'autrui.

Elle se dit ainsi fatiguée, en grande difficulté face au moindre effort physique. Elle se déplace en fauteuil roulant parfois ; elle peut marcher environ 500m. Sa station debout ne peut pas excéder quelques minutes.

Jusqu'à 2002, son handicap et sa douleur ne l'empêchaient cependant pas d'être classée dans les dix premiers nationaux dans une catégorie du handisport. Elle appartient en outre depuis cinq ans à une association qui organise des week-ends 'sports extrêmes' pour personnes handicapées ; elle y organise la logistique. Cette activité associative est également en retrait depuis un an, même si elle exprime dans ce registre des projets, des envies, des espoirs. La reprise de son activité handisport apparaîtra d'ailleurs, avec la reprise du travail, comme son principal objectif.

Elle est aidée par sa mère pour le ménage, en difficulté pour faire son travail. Elle explique avoir beaucoup de mal à accepter l'aide des autres, qu'elle ressent comme « *de la pitié* ». Cela contribue à son isolement amical : « *j'ai l'impression d'être un boulet... ce n'est pas moi que ça gêne (de m'isoler) ...je préfère rester chez moi plutôt que d'accepter la pitié des autres.* » Cela contribue aussi à ses affects dépressifs : « *je démarre au quart de tour. Je deviens agressive. Je n'ai plus de patience.* »

Vis-à-vis des soignants, elle se vit comme étant dans le même registre : « *j'attends la dernière minute pour sonner la sonnette d'alarme. Je ne suis pas d'un tempérament à me détendre.* » Elle dit cela avec une certaine complaisance, un demi-sourire, qui donne une impression de fierté.

Elle accepte, par contraste, très volontiers l'aide de sa mère, et les adaptations au travail ; à tel point qu'elle donne même le sentiment à l'ensemble de l'équipe qu'elle vit l'aide de sa mère comme un dû, le paiement d'une dette, peut-être. Parlant d'elle, elle dira « *heureusement que je*

l'ai » ; elle est effectivement très dépendante d'elle, ce à quoi sa mère se soumet apparemment sans sourciller, quoi qu'il lui en coûte, comme liée effectivement par un sentiment de culpabilité, de dette. Elle adhère en outre au discours de sa fille concernant ses mauvais traitements antérieurs par la médecine.

A côté des registres diurne et nocturne, Sylvie exprime aussi le désir de rééquilibrer les parts respectives de l'un et de l'autre dans sa vie. Elle dit vouloir mieux dormir, être plus active la journée, consommer moins de médicaments. Mais ces demandes, présentes dans le discours, ne se traduisent pas dans les faits, et nous semblent chargées d'ambivalence.

- **Le médecin responsable de l'unité**

Parmi ses fonctions figure celle qui consiste à faire un bilan lésionnel exhaustif. Celui-ci permet souvent de trouver des lésions qui, même bénignes, contribuent à l'envahissement existentiel par la douleur. Cela permet entre autre de baliser, avec des faits matériels attestés par un médecin, le vécu douloureux rendu qui s'augmente de la suspicion qu'il entraîne chez les professionnels. Or, l'expérience montre que l'envahissement par un vécu douloureux, qu'ils soit interprété comme psychologique ou rattaché prioritairement à des lésions graves manifestes, conduit souvent à l'omission de lésions coexistantes plus bénignes. Cela est préjudiciable au patient, car c'est justement leur bénignité qui les rend accessibles à un traitement simple, et tout terrain gagné sur la douleur est bon à prendre, car il diminue l'emprise qu'elle exerce globalement sur la personne au niveau affectif, cognitif et neurophysiologique. En outre, elle contribue à l'installation d'une relation de confiance avec le médecin.

Dans le cas de Sylvie, outre les lésions connues, on retrouve des lombalgies, et une tendinite au niveau de la hanche, liées aux mauvaises postures induites par son handicap.

Dans l'espace qui lui est réservé dans le dossier, le médecin écrit ceci : « *Rassurer et confirmer l'absence d'indication d'amputation+++ qui apparaît dans ce contexte contre-productive. État très dépressif. Se dit en confiance avec l'équipe.* »

Il insiste en outre sur l'aspect « *global* » que doit avoir la rééducation qui sera mise en place à la suite de l'hospitalisation (procédure habituelle), sur la nécessité d'adapter le matériel

(orthèse, fauteuil ...), et sur les propos de la patiente qui « *ne veut pas entendre parler d'hospitalisation en psychiatrie.* »

- **La psychologue**

Dans la partie du dossier qui lui est réservée, elle note à la fois des propos de Sylvie et ses propres propos :

« Je suis au bout du rouleau ». Demande de solution radicale. Avec le désir « d'en finir ». Dans son discours, il est question pour elle d'amputation qui a valeur de « solution ». »

- **La sociothérapeute**

Ses propos ont été transmis par oral aux infirmières qui les rapportent dans leurs transmissions : *« vue par la sociothérapeute, qui lui a dit qu'on pouvait l'aider mais qu'il fallait que la demande vienne d'elle. Elle suggère qu'on ne lui propose pas une deuxième semaine. Qu'on lui laisse en faire la demande. A la fin de l'entretien Sylvie a parlé de son enfance : son père était violent et la frappait, elle, ses frères et sa mère. Elle et ses frères ont poussé sa mère à demander le divorce. Elle a gardé un contact avec son père qui est actuellement très dégradé. »*

- **Le psychiatre**

Il dispose, pour des raisons d'ordre administratif, d'un feuillet à part pour ses prises de notes pendant sa consultation. Celui-ci est inséré secondairement dans le dossier.

Sylvie a été vue, à titre exceptionnel, à deux reprises par nos psychiatres. Voici ce que dit celui qui l'a vu dans le cadre de la consultation habituelle :

« Trouble de la personnalité plutôt narcissique/transgressif. Anorexie. Vomissements provoqués probables. Automutilations plus que probables. Troubles de l'identité sexuelle. Nie aujourd'hui avoir des idées suicidaires. Refuse l'hospitalisation en psychiatrie. »

Elle a été vue une seconde fois en 'urgence', compte tenu de ses malaises. C'est la seconde psychiatre, devant qui elle a fait un malaise, qui a évoqué la combinaison d'une conversion hystérique avec d'autres troubles.

- **Le médecin du travail**

Habituellement, il insère seulement quelques notes dans le *dossier unique* qui accompagne le patient. Elle fera un malaise là bas après la consultation, alors il nous fera une petite lettre.

Il met en évidence les autres aides et pensions possibles, les adaptations de poste à solliciter de l'employeur. Par rapport aux relations de la patiente avec le collectif, précise : « **bonnes relations** sauf s'il est question du handicap ».

Évolution pendant la prise en charge : vue d'ensemble

Durée du suivi : 3 ans.

Nous sommes sans nouvelle depuis février 2006⁷⁰.

Première hospitalisation : Pendant la première semaine, les malaises occupent le devant de la scène. La douleur est mentionnée par les infirmières, mais comparativement ce n'est pas le problème principal. Quand Sylvie l'évoque, c'est le plus souvent pour remettre en cause le matériel d'orthèse utilisée, qui ne serait pas adapté (il a déjà été changé plusieurs fois). Ensuite vient de se greffer la douleur du poignet.

Deuxième semaine : à son retour dans l'unité douleur après le week-end, lors de la visite du lundi matin, l'infirmière note « *risque d'échec* ». Proposition par le médecin responsable d'un contrat⁷¹ (baisses des morphiniques, et autres traitements potentiellement confusiogènes). Contrat accepté par elle et signé. Il comporte entre autres le changement de l'équipe de kiné/rééducation qui la suit ; aussi, la nécessité de définir des objectifs précis, mais en consultation externe dans trois quatre semaines⁷² et non pendant la prise en charge comme il est de coutume. Va mieux après la signature de ce contrat.

Ira aux urgences puis en consultation de traumatologie pour son poignet.

⁷⁰ Données recueillies en 2007

⁷¹ Cadre de soin souvent proposé en médecine de la douleur : établir un contrat d'objectifs. Renvoi à la notion de **contrat thérapeutique**: terme emprunté aux psychothérapies stratégiques et comportementales.

⁷² Habituellement la première consultation de contrôle intervient trois à six mois après la sortie d'hospitalisation.

Sera revue par la psychiatre une deuxième fois. Nouvelle crise pendant l'entretien, mais sortie maintenue avec suivi par une infirmière psychiatrique à domicile. Famille rencontrée par l'interne pour l'organisation.

La demande d'amputation présente au début cessera à la fin de l'hospitalisation.

La plainte douloureuse reste inchangée pendant l'hospitalisation, mais passe au second plan.

A la fin de l'hospitalisation, elle cote ses douleurs à 8/10. Interrogée sur son état psychologique, elle se dit : « *moins bien car les douleurs semblent identiques. Mieux car j'ai un réel suivi et une réelle aide que j'attendais depuis longtemps.* » L'amélioration globale est estimée à 75% par la patiente. Par le médecin : « ? *Tableau psychiatrique au premier plan avec grande détresse.* »

La patiente dit : « *j'ai besoin d'aide* ». L'interne lui répond que le « *niveau prioritaire est de l'aider à accepter ses douleurs* ».

Elle sera hospitalisée (librement) en psychiatrie une semaine après sa sortie, pour un mois.

Trois mois après la sortie (deuxième consultation) elle cote ses douleurs à 1 ou 2 points de moins sur l'EVA⁷³ (6 ou 7/10).

Six mois après sa sortie (troisième consultation), elle les cote de nouveau à 8 ou 9 sur 10. Elle va de nouveau beaucoup plus mal ; mais sa situation de vie est de nouveau compliquée : son père souffre de la maladie d'Alzheimer, il l'appelle, nous dit-elle, « *10 à 20 fois par jour* », et elle est inquiète par rapport à la prochaine mise sous tutelle de ce dernier, dont elle est partie prenante. Comme à chaque fois qu'elle va moins bien, ses positions se rigidifient par rapport au mouvement : « *si je ne peux faire ni quad ni catamaran cela ne sert à rien d'aller (en vacances)* »

S'ensuit rapidement une seconde hospitalisation pour sevrage morphinique. Les douleurs sont alors encore à 6-7/10 soit un à deux points de moins seulement, mais elle s'adapte beaucoup mieux.

Pendant l'hospitalisation, l'accent a été mis sur la socialisation.

Le compte rendu final du médecin précise : « L'ensemble de l'équipe qui a connu Sylvie lors de la première hospitalisation est d'accord pour dire qu'il y a

⁷³ Echelle Visuelle Analogique : petite réglette qui sert à l'autoévaluation de la douleur. Voir annexe 1 et, plus loin, le descriptif du fonctionnement de l'unité douleur.

une autonomisation franche tant sur le plan physique que psychologique, avec une meilleure participation et une alliance aux soins indéniable. »

Sylvie est revue en consultation 9 mois après cette seconde hospitalisation. Le conducteur a été reconnu coupable; son préjudice, au sens médico-légal, est en cours de réévaluation à la hausse ; une assurance a été condamnée à prendre en compte les séquelles.

Elle a repris le travail à tiers temps thérapeutique et des adaptations sont encore en cours.

Elle a découvert qu'elle pouvait prendre du plaisir aux activités manuelles.

Elle dose et répartit mieux ses activités, sportives en particulier.

Elle fait maintenant des projets de voyages et de vacances.

Elle envisage de relancer son projet d'activité associative promouvant l'accès à la pratique des sports extrêmes handisport, en attente depuis quelque temps.

2. Mme F.

Mme F., 52 ans, ancienne infirmière devenue femme au foyer en 1983 « *pour suivre son mari* », mariée et mère d'une fille de 20 ans « *handicapée alors j'ai pas travaillé* », souffre de douleurs diffuses chroniques.

Je l'ai reçue une fois en consultation, et ne peux dire grand-chose en terme médical. En effet, cette patiente m'a apporté un épais dossier rassemblant les éléments de son histoire médicale, mais rentrant dans tant de détails qu'il m'était impossible de le consulter sur place. En outre, je n'ai guère eu l'occasion de lui poser de questions, tant sa colère, sa souffrance, son épuisement, son sentiment d'injustice, se manifestaient par un débit verbal et une énergie physique véhémence.

Elle est venue accompagnée de son mari, très grand homme d'allure peu amène, militaire de son état. Lui s'assit, bras croisés, dos appuyé au dossier de la chaise, me faisant face, pendant qu'elle, rapidement debout, déversait un flot ininterrompu de revendications ayant trait aux nombreuses et diverses injustices qui ont émaillé sa vie, et qui furent, selon ses propos, perpétrées par diverses institutions, parmi lesquelles l'institution médicale.

Quelle était sa demande ? Je ne parvenais pas à obtenir une réponse à cette question.

Je me saisis alors d'une perche qu'elle me tendit en m'indiquant qu'elle avait été fort soulagée (« *la seule chose qui m'ai fait du bien* ») par sa rencontre avec un psychiatre, rencontre

recommandée par notre service comme un préalable à sa prise en charge, compte tenu, je suppose, de la nature de sa demande d'admission⁷⁴.

Elle me dit s'être sentie enfin comprise et surtout reconnue. « *De la reconnaissance* », insista-t-elle, telle était sa demande. Je me saisis alors du courrier de ce confrère (exceptionnellement long, surtout venant d'un psychiatre), fort en colère également, qui me mettait en garde contre une attitude dont il m'accusait par avance, et qui aurait consisté à mentir à Mme F. sur les possibilités de traitement.

J'interrogeais Mme sur ses attentes en terme d'un « *traitement* » : que signifiait pour elle le mot « *traitement* », quelles attentes recouvrait-il, comment se le représentait-elle, qu'entendait-elle par ce terme? Il me fut impossible d'obtenir une réponse à ces questions. Je finis par lui dire que si ces attentes consistaient en une 'guérison', au sens classique du terme (la disparition totale des symptômes, par l'éradication de leur cause lésionnelle, finalement trouvée par un médecin providentiel après des années d'errements), cela ne faisait pas partie des possibles, et que je partageais tout à fait l'avis de son psychiatre concernant l'importance de ne pas lui mentir.

Sa réponse, exprimée à demi-mot et accompagnée de gestes éloquents, me sembla signifier quelque chose comme : « *je m'en doutais* », ou encore « *je m'attendais bien à ce que la médecine ne puisse rien pour moi* ».

Ils sont repartis, sans conflit avec moi mais ne souhaitant pas revenir, unis dans leur conviction de l'injustice de ce monde.

Peut-être est-ce là ce qu'ils ont de plus cher.

3. Mme V

Certaines patientes semblent d'emblée des sujets 'faciles' pour l'ensemble de l'équipe : faciles, car non habitées par le conflit, non plaignantes, non *revendiquantes* ; elles ne sont pas en colère, ne prennent pas des postures d'héroïnes tragiques, leurs récits sont plutôt froids, peu marqués par l'émotion ; plutôt droites et fortes, indépendantes et courageuses, comme en témoigne le maintien contre vents et marées d'une activité professionnelle et domestique normale, et ce sans aide particulière, elles ont conservé un rythme nyctéméral normal et se

⁷⁴ Voir plus loin le fonctionnement du CETD. Pour obtenir une consultation, les patients doivent remplir un dossier, qu'ils doivent accompagner d'un courrier de leur médecin traitant. En fonction de la nature du dossier et du courrier, diverses modalités sont proposées pour débiter une prise en charge.

montrent plutôt réticentes aux prises médicamenteuses. Elles aspirent à l'autonomie. Elles me semblent en moyenne plus minces, plus sportives, plus soignées physiquement et dans leur présentation que les patientes plus 'difficiles'. Elles sont volontaires, dynamiques, sympathiques, fières aussi ; elles ont plus d'humour, ne se laissent pas aller à la tristesse.

Elles accordent de la valeur au travail, et sont en moyenne plus qualifiées et éduquées que les autres. Il n'y a pas, au premier abord, dans leur présentation, de séduction, *d'attente magique* d'un *miracle* ; elles ne semblent pas nous convier à porter la souffrance du monde sur nos épaules avec elles ; il ne perce pas immédiatement d'attente éperdue de reconnaissance ou de réparation.

Elles sont souvent en difficulté avec l'image de la **fibromyalgique** et n'aime pas trop faire référence à ce diagnostic qui les encombre ; quand elles ont eu affaire aux associations de patientes⁷⁵, elles ont en général « *fui* » après quelques séances, trouvant les autres membres trop « *complaisantes* », trop « *dans la plainte* », et souhaitant se distraire de leur douleur plutôt que d'y penser plus. Elles ont constaté que ce n'est pas ce qui les aide à aller mieux.

Elles ont déjà résisté autant qu'elles le pouvaient à l'emprise de la douleur sur leur vie et viennent nous voir parce qu'elles sont fatiguées de lutter seules, pour qu'on les y aide, avec des attentes mesurées, compréhensibles, réalistes et correspondant bien à ce que l'on peut offrir : un soulagement qui leur permette de maintenir leur activité. Leurs **objectifs** sont donc

⁷⁵ La **fibromyalgie**, ce syndrome douloureux chronique déjà évoqué, et sur lequel nous reviendrons bientôt plus longuement, n'est pas à ce jour explicable du point de vue de la biomédecine, du point de vue lésionnel de la médecine d'organe. De nombreuses associations de patient(e)s se sont constituées, à la fois pour militer pour « *la reconnaissance de la maladie* » et pour constituer des groupes à visée thérapeutique : groupes de paroles, échanges d'adresse, activités de médiation comme musique ou sophrologie. Elles organisent aussi des conférences, réunions d'information, congrès, où sont invités à s'exprimer de prestigieux rhumatologues parisiens.

Par « *reconnaissance de la maladie* » il est entendu reconnaissance dans la liste des ALD 30 de l'assurance maladie, reconnaissance par l'institution médicale en tant que sujet d'intérêt digne de susciter des recherches sur une cause lésionnelle qui 'prouverait que ce n'est pas une maladie imaginaire', et aussi, de manière plus ambiguë et complexe, reconnaissance de la réalité de leur souffrance. Une « *reconnaissance* » leur a ainsi été récemment accordée : la **fibromyalgie** a été intégrée à la liste des **maladies orphelines** de l'OMS.

En pratique, compte tenu de la prévalence très majoritairement féminine du syndrome, et de l'âge moyen des patientes, ce sont essentiellement des associations de femmes d'environ 55 ans. J'ai eu l'occasion de me rendre au congrès annuel qui rassemble les associations présentes sur le territoire national. S'y exprimait justement quelque prestigieux rhumatologue. Ce fut une curieuse expérience : de se trouver ainsi non pas face à une patiente dans le contexte sécurisé et intime de la consultation, mais dans l'assistance, au milieu de plusieurs centaines d'entre elles, tandis que, seul sur la scène, s'exprimait le médecin. Cet exercice malaisé qui consistait à s'adresser à un auditoire de femmes à la fois reconnaissantes de sa présence, et prêtes à brandir le fer, et qui sont toutes, d'une certaine manière, potentiellement ses patientes, avait des allures très particulières de consultation collective. L'ambiguïté et la complexité de l'alliance thérapeutique de ce type de prise en charge y étaient multipliées de manière exponentielle par le nombre de patientes.

d'emblée congruents avec ceux que l'on reconnaît comme à la fois réalistes et légitimes du point de vue de ce qui est scientifiquement prouvé comme efficace, conformes à nos valeurs et à notre façon, métaphorique aussi, d'envisager la réponse à la douleur chronique : non pas, diminuer la douleur, mais « augmenter la résistance à la douleur » ; « la douleur, c'est comme un gaz, elle prend tout l'espace qu'on lui donne ». ⁷⁶

Le médecin responsable de l'unité douleur les qualifie de « claires », « mobilisables », « positives », « des filles intelligentes », « prêtes au changement », « adaptatives ». Leur côté têtu est perçu comme un signe, positif, de volonté et de détermination, un atout s'il est bien utilisé, non comme une résistance obstinée au changement⁷⁷ et au point de vue des soignants. Ce sont, dirais-je, de 'bonnes élèves', des 'patientes idéales'.

D'une manière générale, on sera plutôt amené à leur apprendre à se reposer, à être un peu plus tendres avec elles-mêmes, à prendre par exemple plus d'antalgiques, qu'à les faire sortir du lit ou à leur faire baisser les médicaments hypnotiques⁷⁸. 'Un peu de douceur, que diable !' pourrait être le mot d'ordre de leurs prises en charge, et, comme l'a dit un jour une de nos psychiatres, « même pas mal » pourrait être leur cri de ralliement.

Leurs histoires personnelles sont souvent - toutes choses étant relatives - 'moins' tragiques que celles des patientes plus 'difficiles' : moins de deuils, moins de carences affectives, moins de ruptures, moins de vécus traumatiques. Néanmoins il y en a, souvent, et en parler va servir à dénouer l'écheveau qui les piège dans leur douleur, à les aider à s'autoriser, littéralement autant que métaphoriquement, à prendre un bain chaud quand leurs muscles cervicaux deviennent douloureux, plutôt qu'à continuer le combat en mettant une « minerve »⁷⁹ -terme fort adéquat dans ce contexte.

Bien souvent, le traumatisme en question est en relation avec une histoire ayant trait à leur féminité ou à leur maternité. Si cela n'est pas demandé, ni même consciemment attendu, c'est pourtant bien souvent la narration, le 'travail au corps' et la reconnaissance de la nature

⁷⁶ Ces phrases métaphoriques, ces images, sont utilisées comme des outils d'hypnose conversationnelle pour aider les patients à se rendre disponibles à une amélioration.

⁷⁷ « Changement » apparaît en police verdana, quand il est isolé et hors citation, s' il se réfère aux recommandations explicites et écrites du CETD.

⁷⁸ Terme médical désignant ce que le langage courant nomme « somnifères ».

⁷⁹ Le terme médical pour la 'minerve' est collier cervical ; minerve est un terme du langage courant, utilisé par les patientes avant qu'elles ne s'approprient le terme médical. C'est pourquoi je l'écris en corsiva et entre guillemets.

traumatique de l'expérience en question par les différents membres de l'équipe qui va s'avérer efficace.

*

Ainsi en va-t-il de Mme V. ; agée de 36 ans au moment de la première consultation qui a lieu avec moi. Elle est enseignante, mariée et mère de 3 enfants : un de six ans, un de trois ans, et un (nommé) décédé *in utero*. C'est une femme plutôt grande et mince, fière, droite, tonique, soignée mais sobre, sans parures ni maquillage, discrètement avenante, plutôt une intellectuelle. Elle s'exprime, d'une manière générale, avec clarté, un mélange de douceur et de fermeté, et n'est manifestement pas là pour se plaindre ou susciter la pitié.

Elle vient nous voir parce qu'elle a des douleurs diffuses inexplicables depuis plusieurs années, s'aggravant progressivement, occasionnant ainsi une gêne croissante pour assumer sa vie quotidienne. Elle lutte néanmoins pour que ses douleurs n'aient pas d'influence et de visibilité dans l'organisation de son quotidien, qu'elle s'applique à assumer 'comme si de rien n'était'. Elle prend sur elle en permanence. Il en résulte une fatigue très importante.

Elle est adressée par son médecin traitant qui nous rédige un courrier de deux pages et demi !⁸⁰ Je relève les passages suivants :

« Compte tenu de la normalité des différents bilans entrepris je lui propose une consultation au centre anti-douleur »

« Les différentes infiltrations n'ont rien donné »

« Un diagnostic de fibromyalgie aurait été évoqué mais j'avoue ne pas être en faveur de cette étiologie (...) »

Il y retranscrit également une partie du courrier de son rhumatologue qui livre les éléments suivants : « Nous sommes en réalité très proches d'une fibromyalgie peut-être aggravée par un élément dépressif réactionnel. Il me semble préférable de prendre un avis psychiatrique pour savoir si il existe ou non

⁸⁰ En pratique médicale courante, c'est très rare. Les médecins familiarisés avec les pratiques du CETD savent qu'ils peuvent le faire.

un élément dépressif marqué qui pourrait justifier la mise en route d'un traitement et éventuellement un soutien. »

« Je prévois malgré tout une IRM volontairement à distance. »

La patiente a également rédigé un petit mot d'accompagnement du dossier médical : « *En espérant pouvoir obtenir un rendez-vous dans les meilleurs délais* ».

On remarque que le temps, déjà, apparaît en filigrane dans les courriers des médecins et dans celui de la patiente, comme l'objet d'un jeu, d'un *dosage*, comme un modulateur de la relation et de l'action, comme faisant partie des outils efficaces dans le soin.

Antécédents médicaux personnels et familiaux

Mme V. a subi une fracture du col du fémur dans l'enfance, un accident de la voie publique en 2002 (avec coup du lapin), et une **yersiniose entérocolique**⁸¹ en 2003.

Ses 3 grossesses ont été difficiles : elle passe la plus grande partie de la première (1995) alitée, avec entre autres des soucis d'hypertension ; l'enfant décèdera à 6 mois in utero⁸². L'hypertension et l'alitement se répèteront à la seconde grossesse (1998), et l'accouchement sera finalement provoqué en extrême urgence, avec une nouvelle menace pesant sur la vie de l'enfant. Lors de la troisième (2001), elle fera une menace de fausse couche spontanée suite à l'amniocentèse.

Évoquant la perte du bébé in utero, elle raconte : c'était « *le lendemain d'une relation sexuelle avec mon mari* ». Elle évoque l'annonce par l'obstétricien : « *votre bébé est mort, en état de décomposition* », ce qui s'avèrera faux. Elle a conservé une photo de l'enfant.

Elle déplore « *l'absence de reconnaissance sociale de l'enfant* », raconte leurs démarches, mal perçues ou traitées comme illégitimes selon eux par le médecin et les services sociaux, pour le faire nommer dans le livret de famille (le couple l'a alors nommé, mais pour eux-mêmes) ; elle déplore aussi le manque d'un lieu pour se recueillir. Elle a, curieusement, caché la photo du bébé dans la chambre de son fils.

⁸¹ Diarrhée chronique infectieuse d'origine bactérienne.

⁸² MFIU : Mort fœtale In Utero

Du côté familial, elle note que sa grand-mère était « *très voûtée, avec de l'arthrose, de l'arthrite* », son frère cadet a lui aussi des douleurs diffuses.

Histoire de vie, contexte social et environnement

Mme. V. est, comme son mari, enseignante en lycée privé⁸³, en activité à temps plein. Elle est membre de l'association de parents d'élèves de l'école des ses enfants, au sein de laquelle elle est responsable de l'organisation d'un échange scolaire. Son mari est membre d'une société savante. « *Mon mari et moi : on n'arrête pas* »

Elle décrit une enfance sans traumatismes, carences, ni ruptures, une enfance « normale » ; elle dit de sa mère qu'elle est « *très présente, si (elle) a besoin* ».

Elle est l'aînée d'une fratrie de 4 (2 frères et une sœur, la benjamine). Ils auraient de bonnes relations.

D'une manière plus générale, en dehors du contentieux attaché à la MFIU, elle se décrit comme ayant de bonnes relations, non conflictuelles, tant avec sa famille élargie qu'avec ses élèves, ses collègues, sa hiérarchie.

Avec son mari, c'est plus compliqué. Le couple semble très soudé, en particulier depuis le décès du bébé *in utero*, mais ils rencontrent d'importantes difficultés dans leur vie sexuelle.

Il apparaîtra que la gêne principale, attribuée par elle aux conséquences de ses douleurs, est liée à ces difficultés de relations avec son mari.

En outre, je note que ses grossesses, déjà marquées par le décès du premier bébé, et par l'inquiétude de perdre les suivants, sont aussi marquées par la mort de proches : lors de la deuxième, son père décède ; lors de la troisième, c'est au tour de son beau-père. Elle établit la corrélation chronologique entre grossesse et mort, sans exprimer d'interprétation à ce sujet, disant seulement que ces associations répétées de la gestation et de la mort ont été difficiles à vivre.

Elle s'interroge aujourd'hui sur la possibilité d'avoir un quatrième enfant, interrogation qui se trouvent cautionnée par la persistance de ses douleurs. L'une des attentes qu'elle a vis-à-vis de notre équipe, qui n'est que discrètement exprimée à ce stade mais prendra de l'ampleur et

⁸³ C'est une matière littéraire, mais je ne sais plus laquelle.

du relief par la suite, est d'avoir un avis médical sur la compatibilité entre ces douleurs et une quatrième grossesse : en clair, que nous l'autorisions, ou pas, à se lancer dans cette aventure.

Histoire de la maladie

Il n'y a pas à proprement parler de repères chronologiques fiables du début des douleurs, pas de facteur déclenchant clair. Il règne ici une certaine confusion temporelle.

À l'externe elle dira que cela dure depuis 7 ans : suite au décès de son premier bébé. A moi elle dit que cela dure depuis 2001, à la naissance de sa dernière fille : *« la pauvre chérie elle n'y est pour rien »*.

Les choses se seraient aggravées en 2002 suite à un accident de la voie publique avec tiers responsable dont elle a eu *« beaucoup de mal à se remettre »*

Elle a subi de nombreux bilans biologiques et d'imagerie, dont elle dit qu'ils n'ont *« rien »* trouvé.

Le parallèle chronologique avec ses maternités vient spontanément (comme des points de repères) même si le lien n'est pas fait, voire est dénié.

Elle est en colère contre le diagnostic de **fibromyalgie**. Pour elle cela veut dire : *« c'est dans la tête »*. Elle ajoute : *« C'est un problème de société. Quand on a un diagnostic les gens comprennent. On veut toujours avoir une cause. »*

Elle trouve son médecin traitant *« un peu dépassé »*. Elle a le sentiment que chacun lui donne un avis différent. Elle dit avoir des difficultés quand les intervenants de soin sont pris séparément, non coordonnés.

Interrogée sur l'efficacité de l'acupuncture, elle répond : *« à part me faire dormir... »*

Un traitement antibiotique a été tenté, du fait du lien chronologique avec la **yersiniose** qui aurait pu fournir une explication **lésionnelle** à ces douleurs : il a été, pour elle, *« inefficace : à part de me donner l'espoir et me l'enlever... »*

Les **Infiltrations** sont vécues comme des *« cache-misère, temporaires »*

Elle a aussi été hospitalisée dans une **unité douleur** dans le secteur privé : *« ça ne correspond pas du tout...rapide...classé en 5 minutes...diagnostic de fibromyalgie...voulait hospitaliser tout de suite...manque de discussion. »*

Première consultation

Sur son questionnaire d'autoévaluation, le trait dont elle marque la figure humaine est net et autoritaire, franc mais sans débordement.

Elle utilise l'EVA et cote ses douleurs actuelles à 5/10, 7/10 pour la moyenne des 8 derniers jours avec des pics à 7,5. Là aussi donc, nul excès.

Dans le QSA⁸⁴, la douleur est décrite à 4/4 comme épuisante, $\frac{3}{4}$ comme pénétrante (la fatigue, donc, au premier plan), à 2/4 comme angoissante, énervante, exaspérante, lourdeur, étai, et à $\frac{1}{4}$ comme insupportable et déprimante.

Sur l'échelle de Hamilton et Beck⁸⁵ elle cote à 3/21 sur l'échelle de dépression, et à 11/21 pour l'anxiété.

Le retentissement sur le comportement quotidien est évalué à : 8/10 pour l'humeur, 2/10 pour le goût de vivre, 7/10 pour tout le reste (sommeil, marche, travail, relation avec les autres)⁸⁶.

Ses objectifs en venant consulter au CETD, tels qu'elle me les formule spontanément, sont :

- « *Doser* » :

*L' *équilibre*⁸⁷ entre son investissement professionnel et sa vie familiale.

*Son activité pour limiter sa douleur « *et donc* » son irritabilité.

- Permettre qu'elle poursuive son activité professionnelle

- Remise « *en ordre* » : « *que tout rentre dans l'ordre* »

- Retrouver des relations sexuelles satisfaisantes.

Elle nous prévient qu'elle est réticente à prendre des médicaments.

Interrogée au sujet des **gênes** occasionnées par sa douleur, elle les classe ainsi :

⁸⁴ Questionnaire de Saint Antoine permettant de faire un choix parmi des qualificatifs proposés pour décrire la douleur, et de pondérer les qualificatifs choisis par une note sur 4. Voir annexe 2.

⁸⁵ Échelles de dépression et d'anxiété. Voir annexe 2.

⁸⁶ Voir annexe 2 questionnaires d'autoévaluation. Là encore la patiente doit choisir parmi des items proposés et noter sur 10 la gêne ressentie pour chaque item. C'est pourquoi j'ai mis en **verdane** les items, puisqu'ils ne sont pas spontanément évoqués mais font partie d'une nomenclature précise et étudiée permettant d'évaluer la qualité de vie, le plus souvent inspirée d'études et de critères nord-américains.

⁸⁷ Les patientes utilisent plus volontiers le terme *équilibre* ; les professionnels, dans mon expérience, traduisent plutôt par *dosage*. J'utiliserai de ce fait fréquemment l'expression combinée *équilibre/dosage*.

Sa **gêne** principale : les difficultés dans les relations intimes : « *gêne vraiment* »

Sa deuxième **gêne** porte sur son irritabilité, en lien avec la douleur. Elle se décrit comme « *pas très agréable à fréquenter* ». Elle « *en a assez d'être obligée de se justifier* »

Sa dernière **gêne** porte sur son activité professionnelle (importance des stations debout et déplacements divers).

Elle ajoute : « *je ne me repose jamais* », et voudrait savoir « *doser pour pas se faire mal et limiter l'irritabilité* »

Elle a arrêté les promenades, le jardinage, a maintenu une activité de piscine une fois/15 jours avec ses enfants, et un peu de vélo.

Elle est parvenue à maintenir des activités parce qu'elle se force, mais du même coup n'y prend pas de plaisir et s'en trouve plus irritable encore : « *je peux (faire des efforts physiques) parce que je me force et que je suis têtue* ». Manifestement, l'activité maintenue à l'identique est professionnelle ; là où elle a cédé du terrain, c'est dans le registre des activités de plaisir.

Elle s'est tout de même récemment accordée d'employer une femme de ménage, et en dit : « *c'est merveilleux* »

Elle est aussi gênée et inquiétée par une sensation de frilosité.

Elle cote la **gêne** portant sur son sommeil à 5/10, dit éprouver principalement des difficultés à trouver le sommeil.

De sa manière de gérer ses douleurs, elle dira, pendant cette première rencontre : « *je ne suis pas encore à attendre que cela se passe. Je suis toujours à me dire que demain ça ira mieux. C'est ça mon problème* »

Effectivement, au-delà du profil-type de la 'bonne élève', dont on retrouve bien les différents éléments, en particulier la congruence de ces attentes spontanées avec nos propositions, auxquels s'ajoute chez elle un appétit non dissimulé pour la mise en ordre et l'*équilibre*, des difficultés se font jour plus implicitement, et c'est par intuition que je rajouterai les éléments suivants, non sans avoir testé mes intuitions auprès d'elle pendant l'entretien :

Elle est impatiente, et souhaite tout résoudre rapidement. Malgré son discours concernant le maintien d'activité, elle continue à se bercer de l'espoir que tout redevienne comme avant, que le soulagement soit complet, et rapide ; elle organise sa vie en organisant cette attente, plutôt qu'en s'adaptant dans la perspective d'un **changement** durable. En jargon de la

médecine de la douleur, on dirait que le pendant de son côté combatif et volontaire, c'est qu'elle *résiste au changement*.

Il me semble percevoir un besoin, à défaut d'une demande explicite, de reconnaissance et/ou de réparation par rapport au décès de l'enfant in utero, et à la dimension de contentieux avec le monde médical qui lui est attaché.

Ses attentes par rapport à l'intervention des 'psy' sont ambivalentes : Elle est à la fois très *preneuse* de l'écoute que j'offre en consultation, très impatiente et très réticente à la fois à rencontrer des 'pys' patentés. Elle semble aussi avoir peur de parler, de craquer... ou/et n'y être pas habituée.

Néanmoins, elle me paraît adaptative et volontaire. Certes, elle semble résister à établir certains *liens*⁸⁸, à une certaine forme de parole, mais pas au point, je le crois alors, de mettre en échec la prise en charge : Ce sera à *travailler* en hospitalisation, me dis-je, et je compte bien sur l'équipe pour la '*travailler* au corps'.

Je crois à ce stade qu'il va falloir lui apprendre à *faire moins*, y compris si nécessaire contre son gré : que l'on utilise l'autorité que nous confère notre rôle et notre institution pour prescrire une réduction d'activité qu'elle aura sans nous du mal à s'autoriser ; pour la rassurer, aussi, sur ce qui va se passer si elle *fait moins*.

La fonction de la douleur, dans son cas et à ce stade, me semble être de montrer ce qu'elle ne dit pas, puisqu'elle tient sa souffrance secrète ; de maintenir vivant le souvenir de souffrances passées, peut-être de maintenir un lien avec l'enfant décédé ; il faudra sans doute l'encourager à la montrer plus, autrement, à la matérialiser autrement pour les autres sans lui faire perdre la face - ce que notre prescription de repos peut lui permettre. Concernant la quatrième grossesse, c'est plus compliqué ; peut-être a-t-elle besoin qu'on lui interdise ? En tout cas, la persistance de ces douleurs, leur intrication avec les relations sexuelles du couple et l'histoire des maternités, le fait aussi que dans tout son « *ordre* » ce soit là qu'il semble y avoir confusion, désordre temporel et désordre dans sa logique causale, indique qu'il y a là, probablement, l'un des *nœuds* sinon Le *nœud* de l'affaire.

⁸⁸ Je note *lien* en corsiva, car, même si c'est un terme que l'on retrouve à la fois dans le langage courant et le langage savant de la psychologie, il a une telle place dans le jargon de la médecine de la douleur que cela m'a paru important de le noter comme tel.

Dans le courrier qui fait le bilan de cette première consultation, et que je dicte, comme d'habitude, devant elle, j'écris entre autres :

« Très volontaire et adaptable »

« Ne prend aucun traitement médicamenteux de manière régulière »

« Nous nous sommes mis d'accord pour que l'essentiel de la prise en charge se fasse plutôt en intra-hospitalier. »

Consultation psychologique de pré-admission

La psychologue note dans le dossier :

« *Tout ce qui est effort je ne peux plus* »

« *M'en sortir* »

« *Essayer de comprendre d'où ça vient* »

Elle fait avec la psychologue le constat suivant, en évoquant son désir d'un autre enfant : « *là, c'est impossible, quoi, en plus j'ai des grossesses difficiles. Là-dessus je sors mes griffes* ».

Son désir à ce sujet n'apparaît pas très clairement dans ses propos, et ses attentes vis-à-vis de nous, ambivalentes. En tout cas, on peut présager qu'une éventuelle prescription vis-à-vis d'une quatrième grossesse ne se ferait pas sans difficulté ni conflit.

Elle exprime le souhait de rencontrer de nouveau la psychologue pendant l'hospitalisation.

Hospitalisation

En hospitalisation, on n'entendra de sa part que quelques rares plaintes douloureuses. La plainte se déplacera sur le sujet de la prise en charge en elle-même.

En revanche, elle nous dira avoir eu moins mal pendant le week-end à domicile qui sépare les deux semaines d'hospitalisation.

Quand l'ostéopathe/acupuncteur passe la voir le soir de J1, elle lui dit :

« J'aimerais mettre en place tout ce qu'il faut pour que cela cesse vite ». Au décours de la séance d'acupuncture, il fait état aux infirmières d'une dimension de « *nomadisme médical*⁸⁹ » et de conflit ; je ne l'avais pas perçue si fortement lors de la première consultation.

L'après-midi de J2, elle voit la psychologue :

Celle-ci encourage la mise en place d'un *travail* psychothérapeutique. Elle la trouve « *prête* ». (Le temps et le timing, encore)

Elle note :

« *Retentissement psy présent.* »

« *Premier bébé décédé. Cela la renvoie au désir d'un autre enfant.* »

A J3, selon les transmissions des infirmières, Mme V se dit « *très déçue, a l'impression d'être venue pour rien, ne sait pas pour quoi elle est là.* » Elle dit trouver « *les acteurs sans cohérence entre eux* », et « *s'attendait à une prise en charge plus active, plus dense, à faire plus de choses* ».

Elle est mécontente : « *Quelqu'un est venu prendre ses mesures*⁹⁰ *ce matin* » et « *on ne lui avait pas dit* »

Deux actions sont immédiatement engagées par l'équipe en réponse à cette insatisfaction de sa part :

Tout d'abord le médecin responsable est appelé et informé par les infirmières de la situation : Il choisit alors de pratiquer, au terme d'un entretien dont j'ignore le contenu, des infiltrations des deux tendons des moyens fessiers, et fait pratiquer par un neurochirurgien une infiltration du nerf d'Arnold⁹¹. Il programme aussi la rééducation. C'est

⁸⁹ Terme employé couramment en médecine - écrite et orale- pour désigner la propension à aller voir plusieurs médecins pour avoir plusieurs avis, voire d'en changer à chaque fois que l'avis émis n'est pas ce qu'on souhaite entendre.

⁹⁰ Pour la réalisation d'un corset lombaire sur mesure, semi-rigide et baleiné.

⁹¹ Les infiltrations sont des injections profondes, en général de produits inflammatoires, qui sont pratiquées au contact direct de lésions dont l'inflammation cause des douleurs ; ici, les tendons des muscles moyens fessiers souffrent d'inflammation et reçoivent des anti-inflammatoires puissants « in situ » ; le nerf d'Arnold, pincé et de ce fait inflammé lors de son passage dans des corridors musculo-squelettiques rendus étroits par l'arthrose, les contractures, les mauvaises postures, gonfle et accroît ainsi encore le pincement qu'il subit, et qui est responsable de céphalées. Son infiltration fait l'objet d'une procédure technique assez lourde, nécessitant un bloc opératoire pour satisfaire à des conditions d'asepsie stricte ; elle a en outre lieu sous contrôle radioscopique, la tête du patient étant immobilisée dans un carcan métallique vissé à la manière d'un étau, et avec une très longue aiguille à laquelle fort heureusement pour lui le patient tourne le dos. L'ensemble est assez impressionnant, comme peut-être toute intervention chirurgicale - c'en est une- nécessitant déshabillage, sédation, jeûne, transport allongé en brancard sous un drap vert, souvent tôt le matin ou tard le soir, à voir défiler les plafonds de couloirs de l'hôpital habituellement inaccessibles aux profanes, dans le choc des portes battantes qui s'ouvrent et se ferment automatiquement, dans l'étrange bruit métallique des ascenseurs, jusqu'aux zones stériles souvent dépourvues de

probablement là aussi que se décide - dans le cadre d'un contrat thérapeutique passé oralement - qu'en deuxième semaine elle ne reviendra que deux jours au lieu de cinq, pour voir le psychiatre et le médecin du travail.

Il s'agit donc d'une réponse que je qualifierais de 'musclée': douleur infligée, effraction cutanée à trois reprises, grande mise en scène chirurgicale, organisation de 'l'après', mise en ordre et perspective éducative, régulation temporelle pour réduire les temps d'inactivité et d'attente - qui semblent l'angoisser et la rendre incline à la rumination - et pour l'aider à se projeter dans un futur proche (la deuxième semaine) et aussi plus lointain (la rééducation). Tous les outils, techniques et symboliques, du modelage du corps, et par le corps de l'intime et de l'esprit -psyché, morale...-, sont utilisés.

Deuxième action, décidée simultanément et en concertation avec le médecin : les infirmières décident de lui remettre *le classeur vert* où sont collectés les courriers des patients, quand ils en envoient : « *classeur des témoignages patient donné* » notent les infirmières.

On peut voir dans la remise de ce classeur une attente des effets thérapeutiques du partage, de la compréhension, de l'empathie, de la réassurance aussi - vous n'êtes pas la première, on connaît ça - de la sortie de la solitude et de la mise en récit. On voit aussi que le 'timing' des interventions des différents acteurs n'est pas arbitraire : en même temps que les médecins et les chirurgiens *travaillent* le corps et le rapport du corps au temps, les infirmières rappellent le pouvoir de la parole, la valeur que nous lui accordons, la possibilité de s'exprimer et notre disponibilité à l'écoute. Je compare cette coordination à un effet de 'presse-citron'.

J4 : Le résultat de ces réponses concertées, multidisciplinaires, symboliquement fortes, ne se fait pas attendre : 24h après, toujours selon les transmissions infirmières : « *me dit qu'elle a tout lu et qu'elle a même pleuré. Me dit qu'en fait elle pensait que ce ne serait pas si long pour s'en sortir, elle pensait qu'on lui donnerait des médocs, de la rééduc, et voilà que tout reviendrait dans l'ordre. Mais elle s'aperçoit que c'est un combat de tous les jours.* » L'infirmière lui donne quelques explications supplémentaires sur la **prise en charge**, qui ont trait à la nécessité d'une temps de pause, d'un retour sur soi, ce à quoi la patiente répond : « *je me doute bien mais je n'ai pas trop envie de réfléchir sur moi, il y a sûrement des choses que je ne veux pas voir* »

L'infirmière note : « *pense avoir beaucoup demandé à son corps à la naissance de sa fille* ».

fenêtres- l'impression d'une descente au centre de la terre n'est pas loin, et d'ailleurs le bloc est « en bas ». En outre, c'est un geste qui, s'il est bref et le plus souvent efficace, peut aussi être douloureux pendant les premières heures ; il déclenche, pour quelques heures, la douleur même qui le motive.

« Comprend même qu'il est nécessaire de « poser ses valises pour y voir plus clair plutôt que de fuir dans l'activité » « Annonce qu'elle aurait aimé jouer d'un instrument de musique ».

Action immédiate de l'infirmière : Elle contacte la musicothérapeute pour qu'elle vienne la voir ; celle-ci retransmettra à son tour aux infirmières que la patiente aurait besoin de voir le psychiatre « ++ ».

Voici ce que la musicothérapeute (qui est aussi médecin : anesthésiste à la retraite, hypnothérapeute et fait office de sociothérapeute) note au décours de son entretien :

« Elle parle souvent de déconsidération pour elle de la part de sa mère et des collègues. »

Elle évoque le « troisième enfant qu'elle voudrait avoir » ; le médecin-chef corrigera par écrit ce passage, en l'annotant ainsi : « le 4° ! Après décès du premier »

(Le fait que le médecin ait corrigé me paraît important : ici, les mots comptent ; pour d'autres, cela aurait pu passer pour un détail sans importance.)

« Paraît déterminée. »

« Elle déteste les animaux, Supporte, mais « quel travail sur moi ! » un chat depuis peu. Elle déteste avec violence la musique classique. Pourquoi ? depuis quand ? Et elle raconte la mort du bébé mort-né, l'accouchement sous musique classique et péri. Ceci vient juste après qu'elle ait raconté ses difficultés « physiques », dit-elle, de sa vie sexuelle. »

« Il semble qu'elle ait pris le fil qui dépassait de ma pelote de début de mon entretien et va tirer dessus ».

« Elle ne peut se détendre, elle a besoin d'hyper occupations »

« Elle a un discours très contrôlé, très poli. Et se tient souvent très droite, suivant le questionnement, pour une cervicolombalgique⁹² »

« Pas de syndrome dépressif. Dans le contrôle de ses émotions, a du mal à lâcher prise. »

« Assez réticente au début de l'entretien puis aborde sa première grossesse, vécu très douloureux du premier enfant décédé, pas soutenue par les médecins... désir d'une nouvelle grossesse, empêchée par les douleurs »

On perçoit bien ici toute la portée symbolique de l'alliance entre abord du corps, de la parole, entre douleur infligée et douleur soulagée, et comment au terme de ce « travail » la parole va pouvoir émerger sous une forme plus authentique, plus émotionnelle : le corps et l'intellect, poussés dans leurs retranchements, vont finalement céder la place, ici aux émotions, dans le contexte d'une approche mettant en jeu l'art (ici la musique) et l'hypnose, d'autres fois dans le contexte de l'approche en médecine chinoise ou ostéopathie, le tout renforcé, accompagné,

⁹² Personne souffrant de douleurs du rachis cervical et lombaire.

ancré par le '*travail* au corps' des kinésithérapeutes, qui vient résonner avec le travail des émotions :

Notes des kinésithérapeutes dans le dossier :

« Travail en flexibilité+++ »

A cette occasion ils remarquent la nécessité d'un « *travail sur l'image de son corps* ». « *Je détestais mon corps.* »

On perçoit bien aussi tout le pouvoir de manipulation symbolique que confère cette **approche globale** ; l'importance, aussi, de la collaboration des différents acteurs à partir de leur place spécifique, et de la coordination des actions dans le temps qui s'appuie aussi sur la réactivité de chacun.

J5 : Le lendemain, dernier jour de la première semaine, c'est d'ailleurs la question du temps qui émerge : après le 'dénouage', renaître passe par réorganiser le temps. « *Ne voit toujours pas comment elle peut se réorganiser pour avoir du temps* ». C'est avec cette question qu'elle rentre à domicile.

J6 : Quand elle revient pour deux jours la semaine suivante elle dit au médecin responsable « *qu'en ayant moins mal, elle a pu repousser ses limites ce week-end* ». Il lui est répondu que ce n'est pas le but. Qu'elle doit apprendre à répartir ses activités dans la journée.

C'est la question des limites qui se fait jour ici : limites du corps, limites entre sortie de l'hôpital et retour à l'hôpital, limites de la résistance à la souffrance, limites de l'être, endurance, morale, vertu. Et c'est au médecin, grand pourfendeur de limites, comme il le lui a encore prouvé quelques jours auparavant, qu'elle adresse fièrement la reprise de ses combats. Mais il s'agit ici de rééduquer aux nouvelles valeurs du groupe : le dépassement de ses limites n'est pas ici ce qui est attendu d'elle, et cela lui est signifié avec autorité.

Elle verra ce jour là le médecin du travail, pour envisager les aménagements possibles de son activité.

J7 : Elle voit notre psychiatre. Celle-ci note :

« Pas de syndrome dépressif. Dans le contrôle de ses émotions, a du mal à lâcher prise. »

« Assez réticente au début de l'entretien puis aborde sa première grossesse, vécu très douloureux du premier enfant décédé, pas soutenue par les médecins... désir d'une nouvelle grossesse, empêchée par les douleurs »

Les transmissions infirmières de J7 indiquent : *« Imagine difficilement avec son activité professionnelle comment elle peut gérer ses efforts »*. *« S'est lâchée pendant l'entretien ; a parlé du décès de son premier enfant. Se sent un peu responsable. Reste très fusionnelle avec ses enfants actuels. A une très mauvaise image de son corps. Associe ses douleurs à sa souffrance morale »*.

Il s'agit de « Lâcher » le nœud, d'amener les larmes et leurs petite mort, la catharsis par l'eau, puis de renaître, renouer, ou plutôt retisser le récit, avec des liens moins tendus, moins serrés.

Les infirmières retranscrivent son vécu subjectif, ses propos, son quotidien. Par exemple on peut lire dans leurs transmissions :

« Je n'ai plus la pêche » « ce serait bien que je passe à autre chose ». « Dit qu'elle n'a plus de temps pour elle, qu'elle s'active à longueur de journée. Patiente très active. Se demande si elle va trouver du temps pour elle... Ne peut plus assurer les sorties avec ses enfants (...) : « boulot à gérer ». »

« A du mal à coter sa douleur. »

« Ne se sent pas triste, ne se sent pas déprimée mais dit « péter les plombs ». »

Les paroles du médecin, telles qu'elles sont retransmises par les infirmières comme lors de la visite (matin de J2), ou notées directement par lui dans 'sa partie' du *dossier unique*, sont les suivantes :

(Elles sont réparties selon les quatre axes - lésionnel, fonctionnel, psychologique, socioprofessionnel - de prises en charge qui correspondent aux recommandations de l'ANAES⁹³.)

Lésionnel :

« Dos plutôt plat... sacrum verticalisé, arthrose inter apophysaire postérieure « pas d'anomalie».

Avis chirurgical : Névralgie cervicobrachiale ? Discopathie cervicale ?

Névralgie d'Arnold bilatérale

Aponévrosite bilatérale

Contractures »

⁹³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, organisme national qui publie les recommandations officielles de conduites à tenir médicales résultant des conférences de consensus.

Les infirmières notent : « *Diagnostic de fibromyalgie écarté.* »

Psy :

« *Ne se lâche pas. N'est pas prête à être actrice de la prise en charge* »

Des « *nœuds à défaire* » (autour de la relation à ses enfants et en particulier de la MFIU : se sent responsable)

« *Ne réussit pas à dire qu'elle a trois enfants* ».

Socioprofessionnel

« *Tout ou rien : ne sait pas doser* »

A besoin de « *prendre du temps pour elle* ». « *Nécessité de définir des priorités et faire des choix personnels* »
« *Préfère temps plein et femme de ménage plutôt que ¾ temps sans aide à la maison.* »

Déjà active : adaptation quantitative avec réduction de son temps de travail

Dans son bilan du *staff*⁹⁴, à J7, le même médecin note :

« *De la place pour travailler/ prise de conscience des liens. Se dit prête à engager une véritable psychothérapie. Pas forcément utile de cacher les secrets de famille.* » « *Se vit comme une mère poule* »

Il rapporte les paroles de la psychiatre qui l'a vue « *depuis 2001, relation fusionnelle avec son mari* »

Dans le courrier, rédigé par l'interne - qui est intéressant pour cette raison, car l'interne est plus influencé par la biomédecine d'organe, peu formé encore aux pratiques spécifiques de la médecine de la douleur - celle-ci dresse le bilan de l'hospitalisation. On peut y lire : « *3 enfants dont un décédé in utero* ». « *La prise en charge a consisté à travailler l'alliance thérapeutique* ». « *Elle avoue ne pas réussir à dire. Elle se dit prête à engager un véritable travail psychothérapeutique.* »

Évolution après l'hospitalisation

Il a été omis de lui faire chiffrer l'amélioration perçue par elle à la fin de l'hospitalisation. Elle ira mieux progressivement dans les consultations qui suivront sa sortie, puis nettement mieux jusqu'à interrompre la prise en charge pour cette raison.

⁹⁴ Terme de jargon médical, non spécifique à la médecine de la douleur, désignant les réunions d'équipes pluridisciplinaires. Nous verrons plus loin dans le descriptif du fonctionnement du CETD que le staff a lieu une fois par semaine le jeudi midi. Y sont en général abordés les dossiers des patients qui en sont à leur deuxième semaine, sauf urgence chez un patient de première semaine.

Lorsque je la revois, trois mois après sa sortie d'hospitalisation, la douleur est toujours à 7/10 mais les diverses gènes (retentissement) sont, elles, cotées entre 0 et 2, sauf 7/10 pour humeur. Dans les qualificatifs de la douleur la cotation maximale est à 2/4 pour « épuisante ». Sur son dessin, le trait est le même. Elle dit aller « *Énormément mieux* », avec notablement une amélioration des relations avec son mari. La difficulté à accepter la dimension temporelle de la douleur et de la prise en charge demeure : elle garde l'espoir que tout s'efface soudainement. Je note que le frein principal à la poursuite de son amélioration pourrait être le refus de s'autoriser les moyens qui peuvent la soulager, et la nécessité de prendre le temps.

Le début de cette première consultation est marqué néanmoins par un reproche de sa part, adressé à l'équipe, puisqu'elle nous perçoit comme un tout, mais dont la responsabilité incombe à l'interne qui a rédigé le courrier (dicter les courriers devant le patient étant un exercice qui demande un peu de pratique, les internes ne s'y adonnent en général pas tout de suite, et le rédigent dans leur bureau. Mme V. en a donc découvert le contenu à sa réception). C'est une nouvelle occasion de constater l'importance de ces courriers.

En effet, le reproche que Mme V. formule a trait au rapport détaillé que fait l'interne de la part de souffrance psychique liée à la mort foetale in utero de son premier enfant. Elle estime que l'interne a outrepassé sa confiance en livrant en détail des propos qu'elle lui avait tenu à ce sujet, et ce dans la mesure où nos courriers sont toujours diffusés très largement à tous les médecins engagés dans la prise en charge, aux kinésithérapeutes aussi, et parfois à des intervenants que la patiente ne connaît pas encore, et dont elle ne fera la connaissance qu'après qu'ils aient lu ce courrier.

Je relis le passage qui l'a blessé, et il est vrai qu'il est un peu maladroit ; il livre des choses dont l'intimité contraste avec le caractère autoritaire des mesures préconisées pour faire face à ces difficultés.

Je choisis de m'excuser au nom de l'équipe. Je le fais, sans être certaine de bien faire, mais au nom de ce que je crois avoir constaté être l'importance du respect des limites de l'intime tel qu'elles sont perçues par les patientes, en toute subjectivité⁹⁵. Certes, cela implique ici de

⁹⁵ Je prends un peu d'avance sur l'analyse pour justifier mon action, ici en tant que médecin : Il m'a semblé, bien souvent, que le nœud de la souffrance de ces patientes a trait à une effraction des limites de l'intime et/ou du corps, effraction qui n'a pas été accompagnée de suffisamment de mot, ou de la symbolique adéquate. Certains événements douloureux de leur vie sont comme pris dans un abîme de silence, coupés de la possibilité du nom, du sens et de la reconnaissance, et tout se passe comme si c'était le silence lui-même qui était traumatique : « As if wounded, without the pleasure of a scar » (the cinnamon peeler Michael Ondaatje). Il me semble, en outre, que notre travail consiste précisément à remettre des mots et des symboles efficaces, c'est-à-dire à nommer, tant les limites elles-mêmes, que leurs effractions parfois nécessaires.

mettre en cause un membre de l'équipe, ce qui n'est jamais souhaitable tant notre cohérence est nécessaire ; en même temps, la personne en question étant interne et donc étudiante, cela peut être moins dommageable pour la patiente. Quant à l'interne elle-même, je lui expliquerai les choses de vive voix à la première occasion, pour ménager sa sensibilité.

Lorsque je rédigerai mon courrier de fin de consultation, je ferai donc état de son reproche, et des excuses que je lui ai faites, et devant Mme V je demanderai à la secrétaire d'en envoyer une copie à l'interne.

Lors de la seconde consultation, 3 mois plus tard, Mme C exprime des difficultés à vivre avec « *l'étiquette fibromyalgique* ». Le regard des autres, celui de son mari en particulier, est en jeu. À partir de cette difficulté, nous abordons ces questions du regard d'autrui, et nous tombons d'accord sur le fait que ceci pourrait utilement faire l'objet d'un début de *travail* psychothérapeutique.

Depuis la dernière consultation elle a bénéficié du séjour en rééducation demandé à sa sortie du service, séjour qu'elle a beaucoup apprécié. Ils nous ont adressé un courrier où je peux lire les commentaires suivants :

Venant du psychologue : « récemment Mme V a pu parler (du deuil difficile de l'enfant, et du secret qui a suivi) en famille et aux enfants et elle se sent soulagée »

« Madame V prend conscience de ses lacunes physiques »

« Selon Mme V le psychiatre consulté ferait la distinction entre les éléments algiques et les traumatismes psychologiques »

« La rupture brutale de la rééducation pourrait activer les douleurs. Un arrêt progressif pourrait s'avérer plus judicieux... » (Le temps, encore)

Il y est dit qu'à la fin de l'hospitalisation, elle s'est « lâchée » et a *fait des liens* entre souffrance physique et souffrance morale

Lors des consultations qui vont suivre, elle me tiendra au courant des adaptations de son temps de travail. Je note la tendance à remplacer les obligations travail par les obligations médicales, et la nécessité de lui rappeler l'importance des activités de plaisir.

L'arrêt du suivi se fera à son initiative. Je reçois un courrier de sa main, où elle m'explique qu'elle va beaucoup mieux, qu'elle a « *retrouvé le sommeil et une vie quotidienne agréable* », qu'elle « *profite de ces instants en espérant qu'ils vont perdurer.* » Elle m'informe de quelques nouvelles procédures thérapeutiques qu'elle a mises en place de sa propre initiative, et qu'elle est appelée par des obligations professionnelles. Elle me remercie de « *l'attention et de l'écoute* » accordées.

J'ai accusé réception de ce courrier en restant à sa disposition si besoin.

4. Mme M

Nous avons vu avec Mme V. comment la prise en charge pouvait se focaliser sur le fait d'amener la patiente à la parole, et comment les procédures physiques y contribuaient. Nous allons voir avec Mme. M. que le silence qui entoure les vécus traumatiques peut être chargé de colère, au corps défendant des patientes mêmes.

Nous verrons aussi que la parole qu'il s'agit de faire sourdre n'est pas n'importe quelle parole : il faut aussi changer les modalités du récit, et aboutir à un narratif positif. Il s'agit de faire quelque chose de créatif de la violence.

Qu'il s'agisse en effet d'une violence infligée par malveillance, ou d'une violence plus fondamentale - comme la maladie, la mort d'un être cher, ou les organisations difficiles des rapports entre hommes et femmes et de la sexualité - il s'agit toujours, du point de vue de l'expérience vécue, de violence. Or il apparaît que celle-ci a quelque chose de contagieux, qui augmente encore le préjudice subi par la 'victime' de conséquences relationnelles difficiles à contrôler : On la subit d'abord, et il en reste ensuite quelque chose, que l'on porte avec soi, que l'on peut aussi alors faire subir à autrui. À charge à celle qui en fut 'victime', de la convertir pour interrompre la contagion.

La médecine de la douleur va alors interroger le statut de victime, accompagner ce processus de conversion, et participer de la régulation de la violence, par un *travail* concomitant sur le corps et le récit qui comporte aussi des inflexions spécifiques liées au genre, féminin en l'occurrence.

*

Mme M. a 62 ans lors de sa première consultation, qui n'a pas lieu avec moi - je ne reprendrai sa prise en charge qu'au décours de l'hospitalisation, dont je suis en revanche actrice, en tant qu'interne. Je livre donc les données de la première consultation telles que je les ai recueillies dans le courrier du médecin qui l'a reçue alors.

Contexte social et environnement

Elle est veuve, vit seule, et dit « *gérer assez mal la solitude.* » Elle a eu deux garçons, adultes maintenant. Elle est grand-mère de trois petits-enfants.

Elle est retraitée : elle a été mise en préretraite pour invalidité il y a deux ans ; auparavant, elle exerçait la profession de secrétaire comptable.

Elle dit exercer de nombreuses activités de loisir : chorale, travail manuel, tricot, piscine et gymnastique en club, elle va fréquemment au cinéma, assiste à divers spectacles, se rend à des expositions de peinture. Elle s'occupe fréquemment de ses petits-enfants.

Elle ne fait pas partie d'une association de malades.

Histoire de la maladie

Elle nous est adressée par sa rhumatologue, qui écrit dans son courrier : « Je suis dans une impasse thérapeutique et nos relations évoluent vers une agressivité mutuelle. Il est temps que je passe la main. » . Elle fait état de douleurs touchant l'ensemble du corps (diagnostic de fibromyalgie), mais greffées secondairement sur des douleurs électives concernant la colonne vertébrale et les membres inférieurs (lomboradiculalgie dégénérative)⁹⁶ et le membre supérieur gauche (algoneurodystrophie⁹⁷ post-opératoire).

⁹⁶ Terme médical signifiant usure du rachis lombaire avec douleur résultantes, par la compression d'une racine nerveuse à ce niveau, en lien à cette usure : souvent, c'est une sciatique. Les nerfs sont en effet comme des arbres, avec des branches et des racines ; les racines sont rattachées à la moelle épinière, dans la colonne vertébrale, et sortent dans des espaces entre les vertèbres, susceptibles d'être réduits en cas d'usure, ce qui les irrite et les comprime, générant des douleurs. Ensuite, ces racines donnent des troncs qui se divisent en branches.

⁹⁷ Derrière ce terme complexe (nous dirons AND) se cache une pathologie qui ne l'est pas moins : elle a récemment changé de nom pour rejoindre les SDRC : syndromes douloureux régionaux complexes. C'est un des - sinon « le » - schémas typiques de douleurs restées longtemps inexpliquées, considérées donc longtemps comme « psychologiques ». Ce n'est que récemment qu'elles ont pu être rattachées à des mécanismes physiologiques complexes mais objectifs : suite à un choc, de quelque nature qu'il soit - et les chirurgies en font partie, ou suite à une pathologie infectieuse, il est possible que survienne, dans une zone du corps qui n'est pas forcément dans un rapport anatomique évident au premier abord avec les zones concernées par le choc (d'autant

A sa lettre, la rhumatologue a joint de nombreux courriers : D'autres rhumatologues qui la suivaient avant elle, ou de confrères qu'elle a sollicités pour pratiquer des actes hors de son champ de compétence. Il n'y a pas de courrier écrit de la main de la patiente.

Mme M. est déjà suivie en psychothérapie, par un psychiatre-psychanalyste dont je connais le travail pour l'avoir rencontré lors d'une conférence ; il s'intéresse particulièrement aux fins de vie et aux soins palliatifs. Je ne sais pas comment s'est fait le choix de cet interlocuteur pour Mme M.

Évaluations et objectifs

Sur son questionnaire d'autoévaluation, Mme M reproduit les zones douloureuses sur la silhouette humaine dessinée. Contrairement au descriptif du courrier de sa rhumatologue, la silhouette est loin d'être recouverte par les zones douloureuses, peu nombreuses. Bien délimitées, elles sont remplies de hachures très serrées. Mme M n'a pas répondu à l'invitation, donnée en annexe, de préciser par des lettres (« P » pour profond, « I » pour intense...) les sensations ressenties dans chaque zone. Il en résulte un dessin très soigné, très propre, très net. Elle choisit les trois modalités d'évaluation proposées, et cote ses douleurs à 6/10 à l'heure actuelle, 6/10 en moyenne depuis 8 jours, avec des pics à 9/10. Les douleurs sont décrites dans le QSA comme d'abord épuisantes, insupportables et déprimantes (tout à

plus s'il est émotionnel) ou la maladie, un dysfonctionnement impliquant à la fois le système nerveux et le système vasculaire.

Ce dysfonctionnement conduit à des perturbations vasomotrices douloureuses, parfois très visibles et palpables (chaleur, rougeur ou au contraire froideur, peau sèche, pâleur), directement ou indirectement .par l'intermédiaire d'examen complémentaires (déméralisation osseuse). D'une manière générale, c'est le système nerveux végétatif, ou autonome, qui est concerné, en l'occurrence le système sympathique.

D'anatomie moins aisément systématisable que le système nerveux volontaire, ce système gère le fonctionnement autonome des organes internes, des organes vitaux, et établit entre eux des connections un peu mystérieuses ne répondant pas à la mécanique « simple » de l'anatomie classique des muscles, par exemple. De surcroît, il est lié, de manière là aussi un peu mystérieuse, aux centres nerveux de l'instinct, et aux émotions. C'est ce système qui rend compte par exemple des « malaises », quand on « tombe dans les pommes » suite à une émotion, en devenant tout pâle, en ayant des nausées, des petits points qui dansent devant les yeux...comment donc les émotions se trouvent-elles connectées à la vue, à la digestion, à la vascularisation ? Par le système nerveux autonome. De même, dans le cas de l'AND, une opération de l'épaule peut donner lieu à des perturbations nerveuses, cutanées, osseuses, vasculaires, au niveau du poignet par exemple, qui peuvent être extrêmement douloureuses. Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement médical radical de l'AND. Il existe des traitements des douleurs associées. De nombreux traitements spécifiques ont été tentés, sans succès, et avec parfois des effets secondaires importants ; aujourd'hui on en est revenu aux traitements généraux de la douleur. Une seule certitude : les dysfonctionnement guérissent toujours, mais cela prend en général plusieurs mois. La douleur, elle, dès lors qu'elle devient chronique, évolue en partie indépendamment de la lésion ou du dysfonctionnement physique, et peut parfois s'installer durablement.

¾), et aussi (2/4) comme **pénétrantes, obsédantes**, à type de **tiraillements** et de **fourmillements**.

Elle n'a pas rempli (pourquoi ?) l'échelle de **dépression** et d'**anxiété**.

Le **retentissement** sur le **comportement** quotidien est à 7/10 pour le **goût de vivre** et le **sommeil**, 6/10 pour l'**humeur**, 4/10 pour la **capacité à marcher**. Elle n'a pas rempli la question concernant **les relations avec les autres**.

De sa demande initiale, je n'ai pas de trace dans le courrier ; ne l'a-t-elle pas exprimée, ou le médecin ne l'a-t-il pas retranscrite ? Pas de trace écrite non plus de ce qui s'est dit avec la psychologue en consultation de **pré-admission**. J'en saurai plus en hospitalisation, et il s'avérera que la demande en début d'hospitalisation, et donc après avoir rencontré un médecin et une psychologue, restait très difficile à cerner : peu de choses dites, beaucoup d'ambivalence ; on peut donc supposer qu'à ce stade de la première consultation, il y avait peu de demande explicite, et que les **objectifs** de la **prise en charge** n'étaient pas clairement définis non plus. Il est inhabituel que l'on procède à une hospitalisation sans avoir pu au préalable en définir les **objectifs**. Je ne connais pas les circonstances qui ont amené cette décision, dont le courrier ne fait pas état.

De même, l'histoire de ses douleurs, son histoire de vie, et les intrications des deux, n'apparaîtront sous une forme suffisamment complète et cohérente pour en faire un récit qu'au fur et à mesure de l'hospitalisation. Nous y reviendrons donc plus longuement dans la partie « hospitalisation ».

Nous remarquons ici que le silence est décidément bien installé, et nous contamine déjà.

Du courrier écrit à l'issue de cette première consultation, je retiens la mise en avant par le médecin de la nécessité pour elle de choisir les ingrédients et le rythme de la prise en charge. La demande d'hospitalisation est avalisée par le médecin.

J'évoquais tout à l'heure la fréquence, dans le jargon de la médecine de la douleur, des métaphores ayant trait aux fils, à la couture, au tissage (*liens, nœuds*) ; on verra ultérieurement d'autres occasions de constater qu'elles sont très fréquemment utilisées entre les acteurs de

l'équipe ; avec les patientes, les métaphores culinaires des « *ingrédients* » et de la « *recette* » apparaissent souvent également.

Hospitalisation

Celle-ci survient dans les délais habituels, et il apparaît d'emblée que l'équipe va devoir *travailler* d'arrache-pied pour donner issue à la parole, et éventuellement *retravailler* la narration. Ce sera effectivement le thème central de son séjour.

C'est donc au CHU que je rencontre Mme M pour la première fois. C'est une grande femme robuste et mince, d'allure sportive. Sans maquillages ni apprêts, les cheveux courts et gris, elle paraît plus âgée qu'elle n'est. Ses yeux sont à peines visibles derrière les épais verres des myopes. L'impression qui se dégage de son visage au premier abord est sympathique ; j'y lis de la franchise, de la vulnérabilité aussi, une innocence presque enfantine ; elle arbore en permanence, devant ses interlocuteurs, un léger sourire.

Je sens, à sa manière de diriger son regard vers moi, qu'elle s'est longtemps tenue droite, mais sa posture est aujourd'hui fermée, elle s'assoit à peine, comme par crainte de déranger la chaise. Elle reste très calme, immobile, et sa respiration est à peine perceptible.

Sa posture contredit la première impression laissée par son visage. Le temps passant, il apparaît que son sourire est figé et traduit l'habitude, le devoir d'être gentille, plus qu'une quelconque joie. Elle a les traits tirés et une expression de vide, de retrait, de tristesse et de fatigue.

Le déroulement de la prise en charge

Le médecin responsable voit les patients dès leur admission le lundi matin, en ma compagnie, et celle de l'infirmière ; c'est l'occasion de vérifier les **objectifs** du patient, de compléter éventuellement les dossiers, les prescriptions d'examens complémentaires si le **bilan lésionnel** est incomplet, et de lancer les prescriptions thérapeutiques de la première semaine. S'agissant de Mme M., il ne prescrit pas de perfusion à l'admission, contrairement à l'habitude du service, respectant ici le refus de la patiente et sa croyance en la responsabilité de la perfusion dans le déclenchement de certaines douleurs.

Du point de vue médical **lésionnel**, nous avons, dès le début, des diagnostics. Nous en cherchâmes d'autres, néanmoins : des *épines douloureuses* - c'est le terme utilisé au CETD- facilement accessibles à des traitements usuels, techniques, et dont le soulagement pourrait contribuer à atteindre les **objectifs** fixés par la patiente. On en trouva : L'hypothèse de l'AND fut finalement remplacée par un diagnostic de **névralgie cervicobrachiale** d'origine arthrosique. Elle nous apprit qu'elle avait des maux de tête : on trouva un **bruxisme**⁹⁸ et une **névralgie d'Arnold**. Sa **fibromyalgie**⁹⁹ acquit l'épithète enviable de '**secondaire**', qui la vit donc se rattacher à des lésions objectivables. La médecine jouait son rôle qui consiste à nommer, et par le nom à faire loi, et à édicter le vrai.

Malgré ces efforts, ce que nous appelons **l'alliance thérapeutique** a été, pendant ces premiers jours, difficile à établir avec Mme M ; il n'y avait pas de conflit ; mais elle était très secrète, se renfrognait facilement, n'osait pas demander, et si ce qu'elle attendait ne venait pas spontanément, elle se murait dans le silence. Les trois premiers jours furent difficiles pour les infirmières : elles passaient énormément de temps à tenter de mettre Mme M en confiance, voulaient absolument l'amener à parler d'elle. Mme M, jamais agressive, mais bourrue, négative, 'taiseuse' comme on dit en Bretagne, ne leur donnait guère de gratification. Les infirmières en informèrent le médecin. Il avança, en concertation avec les infirmières et moi-même, la consultation psychiatrique à la première semaine.

Le psychiatre nota dans son dossier :

« Voulait se suicider à l'âge ou son mari est mort. »
« Attend beaucoup...Attendait plus...voulait...des bilans. Dépression névrotique ancienne » « culpabilité : s'empêcher d'être heureuse, auto et hétéro agressivité.» « Sortie du fonctionnement lésionnel en deuxième semaine. Semble mobilisable. Souhaite montrer qu'elle avance. Travaille le lâcher prise avec le Dr D (son psy). Mais être stratégique et bouger en douceur. A des choses à faire payer à la sécu « qui ne s'est pas déplacée en SAMU lors de l'infarctus de son mari. »

⁹⁸ Douleurs venant de la contracture de l'articulation des mâchoires chez les gens qui 'serrent les dents' en permanence.

⁹⁹ La fibromyalgie secondaire est, comme la primitive, un syndrome douloureux chronique diffus et rebelle sans substratum lésionnel, et qui s'accompagne d'un ensemble de désordres fonctionnels et de troubles de l'humeur. Mais elle est causée par des perturbations du seuil de perception douloureuse et de la capacité de résister à la douleur qui sont, elles, en lien avec des problèmes objectivables : hypothyroïdie, hystérectomie, lésions douloureuses chroniques comme une arthrose diffuse invalidante...

Le rôle du psychiatre fut important : Nous étions à la fois inquiet de l'intensité de la dépression de Mme M, et soucieux de la sortir de ses ruminations assez tôt pour qu'elle puisse bénéficier des outils que nous lui proposons. Nous avons besoin de son aide.

Il nous rassura, et nous offrit à la fois des éléments de compréhension, voire d'explication ; il nous indiqua aussi la marche à suivre, en nous autorisant à manifester à Mme M quelque chose de l'irritation que nous ressentions : il ajouta, en coulisses (propos notés par le médecin dans le dossier) : « *ne pas hésiter à lui secouer les puces par rapport au risque de sabotage : ne pas accepter de subir sa colère, la renvoyer vers elle-même* ».

Le médecin responsable retourna donc voir Mme M, et, lors d'un entretien intense et long, lui « *secoua les puces* ». Plus précisément, il lui fit remarquer le caractère négatif de son discours. Elle tenait des propos comme « *ça ne va pas mal* », plutôt que « *ça va bien* », par exemple. Il lui imposa, avec une autorité qui ne souffrait guère de contestation, de poursuivre l'entretien en s'efforçant de changer son vocabulaire. Il lui expliqua très clairement qu'elle avait sa part de responsabilité dans la réussite de la prise en charge, comme dans sa mise en échec. Que des propos négatifs sur l'inefficacité de tel ou tel soin pouvaient, sans qu'elle n'en ait ni l'intention, ni conscience, être perçue par les soignants comme des critiques blessantes de leur travail, et il lui demanda de faire attention. Bonne pâte, et un peu impressionnée tout de même, Mme M se plia au jeu, et admit volontiers combien son discours habituel était celui du verre sans cesse 'à moitié vide'.

Le médecin nota dans le dossier : « *Etayage : laisser choisir* » ; « *attention au sabotage : « jusqu'au bout... »¹⁰⁰. Mise en garde sur ses possibilités de mise en échec* ». « *Objectifs centrés sur alliance thérapeutique : qualité de vie, et non douleurs initiales.* »

Il orienta toute l'équipe vers une moindre attention à la plainte douloureuse, pas immédiatement, mais à partir de la deuxième semaine, en prescrivant que les **évaluations de la douleur** n'y soient pas systématiques¹⁰¹.

¹⁰⁰ Il se réfère ici à une expression couramment employée par les patientes : elles se disent prêtes à aller « *jusqu'au bout* »... « *Mais de quoi donc ?* », leur demande-t-il alors. Par expérience, il sait que ce don total n'est en général que le prélude à une rupture non moins totale de la relation, et signifie le désir d'une solution qui n'impliquerait pas un retour sur soi-même, et une responsabilisation vis-à-vis des résultats. Sans quoi les patientes sauraient bien qu'il ne peut être question d'aller « *jusqu'au bout* », puisqu'il ne peut être question, ni d'oubli de soi, ni d'oubli de ses limites.

¹⁰¹ Il est effectivement reconnu qu'elles peuvent avoir pour effet pervers de focaliser le patient sur le problème au détriment de la recherche de solution.

De son côté, il usa du pouvoir médical d'infliger la douleur - même si c'est pour la soulager, ensuite : à l'instar de Mme V, Mme M reçut des infiltrations des nerfs d'Arnold. Un geste chirurgical fut également envisagé, après sa sortie, et pour ce faire un avis chirurgical demandé en hospitalisation ; cet avis sera contraire.

Le médecin prescrit aussi un **corset**, des **gouttières** (plaques que l'on glisse entre les dents avant de s'endormir, et que l'on garde toute la nuit, pour limiter les effets du **bruxisme**).

Il affina aussi sa prescription kinésithérapique : « *kiné de renforcement* » (je traduis : ce ne sont pas de doux **massages antalgiques** et des **compresses chaudes** ; c'est un travail de 'gymnastique' spécialisée, pourrait-on dire ; c'est fatigant, difficile ; chez quelqu'un qui a déjà mal partout, c'est une épreuve, cela peut générer des douleurs). Les kinés reçurent la consigne expresse de la faire sortir du lit, et de l'aider à « *reprendre conscience de son corps* ». Ils se mobilisèrent énormément pour la faire sortir du lit ; son temps d'inactivité diurne passa ainsi de 6 heures à 1 heure par jour.

Les infirmières, l'externe et moi-même passâmes beaucoup de temps aux côtés de Mme M, à l'écouter, l'accompagner. Elle parlait. Après le passage du psychiatre, et au terme de quatre jours d'hospitalisations, l'équipe avait donc pu finalement rassembler, petit à petit, les éléments suivants :

Antécédents médicaux

Du point de vue de ses antécédents personnels, il n'y a rien de particulier à signaler. Avant ses douleurs, elle n'était « *jamais malade* », nous dit-elle en s'exclamant, et en semblant nous inciter à partager sa stupeur face à l'évolution étrange de ce corps qui soudain se détraque. Bien qu'assez âgée, elle était, il y a peu de temps encore, très sportive, férue d'alpinisme et de sports extrêmes.

En revanche, son père et sa mère sont tous deux décédés d'un cancer, et sa mère, sa grand-mère et sa sœur ont beaucoup souffert de « *rhumatismes* ». Le seul contentieux médical de son passé, avant cette histoire de douleur, a trait au décès de son mari.

Histoire de la maladie

Elle nous dit avoir mal au dos depuis l'âge de vingt ans, mais les choses se sont nettement aggravées depuis dix ans, et plus encore il y a trois ans lors d'une intervention chirurgicale pour une **tendinite sur son épaule gauche**¹⁰² : « *l'opération a déclenché quelque chose.* »

Elle incrimine, précisément, une perfusion, pour le déclenchement de la douleur du bras gauche. Son histoire de maladie est marquée par le nombre d'interlocuteurs et la rupture, plutôt que par le conflit (sauf avec sa rhumatologue actuelle).

Concernant les traitements précédemment entrepris, c'est, comme on dit dans le service, une « *Madame oui mais* » : Les infiltrations ça marche *mais* pas assez longtemps, le corset c'est très bien *mais* c'est trop contraignant. Elle décrit les médicaments comme inefficaces. Seules les techniques à médiation corporelles (sophrologie...) recueillent son approbation...*mais* elles ne les pratique pas régulièrement.

Histoire de vie

Elle est marquée par une période particulièrement difficile qui commence il y a quinze ans et dure jusqu'à la date qu'elle retient pour le début de ses douleurs, il y a dix ans. Dans cette période, qui correspond à l'établissement progressif de sa ménopause, elle a perdu sa mère et son mari.

Sa mère est décrite comme « *très charismatique* », « *très femme* », mais « *peu maternante* ». Mme M. dit de sa mère qu'elle « *se plaignait tout le temps.* » Elle a de la colère contre elle.

Elle garde par ailleurs une relation proche avec sa sœur qui est très présente, entre autre depuis qu'elle ne va pas bien.

¹⁰² Très fréquemment retrouvée chez les patientes dites **fibromyalgiques**, ces tendinites sont typiquement une pathologie dégénérative de la femme au-delà de 45-50 ans. Elles sont liées à des microtraumatismes répétés sur les tendons qui courent sous les os de l'épaule, occasionnés par des gestes répétitifs ; les gestes liés aux tâches domestiques sont d'excellent pourvoyeurs de ce type de tendinite.

Je le précise, car le traitement, en phase aigue, est le repos ; leur traitement chirurgical d'une tendinite devenue chronique impose six mois de mise au repos du bras concerné. Dans un cas comme dans l'autre, il devient nécessaire de réviser l'organisation des tâches domestiques, ce qui est loin d'être aussi simple que cela en a l'air...Qui va faire la vaisselle ? Le repassage, les vitres ? Le mari (quand il y en a un) ? ...Ou bien...il faudrait se faire aider d'une femme de ménage, si l'on en a les moyens. Mais pour bien des femmes de cette génération, et des classes moyennes ou populaires, c'est de toute façon, dans mon expérience de médecin, et indépendamment du coût, très difficile à accepter. Leur domicile apparaît comme un prolongement d'elle-même, et leur qualité de bonne ménagère, le lieu d'un investissement identitaire, d'une reconnaissance sociale. Alors, faut-il demander au mari ? Est-il nécessaire de préciser que c'est conflictuel et compliqué ?

En fonction des interlocuteurs, la date du décès de son mari varie, dénotant une confusion avec la date du début de ses douleurs. Elle dit qu'il est décédé « *il y a dix ans* », alors que nous sommes en 2004 et qu'elle nous apprend qu'il est décédé en 1990.

Il est mort brutalement, par infarctus, dans ses bras.

« Le médecin de SOS ne l'a pas pris comme une crise cardiaque, même quand le SAMU était disponible. »

Elle garde de cette attitude du médecin une forte colère contre la médecine.

Mais ses colères, contre sa mère ou contre la médecine, sont contenues. Rien à voir, par exemple, avec Mme F.

Elle a peu d'amis, se trouve très seule, n'a pas de compagnon ni de relation sexuelle depuis le décès de son mari. De sa relation avec celui-ci, nous apprendrons, tardivement dans l'hospitalisation, qu'ils n'avaient que très peu de rapports sexuels. Elle a travaillé avec son psychanalyste sur l'hypothèse, probable selon elle, qu'il ait été homosexuel. Elle dit ne pas avoir été épanouie, et refait le bilan de sa vie à la lumière de ce nouvel éclairage. Ce que l'absence de ce dernier ne facilite pas, et d'une certaine manière elle lui en veut, et nous le fait comprendre, même si en vouloir à un mort est quelque chose qui pour elle est trop entaché de culpabilité pour être exprimé tel quel.

Elle avait pour projet de se suicider à l'âge où son mari, qui était plus âgé qu'elle, est mort. Elle a dépassé cet âge et ne l'a pas fait.

Gestion de ses douleurs, retentissement, gênes

Autant elle est réticente à livrer ses émotions, que nous devons décoder avec elle, nommer à partir d'un point de vue extérieur, autant elle livre assez librement ses croyances, ses interprétations, et navigue à son aise dans le registre imaginaire ou plus philosophique. C'est ainsi que concernant son « herméneutique de la douleur », pour reprendre le terme de D.B. Morris, elle nous livre les propos suivants :

« Je sais bien que je peux passer de la vie à la mort en un instant. Je peux rester paralysée. »

« Pour moi j'ai un cancer » « je serai toujours bloquée. »

« Vous êtes ma dernière chance, je suis entre vos mains... mon cas est désespéré ... il n'y a que la morphine »

« Je suis contente quand je diminue les médicaments. »

« J'ai toujours fait les choses par devoir. C'est ma génération. Pas le sacrifice mais presque. »

« J'ai l'impression que ma vie ne sert à rien. »

« Ça me fait toujours peur ce qui se passe dans la tête. »

Concernant les conséquences que la douleur a eu dans sa vie, elle évoquera successivement :

La nuit : des réveils multiples, mais, dit-elle, « *ça ne me pose pas de problèmes* ». En effet, après le décès de son mari, elle dit avoir passé plusieurs mois sans dormir.

Le jour : Elle passe l'après-midi au lit allongée sur la banquette ; elle dit même passer parfois des semaines entières allongées. Elle dit aussi ne plus tenir debout, avoir du mal à marcher. Elle a néanmoins maintenu les nombreuses activités évoquées plus haut. En revanche, elle a dû interrompre depuis deux ou trois ans sa pratique de sports extrêmes, en particulier l'alpinisme et le parapente. « *Je ne peux pas anticiper. Moralement, c'est pénible.* » « *Je brasse beaucoup. Je tourne en rond.* »

Elle regrette le manque d'échanges et de contacts. « *Ce qui me rend le plus gaie c'est d'être avec mes petits-enfants...J'arrive à vivre mais ce n'est pas une vie* ». « *J'ai très peu d'amis. J'envoyais tout le monde promener. C'est mieux depuis la prise en charge avec le Dr (psychanalyste).* » « *Je gère assez mal la solitude.* » « *La douleur plus la solitude ça fait déborder.* »

Sa douleur a remis en cause son sentiment d'utilité et d'autonomie : « *j'ai voulu m'en sortir seule. Cela a été difficile.* » « *Je ne sers plus à rien* ».

Ce sentiment de perte d'autonomie est encore renforcé par la nécessité de s'occuper d'elle-même : « *c'est infantile de s'occuper de soi- ça me gêne.* » « *Je mange n'importe quoi* ». Elle ne fait plus la cuisine.

Elle a remarqué des facteurs qui influencent sa perception de sa douleur : « *se polariser dessus* » est un facteur aggravant. En revanche, « *penser à autre chose* », « *la randonnée : c'est très dur au début, et je finis sans douleur* », « *être avec mes petits enfants* », et, d'une manière générale, ne pas être seule à son domicile, sont des facteurs de soulagement.

Elle ajoute : « *J'ai toujours les dents serrées. Des dents toutes usées...* »

Concernant sa demande, les attentes, aussi, qu'elle avait au tout départ en venant consulter, mais qui n'ont pas été exprimées telles qu'elles : Elle voulait, dira-t-elle, « *des bilans* » (c'est-à-dire poursuivre l'approche lésionnelle à la recherche d'une cause organique bien identifiable, en l'occurrence pour elle d'une éventuelle cause mortelle comme, typiquement, un cancer, qui n'aurait pas été diagnostiquée plus tôt et expliquerait 'tout'). Elle dit après coup avoir attendu « *l'impossible* ». Finalement, elle demandera des choses plus réalistes : « *tenir debout* », « *reprendre une activité sportive* » ; elle « *aimerait être utile à quelqu'un* ». Elle reste réticente à l'emploi des techniques médicamenteuses ; pour elle, dit-elle, les médicaments c'est « *tout ou rien* » ; mais elle se dit « *ouverte à tout. En particulier aux techniques non médicamenteuses.* »

Il y eut beaucoup d'entretiens entre les membres de l'équipe autour de Mme M. En coulisses, on pouvait dire d'elle qu'elle voyait tout en noir, on pressentait confusément qu'elle se vengeait et se punissait à la fois ; on trouvait qu'elle ne s'autorisait rien. En même temps, on la trouvait plutôt sympathique, intéressante, pleine de ressources créatives et sportives.

Elle n'était pas réellement problématique ou difficile, mais chacun sentait intuitivement l'importance d'un contenant au maillage serré, à la fois pour 'presser le citron' et faire sourdre la parole, mais aussi pour la redynamiser, la contraindre à aller de l'avant, et sur un mode très paternel lui secouer les puces : pour pouvoir faire les deux en même temps et garder un rapport douleur infligée/douleur soulagée qui soit équilibré, pour elle et pour nous. Un vrai *travail* d'artiste, une recherche d'harmonie. La répartition des rôles entre le 'papa' médecin et les 'mamans' infirmières fut ici particulièrement caractérisée.

A la fin de la première semaine, les infirmières notent dans les transmissions : « *Confirme qu'elle a des difficultés à parler d'elle, à se livrer. Se donne comme objectif de réussir un peu plus à verbaliser sur sa façon d'appréhender la prise en charge avec les infirmiers, ce qui fut difficile cette semaine* ». « *Est très dubitative. Se demande si nous avons envie de nous occuper d'elle.* »

Le médecin de son côté note « *Tens¹⁰³ efficaces* ». Il a marqué un point : la patiente lui a dit quelque chose de positif.

¹⁰³ Neurostimulations transcutanées par un petit appareil électrique de la taille d'un walkman, que l'on fixe à sa ceinture, et qui opère par l'intermédiaire de vignettes placées au contact de la peau et reliées à l'appareil par de fins câbles que l'on glisse sous les vêtements. Il agit directement sur la douleur en permettant la libération d'endorphines (antalgiques produits naturellement par le corps), ou indirectement en activant des mécanismes de contrôle qui bloquent le passage du message douloureux. C'est un outil très utilisé, en particulier dans les douleurs par lésion nerveuse, et qui peut produire des résultats très intéressants. Il est prescrit par le médecin,

La deuxième semaine est, comme d'habitude, moins un temps d'écoute et de gestion de la plainte, de l'alliance, et de l'*équilibre* des relations, qu'un temps de reconditionnement pour préparer le retour au monde extérieur.

C'est au cours de cette deuxième semaine (J8) que j'aurai un entretien 'poétique' avec Mme M.

Je suis ici interne - auxiliaire de la loi et du 'nom' donc ; il va se jouer au cours d'un entretien quelque chose de particulier, qui était, je l'avoue, un peu 'osé', mais qui a très bien fonctionné : Un jour que je la laissais délibérément se replonger dans des expériences passées plaisantes, elle évoqua longuement les plaisirs de la montagne, de l'altitude, de la solitude aussi de l'altitude ; un peu surprise par son rapport ambivalent à la solitude - aimée ici, détestée là - je le lui faisais remarquer. Et ce qu'elle me dit de la solitude des sommets m'évoqua fortement un poème de Pablo Neruda : « L'avenir est espace. ». Le connaissant par cœur, je le lui récitai. Je me souviens fort bien de ce moment, car j'avais avec moi une externe, une étudiante en quatrième année de médecine, qui ne pouvait qu'être interloquée par ce traitement peu conventionnel... mais qui sortit ravie, comme tellement soulagée elle-même que l'hôpital puisse ainsi faire entendre la poésie dans ses murs.

« L'avenir est espace.

L'avenir est espace.

Un espace, couleur de lumière.

Couleur d'eau, couleur d'air.

Un espace noir pour de nombreux rêves.

Un espace blanc pour toute la neige, toute la musique.

En arrière est resté l'amour désespéré,

Qui pour un baiser n'avait pas de place.

De la place, il y en a pour chacun dans la rue, la maison.

Il y en a et sur la terre et sous les mers.

Oh, plaisir de trouver enfin,

Après avoir grimpé,

Une planète vide

De grandes étoiles, claires comme de la vodka,

Et de débarquer là avec le premier téléphone

Pour que plus tard des hommes par milliers puissent parler de leur maladie.

En avant, échappons à ce fleuve suffoquant

Où avec tant d'autres poissons nous naviguons,

De l'aube à la nuit migratrice.

Et maintenant dans cet espace découvert,
Envolons nous ; gagnons la pure solitude. »

P. Neruda, *Le Mémorial de l'île noire*

Mme V a été très touchée par ce poème, qu'elle ne connaissait pas, et qui était très 'efficace' pour elle. J'avais visé juste. Chacun comprendra s'il peut. Et comme je suis moi-même toujours très émue en récitant des vers de Pablo Neruda, ce fut un vrai moment de partage.

Le lendemain (J9), elle reçoit la visite de la musicothérapeute/sociothérapeute, qui note :

« Je lui ai suggéré la tirelire dans laquelle elle mettra une pièce chaque fois qu'elle se dévalorise. Et promis qu'en une semaine elle aura économisé de quoi faire un resto ! »

Mme M dira, de la cohérence de l'ensemble de l'équipe : *« à force d'être confortée dans la même direction, ça imprime mieux ».*

À la fin de l'hospitalisation, voici le bilan que Mme M tire de ces deux semaines :

« J'envisage d'avantage le futur. Je vais concrétiser. Profiter des moments où je n'ai pas mal ». « Je suis plus claire », « je vais plus profond », « j'ai bien réfléchi », « je ne cherche plus l'impossible ». Elle se demande : « comment ne pas partir sur la mauvaise pente...j'ai tendance à glisser »

À sa sortie d'hospitalisation, Mme M estime le service rendu à 80% globalement ; le médecin, lui, l'évalue à 50%. Elle ajoute : *« je ne regrette pas d'être venue...ce séjour va m'apporter beaucoup dans le futur. »*

Bilan de l'évolution et suite de la prise en charge

La *fonction de la plainte*, pour elle, me paraît très liée à un sentiment d'échec, en particulier de sa vie avec son mari, qui n'est plus là pour continuer à faire évoluer leur couple autrement ; elle reste sur cette frustration.

Il y a de la colère, de la vengeance et de l'auto-punition dans sa plainte, mais c'est une vengeance qui aurait perdu ses objets, morts maintenant. Cependant, ces combats-là ne cessent pas faute de combattants, ou de spectateurs : sa plainte se double au contraire de cette absence et de ces deuils, et devient plainte solitaire.

En outre, d'une certaine manière, elle semble aussi se punir doublement : de ne pas pouvoir ressembler à sa mère, si 'femme', et de le souhaiter malgré elle, alors qu'elle lui en veut tant.

Allions-nous accepter le rôle de spectateur ? De combattant ? Allions-nous la laisser se punir ? De quel droit, et avec quels outils, proposer un **changement** ?

Dans son cas, envisager de remplacer sa plainte douloureuse par une autre chose qui occupe la même fonction n'a pas été pas sans mal : quoi de mieux que la plainte, pour se plaindre ?

Des issues vont malgré tout être trouvées, de manière très intuitive, par les uns et les autres, et les premières à imprimer le rythme seront les infirmières : C'est elles qui alerteront sur les problèmes qui se posent.

On sent qu'il a été question ici de contenir, réparer, et renforcer le corps, de le 'rééduquer', donc, au sens le plus fort, platonicien : pour rééduquer, à travers lui, le moral. On perçoit aussi combien les **gestes** d'effraction cutanée, qui font aussi violence au corps et impressionne fortement l'esprit, sont prescrits dans une certaine mesure en réaction au dérobement de l'autre, et combien, sans une autorégulation interne extrêmement vigilante dont chaque acteur est partie prenante, ces réactions pourraient vite devenir des réactions de défense face à l'irritation suscitée par la plainte persistante, et conduire à une escalade dans la violence infligée.

Le grand mérite du médecin ici, qui n'a pas toujours conscience de la dimension réactionnelle ou défensive de telles prescriptions, c'est à la fois de savoir collaborer avec les psychiatres et psychologues - ce qui ne va pas toujours sans désaccords - et surtout de travailler en complémentarité avec les infirmières. Il d'accorde une grande importance à leurs transmissions écrites et orales, les valorise dans leurs compétences propres, et place dans leur intuition une très grande confiance. Le soin est ici véritablement un outil de guérison, et lui seul, en tant que médecin prescripteur, peut véritablement permettre que cela soit.

Le psychiatre, de son côté, vient servir de modérateur entre médecin et infirmières ; il valide en général les intuitions de ces dernières, mais les traduit en langage plus 'savant', tempère leurs ardeurs quand elles se laissent emporter, écoute leurs difficultés, légitime leurs ras-le-bol ou l'agressivité qu'elles contiennent tant bien que mal aussi, à l'occasion. Il peut aussi autoriser l'équipe, par la voix du médecin responsable, à sortir de sa neutralité, comme ce fut le cas pour Mme M., en offrant un cadre où cela reste dans l'intérêt bien pensé de la patiente.

Il est perçu comme ayant une capacité à faire parler les plus réticents - le pouvoir magique des psychiatres - à faire livrer les secrets ; l'équipe y a recours - parfois à contrecœur, car il y a là un peu de rivalité - quand elle n'y arrive pas elle-même. Une fois le dialogue amorcé, les infirmières, les divers acteurs de la parole peuvent continuer à la recueillir tandis que les

professionnels du corps continuent à ‘presser le citron’. Il est important aussi de noter que le ‘représentant de la loi’ (du nom) va venir imposer avec autorité un **changement** de registre, très explicitement narratif, vers un narratif positif. Et son auxiliaire (moi) vers la poésie.

*

Dans les consultations de suivi, Mme M et moi-même continuâmes nos échanges littéraires, essentiellement poétiques : comme elle m’informa, lors de la première consultation, qu’elle avait acheté l’ouvrage de Pablo Neruda où était ce poème et l’avait beaucoup apprécié, je continuai, en fonction de ce qu’elle me disait pendant les consultations, et au gré de mes propres lectures, à lui recommander tel ou tel ouvrage. Il y eut les « derniers poèmes d’amour », de Paul Eluard. Puis, Louise Labé.

Le suivi de consultation se poursuivra, comme indiqué plus haut, avec moi. Elle ira progressivement mieux jusqu’à ne plus avoir besoin de notre accompagnement, et évoluera de Pablo Neruda (la solitude et l’avenir), à Paul Eluard (les sentiments amoureux) pour finir sur le thème de Louise Labé : figure de femme libre, assumant son érotisme et sa sexualité, même si le ton de ses poèmes reste globalement du côté de la plainte amoureuse, de la perte de l’être aimé, mais une plainte efficace, qui dénoue, renoue, soulage, et peut permettre d’aborder les liens entre Eros et Thanatos. Car les comportements face au deuil sont aussi connotés en termes de genre et de sexualité, à l’instar des pleureuses, ou des Caoiner : la plainte est l’affaire des femmes. Un tel rite des endeuillés est aussi une initiation féminine.

« On voit mourir toute chose animée
Lorsque du corps l’âme subtile part.
Je suis le corps, toi la meilleure part :
Où es-tu donc, Ô âme bien aimée ?

Ne me laissez pas si longtemps pâmée,
Pour me sauver après viendrais trop tard.
Las ! Ne mettez point mon corps en ce hasard :
Rends lui sa part et moitié estimé.

Mais fais, ami, que ne soit dangereuse

Cette rencontre et revue amoureuse,
L'accompagnant, non de sévérité,

Non de rigueur, mais de grâce amiable,
Qui doucement me rende ta beauté,
Jadis cruelle, à présent favorable.

Je vis, je meurs, je me brûle et me noie ;
J'ai chaud extrême en endurant froidure ;
La vie m'est et trop molle, et trop dure ;
J'ai grands ennuis entremêlés de joie.

Tout à un coup je ris et je larmoie,
Et en plaisir maints griefs tourments j'endure ;
Mon bien s'en va, et à jamais il dure ;
Tout en un coup je sèche et je verdoie.

Ainsi amour inconstamment me mène ;
Et quand je pense avoir plus de douleur,
Sans y penser je me trouve hors de peine.

Puis quand je crois ma joie être certaine
Et être en haut de mon désiré heur,
Il me remet en mon premier malheur. »

Louise Labé, Sonnets (*ca* 1535)¹⁰⁴ : VII et VIII

5. Mlle R

Le cas des jeunes est particulier : en effet, quels que soit nos ressentis, on a tendance, compte tenu de leur jeunesse et de leur pronostic, à tenter de repousser plus loin nos limites. De ce fait même, on ne peut pas juger de leurs transgressions éventuelles avec le même regard que celui que l'on applique aux autres patients. Cela peut nous mettre en péril.

¹⁰⁴ Charpentier F. (dir.), *Labé L., Œuvres poétiques, & du Guillet P., Rymes*, N.R.F., Poésie/Gallimard, Paris, 1983.

Elles aussi peuvent être les hystériques de leur médecin, voire la nôtre, comme la jeune patiente dont je présente ici le cas.

Il faut noter que la présentation de ce cas diffère de celle des précédents :

D'une part, j'ai réalisé avec cette patiente un entretien enregistré, dans le cadre de mon DEA., et je vais retranscrire ici cet entretien.

D'autre part n'ayant pas à l'époque de fonction médicale au CETD, je n'ai pas suivi l'hospitalisation d'une manière qui me permette d'en rendre compte sur le même modèle que les autres cas.

D'autre part, les données habituelles (contexte social et environnement, histoire de la maladie...) sont ici présentées dans un tableau, que j'ai laissé tel quel, délibérément. En effet, à l'époque, je cherchais à organiser mes notes, à la fois pour mon DEA et en tant que membre du corps médical - même en l'absence de fonction médicale définie au CETD - de manière à mettre en parallèle les événements de vie et récits des patientes, et les événements médicaux et récits médicaux. C'était aussi un peu 'la réponse du berger à la bergère' : une tentative - puisque j'en avais ici la liberté - d'exercer, comme m'y avait invité mon chef de clinique quelques années auparavant, mon 'esprit de synthèse', mais d'une manière qui aurait du sens pour moi.

En outre, si j'avais ici cette liberté, c'est que tentative s'intégrait dans une préoccupation, permanente au CETD, de mise en ordre optimale du *dossier unique*. Il convient de s'arrêter un instant sur ce point important.

Dans ce dossier, il s'agit de recueillir, d'une manière suffisamment synthétique et pratique, les éléments qui vont permettre de mettre en œuvre la stratégie de prise en charge : éléments 'médicaux', donc. Mais que signifie ici 'médical', quelles en sont les limites ? Le processus de la décision 'médicale', en médecine de la douleur, est pluridisciplinaire. La parole de chaque professionnel compte, kinésithérapeute, psychologue.... et aussi celle des patients. Pas seulement celle des médecins. Ces données 'médicales' ne sont donc pas exclusivement les données 'écrites par les médecins'. Sont-elles alors résorbées dans le 'médical', ou simplement mises sur un plan d'égale importance ?

Dans mes observations, il y a en fait une oscillation entre ces deux tendances, qui se traduit par exemple par la réticence de certains à écrire : la psychologue, qui invoque des raisons ayant trait à la difficulté d'interpréter des paroles, tenues oralement, une fois extraite de leur contexte, et à la confidentialité aussi ; les kinésithérapeutes qui n'invoquent guère de raisons ;

il me semble qu'il y a comme une timidité, un manque d'habitude à faire autorité. La différenciation des notes du psychiatre, sur un document séparé, comme un refus de faire 'parole unique', traduit aussi l'un des versants de ces oscillations. Il y a une volonté médicale d'unifier la parole, qui se heurte à diverses réticences, et la résultante de ces oscillations est idéalement un maillage à la fois unifié et suffisamment lâche pour laisser vivre les tensions, les conflits et les différences. Mais cet équilibre est délicat et fragile. Il s'en faudrait de peu pour que l'unité se défasse, ou pour que l'ensemble soit résorbé dans le 'tout médical'. Nous verrons plus loin comment c'est en rassemblant le tout sous l'autorité du dossier infirmier, plutôt que médical, qu'un équilibre a été trouvé.

En outre, si les récits des professionnels comportent des éléments simples à synthétiser, concrets, techniques, ce qui a trait à l'histoire de vie et à l'histoire médicale peut être très long, détaillé, bavard même. Comment trier ? Selon quels critères ? Si l'on choisit, par exemple - cela aussi a été tenté - le critère **événement de vie** issu de la psychosociologie, qui décide, et sur quels arguments, de ce qui fait 'événement' ?

Ensuite, comment regrouper ces données, sous quel chapitre les classer, comment prioriser ? Un accident, par exemple, c'est à la fois une **histoire de vie** et un **antécédent médical** ; faut-il l'écrire deux fois ? Qu'est-ce qui importe le plus à ce sujet, du point de vue de la direction à imprimer à la **prise en charge** : le récit de la patiente, les liens narratifs faits par elle, ou la liste des lésions, et les liens causaux objectifs ? Le vécu traumatique ou la lésion visible ?

Et puis, choisir des critères et classer, n'est-ce pas déjà découper, et perdre quelque chose d'essentiel : la continuité, l'unité, qui donne son efficacité au récit ? Je disais plus haut qu'il y a au CETD une tentative, une volonté d'unifier la parole ; l'intérêt de cette tentative n'est pas d'abraser les différences, mais de préserver quelque chose de l'unité et de la fluidité du récit, malgré ou grâce aux tensions et aux paradoxes. Une telle volonté ne peut s'asseoir que sur la conviction partagée du pouvoir thérapeutique de la parole, du récit et de l'écriture.

Elle se heurte cependant à la nécessité toute pragmatique, effectivement, de rester synthétique, ainsi qu'à celle de pouvoir rendre compte des raisons des décisions médicales. Une classification, une mise en ordre par catégorie, rend en effet les données accessibles à l'évaluation, et permet aussi aux médecins de s'inscrire dans une recherche - paradoxale en elle-même, par rapport à l'attachement à la 'vérité' de la narration, à 'la vérité' du patient - d'invariabilité, de vérifiabilité et de reproductibilité des critères de l'efficacité du soin,

recherche qui fonde la vérité selon la science expérimentale. La prise en charge de la douleur est pétrie de ces paradoxes.

Du point de vue de la relation médecin-patient, on pourrait résumer ainsi ce qui se joue dans ces paradoxes : toute souffrance n'est pas pathologique ; alors, quelle souffrance 'intéresse' la médecine¹⁰⁵ ? S'agissant de l'hystérie, cette question me paraît d'importance ; pour Decottignies,¹⁰⁶ l'hystérique est en effet « l'archétype de la patiente intéressante ».

La mise en tableau, telle qu'elle apparaît ci-dessous, n'a pas été retenue pour le *dossier unique*. Mais il m'a semblé qu'elle mettait en exergue les tensions entre les récits de la patiente, et le récit médical en même temps qu'elle constituait un exemple des difficultés susdites s'agissant de la mise en ordre du discours. C'est pourquoi je l'ai laissé tel quel.

« R »

Date du recueil : mai 2002

État civil/situation matrimoniale

Jeune femme née en 1976 donc 26 ans au moment des entretiens

Célibataire sans enfants

Vit seule dans un studio en centre ville. Un petit ami depuis un mois, antillais.

Famille

Parents d'origine portugaise, ouvriers

Elle est l'aînée d'une fratrie de trois : elle-même et deux frères jeunes adultes, brillants ingénieurs.

Profession

« *Juriste* ». En fait actuellement surveillante deux nuits/semaine en internat : après des études de droit poursuivi jusqu'au DEA (droit public, 1998-1999) +DESS (droit agroalimentaire 1999-2001 dont un an Portugal +stage au Brésil à Rio en 2000). Désire être « *juriste internationale* ».

¹⁰⁵ Darcourt G., « Souffrance et thérapeutique », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 275-288.

¹⁰⁶ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », in Decottignies J. (dir.), *Physiologie et mythologie du féminin*, Presses Universitaires de Lille, Lille, 1989, pp. 57-134.

Situation sociale/administrative/légale

A quitté le domicile de ses parents à 18 ans. A 3000 FF (450 E)/mois pour vivre. Prêt étudiant.

Plainte

- Douleurs en étau cervicotrapéziennes, Membre sup.D. jusqu'au 4° doigt de la main D avec paresthésies et dysesthésies des doigts de la main droite, entraînant incapacité à écrire et donc à effectuer les tâches requises par ses études et la profession qu'elle ambitionne.
- Lombalgies.

Antécédents : « Avant le début des douleurs ».

Histoire 'du médecin' (antécédents médico-psychologiques contributifs)	Histoire 'de la patiente'
santé : aucun contraception orale mode de vie : sportive avec compétition (athlétisme, vélo, course) enfance : violences alléguées. Nature ?	santé : « <i>Aucun problème de santé</i> » mode de vie : famille, enfance : « <i>je suis portugaise, et c'est spartiate</i> » mère « <i>battue trompée</i> » « <i>j'ai été battue in utero</i> » parents « <i>violents physiquement et verbalement</i> » travail : a fait juriste « <i>pour défendre les orphelins</i> » « <i>j'étais très naïve, pleine d'illusions</i> »

Histoire de la maladie

Histoire des événements lésionnels et de leur prise en charge médicale (anamnèse) événements médicaux intercurrents.	Histoire des modifications intra personnelles et interpersonnelles (familiales, amicales, amoureuses,

	socioprofessionnelles) entraînées, aux dires de la patiente, par sa plainte
AVP 1997 : whiplash injury	“coup du lapin” passagère avant. Voiture conduite par une amie (chez qui persiste quelques contractures cervicales et maux de tête). Percutée par tiers responsable n’ayant pas vu le feu rouge du tramway. Ce tiers n’a rien eu : « <i>et n’en avait rien à faire</i> ». « <i>a complètement bouleversé ma vie</i> » difficultés puis rupture avec son compagnon (depuis un peu moins de deux ans) : « <i>c’était pas crédible</i> » a perdu son travail chez ‘Conforama’ : « <i>l’arrêt maladie est mal passé</i> ».
1997 en amphi pendant écriture apparition douleur aux mb sup. dt, Dc : tendinopathie 1997, 1998 : douleurs persistent, par intermittence, déclenchées ++ par l’écriture. D’où aménagement du temps de travail aux examens.	quelques semaines plus tard : « <i>en amphi, lors d’une crise d’écriture</i> » (alors en maîtrise de droit) douleur mb sup. dt. D’où aménagement du temps de travail aux examens. 1998 : DEA au Portugal : douleurs.
1999 cs rhumato 1999 cs angiologie : RAS Bilan radio : pas de côte surnuméraire cs neuro (PUPH chef de service) : Dc : syndrome du défilé.	1999-2000 : DESS, dont une première année au Brésil : Au Brésil, vit « <i>avec sa douleur et non dans la douleur</i> ».
2000 : rééducation, Kiné (femme) : après 5 séances augmentation très importante des douleur.	« <i>C’est devenu insupportable depuis 2000</i> ». A l’automne 2000, retour du Brésil = recrudescence des douleurs. « <i>j’ai révisé à l’hôpital et je l’ai eu presque avec mention ‘bien’</i> ».

2001 01/01 arrêt contraception orale « <i>j'avais tellement mal que je ne voyais pas l'utilité d'utiliser un contraceptif puisqu'il n'allait pas être utile</i> » mais « <i>la douleur n'est pas gênante dans les rapports sexuels</i> » inactive plusieurs heures /jour. Difficultés d'endormissements/cauchemars 04/2001 cs Neurochir CETD 2001 début de suivi psy 2001 cs osteo/acupuncteur Dc fibromyalgie 12/2001 cs rhumato CETD 2002 cs psychothérapeute stratégique 3 fois 2002 : 3 interventions chirurgicales consécutives (janvier, février, et mars 2002): appendicectomie, reprise d'appendicectomie pour abcès cæcal, puis diverticule urétral diagnostiqué car difficultés à poser sonde urinaire. Depuis, pertes vaginales. 2002 cs neuro (autre médecin, nouveau chef de service) pré-admission (cs avec la psychologue) : ses objectifs : - une prise en charge pluridisciplinaire « <i>car c'est multifactoriel mon truc</i> » - « <i>apprendre mes limites</i> »	Décrit comme « <i>un combat</i> » « <i>c'est invivable depuis 2001</i> ». début 2001, décès d'un personnage qu'elle décrit comme son « <i>mentor professionnel et père de substitution</i> », un professeur qui a dirigé ses recherches en maîtrise. Elle a appris sa maladie (leucémie) pendant son séjour au Brésil. Il est décédé en mai 2001, des suites d'une euthanasie (réelle ? fantasmée ?) en janvier 2001... peu précise... il aurait décidé d'interrompre tout traitement. Parle de « <i>scénario catastrophe</i> » (en évoquant sa chirurgie digestive) 02/02 et 03/02 : décision de ne pas se présenter au concours d'avocats comme c'était prévu. 04/02 « <i>mes parents ont réalisé que j'avais vraiment mal</i> » à l'occasion de vacances en Tunisie.

- être « <i>aidée à déculpabiliser</i> » - prendre du temps, « <i>me faire plaisir</i> » - refaire du sport - créer une association - rencontre la musicothérapeute (passionnée de musique Brésilienne) hospit CETD 05/2002 pour deux semaines souvent couchée, discrète, mais se plie volontiers aux soins proposés sinon. Friande de l'aspect 'parole'. Après quelques jours fait connaissance avec d'autres patientes, elles vont souvent se promener ensemble. Pas d'évolution significative des EVA pendant l'hospitalisation. Rien de particulier à signaler. suivi en consultations (courriers) 09/02 : Ne s'allonge plus dans la journée. Fait plus de choses qui lui font plaisir. A repris une activité physique (le vélo). Fait du yoga. Vacances au Portugal. A « <i>toujours mal mais vit mieux</i> » 12/02 : a repris le travail depuis octobre dans un cabinet d'avocat en utilisant la commande vocale. La douleur est toujours présente.	veut « <i>sortir du cercle des blouses blanches</i> »

Modalités du traitement envisagé à la sortie :

• Rééducation (rapidement après la sortie) • Approche psychothérapeutique : • réf. thérapies stratégiques en privé (il a fallu la pousser un peu à cause du dépassement d'honoraire)

- suivi au centre en consultation avec la psychologue (1/ mois)
- Encouragée à avoir une activité associative (bénévolat...)
- Envisager un aménagement de son travail. Question : son projet est-il réaliste ?
- Approche familiale+++ : attention aux « il faut » et à la culpabilité.
- Souhaite rouvrir son dossier avec l'assurance.

Evolution des évaluations par échelles

L'amélioration est très importante sur le comportement quotidien, qui passe d'une gêne maximale (côtée à 10) dans les 6 paramètres étudiés à une gêne moyenne de 4,5 (de 2 à 10). L'amélioration est également très importante sur le retentissement émotionnel (D passe de 11 à 5, A passe de 14 à 8). A noter que cette amélioration s'est amorcée dans tous ces domaines avant l'hospitalisation, après une seule consultation.

Pour ce qui est de la douleur : lors de la toute première consultation au CETD, elle était uniformément cotée à 10 pour : La douleur habituelle ces 8 derniers jours, celle au moment présent, et la plus intense de ces 8 derniers jours. Lors de la dernière consultation, ces différentes évaluations donnent respectivement : 6,7 et 10.

Entretien (2002)

R: vous voulez travailler en médecine de la douleur ?

D¹⁰⁷ : éventuellement mais moi je veux faire de la recherche. Je m'intéresse à la santé des femmes...ouais les hommes wfff... (rires)

R: Ça vous intéresse pas tellement ? Pourquoi, vous pensez que les hommes et les femmes ne vivent pas la maladie de la même façon ?

D : oui je pense qu'il y a une façon de vivre les choses qui est différente et puis une façon de les prendre en charge du point de vue des médecins sûrement qui est différente. C'est à partir de cette hypothèse là que je travaille...que le monde médical n'est pas forcément neutre.

R: C'est vrai de n'importe quel milieu professionnel

¹⁰⁷ D : c'est moi

D : exactement, mais dans le cadre de la médecine je pense que cela peut avoir des conséquences particulières dans le soin...quant on a affaire à des patientes femmes qu'est-ce qu'on leur fait passer comme message ? C'est à partir de là que je travaille moi.

R : Alors vous vous intéressez aux patientes femmes, vous allez soigner des femmes.

D : moi je vais faire de la recherche, et je ne m'intéresse pas qu'aux patientes, je m'intéresse aussi aux médecins...les médecins sont des êtres humains ; l'anthropologie c'est l'étude de l'être humain...les médecins et les patients sont deux sortes d'êtres humains qui se ressemblent énormément...et qui sont interchangeable en plus...la patient peut devenir médecin, le médecin est lui-même un patient...

D : « donc en fait moi je voudrais d'abord si ça ne vous ennuie pas qu'on commence...(...)donc en fait moi je voudrais que vous me racontiez dans vos mots à vous, quoi, ce qui vous a amené ici »

R : une énorme souffrance...psychologique et physique...disons que la souffrance psychologique je l'ai supportée, mais euh...c'est une douleur physique qui est insurmontable et qui m'amène euh...ben à réagir parce que je me sens au pied du mur, disons que j'ai toujours eu mal mais ça a vraiment atteint son paroxysme...et je sens que ça m'empêche d'avancer...je suis à la veille de ma carrière professionnelle et je ne peux pas chercher du travail...enfin de ma carrière...je souhaitais être avocate mais je...je suis juriste enfin de formation, mais j'ai pas euh...je ne me sens pas capable de préparer les concours du fait de mon handicap, alors vous allez me dire que c'est pas vraiment un handicap mais moi je sens vraiment que c'est un handicap. Puisque sans l'écriture je ne vois pas euh...pour moi c'est comme si j'étais aveugle quoi, cela vous paraît peut-être aberrant mais...

D : pour vous, le handicap que vous avez (dans votre activité professionnelle), c'est la difficulté à écrire ?

R : oui, complètement. Moi je je je me projette dans l'avenir, je me vois discriminée...(ton de la voix change, moins plaintif, plus assuré, plus préparé, plus plaqué, de l'affect dans le contenu mais pas dans le contenant) j'avais de grandes ambitions, je voulais être avocate internationale et donc ça suppose une grande capacité de travail, une grande disponibilité, une grande rentabilité, si j'avance à deux à l'heure sur un...logiciel de reconnaissance vocale ou si j'écris à deux à l'heure parce que j'ai très mal je vois pas franchement comment je pourrais(...)c'est un petit peu tous mes rêves qui se brisent et pourtant je me suis battue parce que j'ai mal depuis longtemps mais c'était supportable...et le fait de forcer constamment constamment parce que je voulais y arriver parce que j'avais fait ce rêve avant(..) euh ben c'est dramatique parce que je pensais avoir une récompense en fait ...je pensais euh...pardon c'est que je suis très croyante je ne pensais pas que (ça allait empirer en forçant) au contraire je pensais que le fait d'être quand même courageux quand on a mal et qu'on étudie ben euh ...

D : vous ressentez ça comme une injustice ?

R : ah oui complètement. Alors non euh...je je me sens aussi coupable de ne peut-être pas m'être arrêtée au moment où il fallait...disons que je faisais confiance à la vie et je me disais ça passera, et...j'ai une culture

quand même...je suis portugaise d'origine donc euh...ça a complètement (???) c'est un petit peu marche ou crève

D : c'est portugais ça ?

R : ben ouais

D : je sais pas, moi...

D : je pense que c'est aussi un petit peu sado-masochiste

R : enfin masochiste en tout cas

D : ouais masochiste ouais... (rires)

D : ou alors, qui est le sadique ?! (rires)

R : peut-être que c'est moi par rapport à mon corps.

D :...

R : mais euh...pour moi...venir ici, pour moi, même si c'est encore une souffrance c'est aussi un énorme espoir d'avoir une solution, quoi...je baisse pas les bras...c'est pas parce que je dis que j'ai un handicap que ..on me dit tu vois tu baisse les bras c'est pas vrai...j'écris, j'écris des trucs j'écris, j'ai écrit hier...aujourd'hui j'écris chez moi...mais le problème c'est que ça me fait tellement tellement tellement mal que je sais pas euh...je ne comprends pas pourquoi c'est aussi invalidant alors qu'on ne trouve rien pour donner une douleur pareille...on me dit qu'il y a quelque chose...j'ai compris en fait, enfin je pense que quand on a des faiblesses physiques et qu'on a des souffrances psychologiques ça se répercute euh on peut avoir un effet physiquement et effectivement tout part... j'avais peut-être aussi une tendinite parce que j'ai toujours énormément énormément écrit, j'ai toujours fait des fiches, je travaillais dix heures par jour euh...quand je faisais mon DEA...enfin j'ai toujours énormément travaillé, je peux vraiment dire que j'étais vraiment un bourreau de travail. Quand j'étais au Portugal et que je faisais mon DEA je faisais un DESS en même temps là bas, donc je travaillais donc euh...pareil...ensuite j'ai enchaîné ici avec le DESS...mais bon...enfin bref j'ai toujours et tout en ayant mal et donc en ayant des aménagements euh... des examens...(j'avais des temps pour me reposer et tout ça) sauf que quand j'ai terminé mon DESS donc je l'ai fait sur deux ans parce que j'ai trouvé un travail euh...enfin j'ai été surveillante ..oui parce qu'en plus j'ai dû financer mes études donc ça a été aussi un petit peu compliqué...j'avais pas le droit aux bourses même si mes parents sont ouvriers...c'est assez compliqué...et donc je travaillais et j'étudiais, j'avais jamais un moment à moi pour (sortir...aller au cinéma)donc euh...ben euh je me suis(?) constamment pour tenir le coup, enfin j'étais fatiguée j'avais des migraines mais il fallait que j'étudie donc euh...j'ai accumulé énormément de choses et je sens qu'encore aujourd'hui ça...j'en peux plus ! (rires)

D : c'est ça que vous ressentez ? Une fatigue complète ?

R : ah oui complètement, je sais que c'est euh, c'est euh...j'espère que ce ne sera pas mon baromètre pour l'avenir mais aujourd'hui c'est ça (désignant son bras) quoi...parce que j'ai des moments de mieux-être où

je me sens bien dans ma tête mais euh... j'ai pas d'autres problèmes physiques et euh... j'ai encore du mal à accepter qu'on me dise on va pas traiter le bras on va traiter l'ensemble même si je sais (...) je...

D : je pense que quand on dit ça, enfin ce que je comprends moi quand on dit que « on ne va pas traiter votre bras on va traiter l'ensemble », c'est par rapport à ce que vous dites du baromètre c'est-à-dire que si le baromètre euh... si le symptôme physique sert de baromètre, dans une approche globale le travail pour nous c'est peut-être de mettre en place d'autres baromètres de façon à ce que si le baromètre actuel n'est plus nécessaire (peut-être que de lui-même)... vous voyez c'est dans ce sens là, c'est dans ce sens là. Peut-être que si on peut mettre en place d'autres baromètres...

R : mais ça j'ai du mal à le concevoir parce que hier (à la visite) le médecin de la rééducation ... (...) la kiné la kiné était très surprise de ce que je pouvais faire... j'ai fait de la gym depuis que je suis toute petite alors je suis très souple (...) il y a des choses que je peux faire... je ne pouvais pas parce que ça me faisait... j'avais peur d'avoir mal en fait... mais c'est choses là me pose pas de problème, enfin je ne sais pas comment expliquer... je voudrais qu'on traite le problème quoi, le problème c'est le bras, c'est l'écriture, c'est...

D : (je ne vous comprend pas) vous dites « le problème c'est le bras mais le problème c'est pas le bras ... c'est le baromètre... » ?

R : non, la manifestation c'est le bras. La manifestation c'est le bras. Il y a forcément des causes multiples, mais il y a forcément un problème physique quoi, et euh...

D : mais justement est-ce que traiter la manifestation c'est traiter le problème ?

R : Mais est-ce qu'on arrive vraiment à le faire ?

D : oui

R : oui effectivement il faut prendre les choses à la racine

D : oui c'est dans ce sens là qu'on vous posait la question d... d'être global, c'est de se dire : « c'est une manifestation », et ce n'est pas négliger la manifestation que de se dire que ce n'est qu'une manifestation, et quand on dit ce n'est qu'une manifestation, cela peut être la manifestation d'une lésion, mais dès lors que la manifestation existe depuis longtemps on sait que cela commence à manifester plein d'autres choses, qui se passe autour de la lésion, et que traiter la souffrance, c'est traiter la douleur comme une manifestation de plein d'autres choses et donc ce n'est pas du tout négliger la manifestation, c'est voir la manifestation comme une manifestation .

R : ...Mais euh... je vous ai parlé de ce cette relation entre le psychique et le physique... mais j'ai du mal euh... enfin je suis juriste alors j'ai du mal à... à... à comprendre cette relation et comment on peut effectivement se créer des contractures et... énormes euh...

D : Je ne sais pas si c'est nécessaire de trop « comprendre » pour l'instant...

R : Peut-être que...

D : (coupant) Moi ce qui m'intéresserait c'est que... hier vous avez dit à un moment euh... : « C'est sûr qu'il y a » (je ne sais plus les termes exacts, je n'ai pas noté la phrase) mais vous avez dit quelque chose : « moi je

suis sûre, de toute façon c'est clair, il y a des choses psychologiques, il y a des facteurs psychologiques ». Moi je voulais vous demander : Qu'est-ce qui vous fait penser ça ?

R : Qu'il y ait des facteurs psychosomatiques ?

D : ou psychologiques ou...qu'est-ce qui vous fait penser au lien psychologique ? Comment vous en êtes venues à vous dire que c'était psychologique au moins en partie ?

R : Ben parce que...comme une conséquence de la douleur parce que quand on a mal on est déprimé...et donc on s'enferme dans un cercle vicieux, quand on déprime on a encore plus mal et quand on a plus mal on déprime... C'est dans cette dimension que je...

D : D'accord

R : C'est cette dimension psychosomatique que je soulignais, euh...maintenant...oui il y a forcément un vécu un passé etc. qui euh...

D : ce n'est pas moi qui le dit c'est vous qui l'avez dit...ça m'a interrogée je me suis dit ah bon ? si vous dites ça c'est que vous avez réfléchi à la question...on a tous nos petites explications vous savez sur ce qui nous arrive à nous-mêmes...y compris les médecins.

R : Ben c'est l'explication que je vous donne il y a eu des cassures dans ma vie, dans mon enfance surtout.. qui peuvent peut-être expliquer ça...dans la compréhension que j'ai enfin que j'essaie d'avoir entre la relation du psychique et du physique et comme je sais que c'est mon point faible euh...je pense qu...

D : que votre bras est votre point faible ?

R : ben euh...je pense, du fait de l'accident etc. je pense que...enfin je pense que c'est pour ça que...ça se répercute à ce niveau là en fait...c'est comme ça que...

D : j'essaie de comprendre...ce n'est pas très facile parce que comme vous êtes quelqu'un d'intelligent vous avez beaucoup de connaissances, donc il y a beaucoup de choses qui viennent en même temps, donc euh...quand vous dites...il y a des choses dans mon enfance euh...vous faites le lien avec l'accident...vous pensez qu'il y a des choses qui sont peut-être liées avec l'accident ?

R : ben parce qu'en fait ces cassures n'ont jamais été résolues, enfin ou réglées ou réparées, et je pense que c'est...c'est...en fait on ne règle jamais le problème et puis il y a un moment où il y a une goutte d'eau qui fait déborder le vase et l'accident a certainement été la goutte d'eau.(sa voix se fait moins lisse, moins langoureuse, plus serrée), et euh...

D : on ne règle jamais le problème ?

R : ben si on prend pas le temps de le régler...si on ne fait que fuir...enfin je pense que pour ma part, même si certaine décision peuvent être prises comme des actes d'adulte, le fait de quitter ses parents jeune, pour étudier etc., moi je pense que c'était plus une fuite qu'autre chose...pour sauver ma peau...

D : Hum hum...sauver votre peau ?...(c'est très fort, et de qu...)

R: (précipitamment) oui mais tout le monde me dit que c'est très fort les termes que j'emploie mais c'est vraiment du ressenti !

D: mais non mais... j'entends bien...sauvez votre peau de quoi ? Qu'est-ce qui s'est...

R: sauver ma santé mentale quoi j'ai été euh...enfin c'est euh...enfin je vais essayer de résumer ça avec des mots très simples...je pense que j'ai été martyrisée psychologiquement, moins physiquement...mais physiquement j'ai reçu des coups...et euh...je pense que petite fille j'ai eu de gros traumatismes...que j'ai certainement amplifiés dans ma tête...mes parents n'ont pas du tout idée du traumatisme...enfin des traumatismes que...dont je souffre mais je sais que ça m'a...enfin j'avais des souffrances absolument terribles...

D: Vous étiez très malheureuse petite ?

R:...ah oui mais euh...c'était atroce enfin je veux dire j'ai euh...si je me suis pas...si je n'ai pas mis fin à mes jours c'est parce que je me disais que...de toute manière je croyais énormément en Dieu et en cette justice divine, et je me disais que ce n'était pas...je n'avais pas une croix à porter...et que si j'étais malheureuse j'allais renaître, si je me donnais les moyens et si j'étais volontaire et si ...si je fonçais quoi. C'est pour ça que j'ai toujours, même lorsque ça se passait mal, enfin lorsque j'étais malheureuse ou que...j'ai eu des moments vraiment j'étais très très très très mal parce que ffff....(souple)...enfin bon (comme si elle cédait ou avouait) mes parents étaient violents...mon père me terrorisait il me faisait du chantage affectif, des menaces terribles, je...c'était un monstre pour moi.

D: ça ne l'est plus ?

R: (n'entend pas ou ne répond pas. Baisse la voix, à peine audible sur la cassette, mais continue à donner l'impression de discours plaqué, récit)Et euh...puis ma mère était soumise...ma mère était violente, elle était hystérique (marque le « que » final)...et je...

D: hystérique ?

R: (riant presque)...elle était complètement hystérique... j' veux dire j'sais pas je faisais tomber une fourchette ou un couteau, elle me jetait par les cheveux elle me tirait les cheveux enfin c' était...(..)quand on vous dit à cinq six ans si tu fais ça je te tords le cou...enfin je me sentais constamment menacée.

D: vous vous sentiez constamment menacée ? Physiquement ?

R: oui (aspiré)...physiquement et psychologiquement c'était atroce quoi.

D: comment vous êtes arrivée ...votre père était un bourreau et il ne l'est plus ?comment vous vous êtes sortie de ça ? Parce qu'effectivement c'est des choses...

R: parce que je pense que j'ai fait un cheminement personnel, même si je n'ai pas fait une thérapie, même si j'ai essayé, je...oui c'est souvent ce qu'on me dit, c'est souvent pour ça que j'arrête les thérapies, on me dit que ...enfin j'ai réussi à analyser pas mal de choses...et que c'est étrange que j'en souffre encore aujourd'hui parce que il y a des gens qui euh...qui ont qui ont des...divers problèmes et qui ne savent pas d'où

viennent...enfin quelles en sont les causes, enfin je pense que je connais les causes...enfin les principales causes il y certainement des choses qui m'échappent, mais euh...je vous dit ça parce que...depuis cinq ans j'ai réfléchi, je réfléchis constamment, mais euh... (sa voix se fait soudain plus authentique !?) (enfin je...je prends du recul par rapport à tout et je ...je ...je suis convaincue de ce que je vous avance ...quoi par exemple euh...la fait que...je résonnais comme ça : « mes parents me maltraitent on n'a pas de grandes ambitions pour moi, je suis la seule fille de la famille euh...issue de l'immigration, j'ai un problème d'identité culturelle, je ne sais pas si je suis française ou si je suis portugaise, on m'inculque une éducation portugaise donc très stricte très rigide, je côtoie des français qu'on...la liberté puisque moi j'en avais aucune.. » enfin c'était ma façon de le percevoir.

D : oui, oui !

R : je sais que mes parents pensent qu'ils m'en ont donnée parce que si vous discutez avec eux, alors euh...j'ai ...à partir du moment où mes besoins primaires étaient satisfaits j'étais heureuse quoi... disons qu'il y a un choc culturel qui est euh...dont j'ai conscience, c'est pour ça que je leur ai pardonné, même si euh...c'est pour ça que je les aime autant et j' leur en veux pas du tout euh...enfin je les ai haïs pendant un certain temps mais maintenant je ne leur en veux plus du tout au contraire, je pense qu'ils ont fait de leur mieux et euh...c'est dommage que ça se soit produit comme ça et que ça ait ses conséquences quoi. Mais en tout cas lorsque j'étais très très malheureuse j'avais un refuge...et heureusement c'était pas la drogue c'était pas autre chose et euh...ça je rends grâce à Dieu parce que je pense que quand j'étais petite j'avais pas assez d'entendement pour euh...pour ne pas me laisser euh... entraîner dans des chemins euh...dangereux (toujours voix plus authentique, un rien enthousiaste et exaltée, passionnée) donc mon refuge c'était le travail, parce que j'avais besoin de reconnaissance et...enfin du moins d'amour et la reconnaissance c'était euh...

D : par le travail ?

R : etc.... Donc j'ai toujours travaillé comme une tarée, il faut le dire, j'avais mon brevet des collèges je me réveillais quand même à 5-6 heures du mat pour étudier alors que je l'avais...je ne sais pas si j'avais besoin de prouver quelque chose, que même si j'étais f...femme, la fille de la famille, euh...j'étais capable, j'étais pas une moins que rien comme j'entendais souvent.

D : alors vous avez investi le travail avec toutes ces attentes, cette demande d'affection...

R : voilà, (reprend petit à petit le ton du récit) donc je me suis construite là dedans et à partir du moment où l'accident est arrivé, à partir du moment où je ne peux plus étudier, je n'existe plus, c'est très fort ce que je vous dis mais c'est ça...

D : oui oui

R : c'est-à-dire que ...je suis complètement déséquilibrée en termes affectifs

D : vous avez le sentiment de ne plus exister ?

R: (vite) oui j'ai le sentiment de ne plus exister, je suis complètement immature en terme affectifs, j'en ai parfaitement conscience, j'ai de gros problèmes relationnels, pas vis-à-vis de ...enfin vis-à-vis de mes parents par exemple j'ai pas coupé le cordon, ce qui est quand même étrange quand on a vingt-six ans, même si j'ai quitté mes parents physiquement je n'ai pas coupé le cordon, et j'ai besoin toujours de leur aval, j'ai besoin qu'ils cautionnent mes choix, c'est pas , (appuyant, voix grave) c'est pas normal j'en ai bien conscience, euh j'ai besoin de ...j'aurais besoin de m'entendre bien avec tout le monde, je cherche l'affection et la tendresse tout autour, c'est des choses que j'ai jamais eues, j'arrive pas à ...

D: vous cherchez...

R: (haussant la voix pour reprendre la parole) à m'aimer moi-même je cherche l'amour à travers euh...les autres en fait.

D: vous donnez le sentiment d'être un peu perdue effectivement, vous cherchez...

R: ouais, ouais, et puis que je suis complètement ambivalente en fait, divisée constamment, euh... tout ce qui est lié à (?)... (par exemple relationnellement ?) Je me dis que c'est ridicule et j'ai conscience des choses qui donc qui me motivent pas mal, et me permettent de me booster un petit peu et d'avancer, et puis euh... quand je raisonne avec mon cœur, eh bien je suis extrêmement malheureuse et j'ai des fois l'impression que je n'ai rien compris et que j'ai gâché ma vie, quoi.

D: et est-ce que vous vous autorisez à être malheureuse ?

R: oui puisque...je...non, parce que je culpabilise, je culpabilise énormément, je culpabilise d'être déprimée, je culpabilise de ne pas avoir réussi à m'entendre avec mes parents, qu'il y ait cette incompréhension, qu'il y ait ce, parce qu'ils m'ont aimé mes parents, ça je le sais, je veux dire, et si mon père me disait je te tords le cou, c'était pas parce que... il allait jamais le faire, mais moi petite je le pensais, j'avais peur, je

D: (...)

R: voilà ce qui s'est passé, et le problème c'est que j'ai complètement tout dramatisé tout amplifié dans ma tête et ça j'en ai conscience, mais bon mes parents c'est pas du tout des bourreaux, je veux dire il y a des gens qui martyrisent leurs enfants euh... moi je me sens comme une martyre mais c'est un ressenti, encore une fois, je crois pas que c'est ...enfin bon...même si j'ai été battue, pour des raisons bien précises parce que je n'étais pas du tout docile, parce qu'il était pas question que je sois juste là pour faire la vaisselle ou aider ma mère enfin voilà quoi, parce que j'avais deux frères qu'étaient euh...exempts de ..de toutes tâches ménagères je trouvais ça complètement injuste. Et j'ai eu la chance de grandir avec des français, qui me disaient mais il ne faut pas que tu te laisses faire, c'est dégoûtant comment on te traite, et euh...

D: et quand vous dites euh..

R: de grandir pas qu'entourée de ...

D: ... « Je me sens comme une martyre », euh, que « ce n'est qu'un ressenti », ça veut dire quoi « ce n'est qu'un ressenti » ?

R. : (me coupant) Ben je veux dire qu'il ne faut pas condamner mes parents quoi.

D. : (qui parle de les condamner je ne critique pas vos parents)

R. : oui non j'entends bien mais euh... c'est important parce que quand on culpabilise les autres on a tendance à se déculpabiliser je pense.

D. : attendez : « quand on culpabilise les autres on a tendance à se déculpabiliser » ça veut dire quoi ? vous seriez coupable de quelque chose ?

R. : ben ...justement de ne pas avoir acquis cette maturité. Je me sens coupable justement de réagir comme une petite fille...

D. : oui maintenant mais quand vous étiez petite ? Si vous vous sentiez comme une martyre ?

.....

.....

(Interruption par la psychologue, quelques minutes.)

.....

.....

D. : vous me disiez...vous me parliez de culpabilité...et que vous en vouliez pas accuser trop vos parents parce que c'était une façon de vous déculpabiliser. C'est ça ?

R. : ouais.

D. : mais si on parle de ce qui se passait quand vous étiez petite. Et éventuellement d'être accusatrice envers vos parents à ce moment là. Et qu'il ne faut pas le faire parce que cela vous déculpabiliserait. Je dis : de quelle culpabilité est-il question ? De votre part ?

R. : Euh...quelle culpabilité ? Ben à force de me matraquer l'esprit en me disant « de toute façon t'es qu'une mauvaise fille, t'es bonne à rien euh...t'es pas comme tes frères, il n'y a que ...enfin t'es différente »... euh.... enfin à force je pense que j'ai fini par l'intégrer, quoi.

D. : oui donc que même petite déjà que vous aviez une forme de culpabilité et que vous ressentiez comme juste ce qu'on vous faisait ? C'est ça que vous voulez dire ?

R. : Ben c'est peut-être de l'ordre de l'inconscient, je ne sais pas peut-être que...mes parents ont réussi à me convaincre qu'effectivement j'étais telle qu'ils me décrivaient euh...et que.... et que peut-être que quelque part j'en suis convaincue je ne sais pas c'est peut-être pour ça qu'aujourd'hui je n'ai plus confiance en moi parce que j'ai un obstacle qui est ma foi surmontable...enfin je suis sûre que vous tous vous pensez que ce n'est pas dramatique finalement, mais moi je le sens comme quelque chose de dramatique parce que ...

D. : je ne pense pas qu'on pense que ce n'est pas dramatique

R. : enfin pas dramatique je veux dire : insurmontable.

D. : enfin ce que je veux dire c'est que... c'est pas facile...la douleur c'est quelque chose de compliqué. C'est quelque chose de forcément subjectif. La douleur objective ça n'existe pas. Votre douleur est différente de la

mienne, quelqu'un qui aurait exactement la même chose que vous le vivrait d'une façon différente, c'est que subjectif, d'accord ? Donc il n'est pas question de remettre en question le fait que vous trouviez ça « insurmontable » ou « dramatique » ou « catastrophique », ou quelques soient les mots que vous vouliez mettre dessus, d'accord ? Si c'est comme ça que vous le ressentez c'est ça qui est important et c'est ça qu'il faut prendre en compte. Bon, maintenant, ça c'est votre ressenti, d'accord ? La lésion, ou les lésions de votre épaule, ne sont pas, du point de vue médical, dramatique. Ce n'est pas la même chose, d'accord ? Ce sont deux choses différentes, si vous voulez. Il y a la façon dont vous vivez les choses, qu'on veut tout à fait prendre en compte, et il y a la lésion éventuelle. Ce qui n'est pas dramatique, c'est la lésion, c'est-à-dire qu'on sait que c'est surmontable du point de vue objectif, médical, etc. Maintenant, il est très important de prendre en compte toute la part « insurmontable », « difficile », « dramatique », « catastrophique », quelque soit le mot que vous vouliez mettre dessus, de ce que vous ressentez. Et ce sont des éléments euh... quand il y a un gros problème il faut le couper en petits problèmes. Quelque part la lésion, si lésion il y a, les lésions qui existent sont des lésions qui sont petites. Le problème... c'est la répartition des tâches si vous voulez : la lésion n'est pas insurmontable. Maintenant que vous soyez dans une situation qui vous paraisse insurmontable, moi je ne remets pas du tout ça en question. Maintenant au contraire on est là pour essayer de voir qu'est-ce qui peut être fait pour essayer de...

R : dédramatiser ?

D : non, je ne sais pas ...dédramatiser, c'est un peu un jugement déjà ..., mais dégonfler un petit peu la baudruche. On va voir... voir un petit peu... déjà que ce soit un peu moi insurmontable. Parfois en... en séparant les problèmes, on arrive à voir un petit peu plus clair.

Je voudrais que vous me racontiez un p'tit peu moi cet accident : qui est-ce qui conduisait, comment ça s'est passé... c'était vous qui étiez au volant ?

R : Non du tout, j'étais passagère avant (rire) vous allez rire parce que le matin j'avais passé... j'avais loupé mon permis, et le soir j'ai...

D : le matin (rires) vous aviez loupé votre permis ?

R : oui, j'avais loupé mon permis, et le soir donc nous étions arrêtées à un feu de tramway, et une personne qui conduisait n'a pas vu le feu et nous est rentrées dedans, et en plus de mon côté en fait, et donc voilà, j'ai eu un coup du lapin, et euh... et je crois qu'on a eu beaucoup de chance parce que le tram arrivait donc euh Alex qui conduisait a eu le réflexe de freiner... enfin on m'a expliqué que ce n'était pas forcément la bonne attitude à... à adopter lorsque se produit... se produisent de tels événements, parce qu'en fait il faut laisser aller la voiture sinon le choc est (plus violent). Donc voilà, donc j'étais passagère avant.

D : et Alexi c'était lui votre copain ?...

R : Alexandra, non c'était une amie...

D : Ah, Alexandra !

R : c'est toujours une amie.

D : c'est toujours une amie ! Et qu'est-ce qu'elle a Alexandra, elle a eu quelque chose ?

R : elle a des migraines, des problèmes aux cervicales, mais euh... elle a jamais eu d'hospitalisation suite à ça... Mais par contre je crois qu'elle a eu des répercussions psychologiques parce que elle a vraiment été très choquée, parce que la personne vraiment elle s'en fichait, mais alors...

D : Ah oui c'est ça qui vous a marquées ?

R : Ah oui ça nous a... ben oui parce que c'est quand même un accident... enfin je... ça a été violent !

D : Comment ça s'est passé... avec lui... au moment de ... où la personne s'en fichait ?

R : euh... ben, déjà il a essayé... il voulait absolument pas du tout qu'on fasse un constat, que... j'étais jeune, j'avais vingt et un an et Alex en avait vingt... vingt trois, enfin c'était la première fois que cela se produisait, on ne savait pas du tout comment procéder... on était complètement perdues et puis on a senti qu'il a essayé de nous embobiner, il a voulu nous emmener chez lui, moi j'avais très très très très mal j'étais complètement contracturée je voulais aller à l'hôpital, « non non mais ça va passer » euh... enfin je lui en veux quoi, franchement je lui en veux, parce que

D : (encore aujourd'hui) vous lui en voulez ?

R : oui honnêtement euh...

D : il y a eu un procès ? Vous avez eu l'occasion de le revoir ? De lui exprimer cette colère ?

R : ouais, j'ai appelé sa femme ! En lui expliquant que j'avais ... que j'avais perdu mon travail... je travaillais euh... l'été, j'avais un travail estival, et euh... mon contrat arrivait à terme, et ça a été l'excuse pour ne pas renouveler mon contrat. Et ça a été vécu vraiment comme une grande injustice parce que je n'avais plus les moyens de payer mes études, et en plus euh... en plus mes parents l'avaient super mal vécu : « mais qu'est-ce que tu avais à faire dans cette voiture à ce moment là ? » donc je sentais vraiment beaucoup d'incompréhension autour de moi, et donc de ce fait là j'ai téléphoné, je suis tombée sur sa femme qui m'a dit « mais de toute façon c'est »... enfin je lui faisais part de ma souffrance quoi et elle m'a dit « mais c'est pas du tout à moi que vous devez vous adresser, ces questions se règlent avec votre assureur, c'est pas mon problème ».

D : Vous adressiez à la mauvaise personne.

R : franchement je l'ai très mal pris... je crois que si j'avais provoqué un accident... tout le monde peut provoquer euh... un accident... il a été très imprudent parce qu'il était en train d'écrire... il avait bu... c'est seulement après que le constat a été établi qu'on s'est aperçu qu'on n'avait pas fait les bons gestes, on n'a on aurait du appeler la police... le faire souffler... faire un alcootest... enfin bref on s'est aperçu... on aurait dû... et c'est vrai que ce type... un gars qui écrit au volant, qui vient de se prendre un apéro et qui s'en fout complètement..

D : et la réponse de sa femme ça vous a ... ?

R : ah ça m'a... ça m'a achevée ! Quoi, ça m'a complètement achevée...

D : moi je trouve qu'elle avait raison, c'est pas à...

R : ...elle a raison...sur le fond mais sur la forme c'était très mal dit

D : ce n'était pas à elle que vous deviez adresser vos souffrances. Vous l'avez appelée pour lui communiquer vos souffrances, ce n'était pas à elle d'entendre la souffrance. Il faut savoir à qui l'adresser, effectivement.

R : euh.... non je ne suis pas d'accord avec vous. Je veux dire la souffrance ce n'est pas l'assureur qui l'entend.

D : non mais je n'ai pas dit que c'était l'assureur non plus.(rires)

R : non mais je veux dire... moi franchement.... je sais pas... On analyse les comportements des gens par rapport à nos propres réactions je pense...et moi honnêtement si j'avais causé un accident comme ça je pense que je...je m'en serai voulu... ou je...j'ai pas forcément raison mais j'aurais peut-être pris des nouvelles de la personne ou j'aurais été ...j'aurais été navrée quand même...mais en fait leur indifférence m'a profondément vexée quoi.

D : oui, leur indifférence vous blesse c'est vrai. Elle n'a pas raison de dire que c'est à l'assureur qu'il fallait s'adresser mais si vous avez une souffrance à adresser par rapport à ça, euh... c'est vrai que l'adresser à ...

R : ce n'est pas à sa femme que je voulais l'adresser c'était à lui, mais il n'était pas là, j'ai essayé de lui expliquer que ...je en sais même plus...je l'avais appelé pour lui dire « ben voilà, je ... » ...oui, oui je l'avais appelé parce que j'avais trouvé incorrect le fait qu'il ne prenne pas de nouvelles.

D : Ah oui ?

R : oui, honnêtement, je me sentirais tellement coupable si je provoquais un accident, ça peut arriver quoi mais...

D : ce n'est pas forcément vécu comme ça par les autres... (...culpabilité)

R : ah oui, non...

D : bon je me fais un peu l'avocat du diable, je fais exprès...mais si vous voulez je pense que c'est important de savoir à qui on adresse sa souffrance.

R : non, tout à fait, je ne le referais pas aujourd'hui, j'avais vingt et un ans... enfin à peine

D : oui, mais on est là pour essayer de comprendre et de trouver des solutions. Apprendre à adresser ses souffrances à la personne qui peut vous aider, c'est important. Adresser les problèmes d'assurance à l'assureur, les souffrances à la personne qui peut vous aider, la colère éventuellement à la personne contre qui vous êtes en colère... c'est une question d'attribution...vous voyez ce que je veux dire ?

R : c'était un petit peu ça, moi je pense qu'il y a quand même...

D : il y a une différence entre communiquer la souffrance et communiquer la colère.

R : ben à travers la colère je communiquais ma souffrance. Je n'ai pas été gentille quand je l'ai appelée : je lui ai dit : « je trouve inadmissible que vous n'ayez pas pris de nouvelles. Je viens de perdre mon travail. J'ai une migraine. Je me sens très mal (voix de plus en plus douce posée). Je ne sais pas sur quelle...du tout

comment je vais vivre dans les prochains jours, je ne sais pas comment je vais financer mes études...je trouve que votre attitude a été complètement déplacée dès le départ. » Donc j'ai...

D : c'est bien, vous avez vidé votre sac au moins !

R : Ah oui je lui ai dit, hein ! Non, parce que c'est mon tempérament aussi, mais euh...c'est aussi pour ça que j'ai toujours été en conflit avec mes parents, parce que je n'ai jamais été docile. Enfin docile... (sourir) enfin j'ai toujours eu du répondant. Je ne répondais pas forcément de la meilleure façon mais euh...enfin bref, je ne l'ai pas appelé en pleurs en lui disant : « voyez.. » mais à travers cette colère je manifestais ma souffrance.

D : est-ce que vous savez manifester votre souffrance autrement que par la colère ?

R : oui, oui.

D : Et qu'est-ce que vous faites dans ces cas là ?(rire)

R : je pleure, je pleure beaucoup.

D : vous arrivez à pleurer ?

R : ah oui, je pleure je pleure beaucoup.

(Silence... = pleurs)...

R : et euh...je la manifestais aussi... enfin disons que je la soulageais...je la soulageais en écrivant. C'est pour ça que l'écriture pour moi c'est...

D : mais vous écriviez autre chose que votre DEA, là ?vous écrivez des textes personnels ?

R : oui, depuis mon enfance, j'ai toujours...je me confiais, (?) ça me soulageais

D : un journal intime, ou des poèmes, quelque chose comme ça ?

R : tout...

D : tout...

R : oui, l'écriture pour moi ça a toujours été très important. Je ne sais pas, des passages d'un livre qui m'avaient marqués, je les notais.

D : (?)

R : si, je pourrais, mais ça me fait très très très très mal. Donc au bout d'un certain temps je suis obligée d'arrêter parce que (...les bras...) enfin c'est...

C'est hyper invalidant quoi!

D : vous avez le sentiment de (?)

R : ça me fait tellement mal, tellement tellement tellement mal que je suis obligée d'arrêter d'écrire. Et euh... c'est à ce point invalidant que j'ai du mal à me...à parfois à être positive...j'ai quand même un tempérament positif mais...et optimiste...mais des fois ça me fait tellement mal que je ne vois pas comment

ça peut partir enfin je le dis souvent, c'est souvent une analogie que je fais, c'est comme l'attente. Quand on attend on ne sait jamais combien de temps on va attendre, et quand on a mal on ne sait pas combien de temps on va avoir mal. (le rythme du discours s'est beaucoup ralenti)

D : c'est ça qu'est difficile pour vous, c'est de ne pas savoir combien de temps ça va durer ? combien de temps...

R : oui parce que comme j'ai aucune... stabilité... je... comment dire, comme j'étais constamment dans les extrêmes et que je... je ne suis pas équilibrée, je pense... on me l'a dit... (...) j'ai besoin d'être rassurée et de savoir que je marche sur quelque chose de stable. Donc là je suis absolument dans le brouillard à la limite si on me dit... ben à un moment ça va... ça va passer...

D : c'est une peu ce qu'on ressentait tout à l'heure... un peu l'impression d'être perdue.

R : ah oui c'est complètement ça : j'ai plus de repères. Et les repères que je m'étais construits c'était à travers ma réussite scolaire, et à partir du moment où je ne peux plus me prouver à moi-même que je vaudrais quelque chose... ben j'ai plus de repères. Parce que... c'est vrai que mes parents ne m'ont pas... enfin ils m'ont inculqué des valeurs, certainement louables... mais euh... comme j'ai vécu constamment dans la frustration... et l'inj... enfin c'était ressenti comme de l'injustice, et j'étais constamment... enfin... je ne sais pas comment expliquer... je pense qu'on est équilibré lorsque... enfin la frustration fait partie de la vie, et je pense qu'on acquiert un équilibre lorsque la frustration est légitime, enfin je veux dire... il est normal de punir un enfant lorsque il commet quelque chose de... de... ben de pas bien je sais pas moi...

Mais moi c'était des coups gratuits, des interdictions pas justifiées. « Tu sors pas ce soir ». « Pourquoi ? » « Parce que t'es une fille. » et tout les soirs je priais dans mon lit pour me réveiller petit garçon le lendemain, et donc j'ai eu tellement de frustrations comme ça... que je... je n'ai jamais acquis cet équilibre euh... enfin l'équilibre qui me permettrait peut-être aujourd'hui de (...)

D : (...) cet équilibre, vous dites que vous n'avez pas pu l'acquérir du fait de cette frustration... il aurait besoin de quoi pour se reconstruire cet équilibre... par opposition à la frustration ce serait...

R : pas une reconstruction mais une construction. Ce serait une construction de tout de ce qu'il n'y a pas eu.

D : et qu'est-ce que c'est ce qu'il n'a pas eu ?

R : ben c'est ce que je vous dis, c'est ce côté affectif... ce manque d'amour

D : donc ce serait l'amour qui viendrait combler... ? Je ne sais pas, hein, j'essaye de comprendre !

R : oui... oui, oui, oui, non, c'est ça ! Enfin euh... oui.

D : Et la frustration, c'était une frustration d'amour ? De reconnaissance ? de ???

R : C'est ça, ben complètement, oui, puisque je n'avais pas de câlins, j'avais pas de bisous, euh...

D : pas de contacts physiques ?

R: pas de contacts physiques...mais il y a des enfants qui vivent sans ça ! Si je suis passionnée par le Portugais et le Brésil c'est aussi parce que les gens sont très tactiles, très démonstratifs, et tout, et je peux m'exprimer, je peux euh...même si des fois il n'y a rien derrière...

D: mais je cherche à comprendre, hein, je ne suis pas là pour juger

R: oui mais c'est ça, c'est ça...

D: mais la frustration c'est une frustration de...si vous devez construire quelque chose c'est important de savoir ce que vous désirez.

R: oui, non, mais...

D: donc si on devait le mettre sur le papier ce serait ? (Essai de définition d'objectifs positifs, mais c'est trop abstrait) le plaisir, l'affection, la reconnaissance, le contact physique... ? Ce sont vos termes que je reprends...

R: oui, c'est ça

D: c'est...c'est très courageux de votre part de mettre tout ça sur le tapis, maintenant, qu'est-ce que vous voulez, qu'est-ce que vous envisagez, qu'est-ce que vous avez comme...euh ... début de solution ? Est-ce que vous avez eu, par exemple, si on pense pragmatique, si on pense aux cinq dernières années, est-ce qu'il y a des moments où vous avez eu le sentiment que vous aviez un petit peu « ça » ?

R: ah oui complètement !

D: c'était quoi ces moments... si vous voulez bien en parler...

R: eh bien ces moments c'était quand j'étais euh...j'étais euh...au Portugal non mais au Brésil. Là, j'étais pleinement heureuse. Euh...je me sentais...je me sentais (bien) mais...

Intervention de la kiné ou d'une IDE : ça va, les tens ? L: ça me fait mal la kiné : ça fait mal ? ...c'est débranché ? Je ne veux pas que ça vous fasse mal...L : mais comment ça peut agir sur le bras si c'est sur le dos ? Là où vous avez mal, si on met quelque chose qui vous fait mal vous allez encore plus forcer... (10 min.) puis me demande de combien je suis enceinte.

D: oui c'était quand vous étiez au Brésil vous disiez ?

R: ben oui justement parce que je parlais ma langue... maternelle.

D: c'est important pour vous ?

R: Ah ! Je me sens tellement tellement plus à l'aise quand je parle Portugais !

D: et vous avez vécu au Portugal ?

R: oui, j'ai fait mon DEA là bas

D: mais, petite ? Vous êtes née en France ?

R: je suis née en France, mais j'y retournais tous les étés, j'y passais deux mois, donc euh... je connaissais le Portugal, mais euh... j'ai toujours voulu étudier là bas mais ensuite je suis partie en... qu'en DEA. Mais ça a été formidable, quoi. J'avais besoin de me trouver en fait, je sentais bien qu'il y avait un problème, cette ambivalence, et...avant je ne savais pas ce que j'étais : est-ce que j'étais française, est-ce que j'étais portugaise

D: et maintenant ?

R: maintenant je sais que je suis portugaise. Et souvent, je rajoute : « d'origine ». Enfin souvent...parfois je rajoute « d'origine » ...portugaise quand je me présente...souvent on me dit : Ah, Sofia...derrière je mets mon nom de famille...je dis oui, c'est portugais, je suis portugaise...Et donc au Brésil, pourquoi plus au Brésil qu'au Portugal parce que... parce que je m'identifie beaucoup plus à leur valeurs qu'aux valeurs portugaises, qui sont très rétrogrades, les femmes ont vraiment...une place dans la société qui n'est pas du tout à envier...bon qui s'améliore mais...mais au Brésil, je trouve que là bas elles sont plus libérées, on est plus respectées, moi je m'y sentais très bien, je m'y sentais à l'aise quoi.

D: Et ça c'était avant votre...?

R: c'était après l'accident, mais c'était avant la kinésithérapie qui a été traumatisante qui m'a...

D: parce que chronologiquement quand il y a eu l'accident...au départ vous avez eu des douleurs sur le moment puis après c'est passé, et à partir de là...

R: euh...j'ai eu des douleurs euh...supportables. Chronologiquement, euh, j'ai eu l'accident... on va essayer de faire vite : en fin de licence, j'ai eu l'accident : grosses douleurs aux cervicales, pas de douleur au bras. A la rentrée en maîtrise, j'avais mal au bras. Et... euh... A la rentrée en maîtrise, j'avais mal au bras, j'ai eu mal toute l'année et j'ai commencé à avoir des tiers-temps aux examens parce que j'avais vraiment des difficultés pour écrire...mais...je pouvais écrire. C'était supportable. Je prenais des (antidouleurs ?). Je suis partie euh...au Portugal faire mon DEA l'année d'après, et euh...j'avais euh...encore plus mal. Je revenais fréquemment en France pour qu'on me prescrive des anti inflammatoires etc....et euh...j'ai...ensuite j'ai fait un DESS et euh... enfin je l'ai fait sur deux ans parce que je travaillais, j'avais un boulot de surveillante, je loupais des cours, et les profs voulaient que (?) : « soit vous ne le faites pas, soit vous le faites sur deux ans », moi je l'ai fait sur deux ans mais j'ai fait mon stage la première année. Et avant ça, le médecin de la faculté qui tous les ans m'expertisait m'a dit : c'est pas possible, ça ne peut plus être une tendinite on va refaire d'autres examens, on a un diagnosti...on a refait des examens et ils diagnostiquaient un syndrome du défilé thoraco...thoraco-brachial, je devais faire la rééducation mais je suis partie au Brésil donc elle a été différée à la rentrée, au Brésil je me sentais mieux, j'avais mal mais je me sentais mieux : je dirais que je vivais avec la douleur, pas dans la douleur, je me sentais mieux. Euh... j'ai réussi à faire mon mémoire (je le faisais écrire il n'y a pas de douleur ?) ça me faisait mal mais bon, et quand je suis revenue j'ai été très triste, puisque j'avais quitté mon Eldorado, et là la rééducation a

commencé et ça a été la catastrophe. Et ça, ça c'est produit l'année dernière, j'ai commencé la rééducation, je ne sais plus, en octobre, je finissais mon DESS, j'ai fini dans des conditions euh... j'étais complètement bloquée avec la minerve, et puis... (?)...

D : je vous arrête excusez-moi mais c'est juste parce que ce que vous avez dit « au moment où j'étais au Brésil ça allait beaucoup mieux, c'est pas que j'avais pas mal mais je vivais avec la douleur et pas dans la douleur », je pense que si on pouvait se fixer ça comme objectif dans un premier temps ce serait déjà bien.

R : oui mais si je me fixe cet objectif là est-ce... quand j'écoute mon cœur c'est euh... « ben t'as qu'à partir si tu te sens mieux là bas », mais je sais que c'est complètement irrationnel, quoi.

D : non, moi je ne trouve pas que ce soit irrationnel, je pense que c'est une ... c'est une des solutions. Maintenant si vous n'avez pas fait ce choix là il y a sûrement une bonne raison aussi.

R : Ben euh... ma crainte, parce que c'est quand même à dix mille km, enfin ça dépend où je vais mais c'est très loin, euh... j'aurais peut-être pas le même accès à la euh... aux soins médicaux, euh...

D : (rires) Brésil ou soins médicaux, c'est ça là (balance) ?

R : Ben euh (sourire)... parce que en fait quand j'y suis - j'y suis retournée cet été - j'essaie d'écrire quand je me sens mieux, quand je suis heureuse etc... j'essaie d'écrire j'ai mal quand même, donc je me dis y a, y a quelque chose de physique quoi, donc il faut peut-être me soigner avant de partir, je ne sais pas.

D : donc il y a des solutions du côté du Brésil, mais il y a peut-être des choses à faire avant (de partir) ?

R : (me coupant) disons que c'est mon objectif, et quand je parlais de rêve brisé hier au Dr N c'est ça, c'est que je ne vois pas comment je pourrais partir là bas, enfin je... je ..Comment dire... guérie je partirai (s ?), mais pas euh...

D : d'accord. Moi, je pense que ce qui est important dans ce que vous dites, là, d'avoir un souvenir précis, assez proche, d'un moment où vous (?) bien, c'est quelque chose de très important. Moi je ne dirais pas que c'est irrationnel ou quoi, je dirais que si c'est ça votre rêve, et bien le rêve c'est très important.

R : ah oui ! C'est ce que dit le... Le Dr N.

D : donc je veux dire... que cette image là soit une image-ressource pour vous, très bien,

R : (grognant dans sa moustache) : oui mais (je ne peux pas partir si je ne vais pas bien ?)

D : d'accord. Bon, moi je veux dire : le Brésil, moi je... bon. Ce qui m'intéresse maintenant c'est justement que vous me parliez de votre rêve : c'est d'être avocate, enfin juriste internationale, c'est ça plutôt ?

R : ouais

D : euh... est-ce que par rapport à vos études, est-ce que dans le cours de vos études... votre DEA ou l'année de votre DESS, est-ce qu'il y a un moment où votre vocation s'est démentie ? Je veux dire où vous vous êtes dit euh... « Pas sûre d'aimer, pas sûre d'être capable, pas sûre de vouloir, pas sûre ... » enfin je ne sais pas...

R : oui.

D : ou est-ce que non, d'un bout à l'autre de vos études c'était une certitude absolue, il n'y avait aucun doute là dessus euh ??? Si on laisse de côté la douleur une seconde et qu'on parle de vos études, c'est quelque chose que vous viviez comment, ça, le DEA, le DESS, c'était la vocation d'avocat c'était d'un bout à l'autre euh... égale à elle-même ou il y a eu des moments de doute, aussi ?

R : Ben il y a des doutes euh ... depuis l'année dernière, depuis que j'ai été hospitalisée, que j'étais bloquée, et que j'avais d'énormes contractures, depuis l'année dernière.

D : mais là vous revenez encore à la douleur, mais

Fin de la cassette : l'entretien se poursuit mais je ne l'ai plus (pourquoi ?) sur la cassette. Je me souviens bien en revanche qu'elle y évoquait, en réponse à ma question, des doutes concernant sa capacité à exercer sa profession rêvée, doutes survenus lors de son stage au Brésil, quand elle a été confrontée à la réalité de ce travail... elle évoquait avec une certaine angoisse le milieu très masculin, coupe-gorge, froid, calculateur, sans émotion dans lequel elle devrait évoluer...disait ne pas savoir si elle pourrait 'jouer ce jeu là'...

C'est alors qu'elle a fait allusion assez longuement au décès de son « mentor ».

A un moment, vers la fin de l'entretien, je lui ai fait remarqué sur le ton de l'humour, que les termes 'Brésil' et 'Plaisir' avaient des sonorités si voisines qu'il serait aisé de faire un lapsus. Elle a répondu par un demi-sourire.

Evolution

Pendant la suite de son séjour se sont passés deux 'évènements' notables pour ce qui est de sa relation avec moi : tout d'abord elle s'est mise à m'appeler par mon prénom quand elle parlait de moi aux autres, puis elle a essayé avec moi directement. Je n'ai rien dit sur le coup mais ça m'a gênée, je l'ai évoqué avec le psychiatre qui l'a vu en consultation dans le service qui m'a recommandé de lui dire d'arrêter (en tout cas c'est ce que j'ai entendu !). Je l'ai fait, en privé, et elle a eu un mouvement de recul. Et puis elle m'a demandé comment je voulais qu'elle m'appelle : Docteur Dutertre? J'ai d'abord hésité, et ensuite je ne me souviens plus de ce que je lui ai dit. J'étais assez mal à l'aise.

Sinon, je lui ai remis une photocopie de la métaphore de la jeune princesse et de la tapisserie¹⁰⁸, qui me semblait intéressante par rapport à ses questionnements professionnels,

¹⁰⁸ Kerouac M., *La Métaphore thérapeutique et ses contes. Études éricksonniennes*, M.K.R., Québec, 1996.

qui entrent peut-être en résonance avec le problème douloureux sans en être complètement la conséquence (ne nous laissons pas nous-même ‘hypnotiser’ par le ‘problème-douleur’!) Je ne me sentais pas compétente pour lui « conter », alors je l’ai vaguement évoqué avec elle, puis je lui ai remis. Elle m’a plus tard (après l’histoire du prénom, elle ‘boudait’ un peu) signifié qu’elle l’avait trouvé intéressante.

6. Mme D

Un des psychiatres intervenant au CETD me dit un jour que dans ses rapports avec ses patients, il s’efforçait toujours de rechercher l’angle sous lequel ils pouvaient lui être sympathiques. Il peut arriver que le médecin soit ici dépassé par l’ambition de sa tâche.

Je plaide ici coupable : si le médecin a ses limites, ici, les miennes furent en question. En toute honnêteté, Mme D. et au-delà, ce type de ‘patiente’ met ma ‘patience’ à rude épreuve, et je suis heureuse d’avoir reçue Mme D un jour où j’étais moi-même suffisamment résistante pour y mettre les formes. Dans ce cas figurent (entre des tirets) quelques éléments du monologue intérieur que j’ai pu tenir pendant la prise en charge, pour prendre sur moi. Ce n’est qu’un exemple : en fonction de la personnalité des professionnels, le type de patient avec qui ils auront du mal à trouver ‘l’angle sympathique’ varie, bien évidemment.

S’il est juste de dire - nous le verrons - que le médecin de la douleur va, tel un chaman, accompagner le patient dans un voyage qu’il a déjà parcouru lui-même, afin qu’il conserve en toutes circonstances une petite longueur d’avance sur le patient, sans doute n’ai-je pas encore parcouru le chemin de Mme D. Si *travail* symétrique il y a à accomplir, je suis fort aise, en de telles circonstances, que ce *travail* ne repose pas entièrement sur mes épaules, tant il ne me semble pas que je sois la plus ‘initiée’ sur les questions qui l’habitent. Sans doute faut-il voir là encore les bénéfices de la pluridisciplinarité : il n’y a pas ‘un’ chaman, mais des chamans, interchangeables en fonction des circonstances ; son exercice n’étant pas neutre, elle assume autant que faire se peut sa mission d’impartialité en multipliant les interlocuteurs possibles, les valeurs, les imaginaires ressources. En l’occurrence, si je peux amener les patientes sur le chemin de Neruda, Eluard ou Louise Labé, celles dont le chemin passe par le Roman de la

Rose, Mme Bovary, ou encore ‘Nous Deux’ ou les romans Arlequins trouveront nécessairement en moi un interlocuteur de moindre qualité. Et pourtant, qui suis-je pour les juger ? L’expérience montre qu’un interlocuteur adapté lui a permis d’avancer sur le chemin qui était le sien, en construisant le récit qui lui convenait.

D.B. Morris dit que la médecine, pour prendre en charge la plainte douloureuse, se trouve face à la nécessité de la mise en place d’une « microéthique du quotidien »¹⁰⁹. En effet, à chaque étape des recommandations du « comment faire avec » la douleur dans son quotidien, il est susceptible d’influer sur l’intimité de la vie de ses patients, jusque dans ses moindres détails. On entre ici dans un domaine où la « neutralité » est impossible, et dont pourtant une éthique médicale trop générale, ou préoccupée de situations extrêmes, ne dit rien ; où le danger de proposer des réponses normatives ou discriminatoires est omniprésent, et le pouvoir médical trop grand pour être porté par une seule personne.

*

Agée de 60 ans lors de la première consultation qui a lieu avec moi, cette infirmière psychiatrique à la retraite est mère de trois enfants adultes, tous « mariés à des étrangers » nous précise-t-elle, ajoutant à ce sujet : « avec mon mari c’est dur ». Son mari est également retraité.

Plutôt rondelette, maquillée et habillée avec soin, haute en couleurs, Mme D est charmante et charmeuse, minaudante et papillonnante. Sa manière de s’exprimer est affectée, paraissant volontiers inauthentique tant elle imprime à sa voix des inflexions théâtrales, et s’applique à raconter sa vie comme un roman - mais un roman très lyrique et plein d’emphase, et c’est cela qui m’irrite - sans nul doute il faut y voir aussi sa manière de ne pas vouloir encombrer l’autre d’une plainte qui serait par trop ennuyeuse. Ainsi, c’est plus intéressant et plus divertissant pour tout le monde ; je suppose qu’elle s’efforce, par ce biais, de n’être pas trop plaintive. Mais elle est aussi très bavarde, s’embarquant volontiers dans toutes sortes de digressions ; elle obtempère cependant volontiers quand on lui demande de ‘revenir à ses moutons’, pour peu que l’on y mette le sourire et un peu d’humour.

¹⁰⁹ Morris D.B., “Ethics beyond guidelines: culture, pain and conflict”, in Dostrovsky J.O., Carr D.B., Koltzenburg M. (dir.), *Proceedings of the 10th world congress in pain research and management*, vol. 24, IASP Press, Seattle 2003, pp. 37-48.

Elle souffre de douleurs diffuses au niveau du dos (lombaires), des membres inférieurs et des fesses, des épaules ; mais sa plainte principale est une douleur périnéale, en rapport avec une **névralgie pudendale**¹¹⁰ déjà diagnostiquée et en cours de traitement. Son discours va donc naturellement tourner beaucoup autour de ses parties génitales.

Elle nous est adressée par son médecin traitant. Celui-ci nous donne des informations exclusivement lésionnelles ; pas la moindre allusion faite à la dimension psychique, ni même affective ou relationnelle de la douleur et de ses conséquences. Il joint à son courrier de nombreux comptes-rendus de confrères, en particulier ceux qui ont pris en charge les **névralgies pudendales** de Mme D. Là encore, le contenu de ces courriers joints est essentiellement technique. Dans le courrier le plus ‘expressif’, on trouve tout au plus la mention d’une évolution « **curieuse** ». Pourtant, compte tenu de sa pathologie, elle a déjà rencontré des spécialistes de la douleur, et si elle arrive jusqu’à nous, au terme d’un voyage médical riche de nombreuses étapes, c’est bien que ces réponses n’ont pas suffi ; Mme D est une ‘patate chaude’, mais il ne faut pas le dire, et encore moins l’écrire.

- Bon. D’accord. À mon tour. Ouvrons les vannes, mais tenons-nous prête à les refermer. En selle. Cernons la bête, l’air de rien : « *Racontez-moi ce qui vous amène* ».-

« Je viens parce que vous me paraissez les plus spécialisés »

« Je ne veux pas tergiverser. Je veux savoir ce que j’ai »

¹¹⁰ La **névralgie pudendale** est, à l’instar de l’AND évoquée plus haut, une douleur dont le mécanisme lésionnel et donc le traitement par les techniques médicales n’a été identifié que fort récemment. Il s’agit donc d’une névralgie (douleur par irritation nerveuse) qui concerne le nerf pudental, anciennement dit « nerf honteux », responsable de l’innervation d’une partie des organes génitaux externes, du périnée. Comme toute névralgie, c’est une douleur qui peut être extrêmement cuisante et intense, voire donner des décharges électriques. Les patients touchés sont gênés dans tous les actes les plus intimes du quotidien, de la défécation aux relations sexuelles. Ils souffrent en position assise, et sont soulagés en s’asseyant sur un siège creux comme le siège des toilettes- ce qui conduit certains à se déplacer partout avec quelque chose qui y ressemble, y compris au travail. Longtemps (et encore) mal connue des médecins, cette douleur a conduit nombre d’entre eux, soit à cacher leur symptôme, « honteux » à plus d’un égard, soit à multiplier des consultations sans suite dont on imagine sans peine la teneur fantasmagorique compte tenu des interrogations de part et d’autre et de l’intimité de la zone concernée... Ceci pendant parfois des années. Les conséquences psychologiques de ces années de trouble sont bien souvent marquées, quelle qu’ait été la disposition psychique des patients au départ.

Le CHU de la ville de K se trouve bénéficier des services de trois médecins qui font figure de spécialistes mondiaux de la question, et que l’on vient donc consulter de très loin. Ils ont formé leurs collègues locaux, si bien que K... est une ville particulièrement bien lotie pour cette question. Cela tient en grande partie à la personnalité de deux médecins de Nantes, dont l’un est maintenant décédé, qui ont été des pionniers de la médecine de la douleur, et même, pour l’un, de la mise en place de la péridurale pour les parturientes, et de la médicalisation de l’IVG.

Il m'importe, dans ces circonstances où mes propres ressentis et le flux verbal de mon interlocutrice menacent de me déborder, de me replier sur les obligations de mon ordre, de m'appuyer en l'occurrence sur le *dossier unique* et les différentes cases que je dois remplir - 'Des faits, des faits' - à commencer par ceux qui suscitent le moins de digressions. Le plan de la présentation des données qui va suivre respecte l'ordre de cet interrogatoire¹¹¹.

*

Je regarde son questionnaire d'autoévaluation. La silhouette humaine est crayonnée d'une manière ni discrète, ni excessivement démonstrative non plus. Elle choisit de coter ses douleurs avec l'EVA. Elle cote à 9,5/10 au moment présent, 6/10 en moyenne ces huit derniers jours avec des pics allant jusqu'à 9. Manifestement, ma consultation remporte la compétition de circonstance la plus douloureuse de la semaine.

Le reste du questionnaire : QSA, dépression, anxiété, retentissement...n'est absolument pas rempli.¹¹²

Antécédents médicaux

Elle décrit une tendance ancienne à la dépression, des phlébites, une hypothyroïdie. Dans sa famille, je note que son père était épileptique, que son frère est lombalgique chronique, et que sa sœur souffre pour sa part de fatigue chronique.

Contexte social et environnement¹¹³

¹¹¹ C'est le terme technique.

¹¹² Il arrive, bien que ce soit rare, que les patients n'en aient pas le temps. Ici, je ne me souviens plus.

¹¹³ Je précise ici que l'interrogatoire sur les liens familiaux et l'entourage découle, en général, naturellement des questions concernant les antécédents familiaux et le contexte médical familial. Il suffit, par exemple, de demander si les parents de la patiente sont en bonne santé, vivants ou morts, pour en arriver rapidement à savoir quel type de relation elle a avec eux, et a eu avec eux plus jeune.

Sa mère était, m'apprend-elle, « *très forte, très volontaire* » : « *la matriarche* ». Son père est décrit comme ayant été « *caractériel* », avec « *des difficultés professionnelles* » ; « *j'en ai fait les frais* », ajoute-t-elle, sans plus de détail pour l'instant. Il est décédé en 1986.

En 1986 également survient une rupture dans son couple : son mari la quitte, pour une femme beaucoup plus jeune ; cette femme et son mari étaient des amis du couple D., et les enfants D. la considéraient comme « *une seconde maman* ». Elle demeure alors seule avec ses trois enfants. Un an après, son mari est revenu, et la vie commune a repris : il est « *comme une ami* » (il faut comprendre par là qu'ils n'ont pas de relation sexuelle) ; « *j'ai accepté qu'il revienne. Je n'y arrivais pas.* »

Monsieur aurait une consommation alcoolique importante. Elle se confie à moi : « *je n'ai pas un mari qui est complémentaire. Mon mariage est une erreur...De très grandes difficultés. Seuls les enfants nous réunissent. Pour lui, ce sont les copains d'abord. On n'est pas sur la même longueur d'onde.* »

Le couple traverse une nouvelle tourmente en 2002 (il y a deux ans) : Mme D propose qu'ils se séparent ; le comportement du mari s'apaise, il se fait plus présent et le couple poursuit finalement sa vie commune.

Pendant très longtemps après la séparation de 1986, elle n'a eu que peu ou pas d'amies, car elle est « *méfiante désormais* ». Il lui reste bien « *quelques copines* ». A présent, elle est investie dans une association de fibromyalgiques.

Concernant d'une manière générale sa manière d'être avec les autres, elle dit : « *j'ai du mal à penser à moi d'abord* » ; elle tend à se caler sur le rythme des autres, et rencontre de grandes difficultés s'agissant de faire valoir ses propres ressentis et priorités. Elle consacre ainsi beaucoup de temps à écouter sa sœur, en mettant, nous dit-elle, de côté ses propres problèmes « *Ma sœur, elle n'a pas évolué, elle a besoin de moi, besoin de me parler* » (sa soeur a perdu son fils tout petit et a une petite fille atteinte de mucoviscidose). Elle se vit un peu comme le pilier de son entourage amical et familial, celle sur qui tout repose, qui doit toujours se faire passer en second, mais qui n'en cultive pas moins une certaine rancœur. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois (deux filles ; le garçon est le benjamin).

Histoire de la maladie

Les douleurs sont anciennes : « *j'ai l'impression d'avoir toujours eu mal quelque part* ».

A l'adolescence, au moment de la survenue de ses premières règles, elle souffrait déjà de migraines ; elle attribue au traitement médical prescrit alors une prise de 10 kg.

Les douleurs fessières débutent, de manière insidieuse et progressive, entre 1985 et 1987 - au moment donc du décès de son père et de sa première rupture liée à la relation adultère de son mari ; le diagnostic de **névralgie pudendale** ne se fera qu'en 1988.

Après leur diagnostic en 1988, suivront dix ans de traitement, tantôt efficace, tantôt non. Elle *vagabonde* (référence au *vagabondage médical* : multiplicité des intervenants consultés brièvement, sans suite)¹¹⁴ beaucoup - ce qui n'est pas nécessairement inadéquat dans le contexte d'une pathologie encore mal connue - elle va tester des techniques nouvelles et supposément miraculeuses auprès de nombreux « *spécialistes parisiens* ».

En 1997, survient « *l'échec* » d'une nouvelle procédure technique : « *c'était l'échec ... Une énorme crise d'angoisse. A partir de là j'ai eu plein de trucs : des courbatures à demeure, des douleurs au niveau de la peau. De grandes aiguilles dans les fesses* »

Évoquant les effets secondaires d'un des médicaments administrés, elle dira : « *ne plus recommencer ça. La perte des fonctions intellectuelles. Je ne faisais plus rien* ». « *L'horreur.* »

Elle dit aussi : « j'en ai marre des prescriptions de repos. Pour moi se reposer ce n'est pas vivre. »

Elle a arrêté le suivi psychothérapeutique en 2003 : le psychothérapeute lui aurait expliqué qu'il ne pouvait pas répondre à une demande de soulagement radical, que si c'était là sa demande ce n'était pas nécessaire qu'elle revienne.

Et puis, arrive, un jour, ce qu'elle décrit comme : « *un virage. Le Dr A...¹¹⁵ a dit : « comment les gens peuvent-ils se faire mal à ce point là ? »* Elle dit avoir alors réalisé qu'elle pouvait faire quelque chose : d'elle-même soulager ses contractures musculaires. Globalement, s'il y a bien *vagabondage médical* à la recherche de la technique miracle, les retours en termes de satisfaction/échecs/conflits sont équilibrés. Tout n'est pas négatif.

Retentissement sur le quotidien

¹¹⁴ On entend dire aussi, et c'est le terme que l'on retrouve plus volontiers dans les écrits : **nomadisme médical**.

¹¹⁵ L'un des pionniers évoqués plus haut.

Décrivant ses sensations douloureuses, elle évoque son « *corps comme un scaphandre* », « *des piqûres de châtaignes partout* », et ajoute : « *je suis polydouloureuse.* »

Ses nuits sont affectées, mais elle ne l'exprime pas dans le registre de la **gêne**, puisqu'elle ne ressent pas de manque de sommeil. Simplement, elle se couche tard, se lève tard aussi, et compense en se reposant l'après-midi. Cela a aussi pour conséquence, intentionnelle ou non, d'éviter les têtes à têtes, sur l'oreiller, avec son mari. Elle dit quand même avoir du mal à se rendormir si d'aventure elle se réveille.

La douleur s'accompagne en outre de troubles sphinctériens, avec une incontinence urinaire voire fécale, des épisodes d'énurésie¹¹⁶, une difficulté marquée à « *retenir les gaz* ».

Des conséquences de sa douleur sur ses journées elle dit ceci : « *je renonce à beaucoup de choses (...) je me mets dans ma tanière au chaud avec des bouillottes* ». Elle déplore sa perte d'autonomie (courses, marche, conduite automobile, feu de cheminée), sa perte d'énergie ou de force. Elle ne classe pas les troubles sphinctériens dans ce registre de la perte d'autonomie.

Sa douleur influe sur ses relations avec son entourage : du fait de sa perte d'autonomie pour la gestion du quotidien, elle se dit « *piégée* » : elle dépend matériellement de son mari, alors elle ne voit pas comment il serait possible d'envisager de régler ses problèmes conjugaux. « *Mon mari ne me dit rien ; je n'attends plus rien* » ; « *je pleure, mais c'est bien* », dit-elle en souriant. « *Avant je me cachais. Pour pleurer. Ou je pleure devant ma fille. Je me laisse aller devant elle. Je ne veux pas continuer car je ne veux pas l'embêter.* »

Elle est très sensible au regard des autres, aux prises avec un impératif fort de ne pas déranger. Alors elle ne met pas en avant ses besoins, ne sollicite pas son entourage pour faire les adaptations nécessaires pour elle, souffre en conséquence... et dérange finalement par sa plainte ou sa résignation muette mais si expressive (comportements, mimiques...), qu'elle irrite ses proches, probablement parce qu'ils y lisent une accusation ou une demande déguisée. Le résultat est une irritation réciproque, avec pour elle le sentiment d'être incomprise et non reconnue, dans sa douleur comme dans les efforts qu'elle fait à sa manière pour ne pas déranger les autres avec cela. Ce type de circonstances fait partie des facteurs les plus aggravants de ses douleurs

¹¹⁶ Terme savant pour 'pipi au lit.'

- Toute cette eau, toutes ces fuites...larmes, urine... je me sens menacée d'inondation, je me sens détrempée, envahie insidieusement. Rester calme, ne pas céder à l'angoisse, ni au dégoût, que je ressens. Pour la rassurer, je dois moi-même ne pas avoir peur. Et pour cela je suis prête à fermer les vannes - de son incontinence verbale et émotionnelle - je sais que les moyens collectifs sur lesquels je m'appuie seront solides, et je peux encore tenir. Peut-être les fermera-t-elles d'ailleurs d'elle-même, ce serait mieux. Ou bien peut-être vais-je voir apparaître une pierre, une corde, un radeau, quelque chose de ferme, de non-liquidien. Attendons encore. Je suis bonne nageuse ; je n'ai pas peur de l'eau, moi.-

En termes d'activité et en termes de **prise en charge** médico-sociale : elle souhaite faire une demande de reconnaissance en ALD auprès de la Sécurité sociale¹¹⁷. Elle anime le groupe de parole d'une association locale de fibromyalgiques.

Elle a largement diminué ses activités de loisir mais pratique encore, chez elle, l'art floral et l'encadrement, assiste dans ces disciplines à des cours en journée ou dans l'après-midi.

Au fur et à mesure de l'interrogatoire, je tente de lui faire préciser ses **objectifs**. Elle attend de « *l'écoute* » ; de l'aide dans la résolution des conflits avec son mari ; elle attend de retrouver de « *l'autonomie* », de « *l'énergie* », de « *l'harmonie* ». Elle attend de retrouver de la « *normalité* » : « *vivre comme tout le monde* ». Ses **objectifs** se déclinent donc majoritairement dans le registre

¹¹⁷ La **fibromyalgie** n'appartient pas à la liste des **ALD 30**. Nombre de patientes **fibromyalgiques** le revendiquent, en particulier les associations (lors du congrès national de ces associations auquel j'ai assisté, c'était manifestement la préoccupation centrale des intervenants non médicaux) y voyant une « *reconnaissance par la sécurité sociale* ». Très peu de patientes **fibromyalgiques** obtiennent cette **ALD**, et quand c'est le cas, c'est en général dans le cadre particulier des **ALD hors liste** au titre de la **polypathologie invalidante** : l'accumulation de pathologies ne relevant pas elles-mêmes de la liste des 30 mais résultant en des soins chroniques coûteux et invalidants peut conduire à la reconnaissance en **ALD**. Ainsi, une **fibromyalgie secondaire** greffée sur une arthrose diffuse objectivée et sévère peut en bénéficier. On voit mal comment la **fibromyalgie**, qui n'est pas une maladie mais un syndrome, qui n'est pas visible, pas prouvable, et ne repose que sur la perception subjective de patients souffrant par ailleurs souvent de troubles de l'humeur, et qui n'a donc pas de 'vérité' au sens de la science pas plus qu'au sens de la loi, pourrait être ainsi classée par les institutions en charge des catégories médico-légales, qui doivent répondre à la double condition de vérité de la justice et des sciences auxiliaires de la médecine.

En même temps, la très vaste majorité des patients ont Sécurité Sociale et mutuelle, et les soins que nous prescrivons sont intégralement remboursés par la combinaison des deux ; l'inconvénient est l'avance des frais, nettement moins préoccupante depuis la généralisation de la carte vitale qui permet le remboursement rapide ; les soins de kinés sont un peu en retard de ce point de vue.

Dans cette demande de reconnaissance se joue beaucoup plus l'enjeu de la « *reconnaissance comme maladie* » que la question financière.

de la **qualité de vie** à moyen terme, et dans les registres psychologiques et relationnels sur le long terme. Elle redoute les effets secondaires des médicaments **psychotropes**¹¹⁸.

D'autres attentes, encore peu explicites à ce stade, mais qui prendront le devant de la scène au fur et à mesure de la prise en charge, concernent prioritairement un accompagnement à trouver d'autres réponses à ses difficultés conjugales.

En attendant, elle a manifestement besoin de faire partager à d'autres ses expériences de la sphère génitale, et il faudra probablement en passer par cela pour pouvoir faire alliance. Cela ne me réjouit guère, me renvoyant à des éléments de ma propre histoire vis-à-vis desquels je n'ai pas assez de recul.

Les 'vannes' ne se sont fermées qu'avec mon aide, en cernant petit à petit le caractère central, d'un point de vue des réponses pratiques que nous pouvions apporter - et non des causes de sa douleur - du problème que constitue pour elle sa relation avec son mari, et en posant clairement que dans ce domaine nous étions disposés à l'aider dans la mesure de nos moyens, mais qu'il n'y avait pas de solution technique miracle. Nous étant mises d'accord sur ce point, nous avons poursuivi avec les questions/réponses concernant les modalités de la prise en charge. Je l'ai sentie disposée à essayer, d'accord sur l'identification du problème, prête à être *actrice de la prise en charge* (terme consacré) et nous nous sommes mises d'accord sur une indication d'hospitalisation.

Lors de l'entretien de pré-admission avec la psychologue, celle-ci notera ces propos de la patiente dans le dossier : *« j'ai l'impression que c'est ma dernière chance. Je veux m'en sortir le mieux possible. » « Là je ne vis pas comme je voudrais vivre. J'ai besoin d'une aide. »*. Elle la verra une seconde fois avant l'hospitalisation, probablement (mais la psychologue fait peu de transmissions) pour affiner ses objectifs.

Déroutement de l'hospitalisation

Nous allons une fois de plus nous fier à la chronologie établie par les infirmières dans leurs transmissions pour restituer l'évolution de la **prise en charge** :

¹¹⁸ Médicaments à tropisme 'psychique', c'est-à-dire toutes les classes de médicaments à indication psychiatrique : anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques.

Première semaine :

J1 *« fait la chronologie de ses événements de santé sans aucune demande de notre part »*

J2 : *« le fait de se mobiliser l'améliore nettement. Le ressent bien. Déverrouillage. »*

L'après-midi de J2 elle rencontre la musicothérapeute qui note sur sa page du dossier :

« En plus elle (la femme pour qui son mari l'a quitté) travaillait au même endroit que son mari (le mari de cette femme). Tout le monde vit dans le même village, cela n'a pas dû être facile. Tout tourne autour du retour du mari trois ans plus tard... et du fait qu'elle veut guérir pour divorcer : « c'est pour cela que je suis ici ». En dehors du suivi psy sûrement incontournable, ce serait bon pour elle de chanter dans un groupe. »

J3 *« Très déprimée, dans les pleurs. S'autorise à lâcher prise sans culpabilité. Beaucoup mieux cet après midi. Dit se sentir soulagée. »*

Dans le dossier, la kinésithérapeute note : *« bonne participation. Etonnée de pouvoir faire gym et étirements. »*

J4 : *« a bien l'intention de faire un peu d'exercice. Désire garder le rythme de la semaine. »*

Dans le dossier, je (interne) note : *« décentrer de l'approche lésionnelle+++ . Objectif à moyen terme : autonomie, influence sur sa douleur, force et énergie. Objectifs à long terme : régler ses problèmes conjugaux. »*

J5 : le médecin responsable, la voyant avant son retour à domicile pour le week-end, note dans le dossier le bilan de la semaine :

« Aînée de trois enfants. Parle de « chercher toujours » pour trouver de meilleures solutions. Complaisance dans la description de la douleur. Elle demande une ALD : je n'y suis pas favorable pour l'instant. Jouissance du verbe/logorrhée. Délectation morose. Faire évoluer sa demande et essayer de nouveaux outils. « Découvrant » la kiné à la fin de la première semaine : est agréablement surprise de tous les mouvements qu'elle peut faire, notamment au niveau de l'épaule. »

Deuxième semaine :

J6 : *parle des difficultés relationnelles avec son mari. Évoque même l'idée de le quitter mais ne passe pas à l'acte pour des raisons financières. Explique qu'elle n'a plus d'affection pour lui. Font un peu leur vie chacun de leur côté.*

J7 : *très contente. Dit accepter mieux son corps. Ne visualise plus sa douleur dorsale comme un « nœud » mais comme une douleur plus aplatie, plus diffuse.*

Lors de la visite du mardi, la kinésithérapeute informe le médecin de ce qu'elle suppose être une partie des causes de douleurs diffuses : une **cellulalgie**. En langage non savant, il s'agit de douleurs liées à la cellulite, au niveau des hanches et des membres inférieurs La kinésithérapeute suggère qu'elle aille faire relancer la circulation sanguine dans ces zones par

des jets d'eau froide. En outre, d'autres *épines douloureuses* sont identifiées : douleurs hémorroïdaires ; arthrose.

J9 : parle toujours beaucoup d'elle, mais un peu plus dans l'échange au niveau de la communication. »

Le médecin ostéopathe et acupuncteur me fait part des propos qu'il lui a tenus en consultation : *« il faut gravir la montagne. Moi j'y vais. Si vous redescendez, je ne descends pas avec vous. »*

J10 : le médecin responsable passe dans les chambres et fait le bilan des **prises en charge** qui se terminent, comme dans le cas de Mme D. Elle évalue le bénéfice de la prise en charge à 80% ; le médecin, lui, l'évalue à 60%. Elle commente **la prise en charge** avec les mots suivants : *« une révélation »*. *« Je ne pense qu'à moi ici »* *« sympathique »* *« soutien »*.

Elle dit au médecin : *« j'ai la trouille de passer à côté de quelque chose qui me fasse plaisir. J'en ai pas eu assez avant. Je veux vivre bien. Jouir tout le temps. »*

NB : Les données de la consultation psychiatrique et le rapport du **staff** ne figuraient pas dans le dossier au moment de la collecte des données.

Évolution

Pendant l'hospitalisation, la dimension de séduction dans ses rapports avec le médecin responsable a été manifeste ; son comportement changeait du tout au tout quand il entrait dans la pièce. Ses propos, qui l'instant d'avant étaient, dans l'exemple que j'ai en mémoire, centrés sur sa vie personnelle, se tournent immédiatement vers des descriptions imagées de ses ressentis au niveau de la sphère génitale. Est-il nécessaire ici de livrer mes interprétations concernant la *fonction de la plainte*... Que va faire le médecin ? Je l'observe. Il accepte le jeu, et remet petit à petit chacun à sa place, doucement, sans paraître irrité le moins du monde. Elle s'apaise et l'écoute. Il n'est pas difficile d'imaginer l'irritation, ou le trouble, que cela aurait pu susciter chez un autre, moins entraîné. Cependant, au moment de clore ce dernier temps de l'hospitalisation, il lui annonce qu'elle sera suivie en consultation en alternance par lui... et par moi.

Je reverrai donc Mme D. en consultations espacées d'environ 6 mois, d'abord, puis un an.

Du point de vue de sa plainte douloureuse, il ne s'y passe rien de particulièrement nouveau ; elle reste sur les acquis de l'hospitalisation, gère mieux, de manière plus autonome, les

recours techniques qui ponctuent son parcours de soin, qu'il s'agisse des consultations spécialisées, des gestes invasifs¹¹⁹ ou des prises médicamenteuses.

Sa qualité de vie s'est améliorée depuis notre première rencontre ; elle a plus d'activités de plaisir.

Elle évoque plutôt en consultations des difficultés relationnelles persistantes. Elle dit avoir fait le deuil d'une séparation d'avec son mari ; il est question d'une relation extraconjugale.

Elle me donne l'impression qu'elle a appris quelque chose, par rapport à l'énoncé de sa plainte ; elle est moins dispersée, moins bavarde, plus contenue, indéniablement. Comment a-t-elle appris cela ? À aucun moment, à ma connaissance, cela ne lui a été dit, ni même manifesté, à aucun moment il n'a été question dans l'équipe de lui faire comprendre et/ou apprendre cela. Sans doute en avait-elle elle-même conscience, mais était-elle débordée par ses propres réactions ; elle s'est saisie d'un certain nombre de propositions pour mettre en place elle-même ce qu'elle souhaitait, sans qu'il n'ait été besoin de dévoiler ou de démasquer (en référence à la **dépression masquée**) quoi que ce soit.

7. Mme U

Certaines patientes font dès le début, spontanément, des liens entre les symptômes corporels et leurs ressentis, et les mettent en avant, évoquant spontanément leur mal-être ; c'est rare. Quand j'ai rencontré de telles patientes, elles souffraient de manifestations anxieuses, plus que dépressives.

Ainsi en va-t-il de Mme U. Agée de 53 ans au moment de la première consultation. Elle m'est adressée par son rhumatologue qui la décrit, dans son courrier, comme une « sympathique patiente » souffrant d'une « spondylarthrose commune » et d'un « syndrome fibromyalgique à mon sens des plus démonstratifs » ; il lui attribue « une attitude positive (qui) mérite (...) d'être encouragée »

Il ajoute : « l'inefficacité des AINS¹²⁰ laisse à penser que la composante lésionnelle n'occupe pas le devant de la scène. C'est confirmé par

¹¹⁹ Terme technique recouvrant une réalité mal délimitée qui a trait à la perception somme toute assez subjective du caractère traumatique d'un acte technique médical : effraction cutanée, risques encourus, douleur infligée...

¹²⁰ Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.

l'évaluation à 85/100 des douleurs ». Il rapporte qu'elle « s'estime au bout du rouleau et semble décidée à mettre tous les atouts de son côté ».

Nous avons également reçu un courrier de sa kinésithérapeute (celle avec qui nous travaillons le plus souvent, qui est très familière de nos prises en charge et qui, contrairement à la majorité de ses collègues, nous écrit des courriers détaillés pour nous tenir au courant). Voici ce qu'elle nous dit : « raideur générale. N'arrive plus à tout faire. Intolérance aux exercices et à la marche. Grande fatigue+++ . Analyse très bien sa situation compliquée /conjoint et travail. Se pose la question de l'hospitalisation et de son intérêt. N'est pas prête. Arrêt des séances car surchargée. »

La prise de contact avec Mme U est marquée par la difficulté initiale à la mettre en confiance. Elle est manifestement anxieuse, et de ce fait confuse dans ces attentes. Son récit est riche, en quête de sens, non centré sur la douleur qui y apparaît en fait très peu en termes physiques. Elle paraît assez rigide, au sens de 'têtue', susceptible de 'se braquer' facilement.

Cette femme vêtue de manière originale, créative, m'apparaît d'emblée comme très (trop ?) authentique, très en attente aussi de réconfort, je dirais même, d'amour, mais au sens d'un amour maternel : de réassurance.

Elle est aussi, à sa manière, défensive : d'emblée, elle parle vite, beaucoup, avec les mains, me restituant, en introduction et à la manière, me semble-t-il, d'une mise en garde, l'ensemble des échecs médicaux antérieurs de la prise en charge de sa douleur, et du reste de son histoire médicale : ce qu'elle a perçu comme des erreurs, voire de la négligence ou de la malveillance de la part des médecins. Elle met en avant également sa capacité à la rupture, et ce qu'elle raconte est aussi une histoire de relation au corps médicale en 'tout ou rien', allant de la confiance absolue au sentiment d'une trahison absolue. Elle n'est néanmoins pas dénuée d'humour, ni de capacité d'autodérision.

De cette histoire médicale, je retiens :

- Le vécu « catastrophique » d'une hystérectomie, et la proposition, par un chirurgien, alors qu'elle était encore jeune de subir une « mammectomie bilatérale » à titre préventif

du fait de seins multinodulaires et fibreux, proposition qu'elle se félicite aujourd'hui d'avoir refusée. Je suis moi-même trop jeune pour savoir si cela pouvait constituer à l'époque une conduite chirurgicale conforme aux recommandations professionnelles.

- L'antécédent de traitements psychotropes dont elle dit qu'ils l'ont « abrutie ». Je retiens également un accident de la route, mais qui n'a pas été déclenchant dans son histoire de douleurs.

Je ne peux, littéralement, pas placer une parole pendant tout ce début d'entretien, qui promet de durer ; plutôt que de lutter ou de l'interrompre, je la laisse alors dérouler son récit à sa guise tout en me fixant intérieurement une limite de temps.

Quand il apparaît qu'elle en a fini avec sa présentation et qu'elle a mis en place toutes les réserves qui lui semblent nécessaires, je lui exprime - au nom de la profession, j'en ai bien conscience - mes regrets pour cette histoire difficile, et lui fait part aussi de mon interrogation, à peu près en ces termes : *« Si vous avez tous ces reproches à faire au monde médical, je suis intimidée : qu'est-ce qui vous dit que je vais faire mieux ? Je ne crois pas valoir mieux que mes confrères. Vous placez la barre très haut. »* Je m'interromps, me repose un temps en arrière sur ma chaise, pour indiquer que je ne suis pas disposée à m'agiter en vain, et que je baisse déjà les bras devant tant d'adversité. Après avoir marqué cette pause, je me montre de nouveau disponible : *« Si on doit travailler ensemble, Je vais avoir besoin de votre aide. Pouvez-vous me dire précisément ce que vous attendez de moi, ne serait-ce que dans cette consultation-ci, que je ne fasse pas fausse route ? Que faudrait-il qu'il s'y passe pour qu'en sortant d'ici vous ayez le sentiment que cela vous a été utile ? »*

Elle marque un temps d'arrêt, me regarde, visiblement désarçonnée par mon attitude. Puis elle baisse physiquement sa garde, s'affaisse elle aussi un peu sur son siège, bégaye un peu, s'excuse presque de sa manière de présenter les choses, en sourit doucement. Je lui rends son sourire. Nous rions ensemble de son caractère impulsif.

Ensuite, elle me dit que déjà s'il ne se passe que ce qui vient de se passer c'est très bien, et qu'elle n'est pas certaine de ce qu'elle attend, qu'elle a peur.

Nous pouvons alors commencer à parler de ses douleurs.

Évaluations

Je regarde son questionnaire d'autoévaluation. Elle a dessiné des hachures espacées et discrètes sur les cuisses, bras, avant bras et pieds. Elle a utilisé les trois modes de cotation et ses douleurs sont notées par elles à 5/10 au moment présent, 7/10 en moyenne depuis une semaine, avec des pics à 9/10. Dans le QSA elle choisit de qualifier ses douleurs d'étau (4/4), de déprimantes, insupportables, épuisantes et obsédantes (3/4); elle note aussi des élancements (1/4). Sur les échelles de dépression et d'anxiété de Hamilton et Beck elle totalise 11/21 points pour l'anxiété, et 4/21 pour la dépression, et éprouve le besoin d'y faire des ajouts écrits pour préciser ses réponses. Elle est gênée par ses douleurs à 10/10 pour le sommeil, 9/10 pour le travail et la marche, 6/10 pour l'humeur et le goût de vivre, 5/10 pour les relations avec les autres. Elle a rempli, chose rare aussi, l'échelle de soulagement¹²¹, qu'elle cote à 50% où elle ajoute les bénéfices liés à un nouveau comportement appris récemment.

Histoire de la maladie

Le type de récit qu'elle fait de l'histoire de ses douleurs est très notable, et peu fréquent, par les liens spontanés qu'elle fait, et met en avant, avec des événements de sa vie affective. Elle se décrit comme ayant « *toujours eu un peu de rhumatisme* », jusqu'à ce que, il y a trois ou quatre ans, les douleurs augmentent suite à « *des choix très difficiles dans (sa) vie affective* ».

Se remémorant l'annonce du diagnostic de **fibromyalgie**, porté par son rhumatologue, elle précise que « *ça a été très difficile d'admettre que ce n'était pas psychosomatique* ».

C'est la première fois que j'entends cela. C'est le monde à l'envers. Habituellement les patientes se rebiffent à l'idée d'une causalité psychique, et voici qu'elle aurait préféré cela à un nom de maladie, qui semble indiquer une 'réalité corporelle' plus inquiétante pour elle que la cause psychique. Je lui fais part de mon étonnement, et elle s'explique : elle a passé de longues années en thérapie, évolue dans un milieu très familiarisé avec la « *culture psy* », et pour elle le mot **fibromyalgie** indique une maladie physique, encore mal connue de surcroît¹²², et donc d'évolution et de traitement mal maîtrisés. Je précise donc à son intention que la **fibromyalgie** n'est pas une maladie mais un syndrome, c'est-à-dire que rien

¹²¹ Echelle inversée de la douleur : si cette dernière est à 7/10, par exemple, on peut en déduire que son opposé, le soulagement est à 3/10. Cette procédure est une 'manipulation cognitive' qui a pour but d'aider les patients à se décentrer de la douleur, à se fixer des **objectifs positifs** (plus de ...) plutôt que négatifs (moins de...). Le rationnel derrière ce choix repose sur l'observation qu'il est plus aisé de mobiliser sa volonté vers un objectif décrit et pensé en termes positifs.

¹²² cf sa reconnaissance par l'OMS comme **maladie orpheline**.

n'indique à ce stade qu'elle ne soit causée par des lésions physiques potentiellement évolutives ; j'ajoute que globalement ce qui semble en cause est plus une déstabilisation du seuil de perception de la douleur, et que la réponse à cette déstabilisation est en large partie d'un registre psychoaffectif et comportemental, et donc familier pour elle¹²³.

Dans cette narration chronologique de ses douleurs, elle n'attribue pas de culpabilité particulière aux actes médicaux ; disons plutôt que ses rencontres avec le monde médical lui ont appris à se faire sa propre opinion avant d'accepter des procédures. Pour elle, le premier coupable, ou responsable, est - de façon particulièrement marquée - elle-même.

Mme U attribue ses douleurs à la combinaison de « *beaucoup de stress* » et d'une attitude de « *fuite* » par rapport aux causes de ce stress ; c'est alors « *(son) corps qui (l')y rappelle* ». Elle dit aussi être « *une personne qui fonctionne comme ça : je vais bas pour remonter. Quelque part je me le reproche. D'avoir besoin d'aller aussi mal pour faire les choses* ». Elle ajoute tout de même, pour ce qui est des attributions externes de culpabilité : « *on m'en demande trop* ».

Elle énonce spontanément une tentative de mise en sens existentielle de sa situation actuelle, et de la place qu'y tiennent les douleurs : elle se dit face à un « *changement nécessaire* », un « *tourning de ma vie* » : « *j'ai toujours voulu être libre comme l'air* ». Selon elle aujourd'hui, il « *faut que ça change* », du fait de son âge qui l'amène à considérer sous un autre angle la question financière en particulier.

Retentissement, gênes, demandes et objectifs

Listant, à ma demande, les conséquences que les douleurs ont dans sa vie, et parmi elles celles qui sont gênantes, elle évoque en priorité une **gêne** dans sa relation aux autres (ce qui ne correspond pas à ses autoévaluations écrites). Son compagnon est décrit par elle comme aidant. Spontanément, elle n'évoque pas de soucis familiaux. Elle ajoute même : « *si je n'avais pas été entourée...* »

Non, ce qui la **gêne**, c'est le handicap occasionné par ses douleurs et les conséquences de ce handicap sur son image d'elle-même et ses relations aux autres : « *j'ai du mal à accepter que ça me handicape* ».

¹²³ Donner ce type d'explication relève de ce qu'on appelle la **restructuration cognitive**: restructurer la part cognitive des représentations actives dans la perception du vécu corporel, qui conditionnent en partie les choix comportementaux développés en réponse à ces perceptions.

Cependant, elle a le projet de partir en Afrique pour le travail. De ce projet, elle dit : ce n'est « *pas un hasard* » : c'est un « *tournant de vie* ». En effet, c'est un retour sur les lieux de son enfance, autant que le choix de ce qui lui fait du bien - la chaleur -, de ce qui lui fait plaisir, et de ce qui a du sens pour elle - le voyage.

La raideur et l'intolérance aux exercices physiques mis en avant par sa kinésithérapeute ne sont que peu évoquées par la patiente.

Concernant plutôt sa « biographie nocturne », pour reprendre le terme de Bastide¹²⁴, elle évoque comme conséquence gênante de la chronicisation de la douleur sa plus grande consommation de médicaments confusio-gènes, en particulier un somnifère : le **Stilnox** : « *ma très grande dépendance* ». Elle ajoute : « *dormir c'est une fuite* » ; « *je ne sais plus m'endormir.* » Concernant le sommeil, Mlle U a une demande à nous formuler – la seule qui soit claire à ce stade : elle souhaite le réguler : dormir plus la nuit, moins le jour.

Elle se montre très inquiète des effets secondaires possibles des médicaments (en lien avec des expériences passées de traitements **psychotropes**). Mais paradoxalement, elle attribue un soulagement énorme à une dose extrêmement minime d'un médicament qu'elle avait beaucoup tardé à accepter : « *c'est grâce au Laroxyl¹²⁵ que je vais mieux* ». Manifestement, il y a ici pour elle une efficacité symbolique au lâcher prise que constitue l'acceptation de cette prescription médicale, car il est peu probable qu'à cette dose le médicament ne doive qu'à la chimie toute l'efficacité perçue.

Elle est très demandeuse de la participation des psychiatres et psychologues à la prise en charge.

Compte tenu du temps, considérable (de l'ordre de 45 à 60 minutes) passé en mises au point sur les attentes et possibilités des uns et des autres, et la construction préalable nécessaire d'une alliance de qualité chez cette patiente manifestement très inquiète des manipulations pouvant être faites sur son corps par autrui, la première consultation ne m'apprendra guère plus que ce que je viens de raconter. Elle ne donne pas lieu à un examen physique non plus.

¹²⁴ Bastide R., *Le Rêve, la Transe et la folie*, op.cit.

¹²⁵ Antidépresseur et co-antalgique utilisé dans certaines douleurs, en particulier les douleurs par lésion nerveuses, ou/et dans les douleurs s'accompagnant d'une forte anxiété/trouble du sommeil. La dose minimale efficace comme antidépresseur est de 75 mg ; la dose recommandée pour la co-antalgie est aux alentours de 15mg, même si les choses sont ici moins claires ; l'efficacité très importante perçue a ici débuté à 3mg.

Lorsqu'elle arrive à son terme, je ne sais presque rien sur sa vie personnelle, sur son travail, sur son contexte affectif de vie, hormis celui qui est lié au médical.

L'alliance me paraît de bonne qualité mais fragile, avec une ambivalence importante entre le refus de toute contrainte et des attentes presque infantiles qu'on lui fixe des limites fermes, d'emblée, presque disciplinaires ; elle a également explicité sa capacité à la rupture, sa tendance aux extrêmes, entre confiance absolue et sentiment de trahison absolue.

Je ferai état, diplomatiquement, de cette réserve dans le courrier que je dicterai devant elle en cherchant des yeux son approbation ou son refus. Elle acceptera.

Ses demandes, à l'issue de cette première consultation, semblent tourner autour de l'accompagnement à un tournant de vie (devenir plus raisonnable en termes de finance, faire le deuil d'une certaine liberté, retourner en Afrique, avec le sentiment que c'est nécessaire, et la peur aussi)

Elle se plaint peu autour d'elle ; la fonction de sa douleur, vécue comme un 'langage du corps' (« *mon corps me le rappelle* »), est exprimée, par la patiente même, comme étant de lui fixer des limites.

A l'issue de cette consultation, je ne prends pas de décision en termes d'hospitalisation. Je me rappelle nettement le lui avoir expliqué en attirant son attention sur mon sentiment que le rythme, très rapide, de sa compréhension intellectuelle, contrastait avec le rythme, plus lent, de sa compréhension émotionnelle. J'ai donc exprimé mon souhait de lui laisser le temps de réagir émotionnellement à cette consultation, de la 'digérer' à son rythme, et de ne se décider que sur la base d'une compréhension des enjeux qui soit autant intellectuelle qu'émotionnelle. Je ne voulais pas la brusquer, ni lui faire violence. Elle a acquiescé, a confirmé mon sentiment, et est partie, semble-t-il, satisfaite de cette décision.

Je lui ai indiqué aussi que j'allais demander l'avis de notre psychologue, comme il est prévu de toute manière dans la procédure systématique d'admission, afin qu'elle affine et précise ses **objectifs**, et que celle-ci me confirme que la prise en charge ne la brutalisera pas, qu'elle y est prête émotionnellement. Et puis je la reverrai, pour compléter le dossier - auquel il manque à ce stade de nombreux éléments - et pour que l'on prenne une décision ensemble.

Consultation de pré-admission avec la psychologue

Les propos tenus par Mme U lors de cet entretien, tels qu'ils sont rapportés par la psychologue dans le dossier, sont les suivants :

Elle dit vouloir « *trouver une solution* »

Elle trouve qu'« *on (lui) en demande trop* » (« *on* » : son entourage)

Évoquant son handicap perçu, elle dira : « *je ne veux pas le montrer* » ; « *(je veux) être disponible pour les autres (...) être parfaite.* »

Concernant les médicaments elle répètera sa crainte : « *peur d'être abrutie* ».

Concernant les **objectifs** pour elle d'une telle prise en charge, elle dira : « *c'est un tournant de ma démarche et en même temps j'ai peur* » ; « *prendre du recul et savoir ce que je veux* » ; « *comprendre ma fibromyalgie.* ». « *Je le prends (l'hospitalisation) comme un moment pour m'arrêter.* ».

Deuxième consultation

Je recueille des éléments de son **contexte psychoaffectif et de son histoire de vie**.

Elle vit seule depuis son divorce, mais elle a une relation affective stable avec un homme depuis 12 ans; ils ont simplement choisis de faire domiciles séparés. Elle a des enfants adultes issus de son mariage. Elle est grand-mère de 3 petits-enfants. De sa vie avant son divorce, elle me dit : « *j'avais tout misé sur la famille et les enfants.* ».

Elle est l'aînée d'une fratrie de trois : une sœur dont elle est proche, et un frère, décédé du SIDA il y a 10 ans. Elle évoque en outre la présence d'une amie de longue date, avec qui elle est très liée.

Sa vie a été marquée par la rupture, et la mort, d'une manière assez exceptionnelle qui ne peut pas laisser indifférent. Il n'y a nul lyrisme dans ses propos ; de la pudeur, et de la retenue, plutôt.

Née et élevée en Afrique jusqu'à son adolescence, par des parents appelés à voyager par leur activité professionnelle (un père militaire, plutôt sévère ; une mère décrite comme « *très maternante* »), elle est envoyée, vers l'âge de 13 ans, chez une tante résidant dans l'est de la France, pour y entreprendre avec sa sœur un cursus scolaire de collège plus conforme aux attentes parentales. Ses parents doivent les y rejoindre avec leur plus jeune frère quelques mois plus tard, pour établir la vie familiale en France. Mais ses deux parents décèdent

ensemble dans un accident de voiture. Les deux sœurs sont alors confiées à la garde de la tante, et inscrites en pension, tandis que le petit frère est élevé séparément.

Je n'ai pas conservé la trace écrite de l'intégralité de son récit, faute de pouvoir le noter dans le temps de la consultation. Mais je me souviens qu'elle évoqua sa grande difficulté à accepter la pension, religieuse, où elle était scolarisée : elle l'appelle « *la prison* ». Elle m'a décrit aussi sa rébellion d'alors, qu'elle relie à sa difficulté actuelle d'accepter les contraintes, sa réticence à toute forme d'entrave à sa liberté. Je me souviens également du contraste entre la personne de sa mère, chaleureuse, maternante, et la rigidité de sa tante. Il me semble que l'on peine à se représenter l'ampleur de la rupture qui s'est jouée en ce début d'adolescence, l'effacement de tout un 'avant', dont ne persista vraiment que sa sœur.

Par la suite, une dizaine d'années avant notre consultation, elle accompagna très activement la fin de vie de son jeune frère, atteint du SIDA.

J'apprendrai également lors de cette seconde consultation qu'elle travaille pour une association humanitaire, comme « *animatrice socio-culturelle* », et dans le cadre d'un 'contrat emploi consolidé' qui s'achève dans deux ans. Elle a interrompu, suite à la recrudescence de ses douleurs, tout loisir.

Au terme de cette seconde consultation, l'hospitalisation est décidée d'un commun accord. Je pose néanmoins une condition, ou une réserve : je l'incite à mesurer ses propos parfois impulsifs, en particulier à l'encontre du monde médical, lorsqu'elle échangera avec les divers médecins du service : sa spontanéité pourrait aussi la desservir, tous ne partageant pas nécessairement ma sympathie spontanée envers les amoureux de la liberté, les rebelles et les voyageurs.

Hospitalisation

Je n'étais pas présente dans le service au moment de son hospitalisation. Les données que livre ici étaient donc consignées dans les dossiers, courriers ou/et transmissions.

Dans le dossier d'hospitalisation, l'approche **lésionnelle** n'est pas évoquée.

En coulisses, les facteurs d'entretien de sa douleur sont perçus ainsi : depuis son adolescence traumatique, elle fragilisée. Elle ne sait pas dire 'non', et tend à l'hyperactivité, au '*tout ou rien*', avec pour corollaire des moments de fuite dans le sommeil aidée par les médicaments. L'abandon progressif des activités de plaisir l'aurait desservie, ainsi que ses inquiétudes matérielles.

Les infirmières ne rapportent pas de conflit. Leurs transmissions reflètent une relation sereine, elle est bien perçue. Ces transmissions évoquent très majoritairement son état émotionnel : « *Déprimée pleure* » ; « *se sent seule face à elle-même mais dit que c'est une bonne chose ...* » « *Occupations : demande table pour confection bijoux perles, ça la détend* ».

Le reste des transmissions concerne les prises médicamenteuses, les effets gênants, les évaluations de douleur, qui sont à chaque fois accompagnées des paroles de la patiente : « *dit avoir plus mal ...* »

Pendant l'hospitalisation, la psychologue ajoutera à son dossier : « *Ménopause en jeu ; son âge* »

Le psychiatre, au décours de sa consultation, transmettra au staff les données suivantes : « *structure psychotique fragile* ». « *Histoire parcellaire ; période idéalisée en Afrique. Puis solitude+++ ; éléments archaïques. Très anxieuse ; suivi psy à maintenir. Comportements addictifs dont benzo¹²⁶ pour fuir angoisse et vide* ».

Les paroles des autres intervenants ne sont pas consignées.

*

Globalement, les réponses apportées par l'équipe ont été orientées vers les causalités qui correspondaient aux interprétations causales de la patiente (attention à la cause psychique, au 'langage du corps').

Parmi les différents axes de la pluridisciplinarité, l'absence de recherche de lésion est notable ; la prise en charge, en termes lésionnels, est essentiellement axée sur l'équilibrage des prescriptions médicamenteuses, et l'apprentissage de leur autogestion. En revanche, les autres axes (c'est-à-dire fonctionnels ou rééducatifs, psychologiques et

¹²⁶ Consommation de médicaments de la classe des benzodiazépines, c'est-à-dire des anxiolytiques, hypnotiques...

socioprofessionnels) sont engagés simultanément et complètement, avec un accent un peu plus marqué sur la psychothérapie.

De même, elle sortira d'hospitalisation avec diverses prescriptions et conseils puisant dans ces multiples ressources : la mise en place d'un suivi psychothérapeutique, un rendez-vous avec l'assistante sociale de la CRAM pour se pencher sur sa situation financière et l'aider à financer une nouvelle paire de lunettes, une prise en charge prévue en rééducation fonctionnelle, des conseils ayant trait au *dosage* et à la planification de ses activités, établis précisément avec les membres du service, la recommandation de réinstaurer des activités de plaisir et une activité physique, de diminuer les siestes, et une prescription de luminothérapie¹²⁷ à domicile pour l'aider à lutter contre la dépression et à rétablir un rythme nycthémeral correct.

Le ratio entre douleur infligée par la **prise en charge** et douleur soulagée par elle est à peu près équilibré :

Dans les transmissions infirmières, le rapport entre les attentes de la patiente, les prescriptions médicales, le ressenti des infirmières, traduit une temporalité et une intensité du soulagement qui n'est pas l'objet de tensions entre les acteurs.

Parmi les douleurs infligées, on note : la mise en place de la perfusion le matin du premier jour, et l'acupuncture le premier soir (quasi systématiques au CETD).

Le médecin responsable note dans son courrier : « *il a été très important d'éduquer Mme U à sa gestion médicamenteuse, ce qu'elle a bien intégré* ». L'équilibration s'est plutôt faite vers une augmentation des **antalgiques** et une diminution des **anxiolytiques** et **hypnotiques dépendogènes** et **confusiogènes**, remplacés par un **antidépresseur** à dose efficace qui ne présente pas ces inconvénients.

Les kinésithérapeutes ont utilisé l'ensemble de leurs techniques, aussi bien celles qui sont directement **antalgiques** comme les massages, la chaleur, que celles qui sont douloureuses ou plus contraignantes à court terme mais susceptibles d'apporter une **antalgie** sur le moyen et long terme, comme la reprise d'un effort physique ou les étirements. Ils y ont ajouté un apport rééducatif en termes de *dosage* d'activité, pour ne pas se situer dans le fameux « *tout ou rien* » (hyperactivité ou repos complet).

¹²⁷ Il existe des lampes spécialement conçues pour délivrer une lumière qui compense l'absence de soleil chez les personnes souffrant de dépression saisonnière.

Une seule technique n'a pas été utilisée, et c'est notable : il n'y a pas eu de prescription de corset. C'est rare, d'autant que c'est *a priori* indiqué ici d'un point de vue technique. Cela me paraît remarquable dans le cas de Mme U car cet outil est habituellement perçu par les patients soit dans le registre, négatif, de la contrainte, soit dans celui, positif, de la limite et de l'axe. Je ne peux ici que faire des suppositions : s'il n'a pas été prescrit, le plus probable est que ce soit parce qu'elle s'y est opposée. Compte tenu de la prééminence, dans sa narration, de son rapport ambivalent à la contrainte et à la limite, recherchée autant qu'elle est rejetée, ce n'est pas anodin.

Point de vue global sur l'évolution

Au total, Mme U aura donc été vue deux fois par moi en **pré-admission**, ainsi que par la psychologue, ce qui aura permis d'établir une **alliance thérapeutique** de qualité. Puis elle sera hospitalisée les deux semaines habituelles. Au décours de l'hospitalisation, et sur forte recommandation de l'ensemble de l'équipe, elle poursuivra un suivi de nature 'psy' qu'elle choisira d'établir avec la psychologue du service.

A la fin de l'hospitalisation, elle évolue le bénéfice global de la **prise en charge** à 60%. Elle dit avoir aimé : « *l'écoute* », « *avoir appris à mieux connaître cette douleur et l'hygiène de vie* » ; elle dit que « *ça rassure* » ; elle est satisfaite de pouvoir « *reprendre l'effort physique comme plaisir* ». Elle précisera aussi : « *je ne m'attendais pas à ça, j'ai craqué, pleuré* »

Elle choisira que le suivi soit assuré par l'ostéopathe et acupuncteur du service, mais ne se présentera pas à la première consultation prévue 6 mois après sa sortie d'hospitalisation, sans s'excuser ni s'expliquer - en tout cas il n'y en a pas trace dans le dossier, peut-être l'a-t-elle fait par téléphone.

Elle sera donc revue par le médecin choisi seulement un an après l'hospitalisation. Celui-ci la décrit comme « *beaucoup mieux au niveau fonctionnel* », avec en particulier une « *meilleure aptitude au dosage* ». Elle a alors un « *grand projet* » : elle part en Afrique pour trois mois, dans un an et demi. En outre, elle déménage dans petit appartement pour soulager ses finances ; il trouve qu'elle « *gère mieux ses soucis* », qu'elle est « *moins dans la fuite* », plus dans le « *coping*¹²⁸ ».

¹²⁸ Terme technique anglais de psychologie scientifique ; 'to cope with' signifie littéralement 'se débrouiller avec', 's'en sortir', et/ou 'faire face'. Le **coping**, c'est donc à la fois la capacité à s'adapter en souplesse à des

Elle a maintenu son activité professionnelle et a repris une activité de loisir.

Elle a avancé sur ses contentieux avec le monde médical, est moins défensive. Elle tire aussi un bilan de la prise en charge en termes de problématique de vie plus globale : « *je suis contente, j'ai dépassé mes angoisses* ».

Elle se dit beaucoup mieux, et pourtant cote sa douleur à 7/10 contre 5/10 à la première consultation.

8. Mme I

J'ai choisi de présenter aussi une patiente avec qui se sont posés des problèmes liés à une immigration récente (c'est-à-dire la première génération de migrants) : une patiente qui parle le français avec difficulté, a encore toute sa famille à l'étranger, et pour qui la culture de référence est très explicitement, très concrètement, intellectuellement, affectivement, en termes de représentations, celle d'un pays qui n'est pas la France. Le CETD du CHU de Nantes en reçoit peu : ceci est lié à la configuration démographique de la région dont il a la charge.

*

Madame I. est âgée de 57 ans lors de la première consultation. Elle est d'origine portugaise, parle le français avec un fort accent et de nombreuses fautes de grammaire. Elle vit en France depuis 1972, soit deux ans après son mariage et un an après la naissance de son premier fils. Sa compréhension peut être fluctuante et difficile à évaluer.

Contexte social et environnement

Elle est mère d'une fille de 26 ans et de deux garçons de 30 et 34 ans. Les deux plus jeunes travaillent et vivent en concubinage, l'aîné, schizophrène (premier épisode délirant à 18 ans suite au décès de son arrière-grand-mère) et infirme moteur cérébral¹²⁹, est inactif et vit au domicile de ses parents. Le mari de Mme I est un grand invalide depuis 26 ans : Il est

circonstances contraires, pour non seulement faire avec, mais aussi trouver des solutions et des issues, et la capacité à faire face. Je remarque ici que le recours à ce terme, descriptif, tiré de la langue anglaise, permet de ne pas utiliser des termes français qui seraient plus 'sensibles' de par les ressources morales et les valeurs qu'ils supposent et évoquent pour une personne francophone, telles que le courage, une certaine capacité à 'tourner la page', l'optimisme, l'abandon des rancœurs, tristesses, et vengeance...toutes ressources pourtant nécessaires pour ...'cope with'.

¹²⁹ Handicapé moteur de naissance

hémiplégique et présente des troubles du caractère¹³⁰ importants depuis un **accident vasculaire cérébral**. Y est venue s'ajouter une **insuffisance rénale**, avec une greffe de rein il y a 11 ans. D'après les descriptions qu'elle m'en fait, je me le représente confiné au lit en permanence, et très difficile à vivre, comme son fils du reste. Celui-ci est présenté comme très **apragmatique**¹³¹, volontiers **opposant au soin**, entrant difficilement en communication, très peu autonome.

Ses parents à elle, très âgés, vivent dans le petit village dont elle est originaire au Portugal, ainsi qu'une partie de ses oncles et tantes, tous très âgés. Les séjours au Portugal, une ou deux fois par an, où elle emmène son mari au prix d'une organisation qu'on imagine éprouvante, sont l'occasion d'aider à droite et à gauche toutes ces personnes très fatiguées et vivant dans des conditions pratiques et sanitaires relativement précaires.

Elle a commencé à travailler hors du domicile parental à l'âge de huit ans (1956), faisant des ménages pour des familles du voisinage. Elle a ensuite exercé la profession de femme de ménage jusqu'au printemps 2003 (nous sommes en juin 2005), et bénéficie actuellement de l'allocation tierce personne pour l'aide qu'elle fournit à son mari. Cela lui tient lieu de revenu.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Dans ses antécédents médicochirurgicaux contributifs on note plusieurs **curetages**¹³² utérins, une **hystérectomie** et une **ovariectomie bilatérale** en 1999. Un **traitement hormonal substitutif de la ménopause**, mal toléré, a été interrompu après 2 ans.

Histoire de la maladie

Elle fait remonter le début de ses douleurs à la chirurgie gynécologique : admise pour un **prolapsus**¹³³ (qui peut ne nécessiter qu'une chirurgie réparatrice et non pas une

¹³⁰ Terme psychiatrique ; dans son cas : impulsivité, irritabilité, intolérance à la frustration et à l'attente, colères, insultes. Cela peut arriver après certaines lésions cérébrales du lobe frontal.

¹³¹ Terme psychiatrique signifiant, grossièrement, une inertie plus ou moins importante avec absence d'initiative, absence d'action. Ne pas pouvoir engager, mener des actions. Y compris les plus élémentaires, comme réagir à la saleté par la toilette ou à la faim en se faisant à manger.

¹³² 'Rabotage' chirurgical de la muqueuse utérine affectée de tumeurs bénignes qui génère des hémorragies. Ils sont fréquents chez les femmes après la ménopause.

¹³³ Extériorisation plus ou moins complète des organes pelviens par voie vaginale, le vagin se retournant comme un gant suite à un relâchement des parois et muscles du **plancher pelvien**. C'est assez fréquent chez les

hystérectomie), elle apprend au réveil de l'anesthésie générale qu'elle a subi une laparotomie¹³⁴ pour hystérectomie et ovariectomie bilatérale : « *Il y a 6 ans ils ont tout enlevé. A cause des fibromes. Ils avaient le dossier. Il (l'utérus) est là pour quoi, pour rien faire, mon mari est un grand malade. Le médecin était très très gentil.* ». Dans les suites de l'opération, et compte tenu de l'état grabataire de son mari qui ne peut rester seul, ils sont admis en chambre double en convalescence. Mais son mari n'a pas pu ou pas voulu comprendre que Mme I. n'avait pas l'aptitude habituelle à le servir et le seconder. Elle se décrit alors comme ayant été « *maltraitée* » et « *martyrisée* » par lui, par son fils dans le suites, et indirectement par le personnel soignant qui n'a pas mesuré ce qui se passait : « *Il fallait pas nous mettre dans la même chambre...Je ne pouvais pas écouter mon mari...Il m'a fatigué souvent. On m'a accusé d'énervier mon mari* ». Elle interprète : elle croit avoir été maltraitée par les soignants du fait de son pays d'origine.

« *Mon problème est venu après l'opération. J'ai repris le travail, encouragée par le médecin : « il faut sortir ». « Je crois qu'il fallait pas ». « J'ai été martyrisée. Depuis, tout est déformé ». « Depuis je n'ai plus la même tête qu'avant, je suis un peu perdue. »*

Et effectivement la plainte douloureuse qu'elle m'adresse relève du vécu de déformation. Elle évoque des douleurs très difficiles à identifier, à faire rentrer dans mon cadre nosographique habituel : des rachialgies : « *c'est ma colonne qui me fatigue* » ; elle veut absolument me montrer sa « *colonne tordue* » ; des douleurs sternales : « *c'est le dos qui est rentré. Tout est déformé* » ; des douleurs de l'aile iliaque droite¹³⁵ : « *depuis l'opération c'est resté* » ; des douleurs sur la cicatrice opératoire ; des douleurs pelviennes (qu'elles rapportent à des hémorroïdes et à des infections urinaires récidivantes) ; des myalgies¹³⁶ diffuses, très variables. D'une manière générale, son langage très imagé concernant les déformations par la douleur de ses perceptions corporelles - qui se rajoutera par la suite à leur variabilité d'une consultation à l'autre - me met en difficulté. Elle accompagne ses descriptions de gestes montrant les parties du corps concerné, de déshabillages partiels divers afin de me montrer les déformations perçues et de substituer la vue à son vocabulaire manquant.

femmes âgées, surtout si il y a eu des accouchements difficiles, avec des efforts de poussée prolongés, non suivis de rééducation pelvienne.

¹³⁴ Ouverture chirurgicale de l'abdomen, de grande taille. Laissant donc une grande cicatrice. Aujourd'hui, les hystérectomies sont plus volontiers pratiquées par voie basse, sans cicatrice.

¹³⁵ Partie des os du bassin.

¹³⁶ Terme médical pour : douleurs musculaires.

Son rhumatologue pointera dans son courrier le fait que ses douleurs ont « flambé » suite à l'arrêt du traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Ses douleurs s'accompagnent selon elle, là aussi « *depuis l'opération* » d'une importante fatigabilité.

Retentissement, gênes

Évoquant les conséquences de ses douleurs :

Elle ne travaille plus en dehors du domicile : « *avant, je travaille, je travaille tout le monde me connaît je suis un travailleur* ».

Elle a interrompu son activité de danse et de musique (où elle se rendait accompagnée de son mari) au sein d'un groupe folklorique portugais.

Son sommeil également est perturbé : elle s'endort à 23 heures avec une aide médicamenteuse, se réveille 7 à 8 fois la nuit, parce que son mari ronfle et s'agite. En effet, malgré son handicap, elle partage son lit. Elle est réveillée vers 6h-6h30 par le chien, qui est à son fils mais ce dernier ne s'en occupe pas.

« *J'ai perdu ma tête et mon moral d'avant. J'ai de l'angoisse* ».

Elle d'écrit une position sociale privilégiée en lien avec ces difficultés : « *Tout le monde m'aime* », et l'admire pour son dévouement : chacun, chacune, lui dit qu'elle est « *une sainte* », qu'elle « *ira au paradis* ». A aucun, elle n'accepte de demander de l'aide. Mais « *c'est dur de vivre avec des gens qu'on ne parle pas*. »

Elle a du mal à se mobiliser pour faire les choses seule : « *je veux toujours être avec quelqu'un* »

Objectifs, demandes

Évoquant sa manière de fonctionner en général (Quand elle parle d'elle-même, elle utilise le pronom personnel « on ») : Elle se décrit comme étant en permanence agressée, verbalement, voire physiquement, par son fils et son mari ; elle parle de « *traumatisme* ». Néanmoins, elle passe toujours après eux dans ses choix. Pour elle, « *se défendre* », c'est communiquer. Quand je l'interroge sur ce qui pourrait lui faire plaisir, qu'est-ce que serait le plaisir pour elle, elle me montre un bijou qu'elle porte et me dit, approximativement : « *ma vie c'était pas pour avoir de*

bijoux»... (montrant le ciel). Je note dans le dossier : tendance à l'autopunition démonstrative+++.
Se présente comme plus perdue qu'elle ne l'est réellement. Demander de l'aide hors du système médicosocial :
impossible. Fonction psychologique et sociale de la plainte+++. Statut de martyr+++. *Peut-elle/veut-elle*
bouger ? « Oui-mais » +++. Catholique pratiquante. *Y va moins ici. Y va au Portugal.*

Elle me dit : « *je ne me sens pas bien* » « *je souffre beaucoup* ». Je l'interroge :
Qu'est-ce qui vous fait souffrir ? « Je ne sais pas, peut-être la fatigue »

Je lui demande : *qu'attendez-vous de moi ?* Sa réponse : « *quelque chose pour me calmer* ». « *Je ne veux pas abandonner mon mari* ». « *Je ne sais pas... je sais que j'ai besoin de repos. Mais je ne sais pas comment faire. Quelqu'un à la maison pour parler, pour être mieux... pour surveiller. Jouer, rigoler avec les gens. Triste d'être à la maison.* » Elle a son idée pour être moins fatiguée : se débarrasser du chien de son fils.

Cette première consultation est extrêmement longue (plus de deux heures), à la fois parce qu'elle est très prolixe, et parce que malgré cela elle livre peu d'éléments 'intéressants' au sens médical, éléments que je récolte à grand peine en toute fin de consultation, quand elle comprend que le temps de parole s'achève et qu'elle se met du même coup à m'interroger sur des questions médicales beaucoup plus précises.

J'apprends alors qu'elle prend des médicaments **antalgiques minimaux (paracétamol)**, qu'elle fait un peu de kinésithérapie (mais pas appropriée).

Elle ne semble pas comprendre ce que je lui dis : ayant entendu pendant l'entretien sa vocation explicite de martyre, et que pour elle tout ce qui va mal ici bas est bon à prendre dans la perspective de l'au-delà, je lui explique à plusieurs reprises que mon travail, *a contrario*, serait de l'aider à aller mieux ici et maintenant, et l'interroge de nouveau sur ce qu'elle attend de moi. J'appuie mes propositions en argumentant que si elle va mieux, elle pourra assumer mieux et plus durablement ses charges auprès de son mari, de son fils...

A chaque proposition que je fais en réponse à l'expression de ses attentes, elle met en avant des impossibilités : impossibilité d'aller marcher car le fauteuil roulant de son mari ne passe pas la porte de l'appartement et qu'elle ne peut le laisser seul, impossibilité de faire chambre à part avec son mari car elle serait trop inquiète qu'il arrive quelque chose, et qu'il n'y a pas

d'autre lit, enfin si mais elle le laisse pour son fils... impossibilité de demander à son fils de s'occuper de son chien ou de s'en débarrasser, impossibilité d'aller à la messe car quelqu'un doit l'emmener, idem pour le groupe folklorique... toutes impossibilités qui sont liées à la réelle complexité de sa situation, mais qui sont rendues plus figées encore par son refus de se faire passer en priorité, ne serait-ce qu'une fois de temps en temps, ainsi que de solliciter de l'aide, familiale, amicale, ou de voisinage, plutôt qu'exclusivement dans le système médico-social, qui connaît ses limites.

Au bout de deux heures de consultation, quand je lui annonce que la consultation est terminée, et que je l'invite à réfléchir à ce que nous avons évoqué, sans lui remettre aucune prescription, elle ouvre les avant-bras en signe d'impuissance et d'étonnement et me dit : *« Alors on parle, on parle, comme ça deux heures, et puis rien ? »*. Eh bien oui : rien.

Au terme de cette consultation, je me sentais épuisée, et découragée, incertaine d'avoir bien agi, s'agissant de la prise en compte des différences culturelles. Les recommandations de la médecine de la douleur - cela apparaît très nettement lors d'une situation comme celle-ci - sont axées sur l'autonomie et l'épanouissement créatif de l'individu. Est-ce simplement la réalité de ce qui est efficace, scientifiquement parlant, qui veut cela ? La science serait opportunément d'accord avec les valeurs de la culture occidentale ? Pour bien des patients porteurs de représentations plus collectives de l'existence humaine et de la vie en société, les incitations à l'autonomie semblent à peine compréhensibles. Ce qui paraît, dans des circonstances où la différence culturelle n'est pas un jeu, un cadre solide, scientifiquement éprouvé, semble culturellement construit quand on est face à elles. Que faire, alors ? Modifier ce cadre ? Il est si nécessaire, face à la violence qui agite ces consultations, de s'appuyer sur un cadre ferme, que c'est difficile à imaginer. Pourtant j'ai bien conscience de lui imposer, dans une certaine mesure, de par ma position, des valeurs qui ne sont pas - ou pas complètement¹³⁷ - les siennes.

¹³⁷ Mon expérience, en tant qu'observatrice, dans une consultation de médecine transculturelle, m'a permis d'observer qu'en fait les migrants sont tiraillés, pris dans des conflits de loyauté, entre les impératifs culturels parfois opposés de la culture du pays où eux-mêmes ou leur parents sont nés, et de celle de leur pays d'accueil.

Évolution

J'admets que je ne m'attendais guère à ce qu'elle reprenne rendez-vous avec moi, possibilité que j'avais laissé ouverte à l'issue de la première consultation. Et pourtant si, elle est revenue, et je l'ai suivie en consultation pendant presque deux ans.

Elle n'a pas été hospitalisée. Je l'ai vue en consultation, 3 fois à 3 mois d'intervalle, puis deux fois à 6 mois, en alternance avec son rhumatologue. La communication avec ce dernier par courrier se faisait très bien. Je l'ai également engagée à se tourner vers son assistante sociale, avec qui nous communiquions également par courrier, ce qui est plus rare. Je faisais également suivre toutes ces informations au médecin traitant, dont je n'ai en revanche pas eu de nouvelles. Ces échanges de courrier ont été précieux, entre autres pour court-circuiter les malentendus liés au langage.

Au-delà du *travail de la demande*, diverses aides sociales, des éléments de liens amicaux, de voisinage, religieux et socio-culturel ont été mis en place. Elle a pu finalement, au fil des consultations, accéder à nombre des recommandations que je faisais :

Elle a accepté la mise en place des diverses aides sociales pour la soutenir à domicile.

Elle a pu reprendre, sans son mari, les activités de plaisir du groupe folklorique grâce à l'aide d'une voisine, sollicitée par ses soins, qui accepte de l'emmener.

Elle a accepté de faire le nécessaire pour dormir dans une chambre séparée de celle de son mari. Un traitement médicamenteux léger et non dépendogène a contribué à ce qu'elle retrouve un sommeil de qualité.

Son fils s'est un peu autonomisé, et son chien est décédé dans des circonstances que j'ignore (« *parti en vacances* » me dira-t-elle d'un sourire entendu).

La kinésithérapie prescrite pour *travailler* sa perception que « *tout est déformé* » a été très bien investie, malgré des troubles de compréhension importants, selon la kinésithérapeute. Les « *déformations* » évoquées initialement, par le verbe ou le mime, ont petit à petit perdu leur place dans son récit.

Le lieu d'écoute, qu'elle a trouvé à ma suggestion en la personne du prêtre de la paroisse portugaise, lui a permis de prendre conscience de la place de la dette et de la culpabilité dans sa vie, et elle fait son chemin sur ces questions. En effet, gênée dans mon éthique professionnelle par la question 'culturelle' évoquée plus haut, j'avais suggérée, devant sa

réticence à voir un psychiatre, qu'elle prenne contact avec le prêtre de la paroisse portugaise de la ville (j'étais tombée par hasard dans le journal local sur un article qui faisait l'éloge du dynamisme de cette paroisse), pour solliciter ses conseils concernant ses choix de vie. À ma très, très grande surprise, elle m'a fait comprendre, quand je l'ai revue après cette rencontre, qu'elle avait pris conscience en parlant avec lui qu'elle vivait trop « *dans la culpabilité* » et qu'elle pouvait s'autoriser plus de choses ; qu'elle avait le droit d'être heureuse ici-bas. L'appropriation par elle, si nette, si franche, si rapide, de ce terme : « *culpabilité* » m'avait laissée sans voix. Le prêtre avait été beaucoup plus efficace dans ses 'prescriptions' qu'aucun psychiatre ou psychologue ne l'eût été.

Et elle alla mieux, à ma grande surprise. Ses **autoévaluations** étaient parfois difficiles à interpréter, son rapport aux chiffres étant, semblait-il malaisé. Lors de la première consultation elle cotait ses douleurs à 10/10. Ensuite, les cotations varièrent entre 5 et 6/10, et son soulagement entre 20 et 50%.

Je serais bien incapable de dire *pourquoi* cette prise en charge a fonctionné pour elle. J'aurai tendance à croire qu'un lien affectif s'est créé qui y fut sûrement pour beaucoup. Je ne peux que décrire *comment*¹³⁸ cela a fonctionné.

Pendant les trois dernières consultations qui précédèrent mon départ, elle n'eut pas de demande explicite ; elle semblait juste satisfaite de déposer ses problèmes, et que nous en refaisions le tour, afin de s'assurer que tout fonctionnait.

Les tout derniers développements, qui l'ont vu, à mon grand effroi, rapatrier du jour au lendemain et, semble-t-il, sur un 'coup de tête', ses deux parents du Portugal à son domicile, parce qu'elle s'inquiétait de leur grand âge et de leur isolement, ont finalement été gérés par elle d'une manière à la fois conforme à ses valeurs et respectueuse de ses limites.

Elle était très fière de me raconter, lors de la dernière consultation, la manière dont elle avait géré son choix de faire venir ses parents : cette « *bêtise qu'elle ne regrette(ait) pas* », et pour cause : dès le voyage, son père avait présenté des troubles de santé qui amenèrent rapidement un diagnostic de cancer multimétastatique en phase terminale. Mme I avait pu trouver la ressource de refuser de le prendre en soins à son domicile, et il avait donc été admis dans un établissement de long séjour, où elle lui rendait visite plusieurs fois par semaine, et où sa mère

¹³⁸ Je mets ces termes en corsiva car l'opposition pourquoi/comment est fréquemment évoquée dans la pratique relationnelle de la médecine de la douleur au CETD.

allait trouver prochainement place à ses côtés (car tout cela semblait lui avoir fait perdre beaucoup de ses repères et de son autonomie, et elle refusait toute forme d'aide).

Comme il est de coutume dans la péninsule ibérique, Madame I ne venait jamais sans une bouteille de Porto ou une boîte de chocolats. Je les acceptais, bien que cela ne soit pas conforme à la déontologie, car cela me paraissait important pour elle.

Elle a été très ébranlée quand je lui ai annoncé mon départ ; elle a pleuré.

9. Mme G

Dans un certain nombre de circonstances, des patientes sont vues une fois, et la prise en charge s'arrête là. Nous l'avons déjà vu avec Mme F.

Dans tous les cas, ce sont elles-mêmes qui décident, au terme de la consultation et après que nous ayons échangé, que la prise en charge ne leur convient pas. Le fait qu'il s'agisse de leur choix et non d'un rejet de ma part est un objectif délibéré. Je leur présente les obstacles que je perçois, ce qui pourra être attendu d'elles, ce qu'en retour elles peuvent - ou pas - attendre, et elles se positionnent.

Les raisons de ces consultations uniques varient. Elles peuvent se situer, comme avec Mme F, dans le contexte d'une colère inextinguible, ou d'autres fois émaner du choix de la patiente de faire seule son chemin, loin des 'psys' en tout genre, voire de garder sa douleur plutôt que d'engager tous les **changements** de vie rendus nécessaires par la **prise en charge**. Parfois, cela peut être dû au fait que la demande n'émanait pas de la patiente elle-même, mais de son entourage.

Lors de ces consultations, beaucoup de temps se passe en discussion. Il y a donc moins de données à rapporter.

Ainsi, en discutant longuement avec Madame G., ancienne restauratrice (elle-même et son mari ont possédé et dirigé jusqu'à 5 établissements), à présent retraitée, mariée et mère de trois enfants (deux adultes et un décédé **in utero**), il apparut qu'elle venait ici à la demande de son mari, elle-même n'ayant nul souhait d'engager ce type de **prise en charge**. Elle n'était pas porteuse d'une demande en son nom propre, et pourtant, elle parla, longuement, de tristesse, de solitude, de souffrances.

*

Je vais maintenant restituer, au présent, les données recueillies pendant son unique consultation :

Initialement sur la réserve, cette femme plutôt rigide, plutôt fermée, se détend après que j'ai pris en compte son absence de demande : je lui précise bien qu'il n'y aura pas de **prise en charge** sans demande de sa part - ce d'autant plus qu'elle refuse toute prise en charge 'psy'. Mais, lui dis-je, puisque vous êtes ici, souhaitez-vous en profiter pour parler, poser quelques questions ? Elle se met alors à parler.

Elle souffre de douleurs diffuses chroniques, avec une bonne part d'arthrose, et peut-être une fibromyalgie secondaire.

Elle m'est adressée par son rhumatologue qui la décrit dans son courrier comme une « sympathique patiente » présentant une « intrication étroite de manifestations à la fois organiques et fonctionnelles », une « spondylarthrose indiscutable mais pouvant difficilement rendre compte d'une symptomatologie de cette importance » ; il constate la « piètre efficacité des mesures préconisées antérieurement ».

Histoire de la maladie

Ses douleurs rachidiennes sont anciennes (et reliées par elle à la charge physique de son travail comme « *employée de son époux* » selon les termes qu'elle emploie elle-même avec une certaine ironie). Depuis quand se sont-elles aggravées ? « *Le jour où on a vendu le dernier restaurant j'ai plus pu marcher* ». Les douleurs deviennent alors chroniques et invalidantes, surtout au niveau du bassin : « *Je suis coincée* ». Elle dit avoir fait une cure thermale : « *une catastrophe* ». Quant à la kinésithérapie : « *Je ne peux pas, je souffre trop* ».

Évaluations

Son questionnaire d'autoévaluation est remarquable par la discrétion de la plainte. La figure humaine porte quelques rares hachures sur le rachis cervical et lombaire. Elle utilise les trois méthodes d'évaluation proposées. La douleur est cotée à 2/10 (ou faible) au moment présent, à 4/10 (ou modérée) en moyenne depuis 8 jours, à 9/10 (ou intense) pour les pics douloureux enregistrés depuis 8 jours.

Les qualificatifs choisis pour la douleur (QSA) sont : insupportable (coté à ¾), et élancements (coté à 2/4)

Elle cote à 11/21 son anxiété et à 12/21 sa dépression, selon les échelles de Hamilton et Beck.

Retentissement et gêne

Le retentissement sur le quotidien est coté par elle à 9/10 pour l'humeur, 8/10 pour le goût de vivre, 4/10 pour le sommeil, 5/10 pour les relations avec les autres, 8/10 pour le travail, 10/10 pour la marche.

Elle ajoute : « *Je ne peux plus marcher* » (ce qui, traduit en chiffre, donne un périmètre de marche évalué par elle à « 20 mètres »).

Le repos, assise dans une chaise adaptée, la calme ; l'activité, en revanche, aggrave la douleur. En conséquence : « *Je ne bouge pas de chez moi* ».

Histoire de vie et environnement affectif

Ses deux enfants vivants, deux garçons, ont 29 et 35 ans. L'aîné a un enfant, elle est donc grand-mère. Le second est rentré vivre chez ses parents il y a trois ans et demi, suite à son divorce. Il est « *très gentil* », dit-elle. Dans les mêmes moments, sa mère est décédée : « *c'est là qu'a commencé ma dépression* », « *j'ai fait un eczéma géant* ». Son père est décédé en 1993.

Elle est l'aînée d'une fratrie de deux sœurs ; évoquant sa cadette, elle commente : « *je m'en occupe parce que c'est ma petite sœur. Il fallait toujours que je la protège. Ma mère me disait toujours...* »

Elle évoque son mari dans les termes suivants : Ils se sont mariés 3 mois après leur rencontre. « *Je ne l'aime pas. Je ne l'ai jamais aimé. C'est un homme autoritaire. C'est lui qui me pousse à aller voir les*

médecins. Je n'irai pas parce que j'en ai marre. Et puis on n'est pas de la même région. Je suis du sud mais il ne veut pas descendre. C'est un homme qui aime sortir ». Pendant la consultation elle demande à plusieurs reprises que je la rassure sur le fait qu'il ne saura pas qu'elle a pleuré.

Elle évoque le deuil non fait d'une relation amoureuse idéalisée dans sa jeunesse, en Indochine, avec un colonel américain qu'elle a « *laissé repartir* ». Peu après le départ de ce dernier, elle a rencontré celui qui allait très (trop ?) rapidement devenir son mari. Elle évoque ce qui ressemble au paradis perdu : l'Indochine où elle a grandi, et son amour.

Antécédents médicaux familiaux et personnels

Elle évoque une « *famille arthrosique* » du côté de sa mère : « *C'est familial* ». Sa mère souffrait en outre, comme elle-même, d'angine de poitrine.

Voici ce qu'elle raconte quand je l'interroge sur son histoire médicale : A sa première grossesse (elle a alors 27 ans), l'enfant est né avec « *2 semaines de retard* ». A la 2^e grossesse (elle a 33 ans) : de nouveau, « *deux semaines de retard* » qu'elle explique par une **circulaire du cordon** : « *J'ai souffert trois jours avant de l'avoir* » j'ai dû supplier le chirurgien d'avoir une césarienne. *J'ai pris 20 Kg. Tout a commencé comme ça.* ».

A 35 ans, alors qu'elle devait se faire enlever 6 dents, elle se retrouve complètement édentée « *suite à une erreur du chirurgien* ».

C'est alors qu'elle dit : « *Je ne suis plus une femme. J'étais mince, blonde, sensuelle* » Elle me montre une photo noir et blanc d'elle jeune, pimpante avec ses cheveux longs, ses escarpins pointus et sa jupe serrée à la mode des années 50, souriante. Je peine effectivement à reconnaître dans cette photo la femme que j'ai en face de moi : très marquée, les traits bouffis, les cheveux pauvres, très courts, péniblement permanentés et teints, le corps engoncé dans des habits qui prennent difficilement en compte son embonpoint plutôt viril.

Lors de sa 3^e grossesse, survient une **mort fœtale in utero** qui ne sera diagnostiquée que tardivement (nouvelle erreur médicale perçue) avec pour conséquences des complications infectieuses. Elle s'en souvient en ces termes : « *J'étais pourrie. Le bébé était pourri.* »

Elle subit alors une **ovariectomie bilatérale** et une **hystérectomie** en plusieurs fois. Elle avait demandé au chirurgien, dit-elle, à absolument conserver le **col utérin**, mais il ne l'a pas fait. Pour quelles raisons ? Elle l'ignore. Elle attribue à cette ablation du col l'**anorgasmie** qui a suivie, et qui a selon elle amplement contribué à l'altération de son image d'elle-même.

En l'entendant faire le récit des années de ses maternités successives, et de la perte de sa dentition, je me les représente comme un véritable cataclysme dans son vécu corporel, et le corps médical joue un rôle important dans l'accomplissement de ce cataclysme. Pourtant, elle ne m'adresse ni colère, ni demande de réparation ou de reconnaissance ; elle n'est pas du tout plaintive ; il n'apparaît nulle jouissance de la situation, nulle complaisance. Elle me paraît fière, trop fière pour demander peut-être, ou, dans une certaine mesure résignée. Elle peut être dure dans ses propos (en particulier quand elle évoque son mari), mais cette dureté ne m'est pas adressée, même pas comme à une représentante du corps médical ; elle semble contente de partager son histoire avec moi, de m'en faire le témoin, sans autre attente. Elle dit, évoquant les « *erreurs* » obstétricales et chirurgicales : « *Tout est parti de là* ».

NB : Autres antécédents : Diabète, BPCO et angor post-tabagique avec un OAP¹³⁹.
Thyroïdectomie partielle sur nodule. Allergies multiples.

*

Ayant évoqué ces antécédents 'cataclysmiques', elle reprend la discussion sur le thème des causes et conséquences perçues de ses douleurs :

Actuellement, du fait, dit-elle, de la douleur, elle a énormément réduit son activité et ses sorties du domicile. Elle se décrit comme auparavant hyperactive et hyperinvestie dans le travail pour lutter contre sa dévalorisation profonde : « *Maintenant on dirait un veau marin. Je suis la spécialiste des catastrophes. Je suis pourrie. Je ne m'aime plus. Je n'assume plus rien.* »

Elle se décrit elle-même comme « *ne s'aimant pas assez* » pour faire ce qu'il faut, n'ayant pas assez d'envies dans sa vie pour se distraire de sa douleur. En fait, il apparaît pendant la discussion qu'elle sait faire avec la douleur quand elle veut, en s'adaptant, mais qu'aujourd'hui elle n'a plus envie de s'adapter. En outre, les médicaments anti-inflammatoires apportent à ses douleurs un soulagement complet, mais ils lui donnent des oedèmes des membres inférieurs qui ajoutent de façon insupportable pour elle à l'altération de son image d'elle-même.

*

¹³⁹ BPCO= bronchite chronique ; angor = angine de poitrine ; OAP = Œdème aigu du poumon (évènement médical sérieux nécessitant le plus souvent une hospitalisation urgente.)

Cette consultation, certes rythmée par le recueil des données médicales, fut aussi, peut-être surtout, l'occasion d'une narration commune :

Elle me fit donc part de sa souffrance dépressive, de la perte du paradis perdu de sa jeunesse en Indochine, du mariage précipité qui fit suite au départ de son grand amour - son colonel américain rentré au pays - de sa vie de dur labeur. Je fis alors le parallèle entre son histoire et l'atmosphère de *L'Amant*, de Marguerite Duras. Son visage s'éclaira, et elle sourit pour la première fois, se détendit : elle dit alors s'identifier tout à fait à Marguerite Duras. Il me sembla que ce rapprochement l'aida à s'aimer un peu. Le fait que cela vienne d'un médecin, qui en outre avait écouté attentivement sa souffrance concernant les conséquences des procédures médicales, me sembla compter aussi.

Il est notable qu'il n'y eut de sa part nulle demande explicite de soulagement de ses douleurs. Je pris cependant le temps de recueillir les informations médicales, afin de pouvoir lui expliquer ce que nous proposions, et ce qui était possible aujourd'hui en médecine en général par rapport aux types de problèmes rencontrés par elle. Ainsi, elle pourrait choisir ou non de se lancer dans notre **prise en charge**, et aussi éviter de s'épuiser ailleurs en de vaines consultations.

Je laissai la suite ouverte : à elle de décider de revenir, ou non. Elle ne revint pas.

Je crus comprendre que, puisqu'il n'y avait pas de solution médicale toute faite - hormis celle qu'elle connaissait déjà mais dont elle ne pouvait accepter les effets secondaires - elle préférerait être seule à décider des **changements** dont elle comprenait qu'ils pourraient apporter un bénéfice en termes de douleur.

A la fin de la consultation et avec son accord, je fis quand même quelques prescriptions dans le but de l'aider à 'faire' un peu plus de choses ; elle les accepta volontiers : quelques adaptations médicamenteuses et une aide à la gestion de ses **antalgiques**. J'introduisis aussi un **antidépresseur**, et lui prescrivis un corset.

J'apportai ensuite une attention particulière au contenu du courrier, puisque le récit et sa tournure semblaient avoir énormément d'importance pour elle :

Je reconnus, en l'écrivant dans le courrier :

- le caractère « **particulièrement traumatique** » de la mort **foetal in utero**.
- en parlant de ses enfants vivants comme de ses « **autres enfants** » je reconnus le fait que le bébé décédé **in utero** était un enfant.

- la quantité importante de travail fourni comme « employée de son époux », cité ainsi dans le texte.
- le fait qu'elle était profondément déprimée.

*

Je retiens de la rencontre avec Mme G le sentiment d'une femme qui se punit infiniment de n'avoir pas eu le courage de suivre son cœur ; d'une femme fière qui croit n'avoir pas été à la hauteur du courage qu'elle aurait attendu d'elle-même. Il y avait de la dureté dans son attitude, mais c'était avant tout envers elle-même. Son corps, de laid qu'il me semblait au début, se transforma par la magie du récit pour m'apparaître comme un fier voilier ruiné par la tempête, ballotté contre les récifs, la coque saccagée, les mâts rompus, les voiles déchirées, mais que son capitaine ne quittera pas, dusse-t-il en mourir, car il croit que c'est par sa faute qu'il en est là. Elle campait dans cette posture héroïque, empreinte d'une fierté et d'un code d'honneur presque militaires, et n'attendait sans doute de moi que de partager cela et, par mon adhésion à son récit, de reconnaître son héroïsme, c'est-à-dire aussi de comprendre la valeur qu'elle attachait à sa douleur.

10. **Mme A**

Mme A fut une des toutes premières patientes que je reçus seule en consultation, après quelques mois passés dans le service comme étudiante.

Si Mme V est une Mme « *oui mais* », selon les termes mêmes des professionnels, j'appellerai pour ma part Mme A une 'Mme confusion'.

Jamais je n'ai eu l'occasion de ressentir, autant qu'avec elle, à quel point la parole des patientes est mise en ordre par le système médical, et aussi à quel point la confusion, quand elle s'oppose à cette mise en ordre, fait violence aux professionnels.

Ce fut aussi l'occasion de noter un nouveau paradoxe de la médecine de la douleur : autant elle laisse indéniablement plus de place et de liberté à la parole du patient et au récit que la biomédecine en général, autant la multiplication des questionnaires et des évaluations est aussi une multiplication des modalités de mise en ordre.

Or, Mme A semble la confusion faite femme. Au moment de rapporter son cas, ici plus qu'ailleurs encore, classer, ordonner l'histoire de sa prise en charge en sous-chapitres et catégories fut une gageure. En fait, je pourrais résumer l'ensemble du cas sous 'contexte social, environnement, histoire de vie', ou encore sous 'histoire de la maladie', mais aussi sous 'antécédents médicaux', ou 'retentissement et gênes'... Il n'est en effet pas possible de séparer, dans son récit, ce qui relève de l'un, ou de l'autre : l'histoire de vie cause la maladie qui cause le **retentissement** qui cause le contexte familial qui cause la douleur qui cause l'histoire de vie... ou encore il y a plusieurs causes pour telle conséquence : si elle ne sort plus de chez elle, est-ce un **retentissement** de la douleur, ou est-ce autre chose ? Est-ce chronologiquement lié à ses douleurs, ou à autre chose ? Même sans parler de 'vérité' dans l'absolu, c'est sa propre 'vérité' qui fait défaut, ou bien nous est masquée : il est impossible d'obtenir de sa part des réponses univoques à ces questions, voire des réponses tout court : elle ne répond pour ainsi dire pas aux questions, et nous livre les éléments au fur et à mesure de son discours confus, en désordre. Volontairement ou pas, elle s'oppose à toute tentative de clarification.

Ce qui apparaît aussi ici, c'est que si la médecine de la douleur multiplie les classifications, c'est aussi parce que c'est d'abord la parole du patient et ses interprétations causales, ses 'vérités', et non celles de la biomédecine, qui préside à ces classifications. Si le patient ne collabore pas, le médecin de la douleur ne peut pas, ou ne veut pas, seul, inventer de toute pièce une narration et des liens de cause à effet. Ceci nous renvoie aux oscillations décrites, en introduction du cas de Mlle R., dans l'organisation des données recueillies, entre ce qui fait 'évènement' pour le patient, et ce qui fait 'évènement' pour le médecin. Le récit du patient est véritablement au centre de la prise en charge. Mais un récit trop décousu, trop désordonné, trop confus, ne permet pas le *travail* de la médecine de la douleur.

Tant de confusion repose, on le voit, la question de la 'vérité', évoquée dans la partie méthodologique : certes, le médecin n'est pas là pour vérifier les propos des patients, mais à un certain degré de confusion dans le temps et les causalités, il devient difficile de trouver des faits assez tangibles, assez réels, même du seul point de vue de l'authenticité du vécu, pour s'appuyer dessus et élaborer des stratégies thérapeutiques. Cette question, sinon du mensonge, tout du moins de l'absence de confiance possible en la 'vérité' ou plutôt la 'réalité' des propos tenus, est ressentie comme une autre violence par les professionnels.

J'ai donc commencé par extraire quelques faits, classés du mieux que j'ai pu, mais cet ordre apparent, qui a pour but de ne pas faire perdre le fil de l'exposé - en particulier pour les professionnels du soin ou de la guérison - ne doit pas faire oublier que ces éléments ont été recueillis, soit par l'intermédiaire de courriers médicaux, soit, s'il s'agit de la parole de Mme A, dans le plus parfait désordre, et sans qu'il s'agisse, le plus souvent, d'une réponse à nos questions.

Dans un second temps, je raconterai le déroulement de la prise en charge, et ses désordres.

Plainte et histoire de la maladie

Mme A se plaint de lombo-sciatique chronique sur hernie discale opérée, de cervico-trapèzalgies d'allure dégénératives et musculaires, et de douleurs bilatérales des orteils, prédominant à gauche, faisant évoquer un syndrome du tunnel tarsien¹⁴⁰.

Mme A. fait remonter le début des troubles à un accident de travail (effort de torsion) survenu le 14/08/97, rapporté initialement à une hernie discale, et traité chirurgicalement en mai 98 après un parcours marqué par le conflit, le *vagabondage médical*, l'échec voire la iatrogénie (malaise lors d'infiltrations, colite hémorragique semble-t-il aux AINS) des propositions thérapeutiques lésionnelles (médicaments, infiltrations) ou fonctionnelles. Le traitement chirurgical est, pour la patiente, un échec et se conclut par un nouveau conflit avec le chirurgien. La diffusion des douleurs remonterait à 1999, ainsi que le caractère majeur du retentissement fonctionnel.

À noter également :

- Antécédents médicaux contributifs : Terrain allergique justifiant d'un traitement permanent par antihistaminique. Hypoacousie et acouphènes que la patiente nous décrit initialement comme « *congénitaux* » mais dont nous apprenons par la suite qu'il n'y a pas de substratum organique retrouvé.
- Traitement médicamenteux d'entrée : Topalgic 50 8/j ¹⁴¹ ; Rivotril gouttes : 25, 25, 50 ¹⁴² ; Victan : 1/2, 1/2, 1 ¹⁴³ (anxiolytique); Laroxyl gouttes : 50 au

¹⁴⁰ Compression d'un nerf dans un 'tunnel' musculaire, tendineux et osseux.

¹⁴¹ Antalgique

coucher¹⁴⁴ ; Athymil 30 :1 le soir¹⁴⁵ ; Ogast 30 : 1 le soir¹⁴⁶ ; Telfast 180 : 1 le matin¹⁴⁷; (en plus, pour d'autres problèmes : Rinadvil ; Allergodyl ; Surgestone).

- Autres traitement algologiques : pas d'infiltration depuis 92, pas de rééducation ni de kinésithérapie depuis 98 en post-opératoire ; n'a jamais essayé les TENS¹⁴⁸; au moment où je la vois pour la première fois, elle s'apprête à débiter une approche psychothérapeutique auprès du psychiatre de sa fille, qui pratique l'hypnose (c'est ce qu'elle dit rechercher).

Contexte social et environnement, histoire de vie

Mme A est une patiente de 45 ans, mariée, mère de deux filles de 26 et 21 ans.

Elle n'a pas exercé sa profession d'employée de boulangerie depuis le 14/08/97. Elle est licenciée, inscrite au chômage (150 €/mois), en invalidité 2^o catégorie dans le cadre d'une dépression (pension de 500 €/mois), reconnue Travailleur Handicapé Catégorie B, et bénéficie au titre de son accident de travail de soins gratuits jusqu'en 2005 (consolidation¹⁴⁹ en juin 2003 avec une IPP¹⁵⁰ réévaluée de 9 à 15 %).

Son mari est en activité, fonctionnaire de la Police de l'Air et des Frontières. Jusqu'en 1989, (date à laquelle il a modifié son activité) sa profession l'a conduit à être très souvent en déplacement, laissant seules sa femme et ses filles.

Leur première fille souffre d'un handicap psychologique et auditif modéré dans les suites d'une méningite survenue dans l'enfance, événement auquel est attaché un contentieux médical :

¹⁴² Hypnotique et anxiolytique, utilisé comme co-antalgique

¹⁴³ Anxiolytique

¹⁴⁴ Antidépresseur utilisé comme co-antalgique

¹⁴⁵ Antidépresseur

¹⁴⁶ Protecteur gastrique

¹⁴⁷ Anti-allergique

¹⁴⁸ Appareil de neurostimulation transcutanée utilisé à visée antalgique.

¹⁴⁹ Terme technique médico-légal signifiant approximativement l'arrêt de l'évolution de la maladie résultant de l'accident du travail : on statue alors en termes de séquelles éventuels, fixés, qui à leur tour déterminent l'incapacité résultante, et les droits à indemnisation.

¹⁵⁰ Incapacité professionnelle partielle

« Les médecins sont des êtres humains : je l'ai appris à mes dépens. Ma fille a été hospitalisée pour une rougeole. C'était une méningite avec un purpura. Je le savais ». Cette jeune femme bénéficie de l'A.A.H.¹⁵¹, et travaille en CAT¹⁵² ; elle s'est autonomisée depuis peu puisqu'elle a son propre appartement depuis juin 2003. La seconde fille est étudiante infirmière à Paris, à la charge de ses parents.

La mère de Mme A a souffert, quand Mme A avait 10 ans, d'une maladie de Hodgkin¹⁵³. Elle est décédée en janvier 1997 d'une maladie de Charcot¹⁵⁴, ce qui a « tout déclenché », nous explique madame A., en rapportant cela à la fois à son important investissement vis-à-vis de son père (qui est aujourd'hui « heureux...c'est ma récompense ») et aux conflits que ce rapprochement a créé avec son frère (« jaloux »). Dans son récit, un « avant » et un « après » se dessinent autour de cette année 97, où est survenu le premier lumbago, qui est aussi l'année du décès de sa mère.

Elle parle de sa mère comme n'ayant pas été protectrice ; elle n'a pas pu « se confier » à elle et le regrette. Elle s'est mariée, me dit-elle, « enceinte comme ma mère » ; celle-ci l'aurait « traitée de pute » en apprenant sa grossesse ; elle aurait découvert fortuitement après cette altercation que sa mère s'était elle-même trouvée enceinte avant son mariage. Elle ajoute qu'elle était très peu sortie de chez elle jusqu'au jour où son mari « est venu la chercher » : « je n'ai pas été chercher mon mari ».

Son mari est présenté comme « ne parlant pas », « me rabaisse à chaque fois qu'il peut », « en souffrance ». Les rapports sexuels du couple sont inexistants depuis septembre 2002. « J'attends que mon mari me demande pour lui dire non...je ne lui ai jamais dit non, c'est lui qui... ».

Lui s'est trouvé orphelin de père à l'âge de sept ans dans des circonstances mal élucidées, dont elle-même n'a pris connaissance qu'à l'hiver 2003, et qui poseraient, nous dit-elle, la question d'un acte criminel.

¹⁵¹ Allocation Adulte Handicapé

¹⁵² Ateliers embauchant exclusivement des travailleurs handicapés pour un travail rémunéré, encadré par des éducateurs spécialisés.

¹⁵³ Cancer du système lymphatique, pour lequel il existe aujourd'hui des traitements efficaces.

¹⁵⁴ Maladie dégénérative grave du système nerveux, entraînant une paralysie touchant progressivement tous les muscles, jusqu'aux muscles respiratoires, ce qui entraîne le décès. C'est une mort lente et progressive, inéluctable à l'heure actuelle, dont l'accompagnement, compte tenu de la nature et de la temporalité de la maladie, ainsi que de l'organisation du système de soin, repose en grande partie sur les familles elles-mêmes.

Mme A nous rapporte deux épisodes dépressifs, en 1988 et 1994, dont elle attribue la causalité à son mari : le premier serait dû à ses absences professionnelles, le deuxième, au fait qu'il ait arrêté de s'absenter : *« Comme si tout avait lâché. C'était à lui de prendre le relais. »*

Le discours spontané que Mme A m'adresse est tourné vers ses filles, en particulier vers les difficultés qu'elle éprouve avec la seconde, à qui elle reproche de ne pas se confier à elle.

Mme A n'a pas d'entourage amical. Son unique frère est décrit comme : *« égoïste »* car il l'a *« laissé tombé suite à sa maladie »* ; il est mis en avant lors de la première consultation comme cause de la souffrance psychoaffective actuelle. Elle n'a pas d'activités collectives hors du domicile hormis un passage d'une heure par semaine dans une association caritative où elle ne va *« pas pour aider... c'est trop lourd et je suis allergique à la poussière »* mais pour *« rendre visite à des gens qu'elle aime bien »*. Elle n'a pas d'activités de loisir, a abandonné le vélo en famille et la pétanque, qui étaient auparavant ses activités de loisir. Elle se décrit comme ayant l'habitude de porter tout le monde, se montrant toujours comme forte *« mais ce n'est pas vrai ; c'est difficile de montrer ma faiblesse car on a profité de ma faiblesse. »*

Autres éléments intéressant la psychologie

Son sommeil est très affecté (elle prend de lourdes doses de traitements à propriétés sédatives et hypnotiques) ; elle décrit d'importants troubles de la mémoire et de l'attention, qui justifient, selon elle, qu'elle interrompe régulièrement son interlocuteur si elle n'est pas d'accord, par peur d'oublier son argument si elle attend qu'il finisse. Elle se présente comme épuisée, par la douleur, par ses combats, ne supportant pas d'être inactive, mais n'ayant plus la force d'accomplir un niveau d'activité correspondant à ce qu'elle considérerait comme adéquat, ou en tout cas utile à gérer son angoisse.

Elle sera décrite par notre psychiatre, en hospitalisation, comme souffrant d'une *« dépression névrotique ancienne, masquée par la douleur et des éléments caractériologiques (le combat) qui la protègent de l'effondrement narcissique tout en l'enfermant dans une conflictualité récurrente. »*

Bilan algofonctionnel : retentissements, gênes et objectifs

Ce dernier restera, notablement chez cette patiente, très difficile à réaliser malgré les consultations itératives et les dix jours d'hospitalisation.

Il a pour objectif d'évaluer les facteurs de variation des douleurs et leur **retentissement fonctionnel** (tels qu'ils sont perçus et identifiés par le patient), c'est-à-dire la capacité restante du patient à effectuer les tâches quotidiennes, des plus basiques (toilette...) aux plus élaborées (loisir et travail). Il conduit également à la traduction de la douleur en **gêne**, et par là à la reconnaissance d'**objectifs** ('ça me gêne pour faire'...sous entend 'j'aimerais bien faire') que l'on va identifier, formuler positivement ('ce dont je veux plus et non pas ce dont je veux moins'), évaluer en termes de **réalisme** - au vu des capacités du patient en se gardant des **supra-solutions**¹⁵⁵ - et doter de **moyens**.

Les difficultés rencontrées dans la réalisation de ce bilan vont être l'occasion de bon nombre des moments difficiles des relations entre les médecins (à qui il incombe, ainsi qu'à la psychologue, de le remplir) et cette patiente. A noter que lors de l'entretien de **pré-admission** avec la psychologue, à la question de ses **objectifs fonctionnels** elle a répondu d'abord « *moins souffrir* » (ce qui est l'**anti-objectif fonctionnel** par excellence), puis « *enlever la ceinture lombaire sauf pour les efforts* » ; et a parlé de reprendre vélo, pétanque et natation.

Au terme de deux consultations médicales et de l'hospitalisation, il ne nous est toujours pas possible de chiffrer le **retentissement fonctionnel** des douleurs tel qu'il est perçu par la patiente, pas plus que son **périmètre de marche** (« *la douleur est présente tout de suite mais je peux faire tout L. à pied, c'est les nerfs qui me font tenir* » étant ce que l'on a obtenu de plus précis), le temps de station assise ou debout, le temps de conduite automobile possible, la possibilité de soulever des charges. Tout au plus arrive-t-on à savoir qu'elle a interrompu le vélo en famille, la pétanque, le tricot et le raccommodage, ce qu'elle contredit en partie peu après en mettant le tricot dans la liste des activités conservées. Elle se dit gênée pour écrire et coudre.

¹⁵⁵ Terme emprunté aux psychothérapies stratégiques.

Elle se lève la matin entre 10 et 12h et dort 10 h par nuit. Le **sommeil** est coté à 10/10 « *mais c'est inconstant* ». En outre, à un autre moment, elle le décrira comme très affecté (voir : 'autres éléments psychologiques'), justifiant par là ses lourdes prescriptions de sédatifs ; mais est-il affecté par la douleur ?

Le **temps d'inactivité diurne** est aussi « *inconstant* », chiffré à environ 3h en période de crise. A part ses consultations médicales, ses courses et une activité résumée sous le nom de « *ma fille* », nous n'arrivons pas à savoir ce qu'elle fait de ses journées. Le week-end, nous dit-elle, « *j'essaie de rester tranquille et je n'aime pas* ». Quand je tente de lui demander en quoi la douleur la **gêne** au quotidien, elle me répond : « *mais...je souffre, ce n'est pas suffisant ?* ».

Quant aux facteurs influençant ses douleurs : vers le soulagement : « *je ne sais pas...ça arrive mais pourquoi ?* » ce à quoi elle ajoute qu'elle a remarqué, son dentiste lui ayant fait un « *diagnostic énergétique* », qu'enlever sa montre la soulage. Vers l'aggravation, elle retient : « *certain types d'efforts ou de position...passer l'aspirateur* ».

Déroulement de la prise en charge

Première consultation

La première consultation a lieu en juillet 2003. C'est moi qui la reçois, en tant qu'interne, ayant à l'époque des fonctions en psychiatrie et consultant au centre à ce titre.

Mme A arrive en brancard; elle a fait le voyage de son domicile à Nantes (350 Km) en ambulance, allongée.

Ma première vision d'elle est donc une forme allongée sur un brancard, recouverte, à l'exception de son visage, d'un drap. Il faut donc la rouler dans la salle de consultation, comme une grande invalide, puis la faire lever, l'asseoir, et tout cela est lent, pénible, accompagné de mimiques douloureuses et de soupirs.

Elle remplit son **questionnaire d'autoévaluation**. Les douleurs sont cotées entre 7 et 9/10 ; le **retentissement fonctionnel** porte surtout sur le **sommeil** et le **travail quotidien** ; les qualificatifs de la douleur sont principalement dans le registre psychoaffectif (épuisant, angoissant, insupportable...), et sont cotés **modérés à forts**.

Le temps de la consultation est occupé en grande partie par le déroulement d'éléments biographiques, d'évènements de vie douloureux, d'évocation des divers conflits mentionnés,

qui suscitent les uns après les autres beaucoup de pleurs ; la douleur physique, lombaire ou autre, y est très peu évoquée. Mme A répond avec difficultés aux questions, soit par ce qu'elles déclenchent de nouvelles crises de larmes, soit parce qu'elle entend mal.

J'arrive tout de même à en savoir plus sur ses attentes : « *un soulagement à 100%* ». Cette annonce est l'occasion d'un **recadrage** et d'explications de ma part, qui concernent la nécessité, pour *travailler* avec nous, d'une révision de ses **objectifs** à la baisse, et l'essai de la mise au point d'une **stratégie thérapeutique** consensuelle, concernant en particulier la baisse de son traitement par Rivotril. Je l'adresse en consultation à notre psychologue, dans le cadre habituel de la **procédure de pré-admission**, et pour un second avis algologique à notre chef de service, neurochirurgien.

Deuxième consultation

Le neurochirurgien qui la reçoit lui « **promet** » une hospitalisation mais précise que ses **objectifs** en seront les suivants : « **faire le point** » et « **programmer un réadaptation pour faire plus** ». Il lui précise de nouveau que 100% n'est pas un objectif réaliste. Dans l'intervalle il lui recommande de « **s'ouvrir au monde** » et l'engage vers des activités où elle pourrait « **se faire des amies** ». Il la considère « **très interprétative** »¹⁵⁶ et remarque le caractère aggravant d'un contentieux concernant un dédommagement éventuel.

Consultation avec la psychologue (Données rapportées plus haut)

Hospitalisation

Premier jour : l'énervement s'installe d'emblée entre les deux parties, patiente et médecin responsable de l'**unité**, avec la difficulté à éclaircir sa situation administrative, et les freins qu'elle met à toute tentative d'éclaircissement et de 'dé-confusionnement'. Elle se positionne en plaignante, passive, réticente au mouvement (y compris physique : se lever pour aller chercher les papiers dans son sac) sollicité par le médecin. S'ensuit un autre conflit autour de ce qui est perçu par le médecin comme un refus de baisser les médicaments, en particulier ces

¹⁵⁶ Toutes données extraites du courrier.

mêmes médicaments responsables là encore de ‘confusion’ : de perte de repères, de baisse de la vigilance, de troubles de la mémoire.

Ces deux conflits qui surgissent d’emblée sont marqués par la ‘confusion’- encore - des informations souvent contradictoires qu’elle donne, du bout des lèvres, et qui alternent avec des interruptions de l’interrogatoire mises sur le compte de sa mauvaise audition (elle fait répéter) ou de ses troubles de la mémoire (elle interrompt brusquement son interlocuteur et se lance dans de longues tirades n’ayant qu’un lien succinct avec la question de départ et consistant essentiellement en des justifications), sans compter les documents qu’elle ne trouve pas, qu’elle a oubliés chez elle... C’est la première patiente du lundi matin, la matinée va être longue. L’énervement se fait vite sentir de part et d’autre. Elle est mise en demeure de « *se mobiliser* » et on me laisse, en tant qu’interne, la tâche de débrouiller les papiers, ordonnances... et de rédiger les prescriptions.

Pendant ce premier entretien, le médecin notera les éléments suivants : « *Estime se battre sans arrêt. Lutte contre la douleur et contre les soignants* » ; il la cite : « *un combat* » ; « *je ne prends pas tout ce que le neurologue m’a donné ; il ne faut pas lui dire* » ; elle souhaite « *un soulagement à 100%* ».

La patiente dira plus tard qu’elle a vécu ce premier conflit comme une répétition du conflit avec son premier neurochirurgien.

Je repasserai le lendemain, conformément à mon rôle, alors passé dans les mœurs, qui est de ‘recoller les morceaux après thérapie par la provocation’. Mais mon approche volontairement plus empathique, en position plus basse, plus écoutante, plus ouverte, ne parvient pas à sortir la patiente de sa confusion, de sa logorrhée plaintive et sans objet désigné. Elle parle de tout et de rien, se disperse sans cesse, ne répond pas aux questions, parle d’elle-même à travers les autres et jamais directement. Comme la veille au médecin, elle m’est difficile à supporter, m’exaspère. Je résiste à la confusion dans laquelle il me semble qu’elle tente, comme hypnotiquement, de m’embarquer, mais mon endurance est mise à mal et je quitte la pièce au bord de l’explosion, sans avoir perçu la moindre avancée.

Lors de mes entrevues ultérieures, je placerais ma montre en vue de la patiente, lui signifiant d’emblée le temps (30 à 45 minutes selon les jours) disponible, en lui précisant qu’elle choisissait ce qu’il lui était important de discuter ce jour-ci, que je ne l’en ferai pas dévier mais qu’à la fin du temps imparti, je m’en irai. Cette stratégie, vécue sans manifestation d’animosité par la patiente, amènera un apaisement dans nos relations, et une minime mais perceptible avancée vers moins de confusion, et une certaine organisation de son récit.

L'ensemble de l'hospitalisation se déroulera sur ce mode relationnel, où nous, soignants, luttons pour 'dé-confusionner', organiser, poser des **cadres**, des *limites*, une chronologie, des **évaluations**. Nous souffrons qu'elle résiste à cette mise en ordre, allant jusqu'à éprouver, pour certains, une forte réticence à entrer dans la pièce.

J'observe en outre un certain clivage dans mon propre discours : sollicitant l'aide du psychiatre, je me trouve en difficulté pour raconter ce qui se passe autrement qu'en accusant les uns ou les autres de telle ou telle attitude peut-être inadéquate. Ce clivage vient sans doute faire écho au sien. Par ailleurs, il est intéressant de noter que ses troubles de l'audition nous conduisent à hausser très notablement la voix pour nous faire entendre, ce qui rend, en ce qui me concerne, le jeu relationnel encore plus complexe, en donnant d'emblée les apparences du conflit verbal à l'entretien.

Le psychiatre est dans l'impossibilité, cette semaine là, exceptionnellement, de venir au CETD. Nous lui demandons, ne serait-ce qu'au vu des difficultés des soignants, de voir cette patiente tout de même et il s'exécute. « *Votre patiente m'a pris une heure et demi !* » : telles seront ses premières paroles quand il nous rapportera la consultation.

L'articulation entre les deux semaines de prise en charge sera marquée par un nouveau conflit, cette fois-ci autour de ses modalités de transport : elle demande un **bon pour un transport allongé**¹⁵⁷, ce que refuse le médecin. Une interruption de l'hospitalisation lui est proposée, avec une reprise du soin en **ambulatoire**, selon d'autres modalités, ce qu'elle refuse à son tour. Ce nouveau conflit est l'occasion d'une tentative de **contrat d'objectifs**. La patiente semble s'y soumettre, acceptant de passer un contrat, de définir des **objectifs**, *travail* qu'elle fait avec moi.

Au retour du week-end il apparaîtra qu'elle n'a pas respecté les termes du contrat, et qu'elle tente de le dissimuler, avec ce que je ne peux qu'appeler une mauvaise foi tout à fait caractérisée. Elle a par ailleurs largement mobilisé ses ambulanciers et sa famille autour des difficultés qu'elle a eu à réaliser ce voyage, assise, avec arrêts, de 3h de voiture, entre autres compte tenu d'un malaise survenu à l'arrivée devant témoin (une de ses filles, son mari). Les médecins sont exaspérés par son comportement.

¹⁵⁷ Le remboursement par la Sécurité Sociale des transports en ambulance, très coûteux surtout quand le patient vient de loin, est tributaire de la prescription médicale de ce transport ; le médecin doit remplir un formulaire appelé **bon de transport** où il spécifie s'il s'agit d'un transport assis ou allongé, en taxi ou en ambulance.

En début de deuxième semaine, elle parvient à formuler quelques demandes : « *l'hypnose totale* », et la poursuite de la prise en charge en **thérapie manuelle** où elle a eu, dit-elle « *l'impression de voler* ». En parlant d'hypnose totale elle fait initialement un lapsus et me demande : « *une psychose totale* ».

Toute l'équipe, infirmières, kinésithérapeutes, semble faire écho au ressenti des médecins. Ils sont mis en échec, ou débordés. Lors de la visite de la deuxième semaine, une mini-réunion improvisée est nécessaire avant d'entrer dans la chambre, tant chacun menace d'être débordé émotionnellement par son exaspération. Nous décidons collégialement que la psychologue et moi-même serons au premier rang, et le médecin responsable en retrait, présent symboliquement pour représenter le **cadre** et éventuellement l'agir. Le médecin de rééducation, extérieur à l'équipe¹⁵⁸, interviendra comme tiers, de manière tout à fait utile. Il lui sera de surcroît possible de se faire entendre de la patiente sans hausser la voix, à notre grande surprise.

A la fin de cette deuxième semaine, nous poursuivrons en présence du psychiatre les réflexions collégiales engagées lors de la visite, et aboutissons à une stratégie qui tient en un seul mot : procéder par « *étapes* ». Un **recadrage** intervient ici - adressé à l'équipe cette fois-ci, et à travers elle à la patiente - qui permet de passer de « *l'échec* » à « *l'étape* » (encore une illustration de l'importance des mots, et du récit que l'on écrit et raconte, dans la stratégie médicale). Nous fixerons des **contrats d'objectifs** axés sur la préoccupation de lui être utile, de savoir 'à quoi ça lui sert', de ne pas lui nuire : tant qu'elle ne peut pas venir en **transport assis**, « *l'étape* » suivante (hospitalisation au centre, rééducation...) est prématurée, et à vouloir aller trop vite on risque de lui nuire.

Cette réflexion sera négociée avec la patiente qui déterminera elle-même les éléments de cette première « *étape* » et le *rythme* de la **prise en charge**. Le résultat en sera présenté à la patiente, par oral, puis par courrier.

*

Chacun des vendredis qui précédaient son départ, cette patiente arborait un tee-shirt blanc (« *acheté au moment d'Halloween* » me dira-t-elle comme pour minimiser son impact, réduire les

¹⁵⁸ Il passe une fois par semaine lors de la visite du mardi.

interprétations possibles) où est imprimé, à la place du cœur et comme planté dedans, un couteau sanguinolent. Je songe à ses qualités de tragédienne et des phrases du Cid me reviennent en mémoire :

« Percé jusques au fond du coeur
D'une atteinte imprévue aussi bien que mortelle,
Misérable vengeur d'une juste querelle,
Et malheureux objet d'une injuste rigueur,
Je demeure immobile, et mon âme abattue
Cède au coup qui me tue.
Si près de voir mon feu récompensé,
Ô Dieu, l'étrange peine !
En cet affront mon père est l'offensé,
Et l'offenseur le père de Chimène !

Que je sens de rudes combats !
Contre mon propre honneur mon amour s'intéresse :
Il faut venger un père, et perdre une maîtresse.
L'un m'anime le coeur, l'autre retient mon bras.
Réduit au triste choix ou de trahir ma flamme,
Ou de vire en infâme,
Des deux côtés mon mal est infini.
Ô Dieu, l'étrange peine !
Faut-il laisser un affront impuni ?
Faut-il punir le père de Chimène ? »

(Acte I, scène 6, Don Rodrigue)

Suites

Nous ne l'avons pas revue. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

11. Mme B

Le cas choisi ici est celui d'une patiente qui sera hospitalisée au CETD mais chez qui le problème d'addiction médicamenteuse est devenu un obstacle à la progression de la prise en charge, c'est-à-dire à l'alliance thérapeutique.

Madame B est âgée de 63 ans à la première consultation. C'est une petite femme très 'nature', dirait-on - sans apprêts ni maquillage - qui se tient voûtée à cause de ses problèmes

rachidiens, mais n'en paraît pas moins physiquement alerte, énergique, très vivante, et droite comme la justice.

Elle a le regard clair et vif, le visage mobile et le sourire facile ; elle n'est pas dénuée d'humour mais paraît néanmoins sur la défensive, vigilante. Elle a le parler franc et direct, et beaucoup de choses à raconter ; elle s'y applique d'une voix un peu lasse et irritée, légèrement éraillée aussi, qui trahit malgré tout sa fatigue.

Elle est mariée depuis 31 ans, mère de 4 enfants vivants, eux-mêmes âgés de 29, 28, 23 et 21 ans. Les deux derniers sont partiellement à charge. Elle a également eu deux autres enfants, l'un décédé in utero¹⁵⁹ et l'autre à la naissance.

Elle consulte pour diverses douleurs, principalement des douleurs cervicales et dorsales, et à un moindre degré pour des maux de tête, en lien avec une histoire médicale compliquée.

Contexte social et environnement

Le couple réside à la campagne, dans une maison ancienne qui demande de l'entretien.

Elle est, comme son mari, infirmière anesthésiste à la retraite. Elle a été mise en retraite anticipée il y a 5 ans pour **invalidité**.

Pendant sa période d'activité professionnelle, elle était également présidente de l'école de musique, trésorière du collège de ses enfants, secrétaire du club hippique. Elle dirige encore actuellement une chorale d'enfants : « *Ça c'est mon plaisir* ». Le couple possède également de nombreux animaux (volière de 70 oiseaux, 4 chats, 3 chiens...) qui demandent du temps, de l'attention, et coûtent de l'argent.

Le couple rencontre actuellement des difficultés financières importantes, et font passer les enfants et les animaux avant eux-mêmes. De ce fait, ils n'ont plus ni l'un, ni l'autre, de quoi financer la mutuelle santé et le chauffage central. Ils ont des dettes d'impôts. Une demande d'aide financière est en cours auprès des caisses de retraite par l'intermédiaire de l'assistante sociale de Mme.

¹⁵⁹ Il convient de remarquer que, sur onze patientes, trois ont subi une MFIU. Ce travail n'est pas un travail quantitatif, et je n'ai pas cherché à chiffrer ceci ou cela, et à comparer avec la population générale. Ce travail serait à faire, tant dans mon expérience la récurrence des problématiques obstétricales (MFIU, avortements vécus comme des décès d'enfants, décès d'enfants à la naissance...) ou gynécologiques (hystérectomie plus ou moins justifiées chirurgicalement...) vécues comme des traumatismes, et aussi - peut-être surtout - insuffisamment reconnus comme tels par les professionnels, est frappante.

Histoire de vie

Le père de Mme B était alcoolique et extrêmement violent, envers elle-même comme envers sa mère. Sa mère est décrite comme « *perdue* », battue comme plâtre ; elle aurait plusieurs fois menacé de se suicider. Lui sera incarcéré plusieurs fois.

Ses deux frères aînés sont décédés, l'un à la naissance et l'autre à l'âge de deux ans, de brûlures graves contractées lors d'un accident domestique (renversement d'un liquide bouillant). Elle s'est donc retrouvée fille unique.

Sa mère est décédée quand elle avait 14 ans; elle ne connaît pas la cause de son décès. Elle a su qu'elle était hospitalisée, et est allée la voir à l'hôpital ; elle se souvient seulement l'avoir vue allongée, inconsciente dans un lit, la tête emmaillotée de bandages, et avoir appris secondairement et sans ménagement particulier de la bouche d'une voisine qu'elle était morte, sans plus d'explications.

De son père, après un mensonge à la première consultation (elle me le décrira comme décédé quand elle avait huit ans), elle ne sait plus rien depuis qu'il s'est séparé de sa mère : Parlant de leur séparation, elle s'en juge responsable : « *J'ai demandé le divorce* ». Après avoir corrigé son mensonge initial, elle m'expliquera qu'il a cherché à la retrouver, et qu'elle n'a pas donné suite. Elle ne sait pas, à l'heure actuelle, s'il est vivant ou mort.

Il était emprisonné au moment du décès de sa mère. Elle s'est donc retrouvée seule, avec un cousin qu'elle décrira en hospitalisation comme étant plutôt insistant ; des attouchements seront alors évoqués. Elle poursuit : « *Dans mon malheur j'ai eu la chance qu'on m'a ignorée : j'ai échappé à la DDASS.* » Un gendarme s'est porté tuteur et lui a permis « *d'avoir une pièce d'identité. D'être quelqu'un.* ». Par la suite, elle « *s'est faite toute seule* ».

*

Son mari est appareillé depuis 3 ans pour une apnée du sommeil : « *Je comptais combien de temps il arrêta de respirer et ça me faisait peur* ». Ses enfants sont grands, ils ont quitté la maison ; elle n'est pas encore grand-mère. Elle se décrit comme ayant été très investie dans son rôle de mère. Le couple se dit content que les enfants ne soient plus au domicile : « *je passais mon temps pendant les vacances à faire la cuisine* ».

Antécédents médico-chirurgicaux

Ils sont nombreux, et tous peu ou prou rattachés par elle à son **histoire de douleur** actuelle, mis à part les aspects gynécologiques et obstétricaux qui ne font pas l'objet de liens explicites de sa part.

Deux contentieux médicaux sont attachés à ses rencontres avec la médecine :

Du point de vue gynécologique et obstétrical, je note qu'elle est ménopausée, sans traitement hormonal substitutif. Elle qui « *voulait des enfants tout de suite* » a eu du mal à concevoir au début ; entre le deuxième et le troisième enfant sont survenus 6 fausses couches spontanées et une **mort fœtale in utero**. Lors de la dernière grossesse, l'enfant est mort à la naissance. Elle attribue la répétition des fausses couches à des délais de laboratoires : « *manque de conscience professionnelle. Une histoire commerciale* ».

Le second est en lien avec l'histoire de ses douleurs et de sa plainte actuelle :

Elle a souffert d'un **mal de Pott**¹⁶⁰ dans l'enfance : « *mais je n'ai jamais eu mal au dos, j'étais très active* ». Dès l'enfance également, elle est migraineuse : « *Je me mettais dans un coin tranquille* ».

En 1996, est diagnostiqué un **méningiome**¹⁶¹ au niveau du **rachis cervical**. Il s'est manifesté initialement par des douleurs cervicales avec **irradiation** dans le bras.

Elle rapporte les propos des médecins consultés pour cette plainte douloureuse avant le diagnostic, qui aurait été long à obtenir : avec le rhumatologue local : « *Vous n'avez rien... si j'avais que des malades comme vous ce n'est pas la peine d'être médecin.* ». Un autre contentieux de nature non précisée l'opposera alors à son neurologue. Ce **méningiome** sera finalement diagnostiqué et opéré ; il y aura des difficultés post-opératoires, puis finalement reprise du travail pendant 3-4 ans. Elle s'arrêtera finalement : « *trop de morphine, je ne pouvais plus conduire* » (elle a exercé à la fin de sa carrière comme infirmière libérale). Elle souffrit, dans les suites de l'opération, de douleurs rachidiennes : « *mais c'était logique* ».

¹⁶⁰ Spondylodiscite tuberculeuse rachidienne, soit une infection d'un disque intervertébral par la tuberculose.

¹⁶¹ Tumeur non cancéreuse mais potentiellement grave par sa localisation au système nerveux : compression des structures avoisinantes comme la moelle épinière pouvant entraîner des paralysies.

Revenant sur les conséquences émotionnelles de l'épisode du **méningiome**, elle précise que ses enfants et son mari (« *désemparé* ») en ont été très marqués. Sa fille, en particulier, qui avait 10 ans à l'époque et aurait entendu « *des choses* » concernant le pronostic de santé de sa mère, aurait « *vécu une angoisse : ma maman va mourir* » ; elle aurait alors perdu toute confiance en la médecine : « *Ils mentent tous* », chose qui persiste maintenant qu'elle est adulte, comme elle en témoigne à sa mère par un discours très négatif sur la médecine. Mme B raconte comment le fait qu'elle aille moins bien actuellement fait ressurgir des angoisses chez sa fille, et parle de son souhait de notre prise en charge comme quelque chose susceptible de « *la rassurer* ».

En 1999 elle subit un traumatisme cervical (« *coup du lapin* ») lors d'un accident de la voie publique.

Vers 2000-2001, elle ressent une accumulation : la mise en retraite, d'une part, lui est difficile. D'autre part, elle présente une **hyperthyroïdie**, qui sera diagnostiquée de manière un peu atypique à l'occasion de malaises répétés, et qui sera traitée chirurgicalement. Elle craint alors que ce soit cancéreux : « *Je crois ce que je vois* ». Durant cette période, ces maux de tête augmentent beaucoup, deviennent quotidiens.

En 2003, vient s'y ajouter une rupture des tendons des **muscles rotateurs de l'épaule gauche**¹⁶² chez une gauchère, qui sera traitée chirurgicalement (ce qui entraîne une immobilisation du bras d'environ 6 mois).

Gênes, retentissements, demandes

Elle ne connaît pas de facteur déclenchant à sa douleur, hormis peut-être le froid.

Elle dit que sa **gêne** principale est « *vis-à-vis des autres...on se pénalise* » ; et ajoute : « *Je ne peux pas prévoir le jour suivant* » ; elle souffre de ne pas pouvoir assumer des engagements pris (chorale, chant, famille), de devoir trop souvent les annuler au dernier moment. Il y a encore deux ans, elle pratiquait malgré tout le ski, le cheval, le parapente, était très active. Aujourd'hui, outre les activités domestiques, les occupations animalières, et la chorale

¹⁶² Les mêmes qui font l'objet des tendinites déjà évoquées ; leur rupture est une des évolutions possibles de leur usure, après les tendinites.

d'enfant, elle fait du jardinage. Elle ne peut plus conduire - ce qu'elle attribue à son traitement morphinique, ne peut pas marcher plus de 500m sans s'arrêter, se repose une heure tous les après-midi. « *Quand je ne vais pas trop mal* », dit-elle, « *je fais parce que je me dis : 'je ne sais pas de quoi demain sera fait', et après je paye.* » Son mari, présent à la consultation, la rouspète. Elle répond : « *Je payerai peut-être de toute manière alors autant payer pour quelque chose* ».

Évoquant sa douleur, lors d'une deuxième consultation avant l'hospitalisation, elle dira qu' « *elle la détruit* », qu'elle « *en a marre...de ne pas être performante, de ne pas être là* », qu'elle « *veut vivre* », « *être plus présente* », qu'elle a « *toujours peur* ». Elle ajoute : « *Je ne supporte plus de souffrir. Je me dis que si on additionne à ma souffrance je serai incapable de la supporter.* »

A la psychologue, en **pré-admission**, elle dira : « *je passe des nuits et des jours à me gondoler de douleur* ». « *Je suis un peu comme une automate...Je vais au-delà de mes (limites): je fonce quand tout va bien* ».

A moi, elle formulera ses **objectifs** de la manière suivante : « *être plus présente* » ; elle ajoutera : « *Je veux des réponses à mes questions...je n'aime pas être évincée, j'aime pas les non-dits* ». À quoi fait-elle allusion ? À des craintes implicites concernant une récurrence éventuelle de son **méningiome**, qu'on lui cacherait ? Elle évoque la peur d'une compression médullaire qui lui paralyserait les membres inférieurs. La question du mensonge, ou de la vérité, est très présente. La tension anxieuse, aussi.

À la psychologue, elle ajoutera : « *je voudrais avoir une meilleure qualité de vie...Je voudrais m'en sortir...arrêter de prendre des drogues...me débarrasser de cette morphine.* »

Interrogée sur ses traitements en cours, elle éludera (consciemment ?) toutes les automédications pour ses céphalées en ne mentionnant que le traitement de sa **thyroïdectomie** et la morphine, dont elle reçoit une dose importante (4 fois la posologie de base, sans justifications médicales dans son cas en continu). « *Je ne peux pas conduire ma voiture. Je suis complètement dépendante* ».

En dehors des approches médicamenteuses, elle pratique la kinésithérapie qu'elle qualifie de « **très bien** »¹⁶³, et utilise les **tens** qu'elle trouve « **bien** ». Elle voit une psychologue une

¹⁶³ En réponse à une demande de cotation : bien, très bien, moyen, ou inefficace

fois toutes les trois semaines à l'unité de traitement de la douleur¹⁶⁴ d'une petite ville de la région, proche de son domicile. Elle n'a tenté aucune thérapie complémentaire.

Déroulement de la prise en charge

Consultations de pré-admission

Mme B nous est adressée par l'unité douleur de la petite ville près de son domicile.

Quand je la reçois la première fois, elle vient consulter prioritairement pour ses **rachialgies cervicales et dorsales**. Ses maux de tête, dit-elle, elle les gère avec des médicaments, et ce n'est pas ce qui la **gêne** le plus dans ses journées, car ils surviennent en fin de nuit. Ils la **gênent** surtout pour se réveiller correctement. Ce n'est pas ce qui est écrit dans le courrier du médecin adressant, pour qui ces maux de tête sont sa plainte principale, et dont la demande est une régulation des **automédications** dans ce domaine.

Il y aura deux consultations avant l'hospitalisation, marquées par la tension anxieuse, le thème de la peur, du mensonge, et l'élision par la patiente du thème de l'**automédication** abusive, élision dont je constate en relisant le dossier que je ne l'ai pas abordée avec elle dans ces deux consultations malgré la demande explicite du médecin traitant. Lors de la seconde consultation, il y aura plus de tristesse dans les émotions exprimées par Mme B.

Lors de ces deux premières consultations comme lors de la consultation de **pré-admission** avec la psychologue, le *travail* de la demande lui donne l'occasion de parler d'elle-même, de son fonctionnement, de sa vie. Les éléments biographiques détaillés plus haut ont, pour la plupart (mis à part le bébé mort-né, dont on n'apprendra l'existence qu'en hospitalisation), été livrés dès la première consultation.

Voici ce qu'elle dit sur elle-même pendant ces deux premières consultations :

- « *Je ne parle pas des choses douloureuses en général parce que cela ne sert à rien.* »

¹⁶⁴ Nous verrons plus loin les différents types de structure existant en médecine de la douleur : consultations, unités et centres.

- « *J'ai un caractère de cochon. Je ne supporte pas les contraintes, les astreintes, les enfermements (...)* »
- Au moment où elle évoque, lors de la deuxième consultation, le « mensonge » reproché par sa fille aux médecins, je l'amène à discuter du mensonge. Elle me dira qu'elle-même a « *menti à ses enfants* », comme à moi-même lors de la première consultation, en disant que son « *père était mort à huit ans* ». Elle dit qu'aujourd'hui elle « *revient sur ses positions mais qu'elle n'arrive pas à faire la démarche* » de dire la vérité à ses enfants.

A la fin du courrier de la première consultation, quand j'évoque les discussions entre Mme B et moi, voici ce que je dis : « Mme B témoigne du fait qu'elle veut que tout cela change, et elle est donc disposée à envisager une hospitalisation. Elle orchestrera elle-même le rythme de ces changements, et je me devais de lui témoigner du fait que les bénéfices qu'elle en tirerait, qui ne peuvent, contrairement à son intention initiale, être décrits uniquement en termes de baisse de la douleur mais aussi en termes d'atteintes d'autres objectifs, seraient à la hauteur de ce qu'elle accepterait de tenter comme moyen de changements. »

Lors de la seconde consultation, Mr et Mme B m'informe qu'ils ont pris une mutuelle. Elle dit que cela lui offre un sentiment de « *sécurité* ».

Elle rencontre notre psychologue en consultation de pré-admission, des objectifs de prise en charge sont discutés, et la décision d'hospitalisation est validée. Mme B évoque pour la première fois le décès de son bébé mort-né.

L'hospitalisation

Elle se déroulera en deux temps : pendant la première semaine, la prise en charge se déroule de manière habituelle. Un sevrage de la morphine est décidé d'un commun accord, et débuté. Puis arrive le week-end au domicile ; son déroulement est très compliqué. Madame B reprend de la morphine qu'elle a chez elle. L'addiction à la morphine s'y fait jour de manière manifeste. M. B fait état de sa découverte : une soixantaine de boîtes de médicaments

réparties dans le domicile. Il est très inquiet. Quand Mme B revient en deuxième semaine, la question est abordée frontalement avec elle, entre autres par notre psychiatre qui, fait inhabituel, recommande une hospitalisation en psychiatrie au service des addictions ou, à défaut, un suivi spécialisé. La patiente refuse l'hospitalisation : elle ne voit pas à quoi cela va lui servir, elle a « *vraiment mal* ». Vers la fin de l'hospitalisation, les symptômes de sevrage s'atténuent, des affects dépressifs occupent le devant de la scène, avec la douleur.

Pendant l'hospitalisation, de nouveaux éléments biographiques apparaissent.

Ainsi, la psychiatre note : *Mme B protégeait sa mère et elle des violences (de son père), et est intervenue à plusieurs reprises lors des passages à l'acte suicidaires de sa mère.*

Aux infirmières, elle évoque ses dettes, ses difficultés financières, en pleure. Elle dit faire « *par obligation* » ses tâches domestiques, c'est-à-dire le peu d'activités qu'il lui reste. Elles la trouvent passive, « *non active* » sur sa douleur. Disent qu'elle n'accepte pas de ne pas maîtriser ses douleurs. Elles rapportent ses propos au retour du week-end, évoquant le fait qu'elle ait repris de la morphine : « *pourquoi on m'a laissé faire ça ? Je ne me reconnais plus* ». Dit avoir eu peur de revenir (en hospitalisation), d'y « *laisser sa peau* ». Elle dit que « *si elle avait su avant elle n'aurait pas accepté* ».

Un bilan des difficultés financières est réalisé par l'assistante sociale. Une demande de prise en charge à 100% (ALD polypathologie invalidante) émane du service.

Mme B parle : « *Je me terre, je subis. J'en ai marre. Je ne veux pas montrer que je souffre. Ce n'est pas juste de souffrir comme ça, c'est pas juste, pas humain.* » « *Je ne veux pas que mes enfants me voient comme ça* ». « *Marche ou crève.* »

Son mari appelle dans le service, demande s'il est possible que nous gardions sa femme plus longtemps, car il appréhende la poursuite du sevrage à domicile. Il refuse en revanche toute hospitalisation en psychiatrie. Il est reçu par le médecin, en présence de sa femme. Ils se mettent d'accord sur un suivi psychiatrique spécialisé.

Le courrier qui fait le compte rendu de l'hospitalisation précise en conclusion : « *Symptomatologie douloureuse à réévaluer quand Mme B aura débuté un*

travail sur son problème addictif. À réévaluer à distance. » Elle sera suivie très régulièrement (plus que de coutume) par l'interne : une fois par mois, et par le médecin de l'unité douleur proche de son domicile en alternance avec moi. Au total elle sera vue 4 fois entre février et mai. Ensuite, elle sera vue en août par notre spécialiste du sommeil, puis de nouveau en septembre par moi-même. Ses douleurs sont alors à 5/10, contre 6/ 10 à la première consultation un an auparavant. Elle évalue son soulagement à 50%. Elle estime avoir maintenu des bénéfices en termes de **qualité de vie**. Elle a bien compris que la gestion de ses douleurs rachidiennes dépendant en grande partie du *dosage* de son activité, et elles sont passées au second plan.

Les céphalées reviennent sur le devant de la scène, et une nouvelle prise en charge est initiée, toujours pour sevrage médicamenteux, mais d'une autre classe pharmacologique (responsable de céphalées iatrogènes).

- A l'heure où j'écris ces lignes, je me prépare à la recevoir demain en consultation pour prévoir cette hospitalisation.-

...

Je reprends l'écriture au-delà de ce que j'avais prévu initialement, car des événements importants se sont déroulés :

Quand je reçois effectivement Mme B pour prévoir cette hospitalisation de sevrage, elle m'annonce qu'elle n'est plus d'actualité, car une récurrence de son **méningiome** vient d'être diagnostiquée. Lors de la dernière consultation avec moi, qui remonte à plus de trois mois, je m'étais, de par moi-même, étonnée que le **bilan lésionnel** initialement prévu en hospitalisation n'ait pas été réalisé ; cela peut être attribué au fait que son comportement addictif ait occupé, pour un certain nombre de ses interlocuteurs médicaux, et en particulier pendant l'hospitalisation, le devant de la scène. J'avais donc demandé un contrôle radiologique de routine - d'autant que les maux de tête avaient changé de nature - qui a permis le diagnostic précoce de cette récurrence.

Je m'étonne de la tournure que prennent les choses : j'ai remarqué, au fur et à mesure de la prise en charge, que lors des consultations avec moi je ne ressentais pas, comme les confrères et consœurs en question, les difficultés relationnelles liées à un comportement addictif, qui va aussi souvent de pair avec dissimulation, mensonges, double jeu plus ou moins conscient,

voire manipulation, et peut entraîner un fort malaise dans la relation par la rupture de la confiance nécessaire. Je mettais sur le compte de ma naïveté, de ma relative inexpérience, ma non-perception de ces enjeux, pensant que je devais probablement me laisser manipuler à mon insu, et me félicitant que la prise en charge implique des intervenants multiples. J'avais été surprise par le déroulement de l'hospitalisation, son caractère dramatique, conflictuel, chez cette femme qui m'avait paru vraiment authentique. Surprise également, par la teneur de certains courriers médicaux, empreints de méfiance, appelant à des **prises en charge** presque policières.

Ce retournement de situation semble au moins en partie valider mes choix et mes ressentis concernant cette patiente, et je me félicite pour elle de ne m'être pas inscrite dans la longue liste des médecins ayant fait, selon elle, des diagnostics tardifs de ses pathologies : l'addiction, pour réelle qu'elle soit, ne protège pas des récurrences tumorales. Je suis fière de moi, et je me félicite d'avoir fait confiance à mon intuition ; consciente, néanmoins, de ce que la réalité d'une personnalité sujette aux addictions peut induire de **clivage** et d'**opposition** entre les soignants engagés dans la **prise en charge**.

Quand je l'avais revue après l'hospitalisation, et avais pris connaissance de son déroulement, j'avais envisagé que peut-être un élément de ce qui s'était mal passé tenait à l'identification entre cette personne et une intervenante assez centrale dans le service ; leurs histoires de vie présentaient en effet quelques similarités, dans le registre du tragique - en tant que dialogue avec la mort et un ordre du monde si cruel qu'il n'est plus appréhendable, dépasse l'entendement humain; cette identification avaient pu faire obstacle à la reconnaissance du caractère traumatique des expériences vécues par Mme B, la soignante en question ayant pris le chemin d'une mise à distance assez radicale du coût affectif réel de tels événements. Or, un 'rite des endeuillés' était ici nécessaire.

Consciente de l'importance, dans ce type de **prise en charge**, de la nature symétrique du *travail* du soignant et du patient : c'est-à-dire que le soignant ici va, tel un chaman, accompagner le patient dans un voyage qu'il doit déjà avoir parcouru lui-même (c'est ce qui en fait un initié), je supputais que le fait qu'ici le 'chaman' ne puisse pas devancer la patiente faute d'avoir encore entrepris utilement ce voyage lui-même avait pu constituer un obstacle. J'y vis donc la possibilité d'une confirmation de mon hypothèse 'chamanique'.

D'autant que cette soignante, au rôle particulièrement 'chamanique', avait été sollicitée très tôt, *hors cadre*, et plus que de coutume, pour cette patiente : c'est moi-même qui l'avait appelée, fait exceptionnel, à la fin de la première consultation : l'histoire narrée alors par

Mme B me semblait l'avoir tellement troublée, comme reportée en arrière dans le passé, que je redoutais de la voir repartir seule au volant de sa voiture pour un trajet d'environ 2 heures. J'avais donc sollicité cette intervenante, qui pratique l'hypnose, très spécifiquement pour l'aider à revenir 'dans le présent'.

Et j'avais été surprise, en la contactant ensuite pour connaître la fin de l'histoire, d'entendre que contrairement à son habitude elle avait agi d'une manière très différente de ce que j'avais précisément demandé, et avec une dureté qui ne me semblait pas adaptée aux circonstances, ni à ma demande. Je ne lui en avais pas fait part sur le moment.

Toujours est-il que le sevrage médicamenteux prévu passa donc, lors de cette ultime consultation, au second plan. Mme B et moi discutâmes de son vécu de ce diagnostic de récurrence, des démarches entreprises pour la traiter, et de son vécu de ces démarches. Elle m'informa d'emblée que la réponse allait être chirurgicale, et revint sur le vécu terrifiant de sa première chirurgie, se rappelant sa tête emmaillottée de bandages... nous discutâmes pragmatiquement des soutiens possibles dans cette épreuve ; je réalisai, devant la patiente, un courrier circonstancié adressé à l'anesthésiste qui allait la prendre en charge, concernant l'adaptation optimale des **antalgiques** de la douleur chronique en pré et post-opératoire et je m'autorisai –chose que je ne fais que très rarement - à proposer prudemment à la patiente le lien entre cette terreur de sa « *tête emmaillottée* » et la même image de sa mère, mourante.

Mme B prit, me sembla-t-il, très bien ce rapprochement, s'y intéressant, s'étonnant de ne pas y avoir songé elle-même plus tôt.

Nous organisâmes, avec l'aide de la soignante déjà citée que je contactai de nouveau avec l'accord de la patiente, et parce qu'elle était la seule indiquée pour le faire dans les circonstances géographiques et techniques qui allaient être celles de l'intervention, un accompagnement par des techniques de relaxation.

Cet accompagnement put avoir lieu, mais là encore je m'étonnai que la soignante ne me tienne pas au courant directement de cette prise en charge. Il fallut que j'aie moi-même glané les informations, ce qui là encore était inhabituel de sa part. Comme je le lui avais demandé, la patiente me rappela rapidement après l'intervention, qui s'était bien passée, sans angoisse ni recrudescence douloureuse. J'en fus ravie, et soulagée.

Je ne connais pas la suite de l'histoire, puisque j'ai depuis cessé mes consultations dans le service. Mme B me remercia chaudement, avant mon départ, pour mon écoute et mon accompagnement.

B. SYNTHÈSE SUR LE

FONCTIONNEMENT DU

CETD

Afin de permettre de repérer, dans les ‘cas’ que je viens de présenter, ce qui relève des organisations propres au CETD et/ou à la médecine de la douleur, je vais maintenant livrer de ces organisations une présentation synthétique, aussi descriptive que possible.

Ce descriptif est avant tout une traduction, qui vient compléter les notes de bas de page : il n’a pour objectif que d’extraire des cas cliniques les grandes lignes du contexte actif au moment et dans le lieu où ils se sont déroulés, c’est-à-dire de venir compléter la traduction des termes techniques et du jargon employés. Il s’agit de présenter, de manière synthétique, d’une part les procédures et stratégies médicales systématisées, explicites ; d’autre part, le contexte institutionnel de ces pratiques, ses organisations, règles et contraintes, à un moment donné, dans un lieu donné.

1. Grands principes thérapeutiques

a. Cadre général

« Toute douleur est nuisible et doit être soulagée. C’est même une obligation éthique majeure pour tout médecin. »¹⁶⁵

Nous allons tenter de dégager ci-après les grands principes de la médecine de la douleur telle qu’elle est pratiquée et enseignée actuellement, en nous référant aux données officielles d’une part, et à un moindre degré à notre expérience dans la ville de Nantes. Ces principes ont pour vocation revendiquée de constituer une véritable « culture commune » ou un « langage

¹⁶⁵ Paille F., Queneau P., Larbre J.P. & Wahl D., « Principes essentiels du traitement de la douleur », in *Le Médecin, le Malade et la Douleur*, Masson, Paris, 1994, p. 369.

commun »¹⁶⁶ - langage très pragmatique, tiré en bonne partie des psychothérapies stratégiques, d'une part, et comportementalistes, d'autre part. Il est largement diffusé auprès des acteurs, patients compris.

Tout d'abord, la médecine de la douleur s'appuie sur la définition de la douleur donnée par l'IASP¹⁶⁷ en 1979, définition admise par l'OMS.

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion »

Cette définition fait de la douleur une expérience en attente de communication et d'interprétation, et libère cette expérience de la contrainte de correspondre à une lésion visible, dans un « lieu affecté » donné, directement, ou indirectement par l'intermédiaire des examens complémentaires. Elle met en avant son inaltérable subjectivité.

Du point de vue de la science expérimentale, cette définition s'appuie sur un nouveau paradigme : la douleur n'est plus une sensation, mais une perception. Des avancées scientifiques, celles des neurosciences et des théories de la communication en particulier, contribuent à faire progresser la recherche dans ce sens (mémoire du corps...), en s'éloignant des présupposés dualistes répandus en biomédecine, pour se diriger vers le monisme. Ce monisme n'est pas, à l'image de certaines théories psychosomatiques, une manière déguisée d'affirmer le primat de la psyché sur le soma, mais bien un « changement de paradigme », où l'on se préoccupe avant tout de la circulation d'information à l'intérieur de l'enveloppe corporelle, et entre l'extérieur et l'intérieur.

« Physicians and patients alike find it easy to divide pain into mental pain and physical pain. But close examination of this distinction shows that it fails on clinical and philosophical grounds. The body is not a passive

¹⁶⁶ Termes lus et entendus à de nombreuses reprises dans les documents pédagogiques et les rencontres avec les médecins de la douleur.

¹⁶⁷ International Association For the Study of Pain, société savante internationale fondée en 1974 par J.J. Bonica, 'inventeur' de la médecine de la douleur. Elle reste l'organisme international de référence sur ces questions. Elle publie la revue scientifique de référence : « Pain », fondée en 1975. Elle se décline, au sein de chaque pays, en sociétés savantes nationales; en France : la SFETD, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur.

conduit for information about tissue damage. Nociception is modified and analysed throughout the nervous system. The mind is not a central theatre where pain is finally apprehended. Pain perception cannot be understood as the private observation of a pain sensation. Pain must have mental (e.g. aversion) and physical (e.g. location) elements if it is to qualify as pain. We understand our pain as well as the pain of others in terms of socially categorised pain behaviour. Pain thus originates, not in mind or body, but between minds and bodies. The dualism of mental and physical pain cannot be overcome if the biological individual is considered in isolation. Mental and physical pain can only be reconciled if their common interpersonal roots are understood. This interpersonal view of pain can help clarify some clinical and moral dilemmas in the care of patients with pain” M.D. Sullivan¹⁶⁸

Ce nouveau paradigme est fondé, du point de vue de la science expérimentale, sur la théorie dite du **Gate Control**, élaborée par Melzack et Wall en 1965. Ces chercheurs ont montré qu’il existait, au niveau de la moelle épinière, un système qui fonctionnait comme une porte, ouvrant ou non, ou partiellement, le passage au message nerveux constitué par la sensation douloureuse. Cette porte est elle-même contrôlée par un certain nombre d’influences susceptible de la fermer, et donc de constituer des mécanismes de contrôle de la douleur ; certains de ces mécanismes sont purement physiques, comme celui qui autorise le ‘contre-feu’ bien connu des rebouteux. D’autres impliquent le système nerveux autonome ou le système endocrinien, eux-mêmes pouvant subir une influence directe des émotions, de la mémoire ;

¹⁶⁸ Sullivan M.D., “Finding Pain Between Minds and Bodies”, *Clin J. pain*, 17,2001, pp. 146-156.

Je traduis : « Médecins et patients tendent à recourir à la facilité qui consiste à diviser la douleur en une douleur physique et une douleur mentale. Pourtant, cette distinction ne résiste pas à un examen approfondi, ni du point de vue clinique, ni du point de vue philosophique. Le corps n’est pas le conducteur passif d’une information sur une lésion tissulaire. La nociception (le message douloureux) est modifié et analysé à chaque étape de sa circulation dans le système nerveux. L’esprit n’est pas ce théâtre central, cette étape finale de la circulation du message douloureux, où il serait enfin appréhendé. La perception de la douleur ne peut pas être comprise comme résultant de l’appréciation individuelle, intime, d’une sensation douloureuse. La douleur, pour être perçue comme telle, doit nécessairement avoir des composantes mentales (c.a.d. l’aversion) et physiques (c.a.d. la localisation dans le corps). Notre compréhension de notre douleur et de celle des autres passe par les catégories socialement déterminées du comportement douloureux. Nous ne pouvons pas dépasser le dualisme qui consiste à diviser la douleur en douleur physique et douleur mentale, si nous considérons l’individu biologique comme une entité isolée de son environnement. La douleur physique et la douleur mentale ne peuvent être réconciliées qu’à la condition qu’il soit compris qu’elles s’enracinent toutes deux dans la vie relationnelle. Cette vision relationnelle de la douleur peut aider à clarifier certains dilemmes cliniques et moraux dans la prise en soin des patients douloureux. »

d'autres encore ont trait aux cognitions, et aux comportements appris d'anticipation vis-à-vis de la douleur ; d'autres à la mémoire, à différentes sortes de mémoire, de la plus inconsciente à celle qui est la plus présente à l'esprit ; d'autres sont liés aux émotions. Toutes sont susceptibles d'être influencées par l'imaginaire, la croyance et la représentation. Pour finir, d'autres sont encore inconnues.

Pour que ce tableau soit à peu près complet, il faut encore ajouter qu'il existe différentes sortes de douleur en fonction des mécanismes principaux qui la suscitent et parfois l'entretiennent : une lésion corporelle peut être cause de douleur (douleur par excès de nociception), mais toute lésion du système nerveux affectant les voies de la douleur peut être cause de l'envoi de messages douloureux 'erronés', si l'on veut, c'est-à-dire sans rapport avec une lésion des territoires dont ils assument la transmission douloureuse (ainsi une lésion cérébrale peut causer une douleur dans les membres.. par exemple). On parle alors de douleurs neuropathiques.

Jusqu'à très récemment, une troisième catégorie décrivait des douleurs **psychogènes**, non sans que la référence à une 'origine psychique' ne pose quelques problèmes pratiques, éthiques et épistémologiques. Depuis très peu donc, on a substitué à cette catégorie celles des douleurs par « **dysfonctionnement du système nerveux** », qui incluent les douleurs « **sine materia** », les douleurs « **auto-entretenu**es » (comme la fibromyalgie et l'AND, appelée maintenant **SDRC** pour **Syndrôme Douloureux Régional Complexe**), les douleurs survenant dans le cadre d'un **syndrome anxio-dépressif**.

On observe à cette occasion que les professionnels tentent de se départir du dualisme, mais aussi que s'agissant d'établir une classification, ils rencontrent à ce sujet d'importantes difficultés ; l'enjeu est ici d'élaborer des catégories qui ne conduisent pas, en pratique, à des conduites soupçonneuses, contre-productives et stigmatisantes, vis-à-vis des personnes dont les douleurs sont dépourvues de causes visibles et prouvables. Les débats à ce sujet sont longs, complexes et vifs. La solution, ou le moyen terme trouvé, est de faire disparaître le terme « psyché », de lui substituer des catégories descriptives (**anxiété et dépression**) et pragmatiques (**auto-entretenu**es) - qui tentent, sans y parvenir complètement, de contourner la question de l'origine du mal -, puis de ranger le tout dans une catégorie qui se réfère au corps de l'anatomie (le système nerveux) plus qu'à *la tête* ; à une nuance importante près : faute de lésion, c'est la **dysfonction** qui est évoquée. Comme les mots comptent ! Ces professionnels savent bien que la catégorie induit la stratégie.

Du point de vue pratique et neurophysiologique, ces changements dans les théories scientifiques signifient qu'aujourd'hui, la douleur perçue à un temps 't' par une personne donnée est comprise, médicalement, comme un équilibre entre les **stimuli** douloureux eux-mêmes, et l'efficacité ou non des **contrôles**. Cet équilibre rend compte de la variabilité du **seuil douloureux**, d'une personne à l'autre, d'un moment à l'autre, d'un contexte à l'autre. En conséquence, répondre à une plainte douloureuse pour tenter de la soulager, c'est autant baisser les stimuli par les moyens médicaux habituels (**antalgiques**, traitements de la lésion causale éventuelle...) que tenter d'augmenter les **contrôles**. Ceux-ci sont d'une nature telle que chaque soignant a, de sa place, dans sa clinique et sa technique propre, des outils susceptibles d'y contribuer ; aussi, que celui qui est le plus susceptible d'y parvenir, et se trouve de fait *responsabilisé* - l'un des enjeux de la clinique étant de ne pas confondre 'responsabilité' et 'culpabilité' - comme le premier **acteur de la prise en charge** est le patient lui-même ; les professionnels ne sont plus là alors que pour l'accompagner, le conseiller, le guider.

Étant ainsi définie comme une perception, la douleur est multidimensionnelle : elle ne répond ni à une causalité unique (donc pas non plus à une 'origine' unique), ni à une approche thérapeutique unique. En particulier, la participation de ressentis subjectifs (mémoire, émotion, croyances...) n'est plus mise en doute, ni à l'écart, et contribue à en faire une expérience essentiellement subjective, unique, qu'il faut avant tout « croire », dont il ne faut surtout pas mettre en doute l'authenticité, même en l'absence d'éléments objectifs corroborant la plainte, telles des lésions visibles.

b. Il existe deux types d'expérience douloureuse qui appellent des conduites thérapeutiques très différentes.

- **La « douleur aiguë »**

Elle garde valeur de signal d'alarme - et dont il faut donc chercher la cause - cette recherche ne devant pas (fait nouveau) en retarder le soulagement. Quand elle est prévisible, induite par la médecine même (chirurgie, **gestes** techniques...), il faut tout mettre en œuvre pour la prévenir.

- **La « douleur chronique »**

Elle est décrite comme telle à partir d'une durée de trois mois ou en fonction de l'importance de son **retentissement** sur la **qualité de vie**. C'est avec elle qu'apparaît véritablement le « **changement de paradigme** » tant la cause lésionnelle éventuelle perd de son intérêt diagnostique et thérapeutique, et tant l'attitude des médecins vis-à-vis du soulagement devient plus ambivalente. Les patients sont rarement vus dès ce *passage à la chronicité*, ce que déplorent les médecins de la douleur, tout en reconnaissant qu'il y a là aussi une question de *maturation* et de *timing* : de tels patients consultent souvent au bout de plusieurs années d'errance, de **nomadisme médical** (consultation de multiples spécialistes, sans cohérence globale de la démarche) marquées par l'échec thérapeutique, le rejet, la répétition de procédures techniques (imagerie, **gestes** techniques, voire chirurgie) inutiles et même souvent nocives et/ou **invasives**. Arrivés à ce stade de leurs parcours, il n'est pas rare qu'ils aient des procédures médico-légales en cours : avec les médecins de leur compagnie d'assurance, la Sécurité sociale, leur ex-employeur... Ils sont souvent en difficulté au sein de leur couple et avec leur famille, plus ou moins isolés socialement et en échec professionnellement. Ils demandent la reconnaissance ; leur attitude vis-à-vis du corps médical est alors fréquemment revendicatrice, méfiante, désabusée.

On entre alors dans un cadre d'action tout à fait différent, où, officiellement, il n'est plus envisagé comme objectif le soulagement complet. Le discours tenu au patient à ce sujet est plus négatif encore que celui tenu en coulisses - où l'on sait qu'il reste possible, mais à condition qu'on ne se le donne pas comme objectif. En effet, son avènement éventuel ne dépend que partiellement du médecin ; il dépend aussi du patient, et de choses que lui-même ne maîtrise pas nécessairement, telles que par exemple, pour ce qui est de leur lecture

psychanalytique, l'inconscient, le désir, les pulsions. On a la conviction que son éventuel soulagement ne surviendra qu'au prix d'un certain nombre de *deuils*, de *changements majeurs*, difficiles, longs, et que pour déclencher ce mécanisme de *deuil* - qui est aussi pour le patient le deuil d'une certaine attente vis-à-vis du médecin, et pour le médecin le deuil de l'efficacité de la technique - il faut d'abord *déstabiliser*, donner une *douche froide*. Ainsi, le patient est prévenu qu'il n'y aura pas de « **traitement miracle** »¹⁶⁹, il doit *faire le deuil* d'une vie sans douleur aucune. Au mieux, lui dit-on, il peut **espérer** *un soulagement partiel*. Mais surtout, ce dont il est question désormais c'est de *vivre avec*. Il n'est plus tant question de traitement que de **prise en charge** afin de pouvoir remplir un certain nombre d'**objectifs** définis en commun, de manière souvent contractualisée (**contrat thérapeutique**), entre le patient et le médecin. Cette mise à plat des **objectifs** est présentée au patient comme nécessaire pour « **s'engager sur la voie du changement** », « **limiter les risques d'échec** », et il est stipulé qu'il va donc falloir accepter de se « **dépolariser de la douleur** » et que les résultats vont « **mettre du temps** » à se faire sentir (sur les documents nantais, il est recommandé de patienter six à douze mois.) Les **objectifs** en question ont trait à la « **diminution des traitements médicamenteux dépendogènes** », à une « **amélioration de la qualité de vie** », à une « **reprise du travail, des activités extraprofessionnelles et de loisirs** », et à l'« **aplanissement des contentieux médicalolégaux** »¹⁷⁰.

c. **Évaluation**¹⁷¹

¹⁶⁹ Tiré d'un diaporama destiné à l'enseignement aux soignants - Dr Colomb, 2010.

¹⁷⁰ Tiré d'un document intégré dans le dossier remis lors des procédures de préadmission, et affiché dans les chambres des patients hospitalisés au CETD. Annexe 1

¹⁷¹ Je me suis interrogée sur la pertinence de la police verdana pour ce terme : est-ce un terme technique de la médecine de la douleur ? Je réponds par oui et par non à la fois : non, car c'est un terme qui se généralise à notre époque dans tous les champs d'activité, et ce phénomène dépasse largement la seule médecine ou médecine de la douleur. Oui, car la médecine de la douleur lui fait une place extrêmement importante et c'est véritablement l'un des piliers de sa pratique, de son langage et de sa culture. Oui et non, car, les acteurs de mon terrain du CETD de Nantes, s'approprient les outils d'évaluation d'une manière dont ils n'ont peut-être pas l'exclusivité, mais qui se démarque de la règle générale et mériterait presque une police cursive ; mais ce sera le cas dans les entretiens.

Au caractère subjectif de la plainte répond une pratique à caractère quasi obligatoire, et recommandée par l'ANAES¹⁷², qui a produit les siens propres : la diffusion auprès des patients d'outils d'autoévaluation¹⁷³ de la douleur (telle l'EVA pour l'évaluation quantitative et l'autoquestionnaire de Saint Antoine - ou QSA - pour l'aspect qualitatif), de la dépression et de l'anxiété (échelle de Hamilton, Beck Depression Inventory...), de la qualité de vie (Dukes, Dallas...), du comportement. Il existe également des échelles d'hétéroévaluation, réservées en priorité aux patients non communicants. Elles ont été conçues primitivement pour les personnes âgées en institution (échelle doloplus, algoplus) et pour les enfants.

Lors de la première journée nationale consacrée à la prise en charge de la douleur en psychiatrie (2006), il a été dit qu'il n'existe pas d'échelles spécialisées pour les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Ces évaluations, qui sont recommandées tant pour la douleur aiguë que pour la douleur chronique, doivent être pratiquées dès l'accueil du patient, et ensuite à « des moments et des rythmes déterminés en équipe », en fonction de la situation (description détaillée de la douleur à l'admission ou des douleurs aiguës intercurrentes, efficacité des procédures antalgiques, procédure douloureuse à prévenir telle une mobilisation ou de soins sur une plaie) à l'aide d'outils adaptés au patient et à la situation¹⁷⁴. Ces évaluations doivent être accompagnées d'explications.

Le but de ces procédures, dont l'explication varie en fonction des interlocuteurs, peut être pour certains «de rendre objectif un phénomène douloureux subjectif, (de) permettre d'identifier (et de) reconnaître des patients présentant une douleur grâce à une procédure structurée, et de transmettre l'information dans un langage commun »¹⁷⁵.

J'ai donc opté pour la police verdana, tout du moins à chaque fois que ce terme se réfère précisément à cette procédure technique, sur la force du « oui », mais ces réserves me paraissaient nécessaires.

¹⁷² La très respectée agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, qui diffuse des recommandations de bonne pratique auprès des médecins.

¹⁷³ Annexe 2

¹⁷⁴ En termes de douleur aiguë, l'EVA est utilisée au lit du patient, parfois même (c'est le cas au CHU de K.) depuis 2004, et cela fut vécu comme une grande victoire par le CLUD) les résultats de l'EVA sont inscrits avec la température, le pouls et la tension, sur la fameuse « feuille de température » au chevet du patient.

Pour ce qui est de la douleur chronique, les dossiers d'autoévaluation sont remis au patient en salle d'attente, avant la consultation. Le médecin a ainsi le questionnaire en sa possession pendant la consultation. Les remplir prend, sauf difficultés particulières, environ 15 minutes.

¹⁷⁵ Enseignement aux infirmières et aides-soignantes réalisé par l'équipe mobile douleur du CHU de Nantes.

Pour d'autres (dont je fais partie, en tant qu'enseignante et praticienne), il s'agit essentiellement d'un support, presque d'un « objet transitionnel » au sens de la psychanalyse, qui permet l'établissement d'une communication plus sereine entre soignant et soigné.

Dans mon expérience - et je cite dans ce paragraphe le contenu d'un de mes enseignements aux soignants, toutes professions confondues¹⁷⁶ - c'est un outil qui sert, précisément, à **croire et à le montrer** : le patient se sent en effet ainsi cru et **pris au sérieux**, et le premier est rassuré par le caractère matériel et visible de la plainte ainsi traduite. Les évaluations produisent **des points de repères** qui permettent **d'organiser** les prises en charge, de **discriminer** et de **prioriser** parmi les **problèmes**, **d'orienter** vers des **objectifs** et des **solutions**, de faire du patient un **acteur de sa prise en charge**, ainsi que de se situer dans le temps (évaluations répétées permettant de suivre l'évolution). On parvient ainsi à lever un certain nombre de malentendus concernant les **objectifs** possibles d'une telle prise en charge, en particulier à se décentrer d'un objectif centré sur la baisse de la douleur, pour s'orienter vers un **objectif** en termes d'**augmentation de la qualité de vie** ou encore de **résistance à la douleur**. Il s'agit aussi de renoncer ensemble à une **solution miracle** de type médicamenteux ou chirurgical, pour se diriger vers une amélioration progressive qui respecte aussi la liberté de choix et l'identité du patient, à un stade où la douleur fait, littéralement, partie de lui : de se dégager donc de la **plainte** ('j'ai mal') pour entendre la **demande** réelle (qui n'est pas toujours un 'soulagez-moi', plus souvent un 'entendez-moi'), et le cas échéant de se dégager de l'ambivalence de cette dernière (qu'on pourrait parfois traduire par : 'soulagez moi intégralement mais comme je sais que pour me soulager je dois renoncer à une partie de ce qui est moi ne me soulagez pas') autant que de notre *injonction de 'faire'* et guérir à tout prix, et du sentiment d'impuissance et de culpabilité qui, dans le cas de la douleur chronique, en est le corollaire pour le soignant.

Soignant et soigné, moins envahis, moins angoissés, moins culpabilisés, pourront ainsi accéder à une communication moins violente, moins teintée par le conflit. C'est cette base : une **alliance thérapeutique** de qualité, qui est le préalable indispensable à une prise en charge d'un patient douloureux chronique. L'importance de cette base, de cette étape de l'évaluation ainsi définie et de son corollaire, l'**alliance thérapeutique**, justifie qu'elles occupent à elles seules l'essentiel de la (voire des) premières consultations, dont la durée est particulièrement notable : une à deux heures, selon les cas.

¹⁷⁶ D'où l'utilisation de la police verdana.

Un autre élément notable de cette première étape est la faible place, voire l'absence, d'examen clinique.

Au niveau institutionnel, les évaluations permettent, par l'enseignement à tous les personnels de l'utilisation d'un outil simple, de généraliser l'incitation à porter son attention vers la plainte douloureuse, en coupant court à de longs débats idéologiques. Là aussi, cela permet de réduire les conflits, entre professionnels cette fois-ci.

d. Prise en charge « bio-psycho-sociale » et pluridisciplinaire

Au caractère multidimensionnel et *circulaire* de sa causalité et de son traitement (*comment aller mieux*) répond, conformément aux recommandations de l'IASP, la pluridisciplinarité des acteurs de la prise en charge ; celle-ci doit être bio-psycho-sociale^{177,178}. Celle-ci va s'articuler autour de quatre axes qui organisent dans le temps, dans l'espace et dans la narration faite autour du soin, les rôles et places des différents acteurs¹⁷⁹:

- **L'axe lésionnel**

Il contribue à la recherche de lésions pouvant causer des *épines douloureuses* qui entretiennent la douleur, soit directement sur le lieu affecté - s'il y en a un - ou ailleurs : les équilibres neurophysiologiques complexes qui régulent le seuil douloureux global sont aussi influencés par la mémoire des diverses sensations douloureuses perçues par la personne (mémoire au sens d'inscription corporelle des messages neurophysiologiques, aussi bien qu'au sens cognitif, imaginaire, émotionnel...)

Il s'agit donc ici de pratiquer des examens cliniques et des examens complémentaires, de solliciter des avis spécialisés, y compris chirurgicaux si c'est adéquat, d'adapter les traitements antalgiques, de pratiquer si nécessaire des techniques invasives. Il faut inclure dans ces dernières des techniques chirurgicales ou anesthésiques spécifiquement antalgiques, qui n'interviennent pas sur une lésion mais sur la circulation et la régulation du message douloureux.

¹⁷⁷ Voir Annexe 1.

¹⁷⁸ Radat F., «Souffrance et douleur. Les aspects psychiques de la douleur chronique, une approche bio-psycho-sociale », *confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 40-44.

¹⁷⁹ Annexe 1: document affiché dans les chambres des patients.

- **L'axe fonctionnel**

Il comprend la prise en charge rééducative dont kinésithérapie, ergothérapie (postures et matériel adaptés, en particulier sur le poste de travail), et techniques spécifiques directement **antalgiques** (massages **antalgiques** et décontracturants, *petits moyens* que constituent par exemple les compresses chaudes).

Il comprend également l'application des **TENS**, appareils de **neurostimulation transcutanée** qui agissent soit en permettant la libération locale d'endorphines (**antalgiques** naturels produits par l'organisme), soit en déclenchant au niveau médullaire les mécanismes naturels de **contrôle** de la douleur décrits dans la théorie du **gate control**. Les patients peuvent louer puis acheter (c'est remboursé par la Sécurité sociale) de petits appareils portatifs, à peine plus gros qu'un téléphone portable, qui s'attachent par exemple à la ceinture à l'aide d'une barrette prévue à cet effet, et sont munis de vignettes autocollantes auxquels ils sont reliés par des petits fils électriques. Ils apprennent avec leur kinésithérapeute à positionner les vignettes à l'endroit adéquat, à régler l'appareil, de manière à ce qu'ils soient capables de gérer ses effets sur leur douleur de manière autonome.

La prescription de corsets, attelles, cannes, semelles orthopédiques, appartient également à cet **axe fonctionnel**.

- **L'axe psychologique**

Au caractère subjectif de la douleur ainsi définie répond une participation importante des psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, à la **prise en charge** de la « **douleur chronique** » et à la réflexion sur la **lutte contre la douleur** (la présence d'un psychologue dans chaque CLUD est recommandée par le CNMD¹⁸⁰).

En fonction des situations et des patients il s'agira, c'est le minimum, d'une évaluation par le psychologue et le psychiatre du service, ou bien il pourra s'y ajouter une **psychothérapie de soutien**, ou encore une prise en charge **comportementale** et/ou **stratégique**,

¹⁸⁰ Collège National des Médecins de la Douleur : société savante française.

solutionniste et systémique, une psychothérapie d'inspiration analytique, voire de techniques spécifiques en hypnose ou en EMDR¹⁸¹.

Le psychologue et le psychiatre ont aussi pour mission d'apporter leur contribution à la réflexion des équipes, comme nous l'avons vu dans les cas cliniques.¹⁸²

Leurs évaluations ont pour but à la fois d'assister la formulation d'objectifs et à celle du contrat de soin, de dépister les comorbidités psychiatriques (en moyenne, variable selon les études, 50 % de patients souffrant de douleur chronique souffrent aussi de dépression sévère)¹⁸³, et de donner aux soignants non spécialisés en psychiatrie quelques grands cadres nosographiques qui vont permettre d'orienter la stratégie thérapeutique : inutile, par exemple, de chercher à tout prix à mettre fin à un contentieux si le patient est paranoïaque.

Les prises en charge comportementales visent à attirer l'attention des patients sur les comportements qui renforcent ou au contraire diminuent la douleur : ainsi va-t-il de conduites d'évitement répondant à leur peur de reproduire la douleur (dans les études américaines : « fear and avoidance » ; exemple : la kinésiophobie, c'est-à-dire la tendance à limiter tout mouvement par crainte de reproduire la douleur) ; de leurs capacités ou non à s'adapter, en fractionnant par exemple les tâches ou les charges à porter, en changeant de posture, en demandant de l'aide (« coping strategies » des Américains)^{184,185}.

Les prises en charge stratégiques et systémiques visent à se décentrer de la douleur pour envisager la gêne causée, les moyens de diminuer cette gêne - qui ne se limitent en général pas à la baisse de la douleur - et organisent dans le temps et en termes d'« objectifs communs, réalistes, concrets et évaluables » la diminution progressive de cette gêne, les obstacles rencontrés etc...¹⁸⁶

Les prises en charge d'inspiration analytique visent à favoriser l'élaboration, afin que la fonction psychique perçue de la douleur (lien avec un parent décédé, dette, identification à tel

¹⁸¹ Eye Movement Deconditionning Reprocessing : techniques proches de l'hypnose, utilisant les mouvements oculaires, et utilisés particulièrement dans les syndromes post-traumatiques.

¹⁸² En théorie, le psychologue employé par une institution a aussi pour vocation d'être le psychologue des soignants (groupe de parole...). En pratique, les psychologues acceptent rarement d'assumer cette double étiquette qui les met dans une position impossible.

¹⁸³ Radat F., « Souffrance et douleur. Les aspects psychiques de la douleur chronique, une approche bio-psychosociale », *op.cit.*

¹⁸⁴ Cf annexe 2 : Fear and avoidance belief questionnaire (FABQ)

¹⁸⁵ Laroche F., « Approche cognitivo-comportementale des lombalgies chroniques », *Synoviale*, n°129, mars 2004, pp. 34 -37.

¹⁸⁶ Annexe 4: exemple d'un enseignement donné en 2001 dans le cadre du Réseau douleur de l'ouest (REDO) par un psychothérapeute Nantais particulièrement familier des patients douloureux chroniques et de leurs praticiens, intervenant régulier des diverses formations auxquelles j'ai assisté ou participé.

ou tel membre de la famille, place de l'individu dans sa famille, autorisation du désir) trouve à s'exprimer dans un registre affectif, langagier. Les affects refoulés fixés en cette « pseudo-pulsion » qu'est la douleur pour Freud sont ainsi mobilisés, libérés, et le sujet peut retrouver identité, appartenance, autonomie. En outre, les conflits intrapsychiques peuvent être verbalisés et trouver des aboutissements dans le réel qui viennent soulager la personne.¹⁸⁷

- **l'axe socio-professionnel**

Le retour en activité, quelle qu'elle soit, est « le seul outil thérapeutique ayant fait la preuve de son efficacité dans la douleur chronique rebelle ».¹⁸⁸ Le sentiment d'utilité et la distraction sont reconnus comme étant parmi les remèdes les plus efficaces pour améliorer la plainte des patients, bien avant les médicaments¹⁸⁹. Pour toutes ces raisons, les différents outils sociaux et thérapeutiques qui peuvent appuyer la réinsertion professionnelle et faciliter ces ressentis font partie intégrante de la prise en charge (reconnaissance comme **travailleur handicapé** afin d'adapter le poste de travail, ou mise en **invalidité** pour adapter le nombre d'heures travaillées...). En outre, les contentieux de toute nature (médico-légaux...) sont des facteurs de chronicisation de la plainte douloureuse, et aider les patients à les aplanir les aide aussi à aller mieux. Des intervenants médicaux (médecin du travail, médecin conseil...) ou sociaux (assistante sociale...) peuvent y contribuer. Le rôle de la famille est aussi mis en avant.

Je conclurai cette description des quatre axes de la prise en charge pluridisciplinaire avec cette phrase de F. Radat qui en dit long sur la fausse simplicité de telles procédures, pour les théoriciens que nous sommes, aussi :

¹⁸⁷ Robin B., Nizard J., Houart C., Gélugne F., Bocher R., Lajat Y., « Place du psychiatre dans un centre de traitement de la douleur. Intégration de la lésion psychique douloureuse. », *Douleur et Analgésie* n° 3, 2003, pp. 161-167.

¹⁸⁸ Nizard J., *Service médical rendu aux lombalgiques chroniques rebelles par un centre de traitement de la douleur*, Mémoire de D.E.A. : Méthodes d'analyse des systèmes de Santé, Rennes 1, Lyon 1, 2000. Sa référence : Van der Weide W.E., Verbeek J.A.H.M., Van Dijk F.J.H., "In balans, op weg naar richtlijnen voor social-medische begeleiding bij rucklachten. Tijdschrift voor bedrijfs"-en *Verzekeringsgenneskunde* 1995; 3: pp 220-225.

¹⁸⁹ Flor H., Fydrich T., Turk D.C., "Efficacy of Multidisciplinary Pain Treatment Centers: a Meta-analytic Review", *Pain* n°49, 1992, pp. 221-230.

« Si la pluridisciplinarité n'est réalisable sur le plan théorique qu'au prix de contorsions peu enrichissantes, sur le plan pratique à l'inverse elle intensifie la palette des possibilités thérapeutiques ouvertes au patient. »¹⁹⁰

2. Le CETD de Nantes : constitution et fonctionnement.

Période 2001-2003¹⁹¹

a. Description générale

Situé dans les locaux du centre hospitalier universitaire, le CETD de Nantes est une structure de prise en charge de la douleur de niveau III¹⁹² (la seule de deux régions contiguës) et répond aux critères des circulaires de 1994 et 1998 les concernant : à ce titre il dispose d'un local et de lits d'hospitalisation spécifiques (au nombre de sept) et d'un plateau technique. Il participe à des activités de recherche et d'enseignement. Il est à noter qu'il constitue, du fait de l'expertise et du recul de ses chirurgiens sur ce type de pratiques, un pôle d'excellence en termes de neurochirurgie de la douleur.

L'activité du CETD de Nantes est en constante augmentation (exemple : 873 consultations en 1999, 1 122 en 2000, 1 355 en 2001 ; 967 journées d'hospitalisation en 1999, 1 200 en 2000, 1 418 en 2001)¹⁹³, et les médecins y observent une constante augmentation de la demande. Ils demandent une augmentation du nombre de lits (de sept à dix), une augmentation de tous les personnels médicaux et paramédicaux.⁴

Le patient-type du centre est un « patient douloureux chronique rebelle aux thérapeutiques antérieures, non cancéreux »⁴. La plupart des patients consultent pour des rachialgies, opérées ou non. Viennent ensuite les autres pathologies locomotrices chroniques : arthrose des membres, syndromes régionaux complexes comme l'algodystrophie (AND), la fibromyalgie, les rhumatismes inflammatoires

¹⁹⁰ Radat F., «Souffrance et douleur. Les aspects psychiques de la douleur chronique, une approche bio-psycho-sociale », *op.cit.*, p. 39.

¹⁹¹ Les modifications intervenues pendant la période 2004-2007 seront soit spécifiées telles quelles dans le corps du texte, soit, pour la plupart, rapportées ultérieurement dans la partie relatant mon parcours au CETD.

¹⁹² Niveau III : consultations, unité d'hospitalisation, plateau technique, recherche et enseignement. Voir plus loin l' historique des textes légaux réglementant l'exercice de la médecine de la douleur.

¹⁹³ Source : Nizard J., documents officiels du CETD de Nantes.

chroniques invalidants (spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde). Les douleurs neurologiques sont assez fréquentes : céphalées rebelles, algies faciales, polyneuropathies. Plus rarement, on voit des douleurs secondaires à une amputation (douleur du membre fantôme)¹⁹⁴.

Le chef de service et créateur de l'activité douleur au CHU de Nantes est neurochirurgien et professeur à la faculté de médecine de Nantes . Il a commencé à s'intéresser à la chirurgie puis à la médecine de la douleur dès la fin des années 1970 et fait donc figure de pionnier en France dans ce domaine (comme dans celui de l'acupuncture, d'ailleurs).

Le praticien hospitalier chargé de l'unité - dont le poste a été créé en 2000 - est rhumatologue, gériatre et algologue de formation. Il est également président du CLUD¹⁹⁵ des hôpitaux de Nantes, président du Réseau douleur de l'ouest (REDO) et chargé d'enseigner sa discipline à la faculté de médecine et dans le cadre de diverses formations continues des personnels médicaux et paramédicaux, dont la capacité de la douleur qui forme aujourd'hui les médecins de la douleur (dits aussi algologues). Il participe à des actions de recherche en lien avec le département de thérapeutique de la faculté.

Les lits d'hospitalisation de l'unité douleur sont situés en hôpital de semaine de neurologie et neurochirurgie et partagent le plateau technique et le plateau des consultations du pôle neurosciences avec ces spécialités, ce qui lui donne un accès direct à un certain nombre d'examens complémentaires, d'avis spécialisés, ou de gestes nécessitant un bloc opératoire. Par ailleurs, la qualification en hôpital de semaine implique qu'il s'agit d'hospitalisations programmées : il n'y a pas dans cette aile du bâtiment - sauf en 'dépannage' par manque de lits, de manière très transitoire - d'admission en urgence. Le service est ainsi fermé les week-ends, les jours fériés et pendant certaines périodes de vacances (les deux mois d'été entre autres). C'est un mode de fonctionnement qui est très différent de la plupart des services hospitaliers d'un CHU, qui sont dits de médecine aiguë, et qui tournent en permanence grâce au personnel de garde.

Il y a, conformément aux directives de la circulaire, du personnel médical à plein temps dans plus d'une discipline, et la participation de consultants de disciplines

¹⁹⁴ Source : Nizard J., documents officiels du CETD de Nantes.

¹⁹⁵ Comité de Lutte Contre la Douleur

variées est possible : neurochirurgien, rhumatologue, neurologue (spécialisés dans les migraines ou les troubles du sommeil par exemple), neuroradiologue...

La pluridisciplinarité est par ailleurs organisée autour de plusieurs axes plus ou moins formalisés ; pour le versant médical :

- le praticien hospitalier responsable passe voir les patients trois fois par semaine, une fois avec l'infirmière (à l'admission), une fois lors de la *visite pluridisciplinaire*, une fois avec l'externe¹⁹⁶ (pour la sortie du vendredi). À la visite sont présents : le praticien hospitalier et l'infirmière responsable du patient (et souvent une élève infirmière) ; la psychologue et sa stagiaire ; la musicothérapeute ; le médecin de rééducation (donne son avis sur cet aspect de la problématique du patient et aide à la mise en place d'un séjour en rééducation fonctionnelle, qui a lieu quasi systématiquement, et ce dans les trois mois qui suivent la sortie d'hospitalisation) ; le/la kinésithérapeute responsable du patient ; le patient ; des stagiaires en formation (moi, en l'occurrence), ou médecins intéressés, ou étudiants en thèse...

- le mercredi, a lieu la **consultation pluridisciplinaire**, où les patients peuvent voir un ou plusieurs (mais un seul à la fois) des consultants suivants : neurochirurgien, rhumatologue, psychiatre. Au terme de cette journée, a lieu un **staff** (réunion de personnel) qui rassemble les différents intervenants médicaux de la journée pour une discussion autour des dossiers. (Le vendredi également ont lieu des consultations impliquant le rhumatologue et le neurochirurgien, sans **staff** et sans psychiatre.) Pour les patients hospitalisés en deuxième semaine, c'est l'occasion de la consultation systématique avec un psychiatre. Il y a un certain flottement concernant les vacations du psychiatre : difficulté à obtenir un nombre suffisant de vacations rémunérées et, en l'absence de ces dernières, difficultés à fidéliser un intervenant fixe. Par ailleurs, le caractère systématique de cette consultation - qui est avant tout un avis sur la coexistence d'une éventuelle psychopathologie, la nécessité et les modalités d'un suivi psychothérapeutique - n'est pas absolu : parfois, un nombre trop important de patients amène à faire un choix ; d'autres fois (rares dans mon expérience, après un temps de négociation) certains patients s'y opposent.

- le lundi soir (dans l'unité) et le jeudi matin (sur le plateau des consultations), intervient un médecin ostéopathe, acupuncteur, thérapeute manuel et médecin du sport ;

¹⁹⁶ Étudiant en 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} année de médecine.

- le lundi après-midi, les patients hospitalisés pour qui cela semble opportun (au vu de leur demande ou de leur situation) vont voir des internes de médecine du travail pour faire un débrouillage de la relation entre leur plainte et le milieu du travail, et un bilan de compétences. Dans les mois qui suivent l'hospitalisation, ce bilan sera le plus souvent mis à profit par un médecin expert de pathologie professionnelle, intervenant dans une autre structure relevant également du service public, qui consulte ici à titre bénévole, pour envisager, la plupart du temps, une réorientation professionnelle ou une adaptation de poste (si le patient a déjà un suivi par un médecin du travail, celui-ci est privilégié) ;
- des avis peuvent être pris auprès d'un médecin-conseil de la Sécurité sociale qui passe, à la demande, voir les patients hospitalisés, concernant : aplanissements de contentieux, réévaluations du taux d'invalidité, mises en place d'aides sociales (si le patient a déjà pris contact avec le médecin-conseil dont il relève, ce suivi est privilégié ; le médecin-conseil associé à l'unité pouvant néanmoins être interrogé à titre consultatif).

La **pluridisciplinarité** ne se limite pas à l'implication de différentes spécialités médicales ou chirurgicales, elle se traduit aussi par la forte implication du personnel paramédical, à tous les échelons : les agents du service hospitalier, les aides-soignantes, les infirmières et leur surveillante, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales (et à un moindre degré, les diététiciennes). Tout ce personnel est également convoqué à un **staff** qui concerne essentiellement les patients en cours d'hospitalisation. Il se déroule le jeudi midi, après la matinée occupée par les consultations du psychiatre et de l'ostéopathe/acupuncteur. Cela permet que le plus grand nombre de professions y soient représentées (toutes y sont invitées, y compris les secrétaires, qui cependant ont toujours refusé d'être présentes). En général, il comprend une ou deux infirmières en fonction de leur disponibilité, une ou deux aides-soignantes ou/et agent de service, l'interne et le cas échéant l'externe, le médecin responsable qui présente les dossiers, le psychiatre qui vient de voir les patients (on l'attend pour commencer), les kinés, les autres étudiants stagiaires (pharmaciens, psychologues...), l'assistante sociale, parfois le médecin conseil du CHU, la musicothérapeute. L'ostéopathe n'est en général pas encore libéré de ses consultations à cette heure, et le **staff**, jusqu'en 2004, n'avait pas lieu sur le temps de présence au CETD de la psychologue qui n'y assistait donc pas, malgré des sollicitations là aussi répétées pour qu'elle soit présente malgré tout (elle ne pouvait pas, ayant un temps de présence clinique dans un autre établissement le jeudi après-midi). Pendant mon séjour, eurent lieu des pourparlers concernant l'opportunité de

maintenir deux **staffs** séparés, la possibilité ou non d'en faire un seul, en fonction des emplois du temps des uns et des autres : un staff de ce genre implique en général - c'est vrai aussi pour les médecins - de déborder sur son temps de travail, pour pouvoir concilier les emplois du temps de chacun.

Les kinésithérapeutes (deux mi-temps) et les assistantes sociales - qui ne sont pas propres au CETD mais couvrent plusieurs services - sont dramatiquement en sous-effectif compte tenu des nécessités du CETD et des objectifs fixés à la médecine de la douleur. Des demandes ont été faites dans ce sens.

Les infirmières et les aides-soignantes qui s'occupent des patients douloureux sont également chargées d'autres patients de l'hôpital de semaine : elles ne sont pas spécifiquement affectées aux *lits douleur*. Le recrutement des infirmières est fait par leur surveillante, en fonction de leur motivation, de leur *profil* global, qui ne comprend pas nécessairement une *qualification spécifique douleur*. Il n'est pas prévu pour elles à titre systématique de *formation spécifique douleur*, mais un stage de trois jours de formation à la **relation soignant/soigné**, et elles sont bien sûr libres de se former de leur propre initiative. Leur contrat dans le service est limité à cinq ans ; les raisons évoquées - qui restent à vérifier - en seraient que leur tâche est considérée comme privilégiée, 'planquée', parce qu'elles ne travaillent pas les week-ends et que leurs vacances sont fixes, et cela sans aucune considération pour la spécificité de leur travail. Si cela est vérifié, cela illustre de manière intéressante - au même titre que le débat sur le prix des consultations libérales en médecine de la douleur - la question du statut de l'écoute et de la qualité de l'abord relationnel soignant/soigné : au-delà des belles paroles, l'administration est-elle prête à reconnaître - financièrement entre autres - le travail et le temps que représente l'écoute et la disponibilité ? Idem pour les qualifications (sûrement plus qu'un stage de trois jours) et la supervision que cela demande (l'absence de **groupe de parole** pour les soignants étant entre autres à mettre sur le compte de la nécessité d'en prendre le temps, non rémunéré, sur son temps de loisir).

La **pluridisciplinarité**, c'est aussi l'implication d'un psychologue. La psychologue du service intervient actuellement en préalable à l'hospitalisation, pour évaluer avec le patient sa motivation et ses **objectifs**. Pendant leur hospitalisation, elle peut proposer un à deux entretiens par semaine aux patients, en fonction de leur demande, de la demande des médecins du service et de la préexistence ou non d'une prise en charge psychothérapeutique en externe. À la demande également, ces entretiens peuvent déboucher sur un suivi ultérieur avec elle, sous forme de consultations dans les locaux du CETD.

Actuellement, la psychologue ne dispose que d'un mi-temps dans le service, et malgré son ancienneté (voisine de dix ans) elle reste contractuelle et non-titulaire sur son poste (là aussi, des pourparlers sont en cours pour une titularisation à plein temps). C'est un 'détail' administratif, mais il illustre bien la fragilité de sa position, et la difficulté pour un service médical de définir et délimiter la tâche et la fonction d'un psychologue, qui doit sans cesse répondre et de sa légitimité et des limites de sa fonction : psychologue des patients ou de soignants ? Intégrée au groupe ou extérieure au groupe ? La psychologue qui était présente dans le service à ce moment s'efforçait de définir un territoire qui reste extérieur, pour pouvoir utilement, et conformément aux définitions de son poste, offrir un contre-pouvoir, une défense du sujet contre les tentations de toute puissance et d'objectivation inhérentes à la dynamique médicale. De nombreuses et houleuses discussions ayant trait au port, par elle de la blouse blanche, à son absence des deux staffs, ou à la situation de son bureau - dans le service ou hors du service - sont d'autres illustrations de ces difficultés et de ses ambiguïtés quant à sa 'place'. Elle bataillait de pied ferme, et les pressions du côté médical n'étaient ni moins fermes, ni moins constantes.

Les modalités de la collaboration entre la psychologie universitaire (puisque ne sont considérés comme psychologues par le CHU que les titulaires du DESS ou Master de psychologie clinique) et la médecine au sein du CHU font l'objet de multiples débats et de multiples tensions. L'un de ces débats et non des moindres concerne la différence de positionnement vis-à-vis du « **désir de guérir** » des médecins, d'une part, et des psychologues d'autre part. En effet, les psychologues universitaires tendent à être formés à une école de pensée au détriment des autres : qui la psychanalyse, qui Freud, qui Lacan, qui la psychologie scientifique... Quand la référence est la psychanalyse, cela peut poser certains problèmes de cohabitation avec l'attitude médicale, du fait de la neutralité et de l'abstentionnisme revendiqué par la psychanalyse, pour qui la guérison ne vient qu'en plus, éventuellement, mais ne constitue pas un objectif en soi. Ceci dit, nous verrons que, dans le cas de la médecine de la douleur, ces tensions sont l'occasion de questionnements intéressants sur le sens : sens du symptôme, sens des pratiques.

Au CETD de Nantes, pendant la période de 2001 à 2005, la psychologue est de formation psychanalytique. Elle s'est aussi formée aux thérapies stratégiques et à l'hypnose, qui ne constituent cependant pas pour elle des outils préférentiels. Depuis quelques mois, elle collabore avec une hypnothérapeute et musicothérapeute qui s'occupe dans le service, à titre bénévole, des thérapies dites **de médiation**. Cette personne a auparavant exercé comme anesthésiste jusqu'à sa récente retraite.

Comme les questions concernant le statut de l'écoute par le personnel médical et paramédical, on voit par ailleurs qu'une prise en compte effective, en monnaie sonnante et trébuchante, de la spécificité de la démarche du psychologue, du psychiatre ou du psychothérapeute est loin de rejoindre dans son développement les intentions et les discours, et qu'elle est encore largement dépendante du bénévolat de chacun.¹⁹⁷

b. Les modalités d'admission ou l'organisation de la trajectoire du patient

Les pratiques, de ce point de vue, suivent d'un CETD (c'est-à-dire un centre de niveau III inscrit dans un CHU) à l'autre des recommandations nationales. Ces recommandations sont néanmoins appliquées de manières différentes dans les centres de niveau I et II, en fonction également du domaine : public ou privé.

Les pratiques de la ville de Nantes sont représentatives de ce qui se passe dans les centres de niveau III. Leur attention à la temporalité, la *motivation*, et la *maturation*, représente dans une certaine mesure un idéal éthique : celui de pouvoir prendre le temps, laisser le temps, refuser aussi les patients à qui l'on craindrait de nuire plus que de bénéficier.

Ces pratiques ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des modalités d'admission : mais elles sont représentatives de l'idéal dont elles constituent un exemple d'application parmi d'autres, idéal dont on retrouve la trace dans les textes officiels. On peut dire, en cela, qu'elles sont représentatives de la *culture douleur*.

Il est à noter que celle-ci s'inscrit aussi dans la tradition et de l'idéal du système de santé publique français, qui vise à rendre les modalités et l'accès au soin aussi libres que possible d'enjeux financiers.

*

Voici donc, pour l'exemple, les pratiques nantaises : les patients sont en général adressés au centre en dernier recours, en situation d'échec thérapeutique, grâce à une première procédure de **pré-admission** qui consiste en la rédaction d'un dossier de demande de consultation avec l'aide du médecin traitant.

¹⁹⁷ Il en va de même, à une époque où l'on arrive à distribuer aux hôpitaux des budgets dépendant du nombre d'actes techniques effectués, de tous les actes de parole, y compris du temps infirmier, ou du temps passé en consultation médicale.

« La prise en charge au sein des unités et des centres de traitement de la douleur doit se faire en deuxième intention après un traitement bien conduit en ambulatoire. »¹⁹⁶

Une première consultation dite de **pré-admission** est alors organisée (délai d'obtention variable : trois à six mois à Nantes) avec un médecin du centre (choisi en fonction de l'adéquation entre sa spécialité d'origine et la problématique lésionnelle d'origine supposée du patient - exemple : le rhumatologue verra plutôt les patients porteurs de rhumatisme chronique, pour le neurochirurgien ce sera les névralgies...), où le problème est réévalué dans son ensemble - et le patient informé des pratiques en vigueur. À cette occasion, il remplit un premier questionnaire d'autoévaluation de la douleur¹⁹⁸ de son retentissement fonctionnel, une autoévaluation de la dépression et de l'anxiété. Pendant cette consultation, on évalue sa *motivation*, sa *compréhension* des enjeux, sa *maturation*. On l'informe, on explique, on l'encourage à réfléchir à ces explications et aux propositions de soin faites, à débiter certains aspects de la prise en charge, à revenir éventuellement en consultation... ou/et on programme directement une hospitalisation (délai : quatre mois). Si tel est le cas, le patient devra auparavant se rendre à une consultation avec la psychologue (ou le cadre infirmier parfois) du centre, pour évaluer de nouveau sa motivation et mettre en commun des **objectifs à la prise en charge**. Les hospitalisations sont ensuite confirmées ou infirmées (question de *motivation* et de *timing*) ; leur déroulement est standardisé, même si à Nantes j'ai pu observer une certaine souplesse et des variations portant en particulier sur la durée (plus que sur le contenu), qui est en principe de deux semaines.

« Les objectifs de prise en charge personnalisés sont négociés avec le patient avant son admission. [...] le patient est invité à visiter le centre et à faire connaissance avec l'équipe soignante. Il reçoit un document explicitant les modalités pratiques de la prise en charge et le rôle de chaque intervenant. Il peut, s'il le souhaite, prendre connaissance de courriers de patients faisant part de leur expérience. Une telle démarche vise à élaborer une stratégie thérapeutique commune, où le patient devient acteur à part entière de sa prise en charge. »¹⁹⁹

¹⁹⁶ Documents produits par le CETD de Nantes.

¹⁹⁸ Annexe 1

¹⁹⁹ Documents produits par le CETD de Nantes.

L'hospitalisation est le lieu et le moment où tous les acteurs de la pluridisciplinarité sont véritablement mis en scène, *boîte à outils* où le patient est invité à *se servir*, et dont on l'encourage à garder chaque élément qui amènerait la moindre petite amélioration : « *Faire plus de ce qui fait du bien, moins de ce qui fait du mal* ». À Nantes, son déroulement est programmé et l'on s'efforce de trouver un équilibre entre une systématisation des procédures et un service à la carte : autour de ce point d'équilibre se jouant bien sûr une dialectique de l'imposition et du libre arbitre, du savoir et du pouvoir, profane versus initié ; la tentation toujours présente dans le corps médical - ce que ne manquent pas de remarquer les infirmières et la psychologue - de glisser, statistiques à l'appui ou non, vers plus de systématisation, avec la dimension rituelle qui peut en découler, donnant parfois lieu à des mises en scène d'un « sens oublié », pour reprendre le terme employé par D. Lebreton (perfusion systématique, infiltrations systématiques, corset systématique : autant de marquages corporels, rituels, initiatiques). À cette multiplicité des intervenants répond un *dossier unique*, ou *dossier douleur*, support narratif de l'histoire de vie du patient, de sa douleur et de sa prise en charge. C'est aussi le lieu et le moment d'une adaptation des traitements **antalgiques**, qui se fait en général dans le sens d'une diminution (**sevrage**) voire d'un arrêt des traitements dits dépendogènes (morphiniques et benzodiazépines en particulier).

Après leur sortie, les patients seront en général revus en consultation après quatre à six mois de mise en pratique, à domicile, des nouveaux apprentissages. Cette période sera ponctuée le plus souvent d'une hospitalisation en **rééducation fonctionnelle** (réadaptation à l'effort, apprentissage du fractionnement et du *dosage* de l'effort, travail de posture...), d'un suivi psychothérapeutique (de type variable) en externe et de rendez-vous réguliers (deux fois par semaine sur les prescriptions pré-remplies) chez le kinésithérapeute. Ils verront également l'expert de pathologie professionnelle et tout autre intervenant (médecin-conseil, assistante sociale...) susceptible de les aider à aplanir les contentieux et à engager des réorientations professionnelles éventuelles ou des adaptations de poste. Le médecin traitant est tenu au courant de toutes ces procédures, par un courrier détaillé, et reste un interlocuteur de choix pour le patient.

La suite est adaptée au cas par cas ; il arrive, mais c'est assez rare, qu'une nouvelle hospitalisation soit programmée. D'une manière générale, le maître-mot étant l'**autonomisation** du patient, la prise en charge est envisagée comme un apprentissage, *coaché* sur une période définie, au terme duquel le patient est capable de s'organiser par lui-

même, de gérer ses douleurs, avec éventuellement des évaluations très espacées au centre.

Pour conclure ce descriptif, voici un extrait d'un des entretiens réalisés avec un praticien :

«... Il y a des gens qu'on voit et qui disent : "Ben oui, mais moi, j'ai toujours fait beaucoup de sport, je ne peux plus faire de tennis alors, je ne peux plus faire de footing, machin..." Eux, ils se disent "j'suis qu'un vieillard". Alors là il faut arriver à faire passer le message que, d'une part, c'est irrévocable... que ça fait partie de la vie : y a plein de choses qu'il faisait quand il était jeune qu'il ne fait plus à son âge, mais par contre il peut faire peut-être d'autres activités. C'est le message qu'il faut arr... mais on arrive à les faire passer, le problème c'est, c'est de faire passer un message... hein, ça il faut revenir par couches successives... Alors parfois ici, ben comme il faut, euh... ils sont déjà préparés, comme vous l'avez dit hein, parce que ils sont devant des échecs, échecs, échecs... Eh bien, on leur dit "Bon, vous allez garder votre douleur". Alors, c'est la douche froide... puis après on va reconstruire : "Effectivement vous allez garder votre douleur, mais on peut faire un certain nombre de choses, quand même, vous pourrez faire plus de choses, malgré vos douleurs." Et on commence à introduire la notion de programme, euh... c'est pas simple... mais il faut chez certaines personnes les déstabiliser d'abord ! Faut qu'ils entendent aussi ! Tout n'est pas de la faute du médecin, parfois le médecin il l'a dit, mais ça n'a pas été entendu. Donc, là, c'est des techniques psychologiques, le but c'est de déstabiliser de manière à ce qu'ils entendent le message. Parce que... on m'a dit : "Si vous voulez qu'on [fasse ça, d'accord] mais quand j'aurai plus mal." Ah ! C'est mal parti ! Donc il faut arriver à leur faire comprendre que... cette douleur, ça va être leur compagne. Alors c'est pas sympa, c'est pas... mais on n'est pas forcément là pour euh... on est là pour leur rendre service, on n'est pas là pour être sympa avec les gens. Donc, voilà un p'tit peu mon... voilà. Mais je pense profondément que, d'une part, le diagnostic de passage à la chronicité, on le sent très tôt, et c'est là qu'il faudrait mettre en route les... contre-feux. Et que, tant qu'on n'aura pas remis dans la société le sujet, on ne lui aura pas donné une raison de vivre et de se rendre utile, on aura un échec... Hein »

(Entretien avec Z)

C. « Dossier douleur »

Ce dossier est présenté en annexe 4, et j'invite à s'y reporter pour faciliter l'abord de sa description. Ce passage est en effet un peu long et peut paraître fastidieux. Il se justifie par l'importance, déjà constatée dans les cas cliniques, des modalités de l'organisation de la parole du patient, des professionnels, du tissage entre parole écrite, parole orale, et par la valeur

thérapeutique accordée à la nature du récit produit au cours et au terme de la prise en charge. Cette description va servir l'analyse ultérieure, c'est pourquoi elle est si détaillée.

Le *dossier douleur* est différent du dossier médical unique (qui circule entre les services, et qui a d'ailleurs été créé récemment dans ce but) où l'on va collecter les courriers, résultats d'examens complémentaires, observations des étudiants et des médecins... Cette particularité (qu'on ait jugé utile de maintenir un recueil de données séparées, spécifique du service) me paraît intéressante à noter : la collecte de données est ici différente de ce qui se pratique ailleurs en médecine, et regroupé selon un ordre bien particulier qui ne doit pas être perturbé²⁰⁰.

C'est un dossier-type, qui est régulièrement remanié, et qui est rempli par plusieurs intervenants, soit directement, soit après recueil de leurs commentaires par l'un des médecins du service. La plus grande partie est remplie par le médecin responsable ou l'interne ou, depuis peu, l'externe, et reste donc sous la responsabilité et la centralisation du médecin responsable. Par exemple le psychiatre, ou le médecin du travail ne remplissent pas, en pratique, la partie qui leur est réservée : ils nous font part de leurs commentaires par oral ou sur un dossier qui leur est propre, et le médecin responsable les note dans le dossier douleur en abrégé, puis il nous les envoie par courrier (courriers qui seront joint au dossier médical) idem pour les infirmières et ASH qui n'ont pas de parties réservées. Leurs propos sont là aussi traduits par le médecin lors de la réunion d'équipe hebdomadaire et inscrit sous le chapitre **staff multidisciplinaire** ou **évolution en hospitalisation**.

Elles écrivent par ailleurs directement leurs observations dans les pages **transmissions** du dossier de soins infirmiers. Devant le fait qu'elle n'inscrivait rien dans ce dernier, un compromis a été mis en place : pendant l'hospitalisation, le **cardex** ou dossier de soins du patient, habituellement réservé aux infirmières, comprend, résorbe, ici, d'une part le dossier médical, spécifique au CETD (et non l'ensemble du dossier médical) perforé pour rendre cela possible ; d'autre part le dossier infirmier (renseignements administratifs, transmissions, prescriptions), sans séparation.

Les kinésithérapeutes ont une page qu'ils remplissent irrégulièrement, comme si cette inscription écrite représentait pour eux une légitimité au seuil de laquelle ils hésitaient. En particulier, de multiples rappels qui leur ont été faits de noter par écrits les résultats chiffrés des patients aux tests d'endurance physique qui sont réalisés, et dont les patients ont toutes les peines du monde à se souvenir, se sont jusqu'à présent soldés par un échec. En 2005, de guerre

²⁰⁰ Annexe 1

lasse, il était question de leur proposer de l'inscrire sur une feuille à part, affichée au mur dans les chambres des patients. La proposition, faite il y a deux semaines, n'a toujours pas été entérinée dans les faits au moment où nous écrivons ces lignes. L'externe en pharmacie remplit la partie **traitements médicamenteux antérieurs et actuels**.

Il est actuellement (depuis trois ou quatre ans) constitué de 29 pages pré tapées avec des parties à remplir, certaines sous forme de tableaux, d'autres non. Sur la première page figurent les renseignements personnels, d'état civil et administratifs, ainsi que (tout en haut, souvent surligné en fluo par le médecin responsable) le statut professionnel (en activité ou non, et si non depuis quand), les ressources (pensions ou salaires? profession du conjoint). On note la date de la première consultation et le médecin qui a reçu le patient pour ce premier contact. Ensuite viennent les différents correspondants externes du malade (médecin traitant puis spécialistes, kinésithérapeute, médecins du travail et médecin conseil, numéro de Sécurité sociale (pour ainsi dire jamais rempli). Ensuite, dans le plus grand cadre, vient le **motif** : les douleurs (même celles qui n'amènent pas le patient à consulter), qui sont classées en fonction de leur localisation selon deux grands axes: rachis et membres, mais surtout par ordre d'importance pour le patient (« *qu'est-ce qui vous gêne le plus aujourd'hui ?* » Est une des formulations possibles de la question, celle que je pratique personnellement, et celle que j'ai souvent entendue). On y ajoute (mais il n'y a pas encore de cadre spécifique à cet endroit) les signes d'accompagnement (le plus souvent : asthénie, affects dépressifs, troubles du sommeil, constipation, hypersudation, fatigabilité à l'effort...). Ensuite, tout en bas, on trouve les **diagnostics**, classés en **diagnostic principal** et **diagnostics associés**.

La seconde page est partagée à égalité entre l'**histoire de la maladie** et les **antécédents jugés contributifs** (parmi lesquels on distingue les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychologiques, familiaux et allergiques). Dans l'**histoire** on recommande de noter et dater le début des troubles, le moment où ils se sont diffusés et/ou chronicisés, le moment où le *préjudice fonctionnel et global* tel qu'il est perçu par le patient est devenu important. On peut aussi y noter les dates d'éventuels incidents surajoutés (chutes, accidents de la route), et d'éventuelles interventions chirurgicales ou autres évènements médicaux. Le plus souvent, je note pour ma part le parallèle éventuel (et fréquent) avec des évènements de vie (deuils, ruptures..), mais cette pratique n'est pas encouragée, l'argument avancé étant le souci de lisibilité.

Il n'y a pas vraiment d'autres endroits où ces évènements de vie peuvent être notés sous une forme chronologique, ni en lien avec les évènements médicaux, sauf à créer une page spécifique supplémentaire, ce qu'il m'est arrivé de faire quand cela me paraissait

particulièrement riche d'enseignement (exemple : début des douleurs au sevrage d'un éthyisme chronique, ou de celui du conjoint, début des douleurs ou chronicisation après le décès d'une grand-mère s'étant substituée à une mère vécue comme absente... aggravation franche à l'arrêt complet du travail pour inaptitude...)²⁰¹.

La troisième page est intitulée « **contexte socio-familial** » et l'on y trouve trois parties à peu près égales : l'une pour noter des informations (non spécifiées) concernant les ascendants et la fratrie, l'autre concernant le couple et les descendants éventuels, et la troisième concernant la vie sociale (cercle amical, vie associative : activités extra professionnelles à caractère socialisant, implication dans la communauté).

Les trois pages suivantes concernent les **traitements précédemment entrepris**, en faisant l'inventaire des techniques algologiques actuellement validées : médicaments (en premier), **infiltrations**, kinésithérapie, rééducation en centre, corset, **stimulations transcutanées**, « **Autres** » où vont figurer par exemple la relaxation, l'acupuncture, l'ostéopathie, le recours aux thérapies "alternatives" ou traditionnelles... Un bon tiers de page y est réservé aux **approches psychologiques** ; viennent ensuite les contacts précédents avec la médecine de la douleur, les abords professionnels et administratifs (demande d'invalidité ou de pension, de statut travailleur handicapé... reconversion professionnelle en cours... et là aussi un « **autre** » où je note pour ma part les contentieux légaux et médico-légaux éventuels, une case spécifique qui existait il y a deux ans ayant disparu. Une moitié de page est ensuite consacré au traitement à l'entrée, souvent très important (« *lourds* ») et constitué alors en bonne partie de molécules **dépendogènes**, ou au contraire étonnamment vide.

Les deux pages suivantes constituent le bilan dit **algorithme fonctionnel** (sur le recueil duquel est particulièrement centré l'enseignement aux externes) : une page y est consacrée à la **description de la douleur** en elle-même : son **intensité** d'abord (à chiffrer sur une EVA (douleur initiale, écart-type et moyenne du mois précédent), sa durée d'évolution, son type, sa localisation, son **horaire**, diurne et/ou nocturne avec les réveils éventuels, son caractère continu ou paroxystique, et surtout son évolution globale dans le temps, avec les facteurs qui augmentent ou diminuent la douleur, tels qu'ils sont identifiés et éventuellement utilisés par le patient lui-même. Vient ensuite le bilan fonctionnel : le **retentissement fonctionnel** est aussi noté sur 10 par le patient lui-même, et un inventaire est fait des critères, eux aussi validés,

²⁰¹ Dans une très récente modification, ces liens entre événements de vie et douleur ont fait l'objet d'une place spécifique, avec le reste des éléments considérés comme **psychologiques**: **généogramme**, histoire de vie... la terminologie de cette page se réfère à la psychologie sociale.

de ce retentissement : périmètre de marche, temps d'inactivité diurne (sieste, télé, temps passé au lit...), position assise, debout maintenues (heures), conduite automobile (en km), soulèvement (en kg), port d'orthèses ou de fauteuils roulant, activités préférées abandonnées, temps de dérouillage matinal; à ceci j'ajoute souvent (car en pratique la question est posée quasi systématiquement) les *activités maintenues*, le *déroulement d'une journée type*, et la *gêne principale ressentie*.

La question de la traduction du mot « douleur » en « **gêne** » m'apparaît très importante : c'est un outil largement diffusé (enseignements...) de l'abord psychothérapeutique et stratégique du douloureux chronique, qui a pour objectif de le soutenir dans la formulation d'**objectifs** qui seront idéalement : « **ceux du patient, positifs, réalistes, évaluables** »²⁰². Il s'agit de *dés-hypnotiser le patient de sa douleur* de le *décentrer de sa douleur*, de le *dé-confusionner*. L'idée étant qu'on ne peut pas travailler (fournir un effort) vers un objectif formulé en termes négatifs : « *on n'arrête pas quelque chose, on commence autre chose* ». L'idée étant aussi qu'avec un **objectif positif** (souvent il va s'agir de reprendre telle ou telle activité, ou de relier avec telle ou telle personne), on va démultiplier ses moyens d'action et sortir de l'impasse de l'envahissement par la douleur de tous les domaines de l'existence. C'est un fait avéré, que je constate tous les jours. Il n'en reste pas moins que certains patients vont se refuser à cette traduction : cf. le « *je souffre, n'est-ce-pas suffisant?* » de Mme A.

A la page 9 on trouve le **retentissement psychologique initial**, là encore la formulation est importante car on place d'emblée la psychologie du côté du 'retentissement'. Je rappelle que sont notés auparavant les **antécédents psychologiques**. Le choix de cette distribution n'est pas anodin : les rapports entre le psychologique et le somatique en médecine de la douleur sont l'objet de bien des questions de la part des patients, et plus largement de bien des interrogations chez tous les acteurs de la prise en charge. Une des formulations les plus habituelles des questions dans la bouche des patients, qui se placent alors eux-mêmes d'emblée dans une perspective dichotomique corps/psyché, est de demander si les médecins croient que c'est la douleur qui cause la dépression ou le contraire. Le plus souvent ils n'envisagent qu'avec réticence la deuxième hypothèse (celle de la primauté de la psyché sur le corps) qui est vécue comme une suspicion de simulation, une disqualification de leur vécu douloureux par le médecin ou le soignant qui s'en trouverait moins réel, « *dans la tête* », voire « *imaginaire* » ; d'autres y verront un diagnostic angoissant :

²⁰² Dr. A. Vallée voir annexe 4

psychologique voulant alors dire hors de tout contrôle, indépendant de la volonté, non accessible au traitement médical.

Du côté des professionnels, en médecine de la douleur mais surtout hors médecine de la douleur, la grande difficulté de la prise en charge d'un douloureux chronique se résume souvent aux modalités de l'annonce de la nécessité perçue par les professionnels d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique. On pourrait, en grossissant le trait dans une visée didactique, résumer la principale avancée apportée par la médecine de la douleur à la partie de la **pluridisciplinarité** qui consiste à formuler d'une manière recevable par le patient la nécessité du recours complémentaire au 'psy'. Le choix du terme « **retentissement** » est donc, dans une certaine mesure, stratégique.

La page 10 est consacrée entièrement aux **examens cliniques** qui doivent être datés et nominatifs.

La page 11 est consacrée aux résultats des **examens complémentaires** antérieurs. Elle est rarement utilisée, on se reporte pour cela plus volontiers aux courriers spécialisés ou au dossier médical unique.

Les pages 12 et 13 comportent les différents éléments de la **stratégie thérapeutique mise en œuvre en hospitalisation**, qui doivent être inventoriés et notés en termes de durée, d'efficacité (E, M, B, TB), et de tolérance, selon l'évaluation qui en est faite par le patient et qui est recueillie par le médecin. L'abord médicamenteux (dont infiltrations), puis fonctionnel (techniques kiné, TENS, orthèse et contentions, avis du rééducateur).

La page 14 est vide et appartient au thérapeute manuel et acupuncteur qui y inscrit librement ses commentaires. Idem pour la page 15 qui revient aux **thérapeutiques médicamenteuses et activités extra-professionnelles**, la page 16 à l'abord **social** (médecin conseil et assistante sociale).

La page 17, pour la psychologue, est un peu plus organisée puisqu'y sont notés (avec des parts à peu près égales à chacune de ces sections) : la **demande** et la **motivation**, et les **objectifs de soin négociés** répartis de la manière suivante : **baisse des prises médicamenteuses, fonctionnels, sociaux, professionnels**. La page 18 lui revient également et a pour objet le **travail psychologique**. Les pages 19 et 20 reviennent

respectivement à la première et à la deuxième consultation du psychiatre qui doit, elle aussi, être datée et son intervenant nommé. Les psychiatres ne s'en servent pas.²⁰³

La page 21 contient en principe les **comptes-rendus des staffs pluridisciplinaires**, et en pratique l'avis psychiatrique sur le patient et la stratégie à adopter, transcrit pendant le staff par le praticien responsable du centre.

La page 22 comporte le résultat de la **consultation de pathologie professionnelle** (là aussi souvent vide, la consultation des internes disposant de son dossier propre, et le médecin du travail faisant sa consultation à distance et son compte-rendu par courrier).

La page 23 est le fief du médecin responsable, et je ne m'y aventure moi-même qu'avec parcimonie et circonspection : il y rapporte **l'évolution en hospitalisation**, en deux colonnes : **évaluations et propositions thérapeutiques**. Il y note la stratégie globale, les directions de *travail* prioritaires, un 'mémo' des éléments de bilan à ne pas omettre, les impressions globales sur la qualité de **l'alliance thérapeutique** et de la *motivation* du patient, ses pronostics et ceux du patient. Cela témoigne du fait qu'il reste, dans cette organisation plurielle, le chef d'orchestre des professionnels.

Les trois doubles pages suivantes concernent l'évaluation à la sortie du centre, à 6 mois et à douze mois. Cette évaluation se fait sur les critères suivants : douleur (EVA, composante nocturne, autres caractéristiques), **retentissement fonctionnel** (EVA, PM, temps d'inactivité en heures, DALLAS rempli à part), Etat psychologique (EVA, symptômes anxieux, symptômes dépressifs, entourage socio-familial, traitement médicamenteux), Abord professionnel (démarches dont dossier COTOREP, reprise d'activité avec adaptations qualitatives et quantitatives éventuelles, autres dont invalidité), amélioration en % estimé par le patient et par le médecin, et divers.

A ce dossier, sont joints les questionnaires d'**autoévaluation** remplis par le patient en salle d'attente dès la première consultation. Ils se présentent sous la forme de questionnaires à choix multiples ou d'échelles chiffrées ou analogiques, ou encore de tableaux.²⁰⁴

²⁰³ Les psychiatres consultants au centre ont pris, depuis deux ou trois ans, l'habitude de noter leurs observations sur un feuillet spécifique qui est celui utilisé, d'une manière générale, en psychiatrie dit de liaison : c'est-à-dire par les psychiatres qui sont appelés dans les services non psychiatriques pour avis.

²⁰⁴ Voir annexe 1 et 2.

3. Débats dans le champ de la médecine de la douleur

Pour conclure ce descriptif, je vais livrer le contenu de quelques débats qui peuvent avoir lieu en médecine de la douleur.

*

La douleur, en elle-même et indépendamment de ce qui en est la cause, ne se voit pas. Elle est, par essence, immatérielle, subjective. Du point de vue neurophysiologique, elle se définit (nouveau paradigme) comme une perception qui résulte de la communication d'un message.

Étant invisible, elle ne se manifeste à autrui (défini comme celui qui n'est pas le porteur de la plainte) que si elle est exprimée, que si elle est 'agie', verbalement ou non verbalement (mise en scène).

Cela pose, nous l'avons vu en introduction de ce chapitre, un certain nombre de problèmes à la médecine. L'objet de cette partie est de montrer comment ces problèmes sont exposés en des termes philosophiques et éthiques au sein même de la médecine de la douleur. La prégnance significative de ce débat est un argument pour dire qu'il y est admis qu'il ne s'agit pas ici de pure philosophie mais aussi d'efficacité thérapeutique. Les sciences humaines et sociales trouvent leur place dans ce débat, y compris s'agissant d'efficacité thérapeutique.

Cette place reste cependant modeste : 2008, décrétée année de la prise en charge globale de la douleur chez la femme (« global pain- women's pain ») par l'IASP n'a donné lieu à aucune mise à disposition spécifique de fonds sur ces thématiques, pour encourager la recherche. Mais c'est une place quand même, et les chercheurs en sciences humaines sont invités dans les plus grands congrès des sociétés savantes à l'échelle nationale comme internationale ; ils publient dans les revues scientifiques spécialisées. En outre (autre exemple de l'ouverture de la discipline) je participe, en tant que chercheur en sciences humaines, à l'enseignement des soignants en formation initiale et continue, depuis 2004.

En termes philosophiques et éthiques, voici schématiquement comment sont présentés et discutés les problèmes par des intervenants extérieurs sollicités pour s'exprimer dans la littérature spécialisée :

- La douleur est une expérience subjective qui se prête mal aux modalités de l'accès au savoir par l'explication causale et par l'objectivation, qui rencontre le plus de légitimité en biomédecine. Son absence de signification pathologique univoque est un premier écueil dans une recherche de sens, écueil rencontré aussi bien par le patient que par le médecin, et ce d'autant plus que la douleur est plus chronique, et plus dépourvue d'une causalité lésionnelle dont les spécificités (gravité, localisation...) puissent rendre compte de l'importance de son **retentissement**. Cette question du sens apparaît « indissociable de l'expérience de la douleur »²⁰⁵ pour les patients. Avec les évolutions médicales et sociales dans le domaine de la douleur, qui cheminent vers une vision de la personne souffrante comme « une totalité humaine en situation »²⁰⁶, cette question du sens, et de l'efficacité/inefficacité thérapeutique du sens attribué à la douleur, concerne également les médecins et les soignants.

- Le médecin face au patient douloureux - comme d'ailleurs le patient lui-même - va rencontrer sur son chemin un certain nombre de questions, de paradoxes et de contradictions²⁰⁷. Ils trouvent des formulations particulièrement manifestes dans le cas des douleurs dites **psychogènes** (qui jouent un rôle particulièrement important dans la **fibromyalgie**), et de **l'effet placebo**. On pourrait la formuler ainsi : « Y a-t-il une douleur réelle et une douleur pas réelle ? » Face à la faillite des schémas explicatifs lésionnels et causaux, la part qui est attribuée au psychisme, avec des termes ambivalents tels « **psychogène** », est l'objet potentiel de tous les soupçons²⁰⁸ (simulation, exagération, hystérie...). D'un praticien à l'autre, d'un lieu à l'autre, et, plus récemment, d'une époque à l'autre, le patient va trouver dans ce 'lieu psychique' les ressources d'une efficacité thérapeutique très variable. D'un point de vue philosophique, le débat a ici trait aux statuts respectifs du physique, du psychique et du spirituel. Le dualisme hérité de Descartes en

²⁰⁵ Porée J., « La sensation douloureuse existe-t-elle ? Neurophysiologie, psychologie et phénoménologie. », in Queneau P. et Ostermann G. (dir.) *Le Médecin, le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.

²⁰⁶ *Ibid*

²⁰⁷ Fondras J.-C., « La douleur, entre objet et sujet », *Douleur*, vol. 6, n°1, 2005, pp. 23-27.

²⁰⁸ Darcourt G., « Souffrance et thérapeutique », *op.cit.*

particulier est considéré le plus souvent comme « la source de toutes les difficultés »²⁰⁹. Ces tensions, entre matérialisme et spiritualisme en particulier, ne sont pas nouvelles en médecine, mais sont ici réactualisées selon des modalités nouvelles liées au contexte actuel (du progrès scientifique, du droit des patients...).

- Du point de vue de l'anthropologie, j'ajouterai à ce débat la lecture d'un T.J. Csordas, qui tient à ce sujet un discours sensiblement différent : il explique, s'appuyant sur les travaux de Leder, que ce dualisme cartésien ne dure que parce qu'il répond à une expérience humaine universelle. Cette expérience, c'est celle par laquelle on se perçoit primitivement comme un être immatériel, et secondairement seulement comme étant doté d'un support matériel, nommé en Occident : le corps. Toutes les cultures, toutes les sociétés humaines, ont organisé le rapport entre cet être immatériel perçu, et son incarnation, au sens littéral, selon des modalités diverses qui ont abouti autant aux religions, qu'aux représentations de la santé et de la maladie, du mal et du malheur qui affectent la chaire. L'organisation qui prévaut chez nous est traduite, à l'époque moderne, par une référence au dualisme cartésien. Donc, si T.J. Csordas peut reformuler ainsi la référence constante au dualisme de Descartes, ce n'est qu'au prix d'une mise en lumière de ce que nos pratiques du corps disent aussi de nos représentations de notre être immatériel.

- Il existe de nombreuses communications ayant trait aux rapports entre douleur et souffrance²¹⁰. Ces travaux s'appuient sur les travaux antérieurs des plus grands auteurs de l'éthique médicale ou de la philosophie, en particulier de la phénoménologie (puisqu'il s'agit ici de redonner sa place à l'expérience subjective).²¹¹ Elles reposent les problèmes évoqués plus haut. Elles en posent d'autres : celle du rapport entre douleur et valeur, souffrance et valeur, souffrance et soupçon. Celles du rapport entre douleur, existence, liberté et autonomie. La souffrance est le propre de l'homme agissant. Souffrir serait, quand son existence est niée par autrui, un ultime recours de sa dignité, une ultime manière d'affirmer son existence, d'abord à lui-même. Ces questions ont des ramifications dans la pensée sociale, autour en

²⁰⁹ Porée, *op.cit.*

²¹⁰ Porée, *op.cit.* ; Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, n°spécial, mai 1992, pp. 9-18. ; Domenach J. M., « La douleur et le philosophe », in Queneau P. et Ostermann G. (dir.), *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.

²¹¹ Canguilhem G., *Le Normal et le Pathologique*, collection « Quadrige », P.U.F, Paris, 1993 ; Searle J., *La Redécouverte de l'esprit*, Gallimard, Paris, 1995 ; Ricoeur P. : « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.* ; Merleau-Ponty M., *Le Visible et l'Invisible*, Gallimard, Paris, 1964 ; Popper K., *The Self and its brain*, Springer International, Berlin, 1985.

particulier de la crainte de *l'anesthésie sociale*²¹² qui pourrait résulter d'un recours systématique à l'analgésie médicamenteuse, avec pour corollaire la dépendance.

- La médecine de la douleur prend position dans ce débat, à travers la recommandation de principes de pratique. Elle trouve sa stabilité dans le pragmatisme et l'autorisation du conflit, ou encore l'harmonie des contraires, et la permanence d'un espace de mystère non réductible à un mode de pensée logico-scientifique. Elle trouve son issue, dans cette « forêt de symboles », du côté des théories de la communication qui, dans leur grande variété, lui accordent dans un même mouvement une légitimité scientifique (travaux de D'Amasio sur le placebo, travaux sur la psychomatique²¹³, travaux de J. Cosnier²¹⁴), thérapeutique (hypnose, métaphore thérapeutique, thérapies narratives), épistémologique (attention portée au phénomène total, accueil de la dimension subjective), éthique (la plainte), et anthropologique (espace de mystère). La mise en pratique ne va pas sans difficultés. La pratique de l'évaluation en particulier fait l'objet de nombreux débats, qui s'inscrivent dans une polémique plus large : celle des rapports entre psychanalyse et thérapies nord-américaines, celle aussi de l'évaluation et de la validation des psychothérapies ; celle de l'évaluation des pratiques soignantes en général. La « journée médecine et psychanalyse » à laquelle j'assistai fut ainsi, entre autres choses, le lieu d'un échange assez vif sur ce sujet. Concernant la part laissée au mystère et le statut de l'âme, les dérives possibles sont ici nombreuses. C'est là sans doute que les universitaires convoqués se sont le moins prononcés, à l'exception de J.-P. Peter²¹⁵ et de D.B. Morris²¹⁶. Pourtant les dangers de cet espace mythique sont bien perçus par les médecins, qui l'évoquent en coulisses et dans les entretiens - contrairement d'ailleurs aux infirmiers ou aux psychologues, kinésithérapeutes... que nous n'avons jamais entendu évoquer ces questions.

²¹² Terme employé par Y en entretien.

²¹³ Rossi E.L., *Psychobiologie de la guérison : influence de l'esprit sur le corps*, collection « Reconnaissances », coédition Desclée de Brouwers/Hommes et Perspectives, Marseille, 1994.

²¹⁴ Cosnier J., « Douleur, émotion et communication », *Douleur et Analgésie*, n°1, 2003, pp. 23-28.

²¹⁵ Peter J.P., « Équivoques dans le continent de la douleur : discours, conduites et perceptions. », *Conférence donnée au congrès de la SETD*, le 23/11/2002 (cours supérieur « douleur et émotion »).

²¹⁶ Morris D.B., "Ethics beyond guidelines: culture, pain and conflict", op.cit.

J'en ai maintenant terminé avec cette description synthétique du fonctionnement du CETD et des grands principes de la médecine de la douleur. Un tel exercice a ses limites, dont je vais maintenant, en conclusion de l'ensemble de cette première partie consacrée à faire partager mes expériences de terrain, dire quelque chose :

La 'vérité' selon la science expérimentale est aujourd'hui telle, que la douleur ne peut être un objet scientifique : elle ne se plie pas, ni épistémologiquement, ni techniquement, à l'objectivation. Elle ne peut pas d'avantage être un objet exclusivement médical : Elle prend ses racines dans la relation de l'individu biologique avec son environnement. Tout au plus peut-on dire que c'est un sujet, pour les sciences humaines, sous réserve que l'on élargisse l'acceptation du terme « science » au-delà de la seule science expérimentale, et que l'on inclue la médecine dans les sciences humaines.

Ceci est un point de départ important, en tant que contenu, et contenant, de ce travail.

En tant que contenu : ce point de départ me concerne nécessairement, puisque c'est le discours que tient la médecine aujourd'hui : telle est la vérité de la douleur selon la science expérimentale ; il fait donc partie de mes observations.

Il concerne aussi ce travail en tant que 'revue de la littérature', puisque que c'est aussi le discours que tiennent sur la douleur les sciences humaines qui s'y sont intéressées et qui participent à ses recherches et enseignements.

C'est un point sur lequel tous s'entendent. C'est un discours commun. On pourrait dire qu'il n'y a pas là de désaccord, ou de débat contradictoire, et se demander alors ce qu'il advient de la science, sans contradiction possible ?

On peut, alternativement, ou à côté de cette première lecture, considérer - c'est ce que j'ai observé, tant dans les séminaires, les enseignements, que sur le terrain de la pratique clinique - qu'il y a bien débats et contradictions : si les philosophes, psychanalystes, historiens, anthropologues... sont convoqués aux débats, c'est aussi pour que la tendance scientiste de la médecine soit sans cesse contrée par une mise en perspective épistémologique qui lui rappelle ces limites. On peut donc postuler que le fait nouveau n'est pas tant l'accord entre les différents champs du savoir, dans une sorte d'homogénéité délétère, mais le fait que la

contradiction, ou plutôt le « dialogue aporétique », soit aujourd'hui résorbée dans le discours médical, comme une complexité avec laquelle il faut 'faire' .

Dans le même mouvement, tantôt la médecine se trouve résorbée dans les sciences humaines, tantôt les sciences humaines se trouvent résorbées dans la médecine.

La position de la psychologue du CETD, les multiples tensions concernant les marqueurs, au sens de Goffman, de sa place - intérieure ou extérieure - , qui opposèrent d'un côté les médecins, partisans de sa résorption dans l'équipe, et de l'autre, la psychologue, soutenue par ses alliés dans le champ de la psychanalyse, sont une parfaite illustration de ce qui est en fait une oscillation entre deux pôles : l'un qui tend à l'absence de contradiction, à l'homogénéité, à l'unité, et l'autre qui tend au maintien de la contradiction, en particulier dans ce qu'il faut bien décrire comme surtout une lutte de pouvoir entre médecine et psychanalyse, s'agissant de saisir l'origine du mal, et de le guérir - lutte de pouvoir qui concerne au premier chef l'hystérique, à divers titres, ne serait-ce entre autres que parce que ce conflit entre les professionnels à qui elle s'adresse est pour elle le miroir des impasses dans lesquelles elle se trouve s'agissant de solutionner sa souffrance. La résultante de cette oscillation apparaît, *in fine*, comme la résorption de la contradiction, du conflit, du dialogue aporétique dans la pensée contemporaine de la douleur.

Ce fragile équilibre trouve une manifestation de papier dans le dossier douleur, mouvant tissage de diverses paroles et de divers savoirs, objet du conflit autant que manifestation de sa résolution, témoignage matériel de la croyance qui *in fine*, réunit les professionnels : celle du caractère central de l'efficacité thérapeutique de la narration, du mot, des métaphores, de l'écriture, du récit de la souffrance. La construction, l'organisation, d'un récit efficace - au prix parfois d'une déconstruction préalable - concentre l'intérêt des différents acteurs.

Ce point de départ épistémologique importe aussi en tant que contenant pour mon travail : c'est cette nouvelle situation épistémologique, et cette résorption réciproque de la médecine et des sciences humaines qui rendent ce travail, à la fois possible du point de vue de sa légitimité scientifique, et impossible en tant qu'exercice distancié.

Du point de vue pratique, s'agissant de l'ordonnement de mes descriptions, cela n'est pas sans conséquence : fait nouveau en médecine, la médecine de la douleur accepte, malgré cette impossibilité à délimiter un objet pour son étude, même artificiellement (en se référant au visible), de s'intéresser à la douleur. Quand elle assume cette complexité, ce n'est plus

seulement dans l'intimité de ses pratiques - cet implicite, cet 'art' de la médecine réservé aux initiés - mais aussi dans ses discours. Les pratiques et discours de la médecine de la douleur s'en trouvent en perpétuel changement, et sont au coeur de nombreux enseignements, débats, discours et récits efficaces - au sens de la 'métaphore en acte' évoquée par J. Pigeaud - auxquels, de surcroît, je participe, en tant qu'acteur et observateur.

Je ne peux donc décrire fidèlement la médecine de la douleur pratiquée au CETD sans évoquer ses mouvements, ses changements, ses débats, sa culture, son et surtout ses histoires.

Je devrai aussi évoquer l'histoire de l'observateur - la mienne, pour rendre compte, d'une part, de la nature du regard porté sur le tableau global, et d'autre part, des déformations que j'imprime, en tant qu'acteur - praticien et enseignant - à mon terrain de recherche.

C'est à ce double approfondissement que sera consacrée la partie suivante de ce travail.

La question se pose peut-être, à ce stade de la description, de savoir ce qui relève, à proprement parler, de la prise en charge spécifique de l'hystérique. En effet, les procédures décrites ci-dessous ne sont pas spécifiques de l'accueil des patientes qui rentrent, peu ou prou, dans cette catégorie implicite, même si on vient de voir que les enjeux de pouvoir entre médecine et psychanalyse la concernent au premier chef. Je vais maintenant tenter d'éclairer plus avant ce point précis.

Les cas cliniques ont montré comment les outils thérapeutiques de la médecine de la douleur, qui offrent un nombre considérable de modulations possibles, sont organisés pour répondre aux situations particulières de ces patientes. Mais il est vrai que si l'on ne connaît pas les autres types de patients, il est difficile d'appréhender ce qui est spécifique, dans les organisations décrites, de l'hystérique. Cependant, là n'est pas le plus important, me semble-t-il.

Plus important est d'observer comment ces organisations peuvent être efficaces pour elle, là où tant d'autres ont échoué auparavant. Ceci donne une idée, non pas tant d'erreurs techniques éventuelles perpétrées par les autres praticiens, mais surtout de ce que pouvaient être les demandes et les attentes réelles de ces patientes, et des malentendus entre elles et les professionnels à ce sujet. Il importe aussi de relever, me semble-t-il, à quel point la médecine de la douleur va, par contraste, s'intéresser à ces patientes, souvent rejetées ailleurs, ainsi qu'à comprendre leurs attentes et leurs demandes, à lever tous ces malentendus.

Toute souffrance, disions-nous, n'est pas pathologique ; d'une certaine manière, n'est pathologique que celle qui va intéresser la médecine. Les patients, et patientes, le savent bien,

qui ne vont pas tenir les mêmes propos, relater les mêmes faits, selon qu'ils s'adressent à leur médecin, à l'infirmière, au kiné ou à un proche, ou même à tel médecin plutôt qu'à tel autre, selon qu'il aura montré que tel aspect de la vie de la personne l'intéresse, ou pas. L'hystérique trouve en médecine de la douleur des professionnels que sa demande intéresse, et il importe, en conclusion de cette première partie, de rappeler que c'est loin d'être le cas ailleurs. Quant à ce qui intéresse la médecine de la douleur dans cette demande, cela fera l'objet de la dernière partie de ce travail.

Auparavant, il faudra approfondir la description et la compréhension de ce système mis en place pour répondre à la douleur : la douleur inexplicquée s'est progressivement établie comme le symptôme cardinal qui conduit à la désignation, aussi bien qu'au diagnostic, d'hystérie, depuis le début du XX^{ème} siècle. Pour s'intéresser au système dans lequel survient la désignation de l'hystérique, il faut donc nécessairement s'intéresser aux systèmes construits pour répondre à la plainte douloureuse. A cette occasion, nous verrons comment ce système participe aussi de la réponse sociale, culturelle, à la souffrance, et à la mort.

En effet, s'agissant de relever ce qui concerne spécifiquement l'hystérique dans les descriptions qui ont précédé, le plus important, me semble-t-il, c'est ce que la rencontre avec les organisations de la médecine de la douleur en général, et son *changement de paradigme*, m'a donné l'occasion, en tant que médecin en formation, de comprendre de ce qui était 'avant' ou 'ailleurs' : peut-être un autre 'paradigme', ou une évidence oubliée d'une autre nature, qui n'était plus formulée telle quelle mais présidait bel et bien à l'organisation des pratiques, avec une fonction particulière pour l'hystérique. C'est à la compréhension de ce paradigme caché, muet, oublié peut-être, qui a présidé et préside encore en partie aux systèmes mis en place pour faire face à la douleur, et par elle à la souffrance et à la mort, et aussi à sa re-mise en jeu en médecine de la douleur, que va donc être consacrée la prochaine partie de ce travail. Il s'agit donc de faire l'histoire de ce à quoi la médecine croit, et a cru, et de ce dont elle convainc la société dont elle a la charge : il ne s'agit pas de faire la vérité sur l'histoire, mais de raconter l'histoire, nécessairement culturelle puisqu'il s'agit de croyance, les histoires donc, de ce qui est cru.

Avant de commencer, je donnerai une dernière précision : si j'ai dit, en titre, que je me suis intéressée à ce système tel qu'il est mis en place « en France », ce n'est que pour traduire la réalité pratique de mon terrain : je n'exclus pas qu'il en soit de même ailleurs, en tout cas dans

d'autres pays où la biomédecine est le système de référence. Mais ce serait un autre travail que de tenter de répondre à cette question.

II. HISTOIRES ET CULTURES DE LA

BIOMÉDECINE FACE À LA

DOULEUR

La désignation de l'hystérique en biomédecine a lieu aujourd'hui principalement face à une plainte douloureuse persistante, qu'elle soit chronique ou répétitive, qui ne satisfait pas au régime d'explication causal de la médecine en termes de ce qu'elle considère comme relevant de son champ d'action (même si on limite le terme d'hystérie à son acceptation en psychanalyse, c'est aussi la douleur inexpliquée qui en est le symptôme cardinal depuis le début du XX^{ème} siècle). L'attitude la plus largement répandue en biomédecine est de s'en désintéresser, au terme d'une première période de suivi et d'explorations, voire de traitements, souvent très intenses, voire invasifs. La médecine de la douleur, *a contrario*, considère comme un devoir de s'y intéresser malgré tout, dans le contexte plus général de son intérêt pour la douleur chronique. Et cela 'fonctionne'.

C'est pour comprendre comment cela 'fonctionne' avec l'hystérique, et ce qui, dans le système, est fonction de sa désignation, que nous allons maintenant approfondir le descriptif de la médecine de la douleur. Puisque la médecine de la douleur n'écrase pas le temps au même titre que la biomédecine en général - nous le verrons bientôt - cela passe nécessairement par un détour historique. Tout du moins dans un premier temps faudra-t-il relater l'histoire, puis les histoires, qu'elle transmet : la culture qu'elle a. Nous verrons que ce terme de *culture* est utilisé par les acteurs eux-mêmes pour nommer le fil conducteur de leur action, qui englobe ses raisons ; la transmission, aux professionnels comme aux patients, de sa *culture*, est perçue par eux comme la pierre de touche de son efficacité, tant pédagogique, politique, que thérapeutique. Je dirais que le choix de ce terme autant que sa *culture* en elle-même est un élément de son idéologie.

Pour décrire plus avant ses raisons, ses pratiques et son efficacité, il faut donc décrire la culture qu'elle a. J'entends par là ce qui est explicitement, délibérément, consciemment transmis. Pour cela, il est nécessaire de rendre compte des travaux historiques qui sont largement présents dans les colloques, enseignements (dont les miens) et publications de la

médecine de la douleur. Une partie de cette histoire est récente : celle de la médecine de la douleur en elle-même, voire ‘en marche’ : l’évolution régulière des textes de lois et des débats scientifiques, qui produisent fréquemment de nouvelles classifications, s’agissant en particulier de l’origine des troubles ; une autre partie de cet historique a trait aux rapports qu’entretient depuis l’Antiquité l’humain, et la médecine, avec la douleur.

Toujours pour décrire la culture qu’elle ‘a’, je raconterai ce qui m’a été transmis, par les paroles et par les actes, en tant qu’apprenti médecin de la douleur, à partir d’un récit biographique. Pour finir, je livrerai les entretiens que j’ai pu avoir avec des praticiens de la médecine de la douleur, dans lesquels ils m’ont transmis leurs expériences et leurs réflexions, en s’adressant à l’interne en médecine que j’étais, autant qu’au jeune chercheur. Ceci sera articulé avec une première série de questions, de réflexions, que l’effet combiné de l’apprentissage de la pratique, et de ces diverses transmissions ont fait naître en moi, et qui ont vu cheminer mon ‘étonnement’ initial jusqu’à permettre de poser les bases de ma problématique.

Dans un second temps, je livrerai une description approfondie et une première analyse de la culture qu’elle ‘est’ : comment fonctionne la médecine de la douleur en général. Nous commencerons ainsi à apercevoir comment ce fonctionnement général a des conséquences pour l’hystérique, et sur quelle base il va ensuite s’ajuster et s’organiser en fonction de cette désignation plus ou moins explicitée.

Pour terminer, je tenterai de restituer la médecine de la douleur dans l’histoire culturelle où elle se situe, en interrogeant son rapport au « mythe fondateur » posé par Pinel, tel que l’a décrit J. Pigeaud, et d’une manière plus générale la genèse de ces objets de la médecine dont elle se saisit d’une manière si nouvelle. La genèse de ces objets n’est pas un processus scientifique. J. Pigeaud a longuement étudié le fait que la tradition médicale place sous le terme de rhétorique les problèmes de la description : il s’agit de savoir nommer ; que, s’agissant du corps et de l’âme, la résultante des débats est plutôt à placer sous le terme de mythologie. Ce terme de mythologie rend bien compte de mes observations ; ce d’autant qu’elle constitue l’exégèse d’un autre processus dont le noyau de sens se passe largement de mots, et que je place, pour ma part, sous le terme de rite, dont la discussion nous fait entrer dans le champ de l’anthropologie.

Ce préalable permettra d’aborder la dernière partie de ce travail, c’est-à-dire d’analyser la fonction, dans le mythe et le rite biomédical, en médecine de la douleur et hors médecine de la douleur, de la désignation de l’hystérique.

Avant d'aborder ces différents points, cependant, il convient de dire quelque chose de la complexité du phénomène douleur en lui-même : c'est face à cette complexité que la biomédecine va désigner l'hystérique ; c'est à l'intérêt d'un certain J.J. Bonica pour cette complexité que la médecine de la douleur doit sa naissance ; c'est à cette complexité qu'elle accepte de faire face, au risque de l'impuissance et de la contamination ; c'est cette complexité qui, pour finir, rend compte de ses organisations, de son fonctionnement, de sa *culture* et de la prévalence du terme *culture* dans ses organisations.

Très rapidement, une alternative s'impose aux protagonistes de l'interaction entre celui qui porte la plainte douloureuse et celui à qui elle s'adresse : 'y croire, ou pas'. Toute personne faisant l'expérience de la douleur y est d'emblée confrontée, que ce soit au travail, auprès de ses proches, avec son médecin. Nous avons, probablement, tous vécu un événement semblable, dès l'enfance d'ailleurs, en tombant dans la cour de l'école, ou encore lors d'un rendez-vous chez le dentiste, ou chez le médecin, à l'occasion d'un vaccin par exemple - tant il est vrai que le médecin est au moins aussi souvent celui qui inflige la douleur que celui qui la soulage : « *Mais non, ça ne fait pas mal...* », « *Quel comédien !* »

Cette question s'invite aussi dans la relation thérapeutique lorsque le motif de la consultation est une douleur, que celle-ci soit aiguë ou chronique.

La douleur n'est ni visible, ni palpable, ni objectivement mesurable. L'espace entre douleur perçue et douleur exprimée n'est pas de ceux que peuvent franchir les méthodes de la science expérimentale, pour la bonne raison qu'il n'existe nulle part ailleurs que dans notre imaginaire - tout du moins la science a-t-elle pu, très récemment, le prouver. L'origine de ce qui fait mal n'est pas non plus toujours localisable selon un raisonnement strictement anatomique. En effet, même si parfois une *épine douloureuse* est identifiée, la douleur - quand elle est chronique en particulier - s'étend souvent au-delà du territoire correspondant, scientifiquement légitime, par le jeu de contractures et de crispations résultant de la douleur elle-même. Cette apparente absence de localisation anatomiquement légitime est encore compliquée par des faits, qui sont maintenant légitimés scientifiquement, mais restent en partie mystérieux et souvent mal connus des médecins : le type même des douleurs qui se chronicisent implique souvent la participation du système nerveux volontaire et du système nerveux végétatif, ce qui diffuse considérablement la symptomatologie. Les territoires ainsi acquis à la douleur ont parfois des

répartitions inhabituelles (une opération du pied qui donne, plusieurs mois après, des douleurs aux genoux...), pouvant entraîner la remise en question de la bonne foi du patient.

En outre, ce que la médecine de la douleur reconnaît et appelle aujourd'hui le **comportement douloureux**, c'est-à-dire la manière dont la personne vit sa douleur, vit avec elle, la manifeste, est immédiatement et irréductiblement un élément de la perception douloureuse autant que de la plainte. Ceci, tout professionnel confronté à la plainte l'a toujours 'soupçonné', mais le soupçon n'est pas un guide fiable s'agissant de déterminer le soulagement du patient, qui s'appuie nécessairement sur la relation thérapeutique, en particulier sur l'empathie. Cet effet thérapeutique de l'empathie, qui peut sembler une évidence pour l'empirique, est aussi, dorénavant, 'prouvé', puisque rendu accessible à la vue par l'entremise d'examen complémentaires sophistiqués (IRM colorimétrique), ainsi qu'à la logique scientifique, grâce à diverses études répondant aux critères de la méthode expérimentale.

*

En biomédecine, le processus diagnostique tel qu'il est pratiqué et enseigné actuellement, reste sous l'influence de Galien : il s'articule autour d'une volonté d'objectivation de la plainte, plutôt qu'autour d'une attention à la demande. Les plaintes sont en effet triées, traduites en **symptômes**, complétées par des examens, cliniques et complémentaires, puis regroupées en **syndromes** qui renvoient à plusieurs diagnostics possibles, eux-mêmes rapportés à des « lieux affectés » - l'origine du mal, du désordre - dont on va chercher à rendre visibles soit les lésions, soit les dysfonctionnements.

Dans un premier temps, la plainte est donc transformée en symptômes qui sont dits **fonctionnels**, par un processus de traduction (Cicourel²¹⁷ parle d'« encodage ») de la plainte du patient en vocabulaire médical. Ceci s'opère par le biais d'un **interrogatoire** qui cherche à reconnaître dans la plainte spontanée du patient des éléments connus, classifiés, validés, intéressant la médecine, qui en a fait des objets. Cet interrogatoire sert également à rechercher d'autres ressentis, tout aussi subjectifs, du patient, qui n'auraient pas été évoqués

²¹⁷ Cicourel A., *Le Raisonnement médical, une approche sociocognitive* (1987), collection « Liber », Le Seuil, Paris, 2002.

spontanément, en fonction là aussi de listes et de classifications ‘d’objets’, préétablies et validées, qui viendraient utilement compléter le **tableau clinique**. Ainsi, en fonction de ces classifications, que le médecin est censé connaître, il peut, le plus souvent, formuler ses premières hypothèses. L’étape suivante consiste en un examen clinique, qui va chercher des signes ou symptômes dits **physiques**, également connus, classifiés, validés, qui concourront, ou pas, à donner un substratum objectif à la plainte, par essence subjective, et aux signes **fonctionnels**. Ces signes **physiques** sont perceptibles à la vue (observation de la peau, des déformations osseuses...), à l’ouïe (auscultation...), au toucher (palpation...), et plus rarement à l’odorat - qui implique aussi le goût (certaines haleines...). Au terme de cette étape, des hypothèses sont éliminées, faute d’avoir trouvé pour les confirmer un substratum perceptible par les cinq sens, d’autres restent en suspens ou sont confirmées. Des examens dits **complémentaires** (radios, tests sanguins...) viendront éventuellement compléter ces observations pour rendre visible - toujours la vue cette fois-ci - ce qui ne l’était pas, ou pas avec assez de certitude, ou de précision, compte tenu de la démarche thérapeutique envisagée (localisation d’une tumeur avant chirurgie...).

À chaque étape, il s’agit donc de reconnaître et d’objectiver, pourrait-on dire : de réifier. À chaque étape, comme l’a montré Cicourel, un ‘encodage’ se produit. À chaque étape, il semble y avoir une ‘fuite’ de subjectivité, puisque le discours du patient est réduit par le médecin ou le soignant à sa portion objective, en fonction de ce qu’il a appris et des contraintes individuelles et collectives. C’est le point de vue qu’adoptent bon nombre des sociologues de la santé, dans la filiation de Cicourel.

On pourrait aussi dire qu’à chaque étape, il est question de prouver : on retrouve la question de la vérité.

À travers l’importance accordée aujourd’hui aux **examens complémentaires**, qui imprègnent en retour la pratique de l’examen clinique, c’est au sens de la vue que l’on accorde la plus grande valeur d’objectivité. D’ ‘objectivité’ à ‘vérité’ il n’y a ensuite qu’un pas, vite franchi puisque la loi vient appuyer, par l’intermédiaire des catégories médico-légales, la valeur de preuve et de vérité du ‘voir’.

*

La plainte douloureuse (tous types confondus) est sûrement l'une des plaintes les plus fréquemment formulées par les patients devant leur médecin²¹⁸. Dans son rapport au Sénat (12 décembre 1994) L. Neuwirth notait qu'elle représentait à elle seule 70 % des motifs de première consultation en France²¹⁹.

Les médecins qui s'occupent spécifiquement de douleurs définissent deux grands types de douleur : d'une part, la **douleur aiguë**, et d'autre part la **douleur chronique**. La durée est, bien entendu, le critère essentiel de cette séparation ; on a fixé d'abord à six mois - et trois mois d'arrêt de travail²²⁰ , puis plus récemment à trois mois, ou plus tôt en cas de **retentissement** important, le moment où s'effectue la « *bascule* » de la douleur aiguë vers la douleur chronique. Mais cette « *bascule* », comme disait l'un des médecins interrogés, constitue du point de vue des médecins de la douleur un « *changement de paradigme* » tant leurs problématiques respectives sont différentes.

En effet, dans l'immense majorité des cas, après une démarche diagnostique telle que celle décrite supra, une douleur aiguë sera rapidement suivie d'un diagnostic, lui-même suivi d'un traitement, ou bien elle disparaîtra spontanément (sans que l'on en ait forcément identifié la cause). L'encodage est opérant. Dans ce cas le plus fréquent, donc, comme dans les douleurs dites **induites** (causées par des **gestes** techniques, une chirurgie...), le substratum objectif de la plainte est présent.

La question 'y croire, ou pas ?' intervient néanmoins : elle concerne ici l'**intensité** de la douleur, et son corollaire, la **résistance à la douleur**, ou le **seuil douloureux**. Le mode d'expression de cette douleur par le patient - qui est le produit de ses perceptions, de son vécu corporel, affectif, de son imaginaire, de ses croyances et de ses représentations - va de l'attitude stoïque, à des manifestations nombreuses et bruyantes (gesticulations, cris, mimiques), des sollicitations incessantes du personnel soignant (aides-soignantes, infirmières, médecins)... Les réactions du personnel soignant face à cette plainte sont soumises aux mêmes conditions que celles du patient : perceptions, expériences, croyances, représentations. Ces croyances et ces représentations concernent la douleur, d'une part (« *elle exagère...* ») et l'interaction thérapeutique d'autre part : leurs 'rôles' respectifs, pour reprendre le terme de

²¹⁸ Queneau P. et Ostermann G., *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.

²¹⁹ Neuwirth L., *Prendre en charge la douleur*, rapport du Sénat n° 138 pour la commission des Affaires sociales, annexe au procès-verbal de la séance du 12 décembre 1994.

²²⁰ Nizard J., *Service médical rendu aux lombalgiques chroniques rebelles par un centre de traitement de la douleur*, Mémoire de D.E.A. : Méthodes d'analyse des systèmes de Santé, Rennes 1, Lyon 1, 2000

Parsons²²¹. S'y ajoutent aussi les contraintes institutionnelles et conjoncturelles (les interactions au sein de l'équipe, les organisations du soin, les politiques de l'institution...).

S'agissant de la douleur chronique : une douleur qui dure sans que le médecin, appliquant à la lettre la démarche diagnostique à laquelle on l'a initié ne lui trouve de cause - en particulier de cause visible - renvoie de toute évidence d'autant plus le patient, son entourage et son médecin à cette question 'y croire ou pas' : l'encodage est inopérant. L'objectivation échoue. La médecine, le médecin, sont mis en échec.

J'emploie à dessein ce terme 'initié' car dans cet apprentissage du processus diagnostique, il s'agit d'acquérir le pouvoir de découvrir, dans un lieu affecté, l'origine du mal, et par là, d'agir sur lui, et de prédire ce que sera l'avenir du patient. Dans le cas de la douleur aiguë, la découverte, le plus souvent simple et rapide, d'un lieu affecté dans le corps, peut dissimuler cet aspect mystérieux du travail médical. Dans le cas de la douleur chronique, ou d'une plainte douloureuse aiguë à laquelle on ne 'croit' pas, pour toutes les raisons sus-dites, la cause du mal, son origine, immatérielle et invisible puisque non localisée dans 'le corps' - visible - de la médecine, suscite d'autres questionnements, d'autres angoisses. Comment la médecine va-t-elle organiser ses réponses?

« Un des séminaires, un des cycles courts [de formation sur la douleur chronique] qu'on fait avec les médecins généralistes, s'appelle « comment gérer l'échec ? ». Comment gérer à la fois l'échec du patient et comment gérer celui qui vous met vous en échec, hein ? [...] »

C'est vrai que quand on a un parcours de clinicien habituel, on ne sait pas gérer ces gens-là [les patients douloureux chroniques]. C'est-à-dire qu'il y a 5 ou 10% des patients qui vous échappent, et pour lesquels la réponse qu'on connaît habituellement, c'est soit l'incrédulité - autrement dit : « Il ne doit pas avoir mal, puisqu'il me met en échec » - soit l'agressivité : « S'il me met en échec, c'est qu'il veut me faire souffrir. » »

Entretien avec A

L'interaction va alors inévitablement mettre face-à-face deux subjectivités, deux systèmes de croyance, deux imaginaires. La congruence des croyances, nécessaire à l'efficacité

²²¹ Parsons T., « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » (1955), in Herzlich C. (dir.), *Médecine, maladie et société*, pp. 169-189.

thérapeutique, va conduire les deux protagonistes à se mettre en recherche, sans l'explicitement, d'un accord sur l'origine du mal, accord qui sera plus facile à trouver si ils sont issus d'une culture commune. Là où le caractère visible d'une lésion physique permet au régime explicatif de la 'cause', ou encore de la 'raison', de prendre le pas sur tout autre questionnement, l'absence de lésion visible libère le recours au régime explicatif de 'l'origine', qui contient en germe un imaginaire autrement fertile et nettement moins encadré par la rationalité scientifique.

Dans tous les cas, ils entrent alors dans des zones floues et ténébreuses, des zones qui ont, pour l'anthropologue, et tout simplement pour l'observateur, à voir avec la violence ; ce sont elles sans doute qui ont conduit J.-P. Peter à voir une « enclave mythique »²²² dans la relation qui s'établit entre médecin et patient s'agissant de répondre à une plainte douloureuse.

Dans cette angoisse de l'échec, il serait en effet erroné de ne voir que celle du médecin confronté à un échec, une simple blessure d'orgueil, ou seulement celle du patient, inquiet de son avenir et désireux d'obtenir un soulagement. Les organisations collectives des origines du mal, s'agissant de ce qui affecte le corps, renvoient à des angoisses plus archaïques, et à l'imaginaire culturel. Mettre en échec le médecin, et à travers lui la médecine, désignée collectivement comme ayant pour fonction de cheminer vers la vérité du mal qui affecte nos corps, de prédire l'avenir, et de lutter contre le mal et le mourir, c'est angoissant, pour les deux protagonistes de l'interaction.

En effet, une douleur qui ne trouve pas de cause visible dans le 'corps' est inévitablement, à un moment ou à un autre, rapportée à « *la tête* ». Mais qu'est-ce que cette « *tête* » dont on parle, et qui s'opposerait au 'corps', sinon une catégorie hâtive, d'apparence anatomique - qui se pare donc des atours du savoir médical, des ses vérités et de ses certitudes - qui est notre réponse collective aux interprétations des origines invisibles du mal qui frappe nos corps ? Cette question se situe dans le prolongement immédiat, à l'époque contemporaine, des interrogations de J. Pigeaud s'agissant des rapports de l'âme et du corps dans la médecine antique, puis telles qu'elles ont été reformulées par Pinel, alors que naissait la biomédecine.

En effet, à notre époque, « *tête* » renvoie confusément à 'psyché' - l'âme. La psyché, devenue domaine de la psychanalyse, après avoir été celle de la psychiatrie inventée par Pinel. La

²²²Peter J.P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliation », in *Le Genre humain. Politiques de l'oubli*, Le Seuil, Paris, 1988, pp. 177-194.

psyché, aujourd'hui au cœur d'un débat entre diverses approches psychiatriques, neurologiques, psychanalytiques, psychothérapeutiques. La situation ne manque pas d'ironie : demandez à un malade migraineux qui vous affirme que « ce n'est pas dans la tête, j'ai vraiment mal », où se situent donc ces migraines, sinon dans « *la tête* » ? Demandez à un psychiatre, qui vous affirme que les démences ne relèvent pas de la psychiatrie, mais de la neurologie, comment se départagent les « *têtes* » de l'une, et de l'autre ? Le cerveau relève de la neurologie, mais pas « *la tête* » ?

Ces questions ne sont pas pures théories : pour l'exemple, à l'heure où les pouvoirs publics doivent trouver à 'placer' les personnes âgées souffrant de démences, la question de savoir si elles relèvent ou non de la psychiatrie est un problème on ne peut plus réel et pratique, générateur, là encore, de violences (celles que peuvent subir des patients inadéquatement 'placés', de la part d'autres patients, des soignants ou de l'institution). Ces questions sont également très réelles et pratiques, s'agissant du destin des douloureux chroniques, quand l'origine de leur mal apparaît, faute d'avoir été localisée, vue, dans le corps, comme provenant de leur 'tête'.

Là où l'invisible, dans des cultures traditionnelles, peut renvoyer aux esprits des ancêtres, par exemple, en France, il renvoie à « *la tête* », de manière assez consensuelle. Or, si les maux de « *la tête* », maux de 'la psyché', sont les héritiers des maux de l'âme, cette 'âme' est, en particulier depuis Freud - et ses débats avec Jung - conçue comme individuelle : « *la tête* », et la culpabilité de ses dérives et de ses maux, appartiennent à l'individu, contrairement aux 'esprits', ou à d'autres déterminations de l'âme- qui renvoient au collectif. Mais on peut, avec J. Pigeaud, remonter bien avant Freud : cela n'a pas changé depuis Cicéron²²³.

De ce fait, renvoyer le patient à sa « *tête* », c'est renvoyer le patient à lui-même et à sa culpabilité, alors qu'il ne serait pas coupable d'une origine du mal située dans son 'corps'. C'est pourquoi, congruence des représentation ou pas, cette hypothèse, formulée ou exprimée, amène en général la relation thérapeutique dans une impasse conflictuelle. Le silence s'installe, avec l'angoisse, et souvent, la violence.

Ce que propose ici la médecine de la douleur est si simple, en apparence : confesser l'impasse des procédures habituelles d'objectivation prenant la plainte pour mobile et pour objet, et, ceci étant posé, revenir à la demande. Il 'suffit' pour cela de résister à la tentation du savoir sur

²²³ Pigeaud J., *La Maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Les Belles Lettres, Paris, 2006.

l'origine du mal, tentation qui tend à happer le patient comme le professionnel. Dans les faits, si le retour à la demande est loin d'être si simple qu'il n'y paraît, c'est que le combat à mener pour résister à cette seule aspiration mobilise une énergie titanesque ; il faut être plusieurs, et *travailler* ensemble, patient compris, en bonne intelligence.

*

Pour finir, j'ajouterai ceci : s'il est vrai que les situations de douleur chronique, ou de plaintes aiguës insuffisamment expliquées, rendent la subjectivité médicale - les perceptions de l'individu médecin, individuellement et collectivement construites- particulièrement évidente, croire que l'intervention de la subjectivité, de l'affect, de l'imaginaire, des croyances et des représentations du médecin se limitent à ces cas où l'encodage, objectivant et scientifique, échoue, c'est méconnaître l'interaction médecin-patient, où ce « système parallèle et non scientifique d'encodage »²²⁴ est en permanence en jeu, où il n'y a pas en réalité de 'fuite' de subjectivité puisque celle du patient trouve en face d'elle celle du médecin, même si cette dernière prend souvent le masque de l'objectivité. C'est oublier les travaux, en psychologie médicale, de M. Balint²²⁵ sur le transfert et le contre-transfert, en communication, de l'école de Palo Alto, ou les reléguer au rang de parasitage. C'est oublier la réalité du « corps à corps »²²⁶ que constitue cette rencontre, et les travaux de C. Dejours et de F. Roustang. C'est également oublier les travaux des anthropologues de la santé, qui, depuis L. Eisenberg²²⁷ et ses trois concepts - « disease » (maladie objectivée par le médecin), « sickness » (maladie interprétée à partir de la culture dont fait partie le malade et le médecin) et « illness » (maladie vécue par le malade) -, s'emploient à démontrer que notre système biomédical n'est pas seulement parasité par nos représentations, nos croyances, mais qu'il est construit sur cette base. Certes, quand il y a maladie, il semble plus facile de distinguer cette dernière du mal, et du malheur - distinction et rapprochement familiers de l'anthropologie de la santé de langue française; mais cette distinction, si on peut la souhaiter, n'est jamais totale, et surtout pas du point de vue de l'expérience du patient : C'est aussi oublier les travaux de la

²²⁴ Cicourel A., *Le Raisonnement médical, une approche socio-cognitive*, op.cit.

²²⁵ Balint M., *Le Médecin, son malade et la maladie* (1957), collection « Bibliothèque scientifique », Payot, Paris, 1996.

²²⁶ Expression de M. Sapir.

²²⁷ Eisenberg L., « Disease and Illness: Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, n° 1, 1977, pp. 9-23.

phénoménologie, qui s'est préoccupée du corps comme objet, de la perception, et du discours scientifique, pour rappeler qu'il n'y a pas « d'en-soi de la maladie »²²⁸. La maladie, comme chose séparée du mal, et du malheur, est aussi une construction culturelle.

La médecine de la douleur a bien conscience de la reconnaissance que procure au mal et au malheur le statut de maladie ; de l'importance du mot ; du pouvoir de la catégorie. C'est sans doute pourquoi elle revendique, pour la douleur chronique, un statut de **douleur maladie**, en lieu et place de la **douleur symptôme**. Mais en l'absence de preuve visible de **maladie** qui renverrait aux lieux affectés de la médecine galénique, elle crée une approche de la douleur fondée sur le *croire*. Ce faisant, ce n'est pas seulement à la prise en compte de la douleur qu'elle s'attaque, mais à l'ensemble de l'édifice culturel complexe de la médecine, de ses hiérarchies du vrai, et de ses catégories. Elle ouvre, comme Pinel le fit en son temps, la boîte de Pandore. Elle a, dès lors, affaire aux mythes : Plusieurs auteurs ont évoqué les mythes qui imprègnent la médecine : le « mythe fondateur de la médecine », tel que J. Pigeaud l'a décrit, se rapporte aux rapports du corps et de l'âme en médecine. Le mythe « des deux douleurs » évoqué par D.B. Morris²²⁹ se rapporte à la partition commune entre celle du corps et celle de la tête ; ou encore « l'enclave mythique », décrite par J.P. Peter, qui traite de la relation médecin-patient face à la douleur. C'est ainsi que la médecine de la douleur est amenée à s'assumer comme culture, et à reformuler des mythes, qui concernent autant la médecine dans son ensemble que la société. Cette société qui lui attribue, et régule par des lois, ses fonctions et pouvoirs.

Tout en apportant les éléments qui manquent encore à la description, je vais maintenant tenter de montrer comment elle organise, dans ses discours et ses pratiques, cet horizon mythique - horizon qu'elle voit derrière elle, quand elle se retourne vers son passé, et devant-elle, quand elle fait face.

²²⁸ Marchat P., *La Médecine déchirée*, collection « Questions de santé », Privat, Toulouse, 2001.

²²⁹ Morris D.B., *The Culture of pain*, University of California Press, Berkeley, 1993.

A. LA CULTURE QU'ELLE A

(ce qu'ils savent, ce qu'ils savent
ignorer, ce qu'ils en disent.)

1. Quatre histoires

- a. Émergence de la médecine de la douleur : débats
scientifiques, savoirs, pouvoirs. I. Baszanger,
D.B. Morris & contenu de certains de mes
enseignements.

I. Baszanger²³⁰ rappelle que l'émergence de la médecine de la douleur fut le résultat de transformations de deux ordres : de l'ordre des pratiques médicales, d'une part, et de l'ordre de la recherche scientifique, d'autre part. C'est dans son travail, et dans celui de D.B. Morris, que j'ai trouvé l'essentiel des références historiques que je présente ici.

La médecine de la douleur (appelée aussi par certains algologie²³¹) est un domaine de pratique et de recherche qui émerge en France à la fin des années 1970. Elle s'organise en tant que réflexion de groupe professionnel et d'un « travail de légitimation » depuis le début des années 1990.

J.J. Bonica en fait figure de « père fondateur ». De nationalité américaine, anesthésiste de formation, il s'est intéressé dès le début de sa carrière aux douleurs chroniques rebelles aux traitements habituels, introduisant le concept de *pain clinic* dès 1953, dans un ouvrage consacré à la douleur²³². Il a fondé, dès 1961, la première *pain clinic* (consultation de la

²³⁰ Baszanger I., « Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation: le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, XXXI-2, 1990, pp. 257-282 ; Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, collection « La Couleur des idées », Le Seuil, Paris, 1995.

²³¹ Les médecins de la douleur s'appellent donc aussi des *algologues*, ce qui fait d'eux des homonymes des spécialistes des algues. C'est pour éviter toute confusion que je ne recourrai pas à ce terme dans ce travail.

²³² Bonica J. J., *The Management of Pain*, Lea & Febiger, Philadelphie/Londres, 1953.

douleur) ; en 1974, il fondait l'IASP (International Association for the Study of Pain), puis, en 1975, la revue *Pain*. Celle-ci diffuse les positions de l'IASP. Elle reste aujourd'hui la principale référence bibliographique en médecine de la douleur.

« Concrètement, l'histoire commence par la rencontre d'un homme et d'un problème et de ses tentatives pour le résoudre. »²³³

J.J. Bonica se trouve débiter sa pratique anesthésiste en 1944, après une formation 'accélérée' par les circonstances ; il est alors rapidement confronté à des douleurs complexes, rebelles aux traitements habituels, chez des soldats blessés au front (souvent avec des lésions nerveuses). C'est dans le contexte d'un hôpital militaire, lieu de rencontre de multiples spécialités médicales et chirurgicales tel qu'il était inhabituel de le voir dans la vie civile, qu'il commença à s'intéresser aux douleurs rebelles. Au début des années 1950, le développement des techniques d'anesthésie élargit considérablement le domaine d'intervention des anesthésistes, qui en vint à rejoindre, en tout cas dans le domaine de la douleur, celui de la neurochirurgie - bien que leurs interventions se fassent à distance, par l'intermédiaire d'aiguilles, et sans contact direct avec l'organe ciblé. On faisait alors appel aux anesthésistes pour prendre en charge des douleurs persistantes, dites **rebelles** aux thérapeutiques.

Un profond changement dans l'état de la recherche scientifique sur la douleur va amener l'apparition de nouvelles théories. C'est sur leur légitimité scientifique que va s'appuyer J.J. Bonica pour faire entrer progressivement la médecine de la douleur dans le champ de la pratique médicale autorisée.

En effet, trois théories ont marqué les tentatives d'explication du phénomène douloureux par la science expérimentale : la **théorie de la spécificité**, la **théorie du pattern** et la **théorie du gate control**. La première a dominé la pensée médicale à partir de son énonciation en 1894 : elle formule l'hypothèse de l'existence d'un système de conduction nerveuse spécifique à la douleur, constitué d'une triade : récepteur spécifique - voie spécifique - centre spécifique ; la douleur ainsi expliquée est une sensation. Elle conduit à un point de vue physiologique, localisateur (pour reprendre le découpage formulé par Canguilhem²³⁴) et lésionnel sur la douleur : à causalité unique traitement unique, de préférence chirurgical - répondant à un raisonnement en accord avec l'explication

²³³ Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, op.cit.

²³⁴ Canguilhem G., *Le Normal et le Pathologique*, op.cit.

physiologique. La seconde est contemporaine de la première ; elle ne reconnaît pas l'existence de systèmes de conduction spécifiques aux messages douloureux, mais en rattache la transmission à l'intensité du stimulus et à leur interprétation par le cerveau ; elle n'a jamais pu s'imposer. La troisième, formulée en 1965 par Melzack et Wall, formule l'hypothèse de 'portes', mécanismes régulateurs et modulateurs intervenant dans la transmission du message douloureux et pouvant en bloquer la transmission. Parmi les facteurs pouvant intervenir pour moduler la fermeture de ces barrières, l'attention, ou l'expérience antérieure, les émotions, l'imaginaire, les croyances..., nombre d'éléments subjectifs, hors du contrôle volontaire spontané du patient lui-même, et certainement hors de toute maîtrise médicale, peuvent notablement intervenir. C'est à partir de cette orientation théorique, déjà expliquée précédemment, que l'on aboutit au nouveau paradigme : la douleur est une **perception**. Ce paradigme domine actuellement la recherche scientifique sur la douleur. C'est également celui qui est adopté par les médecins de la douleur.

L'idée de la **pain clinic** proposée par J.J. Bonica peut paraître simple : il s'agit de réunir une équipe pluridisciplinaire autour d'un problème de douleur complexe et rebelle. En réalité, elle recouvre un changement important, qui bouscule des légitimités dans le monde médical : il s'agit de diriger l'action médicale sur le symptôme et non plus sur la cause, ce qui revient à proposer une approche symptomatique, pourtant récusée par le développement d'une médecine clinique et scientifique, qui s'appuie elle-même sur des siècles de tradition galénique.

Ce changement ne sera rendu possible que par un changement de statut de la douleur : du point de vue de la démarche médicale diagnostique, thérapeutique, la nouvelle théorie de la douleur va permettre un changement essentiel de paradigme - déjà annoncé, principalement par Leriche²³⁵, mais qui n'avait pas eu de suite jusqu'alors : de la **douleur symptôme**, douleur bénéfique en ce qu'elle sert à signaler le dysfonctionnement d'un organe et à alerter quant à la nécessité du soin de cet organe, on passe à la **douleur maladie**, où la douleur ne sert plus un diagnostic lésionnel, localisateur : en effet, soit la lésion est inaccessible à un traitement causal, direct, soit cet éventuel traitement ne résoudrait pas le problème, car la douleur elle-même est entretenue par des mécanismes divers largement indépendants de la lésion première, soit encore, celle-ci n'a pas été retrouvée. Une telle douleur se révèle alors

²³⁵ Leriche R., *La Chirurgie de la douleur*, Masson, Paris, 1937.

non seulement inutile mais nuisible, en provoquant par sa persistance toute une série de difficultés physiques, psychologiques, sociales, invalidantes. Si l'on se réfère au découpage proposé par Canguilhem, on voit comment la **théorie du gate control** a permis le passage d'une conception localisatrice à une conception globalisante, dynamique de la problématique de la douleur chronique rebelle.

I. Baszanger relève par ailleurs qu'à partir de ce nouveau paradigme, la douleur chronique rebelle va d'emblée poser un problème d'ordre politique aux professionnels médicaux : la douleur, multidimensionnelle, n'appartenant à aucun organe, ne relève d'aucune spécialité : les spécialités médicales sont en effet des catégories professionnelles déterminées en fonction des lieux affectés. Ces avancées théoriques viennent donc légitimer les intentions initiales de J.J. Bonica concernant la pluridisciplinarité. Posée « comme un impératif, elle est devenue un dogme » dit encore I. Baszanger : les efforts diagnostiques et thérapeutiques coordonnés de plusieurs médecins issus de spécialités différentes sont posés comme une nécessité absolue pour faire face à la complexité du problème ; aucune prééminence - au regard de la coordination - n'est alors accordée à telle ou telle spécialité.

*

Dans ces équipes pluridisciplinaires, la présence de psychothérapeutes (par ce terme générique j'entends les psychologues cliniciens, psychiatres, ou psychothérapeutes) est particulièrement notable.

J'ai déjà donné quelques éléments succincts concernant les psychothérapies lors de la description du CETD de Nantes. Je vais étendre un peu ces descriptions ici, parce qu'il s'agit encore d'imaginaire et de culture.

En effet, beaucoup de psychothérapies reposent sur un modèle du fonctionnement psychique qui est, à la base, une métaphore : métaphore de l'ordinateur à programmer pour les cognitivistes et les comportementalistes ; métaphore thermodynamique pour Freud, avec ses énergies pulsionnelles et ses refoulements.

Je rappelais en introduction le point de vue de J.-J. Kress, que je partage, selon lequel toute psychothérapie repose sur une anthropologie, et comporte une part d'idéologie. Il en découle que le choix de privilégier telle ou telle approche dans un service hospitalier donné n'est pas anodin. Il en résulte, également, que faire cohabiter des thérapeutes d'obédiences différentes dans un même service n'est pas une mince affaire, et je tenais à souligner cette nouvelle

occasion de conflit interprofessionnel à portée, somme toute, épistémologique, métaphysique et morale, qu'offre la pluridisciplinarité.

Aux États-Unis, où les travaux des comportementalistes suscitent un intérêt important depuis la deuxième moitié du vingtième siècle, les thérapies cognitivo-comportementales (qui s'appuient sur une psychologie dite **scientifique**) ont été introduites pour modifier les comportements vis-à-vis de la douleur (**pain behaviour**), avec des résultats très probants. Brièvement, l'idée de départ est la suivante : toute douleur peut être décrite en termes de **comportement douloureux** ; un tel comportement est perpétué, voire exagéré, par une attitude dite de **renforcement positif** ; par exemple, une attention accrue portée par autrui, le repos, ou toute autre conséquence de sa plainte à laquelle la personne va trouver, plus ou moins sciemment, des bénéfices, vont avoir tendance à entraîner la répétition du comportement douloureux. Ce renforcement rend la récurrence de la douleur plus probable : c'est une forme de conditionnement pavlovien qui va conduire le patient à ressentir plus de douleur quand il aura besoin d'attention ou de repos - choses que peut-être il ne sait pas s'autoriser autrement. Le traitement consiste donc à déconditionner puis re-conditionner le patient sur d'autres bases.

Une autre approche qui a fait ses preuves est l'**hypnose éricksonienne**, issue des travaux de Milton Erickson, en lien avec l'école de Palo Alto, et qui est aussi une forme, quoique très différente, de **déconditionnement-reconditionnement** ; elle a la particularité de ne pas s'appuyer sur un modèle théorique du fonctionnement psychique ; elle s'appuie sur deux croyances : d'une part, que le patient possède la solution à son problème ; d'autre part, que s'il peut être amené à en faire l'expérience, il fera de lui-même le choix du mieux-être. Par un *travail* qui s'appuie sur le corps (la respiration en particulier), et sur l'imagination (utilisation très spécifique du langage, de métaphores), on tente donc de lui faire vivre l'expérience de ces solutions, auxquelles il n'avait plus accès spontanément. Cette hypnose diffère de l'hypnose classique en ce qu'elle s'appuie, tout du moins par vocation, sur l'autosuggestion plus que sur l'hétérosuggestion. De l'aveu même de ses praticiens, parce qu'elle ne repose pas sur un modèle du fonctionnement psychique, elle nécessite plus qu'une autre une déontologie et une éthique irréprochables.

Ces deux techniques - **comportementalisme** et **hypnose éricksonienne** - sont souvent combinées, entre elles et avec les **thérapies stratégiques et systémiques** déjà décrites, ces dernières ne s'appuyant pas non plus sur un modèle du fonctionnement

psychique, mais sur les théories de la communication et les théories des systèmes²³⁶. Elles sont appréciées pour leur pragmatisme et leur brièveté. De plus en plus, on utilise également les **thérapies narratives**²³⁷, nées en Australie dans les années 1990 et influencées entre autres par les travaux de M. Foucault. Ces thérapies opposent, d'un point de vue théorique, les modes logico-scientifiques et narratifs de pensée, les premiers visant à une vérité par nature invariable et infiniment reproductible, les secondes à une authenticité par nature unique et infiniment changeante. Le second est préféré. Dans une perspective que l'on peut décrire comme opposée à la psychanalyse, elles encouragent l'extériorisation des causes supposées de souffrance, et utilisent le récit comme outil et ressort thérapeutique.

Toutes ces techniques peuvent être pratiquées par des psychologues ou des psychiatres, mais, au CETD de Nantes entre autres, les médecins eux-mêmes sont souvent formés à certaines de ses approches ; ils pratiquent ainsi fréquemment l'hypnose dite conversationnelle. Nous y reviendrons quand nous aborderons l'usage du langage au CETD.

La place de la psychanalyse est ambivalente : à la fois fondatrice et plus controversée. Elle n'est pratiquée, sous forme de thérapie d'inspiration analytique, quasiment que par les psychologues ; les psychanalystes qui pratiquent 'la **cure classique**' ne le font pas dans le cadre de l'hôpital. Il peut arriver que des patients suivent une psychanalyse par eux-mêmes, mais globalement cette technique n'a pas les faveurs de la médecine de la douleur, ni au CETD ni ailleurs. En revanche, la psychanalyse a largement contribué à la conceptualisation des mécanismes psychiques de la douleur chronique (travaux sur les névroses, le masochisme, l'hystérie, l'hypochondrie, le deuil, et tout le champ psychosomatique), à la pensée de la relation médecin-patient ou soignant-patient face à la douleur chronique, et beaucoup de psychiatres sont encore formés à la psychodynamique. De nombreux ouvrages inspirés, à divers degrés, par la psychanalyse, sont lus et appréciés en médecine de la douleur. Mais le corps médical lui reproche sa lenteur, son intérêt pour l'interprétation qui lui semble prévaloir sur le bénéfice du patient (ce qui est perçu comme un manque de pragmatisme), le résultat n'étant d'ailleurs pas présenté, en psychanalyse, comme un objectif, mais comme un 'plus' :

²³⁶ Exemple : Watzlawick P., *Le Langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*, Point Seuil, Paris, 1980.

²³⁷ Exemples :

White M. et Epston D., *Les Moyens narratifs au service de la thérapie* (1999), collection « Le Germe », Satas, Bruxelles, 2003.

Morris D.B., "Narrative, ethics and pain : thinking with stories", in Montello M., Charon R (dir.), *Stories matter : the role of narrative in medical ethics*, Routledge, N.Y., 2002, pp. 196-218.

la guérison est en surcroît. On pourrait résumer les choses en disant que la psychanalyse est, en médecine de la douleur, une référence largement répandue en tant que théorie, où elle est mieux connue et moins vulgarisée qu'ailleurs en médecine, mais qu'elle fait l'objet de nombreuses critiques en tant que pratique. La collaboration entre psychanalystes et médecins ne va pas sans heurts.

F. Radat, citée plus haut, évoquait les « contorsions peu enrichissantes » nécessaires à la conceptualisation théorique de la pluridisciplinarité, et par contraste, son efficacité pratique. La collaboration entre les diverses écoles psychothérapeutiques est certainement, de ce constat de F. Radat avec lequel je m'accorde parfaitement, l'exemple le plus abouti. Du point de vue de l'histoire, autant que des histoires, de sciences et techniques, cette curieuse configuration épistémologique méritait d'être soulignée.

Cela n'est en effet pas sans évoquer les propos de J. Pigeaud, interrogé sur les fondements de l'éthique médicale dans la philosophie antique : il rappelle que divers écrits tendent à montrer que la médecine dispose d'une tradition de moralité spécifique, distincte de la philosophie. Il va jusqu'à dire, citant Sextus Empiricus, que la philanthropie éventuelle du philosophe renvoie à la philanthropie médicale, et non le contraire. « L'origine de l'acte médical tiendrait en ce sentiment qui porte vers l'autre pour le soulager. (Il y a là) un lieu commun, une évidence constitutive de l'acte médical ».²³⁸ La médecine de la douleur, en choisissant un pragmatisme qui se passe, sinon du dialogue aporétique, tout du moins de certitudes épistémologiques, renoue avec cette évidence constitutive et s'emploie à ce que ce « lieu » redevienne « commun ».

*

Le docteur Benjamin L. Cure Jr. est un neurochirurgien qui a commencé à s'intéresser à la douleur à la même époque que J.J. Bonica; il a fondé et dirigé un des premiers centres multidisciplinaires de traitement de la douleur à Los Angeles, et a été président de l'American Pain Society et de l'American Academy of Algologists. Il est le 'père' d'une théorie qui lui a valu d'être en désaccord avec J.J. Bonica, mais qui éclaire sous un jour nouveau l'importance du travail psychothérapeutique. Il a travaillé sur la douleur en tant que phénomène central, et non périphérique, c'est-à-dire qu'il a postulé que le cerveau pouvait produire lui-même un phénomène douloureux, même après l'interruption des influx

²³⁸ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*

nociceptifs d'origine périphérique. L'état actuel des recherches lui donnerait plutôt raison. En pratique, une forme de compromis a été trouvée avec les tenants des théories 'périphériques' au sein de la médecine de la douleur, et la recherche continue : même du point de vue neurophysiologique, la médecine est loin d'avoir toutes les réponses. Ce débat est important : une causalité centrale attribuée au 'cerveau' plutôt qu'à « *la tête* » permettant en effet de situer dans le corps l'origine d'une douleur persistante après la guérison d'une lésion périphérique, ou en son absence... et d'éloigner, de ce fait, les soupçons que rencontrent inévitablement les patients porteurs de ce type de douleurs.

*

Dans la pratique médicale française au sens large, il y a aujourd'hui « tension de paradigmes », pour reprendre le terme d'I. Baszanger : au moment où elle écrivait son article, la théorie de la spécificité (et donc de la **douleur sensation**) dominait encore les pratiques médicales et leur enseignement dans les facultés, et les médecins de la douleur, manifestant de nouvelles convictions (la **douleur perception**), tentaient de « secouer ces vieilles traditions » et les croyances qui y sont attachées. Depuis, la médecine de la douleur a cheminé un peu plus vers une légitimité croissante, nous allons maintenant le voir, mais j'atteste du fait que ces tensions restent très présentes dans le quotidien de la pratique médicale, comme des pratiques soignantes.

Ce que s'attelle à changer la médecine de la douleur concerne en effet les fondements du système biomédical de représentation de la santé. Sont mis en jeu en filigrane dans ces débats scientifiques et ces rapports de pouvoir : les oscillations historiques entre conceptions localisatrices ou dynamiques de la maladie, la place à accorder à l'intervention de critères subjectifs comme l'affect, l'imaginaire et la croyance, dans le soin, et surtout dans les processus de guérison et la pensée scientifique ; l'épistémologie médicale, psychologique et psychiatrique et pourquoi pas, des sciences humaines au sens large - ces 'objets' que sont 'le corps', 'la psyché' ; la réduction de cette dernière à l'individu ou au contraire son élaboration sur un mode plus systémique, voir interactionniste ou sociologique. Il s'agit ni plus ni moins de repenser le sens de la philanthropie médicale, et donc, inévitablement, l'humain.

En pratique, ces tensions sont particulièrement apparentes quand il s'agit de s'accorder sur le sens et les modalités de la pluridisciplinarité, en particulier quand elle concerne la

collaboration entre médecins et ‘psys’, et entre les différentes approches psychologiques, psychothérapeutiques ou psychiatriques. Le pouvoir respectif des uns et des autres, leurs efficacités respectives, leur rapport au temps aussi, sont fréquemment au cœur du débat.

b. L’histoire en marche : les textes de loi.

La médecine de la douleur française se situe donc aux avant-postes d’un questionnement sur le sens des pratiques thérapeutiques en général. Compte tenu des enjeux économiques, politiques et moraux de la santé en général, et de la douleur chronique en particulier, on comprendra aisément que le législateur se soit beaucoup intéressé à la question. C’est ce que nous allons voir maintenant.

Ces textes de lois sont connus et commentés par le milieu médical de la douleur, qui leur accorde beaucoup d’attention ; ils font régulièrement l’objet de discussions en coulisses, et d’interventions publiques dans le cadre des conférences et des formations. Il est à noter que tous les domaines médicaux ne font pas l’objet de tant de productions de la part du législateur, et que tous les médecins n’accordent pas non plus autant d’intérêt au légal ou au politique, vis-à-vis desquels ils manifestent plutôt par tradition une distance mêlée de dédain - (cf. les récents événements s’agissant de la vaccination contre la grippe A).

Ces textes, qui témoignent de l’intérêt du système légal, et des politiques, pour la question de la prise en charge médicale de la douleur, autant que de l’intérêt qu’accordent les médecins de la douleur à ce que le système légal et les politiques leur définissent comme cadre de pratique, font donc partie intégrante du descriptif du terrain à la fois parce qu’ils existent, et pour leur contenu. Ils constituent aussi une partie de l’histoire récente de la médecine de la douleur, de son lien avec l’histoire plus ancienne - le présent du passé - et de son histoire ‘en marche’.

*

La première raison de l’attention qui est accordée à ces textes par les professionnels est la « quête de légitimité », pour reprendre le terme d’I. Baszanger, dans laquelle se trouve encore la médecine de la douleur. Cette quête est assortie des visées pédagogiques à l’intention de l’ensemble du personnel médical et paramédical, dont l’aboutissement dépend aussi de sa légitimité. La seconde raison, liée à la première, est qu’elle est porteuse d’un idéal

thérapeutique qui fait aussi l'objet d'une **lutte** ; ainsi les votes des textes de lois sont autant d'évènements attendus avec un enthousiasme militant.

D'autre part, ces textes reflètent les choix politiques qui vont permettre, ou non, à une médecine non ou peu interventionniste de vivre. Le choix actuel de la tarification à l'acte, y compris à l'hôpital public, fait la part belle aux actes techniques. Ce choix est défavorable à ceux qui souhaitent privilégier le sens sur l'outil, conformément aux recommandations scientifiques. En outre, les textes de loi, même quand ils semblent favorables à ce que j'appellerais la technicité de la relation, ne sont pas toujours, loin s'en faut, assortis des moyens nécessaires.

Au sein même de la médecine de la douleur, les pratiques ne sont pas homogènes. J'ai déjà dit que ce n'était pas l'objet de ce travail que de rentrer dans ce type de débat, ou d'être représentatif de l'ensemble des pratiques en médecine de la douleur. Je signalerai seulement que compte tenu du nombre potentiel de patients, de l'extrême technicité des **gestes** algologiques spécifiques, la tentation peut être grande de faire passer le moyen avant la fin pour des raisons financières, c'est-à-dire de multiplier les **gestes** techniques sans grande préoccupation quant au bénéfice réel du patient. Faire le choix d'une médecine de la parole n'est pas un choix lucratif. Hélas, l'état actuel du cadre légal favorise plutôt ce type de dérives. Faire le choix du sens au détriment du gain, c'est donc déjà un choix politique, et militant, un sacrifice concédé par idéal ; c'est encore plus vrai s'agissant de l'exercice libéral de cette médecine. Le CETD, pendant la période correspondant à la conduite de cette étude, était clairement engagé dans ce militantisme-là, qui est aussi le respect rigoureux des recommandations scientifiques, autant que d'une tradition de philanthropie médicale que d'aucuns qualifieront d'idéaliste.

Je demande maintenant un peu de patience : la lecture qui va suivre aura quelque chose de fastidieux, mais les faits sont ici suffisamment explicites pour mériter d'être décrits tels quels. En outre, il se trouve dans le passage qui va suivre des éléments de traduction des termes techniques utilisés tout au long de ce travail.

*

L'article 20 du Code de déontologie (décret n° 79-506 du 28 juin 1979) indique que « le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade ».

Aucun texte de loi incitatif à la prise en charge de la douleur par la médecine n'existait cependant jusqu'au début des années 1990 en France.

Jusqu'à cette époque, les efforts de mise en place des structures spécialisées de traitement de la douleur dépendaient de l'initiative, de l'intérêt, et de la bonne volonté d'individus isolés.

C'est le cas du CETD de Nantes, qui fut un des tous premiers de son espèce : les premiers lits 'douleurs' ont été ouverts dans le service de neurochirurgie du CHU dès les années 80, à l'initiative d'un des praticiens du service. Plus généralement, Nantes fait figure de privilégiée avec, parmi les médecins de la douleur - particulièrement nombreux - qui y exercent dans le service public ou dans le secteur privé, plusieurs pionniers qui se sont intéressés à la médecine de la douleur dès la fin des années 70. Plusieurs d'entre eux figurent parmi les praticiens qui m'ont accordé un entretien.

A partir du début des années 1990, une prise de conscience politique s'opère, aboutissant à une série de mesures légales : un certain nombre de textes de loi sont votés.

Un premier groupe de travail sur le sujet se réunit en effet en 1986 et délivre, en 1991 (il ne s'agissait pas, de toute évidence, d'une priorité de santé publique à l'époque) un premier rapport, **le BO n° 91/3 bis** intitulé : « La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement »²³⁹.

Le résultat de ce premier rapport est avant tout de proposer des mesures visant à améliorer la prise en charge de la douleur. On met en place des mesures d'évaluation qualitatives et quantitatives des pratiques médicales et de la satisfaction des patients. On définit des critères de qualité, on ouvre des structures publiques spécialisées ayant l'obligation de répondre à certains critères, on développe la formation initiale et continue, on crée des postes.

En 1994, un second texte paraît : **la circulaire DGS/DH n° 94/47 du 7 janvier 1994**, relative à l'organisation des soins et de la prise en charge de la douleur chronique. En annexe à cette circulaire, un questionnaire permet de faire une première évaluation des résultats du rapport de 1991. Un premier rapport d'activité de ces centres est demandé. Le bilan, publié dans le rapport de L. Neuwirth au Sénat, est accablant²⁴⁰.

²³⁹ NB : encore une interrogation typographique significative : j'ai choisi de noter les textes de loi dans la même police que les textes techniques médicaux. Cela ne va pas de soi : il est des domaines où la distinction entre texte médical et texte de loi est bien difficile à opérer. J'ai choisi la même police pour les raisons suivantes : les textes de lois sont, comme les textes médicaux, des recommandations officielles écrites faisant loi, y compris du point de vue des pratiques médicales.

²⁴⁰ Neuwirth L., « Prendre en charge la douleur », *op.cit.* : « Sur les quelque 3 500 établissements de santé publics et privés en France, seuls 270 déclarent avoir une activité de lutte contre la douleur, seuls 83 déclarent avoir individualisé une structure répondant aux critères énoncés par la circulaire et plus de la moitié de ces derniers ne sont pas capables de décrire les modalités de cette individualisation au sein de l'organisation de

La circulaire de 1994 fait pour la première fois référence à la définition de la douleur par l'IASP, et définit aussi ce qu'elle entend par douleur aiguë ou chronique en fonction des données médicales en vigueur. Ces définitions ont servi à définir les pratiques des médecins de la douleur :

« Selon la **définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP)**, la douleur est : "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion. »

« **La douleur aiguë** est une sensation vive et cuisante, qui s'inscrit dans un tableau clinique d'évolution rapide. Les exemples de douleur aiguë sont classiquement les douleurs postopératoires, les douleurs viscérales abdominales ou pelviennes qui peuvent être des urgences chirurgicales ou qui peuvent simuler des tableaux d'urgences opératoires, elles sont alors dites pseudo-chirurgicales, les douleurs de fractures, les douleurs du travail en obstétrique, et toutes les douleurs aiguës secondaires à une pathologie médicale (neurologie, rhumatologie...). »

« **La douleur chronique** est une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels qui évolue depuis au moins six mois. Les douleurs chroniques se répartissent en plusieurs catégories qui sont les douleurs cancéreuses provoquées par le cancer lui-même, les douleurs secondaires au cancer, d'origine iatrogène ou encore dues à une maladie concomitante, les douleurs liées à l'infection par le VIH, les douleurs chroniques non cancéreuses et les douleurs psychogènes. »

La circulaire de 1994 fixe les objectifs et principes suivants : « Lutter contre la douleur implique sa prévention, son évaluation et son traitement. » Elle recommande une approche pluridisciplinaire, en rapport avec la multidimensionnalité maintenant établie du syndrome douloureux chronique, incluant une combinaison de techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales, ainsi que la prise en compte de l'environnement familial, culturel et social du patient. Elle conseille d'obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, « en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur ». Par ailleurs,

l'activité d'un centre doit comprendre son autoévaluation, de la recherche et de l'enseignement.

Elle fixe une nomenclature des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique, qui est encore en vigueur aujourd'hui : les structures sont réparties en consultations, unités et centres pluridisciplinaires²⁴¹. Cette identification, dont sont chargées les agences régionales d'hospitalisation (ARH) concerne les établissements de santé publics et privés.

Fin 1998, un communiqué du ministère de la Santé faisait part de la mauvaise qualité de la prise en charge de la douleur en France, sur les arguments suivants : « Près de la moitié des patients déclarent avoir ressenti des douleurs intenses dans les premiers jours suivant une intervention chirurgicale, plus de la moitié des malades atteints de cancer ont un traitement antalgique inadapté ou insuffisant, 1% des douleurs de l'enfant seraient réellement combattues alors que 80% seraient évitables, enfin 62% des malades atteints du sida déclarent ressentir des douleurs sévères qui ne sont prises en charge que dans la moitié des cas. »²⁴²

²⁴¹ - **Les consultations pluridisciplinaires** de prise en charge de la douleur chronique rebelle représentent le maillon essentiel de la prise en charge de ces patients. Cette entité de base pluridisciplinaire permet l'approche globale nécessaire : prévention, soins, réinsertion, prise en compte du patient dans son milieu familial, social et professionnel. Dans la plupart des cas, elle suffit à la prise en charge du patient. Les consultations pluridisciplinaires de la douleur chronique sont implantées au sein des établissements de santé publics ou privés. Elles doivent comprendre obligatoirement un algologue, un neurologue ou neurochirurgien et un psychiatre ;

- **les unités pluridisciplinaires** de prise en charge de la douleur chronique rebelle permettent la mise en route de thérapeutiques nécessitant l'accès à des places ou lits d'hospitalisation et/ou l'utilisation d'un plateau technique (ce qui ne concerne qu'un faible nombre de patients). Pour être unité de prise en charge de la douleur chronique, les structures doivent comporter ou avoir à disposition ces lits et/ou ce plateau technique, et avoir satisfait aux exigences de l'identification d'une consultation pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique. Elles sont situées préférentiellement dans les pôles de référence des secteurs sanitaires ;

- **les centres pluridisciplinaires** de prise en charge de la douleur chronique rebelle : cette situation correspond à certains centres hospitalo-universitaires qui ont pour mission l'enseignement de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur et la recherche portant sur des thématiques douleur. Pour être identifié en tant que centre, la structure doit également avoir satisfait aux exigences de l'identification en tant que consultation et unité pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique.

²⁴² Queneau P. et Osterman M., *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, op.cit.

Fin 1998 toujours, 79 structures conformes à la circulaire de 1994 ont été identifiées, dont 21 centres ; 33 unités existent, attachées ou non à un centre, et 60 consultations, rattachées ou non à une unité ou un centre.

La circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 concerne exclusivement la douleur chronique rebelle. Elle a pour objectif d'identifier les structures de lutte contre cette forme particulière de douleur et d'en dresser la liste, afin de mieux informer patients et professionnels de santé. Elle permet une « labellisation » des structures de lutte contre la douleur. L'information y est perçue comme un facteur important de la prise en charge des patients, de même que la possibilité d'une mise en réseau des acteurs de santé, médecins généralistes et spécialistes en particulier.

Elle précise : « Ces structures ayant vocation à fonctionner en réseau et de manière transversale et pluridisciplinaire pour la prise en charge de la douleur chronique rebelle, une classification par spécialité ne se justifie pas. » Elle note la persistance d'une insuffisance flagrante de la prise en charge chez l'enfant.

Les schémas d'organisation sanitaire (SROS), dont l'importance stratégique est signalée aux ARH par voie légale, sont responsables pour leur part d'une réflexion qualitative.

L'article L. 710-3-1 et 710-3-2 (loi n° 95-116 du 4 février 1995) du Code de la santé publique précise que « les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent ».

La charte du patient hospitalisé (point II) précise : « les établissements de santé sont attentifs au soulagement de la douleur. »

Deux autres textes de loi sont votés en 1998, puis en 1999 et 2000 :

- **lettre circulaire 05 277 du 3 décembre 1998**
- **circulaires DH-EO-AF/DGS-SP1-SQ n° 98-674 du 17 novembre 1998, n° 99-627 du 16 novembre 1999** (protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par des équipes

pluridisciplinaires dans les établissements de santé),
n° 2000-603 du 13 décembre 2000.

En 1998, un premier **plan quadriennal (1998-2001)** est mis en place par le ministère de la Santé, qui donnera lieu à une première évaluation en 2001 : « Il constitue une action globale, tant auprès des professionnels de santé que des établissements et de la population. Ayant l'ambition de changer les attitudes et les représentations sur la douleur, il répond aux préoccupations exprimées lors des états généraux de la santé, l'accent étant mis sur :

- la formation des professionnels de santé ;
- la simplification de la prescription des antalgiques majeurs et une disponibilité accrue de ces antalgiques ;
- l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans les établissements ;
- l'information du public. »

En 1999, le soulagement de la douleur figurait en tête des attentes des usagers français sur l'amélioration de la **qualité de vie à l'hôpital**²⁴³. Le poids socioéconomique de la douleur chronique était déjà considérable.

À la date du 15 mars 2000, 89 structures de lutte contre la douleur chronique rebelle sont reconnues, se répartissant en 89 consultations, 56 unités et 23 centres. Seules deux régions sur le territoire métropolitain (Auvergne, Limousin) ne disposent d'aucune structure de lutte contre la douleur chronique rebelle. Par ailleurs, comparativement à 1998, 29 consultations supplémentaires ont été identifiées (elles sont considérées à la fois comme le maillon de base et le garant de la globalité de l'approche). En 2000 également, neuf régions ont fait de la lutte contre la douleur un volet thématique de leur SROS.

En 2001-2002, une **évaluation du plan quadriennal 1998-2001** est conduite, suivie de la rédaction du **plan quadriennal 2002-2005**.

²⁴³ Nizard J., *Service médical rendu aux lombalgiques chroniques rebelles par un centre de traitement de la douleur*, op.cit.

Elle remarque que le plan a satisfait à son objectif d'identification des structures : 96 consultations pluridisciplinaires, 64 unités permettant l'instauration d'un traitement et 23 centres pour l'enseignement et la recherche portant sur des thématiques 'douleur'. Il existe des disparités régionales fortes : 49 départements ne disposent d'aucune consultation et dans 8 régions on ne recense aucun centre. Le délai d'attente reste encore très long (deux mois en moyenne d'après l'enquête de la Société française de Santé Publique). La liste de ces structures est accessible sur Minitel et sur le site Internet du ministère de la Santé. Toutefois, ces structures sont encore mal connues du public et des médecins libéraux (insuffisamment informés, ils ne sont pas des relais efficaces pour l'orientation des malades, et la liste des structures disponibles sur Internet reste peu consultée).

L'offre de formation continue a été multipliée par trois depuis 1996. En revanche, la formation initiale des médecins reste insuffisante.

« Une campagne d'information a été menée en 1999 avec la diffusion à tous les établissements de santé d'un carnet douleur et d'affiches sur le thème : "La douleur n'est pas une fatalité." Cette information a été relayée par une campagne publicitaire télévisée et complétée, en 2000, par la diffusion d'une brochure pédiatrique d'information sur la douleur, spécifiquement destinée aux enfants et à leur famille. L'information dont disposent les patients a permis de faire évoluer leur demande et leurs exigences. Les malades savent que la douleur liée à la maladie peut être mieux soulagée par des moyens antalgiques existants. »

L'évolution de la vente des antalgiques (les ventes d'antalgiques de niveau 2 ont progressé de 8% par an depuis 1996, celles des antalgiques de niveau 3 de 16% en 1999 et de 20% en 2000) montre « une augmentation de la prise en charge médicamenteuse de la douleur » dont se félicitent les auteurs du rapport.

« Plusieurs enquêtes ont montré des disparités majeures dans les pratiques antalgiques au sein d'un même établissement, d'un même service. L'implication réelle du chef de service et du cadre infirmier demeure déterminante pour la mise en place effective de ces bonnes pratiques.

« Afin de répondre aux obligations instituées à l'article L. 1112-4 du Code de la santé publique, certains établissements ont mis en place un comité de lutte contre la

douleur (CLUD), d'autres ont inscrit cette démarche au niveau de la structure qualité de l'établissement.

« Un million d'échelles visuelles analogiques (EVA) distribuées : ces outils de mesure d'intensité de la douleur permettent de quantifier la douleur ressentie, phénomène subjectif par excellence, et de suivre son évolution. Cependant, l'utilisation de ces outils reste peu développée. Le professionnel réinterprète souvent ce qu'exprime le patient en fonction de sa propre estimation et (surtout les médecins) ne comprend pas encore bien la nécessité d'évaluer la douleur avec des outils validés (dont l'EVA). »

Et l'évaluation conclut : « Le 1^{er} plan triennal (1998-2000) a eu pour principal objectif d'instaurer "une culture de la lutte contre la douleur". On peut estimer que cet objectif, bien qu'ambitieux, a été en partie atteint. L'évaluation du plan menée par la direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins et par la Société française de santé publique (SFSP) montre qu'une prise de conscience a été engagée et des moyens d'action mis en place. Ce plan est à l'origine de changements importants dans la prise en charge thérapeutique notamment au niveau des médecins. Ce plan a permis également de légitimer, de pérenniser une série d'initiatives locales liées très souvent à des individualités très motivées sans reconnaissance institutionnelle. »

Suite à cette évaluation, le second plan quadriennal se donne les objectifs suivants : la poursuite des améliorations obtenues, la prévention et le traitement de la douleur iatrogène 'prévisible' (soins, chirurgie...), une meilleure prise en charge de la douleur de l'enfant et de la migraine (améliorer l'accès aux structures spécialisées). Il souhaite améliorer encore l'évaluation des pratiques au sein des établissements de santé, la formation et l'information du personnel de santé, et l'information des usagers, considérée comme le moyen de les « associer » à la prise en charge. Il fait une place particulière aux infirmières et infirmiers, dont il souhaite « renforcer le rôle, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée chez l'adulte et l'enfant ». La création de postes d'« infirmiers référents douleur » s'intègre dans cette valorisation du rôle infirmier ; on attendra d'eux une aide à la mise en place du programme de lutte contre la douleur (évaluation par audit de pratique et enquête ; élaboration de protocoles, mise en place, suivi, actions de recherche ; information, formation et conseil aux professionnels de l'établissement).

C'est l'occasion d'un plaidoyer pour la valeur du rôle infirmier dans la douleur : « Les infirmiers, par leur formation initiale et leur présence constante auprès des patients, se sont mobilisés très tôt pour améliorer la prise en charge de la douleur. Il existe, de ce fait, chez les infirmiers, une "culture douleur" souvent plus marquée que celle de nombreux médecins. L'infirmier est un acteur primordial de la prise en charge de la douleur. Il recueille et transmet les données de réévaluation de la douleur. Il dispose et applique, quelle que soit la structure de soins, des protocoles concernant notamment la prévention de la douleur provoquée par les soins (crème anesthésique, inhalation de MEOPA, utilisation des PCA²⁴⁴, de palier²⁴⁵ 2, passage du palier 2 au palier 3, augmentation de la posologie, répétition des administrations...) Toutefois, les protocoles de soins, permettant à l'infirmier, dans certaines conditions déterminées, de mettre en œuvre un traitement antalgique sont rarement mis en œuvre. Ils soulèvent la question de la responsabilité de l'infirmier et du médecin, de la capacité des infirmiers à les appliquer et de l'organisation du travail. Les "protocoles" ont le mérite de codifier par des référentiels de service la mise en œuvre de la politique de lutte contre la douleur. Mais il suscite cependant la crainte d'uniformiser et de standardiser la prise en charge. »²⁴⁶

Il existe à présent un certain nombre d'organisations de médecins, de soignants, d'enseignants, qui contribuent à définir les axes de recherche et les bonnes pratiques, à organiser des formations, à mettre en réseau l'activité de la médecine de la douleur tant au niveau local, régional que national. Les fondations et laboratoires intéressés par le soutien de la recherche se multiplient. Les sites Internet d'information ou/et à vocation pédagogique pullulent... de telle sorte que tout médecin équipé d'Internet et cherchant à s'informer trouvera sans mal des informations complètes sur le sujet, y compris un dossier sur le site du ministère de la Santé, dont l'accès est fort simple : il ne s'agit plus aujourd'hui de pratiques marginales ni confidentielles. Voici quelques exemples d'organisations et de sociétés savantes : CNMD, SETD, CNEUD, REDO, SOFRED...²⁴⁷

²⁴⁴ PCA: système de délivrance d'antalgique par voie parentérale sous contrôle du patient.

²⁴⁵ Paliers: modalité de classification des antalgiques par ordre croissant de force : le dernier palier (3) comprend la morphine.

²⁴⁶ Toutes citations et informations, sauf mention contraire : les documents officiels mentionnés eux-mêmes.

²⁴⁷

- **CNMD** : Collège national des médecins de la douleur, dont le but avoué est de « *faire pression sur les pouvoirs politiques pour faire valoir les besoins professionnels en termes de traitement de la douleur [...] reconnaître et harmoniser les formations* », les définir, les actualiser, les accréditer, développer les axes de recherche. Il a entre autres publié des recommandations concernant l'organisation des CLUD, qui devraient selon lui

L'enseignement de la douleur est devenu obligatoire dès le deuxième cycle des études médicales en 2001, d'une manière significative, tant qualitativement que quantitativement.

*

L'objet de mon travail n'étant pas de faire une étude politique, ou économique, du développement de la médecine de la douleur, je m'arrêterai là.

Je pense avoir fait la preuve que, depuis les travaux d'I. Baszanger en particulier, la légitimité de la médecine de la douleur ne cesse de croître, son développement de se poursuivre, qu'elle rencontre un soutien financier croissant des autorités qui reconnaissent dans la douleur une « *priorité de santé publique* »²⁴⁸, un intérêt croissant des laboratoires, un intérêt croissant de la presse aussi et du public (entre janvier et juillet 2002, dans le seul CETD, ont été tournés deux documentaires destinés au grand public).

Je noterai seulement encore deux changements récents :

- La création du DESS « douleur et soins palliatifs » en 2005 fait de la médecine de la douleur une spécialité médicale au même titre que les médecines d'organe.

Elle est associée pour l'occasion aux soins palliatifs, dans le cadre plus large d'une réflexion encore en cours, sur leur rapprochement et sur le développement d'un concept global : le **soin de support**.

« susciter et animer au sein et à l'extérieur de l'établissement une véritable "culture douleur" [...] de façon à ce que la prise en charge [en] devienne systématique. [Ils organiseront] l'acquisition et la généralisation de l'utilisation des instruments de mesure de l'intensité de la douleur, la formation [...]. Ils [proposeront] des protocoles adaptés à la prévention [...], [veilleront] à une utilisation rationnelle des moyens thérapeutiques [...] participeront à l'information des patients [...] »

- **SETD** : chapitre français de l'IASP. (renommée SFETD, « F » valant pour « française », depuis novembre 2004)
- **CNEUD** : Collège national des enseignants universitaires sur la douleur.
- **REDO** : REseau Douleur de l'Ouest, mise en réseau de tous les intervenants du soin, médicaux et paramédicaux, pharmaciens, associations de patients dans le « bassin de vie » correspondant au grand Ouest, Bretagne, Pays-de-Loire, quelle que soit leur discipline, qu'ils soient dans le secteur privé ou public. Il se donne pour mission la « lutte contre la douleur », à travers le soutien et la mise en place d'activités de recherche, d'enseignement et l'établissement de normes de bonnes pratiques à partir d'une réflexion interdisciplinaire.
- **SOFRED** : SOciété FRançaise d'Étude de la Douleur.

²⁴⁸ Le terme revient à plusieurs reprises dans les descriptifs et rapports d'activité du CETD, s'appuyant pour l'affirmer sur la fréquence des troubles, son coût individuel et social, la demande des patients, les textes de loi qui se sont multipliés depuis quelques années.

- Les classifications sont fréquemment l'objet de modifications, s'agissant en particulier de la douleur dite « psychogène »... l'hystérique est décidément difficile à penser sur le mode de la catégorie, de la classification et de l'analyse. Je rappelle ici, pour mémoire, la dernière classification, toute récente (fin 2010) :

La douleur est dite chronique après trois mois ou dès qu'un retentissement global important se manifeste. Au sein des douleurs chroniques, la classification distingue les douleurs par excès de nociception, les douleurs neuropathiques, et les douleurs par dysfonctionnement du système nerveux central, parmi lesquelles celles associées à la dépression et à l'anxiété, celles dites sine materia, et celles dites auto-entretenues parmi lesquelles figure la fibromyalgie et le SDRC (anciennement AND).

Voici, pour l'exemple, une diapositive récemment présentée lors d'un enseignement (réalisé conjointement par une collègue médecin et moi-même) destiné à tous les professionnels, médicaux et paramédicaux, ou administratifs, d'un lieu de soin. La prise en charge de la douleur est à ce point perçue comme affaire de culture qu'il n'est pas rare que tous les professionnels susceptibles de recueillir des plaintes à ce sujet soient convoqués à des formations communes.

LA DOULEUR CHRONIQUE

« Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne. »

Toutes les dimensions de la douleur s'expriment.
Et tous les individus n'ont pas la capacité ou ne sont en position favorable pour y faire face.
La douleur occupe le champ de la conscience
et rend inaudible les autres messages.

Elle a perdu sa fonction de mise en garde et de protection
Elle devient une maladie par elle-même;

Les réactions neurovégétatives renforcent le syndrome douloureux

*

« D'abord, l'algologie n'est pas si légitimée que ça à mon sens, c'est-à-dire que, euh... comment dire, euh... c'est pas moi qui le dis, c'est des personnes que je connais qui le disent, pour l'instant il n'y a pas encore de grand universitaire en algologie, enfin au niveau académique et des structures de notre pays, l'algologie n'est pas encore vraiment euh... légitimée. Certes, il y a des centres, des unités qui sont labellisées, certains moyens, certaines nomenclatures ; mais, euh... comment dire... ça s'arrête très vite ! »

Entretien avec Y

A l'instar de Y, je tempérerai le bel enthousiasme du rapport de 2001 en disant que si la volonté du politique et du législateur est indéniable, la prise de conscience du corps médical, son éducation à ce qui reste un mode de pensée révolutionnaire pour bon nombre d'entre eux, ne me semble pas suivre ce rythme effréné, tant sont encore prégnantes les « tensions de paradigmes » évoquées par I. Baszanger : les représentations lésionnelles, les croyances associées à la douleur-sensation, et le mythe des « Deux Douleurs ».

Je note en outre au passage que cette attention portée à la douleur s'accompagne d'une volonté de réhabilitation et d'une reconnaissance du travail infirmier, travail, par tradition, si lié au féminin et au maternel. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Pour conclure, je dirai que ce qui est frappant, me semble-t-il, dans cet historique, c'est à quel point la volonté politique semble devancer l'initiative des médecins (tout du moins de ceux qui ne sont pas des médecins de la douleur). En outre, on aura remarqué que les textes de lois et recommandations officielles s'approprient pleinement les termes de « **culture** », et de « **représentations** », s'agissant des attitudes existantes ou recommandées face à la douleur. On peut se féliciter que la loi, et les organes du pouvoir, suivent d'aussi près les recommandations professionnelles les plus spécialisées. L'intention paraît louable.

Mais on peut tout de même s'interroger sur ce qu'il advient de ce type de recommandation une fois qu'elle est extraite du cadre du colloque singulier de la relation thérapeutique, et mise dans les mains du politique et du législateur.

Débarrassons-nous d'abord de l'intention : que la politique, domaine par excellence du pouvoir, et connue pour être cynique, se saisisse aussi volontiers de la philanthropie médicale, éveille en moi - allez savoir pourquoi - un certain nombre d'interrogations teintées de méfiance. Nous verrons bientôt, avec les travaux de D.B. Morris, que cette méfiance n'est pas sans fondement.

Ensuite, sans préjuger de l'intention, demandons-nous si c'est le rôle du législateur, du pouvoir politique, de l'état, de faire valoir aussi explicitement telle « **culture** » ou telle « **représentation** » ? Cela ne devrait-il pas inciter à une certaine vigilance, disons...démocratique ? Ce qui est strictement interdit dans d'autres domaines, comme la religion, tout du moins depuis la loi de séparation de l'Église et de l'État en 1905, est ici autorisé, rendu possible, légal et légitime par la double entremise de ce « lieu commun » qu'est la douleur, et de cet autre « lieu commun » qu'est la philanthropie médicale.

Un laboratoire pharmaceutique avait choisi, en 2004, pour slogan : « **Interdit de souffrir en 2004 !** » ; injonction, ou encouragement ? Ce slogan figurait sur des affiches, placardées entre autres dans les lieux de soins, comme au CETD. Le médecin responsable de l'unité s'empressa de les décrocher.

Il existe une collaboration entre médecine et loi (on le voit entre autres avec la difficulté, évoquée en note, à déterminer la police des textes législatif) : une zone, ambiguë, de recouvrement de leurs champs respectifs, s'agissant en particulier de la santé publique. Or la douleur chronique, très fréquente, grande pourvoyeuse d'arrêts de travail, est à plusieurs

égards un enjeu de santé publique. L'une des raisons de ce recouvrement, de cette collaboration, est économique.

Mais on voit, avec cette intervention de la « culture », que d'autres questions sont ici soulevées : la souffrance et la plainte contiennent une part irréductible d'« appel à l'ordre du monde » (pourquoi, pourquoi moi ?) comme l'écrivaient J.-J. Kress et P. Ricoeur²⁴⁹. On peut comprendre, dès lors, que les institutions responsables de déterminer l'« ordre » se sentent interpellées par la plainte douloureuse chronique. Dans la zone de recouvrement entre les compétences du médecin et du législateur, s'agissant de la souffrance, ne se joue pas que des questions économiques : il s'agit aussi d'ordre. Et pas seulement d'ordre « public » : d'ordre du monde, en tant que construction culturelle.

J. Pigeaud, dans *La Maladie de l'âme*²⁵⁰, en propose une nouvelle illustration. Il rappelle comment Cicéron s'est saisi, en tant que juriste, des écrits des médecins antiques, quand il eut à apporter une réponse en termes de culpabilité et de responsabilité au sens juridique, à la question de la folie : troubles de l'âme (vice de l'âme, susceptible de rééducation) ou troubles du corps, hors de la portée volontaire de l'individu ? Il est des questions qui interpellent à la fois le médecin et le législateur ; les rapports du corps et de l'âme, les souffrances dont on ne sait si elles prennent leur origine dans l'un, ou dans l'autre, en font partie, et ce, de longue tradition.

c. Avant la médecine de la douleur : R. Rey et J.-P. Peter

Dans l'introduction à son *Histoire de la douleur*²⁵¹, qui a fourni les éléments essentiels du bref aperçu historique qui va suivre, R. Rey nous informe d'abord sur la difficulté d'un tel objet pour l'historien, parce qu'il se situe à l'interface du biologique et du social ou du culturel.

En effet, depuis que la médecine se donne pour objet de guérir, R. Rey observe que la douleur a cessé d'être une priorité médicale. Elle y voit le témoignage d'un optimisme médical marqué par l'absence du malade comme sujet et l'aliénation de sa parole. Là où

²⁴⁹ Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

²⁵⁰ Pigeaud. J., *La Maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, *op.cit.*

²⁵¹ Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, collection « Histoire des sciences », La Découverte, Paris, 1993.

manque la parole du malade, l'historien a alors parfois recours aux œuvres littéraires, ce qui peut sembler lui faire quitter l'histoire de la médecine *stricto sensu*.

Autre difficulté pour l'historien, ce que recouvre ce terme est variable, d'un lieu à l'autre et d'une époque à l'autre, et en soi sujet à caution, en particulier de par ce qui le différencie du mot 'souffrance'. Réduire la douleur à son acception de 'douleur physique', c'est déjà poser le présupposé de son existence comme séparée de la douleur morale, qu'on appelle plus volontiers souffrance ; or, rien n'est moins sûr, y compris du point de vue de la science expérimentale actuelle, que l'existence autonome d'un tel phénomène. Une histoire 'strictement médicale' de la douleur 'strictement physique' serait, de son point de vue, une entreprise très hasardeuse.

Un autre niveau de complexité vient s'ajouter à ces deux premières difficultés : on voit d'emblée que la question de la définition de la douleur et en particulier du dualisme douleur/souffrance pose celle du dualisme corps/âme. C'est aussi pour cette raison que les médecins n'ont pas pu aborder la question de la douleur de manière autonome. Quels qu'aient été leurs efforts pour se l'approprier, leur réflexion a toujours évolué en lien avec la pensée philosophique, politique, religieuse ou artistique de l'époque.

En effet, ces diverses pensées contribuaient à définir 'en négatif' les objectifs et les limites de ce qui, dans la douleur, relevait du champ de la médecine. Dans sa forme la plus apparemment dénuée d'ambiguïté, l'une des évolutions possibles d'une telle problématique pourrait par exemple se formuler ainsi : « les médecins s'occupent du corps et donc de la douleur, les religieux de l'âme et donc de la souffrance. » ; ou encore, à une autre époque, plus contemporaine : « les médecins s'occupent du corps et donc de la douleur, les 'psys' de la psyché et donc de la souffrance. »

Nous parlions de phénomène : du point de vue de la phénoménologie précisément, la douleur est une expérience humaine universelle. La douleur, c'est aussi une des premières modalités de la relation au monde extérieur ; par elle l'humain a la possibilité de s'approprier sa corporéité - T.J. Csordas dirait : de se vivre comme incarné. C'est entre autres par elle qu'il va apprendre à définir son « être au monde ».

Mais il ne le définira pas seul : la douleur appelle un comportement social codifié : elle a un langage ; mais sa perception même est affectée, qualitativement, quantitativement, par la signification qu'on lui attribue, par ce langage qu'on lui donne. L'expérience de la douleur est marquée du sceau de la subjectivité ; en plus d'avoir un langage, elle est un langage, et à ce

titre elle répond, à une époque donnée, « aux normes du licite et de la transgression », à une « dialectique de l'occultation et du dévoilement²⁵² ». Une histoire de la douleur, c'est déjà une sociologie et une anthropologie de la douleur.

*

R. Rey revient ensuite brièvement sur l'étymologie du mot, en m'inspirant des travaux de R. Rey, d'A. Aubert²⁵³ et de M.-J. Lavilatte-Couteau²⁵⁴.

'Douleur', terme apparu au XI^{ème} siècle, vient du latin *dolere* ; c'est un verbe impersonnel, passif : ce qui fait mal, c'est une partie du corps (ex. : *caput dolet* « la tête me fait mal »). De cette origine découlent, d'une part, son utilisation préférentielle à des fins de définition spatiale précise (ne considérant donc pas l'individu global), d'autre part le fait qu'elle n'implique ni un individu actif, ni un sujet. Pour ces deux raisons sans doute elle est plus facilement réifiable, et le terme est plus volontiers utilisé quand on souhaite se référer à quelque chose d'objectif ou que l'on souhaite objectivable.

'Souffrance', terme apparu au XIII^{ème} siècle, vient du latin *suffrere* ; c'est un verbe personnel, qui décrit un fait de conscience : elle implique donc un sujet animé, acteur conscient, global. Elle évoque spontanément une définition temporelle plus que spatiale : endurance, patience, tolérance. Au XIX^{ème} siècle, en effet, le mot intègre cette notion de durée/endurer ; il est alors connoté moralement.

Dès le XV^{ème} siècle, la confusion devient possible entre les deux mots, par élargissement respectif des significations. En particulier, si l'intensité de la douleur augmente beaucoup, l'utilisation du terme douleur se confond avec celle du mot souffrance. On note également que la souffrance, contrairement à la douleur, peut vivre dans la conscience de l'autre : « la souffrance est une douleur extériorisée qui se donne à voir »² ; les manifestations de la douleur sont souffrance.

Comme le fait remarquer R. Rey, c'est à l'homme animé, sujet, global, et aux manifestations de la douleur qu'est confronté le médecin dans son exercice.

²⁵² Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, op. cit.

²⁵³ Aubert A., *La Douleur, originalité d'une théorie freudienne*, collection « Voix nouvelles en psychanalyse », P.U.F., Paris, 1996.

²⁵⁴ Lavilatte-Couteau M.-J., « Un face-à-face avec la douleur. Aperçu de la pensée chirurgicale française dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle », in Lenoir R. et Tsikounas M.(dir.), *Le Corps à l'épreuve, Société et représentation*, n° 2, avril 1996, CREDHESS.

Pour les professions de soin, cela se traduit par le fait que ce à quoi ils ont affaire, comme je le dis dans mes enseignements, c'est à la plainte, et non à la douleur.

*

Que peut-on dire des attitudes vis-à-vis de ce que l'on appellera bien plus tard la douleur dans la médecine antique gréco-romaine, qui a étendu son influence jusqu'à l'aube de notre temps ? La pertinence d'un tel historique est contestable. Les réserves précédemment exposées par R. Rey et les travaux de J. Pigeaud donnent suffisamment d'arguments dans ce sens. Compte-tenu de l'ambivalence des termes et de l'absence de traduction exacte possible - l'évolution des termes condamnant le traducteur historien à l'anachronisme, J. Pigeaud privilégie une attention aux rapports du corps et de l'âme, à la manière dont ont été tranchés les débats à ce sujet, d'une part, et au langage lui-même, d'autre part. Ce point de vue rejoint plutôt celui de D.B. Morris. Nous y reviendrons.

Je poursuis néanmoins cet exposé, en tant qu'il reflète une des histoires enseignées aux professionnels de la douleur.

Dans le corpus hippocratique, la douleur apparaît comme un symptôme à valeur pronostique, en particulier par sa place dans la marche de la maladie (début, durée, rapport de son rythme à celui des autres symptômes), et en tant que telle contribue, avec d'autres symptômes (comportement du malade, urines...) au diagnostic. Il existe donc une rationalisation de la douleur et de la maladie dans le corpus hippocratique, mais elle fait la part belle à la parole du malade et à la relation particulière du malade avec son médecin. Pour ce qui est de la soulager, J.-P. Peter²⁵⁵ nous rappelle que c'est, pour Hippocrate, « chose divine » ; on trouve néanmoins la trace de l'utilisation de plantes à visée analgésique.

Dans l'œuvre de Galien, il est fait référence à la douleur essentiellement comme outil diagnostique : Galien accorde à la douleur une place importante en tant que symptôme, avec cette fois un penchant pour sa valeur localisatrice. Elle fait l'objet d'une sémiologie extrêmement détaillée, d'une catégorisation, auxquelles correspond le désir de trouver un ordre, un sens, une certitude, une rationalité médicale. Il pratique beaucoup la dissection, et le symptôme 'douleur' est aussi pour lui l'occasion de recherches concernant les mécanismes de la sensation et de la perception. En revanche, il est extrêmement réservé sur l'utilisation des

²⁵⁵ Peter J.-P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliasion », *op.cit.*

antalgiques : il évoque à ce propos le problème du *dosage*, et les risques de *surdosage* en particulier.

Cette « douleur symptôme »²⁵⁶ et la réserve concernant les antalgiques vont dominer les représentations médicales jusqu'à l'avènement de la méthode anatomoclinique : il n'y aura guère, d'ici-là, d'autres outils pour établir la force d'un diagnostic que la précision de l'inventaire sémiologique, où la douleur est un indicateur essentiel.

Toujours selon R. Rey, il n'y a pas lieu cependant de tirer des conséquences de ces faits médicaux en termes de morale : dans la médecine antique, il n'est pas question de reconnaître pour autant une éventuelle utilité à la douleur. Dans l'Antiquité, médecine et philosophie sont très proches (même si Hippocrate est considéré comme le premier à avoir établi une différence entre ces deux domaines). Or, les deux principales écoles philosophiques qui s'affrontent alors, et celles qui laisseront les traces les plus marquantes dans les siècles qui suivront concernant cette question de la douleur - les épicuriens et les stoïciens - ne considèrent ni l'une ni l'autre la douleur comme utile.

Les épicuriens se font les avocats d'une savante arithmétique des plaisirs qui fait la part belle à l'ataraxie plutôt qu'au plaisir positif. La douleur est certes le mal absolu, à fuir absolument au profit du plaisir, si un choix libre de la sorte se pose. Mais cela n'exclut pas, en revanche, de remettre à plus tard un 'petit' plaisir, quitte à tolérer transitoirement une 'petite' douleur, pour obtenir un plaisir plus grand. L'absence de douleur est un plaisir en soi. Le sage recherche la vertu, parce qu'elle donne du plaisir. Le résultat de cette arithmétique est beaucoup plus austère que la caricature que l'on en fait fréquemment, même s'il s'y affirme une primauté du corporel que refusent les stoïciens.

Pour les stoïciens en effet, le souverain bien est la vertu, et la fin une conformité, une harmonie avec la nature, mais obtenue par un mouvement réflexif et non instinctif, ce qui ôte au corps sa prééminence. L'endurance, que l'on retient surtout de leurs attitudes face à la douleur, est la conséquence de ce positionnement théorique : pour eux, le sage doit avant tout se désintéresser de la douleur ; elle n'est pas un mal puisqu'elle n'appartient pas au champ de la moralité, et que c'est ce qui est laid moralement qui est mal. Si la douleur était un mal, le

²⁵⁶ En verdana car l'expression est utilisée telle quelle en médecine de la douleur, en référence à cette interprétation de la douleur, dont la tradition a perduré jusqu'à très récemment, et par opposition à la « douleur maladie ». Je laisse en revanche « antalgique » en police normale car le terme est ici utilisé par un historien, non par un médecin contemporain: dans son sens médical actuel, c'est un terme technique qui recouvre des classes pharmaceutiques bien spécifiques, et bien délimitées des autres et entre elles.

sage ne pourrait la surmonter ; en résulte qu'un homme courageux est un homme qui a établi que la douleur n'est pas un mal.

Les stoïciens caricatureront violemment les doctrines épicuriennes, qu'ils décriront à tort comme voluptueuses, sensuelles, débauchées... mais cela pour des raisons d'ordre politique qui tiennent à l'alliance des stoïciens, d'abord, avec les sectes monothéistes, puis avec le christianisme. Épicure proclamait « la libération des hommes, retrouvant [...] leur liberté foulée aux pieds par les superstitions religieuses »²⁵⁷. La philosophie épicurienne impliquait une attention à soi, un souci de soi, qui sera condamné doublement, et par le stoïcisme et par le christianisme.

*

Dans l'Antiquité tardive et au Moyen Âge, il faut avant tout noter que l'eurocentrisme serait mal venu, tant il est vrai que ce sont la Syrie, la Perse, l'Orient et le monde arabe qui dominent l'évolution scientifique et culturelle. La science arabe va pénétrer en Europe par l'Italie et l'Espagne.

De cette époque et du point de vue de la médecine, on retiendra d'abord la diversité, ensuite, l'hégémonie du galénisme, l'importance de la médecine arabe qui recueille l'héritage grec médical et philosophique, imprégné de stoïcisme 'politisé', et l'influence du christianisme sur l'Occident médiéval.

La résultante de ces diverses influences, du point de vue des attitudes vis-à-vis de la douleur en médecine, peut se résumer comme suit : la douleur y est avant tout un symptôme, à valeur localisatrice et pronostique. Du point de vue de la morale, l'occultation et le silence sont valorisés. On trouve la trace de l'utilisation de dérivés de l'opium pour la traiter, mais la réserve galénique reste la règle.

Dans l'Occident médiéval, jusqu'au XII^{ème} siècle, la société est très masculine, dominée par les clercs d'une part et les seigneurs féodaux (occupés à des guerres incessantes) d'autre part, les médecins se recrutant parmi les clercs. La douleur est considérée comme étant une chose féminine. L'indifférence héritée des stoïciens domine la société masculine.

²⁵⁷ Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, op.cit.

Cet héritage stoïcien est renforcé par les représentations chrétiennes de la douleur comme étant un châtement divin (pour un péché commis), le signe aussi d'une élection, d'une espérance dans l'au-delà. Pour Saint Augustin, nul ne souffre inutilement, toute souffrance a un sens dans la perspective éternelle. À partir du XII^{ème} siècle, la souffrance du corps est partage de la passion du Christ, de ses souffrances sur la croix. Dans les monastères, on pratique les mortifications de la chair, associées à des travaux manuels dégradants. La guérison, quant à elle, doit être obtenue par la foi et la prière. « Tout ceci dessine un paysage où il n'y a guère de place pour les soins du corps, où la douleur est occultée quand elle est éprouvée, où médecine et religion peuvent même entrer en concurrence.²⁵⁸ » La seule limite reconnue ici par l'Église tient à l'interdit du suicide.

Concernant cette époque, R. Rey conclut en disant que si l'on sait que l'Église a pris à cette époque la douleur en charge pour lui donner un sens, ce que l'on ne sait pas, c'est ce que faisaient les hommes du Moyen Âge quand ils souffraient.

*

La Renaissance (XIV^{ème}, XV^{ème}, XVI^{ème} siècles) reste, du point de vue médical, sous l'influence de Galien, mais est marquée par les débuts de l'anatomie - avec la reprise, parcimonieuse, des dissections, interdites auparavant par l'Église. Les traitements de la douleur sont empiriques, issus de la médecine antique.

Du point de vue philosophique, social, culturel, on voit s'affirmer un espace intime, un « fort intérieur », qui détermine la naissance de l'individu ; le corollaire de cette évolution est une séparation entre ce qui se dit et ce qui se tait. La douleur physique appartient au 'dedans', à l'espace intime : elle est plus secrète pour celui qui souffre que la maladie elle-même, plus troublante pour autrui que le spectacle organisé des supplices et de la mort. La proximité avec la douleur est alors refoulée par le corps social : elle devient l'apanage du médecin et du chirurgien.

*

²⁵⁸ Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, op. cit.

Le XVII^{ème} (l'âge classique) voit se dérouler une « première révolution biologique », avec le développement de nouvelles méthodes d'investigations (auquel participe l'élargissement des pratiques de dissection) qui affranchit en partie les médecins de l'héritage galénique. On commence à penser le corps comme une mécanique. Du point de vue médical, deux grandes tendances théoriques se dessinent, l'une en France, l'autre en Grande-Bretagne, concernant la douleur. Elles sont l'occasion de débats passionnés sur son sens, et sur les rapports du corps et de l'âme... mais le problème métaphysique demeure entier, et le quotidien du commun des mortels continue à s'organiser, le plus souvent, loin des élites médicales et religieuses ; le peu de traces qu'on en a laisse à penser qu'il est dominé par le sentiment d'une urgence grandissante à trouver des remèdes à la douleur.

En France, ce sont les travaux de Descartes qui déterminent la tendance théorique, dans un climat où science et religion sont encore très liées. Se basant sur une étude des « membres fantômes »²⁵⁹, il en déduit que la douleur est une sensation de l'âme, qui se voit confirmer ainsi par elle l'existence du corps auquel elle est unie, ainsi que l'existence des corps extérieurs. La douleur est une modalité particulière des diverses sensations. L'âme, spirituelle et raisonnable (la seule que Descartes reconnaisse, qui s'oppose entre autres à l'âme sensitive des aristotéliens), est localisée par lui au niveau de la glande pinéale, ce qui lui confère une matérialité et la localise dans le cerveau. Cette « âme » siège, telle une araignée, au centre d'un réseau de « cordes » tubes creux où se déplacent les « esprits animaux » ; la machine devient le mode d'intelligibilité du vivant.

Si « la tristesse suit toujours la douleur [c'est] parce que l'âme y reconnaît la faiblesse du corps et son incapacité à résister aux atteintes dont il fait l'objet »²⁶⁰. Mais, prenant en exemple le fait qu'au théâtre le spectateur puisse souffrir de douleurs avec joie, il affirme que l'une et l'autre sont bien distinctes.

Les travaux de Descartes montrent bien avec quelle acuité la douleur pose la question des rapports entre le corps et l'âme. À l'époque, cette question détermina un durable débat autour de la légitimité de la vivisection : les animaux souffrent-ils ? Est-il légitime, chrétien, moral, de les faire souffrir ? Les termes du débat étant les suivants : le sens commun montre qu'un animal souffre, qu'il se retire ou gémit s'il est soumis à une douleur. Selon les théories de Descartes, grossièrement, l'animal ne souffre pas puisqu'il ne pense pas qu'il souffre : ce que l'on observe est une activité réflexe, machinale ; dire que l'animal souffre, ce serait dire que

²⁵⁹ Nom donné aux douleurs persistant malgré l'amputation d'un membre.

²⁶⁰ Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, op. cit.

la pensée se résume à une activité machinale (ce serait ramener l'homme au rang de l'animal). Selon les conceptions de Saint Augustin, l'animal ne peut pas souffrir, ou plutôt pourquoi souffrirait-il puisqu'il n'a pas à aspirer à la vie éternelle (ce serait amener l'animal au rang de l'humain) ? Dans un cas comme dans l'autre, si l'animal souffre, l'homme perd sa place dans la nature, son statut privilégié dans l'ordre de la création.

En Grande-Bretagne, où science et religion n'avaient pas les mêmes rapports qu'en France, les modèles proposés étaient aussi plus complexes que celui de Descartes ; le débat fut donc différent.

Willis tout d'abord posa les fondations de l'anatomie du système nerveux central et végétatif telle qu'elle est actuellement connue. Il était par ailleurs partisan d'une tripartition de l'âme, très voisine des conceptions aristotéliciennes, mais éloignée de sa forme scolastique : l'homme aurait une âme spirituelle et immortelle et une âme corporelle qu'il partagerait avec les animaux ; celle-ci serait partagée en deux parties : l'une dans le sang - à sa charge les fonctions vitales et naturelles -, l'autre dans le système nerveux - à sa charge le mouvement et la sensation.

De son côté, Sydenham, parallèlement à son intérêt pour l'hystérie et l'hypocondrie, qui interrogent également les relations de l'âme et du corps, mit au point et utilisa une préparation de laudanum²⁶¹ - sans doute influencée par sa propre connaissance intime de la douleur : il souffrait de goutte²⁶² - à l'utilisation de laquelle la Grande-Bretagne, plus émancipée du galénisme, se montra plus ouverte que la France. Le débat sur la légitimité de son utilisation détermina une véritable « guerre de l'opium » en Europe, au XVII^{ème} siècle.

On a vu qu'en France, science et religion étaient très liées. Qu'en est-il donc du point de vue des religieux sur la douleur, au XVII^{ème}, en France ?

Selon R. Rey, ce point de vue n'a rien de monolithique, mais souffre de fractures qui tiennent plus aux différentes modalités des compromis à faire avec le monde dans lequel on vit qu'aux différents courants de pensée. La quintessence de la doctrine chrétienne sur la douleur et la maladie demeure qu'elles sont l'occasion d'un apprentissage du détachement du monde, d'un rapprochement de Dieu, tout à la fois punition (douleur rédemptrice) et signe de la providence. On trouve néanmoins les traces d'un certain débat : ne serait-ce point pécher par amour propre que de se glorifier de son endurance à la douleur ? Et surtout, on peut se

²⁶¹ Préparation à base de morphine.

²⁶² Maladie métabolique qui détermine des crises d'arthrite aiguës, connues pour être extrêmement douloureuses.

demander quelle était la pénétration effective de ces idées dans la société ; en particulier, quelle attitude l'Église pouvait-elle bien attendre des médecins ? Comment auraient-ils pu à ce point contrevenir à leur mission en ne tentant rien ?

C'est vers le XVII^{ème} siècle que la séparation entre les fonctions respectives du médecin et du prêtre semble bien établie, même si ses origines restent mystérieuses. Confronté à la douleur d'autrui, le médecin se donne pour mission de la soulager, en ne s'appuyant pas sur un argument théologique, mais sous l'influence combinée des théories scientifiques, de l'iatrochimisme, des distances prises vis-à-vis du galénisme. De leur côté, la religion et ses prêtres donnent un sens, expliquent, consolent, accompagnent, organisent l'expérience douloureuse. Pour une majorité de gens cependant, surtout dans les campagnes, le recours au prêtre se fait souvent, par défaut, en lieu et place du recours au médecin.

Il est un domaine où l'attitude des médecins est très liée aux commandements de l'Église : celui de la naissance ; ce lien explique par exemple que la vie de l'enfant soit systématiquement privilégiée sur celle de la mère, et éclaire un certain nombre d'attitudes vis-à-vis de la douleur de la parturiente et de l'issue de l'accouchement. Sur la femme et la douleur, à cette même époque, on entend trois discours, contradictoires, tous « parés des oripeaux de la scientificité, qui servaient d'alibis à des modes de représentation et d'organisation sociales qui se faisaient au bénéfice des puissants de ce monde »²⁶³. Elle est tour à tour : plus sensuelle, plus faible, avec donc un seuil de douleur inférieur à celui de l'homme - et il faut donc moins tenir compte de ses cris et de ses larmes - ou bien plus sensible donc plus flexible, donc s'adaptant mieux à la douleur ; ou encore elle a plus l'habitude de souffrir - du fait des douleurs de l'enfantement entre autres - et est donc plus résistante.

*

Les époques qui vont suivre - le siècle des Lumières, la première moitié du XIX^{ème} marquée par les débats sur l'anesthésie peropératoire, puis la seconde moitié du siècle avec son adoption (aussi virulente que l'avaient été les résistances), puis la première moitié du XX^{ème} siècle - voient se dérouler une évolution médicale marquée par de grandes découvertes scientifiques et techniques.

²⁶³ Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, op. cit.

Rapidement, nous retiendrions que la première moitié du XVIII^{ème} siècle, qui voit un regain d'intérêt pour la clinique, donne à la parole du malade une importance capitale, importance qu'elle perdra petit à petit, à partir du début du XIX^{ème} siècle, avec le développement de la méthode anatomoclinique : la recherche de signes à l'autopsie, signes dits objectifs, presque purs, prend alors le pas sur la parole du malade, trop subjective, trop imprécise.

Les réticences concernant l'utilisation des opiacés, héritées de Galien, demeurent. La première moitié du XIX^{ème} siècle est marquée par les recherches et les vifs débats sur l'anesthésie peropératoire, qui rencontre de fortes résistances dans les milieux chirurgicaux, en France en particulier.

L'avènement de l'anesthésie opératoire est un événement de grande envergure, qui mérite que l'on s'y attarde un peu. Nous en voulons pour témoin D.B. Morris, qui nous raconte que la première intervention sous anesthésie (exérèse d'une tumeur de l'os maxillaire après anesthésie à l'éther) a eu lieu en 1846 à Boston, en milieu universitaire, à l'initiative d'un dentiste (William Morton). Ce jour sera célébré par Silas Weir Mitchell, célèbre neurologue et romancier du XIX^{ème} siècle comme ayant signifié « la mort de la douleur ». On fêta son anniversaire (Ether Day) pendant plus de cent ans, et aujourd'hui encore une statue trône en souvenir de ce grand jour dans le Boston Public Park.

Selon R. Rey, il n'y a pas lieu de voir dans les résistances médico-chirurgicales à l'analgésie ou à l'anesthésie la permanence d'un discours religieux déplacé, qui vanterait en particulier l'utilité d'une douleur rédemptrice : elle y voit essentiellement des réticences liées à l'absence de garanties quant aux résultats, et aux risques mal connus de tels produits. Pour R. Rey, douleur et médecine étaient alors consubstantielles dans une finalité de guérison ; il manquait à la science médicale un nouveau paradigme pour conceptualiser le traitement de la douleur, et l'anesthésie en particulier.

Mais là encore, tous les historiens ne s'accordent pas sur ce point : Pour J.P. Peter²⁶⁴, qui s'exprime aussi souvent dans les publications et colloques de médecine de la douleur, la douleur « tombe sous le sens » et ne nécessite pas de conceptualisation particulière. Il ne voit dans les débats de l'époque que des « procédures savantes de la méconnaissance [...] une obstination à ignorer [...] un choix éthique de déconsidérer autrui ». J.-P. Peter voit dans les attitudes de certains médecins de l'époque les effets des représentations de la douleur comme nécessaire. Ces représentations seraient imprégnées à la fois d'« une morale d'expiation

²⁶⁴ Peter J.P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éclipse », *op. cit.*

propre à l'orientation politique du catholicisme de l'époque » et des travaux de l'école vitaliste, qui considère la douleur une sorte d'aiguillon nécessaire à la réaction de l'organisme, qui pourra ainsi mettre en jeu sa capacité d'auto-guérison. R. Rey reconnaît qu'on trouve, ici et là, la trace tenace d'anciennes croyances, et des conceptions vitalistes, que cela se manifeste parfois par une certaine ambivalence, mais elle ne leur attribue pas, tout compte fait, la même prééminence que J.P. Peter.

Surtout, elle différencie le rôle des exécutants individuels, et des sœurs en particulier, dans le monde hospitalier, du discours tenu par l'élite médicale ou chirurgicale, qui impulsait certes un mouvement global, mais pouvait rencontrer certaines inerties ou résistances sur le terrain : la présence des sœurs - et de leur aumônier - certes taillables et corvéables à merci, mais aussi prosélytes et volontiers parcimonieuses dans l'utilisation des pharmacies hospitalières (quand elles n'en organisaient pas la distribution clandestine aux nécessiteux), est un exemple parmi d'autres de ces exécutants potentiellement « résistants » ; la légitimité de leur présence en milieu soignant fut d'ailleurs l'objet de nombreux débats. Dans les écrits de l'époque ayant trait aux rapports de la médecine et de la religion, ce qui transparaît, c'est que l'Église était peu concernée par la question de la douleur, mais plus préoccupée par celle de l'avortement, de la naissance, de la mort - toutes deux devant se faire au sein de l'Église. Ce qui paraît déterminant à R. Rey pour la compréhension des interactions médecine/religion autour de la question de la douleur, en France, c'est plus une connaissance de ce maillage de multiples démarches et de multiples intervenants, de la répartition objective de leurs rôles dans la société en général et au lit du malade en particulier : théologien, médecin catholique, sœur, garde-malade... Elle suggère que si le médecin a pu se voir attribuer l'image d'un libre-penseur, c'est sans doute dans son opposition avec ces autres intervenants.

Concernant les résistances à l'anesthésie scientifique, J.P. Peter rappelle de son côté que l'on disposait, dès la fin du XVIII^{ème}, de travaux scientifiques sérieux réalisés surtout outre-Manche concernant le protoxyde d'azote (Faraday, 1776), l'éther (Davy, 1792), la morphine (Sertuener, 1806) et le chloroforme (1831-1835), qui ne rencontrèrent que l'indifférence en Grande-Bretagne et la dérision, voire la condamnation, en France. Il y voit une énigme : il ne croit pas à l'argument éthique (bénéfice/risque), car d'autres expérimentations bien plus hasardeuses furent conduites dans d'autres domaines sur des sujets humains, sans que cela ne soulève de telles réticences. Les « ténors chirurgicaux » de l'époque - Velpeau, Magendie - se soulevèrent avec véhémence contre la pratique de l'anesthésie, avançant entre autres que la perte de connaissance qu'elle entraînait était contraire à la dignité de la personne, que les

patients étaient tels des cadavres « que l'on taille et coupe impunément sans aucune souffrance »²⁶⁵.

Qui donc aurait-il fallu « punir » ? Le patient, ou le chirurgien ? De quelle punition s'agit-il ? De celle endurée par le patient à travers sa souffrance, conformément à la doctrine chrétienne ? Ou (et ?) comme je le suggérerais, de celle du chirurgien, puni de sa volonté de guérir et donc d'aller contre l'ordre divin des choses par la contrainte d'assister impuissant aux souffrances de l'opéré ? J.-P. Peter propose une analyse qui se rapproche de cette suggestion, en ce qu'elle interroge les rapports qui se tissent autour de la douleur entre l'acte médical ou chirurgical et le sacré, la compétence « divine » dont déjà Hippocrate se faisait le rapporteur :

« Nous pourrions être conduits à penser que la présence effective de la douleur était en quelque manière nécessaire à une sorte de sacralité du métier chirurgical. C'est ainsi qu'endormir le patient rendait désormais inutile et illusoire l'extrême virtuosité de vitesse et de dextérité dont faisaient preuve les chirurgiens sur des corps opérés à vif, et ruinait la source d'un honneur et d'une gloire auxquelles ils tenaient. »²⁶⁶

J'ajouterai ici au débat l'éclairage, non publié en médecine de la douleur à ma connaissance, apporté par M.-J. Lavilatte-Couteau²⁶⁷ dans son article concernant la parole recouvrée des chirurgiens après l'avènement de l'anesthésie. Celle-ci aurait permis, selon elle, de dénouer les langues, et que soient dites des choses informulables auparavant. Les chirurgiens décrivirent alors leurs actes en termes de supplices et de tortures, la douleur du malade ayant pour eux un caractère intolérable et troublant : ils devaient lutter pour rester impassibles, pour conserver la liberté de leur jugement et la sûreté de leurs gestes : ils n'étaient pas insensibles, dirent-ils, mais devaient le paraître. Les jeunes chirurgiens, confrontés au dégoût que pouvaient leur inspirer ces cris, ce sang, ces contorsions du malade, pouvaient alors puiser « une force merveilleuse dans le sentiment d'une mission sublime ». Certains conviennent que l'anesthésie fut en cela un soulagement pour eux. Pour d'autres, la douleur reste inséparable de l'acte opératoire. Tous se dépeignent comme les témoins, et non les auteurs, de ces douleurs, ce qui peut être interprété comme une dénégaration. L'anesthésie, en rendant anonyme la souffrance opératoire, contribue peut-être à leur ôter la responsabilité de la douleur.

²⁶⁵ Magendie, cité in Peter J.-P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élation », *op. cit.*

²⁶⁶ Peter J.-P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élation », *op. cit.*

²⁶⁷ Lavilatte-Couteau M.-J., « Un face-à-face avec la douleur. Aperçu de la pensée chirurgicale française dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle », *op.cit.*

Ils attribuent par ailleurs un rôle au patient dans l'intensité de sa douleur : la spécificité de la douleur opératoire étant qu'elle est attendue, prévisible et prévue, ce qui selon eux peut aller jusqu'à doubler l'intensité des douleurs. Il est de ce point de vue différents types de malades : les pusillanimes, les insensibles par nature, les résignés, les courageux.

Quand il a été possible de recueillir la parole des opérés, ce qui frappe, c'est l'assimilation du chirurgien au bourreau, ce rapprochement étant favorisé par un certain nombre de parentés sémantiques et techniques : tous deux ont affaire à des patients ou des victimes, recours au fer ou au feu et à une certaine technicité. Après l'avènement de la guillotine et avant celui de l'anesthésie, le 'traitement' du bourreau pouvait d'ailleurs paraître plus doux, moins violent car indolore, que celui du chirurgien. Le rapport chirurgien-patient est décrit comme une lutte, un combat.

La deuxième moitié du XIX^{ème} siècle et la première moitié du XX^{ème} siècle voient des développements considérables survenir dans le domaine de la chirurgie et de l'anesthésie peropératoire ; la recherche en neurophysiologie avance à grands pas, sous l'impulsion en particulier de Claude Bernard, Déjerine et bien d'autres ; plusieurs théories se succèdent ou se complètent concernant le fonctionnement du système nerveux et la transmission du message douloureux en particulier. Ce qu'on peut dire pour résumer ce que leur connaissance apporte à notre analyse, c'est que se dessine petit à petit - entre autres sous l'influence des théories darwiniennes - le schéma d'un système nerveux comme un système intégré, où un message doit parcourir un certain espace dans un certain laps de temps, pendant lequel il est soumis à des mécanismes de compétition et d'adaptation. De la moitié du XIX^{ème} à la moitié du XX^{ème} siècle approximativement, les recherches concernant la douleur en feront une sensation, explicable par la science expérimentale, dès lors qu'elle est le résultat d'un mécanisme physico-chimique. Les évolutions scientifiques se feront pendant cent ans à l'intérieur de cette modalité explicative²⁶⁸, sans grands changements autres que purement scientifiques.

Parmi ces chercheurs, l'un néanmoins fait figure aujourd'hui de visionnaire : le neurochirurgien René Leriche pose, dès 1937²⁶⁹, la première pierre d'un édifice qui ne sera repris que bien plus tard par la médecine de la douleur. Avec le concept de « **douleur maladie** » (en lieu et place de la 'douleur symptôme'), il entend décrire ces états mal connus

²⁶⁸ Morris D.B., *The Culture of pain*, University of California Press, Berkeley, 1993.

²⁶⁹ Leriche R., *La Chirurgie de la douleur*, Masson, Paris, 1937.

où la douleur est toute ou presque toute la maladie, souvent sans qu'on ne connaisse ni l'organe responsable ni le mécanisme en jeu, qui apparaît localisée mais atteint en fait tout l'individu, qui semble avoir une cause extérieure mais dont la cause est en fait à l'intérieur. Il met l'accent sur la différence existant entre la douleur « vivante » et celle observée en laboratoire. Il se fait aussi le porte-parole du pénible sentiment d'impuissance du praticien face à la douleur.

La plupart de ces développements concernant, on l'a vu, directement la recherche, l'anesthésie, le chirurgien. Qu'en est-il des médecins ? Malgré tous ces développements, la pratique non chirurgicale à l'hôpital montre, dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle et encore de nos jours, la persistance de certaines réticences. On peut en dresser une liste non exhaustive : les opérations à vif sur les nouveaux-nés, les amygdalectomies à vif sur les enfants, les réticences - encore présentes - au traitement de la douleur chez l'enfant en général, ou à l'utilisation de la morphine en fin de vie, les réticences à l'introduction de la péridurale - suivies d'une systématisation que d'aucuns jugent abusive –... qui ne sont que les points les plus saillants de pratiques médicales qui, encore aujourd'hui, restent imprégnées par une réticence caractéristique à soulager ou à prévenir la douleur, et plus largement à considérer le patient comme un sujet. C'est contre ces réticences que s'est développée, dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, la médecine de la douleur, fruit elle aussi de la rencontre entre chirurgie et anesthésie, mais dont les recherches et les bénéfices se sont secondairement étendus à la médecine. En France, rappelons que ce n'est qu'au début des années 1990 que sont apparus des textes de loi fortement incitatifs à la prise en charge de la douleur, et que le traitement de la douleur fut formulé comme un droit pour les usagers de l'hôpital. Ce n'est qu'en 2001 qu'un module spécifique d'enseignement concernant le traitement de la douleur a été rendu obligatoire dans les facultés de médecine françaises. Aujourd'hui encore la médecine dite « de la douleur » est constituée en CLUD : Comités de Lutte contre la Douleur, la métaphore guerrière étant là pour rappeler qu'il y a encore un combat à mener, et des réticences à vaincre.

*

Que retenir de cet historique ?

Il en ressort, me semble-t-il, trois points essentiels : la difficulté à définir la douleur, les liens et les débats qui se tissent autour d'elle entre la médecine et les tenants du « sens caché »²⁷⁰ (philosophes, religieux), et, encore une fois - cf au chapitre précédent la valorisation du travail infirmier - la situation particulière faite aux femmes dans ce débat, comme en témoignent les attitudes vis-à-vis des douleurs de l'accouchement.

Je note aussi au passage un autre exemple de ce que j'évoquais tout à l'heure : le fait que les débats contradictoires trouvent leur place en médecine de la douleur. Nous venons de voir au sujet de l'anesthésie, et des débats entre R. Rey et J.-P. Peter, que c'est vrai aussi s'agissant des apports historiques qu'elle sollicite.

Revenons, pour conclure ce passage et introduire l'auteur suivant, sur la difficulté à définir la douleur. R. Rey elle-même le dit : quand le mot lui-même ne recouvre pas, à travers l'histoire, une signification stable, la tâche de l'historien est bien ardue.

Son exposé a me semble-t-il, les qualités et les défauts de l'approche didactique. Pour ce qui est des qualités : il permet tout de même, s'agissant en particulier de l'époque récente (après le XVIII^{ème} siècle), d'avoir quelques points de repères, tout du moins sur les discours médicaux et chirurgicaux.

Pour ce qui est des défauts, on ne peut que se référer à ses propres réserves quant aux limites de son exercice. L'écueil épistémologique ou philologique rencontré ici est semblable à celui déjà évoqué s'agissant de l'hystérie, et non sans rapport avec le travail de J. Pigeaud concernant la mélancolie. Dès lors, fallait-il même se livrer à un exercice didactique?

Nous avons déjà eu l'occasion de constater que la médecine de la douleur oscille, elle aussi, souvent, comme R. Rey, entre une tentation de se rapporter aux faits, pour les classer, et le constat impuissant des limites d'un tel exercice s'agissant du phénomène douleur. Elle s'organise, trouve son équilibre, en cumulant les deux approches, et en laissant les questions ouvertes. Elle autorise, là encore, les débats contradictoires, voire les dialogues aporétiques : elle admet sa faille épistémologique, ce qui n'est pas un petit évènement, en médecine. C'est par ce biais qu'elle se soustrait à « l'écrasement du temps » dont est coutumière, selon J. Pigeaud, la médecine ; nous allons voir maintenant que c'est aussi par ce biais qu'elle renoue avec la rhétorique médicale, et qu'elle rend la médecine à l'écriture.

²⁷⁰ Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris, 1995.

L'auteur que nous allons maintenant aborder est très largement diffusé dans les milieux spécialisés, aux Etats-Unis. Il participe aux colloques et aux publications officielles de l'IASP. En revanche, n'étant pas traduit, à ma connaissance, en français, il n'est accessible qu'aux anglophones.

Il adopte une posture historienne très différente de R. Rey, plus proche, nous le verrons, de celle de J.P. Peter, et de J. Pigeaud. Son travail est donc un témoignage supplémentaire des débats contradictoires possibles en médecine de la douleur. Mais surtout, par sa manière déguisée de se centrer sur le 'mot', c'est-à-dire de commencer par refuser de s'y arrêter- le définir - pour finalement ne parler que de lui, mais en poète, il s'approche au plus près, par la vertu de l'écriture, du point d'équilibre entre les oscillations sus-décrites, et donc de la réalité des organisations du savoir en médecine de la douleur. C'est ainsi qu'il peut écrire avec justesse la culture qu'elle a, ce qui lui a effectivement été transmis, le passé qui y est présent.

On ne peut, avec lui, que constater que ces pratiques : l'organisation des discours savants en médecine de la douleur, ont plus à voir avec l'écriture poétique - au sens le plus noble de la « métaphore en acte » évoquée par J. Pigeaud, qu'avec la science expérimentale. En ceci, elles renouent avec une tradition plus hippocratique que galénique.

**d. D.B. Morris « Sens et non-sens de la douleur »²⁷¹ :
questions que l'histoire adresse à la médecine de la
douleur**

“The way to begin learning about pain, then, is not to start by defining it - as if by sheer will we could forge it into something very clear and simple - [...]”²⁷²

La plupart des ouvrages qui traitent de la douleur commencent par tenter de la définir étymologiquement. D.B. Morris énonce d'emblée que lui ne va pas débiter, comme il est de coutume, son travail historique, en précisant le sens du mot « douleur », pour ensuite faire l'histoire de l'objet ainsi délimité. Il suggère carrément de renoncer à aborder la question du

²⁷¹ Intitulé d'une conférence à vocation pluridisciplinaire qui s'est déroulée en juin 2002 dans les locaux de la faculté de psychologie de l'université de Nantes et qui a rassemblé des membres du corps médical et des professeurs de psychologie.

²⁷² Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

sens de la douleur si l'on doit commencer par s'accorder sur une définition universelle du mot. Il s'inscrit donc dans une démarche historique opposée à celle de R. Rey.

Il construira plutôt son historique autour, précisément, des sens qui ont été donnés, au mot « douleur », mais surtout à l'expérience douloureuse. Il se lance alors dans un voyage qui traverse aussi bien les textes médicaux, que littéraires, religieux ou politiques, les œuvres d'art, et divers témoignages contemporains ou plus anciens. Il propose de « suivre le mot là où il revient toujours, dans le dédale des rues de la vieille cité du langage plutôt que dans les nouvelles banlieues, aux tracés de rues si rectilignes, où l'invitent la science et la philosophie »²⁷³ Il poursuit : séparer artificiellement le mot de l'expérience reviendrait en effet, pour reprendre l'image de R. Leriche, à reproduire la douleur de laboratoire, alors que c'est la douleur vivante qui l'intéresse.

Ce choix me paraît pouvoir éclairer le médecin comme le chercheur, la question du sens du mot étant à tel point au cœur de l'expérience douloureuse que les deux sont indissociables. Pour le médecin, c'est plus conforme en effet à ce que la science même, s'appuyant sur la théorie du **gate control**, a récemment démontré, s'agissant de la perception douloureuse. Les Dr Cahagne et Guihard²⁷⁴, et Sullivan²⁷⁵, qui se sont penchés sur la question, dans le cadre de recherches en médecine de la douleur, du point de vue de la neurophysiologie et de la psychiatrie, s'accordent pour reconnaître à l'expérience douloureuse cette particularité : elle est formulée au moment même de sa perception : elle ne préexiste pas à la formulation qu'on en fait, qui est elle-même prise dans l'écheveau des comportements sociaux autorisés, des valeurs, des dénominations.

Pour le chercheur, c'est une manière comme une autre de répondre à l'impasse épistémologique.

Pour moi, qui suis les deux à la fois, c'est donc séduisant à plus d'un égard, et cela semble bien proche de la vérité. Il n'en reste pas moins que le chercheur qui enquête sur la médecine de la douleur est nécessairement gêné d'adopter un point de vue qui se cale aussi confortablement dans les discours scientifiques mêmes qu'il est sensé observer d'un point de vue distancié.

²⁷³ Morris D.B., *The Culture of Pain*, op. cit., traduit par moi-même..

²⁷⁴ Cahagne V. et Guyard H., « Douleur et médiation culturelle », *Revue de l'algologie*, Vol II, 4, 2003, pp. 139-141.

²⁷⁵ Sullivan M.D., "Finding Pain Between Minds and Bodies", *Clin J. pain*, 17, 2001, pp. 146-156.

C'est pourquoi des exemples tirés de mon terrain de recherche seront intercalés dans cet historique pour en éclairer la pertinence. En outre, conformément aux préventions données précédemment, cet exposé sur le travail de D.B. Morris sera suivi immédiatement d'une relation de mon parcours personnel d'étudiante et de jeune médecin, puis des entretiens avec les praticiens, qui montreront, si besoin était, à quel point cet historique éclaire utilement les questions qui se posent effectivement dans les études et la pratique médicale face à la douleur, et, de ce fait, la réalité du système dans lequel est désigné l'hystérique.

*

“It is the historical meanings of pain - created in the mysterious process that binds human sensation to emotion, perception, language, time and place - that we must now begin to explore.”²⁷⁶

Dans son historique, R. Rey cesse de mentionner le discours sur le sens ou la valeur de la douleur quand elle aborde la fin du XIX^{ème} siècle et l'avènement de la science expérimentale. Il est vrai que la recherche scientifique s'est, à cette époque, véritablement approprié le discours sur la douleur, en la conceptualisant d'une manière telle que les non-scientifiques n'ont plus guère voix au chapitre : en en faisant une sensation. Elle a résorbé le 'tout du sens' de la douleur dans l'anatomie, la biologie et la physiologie.

R. Rey s'en explique, d'ailleurs : son objet est la douleur 'en médecine'. Elle a été obligée, s'agissant des périodes les plus anciennes, de recourir aux textes non médicaux, faute de textes médicaux, tout simplement, puisque ceux-ci se désintéressaient de la douleur en elle-même. Le XX^{ème} siècle comporte de nombreux ouvrages non médicaux qui traitent de la douleur, en psychologie, ou en littérature. Mais ils ne font pas partie de son objet, puisqu'elle a, pour l'époque correspondante, suffisamment de textes médicaux.

Cependant, j'objecterais que la médecine a continué à se désintéresser de toute une partie de l'expérience douloureuse, après la fin du XIX^{ème} siècle. Et qu'à cette période-là non plus, on ne peut traiter de la douleur exclusivement à travers les manuels médicaux sans accréditer le désintérêt de la médecine pour cette « autre partie » de la douleur, et valider, de fait, la définition médicale moderne de la douleur 'physique', quelles qu'aient été les réserves formulées en introduction.

²⁷⁶ Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

En traitant différemment la douleur selon que l'on se situe avant l'avènement des sciences expérimentales ou après, l'étude ne peut pas contourner l'anachronisme.

Le silence de R. Rey fait cependant écho à une autre inquiétude, formulée, celle-ci, par D.B. Morris : la douleur menacerait aujourd'hui d'être vide de sens.

Quand D. Lebreton évoque ces tenants du « sens caché », ceux vers qui l'on se tourne, depuis la nuit des temps, pour faire sens de ce corps qui se manifeste, il range parmi eux les médecins. Le biomédecin du XX^{ème} siècle se reconnaîtrait-il comme le tenant d'un « sens caché »? Ce qu'il revendique, c'est que le sens des maux du corps relèvent, à l'exclusion de toute autre interprétation, de la biologie, de l'anatomie, de la physiologie, lesquelles sont dans une certaine mesure cachées aux profanes, certes : par la barrière de l'apprentissage, d'une part, et, s'agissant de l'anatomie, par l'accès quasi-exclusif qu'ont les médecins à la dissection²⁷⁷. Est-ce là le 'tout' du « sens caché » des médecins ? Si non, où est le 'reste du sens', et comment y accèdent-ils ? Si oui, cela peut-il suffire aux patients, s'agissant de faire sens de leurs maux ? Pour D.B. Morris, la réponse à cette question est non, et la résorption du tout de l'expérience douloureuse dans un discours exclusivement médical menace de vider l'expérience de son sens.

S'agissant de la médecine de la douleur : du point de vue de cette « éradication du sens » évoquée par D.B. Morris, elle constitue potentiellement une véritable révolution dans la pensée médicale contemporaine : en re-conceptualisant la douleur comme une perception, elle a ouvert la voie à des reformulations radicales du sens donné à la douleur, puisque son interprétation passe désormais par la prise en compte de l'affect, de la culture, de l'imaginaire. D.B. Morris note bien cette importante évolution.

Il en tempère néanmoins les bénéfices potentiels, et tourne son regard vers la société au sens large, s'agissant de trouver des réponses à cette situation de « non sens ». En effet, l'une, et non la moindre, des conséquences de ces reformulations consiste aussi à responsabiliser le patient vis-à-vis de la compréhension de sa propre douleur. On lui enjoint donc de faire, comme le médecin de la douleur le fait lui-même, la démarche de chercher en dehors de la physiologie, de la biologie, de l'anatomie, le sens de sa douleur. Mais une telle demande est-

²⁷⁷ Elle fut longtemps le double privilège des étudiants des beaux arts et des médecins, jusqu'à ce que l'Académie des Beaux-Arts décide finalement que le savoir exact de la disposition des muscles et des os n'était pas nécessaire, voir gênait, la retranscription par l'artiste de ses émotions. Aujourd'hui, elle est accessible aux médecins, aux étudiants en anatomie- médecins ou chirurgiens pour l'essentiels, mais pas uniquement - et depuis très peu (2010 à Nantes), aux ostéopathes.

elle réaliste, à une époque où les méta-narratifs²⁷⁸ n'ont plus leur prégnance antérieure ? Vers quels autres « sens cachés » peut-il se tourner ? Peut-il, sinon déterminer, seul, un « ordre du monde » ?

La réponse à cette dernière question est, pour D.B. Morris, négative : il appartient à la société toute entière de s'interroger sur la manière dont le discours médical a résorbé le 'tout' du sens de l'expérience douloureuse et de ses registres interprétatifs, pas seulement à la médecine elle-même. La médecine ne fait que répondre aux injonctions de la société au sens large, et s'intègre dans un système culturel qui lui confère des missions bien définies. Quant aux autres institutions qui peuvent l'aider à comprendre le sens de ses maux, il envisage bien sûr les psychologies et les psychothérapies, mais pour constater lui aussi que la plupart de ces approches sont insuffisantes. Dans cet ouvrage, comme dans d'autres publications ultérieures, il se fait plutôt l'avocat des approches narratives, qui permettent aux patients de situer leur propre souffrance dans un écheveau d'influences diverses, parmi lesquelles la société, et la culture.

*

Du point de vue des évolutions sociales, c'est bien l'avènement de la science expérimentale comme instrument de la vérité du médecin qui marque, pour D Morris, l'éradication du sens de la douleur

La pensée scientifique biomédicale a construit deux mythes, dont la fonction, suggère-t-il, est de nous représenter une petite partie de la vérité tout en nous aveuglant sur ce que nous ne comprenons pas. Le premier de ces mythes est que la douleur est réductible à la transmission d'un influx nerveux le long de voies spécifiques (la **douleur sensation**). Le deuxième, est ce qu'il appelle le « mythe des deux douleurs ». En revisitant - comme la médecine de la douleur lui en donne toute légitimité - ces deux mythes, il nous propose, en lieu et place de ce silence, un petit voyage hors des sentiers balisés de la « douleur médicale ».

Pour ce qui est du premier de ces mythes : la douleur résulte en effet de procédés physico-chimiques, mais ne s'y réduit pas pour autant. L'histoire fourmille d'exemples qui la

²⁷⁸ Lyotard J.-F., "Answering the Question: What is Postmodernism?" in *The Post-modern Condition: a Report on Knowledge* (1979), University of Minnesota Press, Minneapolis, 1984.

montrent, tant du point de vue de celui qui la subit que de celui qui est le témoin plus ou moins actif de la douleur d'autrui, comme « un fait biologique en attente d'interprétation ».

D.B. Morris cite, entre autres, l'attitude vis-à-vis des esclaves dans l'Amérique sudiste, ou l'attitude des médecins nazis, pour montrer comme il est facile d'infliger la douleur à autrui pour peu qu'on le considère comme suffisamment 'autre', ou insignifiant, ou ennemi.

Il rappelle aussi que les médecins militaires sur les champs de bataille constataient avec stupeur le peu de douleur exprimée (si on leur posait la question) par les soldats blessés au front, même grièvement, contrastant par exemple avec celle d'un civil portant une blessure semblable suite à un accident de la route. Le contexte de survenue de la blessure est si différent (le moment, le lieu, les conséquences de la blessure...) que la perception même en est absolument changée.

La perception des douleurs de l'accouchement d'une culture à l'autre, d'une femme à l'autre... voire d'un moment à l'autre, en est un autre exemple bien connu.

En particulier, la conviction du « sublime de sa tâche », fera que l'on percevra différemment la douleur, que l'on soit du côté de celui qui l'inflige (le jeune chirurgien d'avant l'anesthésie) ou de celui qui y est exposé (les multiples martyrs du christianisme, les héros de l'Iliade... ou encore les femmes qui accouchent).

Il évoque aussi les recherches de Zborowsky concernant le lien entre culture et douleur, recherches effectuées dans l'immédiat après-guerre sur des populations juives et irlandaises, mais restées sans suite, car elles furent accusées de substantialisme, sous le prétexte qu'elles contribuaient à produire des stéréotypes. À ceci il répond que la médecine elle-même a produit son propre stéréotype en représentant, depuis Descartes, le corps comme une machine. Ce sur quoi « nous aveuglent », selon D.B. Morris, les mythes médicaux concernant la douleur, c'est sur la supposée neutralité des stéréotypes de la science biomédicale. Il n'y a pas d'approche neutre du phénomène douloureux : toute approche systématisée relève d'une construction qui voit s'échapper l'essentiel de la « douleur vivante ». Cette neutralité est d'ailleurs un autre grand mythe médical, et soignant.

Il convient donc, selon D.B. Morris, de s'intéresser pleinement aux aspects culturels de la douleur, au prix d'une confrontation permanente avec l'inconnu, et quitte, pour le médecin et le soignant, à ne s'engager jamais que dans des sentiers non balisés à l'avance. C'est le prix à payer pour ne pas tomber dans un stéréotype médical qui prend des allures de vérité à force d'être conforté par la science, mais qui n'en est pas moins réducteur des infinies complexités du phénomène douleur.

Le second mythe, le « mythe des deux douleurs »... est celui que l'on risque involontairement de cautionner en prenant une orientation de recherche basée sur l'étymologie du mot douleur. C'est ce qui advient, me semble-t-il, des travaux de R. Rey, et d'une manière générale ce qui guette toute approche didactique et rend compte des difficultés à nommer et classer, en particulier, les douleurs en fonction de leur **origine**.

Selon ce mythe, il existe deux types de douleur : la douleur physique (ex. : je me casse une jambe...) et la douleur morale, ou psychologique (ex. : le deuil...), qu'on appellerait plus volontiers souffrance. Entre ces deux douleurs, il y aurait « un océan, un gouffre infranchissable ». Ce mythe repose sur une division artificielle corps/âme, ou corps/psyché, qui, comme l'ont montré les anthropologues, est en soi une construction culturelle. D.B. Morris compare ce mythe à l'ancienne croyance qui voulait que la terre fût plate. Il est omniprésent dans le discours des patients et des médecins. Si encore cette compréhension métaphorique de la douleur s'avérait opérante en pratique ! Un médicament pour la douleur physique, un médicament pour la douleur morale... Mais ce n'est pas le cas. La réalité est bien plus complexe. Ce mythe est universellement contredit par l'expérience et, aujourd'hui, par la science même. Cela n'empêche pas qu'il soit extrêmement difficile de s'en défaire, en pratique. En fait, l'expérience est, par nature, double.

*

D.B. Morris nous encourage, pour modifier notre regard sur la douleur, à imaginer une vie « sans douleur », comme le fut celle d'Edward H. Gibson, *“the human pincushion”*²⁷⁹. Ici, l'absence de douleur lui sert à montrer à quel point les phénomènes douloureux sont intégrés dans le tissu de nos rapports sociaux et professionnels, à quel point l'expérience que nous en avons peut déterminer, dans le temps et l'espace, notre position sociale (invalide ou héros...). E.H. Gibson fit carrière sur son insensibilité à la douleur, comme phénomène de cirque : il s'exposait deux fois par jour sur scène, se plantant des aiguilles en différents endroits du corps ; il a même mis en scène sa propre crucifixion (suite à quoi une spectatrice, saisie de malaise, est décédée, tant il lui était, nous dit D.B. Morris, impossible de se représenter l'absence de douleur). Une vie sans douleur, nous fait-il remarquer, est un cadeau empoisonné, ne serait-ce que parce que l'on est privé du signal d'alarme que constitue la douleur aiguë (quand on se brûle...) et que l'on s'expose de ce fait à de graves problèmes de

²⁷⁹ *Pincushion* : coussinet dont disposent les couturières pour planter leurs aiguilles.

santé, voire à une mort précoce. Edward H. Gibson, dans un moment de grande colère, voulut, comme on le fait parfois, s'en prendre à lui-même pour se libérer, et se fractura le nez en le cognant, mais sans ressentir la moindre douleur. Que pouvait-il donc faire, nous dit Morris non sans humour, pour libérer cette colère ? Rater exprès le bus ? Faire exprès de tomber en panne d'essence ? Donnerait-on un coup de pied dans une pierre, un coup de poing dans un mur... si l'on ne ressentait pas la moindre douleur à le faire ?

La douleur est loin d'être simplement ou exclusivement un problème médical : c'est une expérience humaine de base, dont la teneur varie en fonction de la religion, du genre, de la classe sociale, entre autres puissantes forces. La douleur ne se réduit pas à un procédé physico-chimique, c'est une expérience subjective, peut-être un archétype de subjectivité, perçu seulement dans la solitude de nos êtres individuels. Dans le même temps, c'est une expérience qui est surchargée d'empreintes culturelles. On apprend à la ressentir, on apprend à lui donner un sens.

Une histoire de la douleur n'est donc pas réductible à une histoire du progrès biomédical. La position dominante de la médecine dans notre culture supprime ou domine les autres voix qui pourraient nous faire comprendre la douleur différemment, y compris les voix dissidentes au sein de la médecine - et la médecine de la douleur est encore, au sein du corps médical, en position marginale. La voix des patients restant, bien sûr, celle qu'on entend le moins.

La douleur est aussi une expérience à laquelle, parfois, on se soumet volontairement - bien qu'à reculons - si l'on est convaincu qu'on en sortira grandi, d'une manière ou d'une autre... D'aucuns ont même fait l'expérience étrangement paradoxale de s'être sentis, sous son emprise, plus vivants que jamais. Nul ne peut aujourd'hui revendiquer le droit d'expliquer en quoi exactement consiste la douleur : elle nous plonge d'emblée dans « la controverse et l'inconnu ».

*

D'ailleurs, la plupart des médecins connaissent bien moins la douleur que ne le croient la plupart des patients. J.J. Bonica lui-même rappelait en 1974 l'étendue de notre ignorance dans son introduction au premier symposium sur la douleur ; les choses ont évolué depuis, mais il persiste de nombreuses inconnues. Le même J.J. Bonica, en 1989, déplorait l'absence d'enseignement de la douleur dans les facultés de médecine américaines. De même, en France, la fréquence du symptôme contraste avec l'introduction très récente de son enseignement dans les facultés.

Le langage utilisé pour aborder cet « inconnu » est éclairant. Depuis quelques années, il est devenu possible, pour les chercheurs et les journalistes, d'aborder la question de la douleur avec le langage de la conquête et du triomphe ; témoin, le titre de cet ouvrage de 1982 d'H.B. Gibson : *Pain and its Conquest*. Du côté des cliniciens, qui font au quotidien l'expérience de la complexité du problème, le langage est moins triomphant et la métaphore qui revient souvent est celle du défi, (*The Challenge of Pain*, 1982, Melzack R. et Wall P.D.) ou du puzzle (*The Puzzle of Pain*, 1973, idem). Dans ma pratique clinique d'interne au CETD, le puzzle est d'ailleurs la métaphore qui me venait le plus souvent à l'esprit pour expliquer au patient la multiplicité des intervenants, et tenter de les sortir du « mythe des deux douleurs » en proposant une image qui me semblait plus opérante en pratique.

D.B. Morris propose cependant un vocable qui est sans doute plus proche de l'expérience du patient : il propose le mot « mystère », qui, à la différence du mot « puzzle » ou « énigme », ne présuppose pas l'existence d'une solution, ni l'imminence de sa découverte. Mais il nous rappelle aussitôt que les mystères dérangent et remettent en question ce que l'on croit savoir, ce que l'on tient pour acquis. Ce « dérangement », qui concerne le patient autant que le médecin, fait partie intégrante de l'expérience douloureuse. C'est aussi pour cela que le terme « mystère » est plus approprié pour décrire l'expérience douloureuse dans toute sa dimension herméneutique.

Cependant, les patients eux-mêmes, tout en faisant l'expérience d'un mystère, réfléchissent plus volontiers à leur douleur comme à une énigme, qui appelle des solutions et des réponses. La difficulté à demeurer avec et dans le mystère - ce que les psychanalystes intégreraient à la problématique de leur hystérie - est en effet ce qui transparaît depuis la nuit des temps dans le discours des patients, tant il est vrai que la douleur semble imposer la quête du sens à ceux qui la subissent : s'ils souhaitent être libérés de leur douleur, ils souhaitent tout autant être libérés de l'obligation de résider dans son mystère. Voilà bien un objectif qu'ils partagent avec leurs médecins. La lutte contre l'appel de l'origine, dont on a vu que c'est le préalable nécessaire à toute prise en charge en médecine de la douleur, les concerne autant, l'un, que l'autre.

*

La douleur, on l'a vu, est un « fait biologique en attente d'interprétation ». Or, jamais autant que dans notre siècle, on ne s'en est remis aussi exclusivement aux médecins - au détriment principalement, à notre époque, des religieux - pour expliquer, donner un sens à la douleur

(même les 'psys' de différentes professions et obédiences n'interviennent que secondairement, sur prescription première du médecin somaticien). Il en résulte que l'interprétation de la douleur est aujourd'hui plus compliquée qu'au temps où on laissait cette tâche aux dieux.

Culturellement, historiquement, conceptuellement, la douleur reste cependant liée au divin. Les discours des patients comme celui des médecins et des philosophes se font le témoin de cette réalité. Les uns comme les autres s'efforcent cependant, nous dit-il de la « désacraliser », pour des motifs plus ou moins explicites, que l'on peut interpréter de diverses manières : déni, refoulement de l'imaginaire ou crainte de reproduire ce qui est perçu comme les erreurs du passé.

D.B. Morris nous engage à partir simplement à la découverte des sens variés qu'elle recouvre pour chacun, y compris si ceux-ci recouvrent une dimension spirituelle, sauf à passer à côté de précieuses ressources thérapeutiques.

L'expérience de la douleur semble en effet, à travers l'histoire, amener immédiatement cette quête du sens, sens collectif, sens individuel. Ce sera d'autant plus vrai de nos jours que l'on aura affaire à une douleur chronique, rebelle aux traitements habituels, ne faisant pas la preuve d'une origine lésionnelle, *i.e.* de son 'sens médical', lors des examens complémentaires. La médecine perd alors son pouvoir de réassurance en même temps qu'elle perd son pouvoir de soulagement. Les études réalisées en médecine de la douleur montrent que l'installation d'une problématique douloureuse de ce type amène troubles psychologiques, conflits conjugaux et amicaux, désinsertion sociale et professionnelle.

Poursuivant son voyage dans « la vieille cité du langage », D.B. Morris nous emmène du côté de *la Mort d'Ivan Ilitch*, de L.Tolstoï, qui constitue pour lui une illustration de ce qu'il appelle l'« herméneutique de la douleur ». Il nomme ainsi le mouvement constant des interprétations qui lui semble invariablement attaché au phénomène douloureux, dans un va-et-vient entre l'absence totale de sens et l'évidence complète du sens.

S'agissant de *La Mort d'Ivan Ilitch* : quand la douleur fait irruption dans sa vie, il s'agit d'une douleur aiguë, traumatique, qui cède presque spontanément. Dès lors, elle semble apporter elle-même la preuve de son absence de sens. Il ne s'en inquiète donc pas ; il est rassuré. Voici bien une expérience à laquelle, je crois, la plupart d'entre nous peuvent s'identifier : se faire mal, aller chez le médecin, faire « une radio », et s'entendre dire : « Ce n'est rien. ». Si la douleur cède, nous en convenons volontiers.

Ce à quoi D.B. Morris nous invite à réfléchir cependant, c'est combien, déjà, au stade de la douleur anodine et spontanément résolutive à court terme, son absence de sens est un sens en soi. C'est-à-dire combien le fait même qu'on lui assigne une absence de sens témoigne déjà du fait que l'on s'est posé la question du sens, et au minimum du sens médical - est-ce grave, y a-t-il quelque chose de cassé ? Et, tout au bout du chemin : cette douleur signifie-t-elle que ma vie est en danger ? Dans son absence même de sens, la douleur semble déjà pointer du doigt dans la direction du sens.

En poursuivant notre voyage au côté d'Ivan Ilitch, imaginons maintenant qu'après s'être entendu signifier ce « rien », on rentre rassuré chez soi mais que la douleur, persiste, ou reprenne, résiste au traitement, s'installe... et que les médecins, consultés à plusieurs reprises, persistent dans leur affirmation : il n'y a « rien ». Ce diagnostic de « rien » est, pour l'intéressé, d'une absurdité tragique que ne renierait pas R. Devos. Mais c'est aussi à ce moment là que l'apparente absence de sens de l'événement initial prend véritablement tout son... sens : les mêmes questions, en réalité, ne font que s'intensifier, ou peut-être se préciser. Dans le cas d'Ivan Ilitch, il commença à se demander s'il allait mourir, si toute sa vie, conjugale et amicale entre autres, n'avait été qu'un mensonge puisqu'il se sentait irrémédiablement seul dans son épreuve, que la douleur seule semblait réelle, que tout le reste - sa carrière si brillante, sa vie bourgeoise si bien réglée, si conforme - semblait enveloppée dans un voile de fausseté, ou se délitait.

Finalement, la crainte de mourir, le lien symbolique entre sa douleur et sa mort apparaît clairement ; il traverse alors une crise où il crie continuellement derrière des portes fermées pendant trois jours ; il en sort finalement transformé. La douleur est toujours présente mais ne le gêne plus, ne le tourmente plus. Il s'adresse à elle, nous dit D.B Morris, « comme à un ennemi à qui il aurait depuis longtemps pardonné ». La douleur retourne, d'une certaine manière, à son insignifiance initiale, au non-sens dont elle était venue, mais c'est une forme complètement différente du non-sens : un non-sens qu'il est parvenu à accepter, dans une démarche en l'occurrence religieuse (cet éclairage religieux est aussi conditionné par les références chrétiennes de Tolstoï), un non-sens qui résulte donc, tout de même, d'un acte d'interprétation, sinon de la douleur elle-même, tout du moins de l'ordre du monde.

Pour avoir entendu de nombreux patients évoquer leur parcours, les similitudes entre ce récit, son interprétation par D.B. Morris, et les récits des patients, sont extrêmement frappantes : de la démarche initiale vers le corps médical, amenée par un incident apparemment insignifiant - souvent même si mineur, telle une petite coupure à la main... - qui semble se glisser comme par effraction dans la vie, prendre une place si petite, au bouleversement complet qui s'ensuit,

où la douleur l'occupe tout entière, remettant en question tous ses fondements... On a là des éléments très fréquemment entendus, avec en corollaire ces ressentis, très fréquemment exprimés : l'angoisse d'une erreur médicale (qui serait passée à côté d'une cause grave, potentiellement mortelle, ou évolutive) et l'injustice. Là où il y a injustice, il y a attente d'une justice, comme celle d'une main invisible, d'un pouvoir extérieur qui imposerait sa loi ; il y a les autres aussi, vis-à-vis desquels c'est « injuste » - l'éternelle question du « pourquoi moi ? », cet appel à l'ordre du monde évoqué par P. Ricoeur et J.-J. Kress. Il y a toute une échelle de valeurs morales que l'on s'efforçait de respecter et la déception de voir ses efforts « injustement » réduits à néant... ou non payés de retour. L'interprétation est omniprésente - cette « herméneutique » évoquée par D.B. Morris. Inévitablement, elle s'appuie sur les représentations existantes de l'ordre du monde, de sa justice ou de son injustice, de la maladie et de la santé, et sur tout un système de valeurs.

« Je suis très croyante... J'avais tellement confiance dans cette justice divine... Je pense que je connais les causes de cette douleur... Je vous dis ça parce que depuis cinq ans j'ai réfléchi... Je réfléchis constamment... Je prends du recul par rapport à tout, je réfléchis... Les principales causes de cette maladie je les connais... Mon refuge, c'était le travail... Donc je me suis construite là-dedans... À partir du moment où je ne peux plus étudier, je n'existe plus. »

Entretien Mlle R

*

L'histoire nous montre, nous dit encore D.B. Morris, que le sens que l'on crée (ou que l'on accepte, ou dont on a l'intuition) à partir de la douleur, la manière dont on l'interprète, va être aussi important, si ce n'est plus, et aussi déterminant dans la perception que l'on en a, que les médicaments que l'on prend. Or, selon lui, nous interprétons la douleur de la même manière que nous interprétons le monde. On tend à la lire d'une manière qui confirme, soutient ou éclaire notre conception du cosmos. À travers cette expérience et à la lumière de ces interprétations, le patient est amené à hiérarchiser ses propres priorités, à choisir de se focaliser sur ce qui est important pour lui, à réfléchir, en d'autres termes, sur le sens de sa vie - le cas échéant à y 'mettre de l'ordre'.

Se penchant sur les pratiques de sacrifices rituels des anciens Mayas, D.B. Morris rappelle que, d'une part, la relation entre la douleur et son interprétation n'est jamais si évidente que

dans l'histoire des religions, et que, d'autre part, la douleur servait autrefois de sorte de monnaie d'échange entre Dieu et les hommes : dans un monde asservi à des dieux cruels, qui pouvaient à tout moment l'assaillir de leurs capricieuses foudres, la douleur ritualisée du sacrifice humain servait à acheter la paix.

Les médecins ont longtemps servi d'intermédiaires dans les rapports des hommes avec le divin. Quand D.B. Morris parle d'herméneutique de la douleur, il se réfère d'abord à la médecine antique. Pour les anciens Grecs, en effet, il était culturellement admis de tenter d'interpréter toutes sortes de signes, comme dans le culte d'Hermès : les symptômes, ou les maladies, devenaient autant de signes des dieux, puisqu'il était admis que la maladie et la guérison venaient d'eux. La douleur, faisant ainsi partie des signes du sens caché, appelait en tant que telle une interprétation (de nos jours, les chamans ont une pratique qui recouvre une dimension similaire). Hippocrate a, dans une certaine mesure, inauguré la séparation entre médecine et religion, en cherchant à la maladie des explications biologiques, 'naturelles'. Mais dans une certaine mesure seulement : la nature étant considérée comme divine, la cohabitation entre ces deux niveaux d'interprétation restait possible - processus biologique inconnu et visite (souvent punitive) des dieux. D'ailleurs, ce même Hippocrate a dit que soulager la douleur était compétence divine.

A une époque plus récente, en ce qui concerne le soulagement de la douleur, le débat sur l'anesthésie peropératoire fournit l'exemple du fait que le geste chirurgical n'était auparavant possible qu'à condition de considérer le « sublime de sa tâche ». Soulager la douleur, c'était, pour le patient ou/et le médecin, se soustraire à une « punition ». J.P. Peter voit dans les résistances à l'anesthésie la trace de la persistance d'une « enclave mythique » au sein de la société la plus scientifique, enclave mythique implicite qui établit sa raison d'être sur le lien qui unit, dans l'imaginaire culturel, la douleur, et l'ordre cosmique, ainsi que les différentes organisations et expériences qui découlent du rapport des êtres humains à ce dernier : le sacré, le numineux, les religions, les mythes.

On pourrait croire que nous sommes aujourd'hui loin de tels systèmes d'interprétation. C'est vrai, dans une certaine mesure : D.B. Morris dit bien que notre époque tend, par sa médicalisation, à la désacralisation de la douleur.

Mais la réalité qu'il décrit est en fait plus ambivalente.

En outre, les points de vue de l'anthropologue, comme du phénoménologue, sur la relation médecin-patient, rendent à de telles interprétations toute leur actualité. L'expérience de la maladie est un moment privilégié où s'affirme implicitement la corporéité du patient comme du médecin, et à travers elle leur « être au monde » ; ceci est d'autant plus vrai quand il s'agit de douleur. Les particularités du phénomène douleur inscrivent la relation médecin-patient, dans une dimension métaphysique, existentielle, magique, dont elle ne peut se départir.

Dans le précédent extrait d'entretien, Mlle R. évoque ainsi son sentiment d'injustice, qui trouve son origine dans un non-respect des termes d'un certain échange avec Dieu, où la douleur aurait servi de monnaie : « J'ai souffert pour Toi, et donc je ne mérite pas cette plus grande souffrance que Tu m'infliges. »

Par ailleurs, de nombreux patients continuent à considérer leurs maladies comme des punitions divines.

Susan Sontag²⁸⁰ a montré qu'au XX^{ème} siècle, le sida ou le cancer, ou au XIX^{ème} siècle la tuberculose, offraient de nombreux niveaux d'interprétation tant aux patients qu'à leurs médecins, et que la question d'une culpabilité personnelle, et en arrière-plan de cette culpabilité celle d'une forme de châtement divin (non-respect de certaines valeurs, voir l'homosexualité dans le sida, la frustration émotionnelle dans le cancer), pouvait effleurer même les esprits les plus rationnels en apparence. Il en va de même pour la douleur, qui amène avec elle son lot de questions, comme en témoigne l'extrait d'entretien ci-dessus.

D.B. Morris voit cependant dans notre société un fort besoin de repousser la douleur hors de notre champ de conscience, d'une part, et de la désacraliser d'autre part. La repousser hors de notre champ de conscience à l'aide de multiples médicaments **antalgiques, psychotropes...** il en voit aussi le témoignage dans notre poursuite de la jeunesse et du plaisir. Il l'interprète comme mécanisme de déni, qui n'est peut-être pas étranger au fait que le XX^{ème} siècle a connu de multiples horreurs (des camps de concentration nazis à ceux de Pol Pot...), des souffrances tellement incommensurables que l'esprit repousse, oublie, réprime ainsi la douleur pour se protéger de ce qu'il n'a pas les moyens de comprendre. Par contraste, l'Occident médiéval ne pouvait pas vivre dans le déni de la douleur qui, organisée dans un discours religieux homogène, servait à produire un sens nécessaire : elle leur servait de moyen

²⁸⁰ Sontag S., *La Maladie comme métaphore. Le SIDA et ses métaphores* (1977 et 1978), collection « Choix essais », Christian Bourgois, Paris, 1993.

de contact avec Dieu, leur indiquait le chemin du salut, ramenait la théologie à la portée de tous. Il avait même plutôt intérêt à ce qu'elle fût publique, comme ce fut le cas avec le défilé des flagellants en temps de peste.

Comme témoin de la désacralisation actuelle de la douleur, D.B. Morris explique que vivre une douleur aujourd'hui, c'est en général se trouver enchaîné au monde matériel, focalisé sur le corps et la chair, pris en main par le monde ostensiblement séculier de la science médicale. Or, celle-ci semble avoir complètement occulté le fait que la douleur eut un jour des pouvoirs rédempteurs et visionnaires.

Elle me semble même faire plus qu'occulter ce fait, elle le repousse volontairement au rang des croyances inopérantes, forcément inopérantes. Ainsi, lors d'un séminaire sur les nouvelles modalités de prise en charge de la douleur, en octobre 2001, l'un des principaux intervenants martelait-il avec conviction : « la douleur n'est pas rédemptrice ! » Cette affirmation est motivée par la supposition, certes assise sur une certaine légitimité au regard de l'histoire, que croire en une douleur rédemptrice voudrait systématiquement dire être fataliste, ne pas la traiter, ne pas la prendre en charge.

D.B. Morris rapporte de son côté une histoire pleine d'enseignement, qui illustre le fait que fuir ou nier le questionnement spirituel - ce qui semble être aujourd'hui l'attitude dominante en médecine - peut être une limitation dans la qualité de la prise en charge de la douleur : il s'agit de la vie de Victor Frankl, qui a survécu trois ans à Auschwitz et à Dachau, et qui deviendra plus tard professeur de psychiatrie et de neurologie à l'université de Vienne. Il attribue lui-même sa survie, malgré les multiples douleurs qui l'accablaient, au seul fait d'avoir pu trouver un sens à sa souffrance. Pour lui, le sens est pluriel, personnel, et non pas universel. Pour lui toujours, si l'on dénie ou si l'on empêche la recherche du sens, on supprime le désir de vivre. Quelle que soit la douleur, dit-il, il nous reste toujours la liberté de choisir notre attitude envers elle. Mais il faut cesser de s'interroger sur le sens de la vie, et bien plutôt commencer à se voir comme étant interrogé par la vie. Pour lui, la réponse à cette recherche de sens ne réside donc pas dans la parole ou la méditation, mais dans la responsabilité pleinement assumée du choix de sa conduite et de son action. Il se fait l'avocat d'un « ministère médical », par lequel il insiste sur le fait que les médecins ne peuvent être de simples techniciens du corps, mais qu'ils doivent aussi se risquer dans la vie émotionnelle et spirituelle de leurs patients.

En fait, la réalité est, là encore, double : l'expérience, pour le médecin comme pour le patient, de la « gestion de la douleur », convoque un imaginaire culturel où l'ordre cosmique et ses manifestations sont inévitablement présents. Mais il est vrai aussi que tout est fait pour que cette dimension ne soit pas explicitement abordée, ni en médecine, ni dans la société au sens large qui confie plus volontiers à la médecine le 'tout' du sens de la douleur. Tous les protagonistes de la relation thérapeutique s'en trouvent d'autant plus isolés, ne pouvant lier leur expérience et leurs questionnements à un discours collectif de même nature. C'est là, je pense, que D.B Morris situe « l'éradication du sens de la douleur ».

Encore une fois, pourtant, se pencher sur l'histoire pourrait être plus productif que le déni. L'histoire des religions a produit de nombreux exemples de « gestion de la douleur » pour reprendre le terme actuel.

Dans l'histoire des religions, la douleur a longtemps servi de pont, entre la santé et la maladie, mais aussi entre deux mondes. Dans notre état de santé normal, nous avons majoritairement tendance, comme Ivan Ilitch, à limiter notre horizon au monde matériel. On a vu que la maladie et la douleur - et ce n'est pas une supposition romantique, mais une expérience commune à de nombreux patients - tendent non seulement à faire se réorganiser les priorités, mais aussi à changer notre regard sur le monde. Un degré au-dessus, l'histoire des religions fournit plusieurs exemples de situations où la douleur permet d'accéder à un niveau de conscience tellement éloigné de notre niveau habituel qu'il ne peut être qualifié que de visionnaire, prophétique, utopique.

Ainsi, les moments où Saint Sébastien est représenté dans une extase visionnaire semblent inséparables de ceux où il est représenté souffrant. Sainte Thérèse d'Avila et Sainte Catherine de Sienne semblent faire l'expérience d'une douleur rendue joyeuse par sa signification religieuse, une douleur qui devient moment de grâce. La douleur de ces visionnaires devient un moyen de connaissance. En l'absence de cette douleur, elles semblent en proie à une douleur spirituelle intense, dont les délivre la douleur physique.

Lors d'un entretien avec X, médecin de la douleur, celui-ci me rapporta les propos de plusieurs patients, qui tous semblaient lui indiquer que la douleur physique était cent fois préférable à la douleur morale, ou psychologique ; il concluait à peu près en ces termes : *« Ceux-là, il ne faut surtout pas les envoyer voir un psy. Ils ont mal pour ne pas aller voir un psy ! »*

Pour ces trois saints, il n'est pas anodin non plus que les représentations que l'on en a soient également empreintes d'une sensualité qui semble tout aussi inséparable de l'expérience visionnaire que ne l'est la douleur.

*

Pour dépeindre plus complètement l'ambivalence de notre époque s'agissant des liens entre la douleur et les rapports des humains à l'ordre cosmique, il convient d'ajouter un élément au tableau. Celui-ci : gérer la douleur- la sienne, ou celle des autres- est aussi un instrument de pouvoir.

Celui qui tient ce que D.B. Morris appelle « la baguette magique de la douleur », avec deux extrémités, une pour la soulager, l'autre pour l'infliger, a le pouvoir.

Toute personne visant à établir un pouvoir incontestable sur autrui, sur un mode totalitaire, sait qu'infliger la douleur est un instrument de pouvoir. Tous les dictateurs, petits et grands savent cela, qui recourent à la torture pour établir leur pouvoir politique.

L'Église, qui s'est toujours méfiée des mystiques - qui, à leur manière, « gèrent eux-mêmes leur douleur » - sait cela.

Il est moins évident au premier abord - et il fallait ce détour par l'histoire des religions pour le comprendre - que soulager la douleur est aussi un instrument de pouvoir, et plus précisément que ces deux pouvoirs sont intimement liés.

D.B. Morris rappelle en outre que ne pas soulager la douleur, et l'infliger volontairement, sont dangereusement proches.

C'est une remarque particulièrement importante s'agissant d'étudier l'exercice médical, où l'on a si longtemps traîné les pieds s'agissant de soulager la douleur, comme le rappelle J.P. Peter- où on les traîne encore : les exemples actuels sont légion. Sans compter que la médecine ne manque certes pas d'occasions d'infliger la douleur.

Ceci est aussi particulièrement important à relever, s'agissant de s'intéresser aux rapports que la médecine entretient avec les femmes, ces dernières sachant bien qu'un jour ou l'autre - et ce sans être malades, mais de par leur constitution naturelle - pour peu qu'elles enfantent, ou tout simplement, comme c'est fréquemment le cas, qu'elles souffrent dès leur jeune âge d'importantes douleurs menstruelles, elles seront entre ses mains, dans des circonstances qui atteignent très profondément et leur intimité, et leurs émotions, et leur imaginaire, et leurs représentations de l'ordre du monde.

Cette configuration est aussi à retenir, s'agissant de la désignation de l'hystérie par la médecine, face à une plainte douloureuse qui met en échec le pouvoir médical de soulager, et induit souvent en retour, de sa part, la multiplication des procédures douloureuses.

En outre, s'agissant des rapports que le pouvoir religieux entretient avec les femmes, il est notable que l'histoire des mystiques chrétiennes comporte un nombre comparativement important de femmes - généralement rejetées par l'institution pour hérésie. Pour finir, l'histoire de l'hystérie et l'histoire des mystiques se rencontrent aussi en plusieurs circonstances- nous y reviendrons.

D.B. Morris donne de la triade douleur-pouvoir-religion une première illustration tirée du Livre de Job. Ce qu'il appelle la « douleur visionnaire » est toujours, selon lui, implicitement politique, parce qu'elle est perçue comme un instrument du pouvoir, même s'il s'agit ici du pouvoir divin et non d'un pouvoir séculier. En effet, ce que Job souhaite n'est pas tant d'être délivré de sa souffrance que de savoir pourquoi il souffre. Ceci, dans son système de croyance, signifie : savoir pourquoi Dieu le punit. Il est finalement soulagé parce que Dieu s'adresse à lui. Dans une rencontre visionnaire avec Dieu, il réalise que le pouvoir de ce dernier est insondable, illimité, et va bien au-delà de la compréhension humaine. Il accepte alors de demeurer, à l'instar d'Ivan Illitch dans l'œuvre de Tolstoï, avec le « mystère désormais signifiant » de sa douleur.

D.B. Morris tente d'imaginer une approche comportementaliste des douleurs de Job, comment il pourrait stopper son **comportement douloureux qui renforce positivement** sa douleur. Cela pourrait donner : « Pour commencer, descend de ton tas de fumier et arrête de gratter tes furoncles ! » Ou encore la proposition d'un « groupe de parole », ou d'une thérapie de couple... Avec humour, il pose la question : comment pourrait-il alors rester Job ? Et que deviendrait l'aspect politique de sa révolte contre le pouvoir ?

Gustavo Gutierrez, qui a écrit, en 1986, *On Job : God-Talk and the Suffering of the Innocent*, est aussi le fondateur de la « théologie de la libération²⁸¹ », par laquelle il espère démontrer qu'il est possible de refuser la résignation d'un Job et de transférer la volonté de Dieu du côté des révolutionnaires politiques. Dans son ouvrage, il explore les politiques de la douleur : comment notre position vis-à-vis du pouvoir va déterminer l'expérience que l'on a de la douleur. Il récuse l'interprétation selon laquelle la douleur des opprimés (du Pérou en l'occurrence, dont il est originaire) serait la marque d'un péché originel, ou encore appel du pied vers un paradis où toute douleur s'arrêterait. Il se fait l'avocat d'une conception religieuse et visionnaire de la douleur de l'opprimé - celui qui est aux mains du pouvoir politique- qui

²⁸¹ *Liberation theology.*

n'amènerait pas une attitude fataliste et résignée, mais indiquerait plutôt l'endroit et le moment où l'opprimé doit commencer à œuvrer pour son salut.

Ceci me paraît capital pour comprendre certains des enjeux de la médecine de la douleur : le fait que la psychologisation soit un instrument possible de la dépolitisation, comme dans le *Surveiller et Punir* de Foucault, doit éveiller notre vigilance. Le comportementalisme, comme dans la lecture de Job par D.B. Morris, peut sembler particulièrement visé, mais la question peut se poser aussi pour un 'conditionnement' par l'hypnose, ou pour la psychanalyse. Le médecin qui pratique ou prescrit ces thérapies, et par ailleurs tient la baguette magique de la douleur, a dans les mains un puissant instrument de manipulation symbolique et politique.

Les patients douloureux chroniques sont souvent aux prises avec des contentieux d'ordre économique, médico-légaux, judiciaires. Les violences perçues, subies de la part d'une certaine forme de pouvoir (domestique ou professionnel, économique, social, judiciaire, politique, ou encore médical), jalonnent leurs récits de vie. Ils témoignent aussi souvent d'un fort sentiment d'injustice, que ce soit vis-à-vis de leurs parents, de leur conjoint, de leurs employeurs, des médecins consultés précédemment, de la Sécurité sociale, des experts de l'assurance... Le médecin de la douleur est sans arrêt confronté à des situations où il faut naviguer entre l'injonction, déontologique, politique aussi on l'a vu, de soulagement, et les implications politiques d'une issue aux contentieux qui est aussi une manière de faire taire, avec la plainte, les revendications d'un autre ordre.

Dans quelle relation la médecine de la douleur se situe-t-elle avec le pouvoir politique, elle qui en psychologisant les souffrances a les moyens de les dépolitiser, elle qui - si l'on quitte encore une fois la question de l'intention pour des mobiles plus inconscients - a les moyens de faire taire cette douleur que notre époque cherche tant à repousser hors de son champ de conscience ? Elle qui a aussi les moyens de *travailler* au corps une certaine **culture**, un certain ordre du monde ? Faut-il y voir les raisons de l'intérêt du législateur et du politique pour la médecine de la douleur ? Sans compter que le seul moyen thérapeutique, aujourd'hui encore, qui a fait la preuve de son efficacité à long terme chez les patients douloureux chroniques, qui sont le plus souvent en arrêt maladie prolongé, est la reprise d'une activité professionnelle...

*

Une autre illustration de la triade formée par la douleur, les rapports des humains à l'ordre cosmique, et le pouvoir, est son utilisation universelle au cours des rites, et des rites

d'initiation en particulier. Dans la plupart des cultures, il existe des rites qui marquent le passage à l'âge adulte. Infliger une épreuve douloureuse constitue à chaque fois l'un des principaux éléments du rite : la douleur est un instrument quasi-universel du rite d'initiation.

Cette hypothèse, transposée dans nos sociétés modernes où il n'y a plus d'institution ayant explicitement vocation à initier, au sens rituel, les jeunes, a été longuement étudiée par D. Lebreton²⁸², autre fréquent intervenant des publications et colloques en médecine de la douleur. Il en a fait la base d'une lecture anthropologique des pratiques de tatouages et de piercing. S. Héas, qui étudie les douleurs volontairement infligées à eux-mêmes par les sportifs (marathoniens, danseurs classiques...), travaille dans le même registre.

L'anthropologue A. Morinis²⁸³ voit dans la douleur rituelle les propriétés suivantes :

- par cette épreuve douloureuse, on s'attend à faire incorporer, littéralement, la loi dominante du groupe (on retrouve ici la douleur instrument de pouvoir) ;
- par cette épreuve également, on signale le sacrifice, la perte, le deuil... de l'enfance, de l'innocence...
- la douleur dans sa forme rituelle, initiatrice, sert de mécanisme culturel pour induire et signaler une transformation de la conscience, un changement ;
- elle laisse souvent des traces corporelles : scarifications, tatouages...

Si nous dressons ainsi la liste des propriétés que l'on tend à reconnaître à la douleur ritualisée, c'est parce que ces propriétés se rapprochent de celles que les médecins de la douleur que nous avons eus en entretien observent dans les douleurs '*a priori*' non ritualisées : l'installation d'une douleur chronique est attribuée, du point de vue psychologique, à une **résistance au changement**, à un *deuil* (au sens large de perte) mal vécu. Le médecin de la douleur va **accompagner le changement**.

On a vu que les patients souffrant de douleurs chroniques sont souvent dans une position de victime, que ce soit dans leur histoire personnelle, professionnelle, ou vis-à-vis du corps médical. Au terme de leur prise en charge, il est attendu qu'ils soient sortis des contentieux.

²⁸² Lebreton D.,

- « Entre douleur et souffrance : une anthropologie des limites », *Confrontations psychiatriques* n° 42, 2001, pp. 201-217.
- *Anthropologie de la douleur*, op.cit.

²⁸³ Morinis A., "The Ritual Experience: Pain and the Transformation of Consciousness in Ordeals of Initiation", *Ethos* 13 n°2, 1985, pp. 150-174.

Les procédures rééducatives sont nombreuses. Dans une certaine mesure, il s'agit bien aussi d'intégrer la loi du groupe.

J'ajouterai à cela qu'une des principales difficultés de la prise en charge, pour le médecin, est de refuser la position du bourreau que certains patients tentent, disent-ils, de les forcer à prendre. Un des aspects de la position du bourreau qu'on leur demande d'assumer consiste en la demande répétée de marquages corporels : infiltrations, injections diverses, chirurgies... même s'il leur est répété qu'ils seront inutiles.

A la lumière de ces réflexions, D.B. Morris se fait l'avocat d'une intégration de la prise en charge de la douleur dans les questionnements de l'éthique médicale ; il évoque la nécessité d'une « microéthique du quotidien »²⁸⁴. Les débats éthiques portent en effet aujourd'hui plus volontiers sur la fécondation in vitro, ou l'euthanasie, que sur la pratique quotidienne et les implications éthiques des petits choix et des petites actions du quotidien, où la gestion de la douleur occupe une place prépondérante. À l'importante proportion de consultations qui lui sont réservées, on peut pourtant ajouter la multitude de petites opérations potentiellement douloureuses, comme vacciner un enfant, ou en examiner un autre atteint d'une otite, qu'est amené à effectuer un médecin généraliste.

Dans une autre anecdote rapportée par D.B. Morris, le médecin et poète William Carlos Williams, auteur de *The Use of Force* (1961) décrit une interaction avec une jeune patiente suspecte de diphtérie et dont il devait en conséquence examiner la gorge. Elle s'y refusait néanmoins, et le combat qui s'ensuivit - car le mot n'est pas trop fort - est décrit par le médecin lui-même comme une rencontre fortement sexualisée entre un homme et une femme, un adulte et un enfant, le pouvoir et l'impuissance. N'oublions pas en effet que les médecins sont des êtres humains, soumis comme le commun des mortels à des pulsions irrationnelles.

Le pouvoir médical est considérable, et il met en jeu des dimensions sexuelles et mythiques auxquelles on pourrait penser que rien ne prépare aujourd'hui les jeunes médecins, que leur éventuelle bonne volonté, heureusement le plus souvent présente, quelques bribes de psychologie médicale, et surtout un régime éducatif disciplinaire fait de regards qui en disent long et d'injonctions silencieuses -qui sont autant d'invitations à simplement imiter,

²⁸⁴ Morris D.B., "Ethics beyond guidelines: culture, pain and conflict", in Dostrovsky J.O., Carr D.B., Koltzenburg M. (dir.), *Proceedings of the 10th world congress in pain research and management*, vol. 24, IASP Press, Seattle 2003, pp. 37-48.

d'épuisement physique et d'épreuves émotionnelles, et aussi, à certaines occasions, d'organisations qui encadrent ses premiers rapports avec le corps, dénudé, mort, ouvert. Le tout accompagné de traditions et rituels estudiantins bien connus qui constituent le 'carabinage'.

*

Pour D.B. Morris, qui observe avant tout la situation américaine et occidentale, la douleur chronique est « *la maladie contemporaine* ». Que ce soit par sa fréquence, très importante et en constante augmentation, ou par ce qu'elle représente, la douleur chronique lui semble constituer une « crise immense et invisible au centre de la vie contemporaine ».

Par ses aspects quantitatifs, la douleur représente en Amérique un enjeu politique majeur. En effet, elle touche plus particulièrement les classes sociales défavorisées, les victimes d'injustices sociales en tous genres, violences domestiques, violence au travail. En outre, elle représente un gouffre financier énorme pour la société, que ce soit en terme d'arrêts de travail à indemniser, d'indemnités diverses, de consommation médicale et médicamenteuse.

L'expansion de la problématique douloureuse serait symptomatique de certaines évolutions sociales, culturelles : "Chronic pain, mysterious, dull, non fatal, might be called the defining illness of our low-profile, private, safe-sexed, self-absorbed era."

Selon D.B. Morris, les attitudes qui caractérisent notre époque en ce qui concerne la douleur sont le déni et la désacralisation. Déjà, penser à la douleur plutôt que la repousser hors de notre champ de conscience serait un progrès.

Notre culture occidentale, moderne, technocratique, a réussi à nous convaincre que la douleur était entièrement un problème médical : quand on pense douleur on pense immédiatement médicaments, pommades, hôpitaux, laboratoires et feuilles de maladie. Les médecins ont joué leur rôle dans la construction de cette image, dans la création de ce 'sens' ; le résultat en est que la douleur menace d'être aujourd'hui vidée de sens.

Notre crise actuelle est en bonne partie un dilemme créé par cette erreur de la médecine dans sa lecture de la douleur. En reprenant collectivement - patients, médecins - notre responsabilité vis-à-vis de la compréhension de la douleur, nous pouvons, pour D.B. Morris, recouvrer notre pouvoir de la soulager.

Face à la douleur, le voisinage historique entre la tâche du médecin et celle du religieux est plus présente encore qu'ailleurs et est assortie, par essence, comme en témoigne un imaginaire

culturel qui semble universel, d'une dimension rituelle. La dynamique contemporaine de désacralisation de la douleur n'est pas en contradiction avec ce constat : elle en résulte. Pour prêter attention à une éthique du quotidien, D.B. Morris recommande un regard de romancier, « *a novelist's eye* », pour découvrir les implications des actions et des choix les plus minimes, de ceux que d'ordinaire on ne prend pas le temps d'observer.

Ce parcours historique invite, comme les précédents, à considérer que les hommes et les femmes ne sont pas égaux s'agissant des rapports qu'entretiennent médecine et douleur dans l'imaginaire culturel.

2. Mon histoire

a. Premières douleurs, apprentissages 'par corps'

La relation médecin-patient est une relation asymétrique, où le détenteur du pouvoir est le médecin. En un certain nombre d'occasions, il peut être amené, par le pouvoir qui lui est conféré, à infliger de la douleur à des patients.

Apprendre à infliger la douleur fait partie intégrante de ce qu'on attend de lui pendant ses études, et cet apprentissage - celui des **gestes** (toutes sortes de ponctions, de prélèvements sanguins, de **gestes** intrusifs tels les touchers rectaux ou vaginaux...) - a été formalisé dans le parcours de l'étudiant bien avant que ne le soit celui du traitement de la douleur.

Une telle priorité s'entend, bien sûr, du point de vue pragmatique (la technique), mais elle a aussi pour conséquence, de donner la priorité à l'apprentissage de la force émotionnelle supposée nécessaire pour se confronter à la douleur de l'autre, sur l'apprentissage de la force émotionnelle nécessaire pour contribuer à soulager l'autre de sa douleur.

Cela n'est pas sans évoquer, bien qu'à un moindre degré, l'apprentissage de la chirurgie avant l'anesthésie... et ce pouvoir d'infliger la douleur au nom d'une « sublime tâche », qui confère au médecin une aura aussi divine au moins que la tâche inverse, qui consiste à la soulager.

Je me souviens fort bien de mon propre apprentissage dans ce domaine et de m'être demandée à plusieurs reprises, au cours de cet apprentissage, jusqu'où je serais capable, au nom de ma 'cause', de faire souffrir l'autre ? Et étais-je si sûre du bien-fondé de ma 'cause' ? D.B. Morris nous rappelle que la torture de l'Inquisition se faisait également 'sous contrôle médical'. Il cite également un survivant des camps de la mort (Jay Lifton, auteur de *The Nazis Doctors*,

1986) : “The doctor... if not living in a moral situation... where limits are very clear... is very dangerous.”

Ce danger, j’en ai bien souvent fait l’expérience et je sais que les « limites » (matérielles ou immatérielles) ne sont pas explicitement établis par l’institution médicale. L’enseignement de l’éthique médicale n’est pas véritablement généralisé, en effet, dans les facultés de médecine françaises. Le pouvoir biomédical est de moins en moins limité matériellement. Une bonne part de l’apprentissage des étudiants concernant ce ‘pouvoir’ se fait lui-même par l’intermédiaire de rites dont le sens, par définition, n’est pas toujours accessible à leur réflexion et à leur sens critique, et qui comportent pour certains une exposition à des inconforts physiques ou émotionnels considérables, qu’on leur enjoint abruptement de dominer : manque de sommeil, manque de nourriture, etc.

*

Chacun, même non-médecin, aura, je le suppose, d’ores et déjà saisi à ce stade de l’argumentation que la médecine de la douleur n’est pas un exercice aisé, et qu’elle est même un exercice qui soulève de nombreuses peurs, en particulier chez le médecin, peu préparé par sa formation et l’histoire de sa profession à les affronter d’une manière qui laisse place à une écoute attentive du patient, et ne conduise pas à sa fuite, ou à sa ‘rigidification’ dans des recours techniques systématiques et parfois non dénués de violence pour le patient.

A l’époque où eurent lieu les entretiens dont j’ai plus haut présenté des extraits, il y avait beaucoup de choses à comprendre et à éclairer du fonctionnement de la médecine de la douleur, pour le jeune médecin (interne) que j’étais, autant que pour le jeune chercheur. C’est à la lumière de cette double motivation qu’il conviendra donc de suivre le fil de ces entretiens. C’est pourquoi je vais passer un court moment au mode biographique, pour mieux permettre aux non-médecins de se représenter ce que peut-être l’étonnement d’un jeune interne face à cette médecine. Avant de donner la parole à ceux qui furent aussi mes maîtres, je vais donc prendre la parole, et raconter un peu mon histoire. Les souvenirs étant ce qu’ils sont, ils n’ont pas valeur de vérité, mais d’authenticité, et d’efficacité. Ce passage biographique me donnera aussi l’occasion de compléter le descriptif de mon terrain.

*

Pendant mes études, j'ai, comme tout étudiant jusqu'à la très récente introduction de modules 'douleur' dans les études médicales, appris à infliger la douleur, et non à la soulager. Mon petit carnet de stage qui servait à leur validation contenait une liste de gestes que je devais apprendre à pratiquer, la plupart étant douloureux : bilan gazeux artériel, ponctions d'ascite, ponctions lombaires... L'important était de savoir les exécuter, plus que de savoir les faire sans douleur.

Dans le souvenir que j'ai de ces apprentissages, je suis tendue vers l'objectif de réussir le geste, d'en acquérir la maîtrise technique, de dominer ma peur et surtout de ne pas la montrer, pas tant par orgueil que pour ne pas inquiéter le patient, en lui laissant comprendre que c'est la première fois. De l'accompagnement des aînés - le plus souvent des internes - qui transmettent aux plus jeunes ces compétences, je me souviens que l'absence de douleur n'était pas mentionnée de manière explicite, comme une fin en soi ; elle apparaissait d'avantage comme un critère de compétence technique : bien faits, ces gestes ne devaient être que peu ou brièvement douloureux : on avait alors trouvé vite et bien le site à ponctionner, sans hésitation, sans 'ratage', du premier coup, de main de maître en somme.

Quand je cherche aujourd'hui à comprendre comment je pouvais agir, obéir, malgré cet implicite, malgré ce silence, je formule plusieurs hypothèses : l'évidence - évidemment qu'il serait mieux de ne pas faire mal, cela se passe de mots ; la conscience d'un prix à payer pour l'apprentissage - il faut bien une première fois ; la conviction d'agir pour le bien de la personne ; un certain de fatalisme, une absence de critique face à l'absence de moyens antalgiques adéquats pour ces 'petits' gestes ; le plaisir aussi : il me semble qu'il y a comme un sentiment d'augmentation de soi dans le droit d'infliger la douleur pour la bonne cause, dans le droit de mettre de côté sa culpabilité : on quitte la norme, le rang de ceux qui subissent. C'est terrible à dire, mais je crois que c'est honnête.

Mais ce dont je me rappelle surtout, c'est du silence - celui de mon aîné, le mien - et que ce silence est ambivalent : à la fois solitude, et incorporation dans un groupe.

L'apprentissage du bon geste technique est en effet de ces 'omelettes' qui ne se font pas sans 'casser quelques œufs'. Jusqu'à ce que la compétence soit acquise, faire souffrir l'autre sans ciller et sans que sa main ne tremble s'apprend aussi, mais pas dans les livres. Dans mon souvenir, chacun cheminait à sa manière, en fonction de ses dispositions propres, en fonction des comportements des médecins qu'il voyait pratiquer pendant ses stages, et sur qui il prenait modèle. C'était essentiellement un apprentissage mimétique et par compagnonnage, qui

trouvait sa justification (je cite une collègue de ma génération) dans « la grandeur de sa mission et l'humilité de ses faibles moyens ».²⁸⁵

Mais avant d'apprendre à faire souffrir l'autre, le chemin du tout jeune étudiant en médecine passe par d'autres étapes²⁸⁶. Tout d'abord, les étapes de son initiation personnelle, qui précède l'accès aux stages hospitaliers : l'écueil de la première année est difficile à passer, à cause du concours, certes, mais c'est aussi l'occasion d'apprendre à se concentrer dans des conditions rendues volontairement déplorables par les redoublants, qui sèment un chahut monstrueux (insultes, avions de papier, lancé d'œufs...) dans les cours d'amphithéâtre (plus de 600 personnes) afin de perturber les 'bizuts'. La promotion admise en seconde année, redevenue uniformément 'bizut' par ce passage de l'écueil du concours d'entrée, sera donc bizutée' par la promotion précédente, alors en troisième année. Plaisanteries sexuelles, déshabillage, création de proximité physique a-normale entre personnes ne se connaissant pas, humiliations physiques diverses (œufs, peinture, farine)...ce bizutage n'est pas particulier parmi les bizutages des écoles d'élite : comme les autres, il met à l'épreuve la capacité à mettre à distance son corps et ses émotions, et l'humour y est un sain et nécessaire recours. En médecine, ce qu'il y a peut-être de particulier, c'est qu'il est su, par tradition, dès le départ, que le bizutage n'est que le prélude du carabinage, tradition festive des étudiants de médecine donnant lieu à toutes sortes d'excès physiques, à forte connotation sexuelle, et tolérée comme le défoulement normal d'une activité par ailleurs fort contraignante, difficile et humainement éprouvante : puisqu'on ne peut pas 'se lâcher' du tout au travail, il faut bien que l'institution prévoit qu'on se lâche quelque part.

Au fur et à mesure qu'avancent les études, et qu'aux responsabilités croissantes sur la souffrance et la vie des autres s'ajoutent une charge de travail parfaitement inique (nuits sans sommeil, enchaînement à la suite de journées de 12 heures qui reprennent dès le lendemain

²⁸⁵ NB : Je tiens à préciser que je parle ici d'une époque déjà évoluée, pas si ancienne. Les médecins plus âgés que moi ont eu affaire au cours de leur apprentissage à des choses bien plus barbares que les gestes cités, comme les amygdalotomies à froid chez les enfants par exemple. J'ai pu constater au cours de ma formation que certains ont gardé de cette époque - ils ont trouvé, aussi, sans doute, les aménagements défensifs qu'ils pouvaient pour faire face à cette violence - une espèce de respect fasciné, presque addictif, pour la maîtrise nécessaire de ses émotions que nécessite ce type d'intervention, noyée dans le sang et les cris ; aussi, pour la grandeur qui consiste à faire le bien des autres contre leur gré. Je pense que la dialectique pulsion-institution décrite par J.Maître et P.Bourdieu dans le dialogue qui introduit « Billy Introïbo ; l'autobiographie d'un paranoïaque » trouve ici sa pleine application.

²⁸⁶ L'ordonnancement de ces étapes a changé depuis quelques années, car les étudiants qui viennent d'être admis au concours de fin de première année doivent faire un stage en tant qu'infirmier dans les services hospitaliers pendant l'été qui suit le concours.

matin²⁸⁷, repas manqués...) qui vient perturber les fonctions physiques habituelles, au mythe du héros se rajoute petit à petit celui du surhomme (sur-femme ?) capable de maîtriser pour les dépasser même ses besoins vitaux primaires, de sommeil et de nourriture. Accompagnant cela, les fêtes deviennent de plus en plus excessives.

L'apprentissage, évoqué par J.-J. Kress, du « corps-objet »²⁸⁸ lors des séances de dissection, auquel A. Dutrue²⁸⁹ fait pour sa part référence comme à une initiation à la mort (qui fait du médecin un être différent car initié), s'inscrit donc dans cette atmosphère. Il survient également dans les mêmes moments où l'étudiant revêt pour la première fois la blouse blanche (et se fait donc inmanquablement appeler « docteur », quel que soit son âge, surtout si c'est une homme), marqueur de sa fonction autant pour les patients que pour les autres soignants de l'hôpital. D.B. Morris, déguisé en docteur pour les besoins de son enquête décrit très bien²⁹⁰ l'élation, la fierté, le prestige incroyable que procure le port de cet uniforme. Le jeune étudiant, intégrant un 'corps' professionnel, en revêt les attributs également corporels.

C'est aussi à ce moment-là qu'il accèdera pour la première fois à l'intimité d'un corps vivant inconnu, à la dérogation aux relations sociales normales que constitue le droit d'intervenir sur le corps de l'autre. A ce sujet, l'étudiant ne recevra - sauf à bénéficier d'un environnement enseignant exceptionnel - nulle parole, nulle explication sur le caractère étrange de la chose en tant qu'expérience vécue, nulle tentative même de récit, ou d'accompagnement. Je vais ici décrire ma propre expérience, qui en dira plus long, je pense, que toutes les argumentations théoriques :

Etudiante en début de deuxième année donc, âgée de 20 ans tout juste, je réalise mon premier stage en médecine interne.

Le regard encore tendre et profane, je m'étonne, suis choquée parfois, du détachement émotionnel de mes 'anciens'. Le monde hospitalier est très étrange à découvrir, côté initié, lorsque l'on débute. La mort, la peur, la souffrance, et si peu de parole humaine du côté des médecins, tant de tensions techniques. Il y a là une dérogation aux relations humaines

²⁸⁷ Là aussi la récente introduction de la journée de repos après les gardes change les choses.

²⁸⁸ Kress J.J., « Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion », *Psychiatrie française*, n° 3, juillet 1988, pp. 87-93.

²⁸⁹ Dutrue A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, collection « Connaissance des hommes », L'Harmattan, Paris, 1994.

²⁹⁰ Morris D.B., *The Culture of pain*, op.cit.

normales à laquelle il faut quelque temps pour s'habituer. Mais l'on s'y habitue, si vite et si complètement que cela en est plutôt effrayant.

Vint le jour où le chef de clinique - aujourd'hui un prestigieux médecin, et professeur de médecine : sa légitimité ne fait aucun doute - voulut nous enseigner le B.A.BA de l'examen clinique, à commencer par l'examen pulmonaire : **percussion**, 'dites 33', **auscultation**. Dans une petite salle à part, il nous en explique, à moi et à mes trois collègues (toutes femmes), le déroulement, la raison, la technique. Puis, nous emmène dans la chambre d'un patient, qu'il avait prévenu de notre venue, à qui il avait demandé son accord. Ce vieux monsieur débonnaire, ce parfait inconnu, nous voyant arriver, nous salue rapidement en ajoutant - de mémoire - quelque chose comme « il faut bien apprendre », s'assoie derechef au bord de son lit, nous tourne le dos et dénude son torse, se déshabille.

Quoi de plus normal dans le contexte, me direz-vous. Mais pour moi, quoi de plus a-normal que cet inconnu du sexe opposé, âgé de quatre fois mon âge, qui se déshabille sans ambages sur un lit devant moi, et me tourne le dos, attendant que je fasse mon office.

Le médecin me désigne comme devant agir la première. Et je reste là, figée, l'extrémité du stéthoscope en main, à bonne distance du lit. Comment franchir l'insondable espace qui me sépare du corps de cet homme, ce tabou ? Les secondes s'écoulaient sans que je ne puisse bouger. Le chef de clinique alors, excédé - il n'a pas tout ce temps- s'approche de moi sans un mot, saisi l'extrémité du stéthoscope, m'attire par lui - par les oreilles, donc - vers le patient, et la pose lui-même sur son dos.

Même au sortir de la chambre de cet homme, rien ne sera dit de cet incident, mineur certainement ...

Dans les années qui suivront, et encore aujourd'hui, je développerai un goût prononcé pour le moment particulier de l'examen clinique, si bien décrit par Christian Heath.²⁹¹ Il y a dans ce moment une grande intimité, une grande douceur ; le terme de « corps à corps » choisit par M. Sapir convient très bien aussi à cet étrange et fascinant ballet, qui, bien fait, est presque silencieux, mystérieux et bienveillant. Mais ce goût se teintera progressivement d'une forte méfiance pour son pouvoir magique, qui ne s'accommode pas d'être parlé.

²⁹¹ Heath, C., « La conduite du patient pendant l'examen médical ou comment un « objet » reste « sensible » », in *Soins et communication, approche interactionniste des relations de soin*, Cosnier & Grojean & Lacoste (dir.), pp. 77-83.

J'apprendrai, également, pendant ces années, à pratiquer ces fameux **gestes** douloureux du **carnet de stage** ; j'aimais cela ; la concentration, la maîtrise de sa peur et de la technique, mise au service de l'autre ; le prestige, aussi, le respect, que cette compétence amène ; étant plutôt habile de mes mains, je me débrouillais bien dans cet exercice. Jusqu'à ce qu'un jour, quelque chose déraile. Un autre 'incident mineur'.

J'étais alors en cinquième année. Très investie auprès des patients, je passais auprès d'eux largement plus que mon quota d'heures ; j'étais en stage en rhumatologie, où déjà notre hystérique était présente, et déjà je m'y intéressais. J'eus alors souvent l'occasion d'être frappée par l'utilisation qui était faite du terme hystérie. Servant manifestement à souder les rangs des initiés soumis à une adversité qui prenait la forme d'un piège, et à distinguer parmi eux les anciens, qui savaient le déjouer, il ne me semblait en aucun cas servir la patiente. Car il s'agissait, en très large partie, de femmes. Le décalage manifeste entre la souffrance de ces femmes - avides, dans mon regard d'étudiante, avant tout d'écoute, de reconstruction narrative de leur parcours, et donc de temps soignant - et la réticence que leur attitude faisait naître parmi les soignants, ne cessait de m'interroger. Elle m'interrogeait d'autant plus que je ne la partageais pas. Je passais auprès d'elles beaucoup de temps à tenter de comprendre les histoires qu'elle déroulaient, leur souffrance, leurs longues litanies de plaintes, leurs histoires médicales interminables, parfois bien classées dans des dossiers énormes. L'idée, qui semblait être celle de mes enseignants, qu'elle puissent se faire hospitaliser, se plaindre ainsi, se dégrader ainsi, 'sans raison' ou 'pour le plaisir', me paraissait parfaitement saugrenue. Si elles se plaignaient, c'est bien qu'elles devaient souffrir, de 'quelque chose'.

C'est dans le contexte de ce stage que l'on me demanda un jour - je crois même m'être portée volontaire - de pratiquer ma première **ponction biopsie osseuse**. À l'époque, elle se pratiquait sans autre anesthésie que celle, très superficielle, du revêtement cutané en regard de l'os où l'on doit prélever une **carotte** de la taille d'une aiguille à tricoter moyenne, et d'une hauteur d'environ 1cm. Est-il besoin d'expliquer que ce **geste** est douloureux ? Il se pratique dans l'os du bassin. Bien réalisé, il peut être très bref. Mais c'est un **geste** difficile, techniquement, sans doute le plus difficile du carnet de stage, l'épreuve ultime, d'une certaine manière. Pour le débutant... et si l'os est malade, trop mou, et ne se constitue pas en **carotte**... il n'est pas toujours bref.

C'est ce qui advint dans ce cas. J'étais accompagnée de l'interne, et nous dûmes, ensemble, nous y reprendre à plusieurs fois, pour échouer, finalement. La patiente, de fort bonne composition au demeurant, hurlait. Je sortis très choquée de cette expérience, mais ne me souviens pas que quoi que ce soit ait été discuté à ce sujet ; sans doute l'interne était-elle elle-même trop mortifiée pour en dire quoi que ce soit.

De mon côté, je retournais voir la patiente le lendemain, pour m'excuser. C'était la seule chose 'humaine' qu'il m'était venu à l'idée de faire, de ma propre initiative, pour réparer un peu les dégâts. Je ne connaissais pas cette dame, ne l'avais jamais rencontrée avant le geste - ce n'était pas 'ma patiente' - et lorsque je m'étais présentée à elle pour l'examen, mon visage était déjà recouvert du masque stérile nécessaire à l'opération. J'aurais donc aussi bien pu croiser cette patiente sans qu'elle me reconnaisse, et protéger mon sentiment de culpabilité derrière l'anonymat de l'uniforme chirurgical. Je crus moral, bien, ou humain... (?) de faire autrement. Quand je retournais la voir le lendemain, je ne portais pas de masque, et dus donc me présenter : « bonjour, vous ne me reconnaissez pas parce que j'avais un masque, mais c'est moi qui ai fait la ponction, hier... »

La dame accepta gentiment mes excuses, non sans me redire combien cela avait été douloureux, et me gronder gentiment. Je ne savais que faire de la culpabilité qui me submergeait. Je n'avais pas 'fait médecine' pour faire mal aux gens, et me demandai bien - question qui demeurera par la suite, et j'apprendrai, trop tard hélas, que je n'étais pas la première à me la poser²⁹² - jusqu'où je serais capable de faire souffrir quelqu'un à partir du moment où j'étais convaincue par ma hiérarchie, et par idéologie, que c'était nécessaire.

Cet examen était, pour cette femme, l'occasion d'un diagnostic d'une maladie cancéreuse de très mauvais pronostic vital. Quand un prélèvement fut enfin réalisé avec succès (où, comment, par qui ? je ne sais plus) et que le diagnostic fut confirmé, puis annoncé, la relation, d'une certaine manière privilégiée, que nous avions tissée depuis que je m'étais excusée et m'étais donc sans doute 'humanisée' à ses yeux, fit de moi un interlocuteur de choix, pour elle, face à la détresse de cette mauvaise nouvelle. Et sans cesse, chaque jour, elle m'interrogeait : des « *dites-moi la vérité* », des « *est-ce que je vais mourir ?* », des « *quelles sont les statistiques ?* » des, « *ma belle-fille est médecin elle m'a dit que...* »...et moi, qui n'y connaissais rien

²⁹² L'éthique médicale est née, en tant que champ de la pensée dont la nécessité est collectivement perçue, explicitée, organisée, et dans une certaine mesure institutionnalisée, des suites de la participation des médecins aux expériences qui ont été menées par les Nazis dans les camps de concentration, avec la question : jusqu'où peut-on aller dans la souffrance infligée à l'autre quand on est convaincu de le faire pour la bonne cause? Quelles barrières posées à cette sorte d'« idéologie de la bienveillance à tout prix »?

que mon désir de bien faire, je me tournais, un jour vers l'interne, un jour vers les infirmières, pour savoir quoi faire, que dire, que répondre. Personne ne répondait, sauf, un peu, la surveillante infirmière, qui comprit ma détresse. Mais si personne, dans le corps médical, ne répondait, c'est, je l'ai compris bien plus tard, que personne ne savait. Quoi faire. Quoi dire. Que répondre, à ces questions inévitables à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Bien faire, dans ce cas, c'était quoi, exactement ?

J'en sais plus, maintenant, sur ce sujet, et je sais qu'il n'y a pas de réponse unique à ces questions complexes. Mais ce qui me frappe, encore une fois, c'est l'absence de parole, la fuite généralisée des enseignants devant l'écueil : ne pas savoir à l'avance quoi me répondre empêchait tout simplement de m'écouter.

Je suis fière aujourd'hui de dire que j'ai refusé par la suite de pratiquer cet examen sans anesthésie ; heureuse aussi, quand ce fut le cas, d'avoir rencontré un médecin qui, à ma grande surprise, comprit et respecta ce choix, d'autant que - ironie du sort - il s'agit d'un des plus proches collègues de celui qui, des années auparavant, avait dirigé sans un mot mon stéthoscope vers la peau dénudée du vieux monsieur, et d'un médecin que je respecte profondément.

Aujourd'hui, l'anesthésie est devenu, pour cet examen, la norme.

Ainsi va le quotidien de l'étudiant en médecine.

La souffrance des médecins est grande. Souvent, dès le début de leurs études, ils apprennent, sans une parole, à n'en rien faire - ou plutôt que la réponse, en termes de parole, ne se trouve pas dans l'institution. Ce n'est pas de la compétence de l'institution que de discuter, réfléchir, à la souffrance de ses étudiants, de ses médecins. On apprend vite, cependant, à la faculté de médecine, comment 'bien faire avec la souffrance', et de la manière la plus efficace qui soit, c'est-à-dire d'abord avec la sienne, sans un mot, et par mimétisme.

Ce type d'apprentissage survient de surcroît dans un contexte de stress intense, où les injonctions de bien faire et de savoir tendent à sidérer la pensée. Il concerne le corps, d'une manière forte, immédiate, qui parle mieux que les mots de sa vulnérabilité, face à la maladie, à la mort. On projette inévitablement quelque chose de son corps sur le corps si semblable d'autrui : nus, malades, morts, nous sommes tous égaux, d'une certaine manière. Il n'y a plus de masque, plus de jeu social, plus de repères, à part ceux de la médecine qui édicte, sans un mot, ses propres règles.

Le problème, et l'efficacité, de ce type d'apprentissage 'par corps', c'est que n'étant pas élaboré il ne peut qu'être répété, transposé à toutes les situations similaires, généralisé.

C'est ainsi que l'étudiante que j'étais a appris à accompagner la souffrance d'autrui.

Il serait tentant, mais pas juste - au sens de justesse - de dire que cet accompagnement ne nous est pas enseigné, puisque le processus décrit est en soi un apprentissage. Ce serait, en plus, injuste - au sens de justice - puisqu'il y a bien des tentatives pour nous enseigner, en cours ou en enseignement dirigé - sans patients- la **psychologie médicale**. J'en ai moi-même bénéficié, très intéressée, dans l'indifférence quasi-générale de mes collègues étudiants. Ayant moi-même eu l'occasion, plus tard, d'encadrer des étudiants pendant leur stage, et de m'appliquer à les accompagner autrement, je reste persuadée que cette indifférence n'était pas du désintérêt : c'était déjà trop tard, ou c'était inadapté, compte tenu des circonstances. Un enseignement par mimétisme, un apprentissage par corps, est beaucoup plus efficace qu'un cours, pour le meilleur, ou pour le pire. L'enseignement de la clinique doit se faire au lit du patient, au moment où les questions sont actives.

Se détacher d'un enseignement mimétique, silencieux, ne devient possible que par un geste transgressif vis-à-vis de l'institution, quand la tension interne associée à cet équilibre silencieux devient trop grande ; en rompant avec le corps médical, on peut alors retrouver le chemin de la parole.

C'est ce qui m'arriva, et c'est ainsi que je croisais, peu de temps après mon retour au sein de la faculté, les soins palliatifs, puis la médecine de la douleur.

b. Mon travail au CETD du CHU de Nantes

Mes premières relations avec le CETD remontent à mai 2001. Ce travail de terrain s'est étendu sur plus de 7 ans de présence.

Arrivant à son terme, je m'interroge sur ce qu'a bien pu être ma fonction dans ce système. Il est une idée qui revient, c'est celle du récit : raconter des histoires, mettre des mots, du sens, lier, lever le secret. Déjà, en 2002, j'écrivais : « Il est vrai qu'à titre personnel, un des éléments plaisants de ce travail était aussi d'avoir l'impression de briser une « omerta », une loi du silence en vigueur dans le monde médical, dont le poids - et le désir de m'en soulager - ne sont sans doute pas étrangers à mon choix de l'observation des éléments non verbaux de l'interaction. » Pourquoi cette urgence ? Je n'ai pas de réponse définitive à cette question. Je

crois que l'apprentissage initiatique du corps objectivé de la science ne va pas sans mal ni sans dégât, peut-être surtout lorsqu'on est femme. La dialectique pulsion-institution, évoquée par P. Bourdieu et J. Maître²⁹³, n'est pas sans effet sur le corps pulsionnel, s'agissant des médecins ; peut-être faut-il y voir l'une des raisons des débauches carabines, auxquelles du reste je ne pris jamais part. La nécessité de créer un pont de langage par delà la faille épistémologique évoquée par J.-J. Kress, pour briser le silence pour moi contre-nature auquel se trouve alors condamné le corps vécu, est sans doute apparue dans ma vie comme un impératif. C'est ainsi, donc, que j'en suis venue à raconter.

Je décrirai dans un premier temps ma rencontre avec le CETD pendant la première période, de 2001 à 2003, qui m'a vue occuper des fonctions d'étudiante. Je reprendrai délibérément le récit que j'en avais fait à l'époque, car c'est le récit d'une personne fraîchement émoulue des études médicales, baignée dans une normalité qui est celle du fonctionnement hospitalier traditionnel, et que les différences entre le CETD et les autres services ne m'en sont apparues que plus nettement.

A partir de 2004, j'ai exercé des fonctions de médecin, d'enseignant et de chercheur²⁹⁴ dans le même service, ce qui a considérablement modifié la nature de mes observations : non que cela les remette en cause, bien au contraire ; mais j'ai pu les approfondir à partir d'une position d'implication beaucoup plus importante.

Pendant cette période, les évolutions de ma position ont en outre fait que les modifications que j'ai pu imprimer à mon terrain n'ont fait que croître. Décrire le terrain, c'est donc aussi décrire ces modifications.

La description du fonctionnement de l'unité d'hospitalisation, et les entretiens formels avec les praticiens, relèvent pour la plus grande partie de la période 2001-2003. Le CETD a en effet subi, de 2004 à 2007, d'importantes modifications, plutôt déstabilisantes, et dans un contexte institutionnel et économique menaçant à bien des égards. Actualiser mes informations sur l'hospitalisation dans une équipe aussi déstabilisée qu'elle l'est actuellement aurait peu de chances de livrer un sens autre que celui des tourmentes personnelles des uns et des autres, les miennes incluses. Tout au plus pourrais-je proposer, en abordant les dangers d'une telle médecine pour ses acteurs, que le malaise actuel n'est pas étranger à ces prises de risque et en particulier à la levée de certaines protections habituelles.

²⁹³ Bourdieu P. et Maître J, introduction à: Maître J. et Billy A., *L'Autobiographie d'un paranoïaque: l'abbé Berry (1878-1947) et le roman de Billy, Introïbo*, collection « Anthropos », Économica, Paris, 1994.

²⁹⁴ Je précise que je n'avais pas de statut d'enseignant-chercheur : j'enseignais pour le compte du CETD, et je faisais de la recherche : cette thèse.

La patientèle d'où je tirerai les cas cliniques et la typologie, correspond en revanche à mon exercice de praticien attaché, c'est-à-dire la période 2004-2007. Ceci est dû aux modalités du classement informatique. Cependant, j'avais commencé à suivre bon nombre d'entre elles en tant qu'interne, c'est-à-dire pendant la période 2001-2003, d'une part, et j'ai continué à travailler en lien avec l'unité d'hospitalisation entre 2004 et 2007, d'autre part : j'y ai régulièrement fait hospitaliser des patientes, même si je n'y exerçais pas moi-même.

La synthèse, et plus tard l'analyse, porteront sur l'ensemble de la période 2001-2007.

2001-2003

Lors de mes premiers contacts avec le CETD de Nantes, en 2001 Je recherchais un poste de **faisant fonction d'interne** (genre de 'remplaçant d'interne'). Je m'étais en effet engagée dans un travail de recherche pour ma thèse de doctorat en médecine, et j'avais pour ce faire interrompu mon cursus normal d'interne : j'étais, comme on dit, 'en disponibilité'. J'avais choisi pour thème la communication non verbale entre médecin et patient en médecine générale. Les médecins du CETD se sont montrés très intéressés par cette direction de recherche, ainsi que par mon parcours atypique.

Pour la première fois de mon parcours médical je me trouvais face à un groupe de professionnels qui prenaient au sérieux mes questions d'étudiante, valorisaient ma singularité, entendaient aussi certaines révoltes, avaient à cœur mon bien-être et l'harmonisation de mes projets personnels et professionnels, toutes choses que je désespérais de trouver dans le corps médical. Je demeure fort redevable à leur égard de m'avoir acceptée comme l'une des leurs, acceptation qui à ce jour ne s'est jamais démentie.

Je me souviens tout particulièrement de ma première rencontre avec le chef de service ; dans le système très hiérarchisé de l'hôpital, une telle circonstance est toujours assez intimidante. Il m'accueillit dans son bureau, et me demanda, dans le cours de la conversation, les raisons de mon intérêt pour la médecine de la douleur. Je me souviens lui avoir répondu que je n'avais jamais pu accepter que la médecine se préoccupe seulement de la maladie, et pas de la souffrance. J'ignore encore aujourd'hui ce qui m'a donné le courage d'affirmer aussi fermement ma conviction, ce simple fait étant déjà une transgression. Je ne me souviens plus des termes exacts de sa réponse, mais je me souviens qu'elle était bienveillante, et signifiait que j'avais ma place dans son service.

Nous avons donc pris de plus amples contacts, dans l'idée de recentrer mon travail de recherche sur les patients douloureux chroniques. C'est ainsi que j'ai commencé à me rendre régulièrement à la visite du CETD (tous les mardis matin), ainsi qu'aux **consultations pluridisciplinaires** (qui ont lieu tous les mercredis et sont suivies d'un **staff pluridisciplinaire**, c'est-à-dire d'une réunion entre les différents intervenants pour discuter des dossiers), et à un certain nombre de conférences et de réunions de formation continue, au cours desquelles j'ai pu recueillir de nombreuses observations et des entretiens informels. J'ai été présentée à cette occasion à de nombreux praticiens qui sont au centre du développement de la médecine de la douleur dans la région : médecins (rhumatologues, rééducateurs, anesthésistes, gériatres, médecins généralistes, médecins de santé publique, du travail, médecins conseils...), chirurgiens, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et psychiatres de la région ouest mobilisés autour de la **lutte contre la douleur**, comme il est convenu de l'appeler. J'ai pu entendre lors de l'une de ces conférences des cadres de l'administration de la santé s'exprimer sur le sujet de la douleur chronique. J'ai pu aussi assister à une réunion interne à l'hôpital concernant le projet de **prise en charge de la douleur** aux urgences, en présence d'administratifs et d'une représentante des usagers.

C'est grâce à ces diverses rencontres que j'ai pu par la suite effectuer un certain nombre d'entretiens formels avec des médecins de différentes spécialités. Ma présence s'est poursuivie sur ce mode intermittent en mai et juin 2001, puis a repris sur le même mode à l'hiver 2002, pendant deux mois. Entre les rencontres, je gardais contact par e-mail avec mon interlocuteur principal sur le terrain, car nous essayions de mettre en place les modalités pratiques - financières entre autres - de mon travail.

J'ai également eu accès à de nombreuses sources documentaires éclairant le travail du CETD : documents ministériels, documents de communication internes à l'hôpital (en rapport avec le projet d'établissement), statistiques diverses, ouvrages ou thèses de psychologie, de psychosomatique ou d'éthique concernant la douleur chronique, dossiers de patients, documents pédagogiques à l'intention des médecins en exercice, des étudiants en médecine, des patients, matériel écrit servant à l'évaluation du travail des médecins ou à celle de la demande des patients.

Dans le même temps, mon travail d'écriture et de lecture m'avait amenée à considérer l'aspect anthropologique de mon questionnement comme une étape inévitable : en approfondissant la question du corps et de son rôle dans l'interaction médecin/patient, l'abord psychologique

(psychologie du geste) m'était apparu comme un angle d'approche incomplet. C'est ainsi que je cherchais de nouveau du côté de l'anthropologie et que je devais, quelques mois plus tard, m'engager dans un DEA en sciences sociales. Au cours de ces périodes d'élaboration et de doute, je recevais toujours, là encore - fait inhabituel dans mon expérience des études de médecine - le soutien de divers médecins engagés auprès du CETD.

*

D'emblée, les différents outils conceptuels (psychologie, sciences sociales) dont je pouvais disposer avaient été acceptés par le CETD, qui me laissait toute liberté. Je pouvais également utiliser le dessin.

C'est un outil que je maîtrise bien pour l'avoir abondamment pratiqué, à titre personnel et professionnel. J'en fais depuis l'enfance un moyen de satisfaire ma curiosité envers les êtres humains, leurs corps, leurs visages, leurs manières d'être. C'est aussi pour cela sans doute que je n'ai jamais pu ne voir dans les patients qu'un assemblage mécanique d'organes et de symptômes : d'emblée, la plainte corporelle du patient se greffait à mon expérience, forcément intersubjective, de la relation entre le patient et les soignants (moi y compris), de sa demande, de sa façon d'être à son corps et à son symptôme. La définition biomédicale du corps et de la santé ne suffisait ni à ma curiosité ni à me construire dans une posture soignante.

Dans une démarche ethnographique, le dessin, effectivement réalisé ou imaginé, de la scène, me permet à la fois de mémoriser les postures, d'être plus attentive aux détails des scènes observées, et de prendre conscience de l'impact subjectif de certains éléments qui seraient sinon passés inaperçus : il me permet de saisir ce qui fait l'essence de mon expérience de la scène vécue, ce qui, dans l'environnement ou le déroulement de la scène, est constitutif ou représentatif de cette essence, et de confronter ce vécu au comportement du patient, des soignants. Dans la posture de l'interne, au contraire (marquée par le port de la blouse blanche et d'une étiquette portant la mention 'interne'), mon attention est d'emblée attirée vers les éléments du discours et de la présentation du patient qui ont trait au questionnement médical : diagnostic, stratégie de soin. L'expérience du dessin lève toute ambiguïté, toute illusion concernant le caractère sélectif ou non, objectif ou subjectif de nos perceptions

Après avoir tenté de nombreuses formules pour pouvoir être rémunérée en tant qu'observateur participant dans le service - là encore je soulignerais que le soutien des responsables

médicaux du CETD n'a jamais failli : ils m'ont même aidée à recevoir un petit financement pour mon travail - j'ai pu être engagée comme interne et chercheur dans le service, pour deux mois (mai et juin 2002), dans une posture qui était clairement celle de l'observation participante. De façon à pouvoir concilier les deux fonctions de l'interne et du chercheur, j'ai demandé à avoir un minimum de responsabilités somatiques, ce qui a été accepté, c'est-à-dire que j'interrogeais les patients mais que je ne les examinai pas, sauf urgence. Mon temps était divisé à peu près également entre un temps de présence dans le service auprès des patients et des infirmières, et un temps de recherche, que je passais en majeure partie sur le terrain, où l'on a fait de grands efforts pour me trouver un bureau. Dans cette posture de l'interne, mon attention envers la structure hospitalière, le reste de l'équipe soignante, et mes supérieurs hiérarchiques en particulier, était prise dans un écheveau d'habitudes et d'attitudes apprises implicitement, dont la prise de conscience et l'analyse vinrent alimenter petit à petit ma recherche.

Ma qualité d'initiée me permit de passer relativement inaperçue, un peu à la manière d'un agent double : je ne dérangeais pas à outrance le fonctionnement habituel de l'ensemble des événements observés. J'entends par là que lors d'une consultation hospitalière, d'une visite ou d'un travail dans le service, la présence de l'interne fait partie du déroulement normal du fonctionnement de l'institution hospitalière, à laquelle tout patient, tout soignant peut s'attendre. En revanche, il est important de noter que j'étais la première interne du CETD, et en tant que telle chargée explicitement pendant mon stage de définir un 'profil de poste' pour les internes ultérieurs. Si cela ne constituait pas là non plus une anomalie majeure dans le fonctionnement du service - puisque tous les soignants étaient habitués à travailler avec des internes pour d'autres patients que les douloureux chroniques - ce fut l'occasion d'observer également l'impact de ma présence sur l'équipe, les attentes que cela pouvait susciter de la part des uns et des autres, et cette « déformation » - pour reprendre le terme de Devereux²⁹⁵ - infligée à mon objet fut également un précieux outil de mon analyse.

Il est à noter également que ma qualité d'initiée a un autre avantage : celui de me rendre accessible la confiance des médecins, que je crois très difficilement accessible aux non-initiés. Certains médecins interrogés m'ont dit avoir apprécié ce temps passé en entretien : pour l'un, c'était l'occasion de transmettre un peu de toutes ces histoires de vie qu'il recueille, histoires douloureuses entre toutes et qui sont marquées du sceau du secret (« *Que faire de tout ce qu'on dépose chez nous ?* » : Entretien avec Y) ; pour l'autre, c'était l'occasion d'une réflexion

²⁹⁵ Devereux G., *De L'Angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Paris, 1980.

sur le sens de sa pratique. Les entretiens, formels et informels, et les éléments du discours me permirent d'être au plus près des motivations de chacun dans son action et sa pratique, de ses croyances, de ses représentations.

Pour les infirmières, la posture de l'ethnologue crée un espace de parole appréciable... et peut-être d'autant plus appréciée que je représente aussi le corps médical.

Tous, dans l'équipe, et moi de même, avons été surpris de la facilité avec laquelle je me suis fondue dans le paysage, malgré mon 'double jeu' et le caractère inhabituel de la présence d'un ethnographe dans le monde hospitalier.

*

La posture de l'observateur participant m'était pourtant assez inconfortable. La concentration requise pour remplir les tâches de l'interne, même réduites, ne laisse que peu de place à la réflexion. Pendant la période que j'ai passée sur le terrain, je tentais de suivre les recommandations de G. Devereux, qui conseille d'« exploiter la subjectivité inhérente à toute observation [...] voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive²⁹⁶ », et de prendre mon propre ressenti comme outil d'observation de ce qui se joue dans mon incorporation transitoire au corps médical ; d'être ainsi, à l'instar d'A. Dutruge, médecin et ethnographe, « observé et observateur »²⁹⁷. Je m'attachais à noter ce qui peut ou ne peut pas être, ce qui doit être fait pour montrer patte blanche, ce qui est incompatible avec une acceptation dans l'équipe, les vieux mécanismes de l'étudiante en médecine qui se remettaient spontanément en place quand je reprenais les marqueurs de sa fonction, comment les autres membres de l'équipe me positionnaient... Par exemple, le rapport d'apprentissage mimétique à mon supérieur m'apparut comme une évidence, et dans ces moments, le 'rôle' implicitement fixé aux externes et aux internes me revint en mémoire : je le suis à la trace ; j'accompagne ses mouvements, je me lève quand il se lève, je m'assois quand il s'assoit, et ma concentration, 'du coin de l'œil', ainsi que celle de l'infirmière, est attachée à l'anticipation de ses mouvements, de ses besoins (une ordonnance ? un instrument ?...). C'est ainsi que je m'inscrivis dans le ballet ordonnancé de la *visite*, en retrouvant les automatismes et les gestes appris pendant mes études.

Cette attention particulière me permit aussi de remarquer la spécificité du CETD, à travers des détails infimes mais significatifs, en ce qu'ils ont trait au bien-être du soignant, et au mien en

²⁹⁶ Devereux G., *De L'Angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Paris, 1980.

²⁹⁷ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op. cit.

l'occurrence : j'étais enceinte et on me laissait m'asseoir et faire des pauses 'casse-croûte'. Dans bien des services, s'asseoir dans les chambres ne se fait pas, quelque longue et astreignante que soit la **visite**, et le faire vous attire des regards courroucés du reste de l'équipe, y compris des infirmières, qui, comme le dit Strauss²⁹⁸, se font souvent « gardiennes du bon fonctionnement de l'hôpital ». D'une manière générale, ici, mon désir peut donc être entendu, y compris s'il a trait au bien-être physique. Ma qualité de femme enceinte amplifia, certes, ces événements. Fut-elle seule responsable de ces dérogations ?

Par ailleurs, j'avais retrouvé la blouse blanche avec un certain soulagement initial : elle apporte statut, légitimité et... salaire ! Mais, rapidement, à ce soulagement initial s'est ajouté puis substitué le prix à payer... Comme me le disait Z²⁹⁹ en entretien, la blouse sert aussi à « faire corps avec l'équipe », elle participe d'une certaine forme d'allégeance au corps médical et à l'institution, d'inscription rituelle sur le corps de ma qualité d'initiée, et toute la force de cette mémoire vive générerait en moi un certain malaise. Je sentais bien que cette solidarisation à l'équipe s'accompagnait d'une modification de mon comportement : je me joignais plus facilement aux conversations en coulisses, souvent marquées par le jugement de valeur. Ma posture, ma démarche même changèrent et s'alourdirent, perdirent de leur féminité, gagnèrent peut-être en autorité. Je glissais petit à petit dans cette seconde peau, dont toute la charge sexuelle - ou asexuée, ce qui revient au même - s'imposait à moi.

Autres détails issus de cette observation participante : le midi, je mangeais au restaurant du personnel, à l'instar des infirmières et des « profanes³⁰⁰ » ce qui oblige à quitter sa blouse. Les internes et beaucoup de médecins mangent à l'internat, où l'on conserve sa blouse, au mépris d'ailleurs des règles d'hygiène. En dehors du fait que le statut des uns et des autres vis-à-vis de l'hygiène est donc de toute évidence différent (les médecins sont-ils immunisés ou immunisants ?... en tout cas ils ne peuvent pas être sales ni contaminants, d'ailleurs ils ne se lavent que rarement les mains, contrairement aux infirmières : cela témoigne-t-il de leurs propres croyances magiques ?... car les infirmières leur en font souvent le reproche, et l'évidence scientifique du passage des infections nosocomiales par les mains est largement démontrée, sans que cela n'y change rien. Cela me rappelle aussi à quel point le statut

²⁹⁸ Strauss A., Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, collection « Le Travail humain », P.U.F., Paris, 1999.

²⁹⁹ J'ai réalisé quatre entretiens formels auprès de médecins : respectivement A, X, Y et Z.

³⁰⁰ Pour A. Strauss, les personnes non directement impliquées dans le soin, tels les administratifs : Strauss A. : *op. cit.*

privilegié conféré par cette seconde peau est difficile à lâcher, combien sa permanence est signifiante et nécessaire dans les murs de l'hôpital : j'avancerais l'hypothèse qu'il s'agit d'un « marqueur »³⁰¹ dont la fonction est de protéger le médecin (d'où sa réticence à le lâcher) en « marquant » sa différence, son statut de non-malade, de non-sexué, de non-contaminé et non-contaminant... tous bénéfices tirés de sa qualité, magique, d'initié. Par ailleurs, je me demande comment je me sentirais dans une blouse rouge ? Bleue ? Sans les connotations de pureté attachées au blanc.

À cet égard, il est intéressant de noter, là encore, une spécificité du CETD : son responsable mangeait le plus souvent à l'extérieur, parfois même chez lui, marquant ainsi le désir d'une coupure, d'un 'entracte' dans ce grand théâtre. Cet attachement à une pause, à une interruption dans le déroulement du temps, s'accompagnait d'autres différences dans la gestion du temps de travail des médecins, qui singularisent le CETD. Cette coupure ne semble pas néanmoins pouvoir se réaliser dans les murs, et quitter la blouse s'accompagne ici de quitter les lieux.

Les journées étaient ainsi ponctuées d'une foule de petits événements ayant trait au corps (s'habiller, se nourrir, se laver...) et reflétant les statuts particuliers des corps des uns et des autres, patients et soignants, profanes et initiés. Comme tous ces petits « rites de la vie quotidienne »² à l'hôpital me renvoyaient à mon propre corps, ils furent autant d'éléments qui vinrent nourrir mes observations et mon analyse.

*

« Consider what transpires : I walk into a room, take off my clothes, and permit a perfect stranger to inspect my naked body. This despite considerable psychological and occasional physical discomfort. How does this come about? Why isn't it a trespass, a violation, an assault, at least an impropriety? It goes against our customs, sets aside the practices of civilized life, flouts propriety. What transformation, what reconstitution of my sense of my self and my body allows this unlikely intimacy, a physical examination?"

K.G. Young³⁰²

³⁰¹ Goffman E., *Les Rites d'interaction*, Éditions de Minuit, Paris, 1974.

³⁰² Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts & London, England, 1997.

J'ai demandé, malgré mes fonctions d'interne, à être exemptée d'examen somatique. Il est vrai que je suis, à titre personnel, particulièrement sensible à la dérogation qu'il constitue aux relations inter-humaines habituelles. Il est vrai aussi que l'intrusion dans l'intimité qu'il constitue me paraît peu compatible avec une fonction de parole et d'écoute, qu'on se positionne comme psychothérapeute ou comme ethnographe. D'ailleurs, les psychothérapeutes, psychiatres, psychologues, sont dans leur vaste majorité très prudents vis-à-vis de la combinaison des approches corporelles et psychothérapeutiques, qu'ils considèrent comme la porte ouverte à la **toute-puissance** du thérapeute. C'est pourtant bien un tel va-et-vient que l'on attend d'un médecin, et c'est encore plus vrai d'un médecin de la douleur, tant la relation médecin/patient est un élément essentiel de la **prise en charge**. Comment ce va-et-vient est-il possible, et à quelles conditions ?

C'est cette dérogation que K.G. Young, médecin elle aussi, et qui plus est femme de chirurgien, place en introduction de son travail anthropologique. Est-il possible de posséder une telle dérogation sans être lié(e), symboliquement, magiquement peut-être, à un corps professionnel ? Que représente donc ce lien nécessaire, pour le médecin, pour le patient ? Quelles protections, lors de cet acte, qui pour tout autre serait « folie », comme dit encore A. Dutrue³⁰³, sont mises en place par ce corps professionnel ? Quel imaginaire contribuent-elles à construire ? Ces deux femmes, médecins et chercheurs, ont choisi de s'interroger sur le sens de leur pratique, et le font à partir de ce lieu, de ce dessin des limites du corps, de cette frontière entre intérieur et extérieur qui rappelle le moi-peau évoqué par D. Anzieu³⁰⁴.

Voici les réponses que je trouve dans ma propre expérience et dans mes lectures : Le corps médical a balisé, à travers des siècles de pratiques, un chemin ritualisé (l'apprentissage mimétique et silencieux évoqué plus haut, l'apprentissage 'par corps') permettant le passage de cette frontière. Ce chemin, qui ne peut par sa nature même que mettre en jeu la sexualité, le « corps érotique »³⁰⁵, est passé aussi par une relation particulière à la féminité, ne serait-ce que parce que « jusque au seuil de notre temps les médecins ont été des hommes, exclusivement » comme le montrent Y. Knibiehler et C. Fouquet³⁰⁶. Dans cet historique qu'elles donnent de la médecine, enfreindre des limites les plus intimes du corps féminin est d'ailleurs un événement comparativement tardif. Ce n'est probablement pas un hasard si les

³⁰³ Dutrue A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op. cit.

³⁰⁴ Anzieu D., *Le Moi-peau*, collection « Psychismes », Paris, Dunod, 1995.

³⁰⁵ Dejours C., *Le Corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*, Payot, Paris, 2001.

³⁰⁶ Knibiehler Y. & Fouquet C., *La Femme et les médecins, analyse historique*, Hachette, Paris, 1983.

chercheurs qui ont interrogé le sens des pratiques médicales à partir de ce même lieu, en tentant de redécouvrir ce balisage, sont des femmes.

Comment la médecine de la douleur, avec ses spécificités - caractère nettement sexué de certains diagnostics, importance du rôle dévolu à l'aspect relationnel et psychothérapeutique du médecin d'une part et à des **gestes** techniques parfois très intrusifs d'autre part... organise-t-elle cette « folie » institutionnalisée du corps ? Mes observations mettent en évidence des différences manifestes s'agissant du corps des médecins. Cela a-t-il des conséquences pour les patients ? Pour les patientes ? Telles étaient mes questions à l'issue de cette première période de travail.

2004-2007

Des changements considérables ont affecté les conditions d'exercice au CETD pendant le temps qu'a duré cette enquête.

.

Ces changements furent, entre autres, le fruit du nouveau **plan quadriennal douleur** (2002-2006) et de son application par le CHU de Nantes. C'est ainsi que d'un poste de praticien hospitalier (PH) le service est passé progressivement à deux PH (premier demi-poste supplémentaire au printemps 2004, le deuxième attendu de manière imminente), aidés d'un interne, auxquels il convient d'ajouter un demi-poste de PH sur une équipe mobile (pour répondre aux demandes extérieures au service qui, jusqu'alors s'ajoutaient aux charges du PH responsable). Et pourtant, on va le voir, le service souffre, au moment où j'écris ces lignes, d'une pénurie de médecins.

D'une psychologue contractuelle à temps partiel (40%), il est passé à deux psychologues (un homme et une femme, différente de la première) titulaires qui se partagent un poste à temps plein. L'assistante sociale, pour sa part, conserve un 10%, mais elle a changé ; une diététicienne, mue par sa motivation personnelle, s'est ajoutée à l'équipe Une secrétaire supplémentaire est venue appuyer la plus ancienne, ce qui était fort nécessaire, ne serait-ce que compte tenu de la longueur des courriers que les médecins du service ont pour coutume de rédiger (2, 3, 4 pages parfois).

Des modifications institutionnelles ayant trait au service de neurochirurgie dans lequel se situe le centre (en particulier les modifications des procédures d'accueil en urgence) ont radicalisé, au dire des infirmières, les différences dans les modalités d'accueil des patients de l'hôpital de semaine : d'un côté, les patients douloureux, grands consommateurs de temps de parole, à faible charge technique. De l'autre, les patients relevant de la neurochirurgie, nécessitant des soins techniques lourds, à faible durée de séjour, de plus en plus souvent accueillis en urgence plutôt qu'en hospitalisation programmée. Les infirmières vivent mal, pour certaines, de ne pas pouvoir, faute de temps et de directives médicales homogènes en fonction des disciplines, traiter avec la même qualité et quantité d'écoute des êtres humains qui leur semblent pouvoir en bénéficier tout autant. Elles ne voient pas pourquoi ce qui s'applique, dans une logique humaine autant que dans une logique d'efficacité thérapeutique, aux patients douloureux, ne peut pas s'appliquer également aux patients de neurochirurgie, et se trouvent tiraillées dans leur rôle d'exécutrices de prescriptions médicales qui pourraient être complémentaires si elles en avaient le temps, mais entre lesquelles, faute de temps, elles disent devoir trop souvent choisir. Certaines ont pu, sur ce sujet, se donner assez d'autonomie pour assumer leurs propres choix.

L'équipe des psychiatres a continué à se modifier, au gré des disponibilités des acteurs : le praticien qui en est le référent principal propose désormais systématiquement à ces internes, toutes des femmes, d'assurer une part des consultations ; l'une des psychiatres a été remplacée, par un collègue du même service.

La vie personnelle d'un certain nombre des acteurs du terrain a eu un impact considérable sur le fonctionnement du centre :

Le praticien responsable de l'unité est absent, totalement ou partiellement, pour raisons de santé depuis mai 2005, soit depuis 20 mois au moment où j'écris ces lignes. Il fut temporairement remplacé par le médecin (une femme) prévu pour l'équipe mobile, qui était enceinte, et est donc partie en congé maternité, dans le même moment où le chef de service présent au début de mon étude (et qui est à l'origine de la formation du CETD) prenait sa retraite, remplacé par un neurochirurgien fonctionnel disposé à poursuivre son héritage, mais non formé spécifiquement à la médecine de la douleur. Dans ce contexte de pénurie médicale, je fus sollicitée pour remplacer temporairement le praticien en exercice, ce que je refusai, entre autres pour préserver une certaine distance vis-à-vis de l'action. De ce fait, la rédaction de ce travail se fait dans une distance un peu inconfortable vis-à-vis des acteurs de terrain qui

y ont tant contribué. Cette distance vient de moi, dans la mesure où ils n'ont manifesté à ce jour aucune animosité liée à mon refus.

Le développement de l'équipe mobile a donc par ailleurs été retardée, pourvue qu'elle est pour l'instant d'une infirmière seule, à mi-temps, et peu expérimentée dans le champ de la douleur chronique. Cette même période a vu la naissance du **réseau douleur 44**, organe destiné à être indépendant du CHU mais qui bénéficie de son infrastructure logistique. C'est une association (financée par l'A.R.H.) qui vise à homogénéiser les pratiques dans le département par la formation, l'information, l'évaluation et la création d'une ligne d'appel téléphonique pour les professionnels. Ce réseau, où il était initialement prévu un quasi temps plein de médecin, est finalement muni d'un 40%, auquel s'ajoute une secrétaire et depuis peu, un cadre infirmier (les 40% restant m'ont été proposés, mais j'ai dû décliner l'offre au dernier moment pour raisons personnelles). Il a rencontré des difficultés importantes au début, liées entre autres à l'absence du PH responsable de l'unité qui avait orchestré sa mise en place et restait, pour un temps, président de l'association ; également, du fait de la modification de la tarification des actes, qui a fait craindre aux intervenants libéraux spécialisés dans la douleur qu'ils ne puissent plus gagner leur vie, et qui ont refusé, comme un signe d'opposition aux pouvoirs publics, d'adhérer au réseau.

Les deux kinésithérapeutes ont été souvent absentes pour raisons de santé, parfois pour des durées prolongées. La secrétaire la plus ancienne est actuellement absente depuis deux mois, également pour raisons personnelles. La musicothérapeute a aussi interrompu son activité, pour privilégier certains aspects de sa vie personnelle.

A noter également, le décès d'un des grands pionniers de la médecine de la douleur en général et dans le département en particulier, qui fut l'enseignant d'un bon nombre des acteurs, dont moi-même.

C'est donc un faible mot de dire que le CETD traverse une tourmente, de taille ; affaibli, il se trouve aussi à la merci d'un certain nombre de convoitises qui sont aussi la rançon de son succès et de la popularité de la thématique douleur depuis deux ou trois ans auprès des instances qui tiennent les 'cordons de la bourse'. Par ailleurs, cette discipline, à la fois humaine et scientifiquement de pointe, jouit d'un certain prestige auprès de ceux qui aiment voir attachée à eux cette double étiquette.

En ce qui me concerne, mon implication au CETD, qui certes a toujours été celle d'un observateur participant, a cheminé vers une participation et une visibilité croissante, avant de rencontrer la relative distance actuelle. Mon implication a beaucoup changé, qualitativement

et quantitativement, à partir de mai 2004 à la fin de mon résidanat, avec des conséquences imprévues sur mon point de vue. Imprévues, mais pas imprévisibles. En rédigeant en 2002 mon DEA, j'écrivais ceci :

« En sciences sociales, la première étape d'une enquête est de choisir un 'terrain' pour effectuer des observations en rapport avec son questionnement. Or, il m'est difficile, et me semble-t-il un peu artificiel, de délimiter dans le temps et l'espace ce 'terrain'. En effet, si mon terrain est la consultation médicale ou l'hospitalisation... suis-je donc entrée sur le 'terrain' quand j'ai commencé à être patiente ? Quand j'ai eu des problèmes de santé plus sérieux ? Quand j'ai commencé à étudier la médecine ? Quand j'ai fait du bénévolat humanitaire en France (pour une sociologie des rapports de pouvoir : prévention, hygiénisme, violence symbolique) ? Quand j'ai fait des stages hospitaliers à l'étranger (valeur du comparatisme) ? Quand au contraire je me suis mise en retrait en quittant transitoirement le monde médical, et suis partie vivre en Irlande, et que je me suis tournée vers l'anthropologie (mise à distance, début d'une conceptualisation théorique) ? Quand je suis retournée vers le monde médical (avec un regard neuf) ? Quand je questionnais mes collègues, mes supérieurs (étaient-ce des « entretiens informels ») ? En travaillant comme infirmière remplaçante ? Comme externe ? Comme interne (sociologie des rapports de pouvoir dans l'institution) ? Quand j'ai commencé à m'intéresser aux pratiques médicales dites « transversales » en travaillant une année dans un service de « soins palliatifs » ? Quand j'ai commencé à m'intéresser aux travaux de l'école de Palo Alto, et à ceux de Milton Erickson en particulier (découverte des travaux de G. Bateson et M. Mead) ? Ou bien est-ce quand j'ai pour la première fois contacté le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur ?

(...)Une autre posture que celle de l'observation participante est-elle possible lorsqu'on étudie la relation médecin-patient ? L'alternative, qui consisterait à se placer en observateur passif, extérieur, est-elle possible ? Ou, autrement dit : n'est-on pas toujours renvoyé à une expérience personnelle par de telles observations ? Tout observateur est ici, au minimum, impliqué en tant que patient passé, futur, potentiel, et peut-être en tant que parent de patient. Si, comme c'est mon cas, on est en plus médecin, la 'participation' de l'observateur n'en est que plus grande.

Mon premier contact avec le CETD, mon 'terrain', s'est inscrit dans la continuité d'un cheminement antérieur, dans une logique de questionnement et de curiosité qui reste la mienne aujourd'hui. Reconnaître à ce 'terrain' un début et une fin c'est un peu démentir cette continuité. »

Eh bien cette curiosité et la question : la place du féminin, de la dimension numineuse de l'existence humaine (le cas échéant, du religieux) , et de l'imaginaire, en médecine, qui me suit ou que je suis depuis tant d'années, et qui s'intrique à chaque moment avec les choix personnels et professionnels que je suis amenée à faire, ont continué à être agissantes et à trouver des manières diverses mais toujours liées de se nourrir.

Ainsi, mes fonctions de médecin se sont recentrées majoritairement sur la psychiatrie pendant deux ans et demi, et plus particulièrement dans le service dont sont issus les psychiatres qui participent à l'activité du CETD. Ce service est dirigé par une femme qui a été la première psychiatre du CETD à sa fondation, et qui est aujourd'hui encore membre du CLUD du CHU de Nantes. Cette activité psychiatrique m'a amenée à côtoyer des hystériques dans le lieu où elles peuvent encore - bien que cela varie selon les écoles et les théories - relever de cette dénomination au titre du diagnostic. J'ai aussi pu y observer la carence choquante de la prise en charge somatique des patients en psychiatrie - j'y inclus la douleur, et les difficultés de la collaboration entre médecine somatique et psychiatrique à partir de la fenêtre de la psychiatrie. Les résistances à la prise en compte du vécu corporel des patients par l'institution psychiatrique, largement aussi fortes sinon plus que la résistance à la prise en compte du vécu émotionnel des patients par les **somaticiens**, est une réalité indéniable. Les difficultés propres à la prise en compte spécifique de la douleur, vues de cette fenêtre, ont éclairé mes questions sous un autre jour. La première journée **douleur en santé mentale** s'est tenue à Paris en décembre 2006 (j'y assistai), et a révélé l'absence criante de données sur ce sujet, autant que de structures institutionnelles et de décisions administratives susceptibles d'y pallier. Les difficultés à cibler, et à s'intéresser à ce qui relève du « mieux- être »³⁰⁷ de cette population particulière, dont les limites avec celle de mes propres patientes sont souvent floues, ont reposé, bien que d'une autre manière, la question du rôle de la médecine face à la souffrance : si pathos, étymologiquement, renvoie à souffrance, toute souffrance n'est pas pathologique : laquelle, ou lesquelles de ces souffrances la médecine prend-elle en charge, et pourquoi ? De même, la violence du social, de l'institution, la violence du patient aussi, la déviance, l'incapacité à travailler...sont ici à la fois mêmes, et autres, comme est autre le soupçon qui accueille cette souffrance. L'utilisation des ressources du patient, la relativité des frontières du normal et du pathologique, la place de l'imaginaire et de la créativité (du patient et de l'équipe) dans le soin, le deuil du 'vouloir guérir' du médecin, de la toute puissance médicale, se formulent ici différemment, et l'on trouve « d'autres compromis », comme me

³⁰⁷ C'est un autre terme emprunté à A. Strauss (op cit) ; il y voit le dénominateur commun des actions de tous les initiés du monde hospitalier.

l'a dit un jour un collègue psychiatre qui participe aux consultations du CETD. La pluridisciplinarité, qui avait été une évidence pour moi tout au long de mon parcours de résidente, se trouvait très insuffisamment développée dans l'institution psychiatrique en question, avec des conséquences qui m'ont aidée à en mesurer l'utilité, en particulier l'autonomisation d'un rôle propre infirmier et la place essentielle - bien que difficile voire impossible - du psychologue hospitalier comme contrepoint à l'autorité médicale.

Mes fonctions de psychiatre ont influencé le type de patient que je continuais à voir dans ma vacation de consultation au CETD, peut-être parce que le contenu de mes prises en charge s'en trouvait modifié et que cela transparaissait, par exemple dans mes courriers aux médecins qui m'adressaient les patients³⁰⁸. Bien sûr, l'absence d'un certain nombre de praticiens du centre a pu contribuer à ces changements, et mon regard sur mes patients aussi a changé, sans doute. En tout état de cause, le nombre de patients relevant d'une prise en charge *d'abord* psychiatrique ou psychothérapeutique, au titre de la part prise dans leur souffrance par celle relevant de leur manière d'être au monde et à son ordre, et au titre des obstacles que cela pouvait opposer à une prise en charge globale, m'a paru augmenter significativement.

Cette position à l'interface entre soin du corps et de la psyché, ainsi que mes recherches, m'a également conduite, d'une part à participer à une journée **médecine et psychanalyse** organisée à l'université de Nantes en 2004 (où mes travaux furent très bien reçus par les professeurs de psychologie clinique et psychanalystes présents ; une publication commune a d'ailleurs été envisagée, avant d'être abandonnée pour des raisons pratiques), et d'autre part à participer pour un temps aux activités du CLUD. Avec la psychologue qui était encore en fonctions à ce moment là, nous avons tenté de créer un groupe de réflexion sur la place des psychologues dans la **lutte contre la douleur** à l'hôpital. Ce projet devait se heurter à un certain nombre d'obstacles, et finalement s'interrompre après 3 réunions. Ce fut néanmoins une expérience éclairante : j'y observai la difficulté des psychologues à se penser collectivement, en tant que corps professionnel, difficulté qui m'a alors semblé un 'dommage collatéral' de la priorité donnée à l'introspection et à la réflexivité individuelle. Le dénominateur commun entre les psychologues semblait être l'appropriation par eux de leur rôle de « défenseur » (terme effectivement utilisé dans le descriptif de leur fonction) du malade face à une violence exercée par l'institution médicale. Ce flambeau guerrier était bien sûr saisi avec plus ou moins de virulence par les différentes personnes présentes. Néanmoins,

³⁰⁸ Les patients peuvent m'être adressés directement et nommément par des généralistes ou des spécialistes, ou bien ils sont triés par le chef de service et la secrétaire à la réception du dossier de pré-admission, en fonction du profil psychologique supposé, de la nature de la demande, et de l'élucidation plus ou moins complète des problématiques lésionnelles.

cette pensée de la résistance et cet accent mis sur l'introspection, associés aux tensions entre les différentes références théoriques ont contribué à avoir raison de la dynamique de collaboration intra et interprofessionnelle que nous tentions de mettre en place.

En plus de ma vacation de consultation, on m'a généreusement attribué une vacation pour poursuivre mes recherches. L'argument utilitaire (l'application possible de l'anthropologie au soin) mis en avant à l'intention de la direction du CHU fut la nécessité d'une réflexion de type transculturelle. Dans les faits, la mise en place d'une consultation adaptée à cet objectif a rencontré un certain nombre de difficultés, liées plus spécifiquement à la problématique propre à la prise en charge des patients migrants³⁰⁹. Je ne m'étendrai donc pas sur ce sujet ici. Parmi les constats que j'ai pu faire, face à ces difficultés, un seul concerne plus spécifiquement la prise en charge de la douleur : la dimension transculturelle, si elle doit aller au-delà du simple interprétariat, ne semble pouvoir intervenir utilement pour tous qu'à la condition que la part psychothérapeutique du *travail* ait d'abord été acceptée. Par psychothérapeutique j'entends ici la croyance en un effet thérapeutique de la parole.

Les quelques patients d'origine étrangère que j'ai rencontrés m'ont fait comprendre que d'une culture à l'autre, le rôle soignant de la parole et de l'écoute ne va pas de soi ; également que, d'une culture à l'autre, les représentations et pratiques de la parole et de l'écoute comme méthodes de soin, les modes de narration perçus comme efficaces, diffèrent. Ainsi, il me semble (mais cela reste en l'état une hypothèse, et ce n'est pas mon objet que de la développer ici) que les hommes issus du Maghreb recherchaient activement un espace où narrer leur histoire, sur le mode de l'épopée. Dans cette épopée, leur statut de héros surpasserait celui de victime. Cela rejoint les travaux de C. Mestre et A. El Khadir, qui ont pu observer une efficacité thérapeutique dans le passage d'un récit dominé par le prisme d'un fatalisme lié au Makhtoub, à un récit dominé par celui du « marquage » qui fait du souffrant un « sherif », un homme marqué par une destinée exemplaire, dans laquelle il se sort somme tout bien et avec héroïsme d'évènements de vie qui en auraient réduit d'autres, moins héroïques, à néant³¹⁰.

Dans les faits, l'outil 'parole' semble (mais j'ai bien trop peu d'exemples à l'heure actuelle pour en parler avec plus d'autorité) pouvoir intervenir utilement, mais à un stade déjà avancé de la prise en charge, quand l'alliance thérapeutique est déjà bien établie. Placé au tout

³⁰⁹ Dutertre S., Nizard J., et al: « Pourquoi un accueil transculturel au sein des centres de traitement de la douleur? », *Douleur et Analgésie*, août 2004, pp. 187-189.

³¹⁰ Mestre C., El khadir A., « Douleur chronique et migration ». Texte en cours d'élaboration qu'il m'a été donné de consulter.

début de la prise en charge, il semble au contraire que cela nuise à la qualité de l'alliance. J'ai interprété cette difficulté comme résultant d'une double contrainte : d'une part, l'expertise culturelle surajoutée à un champ d'expertise déjà vaste en médecine de la douleur rend encore plus difficile le maintien de la position basse³¹¹ nécessaire aux prises en charge. En outre, la part, historiquement et culturellement construite, du parcours de soin qui peut amener un migrant à 'porter sa plainte' à un médecin français, se trouve comme dévoilée, ou déflorée par trop brutalement lorsque l'on passe à la langue maternelle, et la consultation s'en trouve comme privée d'objet... ce qui n'empêchera pas le patient d'aller voir un autre médecin, dont l'incompréhension éventuelle pourra renforcer le patient dans son sentiment d'être victime. Cette dimension de demande de reconnaissance, de réparation face à une violence infligée, n'est pas spécifique des patients migrants. Mais si on les prive, dans ce cas, par trop vite, de l'occasion de reproduire et *travailler* leur colère dans le cadre de la consultation, quelque chose dans la relation achoppe, et paradoxalement ils semblent pouvoir s'en trouver moins entendus. Bien des patients douloureux trouvent avantage - et l'expriment - à ce que les médecins puissent reproduire, dans une certaine mesure et dans un cadre sécurisé, et leur douleur et leur souffrance. Alors, ils se sentent entendus et compris. A condition bien sûr que l'on n'en reste pas là.

En ceci, les patients migrants n'échappent pas au jeu de cache-cache, d'« occultation et de dévoilement » disait D.B. Morris plus haut, dont la **consultation douleur** est souvent le lieu : mise en scène qui amène à rejouer des conflits anciens voire archaïques, jeu de l'occultation et du dévoilement qui permet de passer, sans trop de dommages, de culpabilité à responsabilité, et qui s'inscrit dans une demande de reconnaissance sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

Cette vacation de recherche fut surtout l'occasion de préparer un travail alors nouveau pour moi, mais qui allait prendre une part sans cesse grandissante dans mon activité : l'enseignement (aux soignants en formation initiale et continue), la préparation de présentations destinées aux professionnels de santé, la rédaction d'articles pour des revues spécialisées. Cette nouvelle légitimité m'a permis de bénéficier d'un soutien logistique renforcé pour mes recherches : j'ai pu assister - avec un financement adéquat - à des colloques nationaux tels celui de la SFETD³¹² à Montpellier (qui avait pour thème « douleur et mémoire »), ou les **forums de la douleur** qui sont organisés chaque année à Paris. En

³¹¹ C'est-à-dire le contraire d'une position 'haute', de celui qui sait.

³¹² Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur

tant qu'intervenante, j'ai pu me situer aussi en coulisses, y compris - grande première pour moi - dans le cadre luxueux d'un grand hôtel parisien où étaient conviés les participants, certains prestigieux, du colloque.

À une autre occasion, j'ai pu rejoindre le praticien responsable dans un voyage d'étude aux Etats-Unis, où il me fut donné l'occasion de pénétrer, comme il le disait, au « cœur du pouvoir de la douleur », c'est-à-dire dans un centre de recherche clinique qui produit une large partie des publications américaines sur ce sujet. J'y ai assisté à des consultations, comme à des recueils de données à visée scientifique auprès des patients. J'ai également pu, à cette occasion, assister à la consultation d'un praticien libéral exerçant en médecine de la douleur. Le contraste entre les modèles explicatifs spontanément exprimés par les patients ici observés, et ceux entendus en France lors de mes consultations ou en tant qu'observateur, a renforcé, par la vertu du comparatisme, la force de certaines analyses. Là bas, je fus ainsi frappée par la récurrence de la thématique de l'empoisonnement (agent agresseur exogène) comme cause de la douleur chronique, qu'il s'agisse de la qualité de l'air, ou de la nourriture. J'en fus d'autant plus frappée que je n'avais jamais entendu cette hypothèse formulée en consultation, et avec une telle prégnance dans l'imaginaire, et une telle charge de culpabilité ou de colère vis-à-vis des agents jugés responsables de cette pollution. La tendance à envisager en premier lieu - y compris de manière déniée ou défensive - sa propre culpabilité, c'est-à-dire *la tête*, ou à s'acharner à dénoncer la malveillance d'autrui (chirurgien, employeur, agresseur, famille...), qui prévaut parmi mes patients ne m'en est apparue que plus clairement- tout du moins est-ce cette explication qu'ils jugent adéquat de proposer à l'intérêt supposé du médecin.

Bien sûr, cette nouvelle légitimité a augmenté mes contacts avec la presse et le milieu spécialisé, ainsi que ma présence aux colloques, et j'ai pu y constater aussi l'engouement que mes questions pouvaient soulever auprès des infirmier(e)s, des professions paramédicales, et des psychologues en particulier. Contrairement aux financeurs et à certains médecins, la réalité des applications pratiques potentielles de mon travail semblait pour eux une évidence, quels que soient par ailleurs ses enjeux théoriques.

Il aura fallu attendre décembre 2006 pour que l'intérêt suscité par mon travail dans le monde médical et paramédical aboutisse au financement de celui-ci. Plusieurs tentatives antérieures s'étaient soldées par des refus, justifiés la plupart du temps par la difficulté des comités scientifiques à en percevoir les applications pratiques possibles, ainsi que les modalités d'une évaluation quantitative de l'efficacité de ces applications pratiques. Il est vrai que ce travail se situe en amont de la pratique, du côté des origines, et du sens. Il n'a pour

vocation, du point de vue des médecins et des soignants, que d'ouvrir un espace de réflexivité où la relativité du savoir médical, et les tenants parfois mystérieux de l'efficacité de ses pratiques puissent retrouver une place dans son discours et encourager une relation plus respectueuse avec les ressources propres à l'imaginaire collectif, où patients et soignants puissent leurs représentations et leurs archétypes.

Je n'ai pas non plus échappé à la tourmente globale dans laquelle les vies privées des acteurs du CETD se sont engouffrées, l'une après l'autre. J'ai ainsi été amenée à prendre mes distances vis-à-vis d'une activité clinique devenue de plus en plus difficile à maintenir à un niveau que je juge convenable. Ce que j'ai interprété comme un argument supplémentaire en faveur de l'importance thérapeutique de la narration en médecine : quand je me suis trouvée moi-même incapable de dire, de mettre en mots et en histoire des choses qui ressemblaient sans doute par trop à ce que mes patientes pouvaient avoir besoin d'extérioriser, une fibre du lien invisible par lequel je participais à les extraire du marasme s'est rompue.

3. Entretiens, observations : le présent du passé.

"[...] Not relieving pain brushes dangerously close to the act of willfully inflicting it."³¹³

Nous avons vu avec D.B. Morris que dans un certain nombre de circonstances la douleur peut servir d'instrument du pouvoir politique. Infliger et soulager la douleur, deux pôles opposés d'un même pouvoir, d'une même « baguette magique », permettent à qui en use de se voir attribuer par autrui, victime ou bénéficiaire supposé, un lien privilégié avec le divin.

Ainsi, infliger la douleur par la torture devient l'arme privilégiée des régimes totalitaires. Ainsi, ne pas soulager la douleur peut devenir une arme pour imposer son pouvoir, comme dans la parabole de Dieu imposant son pouvoir à Job... Soulager au contraire la douleur, comme le propose Gutierrez, peut être un moyen politique de soulager l'injustice dont sont trop souvent victimes ceux qui en souffrent... À l'opposé, tel le comportementaliste de D.B Morris 'traitant' Job, soulager la douleur en utilisant des moyens de manipulation symbolique peut servir à faire taire les cris de révolte, tant il reste vrai que la psychologisation d'une tension, de quelque sorte qu'elle soit, a aussi pour conséquence possible sa dépolitisation.

³¹³ Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

Infliger et subir la douleur furent longtemps des contreparties obligées pour ne pas bénéficier « impunément » des exploits de la chirurgie... Infliger la douleur, autant que tenter des prouesses de dextérité pour en contrôler, en abrégier les effets sur soi-même et sur le patient, faisaient partie intégrante du caractère divin du geste des chirurgiens, en qui S. Weir Mitchell voyait des « demi-dieux » pour leur pouvoir de contrôler ainsi leurs émotions. Ainsi l'anesthésie est-elle venue semer le trouble dans une arène où l'on 'jouait' de sa douleur et de celle de l'autre comme d'une monnaie d'échange, pour traiter avec Dieu, voire pour en imposer à Dieu. Cette arène, qui constituait, pour J.P. Peter, une « enclave mythique » en monde scientifique, on en trouve encore la trace aujourd'hui : infliger ou soulager la douleur est encore dans le monde médical un enjeu de pouvoir ; être « initié à la médecine » c'est aussi, pendant ses études, apprendre à tolérer sa propre douleur, apprendre aussi à l'infliger à l'autre ; plus le patient et le médecin seront institués comme différents, plus cela deviendra possible.

a. Médecine de la douleur : un exercice dangereux pour le médecin ?

Aller à l'encontre d'une mise en scène de la différence

Différents travaux, non spécifiquement médicaux en tant que tels, ont montré qu'il est plus facile de faire souffrir un autre institué comme différent : plus il semble différent, et plus c'est facile. Dans le cadre du soin, la différence aide aussi à mettre à distance la crainte de la contamination par la maladie dont l'autre est porteur.³¹⁴

Dans le contexte institutionnel, tout concourt à restaurer l'asymétrie des relations médecins/patients, en tant qu'ils sont respectivement initiés et profanes. Par exemple, K.G. Young³¹⁵ a bien montré comment, du point de vue de la phénoménologie, la gestion de l'espace à l'hôpital définit un espace initié et un espace profane, avec des lieux de passage caractérisés par leur exigüité, leur obscurité, ou leur difficulté d'accès. Le centre hospitalier où se tient le CETD n'échappe pas à cette dialectique initié/profane. C'est particulièrement notable en ce qui concerne le passage du rez-de-chaussée, espace public où se tiennent les

³¹⁴ Vega A., « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie française*, n°XXIX, 1999, pp. 100-110.

³¹⁵ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op. cit.

guichets d'accueil, les lieux de détente, aux étages où ont lieu les hospitalisations : pour cheminer de l'un à l'autre, on doit emprunter un couloir qui va en s'assombrissant jusqu'à atteindre le palier des ascenseurs, dépourvu de tout éclairage naturel et situé, à tous les étages, au centre d'un véritable labyrinthe de couloirs divers menant aux ailes.

La blouse aussi est capitale dans l'établissement de cette différence par corps institutionnalisée : elle permet de distinguer entre profane et initié d'une part, et entre les différentes fonctions des initiés d'autre part. Elle établit une différence protectrice, et une apparente neutralité sexuelle qui, en fait, masculinise le corps plus qu'il ne le déssexualise³¹⁶.

Les modalités d'appropriation de ce marqueur par les différentes catégories de personnel, et d'une personne à l'autre, dessine tout un éventail de degrés et de modalités d'assimilation de la personne à sa fonction : les médecins sont en civil sous leur blouse - leur personnalité recouverte par leur fonction mais présente cependant, alors que les chirurgiens sont souvent en tenue de bloc et que les psychiatres ne portent en général pas de blouse ; les infirmières ont un uniforme tunique-pantalon et laissent intégralement leur tenue de ville au vestiaire. Le port ou non de la blouse par la psychologue du CETD a ainsi été l'objet d'un curieux débat, ayant trait à son « *incorporation* » au groupe, et qui m'a été rapporté à plusieurs reprises, de différentes manières, par divers interlocuteurs, montrant bien à quel point ce marqueur, qui est aussi un marquage corporel, revêt de l'importance. Alors que je lui faisais cette remarque concernant le port de la blouse et sa signification de « différence », un praticien, Z, me répondit, en remontant machinalement le col de sa blouse jusqu'à masquer complètement son cou : « *Oui mais moi je ne suis pas douloureux* », montrant bien dans quelle mesure la blouse s'inscrit dans une inscription corporelle de la différence, qui elle-même intervient pour protéger les médecins.

Au port de la blouse répond, du côté du 'costume' du patient, le déshabillage : transitoire, pour la consultation, ou prolongé, pour l'hospitalisation, il sert de support corporel à sa transition de corps-sujet à corps-objet. Là encore, de nombreuses variantes sont possibles : le CETD se situe plutôt du côté d'un patient-sujet de ce point de vue, puisque les patients sont libres de leur tenue, qui peut être une tenue de ville (nous dirions même que l'« anomalie » au sens de Goffman, se situe plutôt du côté du patient en pyjama. Et je n'en ai vu aucun portant le pyjama de l'hôpital), comme ils sont libres de leurs mouvements (et même encouragés à se déplacer, y compris à l'extérieur du service et des murs de l'hôpital) et de procéder eux-mêmes aux soins du corps.

³¹⁶ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op. cit.

Les hospitalisations au CETD présentent, pour l'équipe, deux moments 'pivots' : La **visite pluridisciplinaire** du mardi, et le **staff pluridisciplinaire** dont les modalités ont changé puisque tous les personnels y sont maintenant conviés et plus seulement les médecins, et qui a lieu le jeudi. La première, surtout celle de la première semaine, est l'occasion de compléter les prescriptions faites le lundi à l'entrée. Ainsi, la prise en charge est lancée. Le second, qui se passe en deuxième semaine, est l'occasion de faire le bilan de la prise en charge et de recueillir l'avis du psychiatre sur l'orientation globale à donner à la suite des événements.

Le médecin responsable de l'unité qualifie la **visite** de « grand théâtre ».

Sur le terrain au CETD, le déroulement de cette **visite** est à première vue assez similaire à ce qui se passe dans l'ensemble des services hospitaliers : c'est effectivement plutôt l'occasion d'une mise en scène de la biomédecine institutionnelle, réminiscence des amphithéâtres et du mandarinat, que des spécificités de la médecine de la douleur.

Elle fait partie du cadre institutionnel de l'hôpital, avec son cortège d'organisations et de costumes, dont la blouse blanche n'est pas le moindre.

L'afflux de blouses blanches dans la chambre, le silence dans lequel ils ou plus souvent elles se tiennent, debout contre le mur, résistant tant bien que mal, au fur et à mesure que la matinée avance, au désir de s'asseoir et à la faim, pendant que le patient, tout en faiblesse et vulnérabilité, profite du siège ou du lit, et que le médecin responsable donne son avis et mène l'entretien ou/et l'examen, constitue une véritable mise en scène du contrôle et de la maîtrise du corps par les médecins et les soignants, ainsi que de la stricte hiérarchie dans laquelle ils se trouvent les uns vis-à-vis des autres. C'est aussi l'occasion de montrer celui qui est perçu comme le plus puissant : le plus efficace, puisqu'il a le pouvoir de prescrire, et celui qui détient la parole écrite *et* orale. Au CETD de Nantes à l'époque dont je parle, toutes les personnes présentes dans les chambres lors de la visite sont des femmes, à l'exception du médecin responsable, qui parle, écrit, prescrit, et du médecin rééducateur, qui le plus souvent, examine. Ainsi se distribuent les rôles et les pouvoirs. La différence entre les différents professionnels, entre les hommes et les femmes, entre profane (patient) et initiés (les autres) est nette.

La **grande visite** pratiquée en médecine dans les services hospitaliers me fait penser à certains rituels thérapeutiques observés dans des sociétés traditionnelles. Ces derniers mettent en scène, en préalable au traitement, l'invulnérabilité relative du thérapeute à la maladie, à la douleur, par l'intermédiaire de blessures auto-infligées en présence des 'patients', dans un contexte de chants, de danse, de transe. Notre grande visite, dans son format traditionnel - menée tambour battant, au mépris de la faim et de la fatigue, par des êtres tout de blanc vêtus (dont on a déjà vu qu'ils présentaient une certaine immunité magique vis-à-vis des infections) entourés d'une cohorte d'assistants dont la posture exprime le dévouement et qui sont fréquemment l'objet de brimades en présence même des patients - est-elle si éloignée de ces rituels ?

A contrario, au CETD, les personnes présentes peuvent décider unilatéralement de faire une pause casse-croûte pendant la visite si elle s'éternise, voire de s'accroupir, ou de prendre un chaise, sans en rompre drastiquement l'ordonnancement sacré et recevoir un regard courroucé de l'un ou de l'autre des gardiens du temple...

Le médecin aussi s'assoit, indiquant qu'il va prendre son temps et instaurant une position plus symétrique avec le patient. Il reste plus longtemps dans les chambres, et discute vraiment avec les patients, et pas seulement du corps-objet, mais de leur vie, de leurs souhaits ; les patients sont encouragés à être au fauteuil plutôt qu'au lit, qui plus est fréquemment habillé et non en pyjama au moment de la visite... de bien des manières, ils sont ainsi restitués dans leur qualité de sujet.

Les manipulations du dossier, qui est le (volumineux) support narratif³¹⁷ écrit de la prise en charge et de la parole du patient, impriment à la rencontre son rythme et sa séquence... Le médecin y note un certain nombre de choses qui paraissent de ce fait d'emblée 'importantes' ou 'intéressantes', et le patient voit bien qu'il ne s'agit pas que de l'examen clinique, d'autant qu'il a vu d'autres intervenants y noter d'autres choses, non médicales. Cette masse de papier, qui est au centre de l'action, c'est sa parole, c'est son histoire, fidèlement retranscrite, parfois mot à mot.

*

³¹⁷ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op. cit.

Que peut signifier pour un médecin le fait de remettre en cause ce qui l'institue comme différent, immunisé, maître de la douleur? D'ores et déjà, s'exposer à entendre la douleur de l'autre, c'est une remise en cause de nos apprentissages, qui sont nécessaires à notre propre protection. Un médecin qui entend la douleur s'expose donc à souffrir lui-même... Si en plus il institue, comme mes observations le montrent, une moindre distance entre lui et le patient, en renonçant en partie à la mise en scène de lui-même comme maître de la douleur et du temps, il s'expose à souffrir s'il doit infliger, ou échouer à soulager, une douleur. Il se dégage aussi de certaines limites instituées qui, bonnes ou mauvaises, protègent le patient, dans cette rencontre à forte connotation sexuelle, religieuse... mythologique qu'est la relation médecin-patient.

Le pouvoir conféré à celui qui peut manier, d'un côté ou de l'autre, la « baguette magique » douleur, comme c'est le cas des médecins, s'accompagne d'un certain nombre de procédures non explicitées, efficaces, collectivement admises et reproduites à chaque fois que des circonstances similaires se présentent, qui ont trait au corps, à l'ordre, qui règlent les corps en particulier dans leur rapport à la souffrance, à la maladie et à la mort, fixent des limites et contrôlent la pensée ; la douleur en est un instrument, et sa manifestation l'occasion privilégiée de recourir à ces procédures. Tout cela, essentiellement, c'est du rite : rites d'initiation pendant la formation médicale, rites de passage ou d'initiation pour les patients confrontés à la douleur ; et sans doute, rites de protection du médecin pendant sa pratique.

Si ces rites sont efficaces pour le médecin, le sont-ils pour le patient ? Ces rites sont manifestement différents en médecine de la douleur. Y en a-t-il d'autres ? Sont-ils efficaces aussi ? Est-ce que le rejet dont font l'objet les femmes douloureuses chroniques dites hystériques, en biomédecine, fait partie du rite ? Les nouveaux rites en médecine de la douleur, s'il y en a, permettent-ils de comprendre qu'il ne soit plus nécessaire de rejeter ces femmes ?

Voici donc les questions qui, plus ou moins clairement, animaient ma curiosité, tant de médecin en apprentissage (en « **compagnonnage** », comme disait un de mes enseignants) que de chercheur, au moment d'aborder ces entretiens :

Elles sont, pour le chercheur, d'autant plus importantes qu'on a vu avec A. Morinis que la douleur est, dans de très nombreuses cultures, une pièce maîtresse des rites d'initiation, pour permettre à la fois d'incorporer (littéralement) la loi dominante du groupe, par le biais de marquages corporels, et d'accompagner la perte rituelle, le deuil, le sacrifice constitué par le passage à l'âge adulte. On a vu que du point de vue des psychologues et des médecins de la

douleur les douleurs chroniques constituaient souvent des résistances au *deuil*, aux **changements**, aux pertes, pertes ayant souvent un caractère sexuel, au même titre que le passage à l'âge adulte. La médecine de la douleur met-elle en place, consciemment ou non, des rites ayant pour fonction d'initier le patient à l'âge adulte, à la loi du groupe ? De permettre cette perte réelle ou symbolique, ce passage, peut-être ce sacrifice, auquel il oppose une résistance ? Quelle est cette loi du groupe ? Un passage à l'âge adulte, c'est aussi une affirmation de sa sexualité : la loi du groupe à laquelle initie la médecine de la douleur a-t-elle des caractéristiques sexuées ?

*

Compte tenu de ma position sur le terrain et lors de ces entretiens, la question que je me posais d'abord fut celle de la protection du médecin. « *Se protéger* », cette recommandation mystérieuse fréquemment entendue par les étudiants de toute profession au sein du CHU, prenait ici un tour particulier. Comment « *se protègent* » les médecins de la douleur ? Se sentent-ils en danger ? De quel danger s'agit-il ? Qu'en est-il de la douleur du médecin ? Est-il contaminé par la douleur de ses patients ?

Il apparaît tout d'abord que ne devient pas médecin de la douleur qui veut. En coulisses et de manière informelle, on les décrit comme plutôt « *laïques* », « *marginaux* », « *très intelligents* », « *ayant des parcours particuliers* », « *ex-soixante-huitards* », « *artistes* », « *ils auraient voulu être psychiatres* »...

Ils constituent, au sein du monde médical, un groupe qui a ses valeurs propres : curieux et ouverts vis-à-vis des pratiques médicales dites 'alternatives', préoccupés d'éthique et du sens de leurs pratiques, nettement moins « *stakhanovistes* » aussi, appréciant sans s'en dissimuler la valeur du temps libre et de la vie privée comme garant de l'équilibre personnel et professionnel du praticien. Ils ne travaillent pas moins que les autres, non. Mais la notion de loisir et de temps privé, familial ou autre n'est pas, au CETD, un tabou comme il peut l'être ailleurs.

À la question « êtes-vous venu à la médecine de la douleur suite à une confrontation personnelle avec une expérience douloureuse ? » certains des médecins que nous avons interrogés retracent l'histoire d'un cheminement de nature affective non exempt de

souffrances personnelles, qui les a amenés à se poser différemment la question du sens de leur pratique.

En tant qu'étudiante en médecine, ma propre admission en leur sein a été grandement facilitée par le caractère atypique de mon propre parcours et la multiplicité de mes questionnements et de mes centres d'intérêt, comme si cela faisait d'ores et déjà de moi une initiée, indépendamment de mon ignorance de débutante.

Alors que nous évoquions avec lui les difficultés et souffrances, pour les médecins, que peuvent entraîner les aspects révolutionnaires de l'algologie, voici la réponse que nous fit l'un des praticiens interrogés :

« Je pense qu'ils souffrent beaucoup. Ils sont peut-être les plus coincés par ces injonctions paradoxales qu'on envoie au médecin, y compris que les médecins s'envoient eux-mêmes d'ailleurs. Je crois qu'ils sont les plus coincés, en tout cas ceux qui ont à cœur leur métier, euh... parce que, intellectuellement, ils perçoivent très bien les choses, mais ça n'est pas pour autant - et ça, je dirais, la psychanalyse dans ses limites nous l'a appris aussi - ce n'est pas parce qu'on est conscient de quelque chose qu'on s'y prend mieux et qu'on va mieux et qu'on change son comportement... Euh, ce n'est pas systématiquement le cas. C'est encore plus douloureux d'ailleurs, souvent, d'être conscient qu'on est dans une situation intenable et de ne rien pouvoir faire pour la modifier ; et je crois que beaucoup d'algologues de bonne volonté sont... dans une grande souffrance en ce moment, à cause de ça. Et euh... [...] à court terme, euh... il n'y a pas de bonnes perspectives pour eux, moi je... je ne peux pas m'empêcher de penser à certains collègues algologues qui souffrent en ce moment et... qui n'ont pas de perspectives... qui n'ont pas de perspectives de pouvoir mieux travailler. »

(Entretien avec Y)

Effraction cutanée : enclave mythique, sacrifice et travail symétrique

Un exemple de ces « *injonctions paradoxales* » auxquelles sont soumis les médecins de la douleur nous ramène directement à la question de la douleur dans l'initiation rituelle, puisqu'il s'agit de la douleur en tant que (ou/et associée au) marquage corporel.

Patients et médecins ont, vis-à-vis du marquage corporel par les techniques médicales, un ambivalent mélange de désir et de répulsion : désir de le faire ou de le subir, peur de le faire ou de le subir, nécessité et difficulté de le mettre en sens et en parole ; tendance à croire qu'il

y a une plus grande efficacité là où il y a effraction cutanée, et à l'inverse rationalisation qui lutte contre cette croyance.

« Y a, y a... notamment euh dans les consultations de douleur, y a une catégorie qui est [...] représentée de façon assez importante, c'est des gens qui ont un passé... de violence... qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, dans l'enfance, à l'adolescence, finalement pour qui ça s'est pas trop mal passé et puis après, vers... entre trente et quarante ans, ils développent un syndrome douloureux chronique, et y a manifestement un lien avec, euh, avec des expériences, euh, traumatiques antérieures qui peuvent remonter à la petite enfance ou à la jeune adolescence, enfin j'dis "un lien"... qu'ils ne font pas en général... Justement ceux-là, la plupart du temps, ne font pas le lien, et si on les interroge, ils disent... ils disent qu'ils ont été battus, qu'ils ont été violés, qu'ils ont subi des trucs horribles etc. mais ils disent qu'ils s'en sont sortis, en général grâce à un conjoint, vachement euh...

S : Vachement aidant ?

X : Ouais, en général c'est le deuxième d'ailleurs, parce que si c'est une femme, le profil type c'est une femme qui a subi des violences physiques ou sexuelles durant l'enfance ou dans sa jeune adolescence. Après elle épouse un mari alcoolique et violent qui la bat, qui lui tape dessus, etc. qui lui fait deux-trois enfants... Finalement elle divorce, mais après elle trouve un mari protecteur qu'est vachement gentil...

S : Et c'est là qu'elle commence à avoir mal.

X : Pas très "couillu", et... à ce moment-là [...] les rapports de couple se réorganisent de telle façon que... en fait, euh, le plus protecteur des deux n'est pas toujours celui qu'on pense. C'est-à-dire que... en même temps... le mari est censé la protéger mais aussi elle... protège... le mari... les... Il y a tout un jeu d'alliance et de pouvoir qui se réorganise.

S : Parce que, en fait, c'est le... oui, le, le... elle ne trouve pas son bourreau là tout fait, alors ils se construisent une relation différente, euh...

X : Voilà, voilà, alors c'est à ce moment-là qu'elle va faire un syndrome douloureux. Alors, il suffit de pas grand-chose, un petit traumatisme cervical à l'occasion d'un accident de voiture ou un...

S : Et là, y a autre chose qui se...

X : Un stress musculaire au travail (?) et là ça sort comme douleur... et alors en général ils viennent consulter en couple, ils viennent pas tout seuls, et c'est assez difficile d'établir une alliance parce qu'on sent que le jeu des protections est pas simple... Mais au fond on sait pas très bien avec qui il faut faire alliance... qui marche avec qui, qui est contre qui... C'est pas si évident...

S : Celui qui est le patient n'est pas forcément celui qu'on croit, quoi.

X : Voilà, mais alors là c'est clair que la douleur a une fonction... qu'elle a, qu'elle exprime quelque chose qui ne peut pas se dire autrement, et qui, s'il se disait autrement, serait hautement plus douloureux ou

déstabilisant. Et là j pense que l'alliance thérapeutique est vachement difficile à établir parce que, si on va sur le terrain psy, ils refusent absolument, c'est-à-dire...

S : Ça perturbe l'équilibre euh...

X : Ces patients-là sont... sont extrêmement demandeurs... d'une organisation du problème et d'une intervention agressive. En fait, on a l'impression, c'est que... ils ont toujours établi des relations en termes de victime/bourreau, c'est des gens qui sont des éternelles victimes, et qui... au fond... sont incapables d'établir des relations d'une autre façon que... euh... si la personne qui est censée les aimer et les protéger et leur faire du bien, leur fait du mal. Et... donc... il y a une suspicion. Et, en fait... en face du médecin ils vont reproduire leur attitude de victime... par rapport... au père ou à... ou je ne sais qui ou à l'oncle ou le beau-père, qu'était censé être à la fois protecteur et qu'était en même temps leur agresseur, le médecin c'est pareil. Les gens sont incapables, incapables de... d'établir d'autres relations que ces relations de victimes à bourreau. Et donc ils se mettent en face de vous dans une position de victime, et ils exigent de vous en fait une position de bourreau. Alors, en même temps, ils savent bien... que vous êtes quelqu'un qui êtes censé leur faire du bien... et leur rendre service... ou même les protéger, et en même temps ils savent bien que le protecteur est en même temps le violeur. Et donc ils vont vous mettre dans la position, ils se mettent de manière euh... compulsive, en position de victime et ils vous mettent en position de bourreau. C't-à dire que... dès que vous voulez aborder le... l'aspect psychologique, comportemental, émotionnel du problème, vous avez une fin de non-recevoir, tout de suite... J'veux dire, hein bon, "j'suis pas fou moi hein, attendez, essayez pas d'me dire que c'est dans la tête que ça s passe, parce que moi je sais bien que c'est euh... j'sais pas où moi... euh... ailleurs" et donc "ne me prenez pas pour une imbécile" et à ce moment-là, t'es vraiment poussé au crime avec une espèce d'escalade dans l'iatrogénèse... Alors... s'ils tombent sur moi, j'vais les agresser un p'tit peu... mais j'vais me servir de, j'sais pas de, de, d'un... de la pénétration symbolique de mon aiguille sur une table de radio pour... pour parler, pour établir une autre relation. Je... je... oui

S : Vous acceptez la demande du patient.

X : Oui.

S : Et vous mettez, euh... une condition ?

X : Mais j'vais... Au moment où je plante l'aiguille, j'vais dire en même temps... euh... parce que je vais laisser le mari dans le bureau, amener la femme... sur la table de radio, et si elle a mal au... dos par exemple, je vais lui mettre une aiguille dans le dos, là où elle a mal, et puis... et au moment où j'mets l'aiguille, j'vais lui dire... j'vais lui demander... comment ça se passe avec son mari, s'il est gentil avec elle, euh... si ça se... si avec ses enfants, qu'elle a eus d'un premier mariage... y a pas de problèmes... On va parler ! Moi c'est une façon de dire : "vous me montrez votre dos, j'm'occupe du dos, mais... j'suis pas dupe que y a aussi autre chose" puis après... puis j'lui tends une perche, elle prend ou elle prend pas, mais... alors...

S : Mais vous arrivez à vous sortir de... Parce que... en même temps...

X : Mais c'est vachement dur.

S : Vous acceptez le rôle du bourreau.

X : C'est... Oui... Ouais, c'est... c'est très ambigu.

S : Non, mais donc, après, vous personnellement, vous arrivez à vous... à vous... ressortir...

X : Ça m'épuise ! Euh... j'ai du mal... »

(Entretien avec X)

S'agissant du 'présent du passé', comment ne pas songer ici aux propos des patients sur leur chirurgien, tels qu'ils sont rapportés par M.J. Lavilatte-Couteau après l'avènement de l'anesthésie, ainsi qu'au rapprochement qui s'opère à plus d'un égard entre chirurgien et bourreau. À entendre ces paroles on mesure le chemin parcouru entre cette chirurgie 'à l'ancienne' et la chirurgie spécialisée de la douleur : celle qui vise à traiter la douleur. Cependant, cette lutte et cette représentation du chirurgien comme bourreau restent présentes de nos jours dans les relations de la triade patient-chirurgien-anesthésiste.

« Le rôle de l'anesthésiste c'est vachement ambigu, hein, parce que l'anesthésiste il est en même temps, euh [...] le délégué du patient pour le protéger pendant l'intervention, faire en sorte qu'y meurt pas... Donc à la limite, le patient fait alliance avec l'anesthésiste pour... d'une certaine façon, modérer les ardeurs meurtrières du chirurgien... mais en même temps il est complice de l'agression, parce que sans lui le viol ne pourrait pas avoir lieu. »

(Entretien avec X)

*

J'ai cité intégralement ce long passage de l'entretien avec X, car il me semble bien illustrer l'ambivalence assumée du médecin de la douleur. Celui-ci accepte d'infliger une douleur au patient, au prix néanmoins de sa propre souffrance. Le médecin va renoncer à son discours habituel - « je guéris, je soulage » - et à l'image gratifiante qui en découle. Il sacrifie quelque chose. Il accepte un deuil, une perte, parallèle à celle du patient, comme un sacrifice qui serait le prix du soulagement du patient.

Paradoxalement pour un médecin de la douleur, le sacrifice, ici, c'est d'accepter d'être celui qui fait mal. Mais il fait mal... pour refaire différemment le mal fait avant ; il fait mal, en

ayant mis à bas le masque derrière lequel il est si facile de faire mal. Ce que ce médecin sacrifie ici, c'est la rationalisation technique qui vient justifier le **geste** douloureux et domine habituellement la demande du patient ; il rejoint le patient, dans sa demande. Ce qu'il sacrifie ici aussi, c'est le silence, le secret, le tabou, associé à l'effraction des limites physiques du corps telles qu'elles sont établies par le social et le culturel. Il fait ces sacrifices pour rechercher une efficacité qu'il sait d'avance symbolique, et conditionnée à l'adjonction de parole dans ce lieu et ce moment même - la pénétration de l'intérieur du corps - qu'il avait jusque là appris à franchir sans rien en dire, sans rien en nommer.

Il y a quelque chose de mystérieux dans ce moment, quelque chose qui épuise le médecin, qui l'emmène dans des zones ténébreuses et archaïques où il n'est plus tant question d'expliquer que de croire, et tant pis, si ça marche. Mais le médecin, peut-être même d'avantage que le patient, se sent en danger dans ces zones où domine l'efficacité de l'imaginaire, où la violence est omniprésente, comme la tentation de l'infliger.

L'image de l'« enclave mythique » que J.P. Peter choisit pour décrire les particularités du colloque singulier médecin-patient quand la douleur est en jeu, garde manifestement ici toute sa pertinence. Elle semble traverser les siècles. Mais ce qui me semble nouveau, tout du moins en biomédecine, c'est que le médecin de la douleur y entre avec une compréhension assumée du caractère mythique des enjeux, et de leur usage thérapeutique possible.

La médecine de la douleur dispose, dans sa « *boîte à outils* », d'un certain nombre de techniques impliquant une manipulation directe ou indirecte du corps. Parmi les manipulations indirectes, qui se font toutes au prix d'une certaine douleur : le réentraînement à l'effort (qui commence déjà par encourager les gens à sortir de leur lit ou des prothèses diverses qu'ils ont adoptées pour aménager leur quotidien, de la simple béquille au fauteuil roulant), l'apprentissage de nouvelles postures, ou du fractionnement de l'effort, la rééducation fonctionnelle en général, l'**école du dos** au nom si approprié. Parmi les manipulations directes, potentiellement douloureuses pour la plupart : l'examen clinique, éventuellement l'aide à la toilette, à l'alimentation, aux tâches quotidiennes, la kinésithérapie, le port du corset, l'électrostimulation transcutanée, les thérapies manuelles, l'ostéopathie. D'autres techniques entraînant une manipulation directe du corps de l'autre sont beaucoup plus **invasives**, créant une effraction cutanée, voire une cicatrice : techniques de radiologie interventionnelle, injections et infiltrations diverses, acupuncture, poses de cathéter, chirurgie, pouvant aller jusqu'à l'amputation.

Au CETD, le recours à des techniques **invasives** se limite en général aux injections et aux infiltrations, les autres techniques **invasives** restant du domaine de l'exceptionnel, et étant pratiquées dans d'autres établissements³¹⁸. Ce n'est pas le cas partout. Il faut dire aussi que les patients sont très souvent demandeurs de ces contacts et de ces marquages corporels : leur parcours de multi-opérés, multi-explorés, est le reflet de cette recherche, et bien souvent, à l'entrée même dans le service, ils demandent avec insistance un nouvel avis chirurgical, et l'on s'emploie à les en dissuader. Une bonne part de la relation médecin-patient se tisse ainsi autour d'une négociation du marquage corporel comme monnaie d'échange entre le corps médical et le patient, l'un comme l'autre ayant vis-à-vis de ces marquages une attitude ambivalente.

Des infirmières nous ont ainsi fait remarquer à plusieurs reprises - pour le contester - le caractère systématique que prenaient imperceptiblement certaines pratiques médicales. Il s'agissait en particulier de la mise en place quasi-systématique d'une perfusion d'**antalgiques** pendant les deux ou trois premiers jours de l'hospitalisation du patient. Cette effraction cutanée est inaugurale, légèrement douloureuse en elle-même, et destinée à augmenter l'efficacité des **antalgiques**. Il est parfaitement connu que si les **antalgiques** en question sont plus efficaces par voie parentérale, c'est pour des raisons ayant trait à l'efficacité symbolique, et non pharmacologique, de l'injection. Dès le premier jour donc, dès l'accueil du patient, tout est dit, ou plutôt montré : « le soulagement est au prix d'une douleur ». « J'ai le pouvoir de marquer votre corps ». La suite de l'hospitalisation comportant comparativement très peu d'effractions cutanées, le message résultant est : « j'ai ce pouvoir, mais je vais m'efforcer de ne pas l'utiliser ». L'important étant que les deux parties du message soient exprimées avec autant de force l'une que l'autre.

Le même premier soir a aussi lieu, en général, une première séance d'acupuncture qui vient subtilement modifier ce qui est dit, 'entre les gestes' sinon entre les lignes, de ce pouvoir d'effraction corporelle. Le médecin thérapeute manuel nous faisait remarquer, lors d'un entretien informel, à quel point les patients appréciaient le fait que son expertise lui permette de mettre le doigt exactement là où ça faisait mal, reproduisant ainsi leur douleur si

³¹⁸ L'explication logique de ce fait repose sur l'absence d'un anesthésiste qualifié dans le service. C'est assez rare pour un centre de niveau III, et les explications de cette absence ne sont pas que rationnelles. Il existe en effet dans la ville de K de nombreux anesthésistes qualifiés qui pourraient aisément remplir cette mission ; ils ne le font pas, et les raisons qu'ils mettent en avant sont économiques : on ne leur propose qu'un temps partiel, financièrement insuffisant. Mais les diverses tentatives, presque abouties, d'intégrer un anesthésiste à l'équipe, y compris, récemment, à temps plein, se sont toutes soldées par des échecs : difficultés relationnelles, différences plus idéologiques dans les manières de voir incompatibles avec le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire... Au sein du CETD de K, ces approches interventionnistes et techniques n'ont pas, à ce jour, trouvé leur place.

exactement qu'ils se sentaient soudain plus entendus qu'ils ne l'avaient jamais été : « Si vous êtes capable de reproduire ma douleur à l'identique », semblaient lui dire les patients, « alors c'est que vous m'entendez et que vous êtes capable de me soulager ». Il était extrêmement frappant, pendant notre séjour dans le service, de voir la quasi-unanimité du discours des patients à son égard : quelque chose comme « il m'a fait très mal, mais après qu'est-ce que j'ai bien dormi et qu'est-ce que j'allais mieux. ». Et ils en redemandaient.

Si les patients ressortent de ces épreuves libérés de leur douleur, c'est autant, sinon plus, pour avoir appris à se l'infliger par choix, que pour en être soulagé. C'est leur position qui a changé : ils ne subissent plus. Ce changement de position, où ils sacrifient la position de victime, semble ne pouvoir se faire qu'à condition que le médecin accepte, même très brièvement, la position du bourreau, ce qui est un autre sacrifice pour des médecins dévoués au soulagement de la douleur.

Ces différents exemples nous semblent avoir un point commun : l'inextricabilité des deux pôles de la dialectique douleur/pouvoir. Infliger et soulager la douleur sont ici deux tâches inséparables : un juste *dosage* de l'un et de l'autre, adapté au cas par cas en tentant de résister aux glissements possibles vers un excès de l'un ou de l'autre, et associé à une prise de pouvoir du patient sur sa douleur qui est comme un passage de la baguette magique du médecin, à son patient, semblent être la condition d'une initiation au **changement**, au *deuil*, à la perte.

Le patient résiste à ce **changement** mais il sait pertinemment qu'il doit survenir : en témoigne sa quête vaine du marquage corporel, responsable de nouvelles douleurs. Comme si un mauvais *dosage* initial entre infliger et soulager la douleur avait rendu impossible un **changement** nécessaire, et qu'il fallait reproduire quelque chose de l'archaïque de ces premières expériences, modifier le *dosage*, pour restituer, comme magiquement, un nouvel *équilibre*.

En **gérant** eux-mêmes leur douleur, les patients reprennent le pouvoir. En même temps, les médecins ne peuvent pas le perdre complètement : la prise de pouvoir des patients doit les concerner, eux-mêmes, et non le médecin.

*

Les marquages corporels m'amènent à aborder une question qui est rapidement apparue comme essentielle pour appréhender les interactions médecin-patient en médecine de la

douleur : la plupart des travaux des interactionnistes qui se sont penchés sur l'interaction médecin-patient au sens large mettent en avant les éléments qui instituent d'emblée le patient comme différent du médecin dans l'interaction : d'un côté le profane, de l'autre l'initié³¹⁹ ; le « *travail* » du patient d'un côté, le « *travail* » du médecin de l'autre³²⁰.

Or dans la relation médecin de la douleur-patient, une autre stratégie nous semble prendre le pas. C'est en effet plutôt la similitude, le parallélisme, entre le « *travail* » de l'un et le « *travail* » de l'autre qui domine, ici, le patient ne pouvant être aidé que si le médecin accepte, quelque part, de lui montrer l'exemple.

S'agissant du marquage corporel, tout se passe comme si le patient ne pouvait dire quelque chose de ce qui se joue pour lui dans la recherche de l'effraction cutanée, au-delà de la technique, que si le médecin lui-même accepte de rejouer cette effraction en y introduisant parole, langage, symboles.

La différence instituée entre initiés et profanes en médecine est associée, on l'a vu, à un sentiment de protection vis-à-vis de la contamination, et à la mise en scène d'une asymétrie s'agissant de la maîtrise du temps qui évoque, de la part du médecin, la poursuite d'une invulnérabilité vis-à-vis de la mort, et que traduit bien le terme de 'patient'.

Nous venons d'avoir un aperçu des dangers qui guettent le médecin de la douleur. Nous n'en savons guère plus en revanche, à ce stade, sur leur manière de se protéger. Si les médecins de la douleur acceptent d'engager avec leurs patients un voyage symétrique, qu'advient-il de leur protection ? En ont-ils ?

b. La pluridisciplinarité : une organisation qui protège le médecin

La pluridisciplinarité est d'emblée décrite par un certain nombre de praticiens comme ayant des vertus protectrices. Nous allons maintenant tenter de comprendre comment, et en quoi elle protège, et ce qui en découle.

³¹⁹ Strauss A., Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, op.cit.; Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op. cit.

³²⁰ Lacoste M. : « Le travail du malade dans la consultation hospitalière », in Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (dir.) : Soins et communication : approche interactionniste des relations de soin, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1993.

Pluridisciplinarité, douleur et pouvoir : conflits...et surtout résolution des conflits

La prise en compte effective, par le soin, la prise en charge de cette réalité subjective qu'est la douleur, et de ces enjeux symboliques associés à sa prise en compte par la médecine, est conditionnée à l'acceptation par le patient d'une mise en ordre de son ressenti, et d'une organisation bien déterminée, dans le temps et l'espace, d'un *travail* commun et parallèle, et pluridisciplinaire

La pluridisciplinarité, c'est d'une part la répartition des tâches dans l'équipe - qui distribue les médicaments, qui refuse le médicament, qui écoute, qui tranche... - la distribution des rôles prenant d'ailleurs un caractère très sexualisé : les femmes (médecin, psychologues, infirmières, aides-soignantes) du côté traditionnellement maternel de la nourriture, du soin du corps, du soulagement, de l'écoute, de la douceur, et les hommes du côté traditionnellement paternel de la frustration, de la mise en demeure, de la stimulation un peu rude.

Historiquement présente d'emblée, la pluridisciplinarité est, pour I. Baszanger, érigée aujourd'hui en « dogme ». Un dogme porte une autorité symbolique, incontestable, qui repose sur une croyance commune ; c'est aussi l'occasion d'une autorité beaucoup plus temporelle, d'un pouvoir.

Dans les différents entretiens, formels et informels, que j'ai pu conduire, la pluridisciplinarité est toujours longuement évoquée par les praticiens comme étant le centre - là encore en partie mystérieux - de nombreux enjeux.

Tout d'abord, elle a des implications politiques, un caractère subversif.

Elle interroge le pouvoir, plus ou moins grand, qu'ont les uns et les autres de soulager et d'infliger la douleur ; elle transgresse, en diffusant la parole, les limites de cette « enclave mythique » qu'est le colloque singulier médecin/patient autour de la douleur. Par elle, le médecin de la douleur, et chaque intervenant impliqué dans sa pratique pluridisciplinaire se mêle de 'ce qui ne le regarde pas'.

Elle est inséparable de la multidimensionnalité paradigmatique de la douleur perception. Elle est donc à la base même des nouvelles pratiques. Dans un article consacré à la

pluridisciplinarité, le Dr M. Bensignor³²¹ rappelle que la douleur chronique est constamment plurifactorielle, et que les différents facteurs interagissent entre eux, en général dans le sens d'un renforcement de la problématique, constituant un « système complexe [...] le patient, son environnement, sa culture, la pathologie en cause et la douleur ». La pluridisciplinarité va permettre l'approche systémique et réadaptative qui paraît s'imposer. Dans ce même article, le Dr Bensignor rappelle que l'enseignement et la pratique médicale restent en général centrés sur les pathologies d'organe et donc sur une vision de l'humain qui serait « réductible à la somme de ses parties », le tout dans une perspective cartésienne de cause à effet qui implique une logique thérapeutique de recherche d'une causalité unique pour un traitement unique. S'attacher à une approche pluridisciplinaire, c'est donc s'élever contre la tradition médicale en vigueur à la faculté, c'est subversif : c'est déjà un geste politique.

En outre, il y a là un savoir-faire, ce que le Dr Bensignor appelle dans son article « désapprendre à penser 'mon malade' ».

La douleur (en particulier la douleur chronique) ne répondant pas à une causalité unique, organique, la médecine de la douleur n'est pas une spécialité au sens où celles-ci sont habituellement définies, c'est-à-dire par organe (à l'exception de la cancérologie, définie par la maladie, et des deux extrêmes de la vie : pédiatrie et gériatrie). C'est pourquoi on dit que c'est une approche **transversale**. De ce fait, elle est susceptible d'avoir son mot à dire dans toutes les spécialités, et d'avoir des velléités pédagogiques. Or, de 'pédagogiques' à 'hégémoniques' les susceptibilités ne voient parfois qu'un pas. En dehors même des luttes de pouvoir qui vont donc pouvoir se jouer autour du développement de cette pratique dans les instances hospitalières - et qui sont du ressort du CLUD³²², comité de **lutte**, la métaphore guerrière s'adressant ici, à mon sens, plus aux collègues qu'à la douleur elle-même - il y a au quotidien des efforts à faire pour tenter de comprendre et de se faire comprendre d'une spécialité à l'autre. De surcroît, beaucoup de patients douloureux chroniques peuvent à juste titre se plaindre d'avoir été mal pris en charge, que ce soit par manque d'information, par des gestes chirurgicaux inutiles ou abusifs ou conduits sans concertation, ou de par une relation avec leur médecin qui devenait délétère, marquée par l'échec et le rejet. Le médecin de la douleur est aussi potentiellement le porteur malvenu de ce type de message.

³²¹ Bensignor M., Bourgeois P. & Memran N., « La pluridisciplinarité: un mythe ou un humanisme? », *Actes du congrès SFD-SOFRED 15-17 juin 2000*, MCO Éditions, Marseille, pp. 71-77.

³²² Comité de Lutte contre la Douleur.

« Je pense que les médecins sont pas... très sérieux, ils ne souhaitent pas dire à leur malade : “vous allez garder vos douleurs” ! Faut appeler un chat un chat ! Ça ne sert à rien de garder des gens... Qu’on le fasse avec précaution, c’est évident ! Mais qu’on leur laisse croire que ça va revenir alors qu’on sait fort bien que ça va pas revenir, c’est pas... À la limite... c’est... oui, c’est malhonnête ! [...] Donc euh, disons que les gens... non je pense que c’est... c’est une faute médicale la plupart... »

(Entretien avec Z)

« Ben, la définition de la pluridisciplinarité telle que je la conçois c’est simplement le... le... le... Non, en principe effectivement c’est à la fois lié au nombre d’acteurs, à quelque chose de quantitatif et de qualitatif, hein, ça a aussi encore une fois un savoir-faire, le fait de savoir travailler à plusieurs. »

(Entretien avec A)

« L’algologie est extrêmement politique, et c’est comme ça je pense qu’elle est si peu ou si mal développée, enfin c’est... intellectuellement c’est absurde comment elle existe l’algologie... absurde ! Avec tout ce qu’on sait sur la multidimensionnalité de la douleur, d’une part, et sur... comment dire... la prévalence de ce problème de douleur, on devrait fonctionner complètement différemment, la... l’algologie devrait être probablement la discipline la plus évoluée épistémologiquement de toute la médecine... Elle devrait... tirer les autres disciplines derrière elle ! Et... à vrai dire, ce n’est pas le cas... ce n’est pas le cas d’une façon flagrante. »

(Entretien avec Y)

Parmi les aspects politiques de cette pluridisciplinarité, il est un aspect observé à Nantes qu’il me paraît utile de relever : c’est celui par lequel elle s’offre à mettre en scène la résolution des conflits. En d’autres termes, si la pluridisciplinarité est l’occasion de nombreux conflits, elle donne aussi l’occasion de les résoudre.

Il s’agit, par exemple, de réconcilier les traditionnels couples de ‘frères ennemis’ que constituent par exemple chirurgiens et anesthésistes, biomédecine et médecine dite alternative, médecins et chirurgiens, ou psychiatres et médecins, psychologues et médecins. C’est l’occasion d’observer la remarquable curiosité et le remarquable anticonformisme chez les médecins de la douleur, qui est tout à fait inhabituel en médecine. C’est aussi, du point de vue des patients qui rapportent souvent la souffrance que constitue pour eux la multiplication des avis contradictoires, montrer, par l’exemple, que les conflits peuvent s’apaiser.

De ces réconciliations, il en est une qui me paraît particulièrement intéressante : la volonté d’intégrer dans la prise en charge les médecins-conseils et les médecins du travail et de la

Cotorep³²³. Habituellement des femmes, ces médecins que l'on dit en vrac « bureaucrates », « flemmards », qui font l'objet de toutes les railleries dans les milieux médicaux, dont les carrières sont le cauchemar de l'étudiant en médecine qui rêve de grandeur et d'héroïsme, ont renoncé à leur pouvoir de prescripteur et à la pratique de l'urgence, pour un travail de bureau à horaires fixes. Celles à qui j'ai eu l'occasion de poser la question du motif de leur choix ont souvent mis en avant leur désir, après un certain nombre d'années passées en pratique libérale, de privilégier la qualité de vie et en particulier le temps passé avec leurs enfants. Elles affirment cependant s'épanouir dans leur travail actuel, qu'elles trouvent très intéressant. Voir ces femmes, que j'ai partout entendu décrier, intégrées à un processus qui est à la pointe de la réflexion médicale, me paraît constituer un changement radical dans le paysage hospitalier, et un juste retour des choses : c'est aussi la revalorisation de certains choix, qui ont trait en priorité à la gestion du temps, amènent une certaine expertise et se trouvent être souvent le propre des femmes ; c'est leur redonner le pouvoir d'agir.

Comme cette pluridisciplinarité « renonce aussi à l'organisation verticale et hiérarchique au profit d'une intégration horizontale permanente des différents points de vue »³²⁴, elle s'applique aussi au sein des équipes à la prise en compte des avis des personnels paramédicaux (ASH, IDE, kiné...) - en majorité des femmes -, et inclut aussi les psychologues et les psychiatres (professions plutôt pratiquées par des femmes). Le tableau en résultant prend une coloration très féminine tout à fait inhabituelle en médecine.

Pluridisciplinarité, douleur et pouvoir : une organisation de protection face aux enjeux symboliques

La signification et les modalités de la mise en application de la pluridisciplinarité font l'objet d'autres réflexions, plus confidentielles, celles-là, et qui évoquent plus les discussions entre différentes interprétations des écritures saintes que les débats politiques. Elle est en effet aussi le lieu du « mystère », « de la controverse et de l'inconnu ».

Dans la réflexion suscitée par sa mise en place, qui est en bonne partie une 'mise en scène' (au sens de Goffman) adressée aux patients comme aux professionnels, la **gestion de la douleur** apparaît nettement comme un instrument de pouvoir, non plus politique, mais symbolique. Elle est pouvoir, en bonne partie de par l'occasion qu'elle fournit à chaque

³²³ Organisme qui délivre les statuts et les allocations adulte handicapé et aide à leur réinsertion professionnelle.

³²⁴ Bensignor M., « La pluridisciplinarité: un mythe ou un humanisme? », *op. cit.*

professionnel de produire du sens à partir de la douleur. Elle est pouvoir, en tant qu'elle est une organisation à la fois technique - nous venons de le voir - mais aussi symbolique.

« La pluridisciplinarité... qu'est-ce que ça veut dire ? [...] Alors... y a un espèce de consensus pour dire "une unité de traitement de la douleur, ça doit être pluridisciplinaire", OK? Mais c'est quoi? Une équipe pluridisciplinaire, c'est quoi? J'veux dire, c'est quoi la relation entre les patients et les différentes disciplines? Ou les représentants des différentes disciplines? C'est quoi les différ... la relation entre... la relation triangulaire, ou quadrangulaire, ou polygonale... entre le patient et les différents spécialistes... Comment ça s'organise? Dans le temps, dans l'espace, sur le plan symbolique, j'veux dire... Y aurait beaucoup à dire là-dessus hein... Alors on n'en dit rien, en général on dit "ouais c'est pluridisciplinaire". Mais... c'est quoi pour vous, la pluridisciplinarité? »

(Entretien avec X)

D'un médecin à l'autre, les modalités de la pluridisciplinarité sont sujettes à discussion : juxtaposition de savoirs ou mise en commun de savoirs ?

Ils sont d'accord sur le flou que recouvre le terme et sur l'importance des modalités pratiques de sa mise en œuvre, d'accord pour que le patient reste le sujet et non l'objet de l'interaction, et qu'il sache bien qui est son interlocuteur principal.

En revanche, le 'comment' et l'occasion de nombreuses questions, et d'ajustements incessants, au CETD par exemple

« Mais néanmoins, les modalités pratiques de la pluridisciplinarité, en particulier pour ce que je connais des douloureux, ne sont pas arrêtées. Hein. Personne ne peut dire actuellement quel type de pluridiscip... combien il faut d'acteurs dans cette pluridisciplinarité... Puisqu'on revient aux mêmes considérations : c'est... à l'optimisation en fait : qui est-ce qu'il faut mettre là-dedans? Tout le monde est à peu près d'accord, hein, sur le fait qu'il faut mettre des éléments... des somaticiens, des gens de la sphère psy, des gens de la sphère fonctionnelle, des gens de la sphère psychosociale, ou socioprofessionnelle plus exactement, mais il y a un certain nombre d'acteurs de la pluridisciplinarité qui ont tenté des expériences euh... solitaires, on va dire. Qui estimaient que la pluridisciplinarité c'est un concept que, il fallait que... s'entraîner à pouvoir remplacer les autres acteurs, hein, [...] une fois qu'on sait comment les autres font, hein, qu'on est... qu'on a une aptitude à être un peu psychologue, un peu médecin du travail, etc. eh bien on peut faire un travail pluridisciplinaire. Moi, c'est pas tout à fait comme ça en tout cas qu'on a cherché à le mettre en place, c'est un travail effectivement de complémentarité et puis c'est un peu aussi un jeu de rôles, c'est-à-dire que chacun est chargé... Chacun en ce qui le concerne est chargé d'explorer une piste, et puis

ensuite en ayant comment dire une compréhension du travail des autres, hein, ils savent à peu près ce que les autres fabriquent, et puis ensuite les staffs permettent effectivement d'accorder les approches pour proposer une stratégie globale. »

(Entretien avec A)

« Une des premières unités douleur pluridisciplinaires en France... et à la consultation de la douleur le patient y voyait... 6 ou 7 médecins. Y avait un circuit comme ça... Chaque médecin avait un bureau (?) c'est-à-dire que le patient passait d'un médecin à l'autre... et euh il voyait, euh, il en voyait en général, il voyait, euh, un anesthésiste... Euh y avait pas d'anesthésiste, il voyait... euh, un interniste... un pharmacologue, un acupuncteur, un psy et un neurochirurgien, et puis quand il avait fini le circuit, il rentrait chez lui et on lui disait "on va écrire à votre médecin". Alors on écrivait à son médecin qu'il faudrait faire de la neuro-stimulation transcutanée et lui donner du Laroxyl et puis euh... voilà, et euh... ben, le patient il savait pas... qui avait été vraiment son interlocuteur... Euh [...] [C'est quelque chose qui sert] à diluer la culpabilité. »

(Entretien avec X)

« Si on le fait comme ça à Nantes., c'est-à-dire chacun notre cabinet, c'est aussi parce que j'ai vu des exemples de multidisciplinarité que je ne tenterais pas... euh, par exemple la consultation multidisciplinaire ici est totalement différente de chez B. ou chez H. Quand j'étais à [...] il y avait une consultation de... avec un psychologue, un chirurgien, y avait des anesthésistes, y avait des rééducateurs et euh... finalement... on parlait entre nous, et finalement le malade... il n'était pas au centre, le malade, certes on discutait du malade, mais on demandait pas toujours au malade ce qu'il voulait... Donc... [...] on a monté cette consultation pluridisciplinaire... à ce moment-là on a chacun dans un cabinet. Au départ, c'était simplement pour gagner du temps: c'est-à-dire qu'on voyait chacun un malade, et on n'envoyait au psychiatre que ceux qui nous semblaient importants, et quand on savait pas on s'envoyait mutuellement les malades. Et très rapidement on s'est rendu compte que le malade ne racontait pas les mêmes choses à chacun. C'est là que ça a commencé à se mettre en place: parce que le malade qui... Mais ça vient de nous bien sûr... Le malade qui vient... me voir par exemple, il vient me voir pour [...], et il va voir [...] il parle d'autre chose, il va voir le psychiatre il parle de sa belle-mère. Ça veut dire quelque chose. »

(Entretien avec Z)

De quoi donc les protège-t-elle donc, cette mystérieuse pluridisciplinarité qui suscite tant de questions et de controverses?

La pluridisciplinarité apparaît sous l'angle d'une organisation qui vise à protéger le patient, et le médecin quand elle devient l'occasion de débattre des fonctions de l'algologue, de ses limites, en particulier vis-à-vis de l'écueil de la **toute-puissance**.

Qu'est-ce en effet qu'un médecin de la douleur ? L'algologie n'étant pas, administrativement, traditionnellement, une spécialité, le médecin de la douleur dessine au fur et à mesure qu'il avance les limites de son action, de son rôle : il crée sa profession au fur et à mesure qu'il y travaille, et s'il tire là une grande partie de ce qui fait la richesse de son exercice, il y trouve aussi son principal écueil, ce que les psychologues appellent la « **toute-puissance** », qui peut être exprimée comme cette 'pluridisciplinarité de chacun' à laquelle un des médecins fait allusion.

« Ils se positionnent souvent comme des super-médecins... même s'ils n'en sont pas forcément dupes... Mais, de fait, ils se positionnent souvent comme euh... comme ceux qui vont essayer de faire ce que les autres n'ont pas pu faire, ce que les chirurgiens n'ont pas pu faire, ce que les somaticiens n'ont pas pu faire, etc. [...] C'est quasiment une impossibilité d'être dans des positions intermédiaires, entre des positions super-hautes, et des positions super-basses... Alors on sait bien que la position super-basse on ne peut pas l'avoir tout le temps non plus, et euh... il y a une telle pression, euh... ? Bien sûr qui irrite beaucoup de médecins - mais les algologues spécialement - une pression sociale... particulièrement difficile.

« [...] Mais pour beaucoup de médecins c'est très difficile de résister à cette position du phallus, comme on disait, super haute, qui est une position divine ! C'est-à-dire que je pense que dans l'algologie peut-être plus qu'ailleurs [...] il y a la tentation, ou le risque, ou les deux, de se mettre en position divine, et donc une position dont les théories de la communication nous ont montré qu'elle est une position extrêmement fragilisante, sur un plan psychique et somatique. C'est très difficile, et je crois particulièrement pour un algologue, de résister à la demande répétitive et de plus en plus argumentée, d'aide et, avec ce positionnement hyper haut, c'est très difficile.

« [...] Comment dire, on peut tous se mettre à 'péter les plombs' comme on dit, c'est-à-dire à se prendre pour Dieu... Enfin, c'est-à-dire, qu'est-ce que je dis en disant Dieu, c'est-à-dire... se prendre pour... quelque part, ne plus vouloir prendre en compte nos propres limites en tant que personnes...

« [...] Oui, il y a quelque chose de surhumain dans l'algologie, d'inhumain et de surhumain [...] Quelque part, les gens, les algologues, sentent bien que c'est une spécialité qui demande beaucoup, voire même l'impossible, euh... bon. Je, j'allais dire, ça renvoie à tout... le reste de la médecine, le reste de l'activité humaine... C'est que... on fait ce qu'on peut quoi ! hein, c'est... On fait ce qu'on peut... et... et le problème c'est que... Enfin le problème des algologues, c'est qu'ils ont affaire parfois et même assez souvent à des gens qui ne veulent pas entendre ça, qui ne veulent pas entendre : "je ne fais que ce que je peux" qui

vont vous dire : “mais moi, j’ai mal ! Vous pouvez pas me laisser comme ça” et qui vont trouver la faille de... de l’algologue, qui vont trouver là où l’algologue a gardé une sorte de trou dans sa cuirasse euh... médicale, où il est vulnérable.

« Et... les douloureux... enfin un certain nombre d’entre eux en tout cas - gardons-nous des généralisations - mais un certain nombre vont trouver là où ça fait mal et vont réinstiguer, comme on dit en thérapie familiale, l’algologue. “Vous ne pouvez pas me refuser ce nouveau médicament”... qui, on le sait bien, on n’a pas de recul... il a une toxicité incertaine... “Vous ne pouvez pas, ne pas m’hospitaliser, [...] j’ai trop mal !”

« [...] Et les algologues, ils ont certainement besoin d’être armés. Ils ont besoin d’être bons en biochimie, en pharmacologie, en anatomie, en... et, etc. etc. et en psychologie ! Et d’être dans les meilleurs en psychologie ! D’être au fait des techniques les plus... les plus sophistiquées au niveau relationnel, et... des techniques que même les psychiatres n’utilisent que rarement parce qu’ils en ont peu l’occasion, mais en algologie c’est au quotidien qu’ils doivent les utiliser. [...] Tout ! Ils doivent être des super-thérapeutes en tout ! Des super-anatomistes, de super-pharmacologues, des super-psys-psychothérapeutes. C’est inhumain. »

(Entretien avec Y)

La pluridisciplinarité, c’est la multiplicité des compétences techniques et scientifiques ; c’est son corollaire indispensable, le recours à l’évaluation dans tous les domaines de la pratique (des échelles d’évaluation de la douleur, de la dépression... à l’évaluation de leurs résultats) ; c’est aussi le caractère très programmé de la prise en charge et de l’hospitalisation. Tout cela fait partie de ce qui contribue à assurer une protection aux praticiens dans cette enclave mythique. C’est compréhensible : ce sont en effet des procédures de mise en ordre et d’organisation rythmique, séquentielle, systématique.

Dans le ‘nouvel ordre’ ainsi défini, une valeur de réalité peut-être donnée à des vécus subjectifs par les procédures d’évaluation ; si des manipulations symboliques gagnent en légitimité, et deviennent explicitement possibles, c’est aussi parce qu’en contrepartie la technicité est très développée, et extrêmement pointue : Face à de tels enjeux symboliques, les outils techniques doivent sans doute être dotés d’une égale puissance, et les ressources multipliées.

Mais la pluridisciplinarité, quand elle n'est pas comprise comme devant être portée par un seul homme, protège d'un excès de pouvoir. Le médecin de la douleur exerce une activité mystérieuse ; sa tâche « inhumaine », « surhumaine », « divine » est à la fois trop lourde pour un seul homme, et trop ambitieuse. Comme Icare, il risque de voler trop près du soleil. Ce dont il est question ici, c'est de l'absence de ce que D.B. Morris appelle les « limites nécessaires » à l'interaction médecin-patient, en tant qu'elle est potentiellement dangereuse pour le patient car elle est aussi lutte de pouvoir, lutte aux enjeux mythiques qui a trait à l'ordre cosmique comme à la sexualité. Le médecin de la douleur, du fait de cette relative absence de limites, a dans ses mains un pouvoir important. La pluridisciplinarité protège, quand elle est réflexion sur le partage des pouvoirs.

Mais le pouvoir en question étant, on l'a vu, convoité, cela ne va pas sans lutte, violence, et conflits. Là encore, la médecine de la douleur va se positionner en conciliatrice, et tenter de trouver un point d'équilibre entre les tensions contradictoires des différents pouvoirs, que les enjeux de ces pouvoirs soient symboliques, politiques, techniques.

La pluridisciplinarité : un équilibre des pouvoirs

- Le médecin, maître du temps

La pluridisciplinarité, cela va signifier aussi une autre manière de gérer le temps.

L'un des pouvoirs du médecin, quel qu'il soit, a à voir avec le temps. D'abord, et avant tout, le médecin prédit l'avenir. C'est la fonction du diagnostic, du savoir, que de déterminer la marche de la maladie, et, au bout du chemin, son évolution vers la mort, ou pas. Lutter contre les ravages du temps est un de ses travaux, dont l'exemple le plus caricatural est la chirurgie esthétique, la gériatrie, une variante plus nuancée. Maître du temps, il apprend à l'être dès sa formation (indifférenciation nuit-jour, travail d'autant plus héroïque que d'horaire plus illimité...). Les séries télévisées qui mettent en scène les médecins choisissent préférentiellement les urgences : quoi de plus héroïque que la bataille minutée de l'urgentiste contre l'œuvre de la mort ; aller vite, penser vite, prendre vite la bonne décision, être rapidement efficace. Il n'est pas dénué de sens que son 'client' soit, par contraste, appelé 'patient'. Lui, subit le temps et son œuvre.

Perdre la maîtrise du temps est, pour un médecin, un sacrifice de taille. Le contrôle du temps, auquel il a été initié dans sa formation est aussi une des modalités symbolique de sa construction dans l'imaginaire culturel comme un héros mythologique, immunisé vis-à-vis de la mort.

En convenant qu'il ne détient pas seul le pouvoir de soulager, mais qu'il le partage, le médecin de la douleur est amené à prendre le temps de la discussion et de l'échange (réunions, courriers etc...). Il est aussi amené à collaborer avec d'autres intervenants dont le travail s'inscrit dans une temporalité très différente de la temporalité médicale. Il s'agit par exemple de faire avec la lenteur des résultats des « psys » (en particulier les psychanalystes) ou des travailleurs sociaux et autres, en charge des réponses administratives et professionnelles (médecin conseil, médecin du travail...). La pluridisciplinarité réintègre et revalorise aussi, on l'a vu, les médecins « bureaucrates », qui ont fait le choix très dévalorisé d'un travail à heures fixes et d'un équilibre entre leurs vies personnelles et professionnelles

Mais aussi et surtout, c'est avec le patient lui-même et son *rythme* que le médecin de la douleur accepte de transiger.

Renonçant à la maîtrise du temps, il n'en va pas moins chercher à l'organiser, à travers le rythme imposé aux prises en charge, où la question du temps est omniprésente. Et la pluridisciplinarité est aussi, en grande partie, une organisation du temps. Les débats qui ont lieu au CETD de Nantes s'agissant des modalités de la pluridisciplinarité sont très fréquents, et ce sont pour l'essentiel des débats pragmatiques, et non théoriques, où l'organisation du temps est au premier plan. Il peut s'agir par exemple de la planification des interventions de tel ou tel intervenant... au meilleur moment du point de vue de l'efficacité technique et symbolique du soin, et de l'organisation de chaque professionnel.

Cette gestion du temps fait de cette médecine une médecine à part. Et là aussi, la tâche à accomplir par le patient - qui va devoir renoncer à un résultat immédiat, qualifié de *magique*, et réorganiser son propre temps, impose que le médecin montre l'exemple en faisant ce *travail*, d'abord, dans son organisation professionnelle, et même, dans mes observations tout du moins, dans ses organisations personnelles. La vie même des médecins retrouve des limites temporelles et un rythme, avec le retour à un temps privé (en famille), qui est habituellement recouvert par le temps professionnel. Les tempêtes traversées par le CETD ces dernières

années ont commencé, entre autres, quand ces enjeux personnels et professionnels du temps médical ont échappé à la vigilance des protagonistes et des ‘gardiens du temple’.

Concernant le *travail* du patient : les pathologies sont **chroniques**, les hospitalisations **programmées**, et la prise en charge est comprise comme étant d’autant plus efficace qu’elle intervient au « bon moment ». Là aussi, la question du temps est omniprésente dans ce contexte de prise en charge : le « bon moment » (de soulager, d’administrer des médicaments, de se séparer de telle ou telle prothèse, d’opérer, d’hospitaliser, de revoir en consultation, de sortir) est au cœur de nombreuses discussions dans la pratique quotidienne.

« A : On en a une en ce moment, hospitalisée, une jeune femme [...] qu’était tout à fait mûre, manifestement on arrivait au bon moment, mais qui ne savait pas très bien comment faire... et là, en assez peu de temps, hein, elle a vraiment acheté un certain nombre de choses qu’on lui a proposées elle est allée très vite.

S : Ça veut dire quoi être mûre ?

A : Ben là, c’est vraiment moi un des éléments qui m’intéressent à titre personnel le plus, c’est que euh... j’ai quand même l’impression que le résultat est quand même très dépendant à la fois de la motivation et, euh, du moment d’intervention. Donc être mûr c’est... au moment où on met la même intervention on a plus de chances d’être efficace... euh... La motivation et le moment d’intervention c’est euh... c’est peut-être beaucoup plus important qu’il n’y paraît au premier abord.

S : Une question de timing...

A : C’est-à-dire, on peut mettre la même pluridisciplinarité, si on la met sur une motivation insuffisante ou un mauvais timing on va se planter, alors que, on met les mêmes acteurs à un bon moment et en ayant travaillé la motivation des gens et leurs objectifs, on va moins se planter.

S : Donc la maturation, le processus de maturation, c’est le travail de motivation. Ou il y a d’autres choses ?

A : Oui, on peut rajouter au moment de l’intervention le fait qu’il y ait un processus dynamique de type euh... maturation. Il y a un certain nombre de gens que je pense que tu es... auxquels tu voulais faire allusion, si on parle de mauvais patients, ça peut vouloir dire ceux qui mettent en échec les soins, euh, ou on a l’impression qu’on n’avance pas et néanmoins ils enregistrent un certain nombre de choses qui va faire l’objet d’un processus de maturation. Donc c’est pour ça que encore une fois les patients qu’on ne retient pas nous au titre de... euh... des premiers entretiens, en disant “c’est pas le moment”, on va pouvoir les reprendre après. On garde un lien avec eux.

S : Et cette maturation tu la déc... enfin tu la décrirais comment ? C’est, c’est... à la fois un processus de compréhension intellectuelle, de maturation émotionnelle... Enfin tu la définirais comment ? Est-ce que tu pourrais être plus précis sur ce que tu entends par maturation ?

A : Oui, ben je pense qu'il y a de ça, il y a la compréhension euh d'objectifs, me semble-t-il, parce que... au premier rang desquels on met le fait qu'on n'est pas dans une approche lésionnelle. Ça c'est un vrai objectif, hein, de laisser de côté une approche, qui... qu'ils ont parfois beaucoup exploré et qui n'est pas très utile, hein, comme on le disait tout à l'heure, pour eux, pour en choisir une autre. Hein, c'est là où on parle de... l'approche lésionnelle, vers une approche pragmatique orientée vers des solutions.

« Mais c'est aussi émotionnel ou euh... affectif puisqu'il y a le transfert, il y a l'alliance... euh... hein, il y a la volonté d'aller mieux, hein, il y a pas mal de choses. Il y a la croyance, dans le fait qu'on peut aller mieux. Hein, donc il y a plein d'éléments qui... C'est vraiment une mosaïque... de choses... »

(Entretien avec A)

- La maîtrise de la parole. Repenser le « mythe des deux douleurs » et franchir le gouffre infranchissable qui les sépare.

Dans mes observations au CETD, il y a un « marqueur » de l'algologue qui est directement lié à la pluridisciplinarité : c'est le *dossier unique*. Il est présent à tout moment dans l'interaction médecin-patient comme support narratif de l'histoire du patient, et comme témoin du non-isolement de l'algologue, associé par lui à son équipe. Il traduit aussi le fait que cette pluridisciplinarité s'accompagne jusqu'à un certain point d'une libération de la parole médicale, d'une levée, au sein de l'équipe, du secret médical. C'est une des conséquences, ou des expressions, du partage des pouvoirs que la levée de ce secret.

Cette levée du secret est ressentie comme un soulagement, et à la fois apparaît au quotidien comme un lieu de plus, tant symbolique que technique, où de nouvelles limites demandent à être établies, cette fois-ci pour canaliser cette parole 'secrète', dont la divulgation hors de ses limites habituelles élargit le cercle des 'initiés'.

*

La parole nous amène directement à un autre aspect des « grands principes » de la pluridisciplinarité en médecine de la douleur, qui me paraît très important : l'abord psychothérapeutique du douloureux chronique. La parole du patient est en effet depuis l'avènement de la psychanalyse le domaine des 'psys' de toutes professions, et la médecine de la douleur pénètre sur ce territoire avec prudence et pragmatisme.

Comme pour ce qui concerne la pluridisciplinarité en général, les maîtres-mots en médecine de la douleur vis-à-vis de l'abord psychothérapeutique sont l'ambivalence d'une part et l'omniprésence de la question d'autre part.

L'ambivalence concerne les définitions mêmes des objets propres à la médecine et à la psychothérapie, et par conséquent la délimitation des rôles et des compétences respectives des uns et des autres. Le problème de l'origine de la douleur, du « mythe des deux douleurs » y est central, en même temps qu'apparaît nettement le fait que soulager la douleur est un enjeu de pouvoir, pouvoir symbolique qui passe par la qualité visionnaire de celui qui sait justement l'interpréter.

La controverse à ce sujet est omniprésente : pas un ouvrage sur la douleur qui ne traite des douleurs psychogènes ou de la participation psychologique à la genèse et à l'entretien du phénomène douloureux. Pas une journée dans le service où le personnel médical ou paramédical ne soit confronté, bien malgré lui, à la lancinante question de la « part du somatique » et la « part du psychologique ». Pas un événement de la pluridisciplinarité qui ne questionne les rôles respectifs (et leur pouvoir, et la valeur du sens qu'ils attribuent au symptôme) des médecins et des 'pys', et à un moindre degré, parmi les 'pys' eux-mêmes, des différentes approches.

Malgré - ou à cause de - tous les efforts de la médecine de la douleur pour se départir du dualisme corps/esprit traditionnel, la cohabitation des thérapeutes du soma et des thérapeutes de la psyché reste une ligne de front, où se jouent d'importantes questions. Ces questions ont trait à la nécessaire permanence d'un « mystère de la douleur », à cet incessant va-et-vient qu'opère l'expérience douloureuse entre le sens et le non-sens, à cette « herméneutique de la douleur » évoquée par D.B. Morris.

La réponse apportée à cette ambivalence, à cette complexité, tient en un mot : le pragmatisme. Ce pragmatisme se veut le garant d'une absence de jugement de valeur, d'un plus grand espace de créativité laissé au patient comme au médecin. Il se veut également le garant de leur protection réciproque, autant que de l'autonomisation du patient ; il sert en cela, lui aussi, de support à une certaine symétrie de la relation médecin-patient.

La posture de la médecine de la douleur par rapport à cette question de la part de la psyché se caractérise par son ambivalence et sa complexité... Mais cela sied bien au mystère de l'expérience douloureuse.

Voici deux extraits d'entretiens qui illustrent cette ambivalence, cette complexité de l'expérience douloureuse et de son approche que nous appellerons - faute de mieux -

psychothérapeutique, mais qui a trait avant tout à l'herméneutique évoquée par D.B. Morris. Cette dimension herméneutique de l'expérience douloureuse trouve aujourd'hui, bon an mal an, à se 'loger' dans le registre de la psychothérapie, non sans s'appuyer, nous l'avons vu, sur un *melting-pot* théorique et épistémologique dont la confusion est tolérée au nom du pragmatisme. Le premier entretien renvoie, s'agissant du présent du passé, aux propos de D.B. Morris sur la quête des mystiques, préférant la douleur physique à la douleur spirituelle. Le deuxième donne la parole à toute la créativité constructive qui peut émerger de l'expérience douloureuse, et rend compte aussi des limites - socialement et culturellement déterminées - de la fonction du 'psy' s'agissant de se positionner vis-à-vis de cette créativité.

Deux médecins de la douleur s'expriment donc sur le « mythe des deux douleurs », présent du passé s'il en est, et témoignent d'expériences vécues - les leurs, et celles de leurs patients - des conséquences bien réelles de la partition des objets respectifs de la médecine et de la 'psy' en un 'corps' et une « tête » :

« X : Je lisais récemment [...] un psychiatre qui disait "ils ont bien raison de se méfier des pysys parce que... justement [...] la somatisation est là précisément pour empêcher que cela se passe dans la tête" [...] Finalement la somatisation douloureuse est moins douloureuse que la souffrance et d'ailleurs [...] j'ai un certain nombre de patients qui ont l'expérience des deux, qui sont... par exemple des gens qui ont fait des dépressions graves... qui ont nécessité des hospitalisations et tout ça [...] et puis qui après ! Font un problème de douleur chronique, éventuellement avec une épine organique identifiable, euh... généralement chez ces gens-là les traitements marchent moins bien que chez les autres... peut-être parce qu'ils arrivent justement, autour de cette épine organique, à cristalliser leur souffrance, mais en général y disent que bien qu'ce soit pas confortable d'avoir mal tout l'temps, c'est quand même bien moins pire que la souffrance morale de la dépression. Et qu'ils préfèrent cent fois ça... euh... même quand ils sont invalidés, etc.

S : C'est fou, hein !

X : Et j'en ai plusieurs qui me l'ont dit.

S : Qui vous disent carrément qu'ils préfèrent encore euh...

X : Ouais.

S : ...la souffrance physique à la souffrance morale.

X : Ouais, que pour eux, le... J'ai une femme notamment [...] qui a une cinquantaine d'années, qui a fait une dépression très grave, qui s'en est pas trop mal sortie, qui a un mari qui est mélancolique [...] et elle a, en plus, une névralgie [...] qui a été diagnostiquée plusieurs années après qu'elle ait commencé à souffrir,

mais elle avait une douleur franchement neurogène³²⁵ [...] Évidemment... comme elle était déprimée, tout le monde a dit [...] qu’c’était une manifestation de sa dépression et elle ! elle jurait ses grands dieux qu’elle n’était pas déprimée parce que, elle savait ce que c’était d’être déprimée, elle l’avait été, et puis pour elle - moi j’la trouvais pas tellement gaie - mais elle, elle se trouvait pas déprimée. Elle, elle disait : “être déprimée je sais c’que sait, j’en ai fait des dépressions... euh, eh ben là, maintenant, peut-être que j’suis pas gaie, je suis pas bien à cause de ma douleur j’arrive pas à m’asseoir, mais je suis pas déprimée et, et, et j’vous assure que j’sais ce que c’est.” Et... on ne peut pas ne pas la croire quand elle dit ça ! [...] Elle était très emb... très gênée par sa douleur, elle pouvait pas s’asseoir, [...] elle avait un tas d’problèmes, mais, elle disait : “C’est pénible, mais euh... c’est moins pénible que la souffrance morale dans laquelle on s’trouve quand on a vraiment une dépression profonde, où là, on s’trouve qu’on est bon à rien... Là, la souffrance est bien pire.”

(Entretien avec X)

« [...] Et puis il y a aussi des rencontres, que moi je ne ferais jamais dans mon cabinet, des patients que je ne verrais jamais dans mon cabinet. Tout simplement parce qu’ils n’ont pas à y aller. Ils n’ont pas à aller voir des psychiatres : ils ne sont pas fous, ils ne sont pas malades mentaux : ils ont une forme de souffrance que... Comment dire ça... ils ont toute leur raison... J’ai envie de dire ça ! Ils sont très lucides. Et, et même tellement lucides que ça peut faire mal... On sait bien que la lucidité, ça peut être très douloureux, hein [...] Il y a vraiment... des gens très raisonnables et très lucides... et des rencontres uniques qu’on ne peut faire que dans l’algologie... des témoignages bouleversants et des sources d’informations... Pour moi c’est une... aussi une mine d’information sur... sur, euh, je dirais, la violence de notre société, hein... euh... Je ne suis pas... négatif, co... comment dire... moi j’aime la vie, et, et j’aime le monde, et j’aime (?) mais, il y a de la violence dans notre société. C’est un fait.

S : Et vous l’entendez chez les douloureux, plus que chez les malades psychiatriques ?

Y : Et je l’entends plus. Oui. Oh là ! Ô combien ! Ô combien plus ! Et combien plus clairement et combien plus euh... [...] comment dire... Il y a des façons de décrire... Il y a même de la poésie... Il y a des gens qui, qui... ont des douleurs, qui écrivent quelque chose sur ce qu’ils ont vécu avec des styles... qui peignent ! On voit aussi des gens qui peignent, assez fréquemment, qui peignent leur douleur, qui peignent ce qu’ils ont vécu, qui cherchent dans la création artistique... j’allais dire un échappatoire... oui mais un échappatoire constructif ! C’est souvent très... dans une optique de faire partager aux autres... Il y a des choses très belles... Je ne pourrais pas vous raconter, comme ça, en tout cas ce soir, dans l’algologie les choses que je ne verrais jamais dans mon cabinet, que je ne verrais jamais dans un centre de psychothérapie, euh... que je ne verrais que là... et donc, ben c’est déjà bien que l’algologie comme elle est, elle existe aussi ! Hein ! C’est mieux que rien ! C’est bien mieux que rien !

³²⁵ On dit maintenant neuropathique.

« C'est de la parole brute. C'est ça que je voudrais dire, c'est de la parole brute de décoffrage, souvent. Les articles médicaux souvent disent que le discours des douloureux est stéréotypé. C'est tellement faux ! Comment dire... Bien sûr c'est vrai, si on n'écoute que... si c'est une écoute passive, on va dire. Mais si on lui ouvre la possibilité de parler... Encore une fois moi je ne pense pas que parler guérit, automatiquement. Mais quand même, il y a des choses que des douloureux n'ont jamais dites et qu'ils arrivent à dire. Et on comprend que personne n'ait jamais voulu les écouter. C'est insupportable. C'est insupportable à entendre. On se dit "mais..." On se pose un peu des questions. On se dit "mais... comment ça se fait que je rentre chez moi, dans ma petite voiture..." C'est pas forcément évident... de rester dans ce champ-là.

S : Vous pensez à des violences familiales, sexuelles ?

Y : Je... je pensais à rien de précis. Ça entre autres, mais pas uniquement. Non, il y a pas mal de trahisons, pas mal de... d'ingratitude, de... comment dire... C'est la petite vieille... qui ne voit plus ses enfants, qui ne voit plus personne, qui a des enfants qui ne viennent jamais la voir. Ça c'est fréquent, hein, en algologie. Moi, quand elles viennent me voir au cabinet, j'appelle les enfants. "Votre..." (Ça m'est arrivé !) : "Vous avez une mère. Vous allez la voir." Mais on ne peut pas faire ça pour tout le monde ! Je fais ça pour les gens qui font la démarche de me demander de l'aide, mais comment dire, souvent, euh comment dire, euh... les gens ne viennent pas là pour voir un psychiatre justement, ils viennent là pour pas en voir un, d'une certaine manière, ils acceptent d'en voir un mais... qu'est-ce qu'on fait de la parole ?

S : C'est effectivement la violence quotidienne, c'est-à-dire l'intensité avec laquelle les gens peuvent vivre ce genre de trahison... de malheur... Alors que la psychiatrie c'est pas du quotidien, de tout un chacun.

Y : C'est, c'est... comment dire... Quelque part pour aller en psychiatrie il faut déjà aller suffisamment bien... pour oser aller en psychiatrie. C'est-à-dire pour oser... Si on prend les travaux de R. Girard, oser prendre le risque de présenter une différence au corps social... Cette démarche de voir un psychiatre. Même d'être hospitalisé ! Ou de rester hospitalisé. C'est quelque part assumer quelque chose, si vous voulez.

S : Moi ce qui me frappe dans ce que vous dites, excusez-moi de vous interrompre, mais...

Y : Je vous en prie !

S : La violence de l'algologie, ce qui est si dur à entendre peut-être, est-ce que c'est pas, par rapport à la psychiatrie où on voit des choses, où l'on coupe beaucoup plus des réalités, et qui en effet ne relève pas de quelque chose qui est près de nous, aussi facilement, alors que là, c'est donner la parole aux petits malheurs du quotidien et à toute l'intensité de malheur qui se cache derrière ces petites misères.

Y : Oui, tout à fait c'est pour ça je pense que c'est d'autant plus insupportable à entendre, hein, pour la société.

S : Et puis c'est pas encadré, je veux dire, sous le terme douleur il y a énormément de choses, alors que le diagnostic psychiatrique, le DESM, ça permet de cadrer, de limiter, de rassurer aussi, alors que là d'un coup...

Y : Oui, et en plus ça correspond à une certaine réalité, je pense, que euh... en psychiatrie, jusqu'à un certain point, on peut effectivement faire des diagnostics et utiliser des catégories, bon je ne suis pas... dans l'anti-psychiatrie, hein, c'est passé, euh, terminé ! Comment vous dire, euh... il y a une certaine réalité dans la souffrance dépressive, dans les troubles obsessionnels, dans les attaques de panique, dans... il y a des techniques différentes, des processus différents, des façons d'aider différentes. Euh... quand même !

S : Mais on peut les mettre à distance.

Y : On peut surtout... Le but pour moi n'est pas de mettre à distance mais d'être utile... et on peut, euh... déterminer des stratégies... efficaces bien sûr, qui peuvent tenir compte du contexte mais quand même, il y a des processus qui se retrouvent euh... quand même, des points communs. Dans la dépression il y a quand même la rumination dépressive qui est une constante dans la dépression... Dans l'attaque de panique il y a... essayer de contrôler quelque chose qu'on n'arrive pas à contrôler, hein euh... et donc de l'angoisse et donc la crise... bon... voilà ! La douleur, c'est... comment dire... c'est toujours une histoire profondément différente, il n'y a pas de... il n'y a pas de meilleure inspiration pour un romancier que d'aller dans un centre de traitement de la douleur. Je pense que le roman il est déjà éc... il est déjà fait... il n'y a plus qu'à... il n'y a plus qu'à... faire ce qu'on veut après, pour malaxer... tout ce qu'on veut... mais il y a des matériaux... extraordinaires ! »

(Entretien avec Y)

*

Ce n'est pas rien, le secret médical. C'est un des éléments qui contribuent à construire comme « mythique » le colloque médecin-patient : le secret et le silence sont liés à l'expérience du sacré. Si le secret médical est aussi lié au sacré, c'est qu'il s'accompagne d'un accès réservé au corps, voire, à l'intérieur du corps ; c'est aussi qu'il s'accompagne d'une dérogation légale qui lui permet l'exercice d'une certaine violence contre le corps. La pluridisciplinarité ne lève pas complètement, bien évidemment, le secret médical, mais elle le remanie : elle le diffracte, le déplace. Ici, d'autres intervenants qui n'y ont pas accès vont partager ce secret, et la parole qu'ils entendent raconte la violence, d'une manière différente de la parole enclavée dans le colloque 'psy'-patient. L' « herméneutique de la douleur », autre modalité de la présence du

passé, va conduire le patient, comme le médecin de la douleur, à s'interroger sur la violence, l'origine de la violence, la culpabilité, la responsabilité qui incombe aux uns et aux autres dans ce face à face, et sur les limites, socialement et culturellement déterminées, de cette responsabilité, de cette culpabilité.

Il va falloir se mettre d'accord sur le rôle et le pouvoir de chacun, entre professionnels, avec le patient, et, encore une fois, donner l'exemple d'une résolution équilibrée des conflits, cette fois-ci entre 'le corps' et *la tête*. Au besoin, cette résolution se fera en dehors de ce qui est légitimé et autorisé par le corps social, puisque manifestement l'enclave nécessaire pour faire sourdre cette parole particulière, et soulager, ne préexiste pas dans les organisations actuelles : il faut l'inventer. La médecine de la douleur, en particulier à travers la pluridisciplinarité, a à charge de déplacer le lieu du secret de telle manière qu'elle puisse inventer cet espace, où une violence qui concernerait à la fois le 'corps', et *la tête*, puisse être dite et apaisée.

- **La maîtrise du mystère**

Face à cette complexité, la réponse qu'a mise en place la médecine de la douleur telle que je l'ai vue pratiquée et enseignée tient en un seul mot : le pragmatisme. Paradoxalement, dirons certains, ce pragmatisme utilisé à bon escient me semble pouvoir laisser un espace de créativité, un espace herméneutique, où le patient est libre de créer son sens, par-delà les méta-narratifs et le sens imprimé par la psychanalyse.

« Pragmatique dans le sens que le but c'est d'être utile, hein ? Et c'est pas de faire correspondre le problème de... des patients à nos théories.

« On ne voit du psychisme que les effets en termes de comportement... donc la notion de psychisme... c'est une induction à partir du comportement [...] ça reste une construction [...] et comme on dit je n'ai jamais vu un psychisme euh... se promener, euh... dans la rue, un inconscient non plus, c'est une construction euh... euh... Le but c'est que cela soit une construction utile, quand on est dans le champ thérapeutique, et c'est pas en soi une construction utile, c'est ce qu'on en fait. Et à partir de là, effectivement, si c'est pour faire des liens... oui ! Euh... Donc si c'est pour faire des liens entre le psychisme et le somatique euh... très bien pour le psychisme [...] »

(Entretien avec Y)

Comment se manifeste ce pragmatisme ? Deux exemples pour l'illustrer figurent en 4, deux séries de notes que j'ai prises lors de conférences de formation continue pour médecins et soignants, et qui concernent, pour la première la relation médecin-patient (conférence du D^r M. Bensignor, juin 2001), et pour la deuxième, l'apport des thérapies stratégiques à la relation médecin-patient et à la prise en charge psychothérapeutique du douloureux chronique (conférence du D^r A. Vallée, juin 2001).

Il apparaît dans ces documents (et dans d'autres non présentés ici, ainsi que dans les propos entendus quotidiennement) qu'un certain nombre de termes reviennent sans cesse dans le langage commun de la médecine de la douleur : « **changement** », « **ressources** », « **modifier le regard** », « **recadrage** », « **objectifs négociés** », « **contrat thérapeutique** », « **échec** », « **deuil** ». Médecins et patients doivent faire le deuil de la guérison qu'on leur a appris à attendre, ou dont on leur a appris à croire qu'ils pouvaient et devaient l'apporter. Cette réparation bilatérale de la relation médecin/patient, cette restauration de la confiance, va passer par l'établissement d'un contrat, témoignant d'**objectifs** communs, négociés, où l'un est censé dire clairement ce qu'il attend, et l'autre ce qu'il peut offrir. La relation qui se construit alors est fondée sur une responsabilisation du patient qui tend à aboutir à son autonomisation, à l'opposé de la traditionnelle et paternaliste réassurance médicale.

« Les médecins qui s'intéressent ou qui s'occupent de maladies chroniques [...] sont très sensibilisés aussi à la question de l'autonomisation... d'aider à la gestion, que les gens puissent se gérer, que les malades puissent se gérer par eux-mêmes, euh... être leurs propres médecins, et c'est vrai que nous c'est notre pre... première priorité et... euh... comment dire... On sait que pour aider quelqu'un à s'autonomiser il faut prendre des risques... L'autonomie c'est le pôle opposé à la protection... Si on protège quelqu'un on l'empêche d'être autonome... Si on le laisse complètement autonome on le dé-protège... Donc il y a une sorte de dialectique à trouver entre ces deux pôles... Beaucoup de médecins... et le modèle médical que j'ai appris... est surtout dans la protection, euh... je n'ai pas appris tellement de choses pour aider les gens à devenir autonome... enfin [le rôle du psychiatre dans une équipe pluridisciplinaire c'est aussi] de dire à nos collègues par moment : "attention là... c'est très bien, c'est très gentil de votre part, vous cherchez à protéger votre patient... mais en même temps vous le protégez de... comment dire... il peut s'autonomiser plus que ce que vous pensez... et donc il faut le laisser prendre certains risques... et si ça vous angoisse, on peut vous aider à supporter cette angoisse", c'est tout le travail de, de... C'est ça là, la communication, et les théories de la communication.

« Il y a beaucoup de gens qui ont peur, dans notre monde actuel, et d'ailleurs qui demandent de l'aide vis-à-vis des psychiatres, et ça c'est... Les psychiatres n'ont pas vocation de rassurer les gens... Moi quand j'ai appris mon mé... quand j'ai appris mon métier de médecin, on m'a dit qu'on était là pour rassurer les gens aussi, mais euh... ce qui est redit... Je pense qu'on ne rassure personne si on n'est pas rassuré soi-même. [...] On a été beaucoup coincé dans une sorte d'injonction identitaire des médecins, enfin ce qu'on peut appeler des doubles liens, euh... à la fois rassurer et autonomiser les gens... c'est contradictoire... euh... c'est sur un plan logique, totalement à des niveaux contradictoires... euh... les psychiatres sont là pour aider les gens à s'autonomiser, et à devenir eux-mêmes, à se différencier en tant qu'individu. »

(Entretien avec Y)

*

“Will there come a time when it will not seem unscientific to claim that pain always embraces an element of ineradicable mystery? [...] The meaning of pain, like the meaning of any complex text, always remains open to impermanent personal and social interpretations. It contains areas of darkness or mystery where firm answers may simply be unavailable. Its meanings must leave room not only for what we know and will come to know but also for what remains forever unknown.”³²⁶

Ce temps espéré par D.B. Morris pourrait bien être venu : j'évoquais plus haut la position des psychanalystes sur le maintien du mystère, et sa nécessité dans la prise en charge de l'hystérie en particulier. Les psychanalystes, de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur, sont peut-être en effet les plus familiers avec le mystère. Il me semble qu'il y a peut-être là la plus grande difficulté, observée sur le terrain, concernant la pluridisciplinarité : pour un médecin, cohabiter avec un psychanalyste, ou un psychologue d'inspiration analytique, est une gageure : c'est accepter, bon an mal an, de cohabiter avec le mystère et l'inconnu.

En même temps, le médecin a, pour le psychanalyste comme pour la population générale - et plus largement dans l'imaginaire culturel - accès à un domaine dont il oublie volontiers, à force de 'vue' et de science, la part de mystère qu'elle revêt : l'intérieur du corps, et le pouvoir de vie et de mort. Il s'ensuit un malentendu, et une controverse incessante, entre médecins et psychanalystes, les premiers n'ayant plus conscience que le pouvoir qui leur est

³²⁶ Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

socialement conféré repose aussi sur son caractère mystérieux, les seconds revendiquant un pouvoir égal pour le mystère auquel la société leur reconnaît l'accès sans le parer de toute la puissance qu'eux-mêmes lui confèrent.

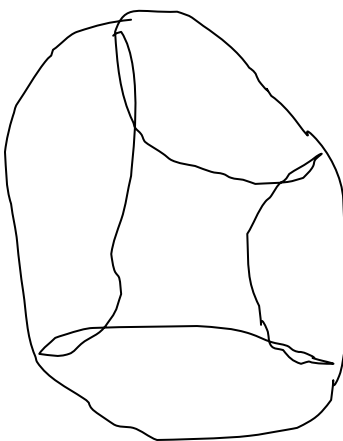
Dans une organisation pluridisciplinaire efficace, l'un et l'autre doivent concéder qu'il y a bien mystère, mais que celui-ci n'appartient, ni au corps, ni à la psyché, ni au médecin, ni au 'psy', mais à tous, patient compris, ou encore, à personne...c'est simplement un fait humain universel, qui se moque bien des frontières disciplinaires entre les champs du savoir, et échappe à qui veut le saisir, au besoin en jetant les rivaux l'un, contre l'autre. Quelque chose comme... le Graal ?

« Si vous ne faites que des techniques comportementales, vous n'aurez rien, si vous ne faites que des techniques physiques, vous n'aurez rien, c'est un ensemble de choses... hein, les médicaments s'il faut, la psychothérapie s'ils le veulent, il y a la piscine s'ils le veulent, chacun va agir sur sa petite composante.

S : C'est comme ça que vous concevez la pluridisciplinarité : chacun agissant, sur une petite composante...

Z : Oui, moi je fais souvent un dessin, hein pour expliquer aux gens : votre douleur c'est ça, eh bien il y a une partie qui vient de votre rachis, il y a une partie qui vient des nerfs, il y a peut-être une partie comme ça qui vient des muscles, hein, et puis il y a une partie qui correspond à votre euh... à la répercussion de votre euh... douleur, et puis peut-être qu'il y a des choses qu'on ne comprend pas (partie centrale, informe, de même surface que les autres)... Donc si on arrive à diminuer la partie psychologique, la partie musculaire, la partie articulaire et puis euh... les racines, eh bien certes il va rester des douleurs, mais ce sera déjà moins important. »

(Entretien avec Z)



En juin 2002, s'est tenue à l'université de Nantes une conférence à vocation pluridisciplinaire intitulée « **Sens et non-sens de la douleur** », avec en corollaire une question qui est très présente dans les conflits qui opposent médecins et psychanalystes : dans quelle mesure doit-on vouloir guérir ? Si le symptôme a une fonction dans le maintien d'un certain équilibre psychique, doit-on le supprimer ? D'un côté, les psychanalystes et psychologues d'inspiration analytique tendent à s'accorder sur la nécessité pour l'analyste de respecter l'abstentionnisme défendu par Freud et la croyance en la guérison comme un bénéfice possible, « **en surcroît** », qu'il faut se garder de désirer. Le désir de guérir qui anime les médecins leur apparaît comme l'occasion de mécanismes transférentiels et contre-transférentiels qui peuvent parfois être nuisibles au patient et qu'il faut savoir prendre en compte : un peu comme s'il fallait se demander à chaque fois, avant de supprimer un symptôme : quelle en est la fonction, et est-il souhaitable, d'un point de vue global, celui du patient-sujet, de le supprimer ? La douleur chronique se prête particulièrement à ce type de lecture des symptômes.

Les médecins de la douleur que j'ai vu travailler, ou avec qui j'ai pu discuter, s'accordent avec la littérature spécialisée pour reconnaître que c'est parfois le cas : qu'il faut parfois laisser la douleur, ou ne pas la supprimer complètement. Sur le terrain, les tensions entre médecin et 'psys' sur cette question de la fonction du symptôme n'apparaissent qu'au cas par cas : elles ne concernent pas tant le principe en lui-même que la détermination des cas où il paraît licite de l'appliquer.

Entre médecine et psychanalyse il est un autre domaine sujet à controverse : celui précisément du sens du symptôme. Les médecins, s'inspirant des psychothérapies nord-américaines, semblent parfois craindre, en s'attachant à trouver dans le passé les causes des troubles présents, que l'on se focalise sur le problème et non sur les solutions, que l'on enferme le patient dans son passé au détriment de ses ressources actuelles et futures : qu'à chercher le **pourquoi**, on se prive du **comment**. De leur côté, les analystes voient dans l'attitude médicale un aveuglement vis-à-vis du fait que la prise en charge médicale n'est nullement neutre mais est en soi porteuse d'un sens, ne serait-ce que celui, subjectif, imprimé par l'intervenant - et revendiquent leur capacité à laisser le patient face à l'énigme, au mystère de sa douleur, là où le corps médical tend à chercher des solutions et des réponses.

Les enjeux du débat sont donc bien ici le sens de la douleur, ou plutôt la difficulté d'une collaboration entre deux pôles apparemment opposés : trouver des solutions d'une part,

maintenir le mystère d'autre part. Le pragmatisme, on l'a vu, est présenté par les médecins et « psys » d'inspiration nord-américaine comme la voie médiane, celle d'un équilibre entre ces deux pôles. Mais, de part et d'autre de cette voie médiane, tenants du « psy » et tenants du « soma » exercent une surveillance réciproque, pas toujours bienveillante, sur les glissements que l'autre pourrait opérer vers un placage du sens : sens qui pourrait être conféré par les constructions théoriques réciproques des uns et des autres, ou sens produit malgré lui par la subjectivité de l'intervenant.

S'agissant de résister à la tentation du savoir sur l'origine, il est difficile de faire confiance à ses collègues. On accuse volontiers autrui d'être sur le point de céder aux tentations auxquelles on résiste difficilement soi-même. J'écrivais plus haut qu'il faut déployer une énergie titanesque pour résister à cette tentation, et que la pluridisciplinarité, avec ses multiples intervenants, est alors une aide précieuse - pourvu que l'on aille tous dans le même sens, et en bonne entente. L'énergie titanesque en question est d'abord consommée par les conflits de pouvoir qui opposent les tenants d'un savoir sur l'origine du mal ; au seuil du gouffre qui menace de les happer, non contents de devoir résister à son aspiration, à son vertige, ils doivent encore veiller, par les armes si nécessaires, à ce que les autres n'y cèdent pas non plus. Combat mythologique, s'il en est, que celui-ci.

Mais que l'on ne se méprenne pas : ce combat est très sérieux : de son issue pacifique dépend l'apaisement des violences qui habitent le patient lui-même. Les médecins sont effectivement menacés d'être contaminés par la violence qui émane de ce que leurs patients expriment. La pluridisciplinarité ne les en protège qu'à la condition qu'ils trouvent une issue pacifique à leurs tensions, en général, et tout particulièrement à celles-ci, qui témoignent encore une fois du présent du passé : le « mythe des deux douleurs », et les rapports anciens, complexes, qui sont aussi socialement et culturellement déterminés, entre le corps et l'âme en médecine. Ils ont aussi produit des mythes médicaux : ceux qu'a longuement étudié J. Pigeaud.

c. Protéger le patient ?

Bien sûr, dans une certaine mesure, protéger le médecin, c'est prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'il puisse, en toute quiétude, écouter son patient- c'est donc indirectement protéger le patient. On voit que malgré la simplicité d'une telle affirmation, cela ne va pas sans mal.

En outre, compte tenu de la dynamique à l'œuvre, par la quelle la pluridisciplinarité apparaît comme une organisation vouée à mettre en scène, pour le patient aussi, la résolution des problèmes qui le concernent au premier chef, la protection du médecin sert aussi à montrer au patient la voie d'une acquisition « autonome » de sa propre protection face à certains mystères générateurs de violence et de conflits.

Mais la pluridisciplinarité sert-elle aussi plus directement la protection du patient ? S'agissant du pouvoir politique - nous avons évoqué, à travers l'histoire ancienne, et récente, l'intérêt que le législateur peut trouver à se mêler de la prise en charge de la douleur, en tant que sa **gestion** est un instrument du pouvoir politique. Toujours en partant des extraits d'entretien, nous allons maintenant nous pencher sur ce que les médecins ont à dire à ce sujet, et comment, éventuellement, ils protègent leurs patients de ces enjeux politiques.

Nous verrons que c'est encore à la pluridisciplinarité, et en particulier aux rapports qui se tissent entre les représentants du 'corps', et de l'âme', qu'il appartient d'assurer cette protection, à travers les modalités de son organisation. La pluridisciplinarité est, on l'a vu, au cœur des enjeux politiques de l'algologie, parce qu'elle est subversive et pédagogique d'une part, et parce qu'elle vient interroger la dialectique douleur/pouvoir d'autre part. Mais cette dialectique douleur/pouvoir a des implications plus politiques encore, quand le débat sur la pluridisciplinarité concerne la participation du psychiatre ou du psychologue : les enjeux mythiques évoqués plus haut, concernant le mystère, et la violence qui siège à sa porte, ne concernent pas que le monde de la médecine, mais la société au sens large.

Les attentes des patients et des politiques vis-à-vis des médecins de la douleur sont très fortes, magiques : tous attendent certes le soulagement, mais quel soulagement, de quelle souffrance, dans quel but et à quel prix ? S'agit-il de remettre au travail à moindre coût des patients récalcitrants qui auraient trouvé dans la douleur, à l'instar des artistes tuberculeux évoqués par S. Sontag³²⁷, l'occasion d'échapper aux contraintes du social ? Les médecins de la douleur sont aussi en position d'experts pour la Sécurité sociale, et en position de recueillir des informations secrètes ayant trait à la violence sociale quotidienne plus qu'à la pathologie psychiatrique. Pour ces deux raisons, ils sont en position d'exercer un contrôle social, à la

³²⁷ Sontag S., *La Maladie comme métaphore*, op.cit.

manière des psychiatres du *Surveiller et Punir* de M. Foucault³²⁸, de répondre à la souffrance et au conflit par l'anesthésie, individuelle, sociale. La participation des psychiatres et des psychologues à la pluridisciplinarité, et la frontière parfois floue entre psychothérapie et algologie, est au cœur de ces enjeux :

« Que fait-on de ce dont on est dépositaire ? [...] »

« On peut, on peut très vite déraper. Et donc on peut très vite, au sein d'une médecine de plus en plus technologique et cloisonnée... [...] La psychiatrie est potentiellement très sollicitée, pour faire des choses que euh... comment dire, pour lesquelles nous n'avons pas de savoir scientifique pour ça, ni de compétence particulière... C'est intéressant le travail multidisciplinaire, je pense, c'est vraiment très très riche et c'est pour ça que je continue à le faire, mais il y a besoin de dire non parfois, comment dire, si on sait le dire d'une façon correcte, le non est autrement entendu, en tout cas par les gens avec qui on travaille [...] »

« Certains épistémologues ont pu dire qu'on vivait une période de crise d'intensité supérieure à la... crise de la Renaissance, hein, donc euh... au niveau changement de société... ça, je n'en sais rien, bien sûr, mais ça ne me paraît pas déraisonnable de le dire... Les bouleversements qu'on vit sont énormes et... euh... comment dire... c'est une évidence pour moi que beaucoup de [...] personnes qui ont des problèmes de douleur chronique [...] quand on les rencontre... on voit pour certaines la part de colère qu'elles euh... gardent en elles... de révolte... de... tout ce qu'elles ont pu vivre comme injustice, comme trahison... sur le plan familial et/ou social, les erreurs médicales... où, où simplement un petit mot, gentil ! de la part d'un chirurgien aurait pu changer le cours d'une vie... éviter alors des procédures judiciaires qui sont le plus souvent des impasses, pour ces gens-là... »

« [...] On est là pour que les gens arrêtent de se plaindre. »

« [...] Il y a beaucoup de structures... [...] que ça dérange que l'algologie se mette à être trop intelligente... Je pense que ça dérange... Potentiellement, l'algologie, pour moi, c'est le... bien plus que la psychiatrie ! est une... un champ subversif. C'est un champ explosif ! »

« [...] je pense que pour l'idéologie du pouvoir actuel, la douleur c'est comme une insulte, c'est comme quelque chose... il me semble... d'insupportable... euh... euh... Je pense que pour les gouvernants actuels, savoir que tout n'est pas euh... quelque part, au niveau de leur fonctionnement psychique, savoir que quelque chose n'est pas encore complètement réglé au niveau social, c'est insupportable. [...] La société quelque part veut de l'anesthésie, hein ! Pour parler de notre pouvoir actuel, il y a certainement une

³²⁸ Foucault M., *Surveiller et Punir*, collection « Tel », Gallimard, Paris, 1975.

ambivalence très facile à comprendre, c'est que s'il n'y a plus de gens qui sont malheureux, il n'y a plus de gens pour vouloir que les choses changent... aussi... On tombe très vite dans des paradoxes, aussi !

« [...] "D'autres" leur ont tellement dit que c'était dans la tête ! que c'était... que c'était imaginaire, que c'était psychosomatique [...] La part autosuggestion de folie que là... que la société renvoie au douloureux [...] et... les douloureux euh... ont souvent des grands doutes sur leur santé mentale... très, très authentiquement, hein ! »

(Entretien avec Y)

La parole du patient douloureux chronique, à l'instar de celle de Job, ou des ouvriers défendus par G. Guttierrez, est souvent une parole d'opprimé, de victime... c'est souvent une parole de revendication, de demande de reconnaissance, qui réclame que justice soit faite. Justice vis-à-vis des agresseurs de l'enfance. Justice vis-à-vis de l'employeur. Justice vis-à-vis de tel médecin ou chirurgien. Justice vis-à-vis de l'assurance ou de la Sécurité sociale... vis-à-vis de la société. On a vu que le sentiment d'injustice ressenti est fréquemment légitime au vu des exactions commises.

Que fait-on alors de cette parole ? Il est quasi dogmatique dans la médecine de la douleur aujourd'hui en France que la croyance dans le caractère rédempteur de la douleur et autres 'bondieuseries' est délétère, inopérante, inutile : on ne recommande plus d'offrir ses souffrances à Dieu pour les âmes du purgatoire, ou dans l'attente d'une vie meilleure dans l'au-delà... Agit-on pour autant pour aider à ce que justice soit faite ?

L'attitude que nous avons observée le plus souvent parmi les médecins vis-à-vis de cette demande pourrait se résumer comme suit : « Quelle que soit la légitimité de la plainte du patient, il n'est pas de notre ressort de l'aider politiquement, ou légalement. Il se trompe d'interlocuteur s'il se tourne vers nous pour résoudre ces litiges. En revanche, on peut quand même l'aider : On peut l'aider du point de vue des litiges médico-légaux. Il trouvera par ailleurs du côté des psychologues et des psychiatres les moyens de mieux **vivre avec** l'injustice commise, en sachant qu'un certain degré de masochisme n'est pas rare chez ces patients et doit être pris en compte. Il décidera librement, plus tard, s'il souhaite ou non chercher réparation. »

Ce n'est pas par hasard que D.B. Morris fait allusion aux comportementalistes quand il évoque un traitement moderne possible des malheurs de Job. Le comportementalisme, comme les thérapies brèves, sont des recours psychothérapeutiques habituels en médecine de la douleur. Ils peuvent être l'occasion d'un reconditionnement, d'une manipulation symbolique.

Ils peuvent être utilisés à des fins politiques, pour faire valoir tel ou tel sens au détriment de tel autre. Dans une prise en charge en médecine de la douleur, le pouvoir d'instiguer le sens de son choix à l'expérience est grand : la douleur n'a-t-elle pas pour fonction universelle d'initier, de faire incorporer la loi du groupe ?

« Donc je pense au contraire qu'il faut euh... Dès qu'on sent que ça va faire... que ça va se pérenniser... faut tout mettre en œuvre pour réinsérer le malade dans la société.

« [...] Tout ce qu'on va mettre en route, c'est pour lui permettre de mieux vivre. Mieux travailler. Faire plus de choses [...] Il a été montré, ça, et ça c'est clairement pour les lumbagos, que si on arrête les gens, qu'on leur fout un corset, qu'on les fout... qu'on les met couchés et qu'on les... qu'on les arrête, ils sont plus malades... ils sont malades, ils ont le statut de malades, et à partir de là ils vont se comporter comme un malade. Sinon, c'est un travailleur douloureux [...] Qu'ils aient une activité où ils se sentent utiles, c'est ça qu'est important je crois... dans la douleur. »

(Entretien avec Z)

*

Il apparaît donc bien que la pluridisciplinarité est une organisation, et aussi une mise en scène, destinée au patient et aux divers soignants impliqués :

- destinée au patient, qui se voit présenter une certaine « façade » : on lui offre des recours multiples, bien délimités, libérés de tensions conflictuelles entre eux. La définition claire des domaines de compétences et des objectifs de chacun sert à étayer une relation médecin/patient en souffrance.
- représentation destinée aux praticiens, qui se présentent les uns aux autres une « façade », dont l'objectif serait à la fois de délimiter leurs territoires respectifs, au sens politique du terme, mais aussi de protéger le patient des excès possibles des médecins, et de protéger les médecins - en les sortant de leur isolement devant des situations considérées comme difficiles, piégeantes, culpabilisantes.
- Scénographie destinée aux uns, comme aux autres : Elle est aussi l'occasion d'établir une « stratégie thérapeutique », c'est-à-dire aussi un narratif, et une séquence où temporalité et rythme sont des éléments clefs de l'efficacité perçue ; elle permet de lier par le sens les

interventions respectives, de trouver le juste *dosage* entre soulager et infliger la douleur ou/et les marquages corporels, de fixer le rythme des interventions, et de répartir, au cas par cas, les rôles entre les différents intervenants, concernant en particulier l'accès à la parole, écrite, orale, aux secrets, et la décision d'utiliser ou non le droit médical à l'accès à l'intime du corps et à l'effraction cutanée. Le langage commun nécessaire à la communication entre les différents acteurs repose sur une certaine culture, une certaine croyance, on l'a vu ; il repose aussi sur l'organisation et la mise en ordre, par le biais de diverses procédures d'évaluation.

Si la pluridisciplinarité est autant sujette à débat, et si dogmatique et imprécise à la fois, si elle est lieu de tant de tensions... c'est précisément parce que ce qui les sous-tend le plus essentiellement ne peut pas être dit, nommé, et que c'est pourtant là que siège son plus grand pouvoir.

Ce qui fonde, en essence, la nécessité de cette organisation, du point de vue des médecins eux-mêmes ne relève pas tant de l'organisation pratique - qui va déterminer les différentes modalités de son application - que de l'organisation symbolique, en référence à la distinction opérée par A. Van Gennep³²⁹. Ce qui m'amène encore à la classer parmi les procédures rituelles - tout du moins s'agissant de ce qu'ils en disent. Nous allons bientôt voir si c'est aussi ce qu'ils en font.

Il apparaît qu'ils en attendent une efficacité symbolique, tant en ce qui concerne la protection des intervenants et des patients vis-à-vis des lourds enjeux symboliques soulevés (divin, violence, sexualité), que pour le soin : assistance à la quête herméneutique vis-à-vis de la douleur par le jeu de l'attribution du pouvoir de la parole et de la mise en sens et en récit efficace, accès au secret et définition des limites du tabou transgressé lors de violences passées, perception de l'efficacité différentielle des genres vis-à-vis de la souffrance... La scénographie collective de la pluridisciplinarité, son travail au corps et son travail de la parole, son rythme et sa séquence, vont permettre de rejouer les enjeux archaïques qui sont perçus comme actifs dans la chronicisation des douleurs - manifestement, puisque c'est à eux que cette efficacité s'adresse.

³²⁹ Van Gennep A., *Rites de passage* (1909), Picard, Paris, 1981

En tant qu'instrument de pouvoir, la douleur infligée/soulagée va aussi revêtir un caractère éminemment politique vis-à-vis de la souffrance collective : convient-il, pour le politique, d'apporter à l'augmentation exponentielle du nombre de patients une réponse politique ou une réponse médico-psychologique ? Nul besoin d'être grand clerc ni d'envisager les politiques comme exclusivement cyniques pour penser qu'à notre époque et pour diverses raisons, ils préféreront considérer que la réponse est médicale. Cela voudrait dire, au minimum, qu'il y en a peut-être une.

Mais voilà qui met les médecins de la douleur en bien fâcheusement politique posture, et les soumet effectivement à des « *injonctions paradoxales* » considérables. Utilisent-ils ce pouvoir politique ? Quel sens privilégient-ils ? Jusqu'à quel point font-ils le jeu du politique et non du médical en renvoyant les gens au travail ? Et aussi, compte tenu de l'importance de leur patientèle féminine, et du fait que la question de la douleur soulève de nombreuses questions liées aux genre - nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement : leur réponse est-elle porteuse d'*a priori* de genre ?

Le rôle des médecins de la douleur, tel qu'ils le perçoivent eux-mêmes, sort à plus d'un égard de celui que l'on est habitué à reconnaître au médecin moderne, tel qu'il a été décrit par Parsons par exemple, et rejoint plutôt celui recommandé par V. Frankl, cité par D.B. Morris. Ce qui frappe, ce sont les points communs entre les tâches respectives du médecin et du patient, la tentative de restaurer une forme de symétrie dans la relation, telle qu'elle peut se manifester, à l'opposé de l'infantilisation, à travers la responsabilisation et l'autonomisation du patient.

Le concept de contrat thérapeutique peut être critiqué comme une aberration, dans une relation qui ne peut, par définition, pas être symétrique, dont les protagonistes ne sont, par définition, pas « libres et égaux » vis-à-vis des enjeux du contrat. J'espère cependant avoir montré que la relation médecin-patient dans le cas de la douleur chronique est plus symétrique qu'il n'y paraît, et que l'échec et la souffrance de l'un sont liés à l'échec et à la souffrance de l'autre, comme sont liées leurs obligations respectives de tolérer l'inconnu et le mystère.

Ainsi, le recours au pragmatisme me paraît surtout intervenir comme un moyen de concilier protection, du patient - ce qui inclut le respect de ses croyances -, du médecin, et autonomisation. L'hypnose, les thérapies stratégiques, ont recours aux ressources et aux métaphores du patient, à son imaginaire, à son langage. En ne plaquant pas sur lui des modèles théoriques concernant l'étiopathogénie des troubles, ces techniques laissent un espace d'expression pour son imaginaire.

La parole utile, la parole efficace en médecine de la douleur, serait ainsi une parole de l'entre-deux : pas une parole savante, plutôt une parole connaissante ; pas une parole explicative, mais une parole compréhensive ; ni dans le 'corps' exclusivement, en tant que domaine savant des médecins, ni dans le **fonctionnement psychique** , domaine savant des 'psys' de différentes professions et appartenances théoriques... mais une parole du récit que le patient ferait sur lui-même, '*retravaillera*', '*remaxerait*', avec l'aide des professionnels et l'appui de la scénographie collective qui va venir *travailler* cette 'parole du corps' dans son plus intime, son plus archaïque, et tenter de la remettre en sécurité dans le lieu sacré, tabou, de son émergence individuelle et collective.

L'imaginaire du patient et des soignants, toutes professions confondues, va venir jouer ici un rôle déterminant, en lien avec le social, le culturel, et les ressources imaginaires collectives, concernant en particulier la violence.

Le médecin, dans une position assez symétrique de celle du patient, va devoir alors franchir avec lui, et avant lui, les épreuves qu'il appréhende : **changement**, renonciation à la maîtrise du temps (et donc du point de vue imaginaire, de la mort), perte, deuil (du pouvoir de guérir, qui est d'abord celui de lutter contre les forces du mourir), renonciation au savoir et à la maîtrise concernant l'origine du mal... pour contribuer à la construction d'un récit porteur de solution.

La résultante de cette permanence de l'« inconnu », du « mystère », de la « controverse » - pour reprendre les termes de D.B. Morris - en ce qui concerne la médecine de la douleur, est une pratique éminemment empirique et créative où le cas par cas reste la règle.

« <i>C'est presque un travail artistique [...] je pense que les médecins de la douleur sont des médecins créatifs.</i> » (Entretien avec A)

d. Paradoxe, mythe, rite

À entendre ses histoires, et la culture qu'elle a, la médecine de la douleur apparaît pétrée de paradoxes. Sa vocation serait de mettre en place une organisation qui concentre les pouvoirs conférés à celui qui gère la douleur, mais c'est pour résister de toute force à en faire autre chose que de remettre ce pouvoir au patient ; cependant, ce n'est efficace qu'à la condition

que celui-ci ait d'abord admis qu'il l'avait, mais que le médecin l'avait aussi, et la société aussi. Il met tout en œuvre pour que ce que D.B. Morris appelle le « pouvoir visionnaire de la douleur » soit susceptible d'être utilisé...mais c'est pour fermer les yeux, se contenter d'une attitude toute pragmatique, et laisser au patient le soin de regarder... ou pas, d'ailleurs.

En conclusion de cette présentation du présent du passé tel qu'il se manifeste à travers les discours des médecins, je souhaite mentionner un autre historien, dont le travail est apparu en pointillé à travers l'ensemble de cette partie historique : J.-P. Peter, qui a évoqué « l'enclave mythique » de la relation médecin-patient, est un autre historien très fréquemment sollicité dans les colloques ou publications de médecine de la douleur.

Je me dois de l'évoquer ici, car son travail fait partie de la culture qu'elle 'a'. Néanmoins, il a réussi, me semble-t-il, à parler en même temps de la culture qu'elle a et de la culture dans laquelle elle se situe. Il s'est aussi beaucoup intéressé à la situation particulière faite aux femmes. C'est pourquoi j'évoquerai son travail plus longuement en rapport avec ces questions.

Il évoque, non sans raisons, et dans des termes assez durs, les « procédures savantes de la méconnaissance » dont a fait l'objet la douleur des patients, et des patientes en particulier : son élision, dans les pratiques médicales. Il énonce également que sa prise en charge fait l'objet, dès le début des études médicales, d'un consensus puissant, mais implicite, qui détermine les règles de l'attitude médical vis-à-vis de la douleur. Ma propre expérience ne contredit pas, loin s'en faut, ces propos.

Mais c'est encore un paradoxe : les règles à ce sujet sont mises sous silence au point d'en être éludées, et la plainte douloureuse avec, et cependant, elles sont centrales à l'établissement des valeurs du groupe. Il convient ici de reconnaître que se joue, décidément, avec la douleur, quelque chose de l'ordre du rite, et ce, dès la formation - dès l'initiation - des médecins.

J'espère avoir montré que les médecins ressentent, face aux enjeux que soulève la douleur, un danger immense. Il ne s'agit pas juste de perdre le privilège ponctuel de l'emprise personnelle qu'il a sur le patient. Les enjeux sont plus archaïques, plus collectifs. Ce sentiment de menace justifie, ne serait-ce que dans l'intérêt du patient, des mesures de protection aussi puissantes que le danger lui-même. Ce danger éveille, dans l'imaginaire, la mythologie : la réponse le sera donc aussi, d'où l'appel à une organisation qui emprunte aux rites sa puissance. Jusqu'à récemment, ces mesures de protection s'appuyaient beaucoup sur le silence, d'une part, et sur la science expérimentale, d'autre part, pour écrire leur exégèse rituelle. Avec la médecine de

la douleur, une autre période s'ouvre : des paroles sont revenues en lieu et place de certains silences, et il faut s'atteler à les organiser, il faut reprendre l'écriture, une autre écriture. C'est, entre autres, pour cette raison qu'elle se saisit de l'histoire.

En fait, le mythe est an-historique : dormant, ou éveillé, il recycle sans cesse les mêmes éternels mystères, sous des formes différentes. Essentiellement, on le voit, les mythes qui s'éveillent dans l'enclave de la relation médecin-patient, s'agissant de la douleur, ont trait aux rapports du corps et de l'âme. C'est pourquoi, s'agissant de comprendre la culture dans laquelle elle se situe, nous reviendrons, avec J. Pigeaud, sur les mythes médicaux qui concernent ces rapports, afin de se demander ce qu'il en advient aujourd'hui. D'ores et déjà, nous pouvons faire un constat simple : si la fonction du mythe mis en place à partir de Pinel avait aussi été de passer sous silence ces questions, la période de silence s'est achevée avec l'émergence de la médecine de la douleur.

Tout ce qui vient d'être dit, par les médecins eux-mêmes, sur la **pluridisciplinarité**, ses enjeux mythiques, rend compte de l'intérêt de la société toute entière, et du législateur en particulier, pour ces questions.

Qu'il s'agisse de mettre au *travail* des enjeux mythiques, ou de déterminer pour le patient un espace libre d'instrumentalisation politique, la médecine se trouve ici en situation de recommencer à se penser elle-même comme un élément de la culture et de la société où elle s'exerce, et non comme une entité neutre et sacrée à la fois - au titre de la protection de la vie humaine - laïque, dépolitisée, débarrassée de la culture, de la religion, et de leurs encombrantes croyances.

Dans le récit qu'ils font de leur pratique, où l'on voit nettement le présent du passé, il apparaît qu'une médecine qui souhaite véritablement faire face à la douleur est amenée à prendre en compte le fait que la société lui attribue une fonction d'ordre. 'Ordre' est ici entendu au sens de l'ordre social, mais aussi au sens anthropologique de la correction des désordres qui affectent les sociétés humaines, au premier plan desquels la maladie, la mort.

La médecine de la douleur va-t-elle tenter de résorber en son sein le 'tout du sens' de la douleur, corps, âme, société, culture... tout cela va-t-il tomber à présent dans le domaine médical ? Entre médecine humaniste, et humanisme résumé au médical, il y a là une oscillation qui témoigne aussi du présent du passé, et d'antiques débats. Il y a aussi un risque réel de dérive politique. Prévenir cette évolution ne repose pas que sur les médecins.

Il apparaît aussi que le travail du médecin de la douleur nécessite beaucoup de courage, et de générosité. Il est difficile, pour moi, de parler de ces valeurs sans être, immédiatement et à divers titres, impliquée émotionnellement. Je connais les médecins en question. J'ai travaillé avec certains d'entre eux. Je sais ce que je leur dois, ce que les patients, et surtout les patientes, leur doivent. Je connais les risques qu'ils prennent. Je sais le prix que les acteurs de la médecine de la douleur payent, ou ont payé, pour leur courage. Il est élevé. Que l'on adhère ou pas, cependant, à ces valeurs et à ces émotions, il convient de remarquer, tout simplement, qu'il y a « valeur ». Que la médecine, en général, soit une valeur, ou bien soit porteuse de valeurs, est l'un des objets de son assourdissant, et douloureux, silence.

B. LA CULTURE QU'ELLE

EST : COMMENT ÇA

FONCTIONNE? Première

analyse de la clinique et des cas.

La biomédecine contemporaine n'est pas, comme on pourrait être autorisé à le croire, pure science. Si elle est aussi « *un art* », il est une image, souvent reprise par les médecins, qui me paraît fondatrice de ce qu'il lui reste de poésie : « la santé, c'est la vie dans le silence des organes ». Et c'est effectivement à leur médecine que la société et la culture, en France, confient l'organisation et la préservation de ce silence.

Pourtant, la médecine, on l'a vu, est aussi une écriture ; mais alors, les mots qu'elle choisit sont les gardiens du silence des organes. C'est le paradoxe de notre biomédecine : tant de mots pour organiser le silence. Le corps, les organes, doivent se taire.

Il importe ici de ne pas dire seulement 'médecine', mais de préciser 'biomédecine', pour situer, culturellement et historiquement, cette poésie particulière et ce paradoxe :

Historiquement, l'énoncé de cette phrase par Leriche correspond à une période florissante, particulièrement optimiste, de l'alliance de la médecine avec les sciences expérimentales : l'avènement de la biomédecine.

Du point de vue culturel, il convient de préciser que ce n'est pas, loin de là, le fait de toutes les médecines, dans toutes les sociétés et toutes les cultures, que de se fixer pour objectif le silence des organes, ou de considérer qu'il y a là 'santé'.

D'autres écoutent les 'organes', comme autant de messagers ; ils ne sont pas conçus comme des éléments appartenant au corps ou à un individu, mais comme des éléments qui ne relèvent pas du régime de l'appartenance individuelle : communs à tous, issus des échanges entre les parents et donc entre leurs clans respectifs, si ils 'appartiennent', c'est au corps social ; par eux, l'individu et le monde invisible et l'environnement communiquent. Ces médecins se fixent pour objectif de répondre au message, issu de l'invisible, qui transite par les organes. Il n'y a pas, pour eux non plus, de guérison, sans guérison du mal à son origine. Mais ils recherchent l'origine au-delà du corps, au-delà de l'individu, et au-delà du visible. Faire taire le message ne peut donc être une fin en soi.

Voici comment des anthropologues peuvent l'énoncer, s'agissant pour l'exemple des résolutions, en Nouvelle Guinée, des problématiques d'infécondité : « Le vocabulaire de la substance ne relève pas ici d'une perspective biologique (laquelle ne connaît que les corps individuels) dans le sens où nous l'entendons en Occident et qui reviendrait à dire que la personne est constituée d'organes et de tissus. C'est exactement le contraire. On emploie ce vocabulaire non pour révéler que la personne est décomposable en éléments infra-individuels, selon l'idéal divisionniste de la science occidentale, mais pour montrer qu'étant constituée d'éléments supra-individuels (...) elle n'a de réalité que par rapport à des totalités sociales agissantes . Le vocabulaire des humeurs et substances corporelles est utilisé pour dire, avec les mots dont on dispose, que le corps est le fruit de relations et d'échanges paternels et maternels : il ne s'agit pas de le décomposer mais de l'intégrer, de montrer à quoi il est relié. La substance physiologique elle-même est une chose commune, socialement manipulée. En employant ce langage, les sociétés de Nouvelle-Guinée parlent en sociologues, pas en biologistes. »³³⁰

³³⁰ Breton S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un corps?*, Musée du Quai Branly & Flammarion, Paris, 2006.

Quand le biomédecin couvre de mots savants le bruit des organes, dans l'espoir de les voir retourner au silence, il agit certes en biologiste ; mais pour peu que le bruit ne cesse pas, le voilà contraint de s'occuper de ce « reste de l'humain » évoqué par J.-J. Kress au sujet de la plainte persistante, cet « appel à l'ordre du monde », qui le fait, à son corps défendant, sociologue. Il s'en défend en s'adressant à la psychologie ou à la psychiatrie, et garde le plus souvent pour lui-même, ou pour les coulisses de sa profession, ses réflexions 'sociologiques' ou philosophiques. Il n'en reste pas moins que le sociologue perce sous le biologiste. La biologie et ses mots apparaissent alors, en accord avec leur histoire, comme une construction intellectuelle gagnée de haute lutte contre un imaginaire collectif toujours en éveil mais que ne soutient plus une mythologie collective susceptible de la mettre en sens.

*

En biomédecine, le silence des organes est le témoin du succès du médecin, et de la médecine ; la plainte du patient est le premier bruit des organes, avant leurs 'bruits' propres, ne serait-ce que parce que sans elle, il n'y a pas de motif de consultation. Quoi de plus irritant alors, fragilisant aussi, effrayant peut-être, culpabilisant à coup sûr, qu'une plainte qui persiste, surtout si l'on ne peut se l'expliquer ? Et que dit cette plainte, si elle ne témoigne pas de la lésion, visible, d'un organe ?

Le médecin, face à la douleur, chronique, inexpliquée, s'il s'en préoccupe sincèrement, dans le souci authentique du soulagement du patient, et avec tous les outils des découvertes les plus récentes de la science expérimentale, est inévitablement mis face à un paradoxe : n'ayant plus le substratum lésionnel, mais seulement la plainte, comme objet, et comme témoin de sa réussite ou de son échec, il a pour objectif de la faire taire ; or, même sans être médecin, on comprend aisément que 'faire taire' ne peut être l'objectif d'une relation empathique.

Ayant lu les cas cliniques, ayant accompagné les patientes, comme le font les médecins de la douleur, dans les récits qu'elles donnent à entendre pour peu que l'on s'y intéresse, on comprendra que, quand tant de souffrances et de colères sont en jeu, il n'y a pas d'alliance thérapeutique qui tienne tant que l'on n'a pas d'abord entendu, reconnu, compati, surtout si la colère est adressée à la médecine (erreurs thérapeutiques etc).

Je peux donner de cette problématique du ‘faire taire la plainte’ un autre exemple très concret, dont tout un chacun, s’il le souhaite, peut faire l’expérience pour lui-même : lors des formations que je fais aux soignants, quand j’aborde la question de l’évaluation, pour leur expliquer à quoi elle sert, je leur propose un petit exercice. Il s’agit d’auto-évaluer un de ses propres problèmes. Il faut d’abord le choisir, le nommer, mais à la première personne. Comme on dit ‘j’ai mal’ ou ‘ma douleur’, il faut que ce problème soit ‘le leur’. Par exemple, il ne s’agit pas de choisir : ‘le trou dans mon compte en banque’, mais, ‘mon inquiétude par rapport à mon compte en banque’, ou ‘ma tendance à dépenser au-delà de mes moyens’. Ceci étant fait, lui attribuer une note entre zéro et dix, puis se demander comment on pourrait faire pour que cette note baisse d’un demi point d’ici, par exemple, six semaines. Ensuite, on prend l’inverse du problème (exemple : ‘ma réassurance’), on le note entre zéro à dix, et l’on se demande comment faire monter d’un demi point en six semaines. C’est un exercice très intéressant. A son terme, je pose aux soignants en formation un certain nombre de questions, dont celle-ci : que penseriez-vous si quelqu’un vous disait : ‘je peux amener votre problème à zéro’ ? Invariablement, ils répondent qu’ils ne le croiraient pas, ou même qu’ils ne le voudraient pas, car il s’agit de leur vie, de leur libre-arbitre, de leur personne. Pendant cet exercice, il apparaît en général que des solutions existent, mais que pour un certain nombre de raisons personnelles on ne fait pas les choix qui permettraient de nous soulager du problème. Cet exercice permet de faire comprendre aux soignants l’ambivalence des plaintes douloureuses chroniques : une fois qu’elles sont inscrites dans le tissu de la vie quotidienne, familiale, professionnelle, la demande du patient va certes être de le soulager, mais en même temps, il va y opposer une résistance importante, et à juste titre, si l’on ne prend pas le temps de comprendre les raisons, et surtout les histoires, de ses choix.

Il a donc fallu, à la médecine de la douleur, inventer une autre alternative à la plainte, que le silence. Elle a répondu à ce paradoxe par le temps : le temps nécessaire au *travail* du langage, de la demande et du récit : les siens, et ceux des patients. Il lui a fallu pour cela réinventer un langage, des catégories, et des récits, et s’inventer, aussi, comme philosophie et comme sociologie. La médecine de la douleur exerce en bonne partie son pouvoir thérapeutique par la narration. Pour que cela soit possible, il lui a fallu aussi écrire sa propre histoire, sa propre culture, ce qu’elle fait cependant en intégrant le travail des historiens et des anthropologues. Ceci est une autre manière de répondre par le temps au paradoxe posé : elle n’écrase pas le temps au même titre que le reste de la biomédecine, tout du moins pour le moment, alors qu’elle est encore en quête de légitimité, et, dans une certaine mesure, marginale. A l’instar de

la psychanalyse, la médecine de la douleur ne peut seulement être décrite : elle doit être racontée. Ses pratiques et ses discours n'ont de sens qu'en lien avec l'histoire des pratiques biomédicales de la douleur et d'abord avec celle, vraie ou pas, qui est celle que connaissent et se racontent ses praticiens et ses soignants.

Cependant, il reste à noter un constat d'importance : quand elle parvient à ses fins : soulager les patients, il y a bien arrêt de la plainte, et retour au silence. Qu'est-ce qui se tait alors, si ce ne sont pas 'les organes', ni *la tête*? Et pourquoi leur accorde-t-on de l'attention, aux uns et aux autres, si ce n'est pas à eux de se taire ?

*

J.-P. Peter a écrit : « Que la femme ait été acculée à l'hystérie pour se faire entendre, voici l'horizon de ses archives ». On ne pourrait plus justement résumer ce qui a motivé mon intérêt de clinicienne pour la médecine de la douleur : que l'on ait trouvé en médecine, un moyen d'entendre ces femmes qui ne les acculent pas à l'hystérie. C'est ensuite ce qui a motivé ce travail : comprendre en quoi consistait le changement en question, et, l'ayant compris, comprendre ce qui faisait que ce changement d'apparence si simple et si peu coûteux (financièrement parlant) était si difficile à mettre en place.

Pourquoi, comment, celles à qui l'on avait si longtemps intimé de se taire, pouvaient enfin parler, ou tout du moins 'être entendues', ce qui n'est pas nécessairement la même chose. Et de quoi 'parlaient-elles' donc, pour que cela gêne autant ? Y avait-il là quelque secret ? Quelque tabou ? A tort ou à raison, j'ai une trop grande confiance en la philanthropie médicale pour croire qu'un tel silence ait pu leur être si longtemps imposé, et à quel prix pour elles, sans raison valable de dimension véritablement humaine, et pas seulement politique ou économique - raison jamais énoncée, pour la bonne raison qu'elle n'est pas connue, ni sue. Mais si tabou il y avait, comment la médecine de la douleur et les médecins eux-mêmes, individuellement s'organisaient-ils pour faire face à ces craintes, à ces dangers réels, peut-être ?

Silence et secret des organes, silence et tabou de la médecine sur ces propres pratiques et les territoires qu'elle craint : il y a, autour de la douleur en médecine, plusieurs modalités du silence médical qui se rejoignent, s'agissant en particulier de l'hystérique. Sans doute est-ce

lié à ce que J.-P. Peter, évoquant la rencontre entre le médecin et le patient face à la douleur, nomme l' « enclave mythique ». En tant qu'étudiante en médecine puis jeune médecin, j'ai fort bien perçu les territoires de silence, les questions sans réponses, les questions « en trop » ou malvenues. J'ai aussi fort bien pu percevoir ce que ce type d'exercice médical faisait taire en moi, ou en mes camarades ; ce qu'*a contrario* laissait s'exprimer la médecine de la douleur.

*

La médecine de la douleur a changé la nature du 'silence des organes', elle a réinventé une autre modalité du silence, dont le moindre des paradoxes n'est pas d'être le silence qui résulte d'un récit efficace. C'est un silence... poétique. Dans un processus d'invention, de création, il y a inévitablement destruction de ce qui précède. En me faisant exploratrice de ce moment créatif, j'ai inévitablement été confrontée à la mise à jour de ce qui précédait, du silence précédent. Il y a donc eu un moment où, comme on dit, « l'empereur est nu ». Il a fallu déshabiller la médecine, non pas de ses vêtements, mais de l'illusion de vêtements : de l'illusion par laquelle toute habillée de mots, elle n'était pourtant que gardienne d'un silence, afin de voir vers où se déplaçaient le silence, et le secret, du nouvel empereur.

Je me suis trouvée dans une position délicate : comme mes patientes, je devais forcer le silence médical ; parlant d'elles, parlant en leur nom, je parle, à partir d'un quelque part du corps, ou de l'âme, ou d'un entre-deux, ou d'un ailleurs ; comme pour elles, cette voix déraisonnable refuse de se taire, quoi qu'il m'en coûte. Etant initiée, médecin, il m'en a beaucoup coûté de mettre l'empereur à nu. Mais si j'ai pu le faire, c'est que la médecine de la douleur, nouvel empereur, a rendu cela possible.

Au moment de recueillir les entretiens avec les praticiens, j'étais inextricablement interne en médecine, et chercheur débutant en sciences humaines.

Les propos qui m'ont été tenus l'eussent-ils été si je n'avais pas été interne en médecine ? Je n'ai pas de réponse à cette question. Si la culture se définit par ce qui se transmet au sein d'un groupe donné, j'aurais plutôt tendance à croire que ce qui m'a été dit l'a été pour deux ordres de raisons : d'une part, parce qu'interne en médecine m'intéressant à la pratique de la médecine de la douleur, il était important, souhaitable, de me transmettre ces pratiques, en

tant que futur praticien moi-même. Il y a donc bien quelque chose de la transmission d'initié à novice dans ces propos.

En même temps, ces entretiens ont été faits pour mon DEA de sciences humaines, de manière parfaitement explicite. Il n'est donc pas concevable que les personnes m'adressant ces propos n'aient pas eu connaissance du fait que ces propos s'adressaient aussi à la société au sens plus large, c'est-à-dire, pas à la société savante des médecins de la douleur, mais à la société dans laquelle elle se situe. Si cela n'avait pas été explicite au moment des entretiens je ne pourrais pas ici écrire cette parole.

Il y a donc bien comme un filin lancé par-dessus le fossé qui sépare parfois le monde médical du monde non-médical. C'est à la fois adressé à moi comme la transmission du fait que ce lancé de filin est nécessaire (le contenant), mais c'est aussi un contenu, un contenu imaginaire, un contenu narratif, que je suis invitée à raconter hors de la médecine.

Donc, pour en revenir à ma question : aurais-je recueilli ces propos si je n'avais pas été interne ? Je pense que non, mais je ne l'aurais pas non plus recueillie si je n'avais pas été chercheur en sciences humaines. Cette parole est transmission d'un contenu, mais c'est aussi la transmission du fait même que l'enclave de la relation médecin-patient, en particulier dans le contexte de la douleur, s'ouvre.

Sur la nature de cette ouverture on peut émettre des hypothèses : il y a, là, à la fois la diminution du secret ; il y a aussi comme le rétablissement d'une unité entre médecine et anthropologie, la diminution des clivages disciplinaires, peut-être une volonté de repenser la médecine, il y a aussi une remise en jeu de la médecine en tant qu'elle appartient à une culture. Elle a une culture, nous venons de le voir (ce qui se transmet) ; elle est une culture, en tant qu'elle s'invente comme philosophie, comme sociologie, et qu'elle s'invente un langage, une écriture, des catégories du mal et du malheur, et qu'elle s'organise pour transmettre ceci : c'est ce que nous allons voir maintenant. Elle fait aussi partie d'une culture, et c'est ce que nous verrons pour clore cette partie historique et culturelle.

Pour aborder la culture qu'elle est, je me pencherai successivement sur chacune des organisations qui m'ont paru receler les sources de l'efficacité, du point de vue de la croyance des professionnels, de leurs représentations, de leur imaginaire. Je me suis fiée, pour cela, à la fois à ce qui en est dit, explicitement ; et surtout à ce qui est mis en œuvre, y compris de manière implicite. Etant moi-même, pendant ce travail, médecin de la douleur en apprentissage puis membre de l'équipe, je fus bien placée pour connaître celles qui, parmi

leurs pratiques, étaient pour eux les plus essentielles, que l'on puisse ou non m'en donner les raisons. Je fus aussi bien placée pour observer dans quelle mesure ces représentations d'une thérapie efficace rencontraient, ou non, celles de mes patientes³³¹. Je vais donc décrire successivement : les usages de la parole et du silence ; les pratiques de la douleur elle-même, infligée ou soulagée ; les organisations du mouvement, et du temps.

1. LA PAROLE : La parole est pouvoir : là est l'efficace

En médecine de la douleur, la parole des professionnels est reconnue, par mes patientes comme par les professionnels, comme efficace (en bien, comme en mal).

Voici quelques exemples concernant le point de vue de mes patientes : ainsi Madame T, faisant état d'une aggravation liée pour elle à la non-reconnaissance, par le médecin conseil par exemple, nous dit-elle que ce fut : « *pire que tout* ».

Mme T évoque également une amélioration par le 'mot', quand un diagnostic médical a été fait : « *le fait qu'on ait mis un terme médical sur mes douleurs c'est incroyable ce que ça apaise* ».

Le diagnostic participe de la reconnaissance et de l'efficacité de la parole : l'attribution du nom de fibromyalgie au syndrome douloureux est tantôt vécu comme un soulagement, une reconnaissance (cas le plus fréquent) : ce n'est pas « *dans la tête* ». Ainsi Mme T : « *mon médecin évoque le syndrome de fibromyalgie. Je ressens comme un soulagement que l'on mette un nom médical sur mes douleurs et ma fatigue même si j'ignore tout de ce syndrome* ». Ou encore, Melle L : « *un diagnostic donnerait de l'espoir* ». Tantôt (c'est beaucoup plus rare) cela est ressenti comme une aggravation : c'est plus grave que si c'était seulement « *dans la tête* » puisque la médecine a un nom pour cela : ainsi Mme U : « *ça a été très difficile d'admettre que ce n'était pas psychosomatique* ». Pour Madame V, c'est encore différent : elle est en colère vis-à-vis du diagnostic de fibromyalgie car pour elle cela veut dire : « *c'est dans la tête* ». C'est une enseignante, plutôt une intellectuelle, et elle ajoute : « *c'est un problème de société. Quand on a un diagnostic les gens comprennent. On veut toujours avoir une cause.* »

Voici maintenant des exemples tirés des propos tenus par des professionnels :

³³¹ La plupart des observations cliniques analysées ici se rapportent aux patientes évoquées dans les cas. A noter que peuvent apparaître des initiales nouvelles : à l'occasion, je me suis appuyée sur des observations ne figurant pas dans les cas présentés.

Le médecin lui-même met parfois en garde l'équipe : ainsi pour Mme F et Mme V, il dira : *« éviter chez elle l'étiquette/le vocable fibromyalgique »*.

J'ai fréquemment entendu des discussions entre le médecin responsable et les patients concernant l'utilité (ou pas) pour les patients d'utiliser ce diagnostic, ou de s'en prévaloir auprès de leurs proches, ou auprès de leurs interlocuteurs médicaux. La raison la plus fréquemment avancée pour une telle prudence est le rejet et l'atmosphère de suspicion que soulève souvent ce diagnostic chez les médecins, et en particulier chez ceux qui sont chargés d'évaluer les invalidités pour les traduire en termes financiers : médecins-conseils de la Sécurité sociale, médecins du travail, médecins experts. Ce rejet est considéré comme potentiellement préjudiciable au patient, au-delà même des aspects de reconnaissance financière ou légale : c'est la reconnaissance dans sa dimension affective qui risque d'être mise à mal.

A d'autres moments, les reformulations des paroles du patient, face à lui, sont utilisées comme des outils de soin à part entière. Ainsi, Madame M, qui voyait toujours le 'verre à moitié vide', ou formulait son contentement par exemple de la manière suivante : *« je ne regrette pas d'être venue...ce séjour va m'apporter beaucoup dans le futur »* se voyait promptement reprise : les yeux dans les yeux, il lui était signifié que cette formulation n'était peut-être pas garante d'un réel investissement efficace dans l'ici et maintenant. Compliante, elle acquiesçait en souriant et modifiait sa formule pour évoquer le temps présent. Au début, elle avait été un peu choquée par ces reprises du médecin ; j'étais repassée la voir, et nous avons discuté ensemble de l'importance des mots. Nous en étions venues à parler poésie, littérature. Et c'est finalement sur ce thème qu'une alliance thérapeutique est née : elle a saisi la possibilité de mettre de la grandeur même dans sa souffrance, et s'est peut-être aussi trouvée moins seule de rencontrer dans les pages des poètes des sentiments voisins des siens, et aussi une forme d'évasion.

L'importance de la parole dans le soin est manifeste, tant pour le patient que pour l'équipe, et porte sur les mêmes aspects : parole qui fait loi (diagnostic, nommer les violences, participer aux procédures de reconnaissances), parole qui fait sens (appel à l'ordre du monde), parole qui apporte ou non des métaphores, un imaginaire porteur de solution, parole que l'on met en ordre (évaluations, dossier), paroles aussi d'empathie ou d'apaisement, place des techniques de la parole et de la communication...

Si la parole du médecin est celle qui est la plus commentée (c'est la parole officielle, celle qui sera écrite, celle qui fera loi) dans les cas cités, la cohérence de celle de l'ensemble de l'équipe est très souvent mise en avant par mes patientes - ou regrettée quand elle est perçue comme absente, cf Mme V -, qui apprécient sa continuité, en particulier sa reprise quotidienne par les infirmières, et l'espace qui est accordé à leur parole de patient. Comme dit Mme M : « *à force d'être confortée dans la même direction, ça imprime mieux* ».

A l'« efficacité de la plainte » décrit par J.-J. Kress répond l'efficacité de la parole³³² : efficacité, pour l'équipe pluridisciplinaire, du point de vue de sa protection et de sa recherche d'efficacité soignante ; efficacité, pour le patient, dans le soulagement de sa souffrance globale, et souvent de sa douleur.

*

Théorie, croyance, idéologie ? Cette primauté accordée à l'efficacité de la parole est avant tout un élément essentiel de la philosophie et de l'anthropologie que s'invente la médecine de la douleur.

La parole y est pensée comme efficace pour le soin : Il y a à cela une base théorique ; mais c'est aussi une **culture**, de la parole efficace, avec un accent mis sur certaines techniques de la parole, sur la pluralité des paroles (pluridisciplinarité). A cette parole est accordée d'autant plus d'importance que la patiente arrive avec une 'suspicion' d'hystérie.

C'est aussi une anthropologie et une philosophie, puisqu'elle porte en elle une certaine représentation de l'humain et des origines du mal. C'est vrai aussi s'agissant de la biomédecine ; mais en biomédecine, ces représentations ont évolué vers une telle évidence, qu'il n'est plus nécessaire de le dire. Ces représentations n'apparaissent pour ce qu'elles sont que face à des représentations différentes qui les mettent en échec. Ici, mettre en œuvre une conversion à une nouvelle anthropologie, à une nouvelle philosophie est le premier *travail* commun au médecin et au patient.

Habituellement, en biomédecine³³³ il existe un net clivage entre le « corps objet », le corps 'du médecin' pourrait-on dire (« les organes »), qui vont parler par la bouche du médecin, dans son

³³² Kress J.J., « L'efficacité de la plainte », in *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3, 1989, pp 305-307.

³³³ Laplantine F., « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », in Jodelet D. (dir.), *Les Représentations sociales*, collection « Sociologie d'aujourd'hui », P.U.F., 1989, pp. 297-317; Benoist J., « La maladie, entre nature et mystère », conclusion de Massé R. et Benoist J. (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris 2002 ; Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

langage, en bonne partie inaccessible au patient, et le corps vécu, perçu, imaginé, support des représentations, du patient - le « corps sujet » pour Ricoeur, la psyché pour la plupart. Ici la rencontre va tendre à s'accorder sur une parole **commune** qui trouve son origine dans un 'corps' **commun**. On va s'efforcer de convenir d'une parole, qui est **commune** en ce que tous les protagonistes de l'action, patient compris, apprennent à la pratiquer. La prise en charge est à chaque fois, pour chacun, une nouvelle occasion de 's'entraîner'.

Mais elle est **commune** aussi parce que tous l'entendent comme une et indivisible, témoignant d'une origine de la parole qui est 'commune' au 'corps' et à la 'psyché', ou au 'corps objet' et au 'corps sujet, et à d'autres choses encore peut-être, qui ne résident pas nécessairement à l'intérieur de la personne - somme toute, peu importe : elle est.

Ainsi, quand les professionnels évoquent la nécessité d'un « *langage* » qui soit « *commun* » entre eux, et avec les patients, ce qui est en jeu n'est pas seulement son contenu mais aussi sa source : qui « parle » ? Les « organes » ? La « psyché » ? La personne ? Autre chose ?

En fait, il s'agit de définir une source commune de pouvoir, puisque si l'on attache autant d'importance à cette parole, c'est qu'elle porte une bonne part de l'efficacité de la prise en charge, efficacité dont on sait qu'elle est autant symbolique, que technique. C'est le lieu du « mystère » évoqué par Z. Ce 'lieu', à l'instar du 'corps' en biomédecine, « résume l'essentiel de la rencontre » et en est largement « l'objet sacré » (dans le cas du 'corps' du médecin, l'auteur ajoute : « accessible aux seuls initiés »)³³⁴. Mais il n'est ni strictement 'le corps', ni la parole au sens où l'on entend habituellement ces termes à l'hôpital, c'est-à-dire le 'corps' du médecin d'une part, et l'expression exclusive de 'la psyché', d'autre part. C'est un compromis entre les deux, quelque chose que je résumerai, avant de le décrire plus avant, et en m'appuyant sur les propos des patientes, sous le nom de 'parole du corps'.

Il s'opère un déplacement du lieu perçu du pouvoir vers un entre-deux, ou vers 'quelque chose' de tout autre ; la concentration des intéressés passe de l'un, à l'autre, ou plutôt des uns (les divers lieux sacrés de chaque profession) à cet 'autre' : un « lieu commun ». Nous verrons que s'il est difficile de le définir dans un langage qui emprunte à l'espace - le « lieu », comme le voudrait la tradition médicale, c'est peut-être bien qu'il s'inscrit au moins autant dans le temps, que dans l'espace.

Ce déplacement constitue un premier passage, rendu possible par la pluridisciplinarité.

³³⁴ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

Il se déroule aussi un second passage : celui de l'oral à l'écrit, qui vient renforcer le premier. Ce second passage correspond à la mise en œuvre, par le médecin de la douleur, de la fonction d'ordre propre à la médecine, pour elle-même comme pour les patients : le nom, la loi, la mise en narration et la reconnaissance sont autant d'éléments de ce qui se joue ici. Ce sont les catégories du mal, de la maladie et du malheur, comme les représentations et l'imaginaire de l'origine du mal, qui sont mises au *travail*, et subissent une métamorphose qui les voit faire une place inusitée aux réalités féminines. Ceci n'est pas la conséquence du fait que les patientes soient, le plus souvent - et toujours en ce qui concerne ce travail - des femmes. C'est un préalable, inhérent à la pluridisciplinarité telle qu'elle est organisée au CETD, qui va permettre, d'une manière inhabituelle en biomédecine, et sans que cela ait été conçu dans cette intention, que soit prise en compte la parole des patientes. Entre autres, nous verrons qu'il se déploie dans ce passage un intérêt pour la gestation et la mort, le vécu des procédures gynécologiques, les souffrances liées à la condition sociale, culturelle ou biologique des femmes. Le dossier et le courrier témoignent de l'importance accordée à la parole, et à la mise en écriture de la parole des femmes, qu'elles soient professionnelles ou patientes.

a. La médecine de la douleur s'invente comme philosophie et comme anthropologie : la pensée de la parole efficace.

Il y a à cela une base théorique

Nous l'avons déjà évoquée. J'en présente ici une synthèse, qui est aussi l'occasion de rappeler qu'elle se vit elle-même comme une philosophie et une anthropologie.

Voici comment je résume cette base théorique dans mes propres enseignements - j'y intervins en tant que médecin, et chercheur - destinés, je le rappelle, à tous les professionnels, médicaux, paramédicaux, psychologues, et parfois même administratifs :

L'IASP³³⁵ a ainsi défini la douleur en 1979 :

« an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. »

La Conceptualisation de la douleur en médecine aujourd'hui en fait donc

³³⁵ International Association for the Study of Pain ; définition reprise par l'OMS depuis le début des années 80.

une perception et une expérience en attente de communication. Cela a deux conséquences pratiques importantes pour le technicien :

Premièrement : c'est dans l'espace entre douleur perçue et douleur rapportée que se construit la plainte qui lui est adressée.

Nous citerons à ce propos, de nouveau, J.-J. Kress :

« Avec la plainte entre en scène ce reste du savoir médical qu'est le sujet, et au cœur de ce reste réside la souffrance. La plainte, indice de la souffrance, comporte un appel à l'acte destiné à soulager l'une, éteindre l'autre. Mais le médecin en formation constate bien vite que l'acte médical n'y suffit pas, que cet acte ne sature pas l'appel et la demande de la souffrance et qu'en réponse à cet appel il ne peut que proposer ce que le savoir et la technique ne lui ont pas apporté : l'agencement de la relation. Le savoir médical reste muet devant ce qui, de la souffrance, excède et épuise ses réponses, si bien que les limites mêmes de sa technique suscite la mise en jeu de la personne du médecin. » ³³⁶

La douleur est irréductible à sa mesure par la science expérimentale. Même dans le sein des recherches scientifiques les plus pointues, il est admis que l'espace entre la douleur telle qu'elle est perçue, et la douleur telle qu'elle est rapportée, reste un écueil incontournable par les seules techniques de la science expérimentale.

Deuxièmement : la charge symbolique de la réponse faite à cette plainte est susceptible d'être directement efficace pour faire évoluer l'expérience douloureuse.

A l'appui de cet argument nous citerons les Dr Cahagne et Guihard :

« La douleur, à partir du moment où elle est dite, hérite des propriétés abstraites du langage. Elle doit être logiquement déduite, c'est-à-dire identifiée (...) et autonomisée (...). La douleur ainsi conçue ne préexiste

³³⁶ Kress J.J., « Le psychiatre devant la souffrance », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 75-89.

pas à la formulation que le patient peut en faire mais bien au contraire elle en résulte.

Et c'est donc en favorisant les formulations des patients qu'on peut les conduire à mieux « penser » leurs propres douleurs (...) c'est (...) en la disant que le patient devient capable de se la représenter »³³⁷.

De ces différentes avancées « techniques » résulte l'efficacité soignante reconnue du récit, ou encore, comme le disent les auteurs d'un ouvrage d'éthique médicale consacré à l'utilisation du récit et de la narration dans le soin : « Stories matter! »³³⁸ C'est-à-dire que tout ce qui façonne l'expérience de la douleur (culture, mémoire...), aussi bien que les modalités de la communication, les représentations de la relation soignante, et d'une manière générale le langage (verbal et non verbal)...sont pleinement des outils de soin...

Cela a deux applications à la prise en charge de la douleur chronique :

Premièrement : regarder l'effet placebo non sous l'angle du dévoilement (d'une cause, d'un pourquoi plus ou moins honteux ou acceptable) mais sous l'angle pragmatique de l'efficacité, y compris symbolique (le comment : faire plus de ce qui marche).

Le placebo a souvent servi de repère pour dévoiler les attentes perçues comme déplacées (demande d'attention et de souci de soi, demandes de reconnaissance), débusquer les croyances, l'imaginaire et l'affectivité qui ajoutaient le mal à la maladie et fabriquait l'échec du traitement. Les patients ainsi désignés étaient stigmatisés.

³³⁷ Cahagne V. & Guyard H., « Douleur et médiation culturelle », *op.cit.*

³³⁸ Charron R. et Montello M. (dir.), *Stories matter : the role of narrative in medical ethics*, Routledge, N.Y., 2002.

Deuxièmement : adopter un *a priori* systémique : si la douleur-langage dure, c'est qu'elle a une fonction, et en particulier de lien, psychologique, social.

A ces écrits présentés sous forme de PowerPoint j'ajoute la lecture des commentaires suivants, plus ou moins reformulés selon la réceptivité de l'auditoire, et souvent assortis de nombreux exemples concrets. Il est notable que ce discours soit reçu, et compris, par toutes les catégories de personnel, souvent même plus facilement par les personnels soignants les moins qualifiés (aides à domicile, aides-soignantes...) ; il correspond manifestement à leur expérience :

Cette définition officielle de la douleur est un changement paradigmatique qui réhabilite l'expérience subjective comme 'suffisante' pour demander un soulagement, et comme source de connaissance, même en l'absence de lésion visible ou prouvable par les outils scientifiques. L'origine du mal peut être 'ailleurs' que dans une lésion visible, cela ne libère pas le médecin de son obligation de moyen, et il doit, aussi, explorer cet 'ailleurs'.

Le professionnel ne doit plus se satisfaire du « mythe des deux douleurs ».

Ce mythe se nourrit entre autre du dualisme hérité de Descartes, mais s'il dure autant, c'est qu'il est s'appuie avant tout sur une expérience, que certains anthropologues décrivent comme universelle, et qui sert de support aux constructions culturelles relatives aux parts matérielles et immatérielles de l'humain : par exemple le corps et l'âme.

Ces constructions culturelles sont à la base des registres interprétatifs de la maladie, et de la douleur en particulier, d'autant plus si le discours médical s'en empare.

Cette expérience de base, c'est celle de la capacité de notre corps à être absent, à disparaître de notre être qui se réduit alors à une partie... « sans corps »...(l'esprit?) qui pourtant ne peut exister que parce qu'elle est d'abord incarnée.³³⁹ Notre corporéité, notre matérialité est, du point de vue de l'expérience, un attribut secondaire de notre être au monde. C'est ainsi que nous nous percevons comme des êtres doubles

La formulation de Descartes a permis de faire entrer dans la légitimité du discours biomédical, et dans les catégories par lesquelles il organise son savoir, une variante de ces constructions culturelles.

Aujourd'hui, la même biomédecine affirme que la douleur n'est ni 'dans le corps', ni 'dans la tête'. Elle est une expérience en attente d'interprétation, expérience qui a trait à cette absence du corps à notre être. Absence, qui peut aussi être décrite en termes de trahison, ou de conflit.

« Je ne suis pas moi-même »

« Je ne me reconnais plus ».

« Je ne veux plus être celle là ».

« Je voudrais qu'on m'enlève la moitié gauche de mon corps »...

Cela suppose une reformulation radicale du « mythe des deux douleurs ».

*

C'est aussi une « culture »

Face à la douleur et à ses interprétations, patients et soignants sont, pour l'anthropologue plus 'mêmes' que 'différents': le sens à construire est construit ensemble, à partir de représentations

³³⁹ Csordas T.J.(dir.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

communes, qui vont peut-être raconter une histoire de soulagement, ici et maintenant. Peut-être pas.

Une collègue médecin de la douleur me disait récemment, en me demandant une formation pour les soignants de son équipe, que ce qui l'intéresse dans mon travail c'est ce qui montre aux soignants que face à la douleur, nous sommes tous face à une même culture, et aussi, aux mêmes impasses.

La médecine de la douleur se définit elle-même comme une **culture** ; on y « *croit* », ou pas ; cela n'a d'ailleurs rien d'étrange de partir faire un enseignement en lançant que l'on va « *répandre la bonne parole* » ; il faut « *faire passer le message* » au plus grand nombre.

S : Qu'entendez-vous par « culture douleur » ?

A : C'est s'imaginer que le patient puisse avoir mal.

(Entretien avec A)

➤ **La « culture douleur », dans les termes mêmes employés par les praticiens, est d'abord une culture de la parole** : elle est d'abord énoncé comme un « *langage commun* » basé sur un imaginaire commun : « *imaginer que le patient puisse avoir mal* », donc croire sa **parole**. Elle implique un changement de langage entre professionnels, mais aussi entre patients et professionnels. Le médecin responsable, se rendant en visite aux Etats-Unis auprès de l'auteur le plus publié d'articles scientifiques concernant la douleur, m'annonce qu'il va : « *au cœur du pouvoir de la douleur* ». C'est le pouvoir de la parole médicale, de l'écriture, et sa transmission par les canaux les plus légitimes, qui sont ici mis en avant.

➤ **Si la médecine de la douleur associe à ses fondements théoriques la nécessité logique de développer une technicité de la parole, elle ne choisit pas n'importe laquelle** : de nombreux intervenants, surtout parmi les médecins, se sont formés à des exercices psychothérapeutiques, et surtout aux approches nord-américaines issues des théories de la communication de G. Bateson (approche solutionniste, approche systémique, métaphore thérapeutique, hypnose ericksonnienne, approche narrative). L'utilisation de métaphores, comme l'hypnose conversationnelle, sont utilisées quotidiennement au CETD. On peut se reporter pour plus de détails au contenu des formations sur « **la relation avec le patient douloureux chronique** », présentées en Annexe 4.

Je disais : « pas n'importe laquelle ». J'entends par là qu'il ne s'agit pas ici de techniques reposant sur des modèles explicatifs du fonctionnement psychique, avec ce que cela implique de 'savoir' pour un praticien qui 'aurait les réponses', mais véritablement de techniques de négociation et de communication. Il est notable aussi que nombre des auteurs cités en références dans ces pratiques (P. Watzlawick, J. Zweig...) ont été influencés dans leur formation non seulement par Bateson, mais aussi par K.G. Jung.

Dans son travail sur le « consentement à la psychothérapie »³⁴⁰, J.-J. Kress rappelle que le consentement au soin, en général, s'appuie sur une reconnaissance bilatérale de la valeur du savoir qui sous-tend la pratique ; mais il est aussi lié à la personne du soignant et à la souffrance du patient, qui peuvent occulter ce rapport au savoir.

Le savoir, par essence, est très lié au désir (désir de savoir), et à la transgression (et à la culpabilité) que comporte le fait de 'savoir'. Ceci est particulièrement vrai quand il s'agit d'un savoir qui concerne l'intime du corps ou de la psyché. À ce désir et à cette transgression s'ajoutent de nombreuses autres influences, quand ce 'savoir' se veut 'savoir sur le bien du malade'.

Dans la psychothérapie le savoir se double d'une action susceptible d'induire des transformations chez l'autre, ce qui comporte le risque de mécaniser ce qui est vivant, ou d'une manière générale de nuire à son autonomie et à sa dignité

Ceci est en outre d'autant plus troublant quand le savoir en question - ici les théories du fonctionnement psychiques - ne peuvent jouir du caractère universel et vérifiable qu'apporte la science expérimentale. Ainsi, consentir à une psychothérapie, c'est aussi consentir à une certaine représentation de l'humain, et donc à telle ou telle conception anthropologique. Adopter, choisir, telle ou telle forme de thérapie, pour le patient comme pour le soignant, c'est aussi l'aimer, et cela comporte une part inévitable d'idéologie.

Savoir sur soi-même ou sur l'autre, connaissance de l'autre, respect ou non d'un espace de mystère ou d'inconscient auquel sont rattachées l'autonomie, la dignité, la créativité aussi du vivant, du « sujet », y compris au prix d'une part de souffrance nécessaire à cette dignité, sont des questionnements éthiques qui concernent tout professionnel qui travaille 'la parole'.

³⁴⁰ Kress J.J., « Aspects éthiques du consentement à la psychothérapie », *Annales de psychiatrie*, vol.13, n°2, 1988, pp. 85-89.

La psychothérapie a aussi des aspects solaires (réalise-toi toi-même, devient autonome) et des aspects nocturnes (visiter nos « zones d'ombre »). Or si l'inconscient, pour l'analyste, recouvre notre part de mystère et d'obscurité, il est un espace qui lui est lié pour l'anthropologue³⁴¹ mais dont l'analyse, à l'exception de Jung, dit fort peu de choses, contrairement à l'art, c'est celui du numineux. On voit bien pourtant que dès lors que l'on s'adresse à une conception anthropologique de la personne, il est difficile de ne pas considérer aussi l'humain dans sa dimension transcendantale, c'est-à-dire aussi d'aborder le numineux.

Dans ses premiers travaux sur l'inconscient, Freud fait lui-même le parallèle entre inconscient et « malin » ; la sorcellerie et la femme y sont associées.

Que dit F. Roustang, auteur très écouté et très respecté dans le champ de la médecine de la douleur (il a rédigé plusieurs ouvrages sur ce sujet), pionnier de l'hypnose Eircksonnienne française, ancien psychanalyste, dans *La Fin de la plainte*³⁴², de la connaissance de soi-même ? Il ne se fait pas l'avocat de cette connaissance de soi-même comme voie du bonheur. Il critique vivement le fait que le concept de **narcissisme** ait remplacé, progressivement, pour la psychanalyse, celui de psyché. Selon la psychanalyse, grossièrement, l'enfant naîtrait dans le chaos, et l'individu se structurerait progressivement autour de ce **narcissisme** : l'amour de soi serait alors la structure de base qui organise notre rapport au monde (organise donc ce chaos) et en particulier l'amour d'autrui. Cet amour de soi passe essentiellement par le regard (de Narcisse en son miroir).

Il propose de retourner à Psyché, plutôt qu'à Narcisse, comme mythe fondateur de nos représentations de l'âme et de l'organisation de notre être au monde, cet être au monde par lequel nous aimons le monde. Dans le mythe de Psyché, contrairement au mythe de Narcisse, le 'voir' est interdit. Par le 'voir' vient la mort : « tu peux me toucher, mais non pas me voir, car me voir est mettre une distance excessive entre ce qui anime et ce qui est animé : l'âme tombe alors dans le gouffre qui sépare le regard de ce qui est regardé. » Il défend la primauté du corps, de la perception, des cinq sens et du toucher en particulier, dans la construction et la

³⁴¹ Laplantine F., *Les Trois Voies de l'imaginaire*, Éditions Universitaires, Paris, 1974.; Pulman B, « Psychanalyse et anthropologie » (partie historique), in Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991, pp. 606-608; Roheim G., *Psychanalyse et Anthropologie* (1950), collection « Tel », Gallimard, Paris, 1967.

³⁴² Roustang F., *La Fin de la plainte*, collection « Poche », Odile Jacob, Paris, 2001.

réparation éventuelle de l'individu. Psyché n'existe pas par Narcisse et le regard mais par le monde qui l'entoure, et le toucher. « Narcisse pense que guérir, c'est refaire les fondements d'un psychisme, dont il serait possible de connaître au préalable les mécanismes. Psyché pense que guérir, c'est réapprendre à toucher et à être touché, pour faire ou refaire un corps et lui permettre de se mouvoir dans son environnement. » Pour lui, ce chaos préalable à la structuration du narcissisme est une aberration : il n'y a pas de tel chaos, mais un vécu harmonieux, basé sur la perception, et un certain accord avec le mystère. Ce qu'il dit aussi à travers cela, c'est qu'il ne faut pas confondre « invisible » et « nocturne » : l'invisible n'est pas vu, qu'il y ait, ou non, lumière, et soleil. Sa conception anthropologique de la thérapie, et donc de l'humain, qui fonde en bonne partie les techniques de la parole utilisées au CETD, ne propose pas de s'éloigner du sombre (principe féminin) pour aller vers le clair (principe masculin), ou de la lune (principe féminin) pour aller vers le soleil (principe masculin), ou de la nuit (principe féminin) pour aller vers le jour (principe masculin) : elle propose, là encore, d'aimer un mystère invisible, où l'on ne distingue, ni l'ombre, ni la lumière, ni le masculin, ni le féminin, et « d'aimer » autant l'un, que l'autre - ce mot là ne lui fait pas peur, qu'il renvoie à la sexualité ou au numineux.

➤ **Il y a, en médecine de la douleur, des mots-clefs**, qui reviennent sans cesse : *reconnaissance ; évaluation ; deuil, changement, acceptation ; résolution des contentieux ; pas le pourquoi, le comment ; mémoire, distraction ; équilibre entre stimuli et contrôles ; quatre axes de la prise en charge ; ne pas être victime ; pragmatisme ; croire ; imaginer ; s'autoriser à...* Ces mots-clefs sont adressés aussi bien aux patients qu'à l'équipe elle-même...leur répétition permet de maintenir le cap du « *changement de lunettes* » - expression chère au praticien responsable de l'unité, utilisée par lui dans une visée thérapeutique auprès des patients, aussi bien que pédagogique auprès des professionnels - jugée nécessaire pour tous.

Il faut, pour le patient, changer ses attentes vis-à-vis du monde médical, et pour le médecin il faut changer sa représentation de sa mission : le guérir ; pour les deux, il faut changer leurs représentations du 'psy' et de l'intervention des professionnels de cette sphère, détendre aussi les rapports avec eux. Il va falloir, pour la patiente, comme pour le médecin, cesser de s'obstiner à chercher la réponse au « *pourquoi* », qu'il soit perçu comme « *dans le corps* » ou « *dans la tête* » se tourner vers le « *comment* » plutôt que le « *pourquoi* », chercher des solutions plutôt que de se « *laisser hypnotiser par sa douleur* » ; il va leur falloir « *se décentrer de sa douleur* »... l'un et

l'autre devront renoncer à insister à trouver l'origine du mal par les moyens de la raison raisonnée. Cette question sera abordée, oui, mais de manière détournée, il faudra ruser, d'une certaine manière, avec ce mal, 'comme si' il possédait la patiente et menaçait de nous posséder à notre tour. Il ne faudra pas essayer de le localiser dans l'espace, en d'autres termes, de le voir. En revanche, comme on le verra en particulier avec l'ostéopathe, on pourra le toucher.

Ces mêmes mots, qui sont utilisés face aux patients, concernant ce qu'il serait bon qu'ils apprennent à faire, à dire, à percevoir, sont utilisés, dans le même but, face aux soignants de toutes professions en apprentissage. Ainsi le *langage commun*, et la **culture commune**, est-il effectivement commun aux professionnels et aux patients, aux profanes et aux initiés. Là aussi, la médecine de la douleur marque un net changement dans les habitudes médicales, plutôt critiquées pour l'ésotérisme de leur langage, dont on dit qu'il sert de recours au médecin pour se tirer de mauvais pas relationnels. Cette **culture commune** croit en une origine du mal qui réside dans le regard - puisqu'il faut *changer de lunettes*, regard qui appartient aux usages du monde antérieur à ce **changement** qu'on lui propose, antérieur aussi à ce changement qu'ont vécu les professionnels, et qu'ils revivent à chaque prise en charge.

Ce mal est donc au moins en partie extérieur à la personne, et ils lui proposent de s'allier à eux pour s'en libérer, entamer avec eux ce **changement** vers un autre monde, un autre regard. L'ostéopathe, parle, à un moment, de « *gravir le montagne* » : il y a là un voyage.

➤ **La pluridisciplinarité ou le tissage des paroles.**

La parole, orale, écrite, est au CETD, de bien des manières, le pivot de l'organisation pluridisciplinaire des pratiques.

La circulation, ou non, de la parole entre les différents espaces de la prise en charge, fait l'objet de nombreux questionnements, qui témoignent de l'importance implicite qui lui est accordée. L'organisation des modalités de sa circulation, de son passage ou non de l'oral à l'écrit, de son dévoilement, des lieux et des temps d'où elle tire son efficacité, tisse un réseau de sens dont l'expérience du patient est le centre. Ce réseau est, de bien des manières, la clef de voûte de l'organisation pluridisciplinaire, comme en témoignent les propos relevés dans les entretiens avec les praticiens.

Les tentatives de systématiser cette organisation de la parole en différents espaces et différents moments ayant diverses fonctions sont incessantes, sous-tendues par des dynamiques en partie implicites concernant son efficacité symbolique supposée autant que par des rapports de pouvoir, qui renvoient aux « conflits de primauté ontologique » évoqués par G. Durand³⁴³. Elles sont en effet aussi à rapporter à l'efficacité supposée de la fonction du professionnel, et, pour reprendre les termes de R. Girard, à la « lucidité la plus vraie »³⁴⁴ vis-à-vis de ce que la souffrance évoque à chacun d'un appel à l'« ordre du monde ». Ces mouvements témoignent du désir incessant de répondre à une question essentielle : la parole est efficace, d'accord, mais quelle parole ? Et aussi : où sont les limites du secret utile au patient ? Qu'est-ce qui peut, doit, être dit, écrit, et sous quelle forme ? A un niveau moins conscient, mais non moins observable, une autre question est en jeu : qui détient le pouvoir associé à la parole ?

Les différents espaces-temps concernés sont : le profane, celui des patients ; ceux des initiés : les médecins, les psychiatres, les infirmières, les kinésithérapeutes ; les psychologues ; l'espace privé de chacun, aussi. Dans l'espace-temps des infirmières, le diurne et le nocturne. Il convient de noter aussi l'espace-temps intermédiaire des secrétaires, que l'on qualifie souvent en coulisses de « *gardiennes du temple* ». Et pour finir, il y a aussi une autre partition : celle entre 'croyants' et 'non-croyants'.

Concernant la parole privée des soignants : depuis le début de mon passage au CETD, j'entends discuter de la mise en place d'un groupe de parole pour l'équipe, avec un médiateur extérieur, la psychologue se refusant à assumer ce rôle. Elle met en avant qu'elle ne peut pas être à la fois la psychologue des patients et des soignants. Cette séparation qu'elle établit fait partie des tensions entre elle et les infirmières. La parole privée des initiés est effectivement séparée de la parole professionnelle, thérapeutique. L'un des lieux autorisés, en dehors des liens amicaux extra-professionnels entre les différents acteurs, de cohabitation entre la parole privée et la parole thérapeutique, est le secrétariat, précisément. Ce lieu de passage entre intérieur et extérieur, pour les patients, a aussi cette fonction pour les médecins et à un moindre degré pour les soignants - qui ont moins affaire aux secrétaires : ils n'ont pas de courrier en leur nom propre (quand il y en a pour eux ils sont adressés à « l'équipe »), pas de rendez-vous.

³⁴³ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire* (1969), Dunod, Paris, 1992.

³⁴⁴ Girard R., *La Violence et le Sacré* (1972), collection « Pluriel », Hachette Littérature, Paris, 1990.

Une exception est notable : de temps en temps, les kinésithérapeutes reçoivent les patients en rendez-vous pour faire le point sur certains aspects techniques.

*

Ce qu'il me paraît important de relever ici, c'est que si la parole fonctionne d'une manière qui est 'tissée' et inextricablement liée pour soignants et patients, si son efficacité passe par les mêmes chemins, les mêmes objectifs et les mêmes fonctions - si le tissage est opérant pour les uns comme pour les autres-, en revanche ce qu'il y a de spécifique au versant soignant c'est qu'à un moment, il y a eu la décision d'organiser l'efficacité du soin principalement autour de cette parole, qui en est le pivot, et qui détermine l'utilisation des autres outils que sont la douleur, le temps et le mouvement : il y a eu la décision de répondre à ce à quoi appelait la situation.

Cette décision est venue avec la création de la médecine de la douleur, mais elle a aussi évolué : la complexité de ce que cela implique n'est sans doute pas apparue initialement dans toute son amplitude, et encore aujourd'hui elle fait l'objet de remaniements quotidiens, comme nous l'avons vu, au fur et à mesure aussi que se précise la nature de la fameuse « *nécessité de se protéger* », pour les soignants, et surtout pour les médecins.

Ceci est d'autant plus vrai s'agissant de nos hystériques.

Qu'elles aient été désignées comme telles, plus ou moins explicitement, par la biomédecine avant leur arrivée au CETD, et alors ce qui est attendu par les praticiens qui les adresse est soit un « soutien psychologique » et/ou une « coordination » et /ou des « thérapeutiques non médicamenteuses » - donc, pour beaucoup, de la parole ; ou que cela demeure informulé, et la suite de la prise en charge montrera que c'était en attente de formulation : encore de la parole.

Quand elles se trouvent re-désignées comme telles au CETD, l'organisation se renforce autour de cette parole, en général par l'intervention accrue des intervenants spécialisés dans ce domaine ('psys') et/ou des infirmières, pour augmenter les temps d'échange par la parole avec la patiente (Sylvie, Mme M), pour nommer (mettre en ordre et en loi, mettre des limites (Mme U, Mme V)) , ou pour que la parole vienne agir comme grand organisateur des priorités de la

prise en charge, qui seront exprimés au patient (Mme A), ou encore pour répondre directement (Mme I, Mlle L, Mme M, Mme B, Mme G) ou indirectement (Mme V, Mme F, Mme D) à la recherche de sens, sens qui sera délivré par l'interlocuteur le plus adéquat choisi, d'une manière plus ou moins raisonnée, plus ou moins intuitive, par l'équipe.

La désignation de l'hystérique correspond à un moment où il y a un appel fort à l'utilisation de l'efficace de la parole, aussi bien de la part des patientes que du corps soignant, médical ou autre.

Le CETD se différencie des autres secteurs de la biomédecine en ce qu'il accepte de répondre à cet appel et de s'organiser pour que cela soit possible : s'organiser, en accordant le temps nécessaire ; s'organiser, en mettant en place les mesures apotropaïques nécessaires pour faire face aux dangers ressentis - ce qui implique d'abord de les accepter, d'accepter que l'on a peur, et de les prendre en compte, qu'ils soient intuitifs, subjectifs ou objectifs ; s'organiser, en cherchant authentiquement à produire avec la patiente et les divers intervenants une parole globale et efficace, plutôt qu'en renvoyant hors ses murs, la demande de parole (vers la 'psy'), comme fait habituellement la biomédecine. La parole efficace n'est donc pas la parole au sens du 'psy', c'est la parole qui va résulter du tissage des différentes paroles de l'équipe pluridisciplinaire et des patientes.

En outre, les applications de la représentation de l'humain d'un F. Roustang à la médecine de la douleur et à sa rencontre avec l'hystérie ne peuvent pas être anodines, au vu de l'histoire ; cette question du 'voir' comme 'vrai', qui fait écho à la hiérarchie du 'vrai' imposée sur la douleur par la biomédecine (est vrai ce qui est visible), résonne aussi avec les propos de S. Allen, concernant un « vrai » du féminin qui ne serait pas, précisément, hiérarchisé au « visible » du miroir³⁴⁵ ; ses propos servent une remise en question des catégories diagnostiques issues de la psychanalyse. Dans cette culture propre à la médecine de la douleur, et mise en application au CETD, il y a une représentation de l'humain qui fait au « vrai » du féminin autant qu'à son mystère une place jusque là inexistante en médecine.

➤ **Exemple du cas de Mme D**

Ici, la parole va venir imprimer une direction à la recherche de sens.

³⁴⁵ Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », in Decottignies J. (dir.), *Physiologie et Mythologie du féminin*, Presses Universitaires de Lille, pp. 57-134.

De quelle manière ? En renonçant à la question *pourquoi* pour privilégier le *comment*.

Si l'on reprend l'histoire de vie et l'histoire de maladie de Mme D, la relation chronologique entre ses douleurs et l'adultère de son mari, suivi de la rupture du couple, saute aux yeux. Il en va de même concernant le décès de son père.

Mais que peut-on en déduire ? Rien, véritablement, qui ne soit du registre de l'interprétation hasardeuse. Elle fait le lien, spontanément, entre ses problèmes conjugaux et la dépression, mais pas avec les douleurs. L'équipe va-t-elle faire à sa place, ne serait-ce qu'en son sein et sans le lui dire, le lien entre ses événements ?

La réponse à cette question est à la fois oui, et non : certainement pas en tant que ce serait un 'savoir' ; en tant qu'intuition, oui, c'est présent ; au sein des différentes catégories de professionnels c'est éventuellement discuté, en coulisses ; mais cela ne fera pas l'objet d'une parole ou d'un narratif commun, et surtout pas d'un narratif écrit. (On voit ce qui s'est passé dans le cas de Mme V, quand l'interne a dérapé en faisant ce type d'interprétation par écrit). C'est une intuition que l'on garde pour soi, sans l'invalider, mais sans l'agir directement non plus.

Sera-il utile de faire valoir ce lien dans le soin ? La réponse est, pour la médecine de la douleur, oui, mais de manière détournée, sur le mode du « *comment* faire avec ces faits-là » plutôt que sur le mode du « *pourquoi* ce lien » (*comprendre*, plutôt *qu'expliquer* ; *connaître*, *reconnaître*, plutôt *que savoir*).

En pratique, si l'on a ce type d'intuition, on les testera de manière pragmatique : confrontée à la nécessité de formuler des **objectifs** en terme d'activité, Mme D, par exemple, nous amènera sans cesse des impossibilités liées à ses difficultés relationnelles avec son mari. Et les questions que l'on posera alors : « *comment faire? Comment faire pour avancer sur ces questions qui empêchent la mise en place de vos objectifs ?* » l'amèneront nécessairement à parler de ses difficultés conjugales, pour peu que l'on soit disponible, intéressé et bienveillant.

Cela paraît si simple, si évident. Pourtant, même une fois que la 'méthode' est enseignée, cela reste difficile à mettre en œuvre. Quelle sidération des facultés mentales se produit donc chez les professionnels, en particulier chez les biomédecins, face au soupçon de la cause psychique, en particulier chez une femme, pour que cela ne soit pas spontané ? Quelles résistances, pour que cela soit si difficile, une fois appris ?

De quelle peur intense faut-il être saisi, pour éviter cela à tout prix, évitement qui vienne aussi justifier, de manière parfaitement irrationnelle, le manque de temps, quand on va préférer

faire 10 consultations de 15 minutes, jusqu'à l'épuisement, jusqu'au rejet, jusqu'à la colère et à la rupture, plutôt qu'une consultation d'une heure trente, une fois tous les six mois ? À en juger par notre propre imaginaire lors de la consultation avec Mme D, il y a fort à parier que la terreur de la noyade ne soit pas loin (que d'eau, que d'eau ... que d'eau souillée par les sécrétions naturelles!) et que tenter de maîtriser le temps apparaisse comme le dernier recours pour l'endiguer... jusqu'à ce que le feu de la colère transforme tout cela en « vapeurs », au grand désespoir de la patiente.

Compte-tenu du site douloureux chez Mme D, et de ce qui a été dit sur les névralgies pudendales, il est plus que vraisemblable qu'elle-même et son médecin se soient posés, au moins pour eux-mêmes, la question du lien avec les événements, et donc de la nature 'psychologique' des troubles, et que cette question soit restée en suspens, empoisonnant leur relation thérapeutique. En effet, une telle hypothèse conduit traditionnellement le praticien de la biomédecine à une attitude suspicieuse et à l'interruption des procédures techniques, ce que le patient sait.

Or, la douleur, à chacune de ses manifestations, vient rappeler Mme D aux événements affectifs douloureux qu'elle vivait au moment où elle est apparue, et a été - quel qu'en soit la cause - la plus intense, la plus centrale aussi dans sa vie. Elle ne peut néanmoins exprimer ceci librement à son médecin sans prendre le risque de valider son hypothèse psychologisante. Ainsi se tarit la parole.

Quel que soit le lien de causalité entre ses douleurs et les événements de sa vie amoureuse, ils se sont trouvés inextricablement liés de par les effets humains de leur coïncidence chronologique, et de la tendance de chacun à interpréter ses douleurs, cette « herméneutique » évoquée par D.B. Morris. Cette herméneutique ne peut être verbalisée, sans que les difficultés de la médecine à considérer la combinaison possible de circonstances affectives et physiques sans que l'étiquette 'psychologique' ne vienne faire perdre au malade son statut de 'vrai' malade, de 'non-fou', et invalider sa plainte, s'agissant en particulier des femmes. L'absence de verbalisation empêche la recherche de solutions.

Ainsi, c'est la médecine elle-même de par son attitude qui crée un lien, manifeste cette fois, de causalité entre les événements amoureux et la douleur : Est-ce parce qu'ils ont coïncidé qu'elle se plaint ? Peut-être, mais on ne le saura jamais avec certitude, et d'ailleurs ce savoir n'est pas nécessairement utile à la patiente. En revanche, à la question : « est-ce parce qu'ils

ont coïncidé qu'elle n'a pas pu accéder au soulagement par les techniques médicales connues aujourd'hui? », on peut répondre « oui », avec certitude.

A vouloir absolument répondre au « pourquoi », sur le mode logico-scientifique³⁴⁶, la biomédecine, dans son fonctionnement traditionnel, s'escrime à chercher une cause nécessairement unique, une « origine » qui doit à tout prix primer sur les autres. Si le récit et les faits semblent pointer vers une « origine » dans la 'psychologie féminine', il se produit une forme de sidération des facultés d'adaptation du médecin, qui en retour enferme les patients dans l'impasse du « mythe des deux douleurs » : soit le 'corps', soit *la tête*. Cela fonctionne d'autant mieux que la patiente partage avec le médecin le désir d'un soulagement total, rapide, technique (clairement, dans le discours de Mme D, faire le diagnostic équivaut à pouvoir soulager), et la fascination de l'origine, origine du corps, savoir du corps... ce qui est une fascination attribuée à l'hystérique dans les écrits psychologiques.

Ainsi, si même on admet les écrits psychologiques, il faut aussi admettre que c'est parce qu'ils se ressemblent, que l'hystérique et le biomédecin se rendent mutuellement impuissants. Mais, s'ils se ressemblent en partie, ils diffèrent par leur savoir, et par le pouvoir que leur confère la société, la culture : l'un est initié au secret du corps, et l'autre non - tout du moins pas au savoir du corps socialement et culturellement institué comme légitime.

Le savoir dont elle se revendique, et dans lequel l'expérience clinique en médecine de la douleur montre qu'elle attend d'être reconnue compétente, est cette 'parole du corps'. C'est un savoir profane, qui ne rentre dans aucune catégorie scientifique puisqu'il en existe autant qu'il existe d'individus.

Le savoir du corps ayant entre autres une fonction d'ordre, il semble qu'il soit universellement compliqué de le partager, et d'accepter que cohabite différents narratifs concernant l'origine du mal. Il est probable que cette multiplicité des origines du mal suscite l'appréhension du désordre. Peut-être faut-il aussi y voir quelques traces, ou quelque réveil, d'une ancienne rivalité entre hommes et femmes s'agissant de maîtriser les savoirs et pratiques du soin et de la guérison, qui prend ses racines dans la culture universelle, comme nous le verrons bientôt à travers l'histoire et l'anthropologie.

³⁴⁶ White M. et Epston D., *Les Moyens narratifs au service de la thérapie*, op.cit.

Pour en revenir au cas de Mme D : *in fine*, comme dans la parabole de l'âne de Buridan, l'interaction médecin-patient ne permet pas qu'un choix commun entre 'corps' et 'tête' soit fait, et l'affaire reste en suspens. La plainte s'installe, au mieux dans la chronicité, au pire dans la chronicité *et* le conflit : Voilà, pour l'exemple, ce qu'on pourrait appeler la 'chronique d'une douleur chronique ordinaire'.

Et pourtant, rappelons que pour l'anthropologue il n'y a ni 'corps' ni 'tête' ni 'psyché' qui ne soit universelle vérité, ou nature³⁴⁷. La douleur atteint l'être. Matériel. Immatériel.

b. Où/quand se joue l'efficacité de la parole ? Dans le même endroit/temps pour profanes et initiés : création du 'lieu/temps commun'

On vient donc de voir que la médecine de la douleur, telle qu'elle est exercée à Nantes, s'appuie sur une croyance en l'efficacité symbolique de la parole ; cette parole est l'occasion d'un certain nombre d'organisations, entre autres celles qui ont trait à l'origine du mal, ainsi qu'à donner des orientations sur 'comment bien vivre avec le malheur' ; elle comporte une part inévitable d'idéologie. Elle est aussi une anthropologie. Par la parole, la médecine de la douleur exerce une fonction d'ordre, au sens anthropologique de réponse aux désordres que constituent toutes les formes de violence exercées sur la société, la mort en constituant la forme la plus extrême, et la maladie une forme intermédiaire. A cette occasion il est permis de constater que la biomédecine en général, sous couvert de neutralité et de laïcité, n'en exerce pas moins une fonction similaire. Contrairement à la médecine de la douleur, elle ne l'explicite pas en tant que tel, pas en tant qu'outil thérapeutique, pas parce que cela a une valeur symbolique susceptible d'interférer, pour le meilleur ou pour le pire, avec son efficacité.

Les femmes, soignantes autant que patientes, ont, en médecine de la douleur, leur mot à dire dans cet 'ordre' et cette confrontation avec le mal et le malheur. La parole perçue comme efficace est un tissage des diverses paroles des professionnels impliqués.

La parole est efficace ; on va donc la *travailler*. Mais comment ? Et comment accéder, parmi les différentes paroles, à celle qui est « intéressante » ? Ce terme est emprunté à Decottignies³⁴⁸, certes, mais aussi au médecin responsable. Pour lui, comme pour l'équipe au sens large, est

³⁴⁷ Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, op.cit.

³⁴⁸ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », op.cit.

« *intéressante* » la parole qui permettra que se dénouent les tensions, que se lèvent les secrets, que se créent la « *mobilité* » et la « *flexibilité* » recherchées ; grâce à cette remise en mouvement, la patiente pourra se « *décentrer de sa douleur* », ou être « *déshypnotisée de sa douleur* », « *sortir de la position de victime* », « *lâcher prise* » vis-à-vis des contentieux, colères, sentiment d'injustice ou de vengeance, faire des *deuils*, accepter le **changement**.

La nécessaire congruence des représentations entre soignants et soignés conduit ici à la recherche d'un accord sur les éléments de cette efficacité, qui est encore l'occasion d'un *travail* symétrique. Ce tissage entre parole des professionnels et parole des patientes vient se mêler au tissage de la pluridisciplinarité.

Nous allons maintenant voir comment un autre *travail*, également symétrique, est à l'œuvre, de l'ordre du « **passage** », du « *sacré* », du « *secret* », du « *mystère* », pour reprendre les termes mêmes employés par les protagonistes de l'action. Ce premier « *passage* » permet d'accéder au lieu de la parole.

Inscrit dans le maillage du *travail* pluridisciplinaire, un second **passage**, lié au premier, est à l'œuvre.

Le second renforce le poids symbolique du premier, parce qu'il s'agit ici de nouveau d'ordre, de pouvoir, et de genre: celui des modalités du passage de l'oral à l'écrit.

*

La parole est pouvoir : l'accès au lieu/temps du secret ou l'accès au lieu/temps sacré : le « **passage », l'entre-deux, « *le mystère* ».**

Il y a ici, selon les soignants, un premier « **passage** » : celui qui donne accès à la parole efficace, qui ne prend sa source, ni dans 'le corps', ni dans « *la tête* ».

Ce n'est pas un **passage** de « corps à psyché », qui relèverait d'une conception dualiste. Le recours au terme de « **douleur psychogène** » est une facilité de langage que bien des professionnels de la douleur disent, en *coulisses* (et on a vu aussi des traces de ces difficultés dans les écrits et débats officiels), regretter de devoir employer, car ils la perçoivent eux-mêmes comme inadéquate ; ils continuent cependant d'y avoir recours, faute de mieux, faute de savoir, ou de pouvoir, nommer réellement le **passage** qui est en jeu ; désintéret, méconnaissance, impuissance sincère, tabou, souci didactique ?

Si effectivement, nous constatons bien qu'il existe un « **passage** » - rendu possible par le *travail* coordonné de la douleur, du temps, du mouvement, de la parole et de la perception - et qu'il conduit bien à modifier le lieu d'où sourd la parole « *intéressante* », ce **passage**, ou, dirons-nous, ce voyage, s'arrête en chemin, dans un entre-deux mystérieux qui n'est ni le 'corps', ni la 'psyché', au sens où on l'entend habituellement en médecine.

*

J'utilise la police du langage écrit de la médecine de la douleur pour le terme « **passage** », car un article traitant des aspects psychologiques de la douleur chronique, rédigé par deux médecins exerçant dans un CETD (pas à Nantes), s'intitule : « De la consultation somatique à la consultation psychiatrique : le passage. »³⁴⁹, et suggère par le choix de ce terme l'existence d'une dynamique d'ordre rituel, un « rite de passage », qui dirigerait le patient d'un intérêt porté au corps, vers une parole plus ou moins tenue secrète jusqu'alors, ici du somatique au psychique. Or il est vrai que s'il est une procédure systématique, répétitive, et vis-à-vis du sens et des modalités de laquelle les discours, on l'a vu, ne sont ni consensuels, ni toujours rationnels, ce sont les interventions des divers 'pys' : C'est la consultation psychologique de **pré-admission**, pour définir des **objectifs** ; c'est, aussi, la consultation psychiatrique en deuxième semaine, dont l'annulation peut parfois être décidée au cas par cas, en cas de prise en charge préexistante en libéral en particulier. S'il est un objet de négociation qui occupe la majeure partie du terrain des négociations avec les patients c'est bien la question du 'pourquoi faire intervenir la psy', puisque ce n'est pas « *dans la tête* », ce à quoi il peut être répondu : « la douleur n'est pas dans la tête, mais aller mieux cela commence dans la tête »³⁵⁰. S'il est une procédure dogmatique et cependant imprécisée en médecine de la douleur, c'est, nous l'avons vu, la **pluridisciplinarité**, dont le premier et principal enjeu est la collaboration somaticiens/ 'psy'. J'ai souvent entendu la psychologue du service questionner le sens du caractère systématique de son intervention, et regretter le sentiment qu'elle avait que son intervention soit une prescription médicale. Un psychiatre qui intervenait depuis peu au CETD, s'étonnait du caractère central de cette question de

³⁴⁹ Baldo E. et Pascal M., « De la consultation somatique à la consultation psychiatrique: le passage », SOFRED 1999.

³⁵⁰ Propos tenus lors d'un enseignement sur la relation avec le patient douloureux chronique par le Dr M. Bensignor.

l'intervention de la part de 'psy', au sens large, dont l'articulation avec le reste de la prise en charge semblait constituer l'objectif principal de l'hospitalisation.

Concernant Mme V, le médecin-chef précise en conclusion du staff : « *de la place pour travailler* » ; puis, plus loin : « *Se dit prête à engager un véritable travail psychothérapeutique.* » Effectivement ce **passage** du somatique au psychologique est le lieu d'un *travail*. Ce **passage** est mis au *travail* dans le corps, les émotions et les perceptions des patientes. Les questions auxquelles doivent répondre la première consultation, d'une part, la visite, d'autre part, et pour finir le *staff* (et en son sein, en particulier la mise en commun des ressentis des infirmières et du compte-rendu de la consultation psychiatrique) étant : ce **passage** est-il possible ? Si oui, comment ? Si non, est-ce que cela rend la prise en charge impossible ? L'articulation de la collaboration somaticiens / 'psys' est l'un des objectifs principaux de la **prise en charge** ; elle - et non l'un ou l'autre des axes de *travail* concernés- est au centre de l'action.

*

Les 'non-croyants' - professionnels extérieurs au CETD et non-initiés aux spécificités de la prise en charge de la douleur chronique, ceux aussi à qu'il va falloir traduire en termes opérants pour eux ce qui s'est joué au CETD - s'arc-boutent souvent sur la « nécessité d'appeler les choses par leur nom » (ne pas appeler douleur ce qui est dépression par exemple). Je pense en particulier à un médecin-conseil, que l'urgence à nommer de manière appropriée la souffrance d'une patiente rendait très irritable. Il laissait penser que si la douleur chronique était nommée « pour ce qu'elle était », c'est-à-dire « une dépression », sa position eut été plus conciliante.

Pourquoi cette irritation ? Ce qui lui importait, c'était la mise en ordre, la classification, d'autant que cette classification a des conséquences financières et médico-légales. Mais cette mise en ordre a d'autres implications ; ce qu'il reprochait à une conception moins dualiste de la douleur, c'était explicitement - je le cite- de « *nous* » mettre en position de « *porter toute la souffrance du monde* ». Je suppose que son « *nous* » renvoie à l'institution médicale au sens large.

Sur la base de mes propres ressentis, et de discussions en coulisses avec les infirmières, et les médecins, je suggérerais qu'il y va aussi du savoir/pouvoir lié au secret : la dénomination, la classification des troubles, relève du secret médical. Qu'une patiente ne souhaite pas appeler

les choses par leur nom, dissimule, en somme, l'origine véritable de son mal - et elle se prévaut d'un secret propre, et somme toute, d'un droit qui n'est pas le sien. Une certaine rivalité s'instaure. Un certain amalgame, aussi, entre un espace de secret qui relève de l'intime, de la pudeur, et un espace de secret professionnel. Les deux sont bien sûrs liés, en médecine, ce qui alimente cette confusion.

Voici un autre exemple de gestion du secret des patientes, cette fois par un 'croyant' : j'ai ainsi vu le médecin responsable lutter activement contre la demande d'une jeune patiente, victime d'inceste (par son grand père), que certaines de ses démarches médicales du registre gynécologique soient tenues secrètes pour le restant de l'équipe. Elle en avait informée une infirmière, en demandant qu'elle en fasse part, sous le sceau du secret, au médecin.

Il ne pouvait l'autoriser, et ne pouvait s'en expliquer (à moi) autrement qu'en mettant en avant sa gêne que la patiente désire garder ce secret. Quoi de plus compréhensible, pourtant, compte-tenu de son histoire de vie? Pourquoi une telle tension autour de cette question du secret ? En quoi ce secret de la patiente constituait-il une menace ? Etait-ce une menace pour la prise en charge ? Mais alors, pourquoi ne pouvait-il s'en expliquer ? N'était-ce pas plutôt une menace pour le professionnel, pour le médecin en particulier ?

Cette situation clinique m'a frappée parce que je ressentis, à cette occasion, plus d'empathie spontanée pour la demande de la patiente que pour celle du médecin, et qu'à cette - rare - occasion, celui-ci ne fut pas en mesure de fournir de réponse pour expliquer son insistance. Il éprouvait vis-à-vis de cette demande une réticence instinctive qu'il ne comprenait pas lui-même. Le secret du patient menaçait-t-il, là encore, le secret qui marque le statut de l'initié ?

Cette anecdote m'a d'autant plus frappée, qu'il s'avèrera qu'il avait raison - pas dans l'absolu, bien sûr : il s'agit de clinique ; mais du point de vue de l'évolution de la prise en charge et de l'état de santé global de la patiente. C'est dire que ce qui paraissait le concerner de manière personnelle, inconsciente, irrationnelle, eut un effet direct sur l'efficacité thérapeutique, comme si celle-ci impliquait très directement la personne du médecin, et qu'il savait qu'il devait s'autoriser à utiliser ses ressentis personnels comme guide dans la prise en charge. C'est tellement inhabituel en biomédecine ; et surtout très inhabituel pour un médecin de dire, ouvertement, comme il le fit quand je l'interrogeais dans le couloir, en sortant de la chambre, devant les soignants, qu'il ne savait pas pourquoi il faisait ce choix, mais que son sentiment l'avait guidé.

Le partage du secret, de nature médicale, psychologique et sexuelle, le fait qu'il entre personnellement et professionnellement dans ce secret, qu'il s'en mêle, qu'il y mêle toute

l'équipe, a été efficace. Il s'en est trouvé impliqué dans la prise en charge d'une manière qui dépasse les limites habituelles de ce que l'on entend par implication professionnelle en médecine - qui m'évoque aussi les circonstances décrites par X, quand il parle, pendant notre entretien, de la question des marquages corporels.

Mais pour autant, ayant franchi ces limites, son implication n'a jamais été autre que professionnelle : il a simplement eu recours à d'autres outils, plus symboliques, pour avancer sur ce chemin qu'il avait défriché. En premier lieu, quand il a brisé ce secret, il ne l'a pas fait sans en rendre compte à la patiente : il s'est opposé, ouvertement et devant les soignants, pendant la visite, au secret qu'elle avait demandé à une infirmière. Il donna le temps nécessaire à l'échange à ce sujet ; ce fut l'occasion d'une parole partagée, parole de refus, de conflit, de controverse, mais parole qui conduisit finalement à une alliance thérapeutique de qualité. Ensuite, ce *travail* se prolongea dans le courrier, où il mentionna, avec discrétion et tact - ce qui implique une attention portée à la qualité de son écrit - mais sans tabou, les démarches que la patiente avait souhaité garder secrètes.

On pourrait dire familièrement : « il fallait oser » ! Ce courage pourrait passer pour une témérité déraisonnable. C'est pourtant ce courage qui a rendu la prise en charge possible.

La principale différence, me semble-t-il, entre le 'croyant' et le 'non-croyant', s'agissant de gérer le secret, est dans la nature de la parole qui se tisse autour de ce secret : dans le second cas, c'est une parole qui exclut la patiente, et de surcroît se referme sur des catégories savantes, ce qui l'exclut encore ; dans le premier cas, la parole est tissée avec la patiente, qui en est le centre ; il ne s'agit pas de catégories, mais de s'engager dans la relation, au prix de la douleur ; il s'agit aussi d'expérience : le médecin s'implique personnellement, avec son expérience aussi.

*

Z, lors de son entretien, précise qu'une des fonctions de la pluridisciplinarité, c'est de recueillir différentes paroles, puisque les patients ne vont pas dire la même chose aux différents intervenants. Ce qu'ils vont livrer, dans le secret professionnel de chacune des consultations, dépend largement de leur interlocuteur. Nous allons maintenant passer en revue les différents types de secrets, d'abord des patientes elles-mêmes, puis de leurs interlocuteurs.

En parlant de ce secret, j'utiliserai parfois le terme de « sacré ». Compte-tenu des difficultés à déterminer s'il s'agit d'un lieu, ou d'un temps, ou des deux, je dirai, me référant à ce lieu/temps secret, simplement : « le sacré ».

Sacré : « qui appartient à un domaine séparé, interdit et inviolable (...)».

Secret : « ensemble de connaissances, d'informations qui doivent être réservées à quelques uns et que le détenteur ne doit pas révéler. (...)»³⁵¹

Il existe une parenté, sémantique autant qu'anthropologique, entre secret et sacré. Pour G. Bateson, le silence marque l'entrée dans le sacré.³⁵²

Les différents sens du mot 'sacré' ont alimenté de multiples débats, sur lesquels nous reviendrons en abordant la culture dans laquelle se situe la médecine de la douleur. Je pourrai alors, ayant décrit pleinement le terrain, argumenter plus longuement le choix de ce terme. Je ne souhaite pas, en effet, le faire sur des bases théoriques, mais en me demandant s'il rend compte des phénomènes observés.

Dans l'immédiat, si je l'utilise, c'est que je l'ai entendu de la bouche même des patientes³⁵³.

C'est aussi que cela me paraît cohérent avec mes propres observations : Chacune des professions impliquées dans l'organisation pluridisciplinaire est le représentant institutionnel d'une origine du mal. Ces lieux résident dans une partie différente de la personne physique (l'intérieur du corps, le corps visible et le sang, le cerveau, « *la tête* » où réside, en physiologie profane, la psyché) ou globale (la parole du 'corps', le 'corps' en tant qu'incarnation du sens), ou immatérielle (la psyché, quand elle n'est pas « *dans la tête* »). Cette désignation va donc de pair avec la désignation d'un « lieu affecté » ; ces lieux ont les apparences de l'évidence, et une légitimité d'apparence scientifique. Mais j'ai déjà montré, non tant par la théorie - R.Canguilhem l'a fait bien avant moi - mais par l'observation, que pour les protagonistes, d'une part cette découpe repose sur la croyance et non sur la raison, d'autre part que chacun est secret, et pour finir que chacun de ces lieux recèle, compte tenu des enjeux, une part de mystère qui lui confère, en plus de son efficacité technique, une efficacité symbolique ; d'où son caractère sacré : c'est le lieu du *réel* au sens d'Eliade³⁵⁴.

³⁵¹ Dictionnaire *Petit Robert* 1994.

³⁵² Bateson G. & Bateson M.C., *La Peur des anges* (1987), collection « La Couleur Des Idées, Le Seuil, Paris, 1989.

³⁵³ C'est pourquoi, dans l'exposé qui va suivre, et jusqu'à ce que je rende compte par la théorie du choix de ce terme, j'utiliserai pour lui la police cursive.

³⁵⁴ Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, collection « Folio essais », Gallimard, Paris, 1957.

C'est le lieu d'où le professionnel tire sa puissance, son pouvoir de soigner ou de guérir ; le lieu sur lequel il a un savoir-pouvoir. Ce lieu du réel est aussi le lieu de « la lucidité la plus vraie » : la « vraie cause » du mal, la première ontologiquement. Or, comme le rappelle R. Girard, il n'y a pas de vérité absolue qui ne soit religieuse. Cette remarque me paraît d'autant plus pertinente quand on n'en est pas convaincu par la raison, mais par la croyance.

➤ **Le sacré pour les patientes**

La psychologie n'a pas, pour les patientes, le monopole du sens de la parole : ainsi, pour Mme T : *« j'ai besoin de parler, de mettre du sens. Se rendre compte que ce n'est pas psychologique, faire la part des choses ».*

Le sens construit face au psychologue est 'un certain type' de sens : Mme N : *« Pour les femmes de ma génération (70 ans), voir un psychologue, c'est un grand saut dans l'inconnu. C'est beaucoup plus facile d'enlever sa culotte que de montrer son âme. Travailler en superficie pour voir ce que le conscient peut contenir d'inconscient... Très bien. Ca reste dans le domaine de la technique. Il y a un élément, plus loin, qui est le secret, le sacré. Et qu'il faut protéger ».*

Pour certaines –souvent, le sacré à protéger n'est pas le corps, dont l'accès est réservé aux initiés dans l'institution médicale (la hiérarchie des professionnels de l'institution biomédicale étant largement ordonnée au degré d'accès à l'intériorité du corps) ni véritablement la psyché, mais quelque chose d'autre, « plus loin », une parole qui s'inscrit à mi-chemin entre corps et psyché, qui a trait à « l'âme » mais qui n'est pas psychologique, ou pas tout à fait, et qui est plus « sacrée » : la parole du corps. C'est ici le secret. C'est ici le jeu d'occultation et de dévoilement. C'est ce lieu dont l'intimité est tour à tour jalousement gardée - quand on le cherche - et exhibée - quand on le fuit ; c'est ce lieu qu'il va falloir, à l'instar de la petite fille exerçant sa curiosité dans l'écrit de S. Allen³⁵⁵, contourner, aborder tangentiellement ; c'est avec lui qu'il va falloir ruser.

Dans ce lieu intime où se niche la douleur se nichent aussi les *nœuds* auxquels il faudra accéder pour libérer la patiente, qui est aussi avide de cette libération qu'anxieuse de préserver ce plus intime d'elle-même.

³⁵⁵Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », in Decottignies J. (dir.), *Physiologie et Mythologie du féminin*, Presses Universitaires de Lille, pp. 57-134.

L'appétence pour les explorations médicales, les **gestes** techniques invasifs, qui participent en termes diagnostiques de la reconnaissance de l'hystérique, peut être interprétée, non, comme c'est habituellement le cas, en tant que transgression des tabous au sens sexuel, ou encore, en tant que rivalité et transgression des rapports de pouvoir, mais comme le témoignage d'un déplacement : ce lieu, qui est, pour l'institution biomédicale, le lieu de tous les pouvoirs, le lieu de la connaissance *sacrée*, ne l'est peut-être pas, pour elles : elles ne partagent peut-être pas la conviction médicale qu'à « *montrer leurs fesses* », ou à exhiber l'intérieur de leur corps au chirurgien, il y a un moment d'échange symbolique efficace. Elles s'y soumettent, certes, car c'est bien cela que le social et la culture leur serine : c'est là qu'est le secret. Et pourquoi pas, peut-être l'interprétation psychanalytique en termes de désir et de transgression est-elle juste, aussi. Elle n'en emprunte pas moins au social et à la culture la conviction que le secret doit être là.

Sourdes et aveugles à ce que leur propre réalité leur répète, elles vont donc chercher 'là' un secret qu'elles ne trouvent pas, et cela ne cesse que quand elles se rendent à l'évidence : ce n'est pas là qu'est le secret ; mais ce n'est pas non plus « *dans la tête* ». Mais où, alors, et vers qui se tourner pour démêler l'écheveau de leur douleur ?

Il faut peut-être voir dans leur obstination, non pas seulement, ou pas toujours, une procédure agressive ou séductrice vis-à-vis de l'institution médicale, comme le voudrait le pansexualisme psychanalytique, mais aussi le résultat de siècles de procédures institutionnalisées de la méconnaissance de ce lieu où se niche, pour les femmes, le pouvoir et le savoir du corps. (Nous aurons l'occasion de revenir bientôt sur cette histoire, que je crois cependant assez largement connue pour pouvoir m'y référer dès maintenant.)

Cependant, comme le rappelle C. Durif, l'expérience de l'effraction cutanée, moment d'intense violence qui renvoie à l'imaginaire le plus archaïque, va être un moment privilégié pour vérifier que ce secret vit ; lui aussi est comme « intensifié dans le sentiment vif d'exister » ; s'il vit, il ne se voit cependant pas avec les yeux, et demeure donc secret pour les médecins et chirurgiens, ce qui n'est pas sans procurer une ambivalente satisfaction : l'expérience est donc doublement rassurante : il vit, et il est en sécurité.

Si tout ceci est juste, la patiente n'en a pas conscience : ni des raisons appartenant au champ de la psychanalyse, ni des raisons relevant de l'histoire culturelle dans laquelle son recours désespéré - n'oublions pas que ces femmes souffrent - peut prendre tout son sens.

Au terme de parcours souvent marqués - et du point de vue de la signification sus-dite, cela reste la même chose - soit par les échecs d'effractions cutanées répétées, soit par le refus, incompréhensible pour elles-mêmes, d'y avoir recours, elles arrivent en médecine de la douleur et livrent alors un autre récit.

Le corps parle, et répond : ainsi s'exprime Mme T. : « *Je ne me suis pas assez écoutée ... Mon corps me dit des choses et je vais m'occuper de moi* ». Ou Mme U., qui attribue ses douleurs à « *beaucoup de stress, et la fuite... c'est mon corps qui m'y rappelle* ». Mme V. pense, elle, avoir « *trop demandé à son corps* ». Elle dira au psychiatre : « *J'ai tendance à tout garder. C'est mon corps qui parle* ». Quelle est cette nouvelle « parole » ? Ou plutôt cette parole qui a nouvellement trouvé droit de cité en biomédecine, via la médecine de la douleur ? C'est à travers cette 'parole du corps', c'est parce qu'un sens est attribué à ses manifestations et que le patient s'en fait le rapporteur et l'interprète ; c'est parce que cette parole est entendue et que les pratiques mises en œuvre la prennent en compte activement, que les espaces *sacrés* se décalent : d'un espace duel : corps/psyché, on chemine vers un espace/temps unique, celui de la parole - des paroles, quel que soit le lieu de leur origine, et précisément *pas* exclusivement la psyché - et de la plainte, crue, rendue efficace par l'écriture et la narration, traduite en actes. La narration, sa vraisemblance et son efficacité sont actives et agies.

Je citerai, pour l'exemple de ce qui peut être fait, par contraste, d'une telle parole, l'exemple d'un médecin généraliste chez qui j'ai fait, dans ma formation, un stage : une patiente arrive, et se plaint d'un symptôme flou, **fonctionnel** (je ne me souviens plus duquel exactement), de la sphère gynécologique. Elle se montre discrètement embarrassée dans sa pudeur de devoir en parler. Cette patiente n'a rien, du point de vue psychiatrique, d'une **hystérique**.

Elle laisse échapper, à un moment, que cela est apparu depuis sa dernière prescription contraceptive, et commence à livrer, toujours avec beaucoup de pudeur malgré le sujet délicat, les raisons de cette interprétation, qui rendent manifestement compte d'une souffrance dans ses rapports sexuels avec son mari. Pour moi, une attitude s'impose : l'écouter, d'une part, et d'autre part l'encourager à parler de ce sens qu'elle donne à son symptôme : sans doute trouvera-t-elle alors elle-même la réponse qu'elle cherche. Je m'apprête à le faire, quand le médecin nous interrompt toutes deux : ce ne peut pas être le contraceptif - ce n'est pas un effet secondaire connu - et il demande à la patiente de venir pour pratiquer un examen gynécologique. Elle s'exécute avec un malaise manifeste.

➤ **Le sacré pour le médecin :**

C'est le corps : surtout, ce qui, du corps, est visible, directement ou indirectement, par l'entregent de machines (radios, scanners..), ou en l'ouvrant ou en voyant le sang (analyses des prélèvements sanguins par diverses méthodes visuelles, exploration chirurgicale). Depuis son initiation il détient, s'agissant de l'intérieur du corps, le nom, le vrai, et la loi.

Le secret du médecin, c'est l'accès à la possibilité de faire loi par la dénomination, le diagnostic : ici la parole fait loi, et donc pouvoir.

Mais ce pouvoir, le médecin ne l'a qu'à travers son accès à un savoir sur le corps qui passe par le voir, et l'effraction de ses limites : le territoire *sacré* de l'intérieur ; la souillure du sang.

Par le passé, à une époque où les examens complémentaires étaient moins accessibles, ou inexistants, le « toucher » (cf F. Roustang), et du reste l'ouïe, l'odorat...étaient plus mobilisés qu'aujourd'hui. La généralisation des dissections, le développement de la méthode anatomoclinique, la grande époque des amphithéâtres, ont placé, avant les examens complémentaires, la médecine du XX^{ème} siècle sous le signe du voir, et cette tendance n'a fait que s'accroître par la suite avec le progrès des techniques scientifiques. Il convient de rappeler que la naissance de cette tendance a été notablement marquée par Charcot, grand adepte du voir³⁵⁶, et ses hystériques.

La pratique de l'examen somatique est au CETD, remarquablement peu présente, surtout lors des premières consultations. Ceci est justifié, rationnellement, et ne constitue nullement une négligence médicale. Mais ce qui nous intéresse ici, ce ne sont pas les causes ou les raisons de cet état de fait, mais ses conséquences : à travers les modifications des prérogatives des initiés jusque là centrées sur l'autorisation de transgresser les limites du corps, il y a un déplacement du lieu et du moment du pouvoir, du savoir, du secret, qui cristallise toute l'attention, aussi bien du patient, que ce moment déstabilise, que du médecin. Celui-ci a en effet consacré beaucoup d'énergie à organiser ce fait, non en lui-même, mais en tant qu'il est une manifestation de l'organisation pluridisciplinaire qui le rend possible.

³⁵⁶ Huberman G.-D., *Invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Paris, 1992.

Dans son article concernant les silences dans l'interaction médecin-patient, C. Heath³⁵⁷ attire notre attention sur la gestuelle, et la direction du regard, dans ces moments d'examen clinique médical où le silence se fait, dans un « corps-à-corps » marqué par une forme d'attention particulière. Par la modification de son attention, le patient accompagne et réaffirme l'autorisation pour le médecin de manipuler son corps. Cette autorisation et ce silence marquent l'entrée dans l'espace du corps, corps du médecin qui agit, corps du patient qui subit examen, regard, et traductions - silencieuses encore : il ne parle le plus souvent qu'après - de sa réalité en catégories de l'écriture médicale. Le corps est au centre de l'interaction³⁵⁸ médecin-patient, et de cette enclave mythique évoquée par J. P. Peter³⁵⁹.

Or au CETD, l'examen clinique passe en retrait. Il peut être pratiqué, mais il n'est pas prioritaire. Ainsi, nombre des premières consultations dites de **pré-admission** n'en comportent aucun. Le patient, souvent, s'en étonne. Accepter cet état de fait appartient à la phase préliminaire, de « séparation » (au sens de A. Van Gennepe), qu'est la **pré-admission** : ici, la parole compte plus que le voir, et le toucher ne se produit pas sans une alliance préalable sur le pourquoi et le comment, qui protégera les deux protagonistes de l'interaction. Cela est mis en scène. C'est un passage nécessaire pour la suite de la prise en charge, et la réaction du patient face à cette situation compte pour son admission, on non, dans les phases ultérieures. Pendant l'hospitalisation, le moment privilégié de la pratique de l'examen clinique est la visite **pluridisciplinaire** du mardi, où il est pratiqué par le (ou a l'intention du) médecin rééducateur, satellite de l'équipe émanant d'une institution extérieure. Ce qui signifie aussi qu'il est peu de situations où le 'voir' et le 'toucher' se passent dans l'intimité et le secret d'un colloque singulier : pendant la visite, de nombreux professionnels sont présents.

L'effraction cutanée va donner au médecin, à certaines conditions là aussi mises en place collectivement, le pouvoir de faire sourdre la parole : c'est ce que dit X, c'est aussi ce que dit Mme M. : « *Il s'est passé quelque chose* » ; c'est ce que l'on observe dans les cas cliniques lors de l'utilisation des infiltrations du nerf d'Arnold (Mme V., Mme M.), c'est ce qui est attendu de la « *systématisation* » des perfusions et de l'acupuncture à J1....

L'effraction cutanée (éventuellement associée à la 'descente aux enfers' du bloc opératoire) et aussi, d'une manière générale, infliger la douleur et utiliser son pouvoir, sont efficaces, mais

³⁵⁷ Heath, C., « La Conduite du patient pendant l'examen médical ou comment un « objet » reste « sensible » », *op.cit.*

³⁵⁸ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, *op.cit.*

³⁵⁹ Peter J.-P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliation », *op.cit.*

sous réserve seulement que cela survienne au « *bon moment* », et que cela soit encadré par la parole, et orchestré de concert avec le reste de l'équipe ; on a vu avec Mme V. et Mme M. que ce sont tout particulièrement les infirmières qui signalent au médecin l'imminence de ce moment.

X évoquera aussi que l'effraction cutanée ainsi ordonnée est un jeu dangereux, où il accepte, dans une certaine mesure, la position du bourreau ; ce faisant, il se met en danger. Il se sacrifie, un peu, en même temps qu'il procède à une démarche sanglante - et donc, symboliquement, proche du sacrifice rituel -, afin qu'il « *se passe quelque chose* ».

➤ **Le sacré pour la psychologue : l'inconscient**

La psychologue, dans ses interactions avec le reste de l'équipe, se fait le garant du secret de la « psyché ». D'ailleurs, personne n'est admis en consultation avec elle, sauf les étudiants de la même corporation.

Le zèle avec lequel elle garde le secret sur ce qui se dit pendant ses rencontres avec les patientes est à l'origine d'une grande partie des tensions qui se jouent entre psychologue, médecins et infirmières. On lui reproche de ne pas en dire ou en écrire assez dans le dossier. En coulisses, elle explique - si on la pousse un peu, car il est difficile de faire s'expliquer un psychologue d'orientation lacanienne - qu'elle voit dans cette volonté de découvrir 'aussi' ce secret-là une volonté de maîtrise de l'ensemble de l'individu, contre laquelle il est de son devoir de lutter.

Pour comprendre la place des psychologues à l'hôpital, il est fondamental de savoir que la création même de leurs postes est venue du sentiment qu'il fallait « défendre le malade » contre les excès des médecins, ce qui, en terme psychanalytique, se traduit par la défense du « sujet » contre la tendance médicale à traiter les personnes avant tout comme leurs « objets ».

De ce fait, le secret de la psychologue - plus ou moins bien gardé en fonction des personnes et des appartenances théoriques, ici très strictement - est un secret qui est né du conflit et de la nécessité d'un combat. Ce combat a trait entre autre à une rivalité.

Je me dois ici de citer R. Girard, évoquant les « querelles au sujet de la psychanalyse et des autres méthodologies. L'antagonisme, ostensiblement, n'a jamais d'autre objet que la culture en crise dont chacun se flatte de porter à cœur le souci exclusif. Chacun s'efforce de

diagnostiquer le mal afin de le guérir. Mais le mal, c'est toujours l'autre, ses faux diagnostics et ses remèdes qui sont en vérité des poisons. »³⁶⁰

Son secret se veut avant tout celui de la patiente, son inconscient, ses désirs et conflits intrapsychiques. Mais nous avons vu que cette dernière n'est pas toujours d'accord pour faire coïncider son secret, avec celui de la psychologue. S'il a, cependant, en pratique clinique, une fonction indéniable pour le patient, c'est celui d'être un lieu de conflit possible, un lieu de désaccord possible, un lieu où le paradoxe, le contradictoire, a droit de cité.

C'est donc un lieu marqué, en son centre comme à sa périphérie, par le conflit, un conflit qui oppose des « lucidités rivales »³⁶¹ vis-à-vis des origines du mal. Ce conflit, extérieur au patient, est aussi le reflet de ce qui se joue de conflictuel chez le patient lui-même ; je ne parle pas là seulement du « conflit intra psychique » de la psychanalyse, mais d'un conflit entre les représentations que la patiente se fait du mal, et entre celles de ses « solutions », si l'on peut dire.

De tous les acteurs de la pluridisciplinarité que nous avons vu œuvrer pendant notre passage sur le terrain, c'est certainement la psychologue qui est au cœur des plus grandes difficultés pour « *faire corps* », comme le dit Z, avec le reste de l'équipe. « Corps » peut ici être entendu au sens figuré comme au sens littéral, comme en témoigne l'anecdote de la blouse : « *faire corps* » passe par « l'usage du corps ».

Pour ce qui est des justifications théoriques qu'elle-même ou la théorie peut donner à cela, c'est encore la fonction du conflit qui vient donner la réponse : il faut à tout prix préserver l'hétérogénéité des discours ; homogénéiser, mettre tout le monde d'accord, parler une seule et même parole, c'est, quelque part, dangereux pour le sujet.³⁶²

Que le conflit, le danger de l'homogénéité et du « même »³⁶³, soit aussi central à ce qui est son secret, n'est pas surprenant puisqu'elle est de formation psychanalytique : l'inconscient, dans l'histoire de la psychanalyse, a été le domaine du malin et du mal, de l'ombre, de ce qui est inconnu du patient lui-même, autant que du conflit (intrapsychique) et de la mort, ramenée à sa

³⁶⁰ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit., p 301.

³⁶¹ *Ibid.*

³⁶² Ceci nous renvoie à l'analyse faite par D.B. Morris, qui attribue à la douleur un caractère fondamentalement intersubjectif et surtout conflictuel ; il met en garde contre une attitude médicale qui, en valorisant trop le compromis, étouffe cette dimension conflictuelle au détriment de l'éthique. En maintenant, au sein de l'institution, une place pour la contradiction qui ne trouve d'autre raison d'être que celui du sujet, et de son mystère, on défend et sa qualité de sujet et son droit à souffrir et à se plaindre, à l'époque de l'anti-douleur et de l'interdit de la plainte. Morris D.B., "Ethics beyond guidelines: culture, pain and conflict", op.cit.

³⁶³ Girard R., *La violence et le Sacré*, op.cit.

dimension individuelle³⁶⁴. La recherche de l'âge d'or, de l'harmonie, du tout, du « un », est considérée comme régressive, infantile. La maturité sexuelle, c'est l'acceptation de l'incomplétude, de sa frustration, des conflits qui en résultent.

Comme tout discours mythologique, la psychanalyse recouvre toutes les significations : si l'on n'est pas d'accord, c'est qu'on lui « résiste », et l'on est encore défini par elle³⁶⁵. Elle détient le secret de l'origine, perçue comme intra-individuelle, du conflit, de la violence et de la mort.

➤ **Le sacré pour le psychiatre**

C'est le cerveau - ou encore, 'une' tête ; il détient le savoir qui le concerne. En fonction des appartenances théoriques, cerveau, tête, et psyché, se recouvrent plus ou moins, ce qui ne va pas sans complexité ni ambivalence, comme je l'ai déjà écrit.

Les psychiatres partagent avec la psychologue, bien que pour des raisons différentes, des réticences à dévoiler le secret 'du cerveau'. La question du voyeurisme, des fantasmes des soignants, est évoquée par certains d'entre eux à demi-mot.

Si quelqu'un s'oppose explicitement au caractère systématique des aspects psychothérapeutiques de la prise en charge, paradoxalement, ce sont plutôt les psychiatres. L'un d'entre eux s'étonne aussi du fait qu'un double du courrier soit envoyé au patient. Il y voit une « transparence » excessive bien dans l'esprit de l'époque. Il croit plutôt qu'il y a des choses que le patient n'a pas à savoir. Le psychiatre diffère en cela de la psychologue : autant pour celle-ci les limites du territoire secret l'entourent, elle et le patient, autant le psychiatre ici inclut dans ce cercle lui-même, et les autres professionnels, parmi lesquels il met un point d'honneur à inclure les infirmières. D'ailleurs, chacun peut assister à ses consultations.

À côté du 'cerveau', il nous semble important de noter que dans une large mesure, les psychiatres sont aussi, peut-être surtout, les maîtres du soupçon, c'est-à-dire du vrai et du faux, de 'l'imaginaire' ou du 'délirant' ou 'exagéré' et du « réel ». Savants de la souffrance morale, ils sont aussi les savants de ce qui la cause, de ce qui l'entretient, et de la part, chez le patient, de volonté 'réelle' de s'en sortir. S'ils sont influencés par la psychanalyse –comme c'est le cas ici - ce savoir concerne largement la pulsion de mort.

³⁶⁴ Baudrillard J., *L'Échange symbolique et la mort*, collection «Bibliothèque des sciences humaines», N.R.F., Gallimard, Paris, 1976.

³⁶⁵ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

Par conséquent, ils détiennent aussi les secrets savoirs de ce qui peut faire mal ou peur aux professionnels du soin somatique : mort, mensonge, simulation, manque de motivation qui va entraîner une agressivité mutuelle... leur savoir secret sur l'origine du mal est étroitement lié à la loi : aussi bien aux valeurs morales de la communauté (comment bien vivre avec le malheur) qu'à la loi au sens du système légal (leur avis est requis s'agissant d'organiser la réponse sociale à la transgression et à la violence), ou à la loi du médical (le vrai).

Plus que les psychologues, ils ont une expertise médicale qui leur confère le droit de prononcer des diagnostics. C'est donc eux qui ont le dernier mot de l'**hystérie**, entendue ici au sens de la psychiatrie. Compte tenu de tout ce que cela suscite de réactions chez le personnel soignant, ce n'est pas un diagnostic qu'ils vont livrer facilement. Leur secret, c'est aussi cela, en pratique clinique : le pouvoir de déterminer si la patiente est vraiment, authentiquement, médicalement hystérique.

➤ **Le sacré pour les kinésithérapeutes et l'ostéopathe/acupuncteur**

D'une manière générale, le travail des kinésithérapeutes est largement invisible : d'une part, ils font très peu de transmissions écrites de leur travail, nous y reviendrons (cela est vrai aussi des kinésithérapeutes de ville, qui ne font qu'extrêmement rarement des courriers aux médecins).

D'autre part, bien que très intimement inclus dans le corps de l'équipe pluridisciplinaire, complices privilégiés de son action, et perçus par tous comme des acteurs essentiels, il semble souvent que leur participation se passe de mots.

En coulisses, ils témoignent volontiers du fait que leur intervention est l'occasion pour les patients d'une parole particulière ; que le *travail* au corps permet de recueillir, sans en avoir l'air, une parole très authentique. Mais ils sont en difficulté pour en dire plus. Sans qu'ils paraissent vouloir délibérément - comme la psychologue - en conserver le secret, ils ne partagent pas souvent ces confidences qu'on leur fait.

Ce qu'ils parviennent à dire de ce silence laisse à penser, d'une part que les émotions obtenues dans une interaction aussi intime sont trop secrètes, trop authentiques, trop étrangères à la raison et à l'élaboration pour être dévoilées, et d'autre part qu'ils ne s'y sentent pas autorisés, comme si cela ne relevait pas de leur compétence. Cela paraît absurde, mais tout se passe comme si c'était trop 'près du corps', presque trivial dans son authenticité, pour être intéressant

pour le médecin... Ils ne se délivrent de ce secret que si la patiente dévoile les mêmes confidences à un autre professionnel en leur présence.

En outre, une large part du travail qu'ils font avec les patients a lieu, soit dans une salle à part soit dans le parc, où ils emmènent marcher les patients.

Quand je me suis aventurée pour la première fois en salle de kinésithérapie - dont curieusement j'ai mis quatre ans à trouver la localisation, pourtant non dissimulée, juste un peu à l'écart de l'unité d'hospitalisation - je l'ai fait dans le cadre de mes recherches, mais aussi pendant une journée de mon exercice médical.

Lorsque j'ai enfin ouvert cette porte, j'ai été surprise de m'y sentir mal à mon aise, dans mes habits de médecin. J'avais le sentiment d'accéder à une forme d'intimité - aussi bien, d'ailleurs, celle des patients que celle des professionnels - différente de celle avec laquelle mon exercice m'avait familiarisée.

Les vagues survêtements portés par les patients semblaient dévoiler plus que leur nudité même. Je me sentais gênée de surprendre les patients dans 'cette intimité là', celle de leur capacité à se mouvoir avec plus ou moins de douleur, plus ou moins de souplesse, plus ou moins de sueur, de halètements et de grimaces. 'Cette intimité là' me sembla, en somme, plus réelle, moins balisée par mille prescriptions, que celle pourtant manifeste du « corps-à-corps » de la consultation médicale.

J'ai alors songé que malgré - peut-être à cause de - tout le déshabillage et le dévoilement qui a lieu lors d'une consultation médicale, la façade du patient y est somme toute plus préservée, si **invasive** soit-elle, que dans ce corps-à-corps-là, si différent et pourtant si semblable. Que ce « *sacré* » évoqué par la patiente, comme une extrême intimité, était peut-être en effet plus présent, plus dévoilé ici que dans une consultation psychologique, précisément parce qu'il n'est pas habillé de mots.

L'attitude des professionnels aussi est très différente de celle des médecins : un peu comme une sage-femme, un kinésithérapeute bouge, respire, transpire si besoin, avec son patient ; il n'a pas la réserve médicale, ni dans le geste, ni dans le verbe. Lorsqu'il doit puiser dans ses ressources pour manifester de l'empathie, accompagner le patient, il se place dans une attitude physique et émotionnelle qui rejoint celle du patient. Ce moment et ce lieu-là m'ont paru, eux aussi, comme enclavé dans le monde médical.

L'une des différences essentielles entre ces deux « corps-à-corps » concerne, précisément, le 'corps' : dans la consultation médicale, le 'corps' du patient est mû par le médecin, tel celui

d'une marionnette, il est quasiment dans un état de transe hypnotique induite par le médecin et par lui-même³⁶⁶ ; dans la consultation de kinésithérapie, le 'corps' du patient agit, exprime ses limites, refuse même parfois, avec ou sans mots ; il est moins objet que sujet³⁶⁷, et pourtant il s'agit toujours du corps mécanisé de la médecine, alors qu'on tend à penser « parole » quand on pense « sujet ». Le 'corps' est ici sujet de l'action, avec ses ressentis non encore médiatisés par la pensée ou la parole. Pour P Ricoeur, au « corps-objet » de la médecine s'oppose le « corps-sujet », vécu, le « corps propre », « mon corps »³⁶⁸. C'est bien celui-ci qui se donne ici... mais non à entendre : à toucher ; à voir aussi : mais non comme mort : comme vivant.

Dans la consultation de kinésithérapie, ce qui a valeur de vérité, c'est plus le toucher que la vue. Bien sûr, le médecin touche aussi, et pire - quoique, nous l'avons vu, assez peu au CETD. Mais depuis l'avènement, tant de la méthode anatomoclinique que des examens complémentaires, le toucher n'est que le préalable à la vue qui aura le dernier mot 'vrai', concernant l'origine du mal en particulier. Le secret des kinésithérapeutes, c'est celui du toucher, du mouvement, et du rythme (je me réfère ici, sous le terme de rythme, tout simplement à la nature des exercices réalisés, par exemple mettre plus ou moins de temps à parcourir telle ou telle distance). C'est un secret qui n'a pas de lieu précis dans l'être matériel, ou alors, il le recouvre entièrement.

S'agissant de l'ostéopathie, la pratique est, du point de vue du *sacré*, à rapprocher de celle des kinésithérapeutes, à ceci près que ces derniers ont sur leur pratique un discours spirituel collectif³⁶⁹. Pour eux, explicitement, leur prérogative, le lieu, et le moment de leur efficacité, leur savoir, leur domaine de pouvoir, c'est le mouvement. Les théories comme la pratique de l'ostéopathie comportent, quoique de manière variable selon les praticiens et les évolutions du contexte réglementaire et légal de leur exercice, une dimension spirituelle explicite. Il y est question de l'âme ; et dans « âme », il faut entendre principalement animus, l'animé ; la vie, c'est le mouvement ; leur outil de travail, c'est le mouvement et la mobilité, tissulaire, et par elle, émotionnelle voire spirituelle ; ce qui les préoccupe, ce sont les fluides, les mouvements des fluides : liquidiens, aériens. Dans leurs textes fondateurs, ce qui se dessine derrière la

³⁶⁶ Heath, C., « La conduite du patient pendant l'examen médical ou comment un 'objet' reste 'sensible' », *op.cit.*

³⁶⁷ Ricoeur P., in Changeux J.P., Ricoeur P., *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, collection Poche, Odile Jacob, Paris, 1998.

³⁶⁸ Concernant le corps « sujet », voir aussi Durif C., « Corps interne et physiologie profane », *Corps, Maladie et Société, Ethnologie française*, XXII, 1992.

³⁶⁹ Par tradition tout du moins, mais cela se perd au profit d'un discours de plus en plus mécaniste.

libération des tensions qui immobilisent et empêchent la circulation des fluides, c'est la possibilité pour la lumière de se faire.

Dans le cas de Mme M, le médecin ostéopathe et acupuncteur me fait part des propos qu'il lui a tenus en consultation : « *Il faut gravir la montagne. Moi j'y vais. Si vous redescendez, je ne descends pas avec vous.* » Il utilise ici une métaphore du voyage, vers le haut ; le médecin guide la patiente avec juste ce qu'il faut de connaissance en plus. Le mouvement qui le concerne ne s'inscrit pas seulement dans l'espace immobile du corps anatomique, mais dans l'espace mobile du corps vivant, sa posture et ses déplacements. D'une manière explicite et élaborée, ces postures, mouvements et déplacements du corps matériel sont des métaphores, conçues comme efficaces, des postures, mouvements et déplacements de la personne, immatérielle aussi.

Une patiente, Mme T, me relatait un jour l'importance qu'avait eu pour elle la consultation avec l'ostéopathe, en mettant en avant une particularité de son exercice : il avait trouvé l'endroit précis où elle avait mal, il avait su reproduire sa douleur, par le toucher. Ceci avait eu un effet de partage, de reconnaissance, et de vérité : elle s'était sentie, enfin, comprise et crue. L'anatomie du mouvement, du corps vivant, donc, plus que du corps mort, est une spécificité de l'ostéopathie, qui lui donne accès à cette précision du toucher. Comme pour beaucoup de celles que j'ai vu passer entre ses mains, l'exercice qui est particulier à l'ostéopathe est l'occasion d'une cristallisation : celle du sens global de la prise en charge. En effet, il est médecin, il en a l'autorité et la parole ; il est ostéopathe ; il est aussi acupuncteur, c'est-à-dire que lui aussi peut faire effraction à la barrière cutanée. Plus que tout autre intervenant, il a accès au lieu exact de la douleur - et c'est peut-être là son lieu *sacré* à lui - certainement son lieu réservé : le lieu précis de la douleur, par le toucher, mais un lieu qui se conçoit inséparablement du temps : c'est un lieu qui n'a de sens que dans le corps vivant.

Cette cristallisation se produit donc autour d'une combinaison de son discours et de ses pratiques : il s'intéresse, autorise la 'parole du corps', et va aussi toucher directement la douleur, la reproduire avec une précision, une justesse, une résonance, que l'apprentissage conventionnel de l'anatomie ne permet pas.

Il est notable que ce médecin, étant de tous à la fois le plus illisible dans son écriture, celui également dont les cassettes de courriers dictés sont les moins compréhensibles par les

secrétaires, et celui qui est le moins collectif dans ses pratiques, assure à sa manière, individuelle et non institutionnelle, le secret de son espace.

➤ **Le sacré pour les infirmières**

Dans le cas de Mme V, les transmissions infirmières de J7 indiquent :

« Imagine difficilement avec son activité professionnelle comment elle peut gérer ses efforts (...) S'est lâchée pendant l'entretien ; a parlé du décès de son premier enfant. Se sent un peu responsable. Reste très fusionnelle avec ses enfants actuels. A une très mauvaise image de son corps. Associe ses douleurs à sa souffrance morale ».

S'il y a un pouvoir entre les infirmières qui attise les rivalités, c'est celui de savoir qui la première dénouera le *nœud*. Il s'agit de faire « lâcher », de dénouer, d'amener les larmes, un abandon, l'eau, puis d'assister à la renaissance, renouer, ou plutôt retisser le récit, avec des liens moins tendus, moins serrés.

Elles aussi, à travers entre autres l'administration d'**antalgiques**... ou pas, et plus ou moins vite... auraient 'les moyens de vous faire parler'... mais la force de leur dynamique collective fait qu'elles ne l'utilisent pas - sauf dysfonctionnement sérieux - grâce à une auto-régulation interne permanente qui a besoin de s'appuyer sur un fort esprit d'équipe, une bienveillance à toute épreuve, et une bonne qualité des dynamiques institutionnelles - encore la pluridisciplinarité.

La métaphore du « *nœud* », du « *lien* », « *l'alliance* » aussi, autre lien, ou encore, comme dit la musicothérapeute, du « *fil* » qui dépasse de la « *pelote* », ou encore, dans des propos souvent tenus par le médecin responsable, qui les accompagne de gestes, la nécessité de « *détricoter* », ou aussi la métaphore de la tapisserie utilisée avec Mlle L... reviennent souvent dans des moments 'clefs', où l'altération de l'état de conscience consécutive à une effraction cutanée et/ou à un *lâchage* émotionnel (pleurs...) est propice à l'utilisation de l'hypnose conversationnelle et de son contenu métaphorique ; ces métaphores renvoient au « tissu narratif » de Ricoeur³⁷⁰, autant qu'à un imaginaire féminin (de Pénélope à l'héroïne du « Cœur cousu » de Carole Martinez³⁷¹, Frasisca Carasco).

³⁷⁰ Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

³⁷¹ Martinez C., *Le Cœur cousu*, N.R.F., Gallimard, Paris, 2007.

Ce tissage renvoie aussi à une modalité particulière d'appréhension du 'vrai' : un 'vrai' qui n'est ni une vérité scientifique plaquée, ni une loi imposée, ni la chevauchée libre d'émotions anarchiques ou de croyances populaires, mais la mise en relation de ces divers éléments dans un tissage propre à la narration ou au folk-lore, où s'enchevêtrent écriture et oralité, discours savants et récits profanes.

Il est une autre spécificité du travail infirmier qui est le recueil de la parole nocturne. Toutes s'accordent à dire que c'est important, mais il n'y a que rarement trace dans les transmissions de ce qui a été dit précisément ; d'une manière générale d'ailleurs, à l'hôpital, les transmissions de l'équipe de nuit ont un statut particulier, peu visible. Ici, comme dans beaucoup d'autres de nos descriptions, on pourrait trouver à cela des explications rationnelles, fonctionnelles (manque de personnel la nuit...); mais ici comme ailleurs l'immédiateté de la réponse qu'elles fournissent ne devrait pas faire perdre de vue qu'il peut y en avoir d'autres, à côté, ou en amont.

En outre, les infirmières partagent avec les kinésithérapeutes un accès à une expression intime des corps, qui a trait au temps ; elles le notent, ou pas.

L'évolution actuelle des pratiques infirmières se fait plutôt vers une médicalisation croissante des transmissions, sous l'influence entre autres de leur informatisation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces deux 'progrès' compliquent en effet l'exercice d'écriture, tout simplement : les infirmières sont en général moins familiarisées avec l'outil informatique que les médecins ; écrire prend plus de temps, elles écrivent donc moins et vont à l'essentiel. Quant à ce qu'est l'essentiel, s'agissant de l'écrit, on guide leurs pas, puisqu'informatisation et évaluation impliquent nécessairement de créer des catégories, des 'boîtes' dans lesquelles ranger leurs observations. Celles, parmi les observations, qui tombent entre les interstices des boîtes ne sont tout simplement plus notées. À ceci s'ajoute le fait que les organisations des établissements de soins tendent à réduire le temps des transmissions orales, autant que les temps de pause, ou de repas, qui soudaient les équipes soignantes. Il en résulte que l'échange de parole infirmière est de plus en plus souvent largement médié par la parole médicale, les infirmières ne notant que ce dont elles pensent que cela va 'intéresser' le médecin. Ces modifications des organisations de la parole infirmière sont un sujet de préoccupation tant dans

les établissements de soins en général, que pour les formateurs dans les instituts de formation en soins infirmiers.³⁷²

Au CETD, au moment de mes observations, la récente évolution des transmissions infirmières vers une médicalisation croissante avait encore eu peu de prise. Elles conservaient une parole spécifique, comme en témoignent les transmissions reproduites dans les cas cliniques.

Ce qui est marquant dans leur exercice, c'est la continuité temporelle dans lequel elles s'inscrivent, continuité qui n'est possible (le tissage) qu'à condition de ne pas mettre leurs paroles en 'boîtes'. En effet, je note une autre caractéristique marquante de leur pratique : leur attention pour les faits bruts. C'est précisément quand ils sont notés avant de savoir s'ils relèvent ou non d'une catégorie médicale, juste parce qu'ils leur paraissent, intuitivement, pertinents, qu'ils sont intéressants pour le médecin de la douleur. Ils ont alors une réalité, une authenticité qu'ils n'ont plus quand déjà ils sont traduits en symptômes. Ils parlent d'un 'quelque part' ou d'un moment du patient qui échappe aux grilles préétablies. Cela s'inscrit dans le quotidien : le médecin dit au patient de se lever, puis s'en va, et revient quelques jours plus tard. L'infirmière, elle, le lève. C'est très différent. L. Millet³⁷³ dit à juste titre que l'infirmière ne peut pas se permettre le luxe « d'oublier l'homme bien portant derrière le malade ou le schéma pathologique ». Elle va, très littéralement, le ramener à la santé, pas à pas ; pour cela, elle s'appuiera aussi sur ce qu'il était avant sa maladie. Ses habitudes. Ses croyances. Ses préférences. Sa culture. Pour C. Amourous,³⁷⁴ l'infirmière, c'est « le messager de la culture à l'hôpital. » Cela me paraît juste, pour les raisons que je viens d'énoncer.

Mais aussi parce que leur clinique, plus que la clinique médicale, est éminemment collective : ces intuitions qui leur permettent de relever tel ou tel fait comme pertinent, elle ne les apprennent pas dans les livres, mais dans leur pratique, dans un compagnonnage permanent avec leurs collègues, avec leurs aînées, qui s'appuie essentiellement sur des dynamiques narratives, et une tradition orale. C'est pourquoi la réduction des temps de transmission orale, comme des temps de pause entre elles, est si préjudiciable à la qualité de leur exercice, et si regrettable.

Messagères de la culture, elles ont une autre connaissance des patientes que celle dont peut se revendiquer la psychologue, le psychiatre ou le médecin : la connaissance des « micro-faits du

³⁷² Martel F., « Concepts de soins et outillage infirmier ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ? », *Revue de soins infirmiers*, n° 24, Mars 1991, pp. 4-17.

³⁷³ Millet L., « La Clinique : histoire, théorie et pratique » (conférence), *Revue de recherche en soins infirmiers*, n° 34, septembre 1993, pp. 5-13.

³⁷⁴ Amourous C. (dir.), *Que Faire de l'Hôpital*, L'Harmattan, Paris, 2004.

quotidiens » évoqués par D.B. Morris et autres faits... « sans importance », dans une « micro-temporalité » (terme de L. Millet) qui se caractérise par sa continuité, y compris nocturne. Autant leur revendication vis-à-vis des secrets de la psychiatre, du médecin ou de la psychologue, traduit quelque chose de la faible légitimité perçue de cette connaissance - qu'explique très bien le chemin historique suivie par les femmes soignantes ou guérisseuses, et leur absence d'accès à la parole sacrée - autant elles peuvent, à d'autres moments, revendiquer la connaissance que constitue cet accès qu'elles ont à la réalité des patients, et qui leur est propre.

Dans une certaine mesure, elles partagent cette connaissance avec les aides-soignantes et les agents de service, qui assurent la toilette, l'hôtellerie ; ce partage d'ailleurs ne va pas non plus sans rivalité. Ces dernières revendiquent souvent haut et fort en coulisses la connaissance qu'elles ont des patients, en s'appuyant sur une valeur sûre, confirmée par l'expérience, qui est leur secret à elle : une proximité encore plus grande avec le quotidien de la personne saine (puisqu'il s'agit de manger, de se laver), et aussi une intuition qui ne souffre pas, contrairement à celle des infirmières, du brouillage résultant de son intimidation par le discours savant. J'ai souvent eu l'occasion, dans mes formations, de constater la pertinence de leurs intuitions. Souvent peu éduquée au sens universitaire du terme, elles sont cependant en difficulté voire réticentes à maintenir leur conviction hors des coulisses. Mais au CETD de Nantes, elles sont invitées au staff, et le qualificatif de « *serpillothérapeute* » que leur attribue le chef de service n'a rien de péjoratif ; il témoigne d'une véritable attention portée à cette parole, comme aux autres.

*

Les infirmières, ou les soignantes en général, ont-elles, donc, un « sacré », une connaissance secrète d'un lieu ou d'un moment de la personne, qui est à l'origine de leur pouvoir ?

Je dirais, en première approche, qu'elles semblent en avoir deux : l'un, c'est la parole nocturne.

La nuit est leur domaine.

L'autre, elles y accèdent à travers l'intuition des fils invisibles qui lient la personne à l'usage qu'elle fait de son corps, intuition qui n'appartient à aucune en propre, mais repose sur leur collectif. Contrairement à la parole nocturne, leur parole diurne est omniprésente et génère, autour du patient et de l'équipe, et avec le monde extérieur à l'hôpital, avec le passé et le futur, un tissu continu de récits. Leur pratique, leur pouvoir, c'est véritablement la culture, en ce qu'elle est un contenant, et un contenu, mais aussi en ce que, contrairement aux autres secrets

évoqués, elles ne le possèdent pas. En effet, il ne s'agit pas ici de 'savoir', mais d'expérience: elles le connaissent, le vivent et l'habitent.

Si c'est une compétence, un 'secret' auquel il est difficile d'accéder, cela ne tient nullement à des interdits, à des règles. Ce n'est pas tout à fait un 'secret'... pas au même titre que les autres.

Ne leur appartenant pas, ce 'secret' dont l'accès repose sur une fragile et ineffable construction collective pourrait tout aussi bien, d'omniprésent aujourd'hui, devenir caché demain – faute de transmissions orales et écrites adaptées- sans pour autant qu'il y ait là aucune volonté de 'secret' de leur part, mais une dynamique plus large qui conduit à l'invisibilité d'un certains nombres de réalités, féminines en particulier³⁷⁵.

L'invisibilité éventuelle n'est pas de leur fait. En préparant des formations, j'ai souvent rencontré de grandes difficultés pour trouver, dans la recherche en soins infirmiers, des ouvrages et articles en français. La bibliothèque de la faculté de Médecine de Nantes, par exemple, ne comporte aucune référence en soins infirmiers. Sur les sites médicaux internationaux de recherche bibliographiques, les références en soins infirmiers sont toutes en anglais. En cherchant un documentaire vidéo sur le travail des infirmières pour nos formations, ma collègue enseignante et moi-même fouillions internet depuis un bon moment sans succès quand j'eus l'idée lumineuse d'associer, dans ma recherche, les mots-clefs 'infirmière' et 'nuit'. Nous tombâmes sur une mine de documents vidéo... pornographiques. Au-delà de l'anecdote, cela peut servir à rappeler que si la réalité infirmière est souvent invisible, ce n'est pas qu'elle est tenue 'secrète' par elle, mais qu'elle est, tantôt négligée, tantôt recouverte de fantasmes masculins. Prise dans la culture, elle entretient des connivences avec l'imaginaire ; elle est, en retour, plus vulnérable aux dérives de l'illusion, du fantasme.

L'importance de leur parole dans l'équipe pluridisciplinaire du CETD fait, eu égard aux récentes évolutions hospitalières, figure d'exception. Elles y sont bien, pour le patient, les patientes tisserandes de la parole, les compagnes dans la nuit ; pour chacun, professionnel ou patient, elles sont les messagères du temps, et par le temps, de la culture. Le temps : c'est là le lieu où elles évoluent, c'est leur domaine ; mais ce n'est pas tout à fait leur 'secret', car elles ne le possèdent pas, et ne le maîtrisent pas.

³⁷⁵ Smart C., *Feminism and the power of law*, collection "Sociology of law and crime", Routledge, London, 1989.

*

Elles ont bien, pourtant, une compétence qui confine au mystère, qui soulage aussi efficacement que la morphine, mais elle est tellement évidente pour tous qu'elle en devient invisible : comme l'amour d'une mère pour son enfant, cela va de soi, au point que cela semble ne rien coûter.

En effet, la condition d'accès à ces compétences propres de l'infirmière tient dans un mot bien difficile à prononcer à notre époque en général, et à l'hôpital en particulier : l'amour. C'est pourtant bien sûr l'une des variantes de ce mot - l'amour de son prochain, la charité chrétienne - qu'a été bâtie leur histoire - des siècles d'histoire.

S'il y a, dans leur pratique et dans leur histoire, un lieu mystérieux, de silence, inabordable par la parole, c'est bien celui-là : sur quelles bases accèdent-elles aujourd'hui à ces infinies ressources de bienveillance, si ce n'est par... amour ? Mais il ne s'agit pas d'amour au sens chrétien, pas explicitement en tout cas ; pas non plus d'amour au sens romantique, érotique - même si l'on voit que la confusion n'est souvent pas très loin - mais de quoi s'agit-il alors ? D'où tirent-elles l'inspiration de leur inépuisable bienveillance ? Si les infirmières ont un *sacré*, c'est celui-là. C'est celui-là qui est la condition d'accès au temps, au tissage, à la nuit, à la culture. C'est celui là qui est 'secret', et qui fait l'objet d'interdictions institutionnelles (la laïcité, le dépouillement de tout caractère sexuel, et il me semble qu'il faut aussi en rapprocher les mystérieuses injonctions de « *neutralité* » et de « *protection* ») et de règles, qui leur sont enseignées (la relation de soin)³⁷⁶. C'est celui-là qui fait l'objet de leur initiation - à côté de la technique. Les concours d'entrée en école d'infirmières comportent en effet des entretiens de motivation - pas les concours médicaux ; en outre, en tant qu'étudiant(e)s, elles font l'objet d'un suivi régulier de leur évolution psychologique et affective personnelle, ce qui n'est évidemment pas le cas des médecins. C'est celui-là aussi qui fait l'objet de peurs - leur obsession de « *se protéger* » dans la relation... sans savoir de quoi... interrogées, elles évoquent vaguement qu'il y a une charge émotionnelle dans leur travail qu'il faut éviter de 'ramener à la maison'. C'est celui-là, pour finir, qui fait, depuis des siècles, leur identité professionnelle, identité que les modifications apportées par la progression de la technique et de la laïcité n'ont pas fini d'interroger.

³⁷⁶ En 2005 - mais cela change constamment- le volume des enseignements de sciences humaines sur trois ans comprenait 180 heures de psychiatrie, psychologie, sociologie, anthropologie.

S'il y a une tradition de « philanthropie médicale », il y a, de manière plus solide et plus stable dans le temps, aussi ancienne, mais aussi beaucoup plus 'mystérieuse'...car perçue comme 'naturelle', à l'instar du sentiment maternel... une tradition de « philanthropie » infirmière.

Or, s'il est un autre domaine, avec la mort, qui fait l'objet de toutes les attentions des organisations humaines, et de l'ordre au sens anthropologique, c'est bien celui-là : l'amour. Quel que soit le sens que l'on donne à ce mot, du plus trivial au plus religieux, les organisations de toutes les sociétés ont encadré de normes et de règles sa perception, son expression, les pratiques qui en découlent. L'inscription dans le corps des rapports entre nature et loi est rarement aussi évidente que dans ce cas précis, et subit très explicitement une différenciation liée au genre.

À ce sujet, une anecdote me revient en mémoire : lors du premier cours sur la douleur auquel il me fut jamais donné d'assister, le Dr Bensignor, souhaitant nous faire comprendre à quel point la douleur était subjective, nous dit ceci : « *la douleur est un affect... ça veut dire... tenez, c'est comme l'amour : c'est aussi idiot et inutile de dire à quelqu'un qu'il ne devrait pas avoir mal, parce qu'on ne l'explique pas, que de dire à quelqu'un qu'il ne devrait pas être amoureux d'un tel ou d'une telle, par ce qu'on ne l'explique pas.* ». Exemple parfaitement efficace.

➤ **Le sacré pour la « musicothérapeute-hypnothérapeute-sociothérapeute... » :**

Son 'secret' avance masqué : il n'est certes pas dans l'absence de parole - peut-être dans son apparente illégitimité, qui est aussi une ruse puisque de fait sa parole est très légitime? Elle parle beaucoup, écrit beaucoup... mais pourtant ce qui est efficace dans son action reste largement en deçà de ce qui en est dit, ou écrit. Elle partage avec les infirmières et les kinésithérapeutes ou ostéopathes un accès direct au réel de l'usage du corps, du corps vivant - contrairement au corps mort de l'anatomie.

Ce qui compte, ici, c'est l'expérience : dans le moment du soin infirmier, de l'hypnose, de la musicothérapie, de la kinésithérapie, de l'ostéopathie, se joue quelque chose d'un *travail* au corps et aux sens qui fait sourdre la parole ou au contraire la fait taire, qui rééquilibre ce qui par la parole peut être livré aux autres....

Anesthésiste retraitée âgée de plus de 70 ans, ayant travaillé plusieurs années bénévolement pour le CETD, hypnothérapeute, musicothérapeute, religieuse, frondeuse, féministe de la première heure bien que trop individualiste pour en faire un manifeste, elle a le verbe haut et

ne mâche pas ses mots. Ainsi au sujet de Melle S : « *elle est un clown pour ne pas être triste. On a envie de faire quelque chose pour elle, de lui dire d'arrêter de crâner* ». Or il se trouve que, de par son histoire, tant personnelle que professionnelle, que je ne me permettrais pas de dévoiler ici, elle peut se prévaloir - et se prévaut, contrairement à d'autres qui pourraient aussi le faire mais gardent le silence - d'une expérience, d'une connaissance intime de bien des situations de vie qu'ont pu connaître les patientes. Son expérience personnelle est amenée à contribuer aux soins. Elle en tire une partie, peut-être essentielle, de sa compétence. Curieusement, son comportement dans les temps de réunions collectives officielles est toujours un peu dissipé. Bavarde impénitente, elle joue les mauvaises élèves - le fou du roi ? - en toute impunité. Son rôle est étrange, mais elle a trouvé sa place. Voici pour l'exemple les propos qu'elle tient sur Mme V :

« Elle déteste les animaux. Supporte, mais « quel travail sur moi ! » un chat depuis peu. Elle déteste avec violence la musique classique. Pourquoi ? depuis quand ? Et elle raconte la mort du bébé mort-né, l'accouchement sous musique classique et péri. Ceci vient juste après qu'elle ait raconté ces difficultés « physiques » dit-elle de sa vie sexuelle. » Elle raconte : « *il semble qu'elle ait pris le fil qui dépassait de ma pelote de début de mon entretien et va tirer dessus* » ; « *elle ne peut se détendre, elle a besoin d'hyperoccupations* » ; « *elle a un discours très contrôlé, très poli. Et se tient souvent très droite, suivant le questionnement, pour une cervicolombalgie* ».

*

Le lieu dont chacun (professionnel et patiente) va devoir apprendre à croire, ensemble, que c'est là que réside la solution, correspond à l'espace de « *mystère* »³⁷⁷ restant au centre du dessin de Z. Ce dessin représente à la fois la personne du patient, et l'organisation pluridisciplinaire. Le *mystère* en son centre leur est un « lieu commun ». C'est à la fois ce qui reste du patient, qui lui appartient en propre, une fois qu'on l'a découpé en divers organes et diverses fonctions. Ce reste du patient lui appartient, mais c'est aussi un *mystère* pour lui-même, accepté tel quel. C'est aussi ce qui reste de sa douleur, une fois qu'on a pris en charge ses différents déterminants ou conséquences ; ce qui reste de la plainte, quand on l'a analysée. Considérer qu'il y a « *mystère* » revient, dans les propos de Z, à accepter qu'il y a absence de maîtrise sur ce 'reste' du phénomène. C'est aussi en effet ce qui reste de la pluridisciplinarité, c'est-à-dire ce 'lieu/temps' autour duquel elle ne peut que graviter,

³⁷⁷ NB : certains patients sont peu diserts, d'autres mêmes sont muets, ou parlent peu le français, et cela ne rend pas pour autant les prises en charge impossibles ; il s'agit donc bien d'une 'parole' particulière.

converger, en mettant en commun les secrets des uns et des autres, pour tenter de le mobiliser, mais sans chercher à le maîtriser, sans quoi, tel le Graal, il s'échappe.

Ce 'lieu/temps', central à la prise en charge, n'est ni le 'corps' du médecin, ni la psyché du psychologue, ni le cerveau du psychiatre, il est tout cela à la fois, et plus. J'en proposerais l'interprétation suivante :

Nous avons, d'un côté, les professionnels tenants d'un savoir qui repose sur la vue du 'corps' mort³⁷⁸, celui de l'anatomie : les médecins, somaticiens ou psychiatres. De l'autre, ceux qui ont un savoir du 'corps' vivant : kinésithérapeutes, ostéopathes (la vie dans le mouvement), infirmières (la vie dans le temps, la culture, l'amour), et la 'polythérapeute' (la vie dans l'expérience). La psychologue, s'occupe de l'âme. Tous ont, de par leur formation ou par expérience, accès, en plus de leur savoir, à la connaissance d'autre chose que leur savoir ne saisit pas, ne maîtrise pas : ce lieu qui demeure, pour eux, un *mystère*. Pour les médecins, c'est la vie, et, dans une certaine mesure, l'âme ; pour les professionnels du corps vivant et pour la psychologue, c'est la mort, et dans une certaine mesure aussi, l'âme.

Si tous travaillent ensemble, j'avancerais que c'est pour saisir quelque chose qui par tradition échappe à chacune de ces professions prises séparément : la vie, qui ne se voit pas, qui reste de ce fait en partie mystérieuse, et qui inclut, en germe et en préoccupation l'âme, la mort, et l'amour. La mort est, de tous les faits de la vie, celui qui est indéniablement le plus certain, quand la vie est, pour la science même - de récents débats sur le statut des virus l'ont encore montré - le plus mystérieux. Si l'on peut disposer d'un savoir sur le corps mort, on ne peut guère que connaître, ou reconnaître, le corps vivant, et l'âme. Quant à maîtriser l'amour... Le grand pas qu'a franchi la médecine de la douleur, se démarquant de la tradition biomédicale, c'est de s'intéresser, dirais-je : 'avec amour', autant à la vie, qu'à la mort ; aux deux, en fait, et surtout aux fruits délicats et *mystérieux* créés par les êtres humains, par lesquels se manifeste leur coexistence inéluctable et douloureuse.

« La médecine de la douleur est une médecine créative ».

(Entretien avec A)

Nous avons vu comment la médecine de la douleur se construisait comme sociologie, comme anthropologie, comme philosophie, comme « philanthropie » aussi. Pour répondre à la poésie

³⁷⁸ Une remarque : il me semble, en écrivant, que le mot 'corps' se passe plus volontiers de guillemets quand il est associé à l'adjectif 'mort' ; il est alors plus simple de le différencier de la personne globale.

médicale qui veut que la santé soit « la vie dans le silence des organes », je citerai ici, en conclusion, Pablo Neruda, qui me paraît plus proche de la poésie propre à la médecine de la douleur :

Communications

« Mort aux souterrains, ai-je décrété.

Va-t-on s'abuser longtemps avec ce visage
fermé, ces yeux d'aveugle, et d'endormi ?
Rien, à part *être*, n'est nécessaire,
Et être c'est être en plein jour, c'est être vu
et voir, être c'est toucher et c'est découvrir.

A bas tout celui qui ne fleurit pas !

Les racines seules ne servent à rien !

Il ne faut pas vivre en rongant la pierre sous-marine
ni le cristal
englouti
de la nuit :
il faut grandir et recruter, ouvrir
le feu sur l'île
et que réponde
le navigateur engourdi,
il faut qu'il se réveille
et riposte
A ce brasier soudain
Qui vient de naître sur la côte obscure jusqu'alors :
ce brasier né du patrimoine lumineux,
de la communication à la base,
et pour finir il n'y a plus d'obscurité, nous sommes :
nous sommes avec d'autres hommes et d'autres femmes,
nous aimons en pleine clarté,
en plein amour on nous voit et cela nous plaît :
la vie, la vraie, est sans silence.

Et la mort seulement est restée bouche close. »

Pablo Neruda
Le Mémorial de l'île noire.

*

Le deuxième passage : de l'oral à l'écrit qui permet :

- **la mise en (un nouvel) ordre : le nom, la loi**
- **la mise en narration et la reconnaissance**

Si la médecine de la douleur se construit comme sociologie, comme philosophie, comme anthropologie, comme poésie, elle doit aussi, pour accéder à la légitimité telle qu'elle est conçue en Occident, et à la fonction d'ordre qui est dévolue, par notre société, à la médecine, se doter d'une écriture, au sens littéral.

Le passage de l'oral à l'écrit donne une légitimité et une reconnaissance au nouvel ordre qui a été mis en œuvre. C'est d'abord, en amont de la prise en charge des patients, le travail des professionnels, toutes professions confondues, de se saisir de l'écrit pour que la pluridisciplinarité fasse véritablement fonction de nouvel ordre. Ecrire, c'est aussi déterminer un type d'écriture, des classifications, des catégories, des supports, qui vont permettre de rendre compte, ou non, de la clinique. En tant qu'observateur, cela nous permet de distinguer, dans ce que manifestent les patients, ce qui véritablement intéresse les professionnels.

A côté des (et en lien avec les) questions que soulèvent la fonction et l'utilisation faite de la parole, celle de la dénomination est en effet particulièrement sensible. Les deux passages : à la parole du corps et à l'écrit, vont déterminer l'accès à la dénomination, à la reconnaissance et à la narration de certaines souffrances « intéressantes », dont on verra qu'elles font une place particulière au féminin et au maternel.

Nous avons commencé à l'aborder à travers la question des transmissions infirmières, et allons maintenant décrire plus avant le ballet des différents supports écrits.

➤ Les catégories du mal, de la maladie et du malheur.

Parmi les dénominations, celles qui créent des catégories médicales de la souffrance morale sont, en médecine de la douleur, les plus problématiques, au même titre qu'en psychiatrie, par exemple.

J.-J. Kress³⁷⁹ et P. Ricoeur rappellent que la souffrance amène chez le sujet qui la vit la question du « pourquoi moi ? », et à cette question correspond chez l'observateur empathique ou le thérapeute un temps d'arrêt, qui est un temps de partage, où l'on essaie de se mettre « à la place » de l'autre souffrant, faut de pouvoir pleinement se représenter théoriquement ce qui se joue pour l'autre (et a fortiori répondre à sa question). Ce temps « a-théorique » est nécessaire pour appréhender cette souffrance, qui détermine fondamentalement, ou devrait déterminer, l'ensemble des actions médicales. Il doit néanmoins être pratiqué avec parcimonie, *dosage*, à « coups de sonde ». Car où sera le patient, si l'on se met « à sa place » ? C'est par cet appel au « pourquoi moi » que la souffrance est source d'individuation, et en même temps d'un questionnement sur l'individuation. C'est en cela aussi que l'aptitude à la souffrance fait partie intégrante de la dignité de la personne humaine. Je souffre-je suis, immédiatement : « Le soi est comme intensifié dans le sentiment vif d'exister. »³⁸⁰

P. Ricoeur, J.-J. Kress³⁸¹, ou encore G. Darcourt³⁸², rappellent que « souffrance psychique » renvoie à « soupçon » : d'un point de vue extérieur, ce que Freud appelle la compulsion de répétition, qui renvoie à la pulsion de mort, amène le patient à causer son propre malheur, sa propre perte. En outre, dans bien des textes de la littérature, des anciens aux modernes, la souffrance psychique est regardée comme une faute morale : le propre de l'homme oui, l'un des supports de sa dignité certes, mais il en est aussi coupable, ou coupable de ne pas l'endurer 'comme il faudrait'.

Qu'une souffrance relève du médical, du « *somatique* », et elle relève potentiellement d'une indemnisation financière au titre de la maladie. Les médecins-conseils défendent les limites de leurs attributions, comme celui qui m'a dit un jour au téléphone, excédé : « *on ne peut pas porter toutes les misères du monde* ». Mais qu'une patiente ne se relève pas d'une histoire traumatique, parfois atroce, ancienne, ou d'un deuil trop difficile, et que cela se manifeste par épuisement, fatigue, douleur et non d'abord par une dépression au sens strict, et cette souffrance est alors mise de côté. Elle sera alors d'une part non reconnue au sens de la loi ou de l'argent, mais d'autre part, dans le même mouvement, cette non-reconnaissance légale s'accompagnera très souvent d'une remise en cause de l'existence même de cette souffrance. Elle atteindra alors,

³⁷⁹ Kress J.J., « Le psychiatre devant la souffrance », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 75-89.

Et Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

³⁸⁰ Ricoeur P., *ibid.*

³⁸¹ Kress J.J., « Le psychiatre devant la souffrance », *op.cit.*

³⁸² Darcourt G., « Souffrance et thérapeutique », *op.cit.*

chez des sujets dont c'est bien souvent d'ores et déjà la principale fragilité, l'axe de la reconnaissance du « soi par soi »³⁸³, celui de l'amour, du croire, du narcissisme.

Où l'institution médicale situe-t-elle donc les frontières entre mal, maladie, malheur ? Et ce concept de narcissisme, précisément, qui propose que ce soit la structuration primaire, « archaïque », de la personne, qui conditionne le passage vers l'une ou l'autre de ces catégories, en internalisant plutôt qu'en externalisant la perception pour le patient et pour les médecins de la culpabilité originelle, est une arme à double tranchant. Ainsi pour Mme T : « *je suis épuisée (...) qu'on me dise : allez, allez, c'est dans votre tête, remuez-vous !* ».

De surcroît, les catégories du mal ou du malheur ayant légitimement droit au nom de maladie sont culturellement déterminées.

Toutes les souffrances ne sont pas pathologiques. Le personnel soignant tend pourtant à appeler 'souffrance' tous les problèmes rencontrés par les patients qui sont en lien avec leur pathologie. Il est vrai qu'étymologiquement 'pathos' renvoie à 'souffrance'. Pourtant il y a des souffrances qui justifient une thérapeutique, et d'autres non. La distinction n'est pas toujours tranchée.

G. Darcourt s'exprime ainsi à ce sujet dans une revue psychiatrique : « On pourrait, au lieu de dire que les souffrances qui intéressent les médecins sont celles qui justifient une thérapeutique, reconnaître plutôt que les souffrances qui sont traitées sont celles auxquelles les médecins s'intéressent³⁸⁴. Il y a en effet une part de subjectivité dans l'appréciation de la nature de la souffrance. »³⁸⁵

Il est clair que la médecine de la douleur « s'intéresse » à des souffrances jusque-là jugées inintéressantes, tout du moins depuis que, du domaine de Charcot, elles sont passées dans celui de Freud; « s'intéresse » à des voies de traitement jusque-là jugées inintéressantes ; « s'intéresse » à des patientes jusque-là jugées inintéressantes...pour et par la biomédecine.

En outre, il y a un espace entre 'mal' et 'malheur', où réside la personne³⁸⁶, le « sujet », et notre appréciation du mal subi ne peut pas résumer notre appréciation de l'étendue de son malheur. Soit parce qu'untel va développer une souffrance intense face à un évènement qu'un

³⁸³ Honneth A., *Lutte pour la reconnaissance*, Le Cerf, Paris, 2000.

³⁸⁴ Et j'ajouterais : celles auxquelles les patients croient que le médecin ou la médecine s'intéresse.

³⁸⁵ Darcourt G., « Souffrance et thérapeutique », *op.cit.*, p. 278.

³⁸⁶ Roustang F., *La Fin de la plainte*, *op.cit.*

autre va gérer ‘normalement’ (exemple du deuil pathologique ou du stress post-traumatique : là aussi le caractère ‘normal’ du deuil, dans sa durée et sa modalité, est culturellement déterminé) ; soit parce que le ‘mal’ que nous observons n’est pas nécessairement perçu de manière désagréable par la personne (exemple de l’indifférence affective du schizophrène, ou de la pauvre qualité de vie, selon nos critères, à laquelle le confine son apragmatisme et sa pauvreté relationnelle.)

Cette subjectivité du mal et du malheur perçu par autrui a des déterminants psychologiques (notre perception de la souffrance d’autrui ne peut guère se faire qu’à l’aune de ce que nous connaissons nous-mêmes de la souffrance) et des déterminants sociaux et culturels : notre appréciation du ‘mal’ subi par autrui se fait aussi à l’aune de ce qui est pour nous un ‘mal’. La théorie et surtout la pratique psychiatrique est toute entière tissée de ce rapport subjectif au mal et au malheur d’autrui ; elle tend à protéger le patient de cette subjectivité du soignant en définissant des critères objectifs. Ceux-ci sont sous-tendus par des explications ayant trait au ‘pourquoi’, qui repose sur les modèles du fonctionnement psychique. Mais la rencontre avec le patient, et l’efficacité thérapeutique du soin ne peut se réduire à cet espace théorique. Elle dépend aussi de la relation, dans sa dimension empathique, transférentielle et contre transférentielle, et de son efficacité symbolique, qui s’inscrit dans la dimension culturelle susdite.

Cette appréciation culturelle du mal, du malheur, et de la souffrance ‘légitime’ ou « intéressante » obéit aussi à une logique de genre.

Dans un recueil ethnographique concernant la vie des habitants de l’île de Groix³⁸⁷, le Dr Lejeanne voit « l’hystérie » (je cite) se développer à Groix en même temps que les décès en mer se multiplient. Quand on connaît le caractère péjoratif de cette appellation, certes en partie médicale, mais devenue une insulte dans le langage courant, quand on sait tout ce qu’elle charrie d’impuissance et de rejet de la part du corps médical même, on peut trouver qu’il est bien injuste celui qui donne ce nom à la mère qui a perdu son fils, la sœur qui a perdu son frère, la fille qui a perdu son père, et encore plus à celle qui bien souvent est tout cela à la fois. La souffrance morale est attachée à une hiérarchie de valeurs, et « l’hystérie » est ici la marque, chez la femme, de la rupture d’endurance psychique ou morale face à ce malheur. Qu’elle se

³⁸⁷ Duviard D., *Groix, l’île des thoniers : chronique maritime d’une île bretonne*, Atelier Alpha bleue, Paris, 1992.

manifeste par un appel à l'aide intarissable, où une plainte ayant trait à un corps tourmenté et possédé par la souffrance trouve sa place, et la médecine ne sait plus qu'en faire.

De très nombreuses patientes - des études existent qui font le lien entre hystérectomie et fibromyalgie, mais elles sont trop peu nombreuses et trop restreintes pour que leurs résultats soient significatifs sur une large échelle³⁸⁸ - relatent parmi leurs antécédents des événements obstétricaux, ou gynécologiques. Chacun l'aura probablement constaté dans les cas cliniques. Les récits qu'elles en font sont, souvent, initialement marqués par l'absence de liens, de sens, de parole. Mme U. évoque ainsi une « *Hystérectomie catastrophique* » et une « *proposition de mammectomie bilatérale préventive* » ; elle a refusé cette dernière, sans conséquences pour sa santé. Ainsi Mme H. évoque-t-elle une IVG dont son mari n'aurait pas perçu toute la portée pour elle, et qui la met encore au bord des larmes aujourd'hui bien qu'elle remonte à 1998. D'autres patientes (Mme G, Mme V) rapportent des **morts fœtales in utero** où le statut de l'enfant comme être humain a pu manquer dans la réponse institutionnelle. Nombreuses sont celles qui évoquent des **hystérectomies** ou des **ligatures de trompes** décidées, selon elles, à la va-vite par leur chirurgien, et elles en gardent le sentiment de n'avoir pas vraiment été consultées, informées. Parfois, comme dans le cas de Mme I, elles disent n'avoir pas été consultées du tout, en l'occurrence probablement sous prétexte de difficulté linguistique.

L'histoire de Mme G est particulièrement éloquente : évoquant son 2^o accouchement, elle raconte : « *J'ai souffert trois jours avant de l'avoir. J'ai dû supplier le chirurgien de me faire une césarienne. J'ai pris 20 Kg. Tout a commencé comme ça.* ».

A 35 ans, alors qu'elle devait se faire enlever 6 dents, elle se retrouve complètement édentée « *suite à une erreur du chirurgien* ». Elle ajoute : « *Je ne suis plus une femme. J'étais mince, blonde, sensuelle* ». Elle me montre une photo d'elle jeune.

A sa 3^o grossesse, survient une **MFIU** tardivement diagnostiquée (pour elle une nouvelle erreur médicale), d'où : infection. « *J'étais pourrie. Le bébé était pourri.* » S'en suivent une

³⁸⁸ Cela est vrai aussi des liens entre abus sexuel dans l'enfance et fibromyalgie. Malgré l'intuition clinique et des prévalences, peut-être contextuelles (dynamique d'équipe, zone géographique...), qui ont conduit les chercheurs à tenter d'établir des liens statistiques, les résultats sont variables, pas concluants sur une large échelle. Cependant, il faut, dans les deux cas, tenir compte du délai important entre le moment de survenue et le moment de la première consultation. D'une manière générale, de nombreuses études ont montré des liens entre traumatisme (dont chirurgie), stress post-traumatique et fibromyalgie ; de même, entre hormones sexuelles et fibromyalgie. Compte-tenu de l'âge moyen de début des symptômes dans la fibromyalgie, on peut raisonnablement supposer que la corrélation entre les modifications hormonales, un degré variable de stress lié au passage de la ménopause et au vieillissement, et le traumatisme d'une chirurgie, soient autant de facteurs favorisants qui s'additionnent.

ovariectomie et hystérectomie en plusieurs fois. Elle voulait garder le col utérin mais cela n'a pas été fait ainsi. Elle attribue à cette ablation du col l'anorgasmie qui a suivie, et dont elle souffre depuis.

Chez cette patiente qui évoque rêveusement le paradis perdu de sa jeunesse en Indochine, et de son amour perdu : un colonel américain, j'ai proposé une identification à Marguerite Duras, son parcours amoureux, sa déchéance physique aussi. Elle s'en est saisie avec avidité, et l'alliance thérapeutique s'est fondée sur cette 'vraisemblance' narrative : celle de la ressemblance de leurs destins.

L'histoire de Mme V s'en rapproche : elle aussi a eu des maternités associées à la mort : lors de sa première grossesse, elle perd le bébé à 6 mois *in utero*, « *le lendemain d'une relation sexuelle avec (son) mari* ». Elle associe les deux, se sent coupable, selon notre psychiatre. Là commence une certaine confusion : dans le dossier, il y a deux récits : l'un décrit, jusqu'à la naissance de sa troisième fille la persistance de relations sexuelles dans le couple. Ces relations s'arrêtent à ce moment là... en même temps que commencent ses douleurs, dans ce qu'elle nous en a dit, sans faire le lien elle-même avec sa sexualité, seulement avec la naissance de sa fille. Dans l'autre, les douleurs commencent après le décès du bébé *in utero*, et les relations sexuelles reprennent après la naissance de sa troisième fille.

Elle évoque l'annonce par l'obstétricien : « *votre bébé est mort, en état de décomposition* ». Cela s'avèrera faux. Elle a conservé une photo de l'enfant, qui est cachée dans la chambre de son premier né.

Lors de sa deuxième grossesse, son père meurt. Lors de la troisième grossesse, c'est son beau-père qui meurt. Ces deux dernières grossesses sont médicalement compliquées. Elle doit rester alitée. Le dernier accouchement se fait en urgence (vitale pour l'enfant).

Spontanément, dans son récit de douleurs, et bien qu'elle se défende d'un lien de causalité, les points de repères chronologiques qu'elle amène correspondent le plus souvent à ses maternités. Elle évoquera directement les procédures savantes et institutionnelles de la non-reconnaissance de l'existence de l'enfant décédé : refus de l'état-civil d'inscrire son prénom dans le livret de famille, absence de lieu de recueillement après l'accouchement. Elle fera, avec l'aide de la psychologue, le lien entre cette non-reconnaissance et le fait que cet évènement soit devenu, petit à petit, un secret, comme on le voit entre autres à travers l'effet du courrier où l'interne le mentionnait.

Parmi les secrets des patientes, il y en a qui sont inscrits dans leur histoire de vie, et d'autres dans leur histoire médicale. Dans ce dernier cas, le silence médical sur le sens et la charge émotionnelle de l'acte invite la patiente à faire un secret de son impact symbolique et affectif. Parmi les femmes qui relatent de tels événements, nombreuses sont celles qui ne font pas le lien elles-mêmes, ou évoquent initialement avec une pauvreté (ou au contraire une grande crudité) de récit et d'émotion, des événements dont on peut penser qu'ils seraient normalement attachés à un minimum d'émotions. Il y a une dissociation entre la violence manifeste des circonstances décrites, l'impact objectif, au vu de la chronologie, sur leurs événements de vie, et l'absence d'une amplitude émotionnelle ou narrative accordée à cette violence. Je le crois d'autant plus qu'en leur manifestant, simplement, mon étonnement, en autorisant, de manière très modérée (afin qu'elles puissent refuser cette proposition le cas échéant), qu'elles y attachent des émotions, alors les liens se font facilement, et bien des problématiques se dénouent. Ainsi une patiente, violée pendant 15 ans par son mari, a-t-elle pu faire alliance et aller mieux après que nous ayons discuté, de manière détachée, sur le mode de la conversation, presque comme en aparté, de la reconnaissance légale récente de cette situation. Une autre, dont la mère était morte d'un cancer de l'utérus, et qui souffrait de douleurs thoraciques inexplicables depuis qu'elle-même avait subi une ablation partielle de l'utérus, a-t-elle pu soudain parler de ses angoisses et les nommer, quand je lui ai simplement manifesté mon empathie face à l'inquiétude qu'elle avait pu ressentir lors de cette chirurgie, compte-tenu de ses antécédents familiaux.

Dans le milieu médical, on entend souvent parler de la « *résistance* » des hystériques à admettre qu'il y a une « *part psychologique* » dans leur douleur. Or les femmes se montrent, dans mon expérience, très nettement moins *résistantes* à faire le lien entre un événement et leur douleur, dès lors que le 'mal' ou le 'malheur' contenu potentiellement dans cet événement est reconnu comme tel, c'est-à-dire comme un événement prenant en compte la violence émanant de l'extérieur, et non comme « *psychologique* », ce qui renvoie à leur intériorité. Encore faut-il, pour que cela soit possible, considérer qu'il y a effectivement mal ou malheur 'extérieur', violence subie émanant de l'extérieur, à l'événement en question. C'est-à-dire que le groupe soignant doit explicitement reconnaître, valider, qu'il peut y avoir perte, ou deuil, à un avortement, à une MFIU, ou à des procédures chirurgicales mutilantes pour la féminité telle l'hystérectomie ou la mammectomie, même si elles étaient scientifiquement justifiées ; que ne pas avoir pris cela en compte a pu constituer une violence.

Pour cela, il faut donc que ces évènements aient le sens d'une perte ou d'un deuil pour le groupe. Il faut aussi qu'ils ne soient pas attachés à un tabou - tel que le lien entre avortement et infanticide³⁸⁹ par exemple - ou à une banalisation systématique. Encore faut-il donc que le médecin soit prêt à partager l'émotion ressentie, à hauteur de ce qu'elle est pour la patiente - ce qui implique aussi qu'il ne soit pas gêné en cela par un sentiment de culpabilité individuelle ou collective plus ou moins refoulé. Or bien souvent sur ces questions, ces patientes ont été confrontées à une minimisation institutionnalisée, culturelle, de l'évènement, ou à un refus de nommer leur souffrance pour ce qu'elle est : à une élimination de certaines souffrances féminines et maternelles. Les infirmières montrent fréquemment une empathie plus grande par rapport à ces problèmes 'de femmes'; mais elles ne font pas, habituellement, aux yeux des patientes, suffisamment autorité dans l'institution pour que leur parole vaille reconnaissance institutionnelle. Il faut pour cela que leur parole soit doublée de l'assentiment médical. Elle prend alors une toute autre efficacité.

Que les femmes en question aient une fragilité personnelle, particulière, par rapport à la non-reconnaissance collective d'un traumatisme, qui les y rende particulièrement vulnérables, n'enlève rien au constat concernant la non-reconnaissance collective du caractère traumatique des faits en question.

Je ne jette pas ici la pierre à mes collègues hommes : Sans doute, étant une femme, ne mesurerais-je pas avec autant d'acuité que mes collègues hommes, ou banaliserais-je, des souffrances ayant trait à des deuils plus masculins, comme la perte d'un travail par exemple, ou de la force physique, ou la tromperie d'une conjointe, qui sont autant d'atteintes à la virilité telle qu'elle est traditionnellement représentée dans notre société. J'ai pu le constater, cela aussi, face à des patients, en voyant faire mes collègues masculins : leur empathie spontanée, la compréhension qu'ils manifestaient, qui était efficace pour le patient, et le partage, dont j'aurais été bien incapable - y aurais-je même pensé ? J'observe simplement qu'il y a des déterminants sociaux et culturels, et de genre - dont la dénomination est une manifestation - à la reconnaissance de la souffrance, et que la médecine ayant été très majoritairement masculine pendant des siècles - en particulier la gynécologie chirurgicale et l'obstétrique, qui le restent - certaines souffrances n'ont pas trouvé en son sein une reconnaissance à la hauteur des besoins de reconnaissance des patientes. J'observe que pour mes patientes, reprendre le récit de ces

³⁸⁹ Dutruge A, *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

événements en reconnaissant à sa juste hauteur la souffrance vécue, et surtout, sa portée symbolique - il s'agit, avec la gynécologie-obstétrique, précisément, de vie et de mort - est bien souvent la clef de la mise en place d'une alliance thérapeutique de qualité, voire rend toute consultation ultérieure inutile. Je sais aussi que si je sais cela, c'est que je suis une femme, que j'ai de la facilité à raconter, et que j'ai vécu dans d'autres pays, avec d'autres cultures, où ces maux et ces malheurs ne subissent pas, pour diverses raisons, de telles minimisations.

D'ailleurs, les patientes ne s'y trompent pas : à Mme M, j'avais demandé de répondre par écrit à certaines questions concernant le problème identifié par elle comme étant 'son problème', qu'elle nomma : « *ma sensibilité* ». Elle l'avait fait, longuement. Dans son écrit, elle précisait en avant propos : « *que (le médecin responsable de l'unité) ne perde pas son temps à lire ça* ».

Comme le faisait remarquer Z dans les entretiens, la narration varie en fonction des interlocuteurs à qui elle est adressée. L'un des enjeux de la pluridisciplinarité c'est cela : en multipliant les interlocuteurs, multiplier les narrations possibles ; la reconnaissance des professions majoritairement féminines telles que les infirmières, les psychologues, les médecins salariés (médecins du travail, médecins-conseils...), de leur autonomie, de leur culture propre, a pour conséquence d'autoriser la narration d'événements de vie autrement largement passés sous silence. Dans un domaine où la narration est perçue comme efficace, instituée comme telle auprès des patientes elles-mêmes, cela revêt beaucoup d'importance.

➤ De l'oral à l'écrit

Le passage à l'écrit constitue pour la parole un changement de statut, historiquement et anthropologiquement de l'ordre du genre, du pouvoir et du sacré.

Nous allons nous arrêter, parmi les supports écrits existant au CETD, sur ceux qui nous paraissent les plus significatifs : le *dossier unique*, ou *dossier douleur* ; le *classeur vert* ; les courriers.

1. Le *dossier douleur*

Le fonctionnement et la circulation du *dossier unique* ou *dossier douleur* lors des événements communs de la vie du service matérialisent l'importance que revêt ce support du passage de l'oral à l'écrit, ce support aussi de l'ordre et de l'organisation, au sein de l'espace des initiés.

En tant que support de l'écrit, il révèle la hiérarchie du pouvoir, du point de vue de l'efficacité perçue des différents acteurs, différentes procédures, différentes paroles. Ce dossier est au centre des mouvements physiques de l'équipe pluridisciplinaire. A chaque fois qu'il apparaît, dans les moments de **visite** ou de *staff*, tous les regards convergent vers celui qui en est le porteur. Sa fermeture ou son ouverture signe et accompagne le début ou la fin de l'action : quand le médecin ferme le dossier, le patient comprend qu'il doit se taire, chacun se met en mouvement en fonction de ses tâches propres.

- La parole écrite des médecins : le bilan algofonctionnel

La difficulté à remplir le **bilan algofonctionnel** est tout à fait significative des difficultés que peut poser la prise en charge. Son observation permet de mettre en avant sa fonction de mise en ordre du discours, entre autres parce qu'il est le support des procédures d'évaluation.

Réaliser ce bilan est le principal objectif de la première consultation. C'est ce qui est demandé au praticien.

Il a pour objectif d'**évaluer** les facteurs de variation des douleurs et leur **retentissement** fonctionnel (tels qu'ils sont perçus et identifiés par le patient), c'est-à-dire la capacité restante du patient à effectuer les tâches quotidiennes, des plus basiques (toilette...) aux plus élaborées (loisir et travail). Il conduit également à la traduction de la douleur en **gêne**, du point de vue des catégories par lesquels le médecin va penser ses stratégies, et du point de vue du langage du patient : on va lui demander de changer de langage. Cette traduction va permettre de reconnaître des **objectifs** (« ça me gêne pour faire »...sous entendant « j'aimerais bien faire »). Médecin et patients vont ensemble les identifier, puis les formuler positivement (« ce dont je veux plus et non pas ce dont je veux moins » : encore un **changement** de langage explicitement demandé au patient), les évaluer en termes de **réalisme** - au vu des capacités du patient en se gardant des **supra-solutions**³⁹⁰ - et les doter de **moyens**.

Le **bilan fonctionnel** requiert de porter son attention à la compétence du patient à effectuer des tâches précises dans un quotidien que l'on soumet à observation, dissection, démêlage,

³⁹⁰ Terme emprunté à P. Watzlawick

déchiffrage, classement, dé-confusion par autrui. Il faut ensuite que chacun accepte de tenter de les quantifier.

Il peut donner aux patients, ou au médecin, l'occasion d'interroger la réalité de leurs déclarations, correspondant à leur réalité perçue, d'incapacité globale comme « je ne peux plus rien faire », par exemple. Il leur donne en outre l'occasion d'observer et d'explicitier les influences réciproques qui s'exercent entre leur douleur et eux-mêmes dans leur quotidien. Il permet de reconnaître et de valoriser ce qu'ils ont déjà mis en place et il ouvre vers des perspectives, des possibles, des moyens, à condition que le patient soit prêt à accepter une part de responsabilité par rapport à ces influences réciproques.

Les difficultés à répondre à ce questionnaire sont assez rares pour éveiller l'attention : en dehors de contextes culturels très spécifiques, ou de situations (analphabétisme, très faible niveau scolaire...) où les chiffres et les échelles peuvent poser problème, la très vaste majorité des patients n'éprouvent aucune difficulté d'ordre cognitif à se plier à ce jeu de questions-réponses, et bien au contraire sont vite emportée par la dynamique de ce questionnement et les moyens, solutions ou nouveaux éclairages qu'ils y découvrent.

L'impossibilité d'obtenir des réponses à des questions aussi simples que : « **temps de station debout possible** » ; « **périmètre de marche** »...fait partie des éléments qui permettent de reconnaître rapidement les patients que j'appellerais « *oui, mais* », en écho avec l'expression fréquemment utilisée par le praticien et les soignants du service. Chez ces patients, la plainte occupe dans le quotidien une fonction perçue comme problématique pour la prise en charge, en ce qu'elle est susceptible de créer des **résistances au changement**.

Cette impossibilité intervient alors le plus souvent sur le mode du refus explicite ou de la colère, par exemple : « c'est absurde, comment je peux savoir ? Vous savez, vous ? » Ou encore « ça dépend ! C'est très variable ! » assorti d'un « je ne sais pas » ferme et définitif quand on incite à rechercher ce qui peut être responsable de telles variations. Dans d'autres cas, le patient, comme dans le cas de Mme A., « n'entend pas » ou « ne se souvient pas » ou « ne comprend pas » ou change de sujet sans que l'on s'en rende compte nous-mêmes. Quels que soient les moyens employés, il fait en sorte que cette partie du dossier reste vierge.

Chez ces patients, qui feront volontiers l'objet d'une désignation comme hystérique, y compris, de manière déguisée (« *grand H* »), au sein du CETD, une certaine confusion, un amalgame, générateur de souffrance et d'immobilité, entre leur responsabilité et leur

culpabilité éventuelles, semble créer des liens avec des vécus de culpabilité plus anciens et comme irrésolus, qui participent de ce « *oui, mais* », de cette fonction de maintien du symptôme. Celui-ci, dans un temps suspendu, immobile, vient alors manifester la permanence d'un questionnement resté en attente de réponse, peut-être celui du pourquoi de la souffrance, actuelle, passée, humaine... que le patient adresse à autrui. « Pourquoi ? Pourquoi moi ? A qui la faute ? » Quant cet autrui est un sujet 'supposé savoir', de par sa fonction, il peut se sentir mis au défi d'y répondre, défi qui peut être présent, par bravade et par lassitude, dans la présentation du patient, et qu'il faut savoir ne pas relever.

- La parole écrite des infirmières est consignée dans le dossier de soins infirmiers. L'union symbolique entre dossier médical et dossier infirmier dans le contenant du dossier infirmier, qui va renfermer l'ensemble, est un fait unique dans mon expérience de l'hôpital, permettant à chacun des intervenants d'avoir accès à l'ensemble des informations, qu'elles soient infirmières ou médicales.

Les motivations mises en avant pour ce changement sont, là encore, pratiques : réduction du volume de papier à transporter, le dossier infirmier, plastifié et perforé, est plus pratique, moins fragile... Il n'en reste pas moins, que pour pragmatique que soit ce choix, il n'est mis en place, à notre connaissance, nulle part ailleurs où il aurait pu l'être pour les mêmes raisons. Nous ajouterons qu'il est aussi explicitement voué à ce que la parole circule de manière plus fluide entre les différents intervenants, et à répondre à la réticence des infirmières à écrire dans le *dossier douleur*.

Le résultat n'amène pas tant une dé-différenciation des espaces - cela pourrait être un glissement dangereux- puisqu'au sein du dossier ainsi constitué les espaces restent séparés (formats différents), qu'une inclusion de l'ensemble dans le contenant infirmier, d'une manière qui signe clairement l'importance et les modalités de la collaboration médecin-infirmier : métaphoriquement (et nous avons bien conscience ici des aspects sexualisés de l'image) le médecin est peut-être la barre du bateau, ou/et son mat et sa voilure, mais le bateau, sa ronde, confortable et protectrice coque... ce sont les infirmières qui le constituent ; le patient, assis dans le bateau, tient la barre, et le dirige.

Si l'on poursuit la métaphore : la barre, le gréement... le patient ne peut pas lui faire faire n'importe quoi, et cela dépend aussi du vent, de l'état de la mer ; en revanche, si tout va mal, en cas de tempête, il peut toujours rentrer gréement et gouvernail et se laisser balloter, à l'abri de la coque, par les vagues.

La parole médicale est ainsi rendue plus accessible aux infirmières ; la parole des patients aux médecins, aussi. La parole infirmière gagne en légitimité ; elle est aussi affirmée comme autonome et intéressante à son titre propre : elle gagne aussi en reconnaissance de son efficacité.³⁹¹

- La parole écrite de la psychologue fait l'objet de multiples frictions avec l'équipe du fait de sa réticence à remplir sa part du *dossier douleur*, à partager avec les soignants les données de l'entretien, même par oral. Elle ne transmet pas, ou peu, la parole qu'elle recueille. Elle la fait peu passer à l'écrit. L'une des raisons de cette attitude, que l'on peut inférer d'après ses propos et attitude, est que pour elle la parole n'importe pas en tant que contenu d'informations mais en tant qu'outil fugace, sans réalité fixée outre celle de son efficacité dans la rencontre psychothérapeutique. On a vu que cela a changé avec l'arrivée des nouveaux psychologues, moins fortement liés à la pratique psychanalytique.

- La parole écrite du patient

En recueillant les données pour ce travail dans les dossiers, j'ai pu constater que très fréquemment la parole des patients y est notée telle quelle, entre guillemets. C'est une pratique tout à fait inhabituelle de la part des médecins, qui rejoignent ici les pratiques attendues des psychologues, et celles souvent pratiquées par les infirmières. Celles-ci ne mettent pas forcément des guillemets mais retranscrivent les propos avec moins d'interprétation que les médecins. Ceux-ci en effet, dans la pratique médicale habituelle, traduisent les propos des patients en langage médical.

Elle est donc retranscrite telle quelle dans le dossier. Cela fait partie de ces procédures mises en œuvre systématiquement, qui ont en commun d'être répétées à chaque fois que se reproduisent les mêmes circonstances, insérées dans le rythme de la prise en charge, et non explicitées. Cette procédure se différencie nettement des procédures médicales habituelles, et se rapproche, non sans que cela soit contesté par les acteurs de ce champ, des procédures de la psychiatrie ou de la psychologie. C'est aussi une des modalités de l'application de la pluridisciplinarité, un des 'rites' afférents à ce grand principe, comme l'est la valorisation du support écrit des transmissions infirmières.

³⁹¹ L'assistante sociale et la diététicienne, dans la mesure où elles n'interviennent que sur prescription médicale, se comportent comme ce statut de prescription le commande : elles écrivent dans le dossier infirmier. Cependant, une partie spécifique du dossier médical a été ouverte pour l'assistante sociale.

De même, s'il est demandé au patient, à la fin de l'hospitalisation, de chiffrer en pourcentage leur évolution, il est aussi demandé au médecin de la chiffrer, et les deux chiffres figurent côte à côte dans le dossier, souvent différents ; parfois l'amélioration est jugée plus importante par le patient que par le médecin, parfois, c'est le contraire.

J'ai parlé de parole écrite du patient, mais c'est dans une certaine mesure un abus de langage : on écrit ce qu'il dit, mais ce n'est pas lui qui écrit, physiquement.

Il saisit le crayon quand il remplit les **autoévaluations** de sa douleur. Mais il le fait alors dans un cadre bien délimité, sur des échelles ou des représentations dessinées du corps humain, dans des grilles et des tableaux. J'y vois, entre autres choses, une tentative de faire entendre la parole du patient et celle du médecin simultanément.

*

Au total, si le *dossier douleur* a cette particularité de se vouloir un support pluridisciplinaire, il peine à remplir cette fonction et reste majoritairement, parmi les professionnels, le support écrit des médecins³⁹². On contourne cette difficulté en l'incluant dans le dossier infirmier.

Il est cependant aussi une retranscription fidèle du narratif du patient : une qui est exemplaire par sa longueur, sa richesse de détails, et la présence d'extraits du discours réel du patient. Ce narratif n'est qu'en partie traduit en vocabulaire médical, mais il est découpé, ordonné, de manière stratégique, pour servir de support à l'organisation pluridisciplinaire du service.

Le dossier est le support de la mise en ordre du discours, de son organisation, de sa découpe, et la formulation de cette découpe n'est pas indemne de valeurs : l'espace relatif attribué à tel ou tel aspect de la prise en charge est peut-être l'aspect le plus lisible de cette question des valeurs. Cette découpe s'appuie, certes, sur les données des études statistiques, mais on voit que les recommandations ne sont pas toujours appliquées, les espaces pas toujours occupés : la mise en forme de ces données par l'équipe du CETD, se fait au gré de leur pratique, de ses nécessités et de ses fins explicites et implicites.

³⁹² Dans une évolution récente (quelques mois), qui est aussi la conséquence de l'arrivée de nouveaux médecins et de deux jeunes psychologues beaucoup plus familiarisés avec les outils de la psychologie dit « scientifique », les écrits des psychologues prennent beaucoup plus d'ampleur. Le secret de l'enclave de l'entretien avec la psychologue précédente, dont les références étaient clairement psychanalytiques, qui faisait l'objet de tant de tensions avec les infirmières et les médecins, n'est plus.

L'expérience du remplissage de ce dossier dans la pratique quotidienne me renforce dans la conviction du caractère protecteur attendu de la **pluridisciplinarité**, et, pour elle et par elle, du dossier : il permet d'endiguer le flot d'un discours qui est spontanément très riche qualitativement et quantitativement, mais très envahissant pour le médecin de par sa qualité affective, le peu de prise qu'il laisse à l'action d'autrui du fait que la plainte tend à venir supplanter la demande. Dans le compagnonnage dont j'ai bénéficié en tant qu'apprentie, on m'a enseigné à tenter de transformer, tout en l'entendant, cette plainte, en une demande. Il s'agissait de réorganiser ce narratif spontané, qui est souvent une longue litanie de plaintes, de souffrances, d'échecs, de traumatismes dont le patient est victime, pour proposer au patient d'être acteur de l'histoire qui commence par la première consultation, et le plus souvent de changer son rôle et de faire infléchir le cours de l'histoire.

Ce **changement** est d'abord un **changement** de vocabulaire : de douleur à **gêne**, pour définir des **objectifs** et leurs moyens, autour d'une question centrale, qui est parfois formulée directement : « *à quoi cela va-t-il vous servir d'aller mieux* » ? A côté de cette notion de plainte et de traumatisme on voit ressurgir la question de valeurs : appréciation de l'importance de tel ou tel traumatisme, de l'adéquation de l'importance du **retentissement** de la douleur, également en termes de coût pour la société, au vu de l'importance subjectivement appréciée du traumatisme initial. Une grande attention est portée, au CETD, à ce que cette rencontre avec la question des valeurs ne soit pas l'occasion d'un jugement, ou d'une pensée simpliste ; on se décale de ce jugement possible, on détourne le problème en se recentrant sur les **objectifs** du patient ; mais cet effort n'est pas formulé explicitement, ni théoriquement, il résulte de l'alchimie particulière des personnalités des différents intervenants, dont il reste donc tributaire.

Depuis les deux dernières années, le dossier, qui évolue sans cesse pour ce qui est de la place réservée à tel ou tel aspect de la prise en charge, tel ou tel acteur, de l'ordre et de l'importance des places consacrées à tel ou tel type de parole... a vu les kinésithérapeutes acquérir un espace spécifique de rédaction, et l'investir petit à petit. Les aspects 'psychologiques' ont à la fois gagné en volume, et ont été plus clairement séparés des éléments de l'**histoire médicale**. Les parallèles chronologiques, par exemple, entre histoire de vie et **histoire médicale**, ont à présent un endroit spécifique où être écrits. D'un côté, cela permet qu'ils aient une vraie place où ils peuvent être écrits lisiblement. D'un autre, cela laisse le choix aux professionnels de

faire ou non le rapprochement entre les faits, d'aller lire ou non cet aspect des choses. Cela autonomise le discours sur 'le corps' du reste du récit. Cela n'est pas fidèle à la réalité du récit des patients. C'est une modalité de mise en ordre qui est un peu artificielle et comporte une part de danger : celui de substantialiser et de prioriser les aspects lésionnels de la plainte au-delà de la réalité de l'expérience même des patients.

Ma sensibilité aux histoires de vie a fait que j'ai souvent recueilli ce type de récit auprès des patients, dans ce service, dans d'autres. Souvent, quand les informations me paraissaient importantes, et que je souhaitais les rapporter dans le dossier, je ne savais pas - j'hésitais- où les noter. Bien souvent, j'ai fait le choix de noter ce type d'information dans les transmissions infirmières. Au fur et à mesure que je me familiarisais, avec le temps, avec les pratiques en vigueur au CETD, au fur et à mesure aussi que la structure du dossier évoluait, que l'on apprenait à me connaître, à valoriser les données que je recueillais et le sens qu'elles pouvaient avoir dans les prises en charge, il est devenu possible de les noter dans le dossier médical. Ceci a nécessité des aménagements, variables : je rajoutais des pages à ce dossier, je créais des « tableaux » mettant en rapport les événements de vie avec les plaintes douloureuses (exemple de Mlle L)... aucune de ces organisations n'a trouvé, sous ma plume, de vraie stabilité dans l'organisation collective, même si l'on m'a toujours laissé conduire mes propres expérimentations. Mais d'autres que moi, par la suite, ont créé des sections spécifiques « croyances » ou « points d'émergence » ou « événements de vie » en s'appuyant sur des classifications issues de la psychologie sociale et comportementaliste.

2- Le classeur vert

Il existe aussi un support pour ce que le patient écrit lui-même : *le classeur vert*.

Stocké dans une armoire de la salle de soins avec diverses brochures d'information au patient, il est constitué de lettres écrites par des patients. Si on le juge utile, il est remis aux autres patients pour lecture.

Un tri est-il effectué, avant classement, parmi les courriers reçus ? Probablement, puisque un tri est effectué ailleurs : nous avons proposé de rendre nos recueils de paroles de patients lisibles par les patients, ce qui a été refusé par le médecin responsable. L'argument mis en avant :

« *trop orienté problème* ». C'est donc là encore l'efficacité perçue de la parole qui va conditionner sa circulation ou son dévoilement.

NB : Pendant plusieurs années, avant sa très récente mise en place (pour les patients hospitalisés seulement), un projet de **groupe de parole** pour les patients a fait son chemin. Les patients à qui l'on souhaitait proposer d'être présents aux groupes de paroles étaient triés en fonction de leur « *orientation vers les solutions* », de leur appréciation du service, bref, du caractère positif de leur narration, et de ce qu'ils avaient su faire, au terme de leur passage, de la violence - la leur comme celle des autres. En attendant, il arrivait qu'on communique aux patients des numéros de téléphone d'autres patients (avec leur accord préalable) pour qu'ils discutent avec eux de la prise en charge, d'une indication chirurgicale éventuelle... Le médecin responsable a ainsi constitué un carnet d'adresse de patients.

3- Le courrier

Il revêt dans le travail de la médecine de la douleur au CETD de Nantes une importance toute particulière, qui le distingue des autres domaines de la biomédecine.

Dans le cas de Sylvie, le courrier que son rééducateur nous fait parvenir suite à la conversation téléphonique, ne contient que peu de références au contenu de cette conversation : il est vrai qu'il n'est pas coutumier parmi les médecins d'y faire référence autrement que très succinctement. C'est encore plus vrai maintenant que les patients peuvent consulter leur dossier médical : la plus grande vigilance est requise s'agissant de transcrire les informations subjectives, ou perçues comme telles, par écrit. La transmission en est donc essentiellement orale. Le CETD fait exception à cette règle, en n'hésitant pas à retranscrire dans ses longs courriers l'intégralité des faits, y compris relationnels. Il s'agit alors de le faire avec un talent qui est propre aux médecins du CETD, qui constitue l'un des apprentissages de cette pratique, et une compétence valorisée. La tâche consiste à communiquer à tous les correspondants, et au patient lui-même - devant qui le courrier est dicté, qui est invité à le contester au fur et mesure s'il le souhaite, et qui en reçoit un double - l'intégralité de la logique et des stratégies qui ont présidé aux décisions thérapeutiques prises conjointement. Ceci, en faisant l'effort de ne pas dévoiler outre mesure le secret médical, de ne pas heurter la

pudeur du patient ou de la patiente, les représentations qu'il a de ce qui est secret (qui varient d'un personne à l'autre, et autour desquelles se met en place un jeu relationnel essentiel à la prise en charge, au *travail* des *limites*), tout en tentant de faire de ce moment particulier l'occasion d'un bilan, d'une mise au point, qui doit malgré tout contenir encore des portes ouvertes, des solutions possibles, et donc constituer un narratif positif.

J'ai appris, dans mon compagnonnage au CETD, à le dicter devant le patient, en sollicitant son approbation, en lui demandant (ce qu'il fait parfois) de m'interrompre si le contenu le gêne. C'est un exercice qui demande une grande concentration si on le souhaite efficace, et au terme d'une heure trente de consultation il m'arrive de ne plus avoir l'énergie de le faire. Ces courriers font de deux à quatre pages, en fonction des intervenants, des patients aussi. Ils reprennent, selon un plan de base assez stéréotypé, l'objet de la consultation, le contexte socioprofessionnel, les **antécédents**, l'histoire de la maladie et des traitements effectués, le contenu des **autoévaluations**, puis le contenu de l'entretien : nature de la demande, *travail* de la demande, **objectifs** et **moyens** décidés ensemble. Ils sont l'occasion de nombreuses reformulations, ainsi que de citations entre guillemets des propos du patient. Ils peuvent donner lieu à l'explicitation, et à la mise en écrit, d'une **histoire médicale** restée jusqu'à présent non reconnue dans son caractère traumatique, par exemple en parlant comme d'un *enfant* d'un bébé décédé **in utero** sans que le deuil de son investissement par la mère n'ait pu trouver une place au sein des paramètres médico-chirurgicaux de l'évènement. Ils permettent de faire, devant le patient, des liens entre différents types de souffrance. Ils sont adressés au patient et à tous les intervenants médicaux concernés, ce qui permet de gérer en temps réel un certain nombre de contentieux et de parer aux clivages, aux ambivalences, en un mot : de mettre un terme aux conflits et à la violence réciproque. D'une manière générale, ils *travaillent* à restituer un fil narratif et une continuité dans des récits marqués par la rupture, la mise sous silence, le secret, le clivage. Personnellement, je reste convaincue que si j'ai une compétence en médecine de la douleur, je le dois en grande partie à mes facilités d'écriture, et à ma capacité à restituer à haute voix, rapidement, clairement et synthétiquement des histoires de vie complexes.

Cela n'est pas, encore une fois, sans nous évoquer les pratiques chamaniques, telles celles évoquées par C. Levi-Strauss dans son texte sur l'efficacité symbolique³⁹³, ou encore les compétences demandées aux *caoiner* de la tradition irlandaises, qui devaient formuler, au lit

³⁹³ Levi-Strauss C., « L'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale*, Press Pocket, Plon, Paris, 1958, pp. 213-234.

des morts, des récits improvisés qui reprenaient l'histoire de leur vie et inscrivaient la perte de cet être dans un récit adressé au mort autant qu'aux vivants. Bien des correspondants médicaux, bien des patients, ont pu, à moi comme à certains de mes collègues également « *littéraires* », faire état du caractère réparateur, thérapeutique, de ces courriers. Le caractère thérapeutique de cet exercice est aussi à rapprocher des thérapies narratives déjà évoquées, qui sont utilisées par certains thérapeutes avec les patients douloureux chroniques, et qui travaillent de leur côté à extérioriser les problèmes, définir les réseaux d'influence entre le patient, le problème, et son environnement.

Le fait que ce courrier soit dicté devant le patient, dans un long moment assez solennel par l'attention que chacun porte à ce qui se joue, atteste de l'importance accordée par les médecins au passage de l'oral à l'écrit du récit de vie qu'il reprend, dans tous ses aspects, y compris les plus subjectifs. Lors de la première consultation, le patient découvre cette pratique, inhabituelle, s'en étonne parfois, ne s'en offusque jamais, bien au contraire. L'acceptation de ce jeu est une des étapes très significatives de la première consultation, comme l'acceptation du déplacement du lieu du *sacré* évoqué plus haut.

En outre, il est important de signaler que ce courrier constitue une parole commune : à chaque instant, l'approbation du patient est recherchée, et il peut librement corriger le médecin, ce qui donne éventuellement lieu à de nouveaux échanges. La position du médecin par rapport aux hypothèses concernant l'origine du mal affectant le patient est un des éléments importants et de la première consultation, du courrier qui lui correspond et des suivants. En effet, l'implication du patient pendant la rédaction du courrier conduit à ce que celui-ci prenne l'allure d'un contrat co-signé : patient et médecin se mettent d'accord sur une formulation de l'origine de son mal, sur les stratégies thérapeutiques qui en découlent.

Ainsi, une attention particulière sera accordée par chacun tant à reconnaître les événements traumatiques éventuels à leur juste valeur, leur participation à la souffrance actuelle, mais aussi ce qui, dans la réaction du patient à ses événements, relève de sa responsabilité dans la chronicisation de ces douleurs (ex : pérennisation des contentieux qui sont autant d'impasses...). Une grande importance est accordée le plus souvent (avec parfois des exceptions culturelles, comme dans le cas de Mme I) au passage de culpabilité à responsabilité, et à ce que la patiente quitte « *la position de la victime* ».

De la même manière, la négociation qui a eu lieu concernant l'origine du mal est retranscrite : le rapport entre **pourquoi** psychique et **pourquoi** somatique est abordé, avec une attention toute particulière portée à ce que l'état affectif, émotionnel, ou 'psychologique' soit reformulée comme la conséquence - **le retentissement** - et non la cause des douleurs, ainsi qu'à la recherche active de ce tout ce qui peut être mis en avant de causalité somatique accessible aux techniques médicales. Les patients n'en sont pas moins très clairement incités à quitter le registre explicatif du **pourquoi** pour se tourner vers le registre pragmatique du **comment** (encore le langage). Ceci est d'autant plus vrai lorsque le ou la patiente aura été durablement obsédé(e) par la question du 'pourquoi', au point d'en perdre complètement de vue la question du 'comment'³⁹⁴, et de s'enfermer dans d'incessantes consultations de plus en plus spécialisées, de plus en plus parisiennes : « *les grands spécialistes parisiens* ». Une telle configuration est typique des patientes qui vont être désignées comme hystérique.

Malgré le grand développement des dimensions individuelles de la consultation dans ces courriers, leur structure reste assez stéréotypée : l'ordre dans lequel sont abordées les différents points est standardisé (aussi pour faciliter le travail du médecin) ; la description du remplissage initial du questionnaire est standardisée ; la description des différents **axes** de la réponse thérapeutique est standardisée : seule varie la séquence et l'importance respective attachée aux différentes actions ; la justification des choix thérapeutiques engagée n'est pas standardisée en tant que telle, mais elle donne lieu à des répétitions d'un courrier à l'autre, puisque ce sont les mêmes mécanismes qui sont à chaque fois expliqués, les mêmes formulations qui sont réutilisées pour décrire les modalités de la participation des 'psys' dans le respect des susceptibilités individuelles et corporatistes, et de manière à ce que le patient y trouve son compte.

Le courrier se conclut le plus souvent par une prédiction de l'avenir, une première hypothèse quant à l'évolution probable de la situation du patient. Dans l'immense majorité des cas, cette conclusion constitue un narratif positif : à la fois parce qu'il se veut encourageant, mettant en avant tout ce qui est ressource et compétence chez la patiente ; il se veut tourné vers l'espoir et l'avenir ; il valorise la patiente comme une personne intéressante et méritante, il la félicite. Il se termine également sur un narratif marqué par la résolution accomplie, ou prochaine, en tout cas nécessaire, des différentes dynamiques conflictuelles à l'œuvre, y compris quand c'est le cas avec le médecin adressant et premier destinataire du courrier, ce qui n'est pas rare. Il faut

³⁹⁴ Je mets ces mots 'pourquoi' et 'comment' en police verdana car ils sont utilisés tels quels, comme des catégories présidant à des stratégies, dans des enseignements.

faire preuve de beaucoup de nuance et de diplomatie pour mener tout cela à bien, devant le patient parfois très en colère aussi contre son médecin.

Il arrive que la consultation ou l'hospitalisation n'ait pas permis l'aplanissement des dynamiques conflictuelles, ni l'établissement d'une stratégie consensuelle mettant en valeur les aspects positifs de la personne concernée et/ou de la situation. Dans ces rares cas, le courrier décrit les choses en l'état, restant toujours (à une ou deux exceptions près dans mon expérience s'agissant de mes propres courriers comme de ceux de mes collègues) ouvert à une prochaine rencontre, s'efforçant de faire des propositions positives pour l'avenir et de guider un peu la patiente et son médecin vers ce qui pourrait faire la différence à la prochaine rencontre.

Ce narratif positif, responsabilisant et pacifié clôt la rencontre dont il résume en partie les conditions de l'efficacité. L'une des raisons qui font que les consultations durent si longtemps est que cela prend parfois beaucoup de temps d'arriver, dans la rencontre, au moment où il va devenir possible de dresser ensemble le tableau en question : consensuel, positif pour ce qui est de la description du présent, qui fasse toute leur place aux souffrances du passé, tout en étant tourné vers l'avenir.

On voit ici à quel point la métaphore de la souffrance comme « brèche du tissu narratif », utilisée par P. Ricoeur, rend parfaitement compte de ce qui se joue ici : il décrit aussi cette brèche comme une rupture temporelle qui fige le patient dans un instant sans mémoire ni avenir, une rupture dans la « dialectique du triple présent » : présent du passé (la mémoire), présent du futur (l'attente), et instant présent. Il s'agit de réparer sa brèche par la narration, afin que l'expérience du temps puisse retrouver sa qualité dialectique.

Le temps et le récit, plus que l'espace et 'le corps', résument l'essentiel de la rencontre.

*

Au total : une stratégie thérapeutique qui comprend 2 passages, un tissage narratif, une efficacité symbolique, et qui est organisée selon une séquence précise

La première consultation constitue un temps essentiel de cette séquence, pendant lequel le patient abandonne des croyances et adhère à d'autres. Nous allons maintenant nous y attarder un instant.

➤ **La première consultation**

Le caractère systématique de la double procédure de **pré-admission** - consultation médicale (avec peu ou pas d'examen clinique) pour évaluer la motivation et restituer longuement par courrier l'histoire et la direction prise, puis de la consultation psychologique présentée comme obligatoire - est indicatif de la place attribuée à la parole et à la narration dans le soin : le passage par cette parole particulière et commune que nous avons décrite est impératif. Il est perçu comme la condition première de l'efficacité du soin. Comme nos patients ont souvent des histoires de vie traumatiques, ce passage par la parole va souvent contenir en germe l'impératif de lever des secrets.

Le décentrage de l'attention, par rapport à ce qui peut être attendu du patient arrivant à une consultation médicale, du secret du corps mort vers le corps vivant, le temps, et la narration, font partie des procédures dont le caractère systématique, et délibéré sans être pleinement rationalisé ou explicité, permet de souligner le caractère rituel. De ce point de vue, le lent 'déshabillage' du patient de ses croyances antérieures, et la présentation des nouvelles croyances, qui constituent l'essentiel de l'enjeu symbolique de cette première consultation, permettraient d'y voir la phase pré-liminaire du rite de passage, au sens de A. Van Gennep.

On a vu que patient et médecin doivent renoncer à insister à trouver l'origine du mal par les moyens de la raison discriminante, et de la vérité prouvable et démontrable, pour la médecine (donc, le visible) comme pour la loi (ce qui revient souvent au même). Qu'il faudra aborder cette question, oui, mais de manière détournée, ruser, d'une certaine manière, avec ce mal qui possède la patiente et menace de nous posséder à notre tour. Ce préalable est posé dès la première consultation. On délimite à ce moment là à la fois le territoire du mystère (comme le fait Z avec son schéma par exemple), et l'on ruse avec le mal, afin de construire avec la patiente une alliance efficace contre lui. Pour servir cet objectif, tous les moyens sont bons. L'inévitable négociation concernant l'intervention ou non du 'psy', la narration par la patiente de son histoire de vie et de maladie, le **bilan algofonctionnel**, la relative absence de l'examen clinique, et la rédaction finale du courrier sont les quatre temps-clefs de cette ruse.

On voit bien, dans le cas de Sylvie, ce qui peut advenir si cela n'est pas fait :

Il a fallu appeler les psys en renfort pendant l'hospitalisation pour rattraper l'absence de phase préliminaire efficace, avec entre autres l'absence de discussion sur la prise en charge psy soi-

disant existante : La nécessité de cette négociation préalable sur la ‘psy’ n’est pas spécifique au cas de Sylvie : c’est même, habituellement, la règle dans le service. Mais ici, chacun fut surpris, pris de court, par la part prépondérante que revêtait la psychologie dans la prise en charge alors que Sylvie avait, au départ, donné l’impression que cet aspect était déjà largement résolu. Il fallut donc ensuite lutter activement contre le piège qui menaçait de se refermer sur nous, de nous dévorer, et que la première consultation n’avait pas permis de repérer. La fonction de cette première consultation apparaît alors dans toute son ampleur : elle protège des violences ultérieures.

*

Prenons maintenant l’exemple de la première consultation de Mme U. : dans cette narration chronologique de ses douleurs, elle n’attribue pas de culpabilité particulière aux actes médicaux ; disons plutôt que ses rencontres avec le monde médical lui ont appris à se faire sa propre opinion avant d’accepter des procédures. Pour elle, le premier coupable, ou responsable, est - de façon particulièrement marquée - elle-même.

La nuance entre culpabilité et responsabilité est ici importante. La culpabilité renvoie, dans son utilisation courante, dans les représentations collectives aussi, au passé, et à des faits figés dans ce passé, hors d’atteinte aujourd’hui ; elle renvoie à une douloureuse impuissance. La responsabilité, *a contrario*, renvoie au présent, et au futur, autant qu’au passé, car elle contient en germe la possibilité d’une action, d’un **changement**.

Dans le cadre de la médecine de la douleur, ce passage de l’un à l’autre fait partie de ce qui rend nécessaire la contribution du ‘psy’ car il est nécessaire de faire ici un travail sur l’histoire individuelle, et sur la place de l’individu : le rôle qu’il s’attribue dans ce récit. Il n’est pas fréquent que le patient fasse lui-même, spontanément, ce passage de culpabilité à responsabilité, qui a en pratique pour corollaire celui de somaticien à psychiatre ou psychologue, ou encore psychothérapeute (dans les faits, c’est souvent un psychiatre, car eux sont remboursés par la Sécurité sociale).

Concernant la souffrance, qui accompagne inévitablement toute douleur, ce passage de culpabilité à responsabilité, de passé à futur, par le *travail* de la construction narrative, permet de tisser des ponts au dessus de la « brèche du tissu narratif » évoquée par Ricoeur³⁹⁵.

En effet, pour Ricoeur, la souffrance est rupture, d'un récit sur soi-même, sur autrui, et sur le sens, où la perte d'estime de soi, l'impuissance à agir et donc à dire, la culpabilité qui en résulte, la solitude aussi, tournent en cercles vicieux et se renforcent l'un l'autre.

Le souffrant est unique et forcément incompris, l'autre s'annonce d'avantage comme l'ennemi à mesure que l'intensité de la souffrance augmente, qu'augmente l'espace entre vouloir et pouvoir, et que l'on se trouve à la merci d'autres qui 'peuvent', eux, et dont on subit ou croit subir l'action.

La souffrance se définit sur trois axes : l'axe soi-autrui (altération du rapport à soi et du rapport à autrui), l'axe agir-pâtir (seuls des agissants peuvent être des souffrants : la souffrance est diminution de la puissance à agir, et faire le récit de sa souffrance fait partie de l'agir); le troisième axe est celui du sens : pourquoi, pourquoi moi.

« Se comprendre soi-même, c'est être capable de raconter sur soi-même des histoires intelligibles et acceptables, surtout acceptables. »³⁹⁶ Dans la souffrance, il y a rupture du fil narratif et comme les histoires des uns et des autres sont entremêlées, rupture du tissu narratif. Cette rupture intervient à la faveur d'une focalisation sur un instant arraché à la dialectique du triple présent (c'est-à-dire de l'attention : présent du présent, de la mémoire : présent du passé, et de l'attente : présent du futur.), un instant qui n'est plus que rupture de la durée.

J'écrivais, avant d'aborder cette description de « comment ça fonctionne », que la médecine de la douleur allait nécessairement devoir s'inventer comme philosophie ; il est clair que la philosophie de Paul Ricoeur, sciemment ou non, guide ses stratégies.

➤ **Pour conclure sur les organisations de la parole efficace**

Nous allons résumer ce qui ressort de cette première analyse des organisations de la parole en médecine de la douleur, telle qu'elle est pratiquée au CETD de Nantes : Nous y avons observé un tissage, 2 passages, une anthropologie, une philosophie, une efficacité symbolique. Dans cette enclave qu'est la médecine de la douleur au sein du monde biomédical, les mythes dormants s'éveillent : il s'agit de leur faire face. Il va falloir raconter et organiser, l'origine du mal, l'ordre du monde, les rapports du corps et de l'âme, du corps mort et du corps vivant,

³⁹⁵ Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

³⁹⁶ Ricoeur P., *ibid.*

l'amour, la violence ; la femme y acquiert une légitimité nouvelle, et un accès à la parole sacrée.

La parole qui va être efficace se construit réellement comme un folk-lore : un tissage résultant de l'enchevêtrement des écrits officiels et de leur appropriation seconde par la tradition orale. Un tissage dont il va falloir trouver les brèches et les nœuds, qu'il va falloir peut-être défaire par endroit, reprendre. Il nous semble important de mettre en avant le fait que cette métaphore du tissage, si largement utilisée par tous les acteurs, est empruntée très largement à un imaginaire féminin ; également, que l'importance accordée à l'oralité par sa retranscription exacte dans les documents officiels manuscrits ou imprimés, s'inscrit également, d'un point de vue anthropologique, dans une logique de reconnaissance de la parole traditionnellement portée par les femmes, qu'elles soient ici professionnelles, ou patientes.

La métaphore du tissage est au centre de la fonction de la parole, dans tous les sens du terme fonction : parole des uns, parole des autres (profession - rôle- patient - soignant –famille - genre) ; parole de jour, parole de nuit ; parole de la continuité ou de la discontinuité ; parole de l'intuition, parole de l'analyse logique, classificatrice et discriminante ; maux du corps, mots de la psyché ; parole écrite, parole orale ; secret, dévoilement ; passé, présent, futur. Le dossier tente de rendre compte de ces différentes paroles en les différenciant, d'une part, sans se départir pour autant de l'intention d'en faire une même parole, une parole commune et unique. Le courrier représente l'aboutissement de ce tissage : une narration. Idéalement, pour être à son maximum d'efficacité, il doit être dicté devant le patient (ce qui n'était pas le cas de celui pour lequel Mme V a exprimé son mécontentement), apportant les deux dernières touches au tissage : le tissage entre l'écrit et l'oral, et la création d'une narration unique qui doit recouvrir et le point de vue de l'équipe, du médecin en particulier qui en est à cette occasion le porte-parole, et le point de vue du patient. Il doit être leur parole commune. Le narratif doit en être équilibré (entre les différents couples d'opposés), positif, et il doit proposer une vision harmonieuse du futur, avec des issues aux conflits.

Il est en outre capital que les passages nécessaires, le voyage à effectuer et ses enjeux (origine du mal, bien vivre avec le malheur), la nécessaire résolution des conflits au prix d'un apprentissage de la responsabilité telle que la conçoit le groupe, les modalités d'accès à l'espace de mystère et de secret efficace, où se tissent et se retissent les mythologies individuelles, collectives, et leur ancrage corporel, qui servira à la fois de réceptacle sûr et de réservoir de solutions créatives...que tout cela soit mis en place lors de la première

consultation. Si ce n'est pas le cas, les patientes ne sont pas admises pour la suite de la prise en charge ; quand elles le sont par erreur, les conséquences peuvent en être d'une grande violence.

C'est que les enjeux sont tels, que les mythes s'éveillent.

Nous avons observé la recherche d'un accord collectif sur un « sacré » qui serait commun à toutes les professions impliquées. En fait, il n'y a pas d'accord collectif, mais un tissage narratif permanent qui va des uns aux autres, et dont le mystère du patient est le centre. La réalité en est largement insaisissable puisqu'elle s'inscrit autant dans le temps que dans l'espace, dans l'oralité que dans l'écriture, dans le visible que dans l'invisible. L'*équilibre* ou l'harmonie qui en résulte fait une telle place au temps qu'il est plus musical, ou poétique, que visuel.

2. L'organisation de la balance des plaisirs et des peines, du temps et du mouvement

Le *travail* de la parole comporte deux passages très connotés en termes de genre, qui sont la condition de l'efficacité symbolique - explicitement recherchée - du soin, et donne lieu à une organisation nettement séquencée perçue comme un passage, qui concerne les professionnels et les patients.

Mais ce *travail* s'inscrit directement dans le corps, par la douleur, par le mouvement, par le rythme, qu'il s'agisse de la séquence de la prise en charge ou de sa résonance avec le rythme de vie des patients. C'est l'ensemble de l'organisation qui va rendre, pour paraphraser C. Amourous, « la vie possible », c'est-à-dire, en l'occurrence, faire qu'à la fois il soit possible de recentrer le *travail* thérapeutique sur la vie, et aussi que cela soit efficace dans la matière même du vivant.

La pluridisciplinarité est très controversée dans ses modalités, et ces controverses concentrent une large partie des tensions entre professionnels : c'est que de cette organisation aussi est attendue une efficacité dont on perçoit bien dans les entretiens qu'elle n'est pas entièrement d'ordre technique.

*

C'est qu'il s'agit, ici, de changer.

Dans ses *structures anthropologiques de l'imaginaire*, G. Durand³⁹⁷ analyse l'imaginaire du temps. Celui-ci est lié au mouvement, par les schèmes de l'animé et de l'animation. Il voit dans l'agitation « une des plus primitives manifestations de l'animalisation »³⁹⁸ Tout ce qui grouille, tout ce qui fourmille, est doté d'une aura péjorative évoquant le mal, et entraînant une répugnance primitive. L'enfer même est « toujours marqué par l'iconographie comme un lieu chaotique, et agité »³⁹⁹.

L'agitation animale représente pour lui une manière d'assimiler la crainte devant le changement, par l'agitation, par le recours à l'animalité, par la fuite.

L'agitation brouillonne, c'est la fuite contre le temps, et dans l'imaginaire, cela renvoie aux ténèbres.

Le cheval est symbole du temps ; le temps, qui fuit comme un cheval au galop ; le cheval est associé à l'eau, dont il sort parfois. La marée monte, comme un cheval au galop.

Le changement est pour lui la première expérience que les humains font du temps : « Les premières expériences douloureuses de l'enfance sont des expériences de changement »⁴⁰⁰, dit-il, ce qui converge pour lui vers la formation d'un engramme répulsif chez le nourrisson, qui vient surdéterminer négativement l'expérience du changement.

On a vu que l'un des mots-clefs principaux de la « *culture douleur* », est le **changement**. **Changement** lié effectivement à d'importantes angoisses ; **changement**, dont l'impérieuse nécessité dans la rencontre entre médecin et hystérique les concerne autant l'un, que l'autre : il est attendu de la patiente comme du médecin qui apprend à **gérer la douleur**. Ce **changement** est une étape dans l'accès au statut de « croyant », pour reprendre la terminologie religieuse d'A. Julliard.

Face à ce changement, la patiente sait ce qu'elle perd. Elle ne sait pas ce qu'elle gagne.

On va voir que de surcroît deux de ces changements majeurs concernent le temps, et le mouvement ; qu'il faut parvenir dans ces domaines à une forme *d'équilibre*, un *dosage*. L'agitation, du médecin comme de la patiente, sont à proscrire, de même que la course contre le temps.

³⁹⁷ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit.

³⁹⁸ *Ibid* p. 76

³⁹⁹ *Ibid* p.77

⁴⁰⁰ *Ibid* p. 77.

G. Durand précise encore que le coursier d'Apollon, Dieu-Père de la médecine, n'est « que ténèbres domptées »⁴⁰¹. Le biomédecin est effectivement, dans sa représentation habituelle, maître du temps : le sien, celui des 'patients' au nom fort bien choisi à cet égard. La médecine de la douleur va-t-elle accepter, pour montrer le chemin, de perdre sa maîtrise du temps, du mouvement ? De quelle manière, à quel prix, et pour quelle efficacité?

La base de l'organisation systématique du CETD est, nous l'avons vu, la pluridisciplinarité, et en son sein les différentes procédures qui vont accompagner le déplacement du lieu *sacré* du corps ou de la psyché vers un entre-deux, déplacement porté par une narration efficace. Cette base apparaît dans un ensemble de procédures à caractère systématique, dont l'organisation résulte en bonne partie d'un montage empirique, résiste aux tentatives d'explications rationnelles⁴⁰², et s'accommode somme toute assez bien de cette absence avouée de savoir.

Comme nous venons de le voir, ainsi en va-t-il de la procédure de **pré-admission** et en particulier de la part qui y est faite à la parole. Ainsi en va-t-il de l'organisation du passage de l'oral à l'écrit, dans cette même procédure et au-delà, pendant l'hospitalisation.

En outre, à l'intérieur de cette organisation de base, quatre autres items font l'objet d'une attention et d'une organisation spécifiques :

- Le *travail* de la douleur, c'est-à-dire le *dosage* ou *l'équilibre* à trouver entre plaisirs et peines.
- Le mouvement
- Le temps
- La résultante du temps et du mouvement : le rythme

a. Travail de la douleur : travail de couples d'opposés, éducation morale.

Comme le soulignent D.B. Morris⁴⁰³ et J.-P. Peter⁴⁰⁴, la douleur est présente en médecine par la demande de soulagement ou la plainte qui émane du patient, mais aussi voire plus encore

⁴⁰¹ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit. p. 82.

⁴⁰² Radat F, «Souffrance et douleur. Les aspects psychiques de la douleur chronique, une approche bio-psycho-sociale », op.cit.

⁴⁰³ Morris D.B., *The Culture of pain*, op.cit.

par le pouvoir qu'a le corps médical d'infliger une douleur aux patients. En outre, D.B. Morris souligne également qu'entre ne pas soulager une douleur et l'infliger, la frontière est bien ténue.

Le CETD ne fait pas exception de ce point de vue. Parmi les multiples procédures médicales, chirurgicales, infirmières, kinésithérapeutiques, ou parmi les réponses en termes de mode de vie, nombreuses sont celles qui vont créer des douleurs, ou engager le patient à autoriser une douleur à court terme afin d'obtenir un bénéfice sur le moyen et le long terme. Il est ici question de *dosage*, d'*adaptation*, d'*augmenter la résistance à la douleur*, comme en témoigne cette phrase adressée à un patient par le médecin responsable : « *On va vous éduquer un peu pour le dosage de l'effort.* »

Au total, la pratique du CETD consiste plus en l'instauration d'un nouvel *équilibre* ou *dosage* entre « plaisir et peines », et parmi ces dernières entre peines subies et peines choisies, qu'en une procédure d'éradication systématique du phénomène douloureux.

*

Nous pouvons prendre ici pour exemple la situation de Mme D. Les relations entre douleur et plaisir y apparaissent nettement, ainsi que le rôle ambigu dévolu au corps médical, en particulier au médecin homme face à une femme.

Synthèse de l'hospitalisation

- Du point de vue de la relation :

Il n'y a pas eu de conflit dans l'équipe concernant cette patiente. Plutôt le constat amusé qu'alors qu'en présence des seules infirmières, je pouvais discuter de nombreux aspects de la prise en charge avec elle, l'irruption du médecin-chef dans la chambre la ramenait immédiatement à évoquer ses douleurs périnéales. Les femmes ont été en retrait, en charge seulement d'une écoute passive ; très présentes, mais peu chargées d'un rôle autonome : au premier plan était le médecin responsable.

Petit à petit, ses demandes se font moins massives, plus circonscrites à des points douloureux précis. Les infirmières notent qu'elle « *paraît d'avantage authentique en fin de prise en charge* ».

⁴⁰⁴ Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *Ethnologie française*, 6, n°3-4, 1976, pp. 341-8.

Elle arrive à affiner ses **objectifs**, à évoquer en termes positifs les **gestes** efficaces. Cette évolution se poursuivra dans les consultations qui feront suite à l'hospitalisation.

- Concernant le *travail* des plaisirs et des peines et le point d'*équilibre* qui a été trouvé :

Les infirmières font très peu référence, dans leurs transmissions, à des sollicitations de prescriptions **antalgiques** de la part de la patiente. Elles font surtout référence au fait qu'elle parle beaucoup d'elle, qu'elles sont beaucoup sollicitées pour simplement écouter, surtout sur le sujet de ses difficultés conjugales ou de sa souffrance morale.

Le médecin arrête la morphine qui était en place avant l'hospitalisation. Il ne pratique pas, à cette occasion, de **geste** douloureux. Mais de nombreux **gestes** invasifs et douloureux ont été pratiqués par le passé et sont prévus en externe (**infiltrations** et gestes quasi micro-chirurgicaux au niveau du nerf **pudendal**, **infiltrations** des épaules, de la région lombaire) Les kinésithérapeutes la font beaucoup bouger, défiant ses craintes de se faire mal.

Globalement, si l'on prend en compte les **gestes** pratiqués à l'extérieur de l'hôpital dans le cadre de la médecine de la douleur, cela reste une prise en charge où la douleur infligée l'emporte sur la douleur soulagée. Mais à chaque étape, avant d'infliger une douleur, une attention est portée à sa demande : il lui est demandé si tel est son choix.

- Du point de vue du temps et du mouvement :

La dimension de mobilisation et de remise en mouvement globale : physique, psychique, sexuelle, affective, nous paraît très importante, mais indissociable de la douleur infligée : elle ne s'acquiert qu'au prix d'importantes douleurs de tous ordres.

La position prise par le médecin, qui se prête au jeu pour *travailler* au corps la question du plaisir, a contribué à ce que ces procédures soient acceptées comme des choix, et non comme des violences subies émanant de l'extérieur.

Le temps fut aussi une préoccupation constante ; il a sans cesse menacé de devenir incontrôlé : pour commencer, sa douleur, c'est depuis « *toujours* ». Les temps de consultations furent très longs, car le flot de sa parole est difficile à contenir. Chaque intervenant devait être vigilant à cet égard.

- Au total :

Les outils mis en place pendant sa prise en charge ont été : le travail du rythme - synthèse du temps et du mouvement - la relation de séduction et son jeu, les importantes douleurs infligées

par effraction cutanées, et l'écoute continue, très importante en termes de durée, et passive qu'ont assuré les infirmières. Ceci est cohérent avec les causes recherchées par Mme D. elle-même (plutôt lésionnelles) autant qu'avec nos intuitions concernant la fonction supposée de la douleur (plutôt du registre affectif et sexuel). À aucun moment il n'a été nécessaire de verbaliser nos intuitions.

- Du point de vue narratif positif résultant de l'hospitalisation :

Cela peut paraître paradoxal avec ce qui a été dit sur la part importante des douleurs infligées, mais le résultat narratif de la prise en charge pour elle se traduira par l'émergence d'un discours sur sa quête de plaisir désormais assumée. Elle dira au médecin : « *maintenant, je veux jouir seulement.* »

Quelques mois après son hospitalisation, elle fera parvenir à l'ensemble de l'équipe une carte postale, où figure la citation suivante : « *j'ai décidé d'être heureuse, parce que c'est bon pour la santé* ». Elle y écrit : « *J'ai tous les outils, maintenant à moi de jouer* » ; elle dit « *stresser moins quand les choses ne sont pas faites* », « *déléguer plus* », « *surtout à son mari* », aller mieux mais rester « *extrêmement fragile à toutes les difficultés d'ordre affectif.* »

Le suivi après l'hospitalisation

La suite de la prise en charge se déroule donc en consultation. La patiente et le médecin-chef se mettent d'accord pour qu'il la suive un an en consultation, puis me passe le relais. (C'est un peu une séparation - au sens amoureux - programmée dans le temps).

Elle sera **vue** tous les six mois, mais aussi entre temps par ses nombreux autres intervenants habituels (ceux qui pratiquent les **gestes** techniques douloureux), en moyenne à raison d'une consultation par mois.

Lors de la première évaluation à 6 mois, le médecin note : « *mieux avec son mari : « il a compris que c'était une vraie maladie* ». La relation est beaucoup moins conflictuelle. « *C'est chacun chez soi, sans plus, mais il n'y a plus de souffrance.* »

Pendant le cours de son suivi naîtra une première petite fille ; elle dira de sa naissance qu'elle a « *contribué à apaiser le climat familial* ».

Quand je prends le relais des consultations, elle est toujours aussi bavarde, mais nettement moins plaintive, fixant aux consultations des **objectifs** réalistes, en attente de conseils

pragmatiques. En tant que médecin, je considère cela comme une amélioration. Entre autres parce qu'il n'y a plus, ni d'inondation par le flot de paroles, d'émotions, de descriptions de fluides divers qui sans cesse menace d'engloutir le temps, et moi avec, et parce que l'équilibre de ses attentes avec ce qui m'est possible, techniquement et humainement, présage d'une relation moins violente pour moi, plus apaisée. Il est aussi plus facile d'être empathique - la tentation du ridicule est moindre, ce qui est plus conforme à mes valeurs professionnelles.

Elle est moins douloureuse, (passée de 9, 5/10 à la première consultation, à 5/10 environ le plus souvent, parfois 7/10) avec des moments de douleurs plus intenses qu'elle gère intelligemment, et qui de ce fait ne s'installent pas dans la durée.

Je constate qu'elle a augmenté ses activités de loisir, elle est aussi moins solitaire ; ses activités de loisir n'ont pas toutes lieu au sein de l'association de **fibromyalgiques**, et elle y va même si son mari n'a pas envie d'y aller : elle y va seule et rencontre d'autre gens. Elle est plus active, se couche et se lève moins tard, sort plus de chez elle.

Elle reste décidée à « *rechercher activement le bonheur.* » Elle a pris un amant, pense d'ailleurs en changer. Elle est claire maintenant sur le fait qu'elle ne cherchera pas à divorcer, c'est trop compliqué matériellement. Elle fait un bilan plus impartial de l'histoire de son couple : l'alcoolisme de son mari, la façon dont elle l'a bien ou moins bien géré, la part de cette gestion dans sa souffrance, comment elle fait maintenant. Se montre disponible à faire autrement, en attente de conseils, d'un regard tiers.

Alors bien sûr, il y aurait là matière à maintes interprétations psychanalytiques. Pourtant, l'inutilité, voir la contre-productivité du point de vue des stratégies thérapeutiques, d'une explication par le **pourquoi** - si tentante ici - apparaît nettement. Elle gagne à rester au stade de l'intuition pour simplement orienter l'écoute et l'empathie, puis le *travail* de la demande, par petites touches, *travail* qui est un préalable au **comment**. Si j'ai choisi ce cas, c'est pour mettre en avant non pas la psychologie de la patiente, mais l'organisation qui a permis que cette patiente tire bénéfice de la prise en charge, malgré et avec sa manière d'être ; en particulier, sur l'utilisation par le médecin de la dialectique douleur infligée/douleur soulagée d'une manière telle que cette patiente puisse choisir le soulagement.

Il a fallu pour cela accepter de suivre l'un des multiples fils de la *pelote* douleur, celui de la sexualité, en l'occurrence féminine. Cela n'a été possible, encore une fois, que grâce à l'organisation **pluridisciplinaire** qui protège le médecin, comme la patiente, des dangers de

ce fil particulier. D'où, sans nul doute, la séparation programmée d'avec lui, et le relais de la prise en charge avec moi.

C'est un jeu dangereux. J'en conviens volontiers. Il n'en reste pas moins que la patiente en sort gagnante.

Si c'est un jeu dangereux, c'est que rien, dans sa formation, ne le prépare à travailler avec les rapports de séduction. Tout, au contraire, tend à lui interdire ce chemin. En agissant ainsi, il se situe à la limite de la transgression de tabous de sa profession.

Rien ne le prépare non plus à accueillir, chez ces patients et surtout chez ses patientes - la médecine d'organe, à travers l'urologie, ayant des compétences s'agissant de la sexualité masculine - les plaintes ayant trait à une sexualité perçue comme difficile.

Il demeure tout de même assez étonnant que les médecins, généralistes en particulier, soient aussi peu formés à aborder, avec leurs patients, la sexualité, surtout féminine. Cette partie du « corps » fait partie, du point de vue de la compétence thérapeutique, du domaine des 'psys'.

Pourtant, s'agissant de la douleur chronique féminine, les médecins ne manquent pas d'envisager, en coulisses, la frustration sexuelle comme l'un des motifs principaux de sa chronicisation.

S'agissant des gynécologues-obstétriciens... comment dire... afin de garder mon sang froid, je m'en tiendrai aux faits :

La profession de chirurgien gynécologue, a été, dans l'histoire, majoritairement opposée tant à l'avortement qu'à la contraception.

Lors d'un stage d'interne que je fis en gynécologie, en 2000, les chirurgiens du service avaient un sobriquet pour le planning familial, situé, par rapport à leurs cabinets de consultations, dans l'autre moitié du couloir : « *l'avortoir* ».

Le chef de ce même service recevait en une après-midi jusqu'à quarante patientes, pour un examen gynécologique.

Les procédures savantes de méconnaissance de la douleur évoquées par J.-P. Peter n'ont, à l'époque actuelle et dans mon expérience professionnelle, d'égal que les procédures savantes de méconnaissances de la pudeur féminine en service chirurgical de gynécologie-obstétrique.

Une gynécologue médicale me disait un jour (en tant que collègue) : « *c'est à croire qu'ils ont choisi leur métier parce qu'ils n'aiment pas les femmes.* »

J'ai lu en mai 2010 dans le courrier des lecteurs du *Monde Magazine* l'article suivant, intitulé par la rédaction : « De bon conseil » :

« .Je tiens à réagir au courrier du 15 mai (Le Monde Magazine n°35) de mon confrère Jean-Louis Roy, intitulé : « C'est dans la tête ! », dans lequel il affirme que « le plaisir n'est pas dans une question d'anatomie mais de psychisme ». La prochaine fois qu'il verra en consultation une femme ayant subi une mutilation génitale ou qui souffre de ne pas avoir de sexualité épanouie, je lui conseille la réponse thérapeutique suivante : « Madame, c'est dans la tête, la médecine n'a rien à voir avec cela. » Je crois que mon confrère va beaucoup l'aider. »⁴⁰⁵

En effet, si je devais adresser une patiente à un spécialiste pour aborder des questions de sexualité, les chirurgiens gynécologues, tout du moins les hommes, majoritaires dans cette profession, seraient certainement les derniers qui me viendraient à l'esprit, à quelques rares exceptions près.

Ne nous y trompons pas, cependant : si la sexualité, féminine en particulier, et la gestion compliquée des rapports entre deux individus quand l'un est déshabillé, et touché, parfois très intimement, par l'autre, ne fait pas partie de la formation des médecins - à quelques très rares exceptions près - elle fait largement partie de leur initiation.

D'une part, sur le mode de la levée de tous les tabous, par la pratique des rituels estudiantins, qui sont l'occasion de débauches et excès bien connus : le fameux *carabinage*. Pour l'exemple : lors de mon propre *bizutage*, il était demandé aux étudiants, déshabillés jusqu'à leurs dessous et répartis en couples hommes-femmes, de se frotter l'un contre l'autre après s'être enduits de confiture ; aux femmes, on demandait de se déshabiller dans une cabine de photomaton, que l'on actionnait.

D'autre part, intervient l'apprentissage silencieux - rien n'est jamais dit à ce sujet - de tabous qui accompagnent la dérogation que constitue l'accès au corps d'autrui : ne pas avoir un regard sexuel sur un patient du sexe opposé. B. Vergez, dans son histoire de la médecine au XX^{ème} siècle⁴⁰⁶, raconte comment une des premières internes femmes, accompagnant le médecin-chef lors d'une visite au cours de laquelle il eut à pratiquer un examen gynécologique, le vit le pratiquer sans gant, puis s'essuyer la main dans ses cheveux, à elle. Il y a bien des manières efficaces de faire comprendre les choses qui se passent de paroles. Lors d'une récente consultation d'urologie, une patiente exprimait, en aparté, à l'infirmière, sa gêne par rapport à l'examen intime qui se profilait ; voici la réponse que lui fit l'infirmière - avec ironie : « *Mais, madame, les chirurgiens ne sont pas des hommes !* ».

⁴⁰⁵ Dr Odile Buisson, Gynécologue obstétricienne, Le Monde Magazine n° 36 du 22 mai 2010.

⁴⁰⁶ Vergez B., *Le Monde des médecins au XX^{ème} siècle*, Complexe, Bruxelles, 1996.

Cet apprentissage a lieu, nécessairement, à chaque rencontre avec un corps nu, *a fortiori* avec le corps mort. En effet, si la connaissance du corps mort n'éclaire pas beaucoup sur la sexualité du point de vue des stratégies thérapeutiques, en tant qu'expérience, la dissection est un déshabillage radical. C'est par cet apprentissage, précisément, que les médecins et chirurgiens « *ne sont pas des hommes* »⁴⁰⁷, qu'ils accèdent à un statut particulier, qui a trait en particulier à la sexualité et à la mort. Cet apprentissage aboutit aussi à l'incorporation d'un certain rapport, largement inconscient, aux sexualités respectives des hommes et des femmes. La désignation de l'hystérique est un moment privilégié de manifestation de cet 'apprentissage' particulier. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement.

*

Parmi les différents centres et unités de traitement de la douleur, le CETD se distingue par la rareté des procédures médicales, anesthésiques ou chirurgicales mises en œuvre. Les moyens techniques d'un CHU sont pourtant là pour les permettre. Mais ces procédures ne sont considérées que comme des **outils**, qui ne trouveront leur sens que comme **moyens** dans le cheminement du patient vers ses **objectifs**, et non comme des fins en eux-mêmes : cela traduit une conviction clairement exprimée, qui s'appuie sur les recommandations officielles autant que sur l'expérience des professionnels : rien ne sert de chercher à guérir le 'corps', si la personne dans son ensemble n'est pas sur le chemin de la guérison. Dans cette attitude, qui résulte des influences combinées de la psychanalyse, des thérapies solutionnistes et des constatations biomédicales de nature quantitative, il existe une analogie troublante avec le fameux conflit de la primauté de la guérison de l'âme sur celle du corps qui opposa longtemps religieux et médecins au sein de l'hôpital. À ceci près que la responsabilité est censée y supplanter la culpabilité, et l'autonomie y remplacer l'hétéronomie.

La réalisation des gestes techniques est donc conditionnée à l'établissement préalable d'**objectifs communs négociés**. Ceci est l'occasion d'explications et parfois de conflits avec les patients qui sont surpris, d'emblée, par cette attitude clairement mise en scène et expliquée dès la première consultation. Ils peuvent en effet être très demandeurs de cette pratique médicale plus habituelle, plus éradicatrice et plus guerrière.

⁴⁰⁷ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

Apprendre à ne pas subir passivement le **geste** invasif fait partie de l'éducation des patients, des **changements** nécessaires aux patients. J'ai parfois vu le médecin s'opposer à la narration d'un patient ou d'une patiente à ce sujet : ayant relaté les diverses interventions médicales antérieures, leur inefficacité et leur nocivité en se présentant comme la victime passive d'une incompétence médicale, il se voyait fermement repris sur le mode suivant (je reformule à peu près) : « pourquoi avez-vous accepté ? ». Le médecin l'accompagnait alors dans la reconstruction d'une narration qui incluait son rôle dans cette histoire, y compris ses représentations par rapport à la toute puissance de l'autorité médicale, représentations qui allaient devoir changer.

Cet apprentissage concerne aussi les médecins et chirurgiens, qui doivent apprendre à résister à la tentation de la réponse technique - également plus rentable pour eux d'un point de vue financier. Apprendre à résister à leur propre tentation ainsi qu'à la demande des patients, en usant si nécessaire d'autorité, fait partie ce que les professionnels de santé en formation au CETD apprennent par *compagnonnage*, pour reprendre une formulation chère au médecin responsable.

Les commentaires critiques, en coulisses, sur les pratiques **invasives** multipliées dans d'autres lieux de soin où sont passés les patients, sont fréquents. Nous avons vu en outre que l'évolution actuelle du monde hospitalier vers une tarification à l'acte, qui tend à revaloriser les **gestes** techniques et à dévaloriser les actes de parole et d'écoute, est une inquiétude pour les différents acteurs du CETD.

*

J'ai déjà abordé, dans « la culture qu'elle a », de manière synthétique, l'existence de procédures douloureuses au CETD. Je vais maintenant en dresser un tableau d'ensemble.

Parmi les procédures médicales douloureuses qui demeurent au CETD, celles dont le caractère systématique attire l'attention - y compris d'ailleurs des soignants eux-mêmes, sont les suivantes :

- Mise en place transitoire d'un traitement **antalgique** en perfusion les trois premiers jours de l'hospitalisation.

Le caractère symbolique de cette procédure est bien connu des soignants, et souvent discuté entre eux : un traitement en perfusion va bien souvent être perçu comme plus efficace par le patient qu'un traitement en comprimé, même en l'absence de justification pharmacologique. Le caractère invasif - et donc douloureux - du **geste** permettrait au patient de se sentir pris au sérieux, cru.

- Sevrage des médicaments **antalgiques** à caractère **dépendogène**.

Les morphiniques et les **benzodiazépines** n'ont pas d'indication dans les douleurs chroniques. Cette directive médicale est cependant récente, et bien des patients arrivent avec des traitements qui produisent plus d'effets secondaires que de bénéfices, en perturbant leur sommeil, leur concentration, leur capacité relationnelle, leur aptitude à maintenir une activité. Le sevrage, douloureux, va donc être nécessaire pour obtenir des bénéfices sur le moyen et long terme par la remise en mouvement, en relation et en activité.

- Remise en mouvement globale, réentraînement à l'effort, étirements, et d'une manière générale kinésithérapie. La kinésithérapie est une pratique qui a une place à part au CETD. Il s'agit d'un véritable *travail* au corps de *l'équilibre* ou du *dosage* douleur/plaisir, douleur aiguë/douleur chronique. Elle y est très importante, et cependant enclavée, tant géographiquement - nous l'avons vu - que dans ses pratiques. Du point de vue de l'organisation, c'est celle dont les pratiques varient le moins d'un patient à l'autre, comme cela transparaît dans la retranscription des cas/patients. Ce qui varie, ce sont les modalités des adaptations fonctionnelles recommandées (en fonction de la pathologie), et le *dosage* **antalgie**/manœuvre douloureuse. Mais les outils sont notablement constants. En outre, l'absence de rapport écrit des kinésithérapeutes dans le dossier douleur, malgré les sollicitations répétées du médecin responsable, ne contribue pas à lever le silence sur les détails de leur pratique.

Pendant leur séjour au CETD, les patients voient en principe le kinésithérapeute tous les jours, ou une fois tous les deux jours. Des temps de promenades accompagnées dans le parc sont quotidiens. Un vélo d'appartement stationne dans le couloir, et il est chaudement recommandé aux patients de s'en servir. Des temps de réentraînement à l'effort et d'étirements ont lieu dans la salle prévue à cet effet, les massages et techniques **antalgiques** ont lieu dans les chambres.

La prise en charge en kinésithérapie, à sec et en piscine, se poursuit après le retour au domicile du patient, à raison d'une à trois séances par semaine. Le choix du kinésithérapeute est déterminant pour la réussite de la prise en charge. Des ordonnances pré-remplies et fort détaillées, où il est coutume de souligner à la main l'importance des aspects éducatifs et de **réentraînement à l'effort**, témoignent à la fois du caractère systématique des pratiques recommandées et de l'importance qui leur est accordée (bien souvent les prescriptions kinésithérapeutiques en médecine sont peu précises, le médecin connaissant souvent mal les techniques concernées).

Quelques mois après son séjour au CETD, il est habituel que le patient passe douze journées dans un service de rééducation (en externe ou en hospitalisation), où sont pratiquées kinésithérapies intensives spécifiques, réflexions ergothérapiques, et éventuellement quelques techniques **invasives** telles que des infiltrations d'anti-inflammatoires, pour permettre une rééducation moins douloureuse.

Les patients rapportent volontiers le caractère intensif et douloureux à court terme de l'exercice physique demandé.

- Ostéopathie et acupuncture.

Là encore la pratique en est systématique, et par définition souvent douloureuse sur le moment : c'est le prix connu (souvent des patients eux-mêmes) d'un soulagement secondaire. Le médecin qui pratique ces techniques utilise ce moment pour faire passer un certain nombre de messages par la parole. Il a ainsi pour habitude de communiquer au patient les trois grands principes du TAO : la synthèse de ces principes dit, en substance (je le cite) : « *tout à un prix* ». Son intervention a lieu dès le premier soir (souvent tard, en début de nuit) de l'hospitalisation ; le premier jour, les patients font donc l'expérience conjuguée de la perfusion, des premiers exercices de kinésithérapie, et de l'acupuncture ou de l'ostéopathie. Autant dire que l'entrée en matière du premier jour apporte plus de douleur que de soulagement. S'il y a lieu de pratiquer un sevrage médicamenteux, comme c'est souvent le cas chez nos hystériques, il débute également, en général, le premier jour.

A côté de ces pratiques systématiques, d'autres donnent lieu à cette dialectique douleur infligée/douleur soulagée :

- Par les médecins

Examen clinique ; refus d'administration d'un traitement, sevrage de morphinique ; effet secondaire d'un traitement médical ; **geste** faisant effraction cutanée (chirurgical ou médical, comme l'infiltration ou l'acupuncture). Encore une fois le CETD qui a été mon terrain est peu adepte des pratiques très intrusives. Des **infiltrations** (injections de corticoïdes, le plus souvent dans les tendons ou de petites articulations) sont cependant régulièrement pratiquées.

Un **geste** invasif plus ou moins douloureux peut parfois être pratiqué dans des circonstances dont le contenu symbolique interroge sur la véritable efficacité qui en est attendue : ainsi, nous avons détaillé le moment où Mme V et Mme M. sont adressées au bloc opératoire, ténèbres souterraines du CHU. Compte-tenu du moment de la survenue de cette décision, il est difficile de ne pas l'interpréter comme une réponse qui est à la fois de l'ordre du rapport de pouvoir - réponse à la résistance et à la critique de la patiente, mais aussi, comme semble l'attester le fait qu'*in fine* cette décision ait permis une libération thérapeutique de la parole et des affects, comme la volonté d'un *travail* au corps qui soit l'occasion d'une efficacité symbolique. La soumission recherchée ici n'aurait alors pas pour seule fin la domination du médecin, mais aussi le lâcher-prise de la patiente face au monde intérieur de son corps vécu, si ténébreux soit-il. En outre, faire effraction à l'enveloppe cutanée, c'est également accéder au sang. Le sang est la marque de la violence, de l'impur et du sacrifice⁴⁰⁸.

- Par les infirmières.

Prélèvement sanguin, pose de perfusion, mise en place d'un pansement, soin de plaie

- Par les kinésithérapeutes.

Poses de contentions : bandages collants ou non, orthèses, attelles, corsets

- Par les aides-soignantes et les ASH.

⁴⁰⁸ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

Peu de toilettes (les patients du CETD sont généralement autonomes de ce point de vue : c'est beaucoup moins vrai dans des services tout venant où les AS et ASH sont au premières loges pour constater les répercussions de la douleur sur les tâches de base de la vie quotidienne.). Leur rôle va surtout consister à conduire les patients à sortir de leur lit ou de leur chambre pour y faire le ménage tous les jours, à les mobiliser pour s'asseoir à table plutôt que de manger au lit.

- Par les « passeurs ».

Je reprends ici le terme de M.-C. Pouchelle⁴⁰⁹ : tous les agents qui assurent le passage de l'intra à l'extra-hospitalier : pendant le transport en ambulance ou le déplacement en général. Par l'attente à l'accueil ou en salle d'attente, sur des sièges rigides et inconfortables. Une inépuisable source de surprise pour mon regard malgré tout naïf, est l'inconfort relatif des sièges des patients dans les salles de consultation, par rapport aux sièges des médecins. Certes, ils y séjournent moins longtemps, mais ce sont eux qui sont souffrants, et parfois lourdement handicapés.

- Par le patient lui-même.

Automutilations, se faire mal à un endroit pour soulager les autres, tout le domaine de l'influence que le malade exerce sur sa propre douleur de par ses attitudes (posture, choix de vie...)

Dans ce domaine de la « douleur produite », Cahagne et Guyard⁴¹⁰, précisent qu'à côté de la médiation du mot, il existe dans la communication de la plainte douloureuse toute une médiation technique, qui correspond à une démarche empirique d'ajustements successifs (médicaments, tens, corset...divers outils) faite par les patients, en lien avec les recommandations éventuelles du corps médical, et qui transforme le patient en « technicien actif potentiellement capable d'expérimenter ». Les auteurs ajoutent que, comme pour sa formulation verbale, la douleur « ainsi traitée » ne préexiste pas à cette médiation, elle en résulte.

⁴⁰⁹ Pouchelle M.-C., « Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme » in Lautmann F. et Maître J. (dir), *Gestions religieuses de la santé*, collection « Santé, sociétés, cultures », L'Harmattan, Paris, 1995, pp. 247-299.

⁴¹⁰ Cahagne V. et Guyard H., « Douleur et médiation culturelle », *op.cit.*

b. le mouvement

L'inactivité physique (et son pendant, le caractère passif), sont des éléments de difficulté dans la prise en charge. D'ailleurs, les patients s'en défendent : « *je ne suis jamais resté dans mon lit par plaisir* » dira par exemple l'un d'entre eux à la visite.

Les patientes sont aussi plus ou moins « intéressantes » de ce point de vue, et on les enjoint de nous *intéresser*. Le médecin-chef dit ainsi à une patiente « *Ce qui nous intéresse c'est de savoir comment vous pouvez progresser* » ; à une autre « *ce programme là a pour but de vous faire avancer. Ce qui nous intéresse c'est de savoir comment vous pouvez progresser* »

Ce n'est pas seulement intéressant, c'est « bien » :

Une patiente dit un jour au médecin : « *aidez-moi à me remettre en route* ». Réponse du médecin : « *ça c'est bien pour nous. C'est notre fonction de vous aider. Vous êtes prête à tracer cette route là... Vous pouvez remonter la pente ; vous n'êtes pas condamnée à rester à l'endroit où vous êtes arrivée.* »

C'est intéressant, c'est bien, c'est même « la clef » de la réussite de la prise en charge. À une autre occasion, le médecin-chef dit à l'externe : « *tu verras, la clef chez nous est qu'ils soient motivés et qu'ils aient envie que cela bouge* ».

La dimension de remise en mouvement, est au centre de la prise en charge, comme en témoigne la fréquence avec laquelle cet objectif est explicitement formulé par le médecin-chef, ainsi que le caractère à la fois systématique et largement silencieux de l'organisation de l'axe **fonctionnel** de la prise en charge, le silence renvoyant ici au secret, au *sacré*, au lieu du pouvoir (voir « le secret des kinés »).

Il s'agit d'un mouvement psychique, physique, spirituel, qui s'appuie sur des métaphores évoquant le voyage, ou le fait de grimper une montagne. Lui sont attachées des significations et des valeurs qui dépassent largement le caractère pragmatique volontiers mis en évidence pour la rationaliser (« *c'est une patiente mobilisable* »).

La prégnance de cette préoccupation correspond à la réalité des situations cliniques rencontrées : en effet, dans bien des cas, il semble que la *fonction de la plainte* pour les patients, autant que la **fonction** des tentatives de solutions (hyperactivité comprise) pour sortir de leur souffrance, soient, *in fine*, de produire de l'immobilité.

On voit ainsi arriver des patientes qualifiées d'extrêmement « *déconditionnées* » : certaines ne peuvent plus marcher (exemple de Mme R., qui ne peut plus marcher après une blessure au bras), ou plus porter (exemple d'un patient Mr. qui ne peut plus porter suite à une chirurgie du pied), sans que cela soit forcément dû à une douleur sur le site concerné par le mouvement.

A l'extrême, on aboutit à des immobilités presque statuesques évoquant les hystériques de Charcot ou de Jannet (Mme A).

A l'opposé, nombre de patientes sont hyperactives, coutumières d'une intense agitation, et il leur sera enjoint de réduire cette agitation, angoissante pour elles-mêmes, pour leur entourage, comme pour les professionnels. En effet, quand la patiente a tendance à l'agitation, à l'hyperactivité, la moindre amélioration va être suivie d'une reprise excessive du mouvement, qui va la ramener promptement à l'immobilité antérieure - c'est le cas, par exemple, de Mme B.

La résistance perçue au traitement, quand il y en a, est avant tout une résistance à la mise en mouvement, à tout point de vue. L'échec ou le refus de la « *gymnastique* » comme m'a dit un jour un patient, pose une limite à la prise en charge à la quelle il sera difficile de contrevenir. Il en va de même des difficultés à transposer la douleur en gêne pour se mouvoir, dans le cadre du bilan algofonctionnel : sans cette traduction, il n'y a guère de contrat de soin possible.

D'une manière générale, ce qui est recherché est un *dosage* harmonieux du mouvement et de l'activité, qui évite les extrêmes comme les oscillations de grande amplitude entre hyperactivité majeure et repos total. Dans cet objectif, des programmes sont réalisés avec les patientes, sur le modèle des tâches proposées en thérapie par les comportementalistes.

c. Organiser le temps

Si l'on reprend la situation clinique de Mme V, on observe :

- que 'son' problème (tel qu'elle le définit elle-même, et tel qu'il revient dans l'entretien à chaque étape de la prise en charge) est : « *je crois que ça va s'arrêter demain* ». Répondant à cette attribution de causalité, le travail de l'équipe, qui est de solutionner 'son' problème, est de l'aider à remettre les choses dans une perspective de durée : de moyen et de long terme ; il s'agit d'organiser le temps et la perception qu'elle en a.

- que son **objectif** pragmatique principal est l'« *organisation de son temps* » ; spécifiquement « *avoir du temps pour elle* ». Notre réponse pragmatique sera effectivement de chercher les moyens pratiques de l'aider à organiser une répartition harmonieuse de « *son* » temps entre temps personnel, temps familial et maternel, temps de travail. C'est de cela qu'elle tirera un bénéfice conscient, même si par ailleurs la levée partielle du secret, la mise en mot de ses souffrances maternelles a pu contribuer, peut-être même sans qu'elle le sache ou en tout cas sans qu'elle soit disposé à l'explicitier (pudeur ? culpabilité ? honte ? méconnaissance ?).
- que dans l'organisation de notre réponse, en particulier en hospitalisation, le temps et le rythme ont été des éléments très importants : la longueur de la première consultation (1h30), au cours de laquelle il lui est expliqué que l'on ne trouvera pas de réponse rapide, et qu'il va falloir qu'elle s'organise pour *vivre avec* sa douleur, en particulier en organisant son rythme de vie ; le courrier même du médecin adressant mentionnait qu'il avait préféré prescrire l'IRM « **volontairement à distance** », sans plus d'explication ; l'attente ensuite avant l'hospitalisation. Pendant l'hospitalisation, les infirmières passeront énormément de temps auprès d'elle ; sa difficulté à attendre dans l'inactivité émerge d'emblée ; elle l'évoque, se plaignant des temps de vide qu'elle ressent comme une discontinuité ; elle s'attendait à quelque chose de plus « *continu* » au sens de plus intensif et ne mesure pas que ce qui est *travaillé* en continu et intensément c'est précisément l'attente. Suite à ses plaintes, un ballet coordonné, dans lequel le choix du « *bon moment* » est essentiel, se met en place entre médecins, chirurgiens et infirmières, conduisant à l'approfondissement de la pénétration transcutanée des **gestes** médico-chirurgicaux, et à un accompagnement accru par la parole, qui amèneront le 'dénouage' recherché par l'équipe.
- Que le psychologue en rééducation donne encore une place importante au temps : « la rupture brutale de la rééducation pourrait activer les douleurs ; un arrêt progressif pourrait s'avérer plus judicieux. »

*

Le temps, son passage et la nécessité d'un lâcher-prise vis-à-vis de sa maîtrise sont omniprésents dans l'exercice de la médecine de la douleur, là encore comme un apprentissage partagé par professionnels et patients lors de leur accès au statut de « croyants ».

Nous avons vu dans le descriptif de terrain que l'organisation du temps de travail des professionnels se distinguait notablement, et particulièrement pour les médecins, par un relâchement de la maîtrise du temps qui fait partie de leur formation, de leur initiation, autant que de leur pratique. Rappelons-nous que si le médecin a un pouvoir, c'est celui de prédire l'avenir, s'agissant de deux questions précises : la souffrance, et la mort. L'avenir, c'est aussi le temps.

Les termes d'attente, de « *bon moment* », les catégories **douleur aigue** ou **douleur chronique**, la « *maturation* », les « *étapes* »...ponctuent toute prise en charge de la douleur au CETD. Une bonne partie des débats concernant l'organisation, s'ils ne concernent pas directement la **pluridisciplinarité**, vont concerner le temps : durée et moment des prises en charge, organisation de la séquence plus ou moins systématique des interventions... au-delà du caractère pragmatique de ces débats, les tensions qui les accompagne, et leur fréquence, témoignent de l'importance que chacun y accorde, sans trop pouvoir spécifier pourquoi : les réponses à ce sujet reste vague, comme dans l'entretien avec A. Là encore, la médecine de la douleur s'accommode d'une absence d'explication, au profit de la connaissance empirique et intuitive.

Nous allons maintenant passer en revue les différentes organisations liées au temps, et les paroles qui les accompagnent :

L'organisation du temps, la différenciation des *étapes*, ponctue tous les aspects de la prise en charge. Comme la mise en mouvement, c'est autant un **objectif** du traitement qu'un **moyen** de *travailler* les patientes au corps.

Dès le départ, la spécificité de la prise en charge se décline autour de la temporalité ; la douleur doit être **chronique**. Elle est en générale très ancienne. On doit, dès l'interrogatoire, en définir le moment d'émergence, celui du passage à la chronicité et de sa diffusion.

Il n'est pas rare qu'une première consultation dure une heure trente à deux heures, ce qui reste tout à fait exceptionnel dans le monde médical. Il est très clairement choisi de faire plutôt des consultations très longues mais espacées, que des consultations courtes rapprochées. Cela aussi, du reste, fait débat dans la *culture douleur* ; les débats à ce sujet sont conflictuels, tendus parfois, teintés de jugement, ce dont peut très bien rendre compte le fait qu'il s'agit là d'une condition 'crue', et non 'expliquée' de l'efficacité du traitement. L'espacement et la séquence des consultations est un des ingrédients de l'efficacité de la prise en charge, même si la mise

en place de cet espacement est largement laissé à l'intuition : il n'en est pas moins entendu et exprimé que c'est important.

En outre, le « *bon moment* » de l'hospitalisation (d'emblée ou pas), le rythme des consultations, sont un outil de soin en ce qu'ils sont là pour contribuer à et accompagner la « *maturation* » du patient.

Le rapport entre les places et statuts symboliques des différents intervenants, et le temps (durée, moment dans la journée, moment dans la séquence de l'hospitalisation) de leur intervention ne sont pas anodins. Il y a là comme un ballet dont le chef d'orchestre serait alternativement le médecin responsable et la patiente elle-même, un compromis sur le rythme devant être trouvé entre eux deux. Cependant les soignantes (infirmières, aides-soignantes, agents), qui suivent pas à pas le rapport du patient à leur « micro-temporalité », guident à chaque moment ces décisions ; en fonction des patientes, le rythme imprimé au prise en charge est plus ou moins influencé par les infirmières (Mme M), le psychiatre (Mme A), le rééducateur...même s'il reste *in fine* mis en œuvre conjointement par le médecin et la patiente. J. Jackson, dans son étude sur une *Pain Clinic* américaine, fait les mêmes constats : la séquence de la prise en charge renvoie le patient à la « causalité », à l'origine perçue de son mal, et s'il perçoit que l'organisation de la séquence de la prise en charge n'est pas congruente avec « son » origine du mal, le conflit survient, la rupture, en même temps que son narratif et le nôtre interrompent leurs déroulements respectifs⁴¹¹.

La temporalité nocturne, on le remarque entre autres dans le cas de Sylvie, est exclusivement infirmière. Les infirmières sont les seuls intervenants à couvrir la continuité du nycthémère.

Le temps des kinés est un temps 'd'invisibilité' (ils sortent marcher avec les patients, longtemps), ou bien un temps où le patient travaille seul, une sorte de hors-temps. De tous les intervenants, ce sont ceux dont le rythme d'intervention est le moins systématique : ils s'adaptent en fonction des interventions des autres intervenants.

Les négociations sont fréquentes avec les patients autour du rythme de la prise en charge, de la fréquence des séances de kiné par exemple...Cette question du rythme est même le principal objet des négociations entre médecins et patients. Ainsi, la question de la

⁴¹¹ Jackson J., "The Rashomon Approach to Dealing with Chronic Pain", *Social Science and Medicine* vol. 38 n° 6, 1994, pp. 823-833.

discontinuité ou de la continuité d'une prise médicamenteuse, à quel moment de la journée, pour combien de temps... va organiser la part du temps du patient qui est donnée au soin et au médical.

Quand des difficultés, une désorganisation, un désordre, une confusion, un débordement... angoissants pour tous surviennent, ils ont très souvent trait au temps : confusion temporelle (Mme A., Mlle L., Mme V.), désorganisation du nyctémère (Sylvie, Mme A.), excès de temps passé et difficulté à poser des limites au temps de parole en particulier (Mme D., Mme A.), nécessité pour le médecin de freiner encore plus ses attentes en procédant par de très lentes étapes et en n'allant pas plus vite que le patiente ne le souhaite (Mme A.), difficulté à ralentir l'agitation et l'impatience d'une patiente (Mme B., Mme M, Mme V). Le temps est à la fois outil de travail, et menace. Il convient de le **gérer**, sans le contrôler.

Dans le discours des patientes aussi, cette question est omniprésente ; on l'a vu dans le cas de Mme V ; autre exemple : dans le cas de Mme U, elle dit : « *Je le prends* (le séjour en hospitalisation) *comme un moment pour m'arrêter* ». Elles demandent qu'on les aide à retrouver un *équilibre* entre temporalité diurne et nocturne, à gérer leur activité pour ne pas être si lente, ou si débordée, à gérer l'alternance activité repos...la question du temps passé à les écouter, de la « *continuité* » entre les différents acteurs, est souvent évoquée comme une élogie de la prise en charge.

*

La douleur et la souffrance sont des expériences d'une sorte de « hors-temps »⁴¹² ; d'autant qu'elles perturbent souvent le rythme quotidien, en particulier les rapports entre l'alternance veille/sommeil et nuit/jour. Les attentes des patients concernant cette régulation de leur rythme sont souvent, comme ici, parmi les premières exprimées. L'hospitalisation elle-même va se situer comme une rupture du rythme quotidien installé, afin de fonder une nouvelle temporalité ; la pluridisciplinarité est organisée selon une séquence d'intervention fixée, avec un rythme qui résulte de plusieurs années de tâtonnement et qui est sans cesse remis en question, faisant l'objet de nombreuses discussions d'équipe, de tensions conflictuelles

⁴¹² Voir par exemple Peter J.-P., « Équivoques dans le continent de la douleur : discours, conduites et perceptions. », *Conférence donnée au congrès de la SETD*, le 23/11/2002 (cours supérieur « douleur et émotion »), ou Jackson J., « The Rashomon Approach to Dealing with Chronic Pain », *op.cit.*

parfois, bien au-delà de ce qui est justifié par les enjeux propres aux processus techniques et aux considérations pragmatiques.

Au-delà donc du lien entre « changement » et « temps » dans le domaine de l'imaginaire, le temps s'invite directement dans le contenu symbolique des prises en charge, où il amène avec lui la dimension d'angoisse évoquée par G. Durand. Ainsi dans certains cas, le flot incessant de parole conduit le professionnel de santé à la nécessité d'endiguer et de contrôler le temps, qui est comme 'mangé' par la patiente, ce qui cause une forme de panique chez le soignant non averti : c'est le cas par exemple, de Mme D ou de Mme A.

Ces questions du temps, et du changement sont une fois de plus l'occasion d'un *travail* symétrique entre médecin et patient. Le médecin aussi doit changer la représentation, qu'il a acquise, de sa responsabilité par rapport au déroulement du temps. Que la médecine se préoccupe de prédire l'avenir, cela n'est pas nouveau. Ce qui est nouveau, c'est de l'assumer, avec toutes les incertitudes que cela comporte ; de ne pas s'en tenir à ce qui est certain ; de ne pas renoncer devant l'incertitude en abandonnant le patient à ses angoisses ; de s'accommoder, avec lui des incertitudes, en s'appuyant sur les ressources de l'imaginaire, et sur la narration co-écrite d'un récit efficace qui est aussi un chant, puisqu'il a un rythme.

d. Au total : le rythme

Cette alliance du temps et du mouvement aboutit en effet à un *travail* –celui des patientes et des professionnels - qui passe majoritairement par l'incorporation d'un rythme.

Si l'on poursuit avec l'exemple de Mme V, on voit que l'organisation de son temps et du nôtre a été une mise en scène d'une réponse possible à son problème, à un niveau conscient : ses 'choix de vie'; mais la question du temps est aussi indissociable de celle du mouvement. Ici, il s'agit d'obtenir une plus grande mobilité tant physique que psychique, un *travail en flexibilité* de son corps, de sa pensée, de sa parole (dénouer pour enlever la rigidité liée à la zone de silence et de secret) de ses émotions, de son organisation de vie, de son rapport à la douleur en général.

Dans le cas de Mme V, ou de Mme D, comme très souvent, la question du rythme de vie est directement liée à la question des rapports de genre, à travers son application très pragmatique à la répartition des tâches dans le couple, à la place que la femme fait à son propre temps de loisir, de créativité, de plaisir.

*

Les patientes vont donc devoir apprendre à s'organiser différemment, et cette organisation touche d'abord à leur rythme de vie. C. Amourous rappelle qu'organiser, étymologiquement, c'est « rendre la vie possible »⁴¹³. La médecine de la douleur leur apprend à s'organiser pour *équilibrer* la « balance des plaisirs et des peines ». Le caractère apparemment pragmatique d'une telle mesure dissimule, on l'a vu avec le **bilan algofonctionnel**, des questions complexes ayant trait à l'ordre, aux valeurs, au genre.

C'est en effet souvent le 'nœud' de nombreux conflits, voire de confusion et de violence : dans le couple, avec l'employeur ou les collègues (quand on ne peut plus travailler aussi 'vite') avec les organismes en charge des indemnisations (qui peuvent accorder un **mi-temps thérapeutique**, ou une autre compensation financière qui permet d'adapter son rythme de vie en fonction de sa maladie sans arrêter complètement de travailler).

Cette organisation du temps est aussi un enjeu médico-légal : Bien souvent, les patients et patientes sont coincés entre deux injonctions contradictoires ayant trait à l'organisation temporelle de leur journée et à leur rythme de vie : s'ils sont en **arrêt maladie**, ils sont limités dans leurs sorties du domicile (à cause des contrôles) et ne peuvent donc pas s'occuper, comme le voudrait la logique des mesures efficaces en médecine de la douleur (le **retour en activité** progressif et adapté). Ces injonctions les condamnent à ce *tout ou rien*, dont le médecin cherche précisément à les faire sortir : ou bien ils reprennent le travail, ou bien ils restent chez eux. Le seul moyen légal de sortir de cette contradiction est d'obtenir des autorisations spéciales de la Sécurité sociale, comme le **mi-temps thérapeutique**. Les médecins de la douleur s'emploient à les y aider, en écrivant à leurs collègues médecins conseils des lettres circonstanciées, dans lesquelles leurs talents littéraires sont essentiels pour le succès de la procédure. De mon côté, j'ai souvent dû assurer aux patients, que je sentais authentiques dans leur motivation, qu'en cas de contrôle pendant une activité hors du domicile, je certifierais qu'ils étaient en consultation avec moi.

En *travaillant* le rythme de vie, la médecine de la douleur assume ici pleinement une fonction d'ordre, comme elle le fait avec la parole, ce qui l'amène à rencontrer la loi.

⁴¹³ Amourous C., *Des Sociétés natives: ordre, échanges et rites humains dans la vie institutionnelle*, Méridien Kliensick, Paris, 1995.

Les moyens dont elle use pour enseigner aux patients un nouveau rythme, qui est aussi un nouvel ordre, consistent en un *travail* au corps de la 'parole du corps'. Elle va *ancrer* dans ce « *mystère* », par des procédures qui vont des plus conscientes au plus archaïques, des plus adultes aux plus régressives, des plus rationnelles aux plus intuitives, des plus expérimentales aux plus empiriques, le nouvel ordre qu'elle propose comme *solution* :

Ses procédures éducatives passent en effet par le corps ; elles ont trait au rythme et au mouvement, et à *l'équilibre* ou *dosage* plaisir(qui peut être douce violence)/peine, violence infligée/violence soulagée, violence choisie/violence subie.

Elles sont elles-mêmes organisées selon un rythme, qui vient, par l'intermédiaire de la douleur, résonner avec le rythme du patient : le rythme de la prise en charge augmente ou diminue les douleurs par son interaction avec le rythme de vie du patient, rythme antérieur à la prise en charge qui n'apparaît pleinement aux professionnels qu'à travers une écoute attentive des observations infirmières puisque ce sont elles qui observent le patient en continu, et des soignants en général puisque ce sont eux qui accompagnent les organisations de base qui rythment le quotidien ; à travers une prise en compte des procédures et résultats des kinésithérapeutes, aussi : ce sont les premiers travailleurs des organisations rythmiques du mouvement, et de leurs conséquences en termes de balance des plaisirs et des peines ; ils vont directement, par un *travail* au corps, accompagner le **changement** de ce rythme-ci.

Le médecin participe, à travers les prescriptions d'**antalgiques** et les indications des **gestes** invasifs, de la temporalité de la « balance des plaisirs et des peines ». Le fait que dans le cadre de la lutte contre la douleur les infirmières puissent prescrire des **antalgiques** de manière autonome à travers des protocoles prédéterminés est d'ailleurs une nouvelle manifestation du pouvoir thérapeutique qui leur est reconnu - pouvoir qu'ailleurs elles revendiquent incessamment : elles peuvent contribuer en choisissant le rythme.

En outre, le médecin est chargé de l'organisation systématique et séquentielle de l'ensemble des soins ; cette organisation est mise en scène, donnée à voir, à vivre, à narrer et à comprendre, au patient. Il organise la séquence d'intervention des différents professionnels. Nous avons vu avec Mme A, ou avec Sylvie, que la séquence qui concerne les 'psys' est particulièrement importante, et l'occasion de divers débats ; les effractions cutanées, elles, n'interviennent pas de manière rythmique et répétée mais aussi comme des effractions temporelles, dans la séquence de la prise en charge.

Le jeu de cette pluridisciplinarité donne au patient, au travers de qui est mis en acte, par le rythme, dans la chair de la personne, dans ses émotions, dans son imaginaire, dans ses organisations personnelles ou liées au collectif, l'occasion de rejouer 'son' mythe fondateur, celui qui concerne la « cause » de ses douleurs évoquées par J. Jackson. Cette « cause » a trait aux rapports du corps et de l'âme, qui sont aussi liés, dans l'imaginaire culturel, au temps. N'a-t-on pas longtemps opposé, à l'hôpital, le « pouvoir temporel » des médecins à l'autorité ecclésiastique ? L'âme n'étant pas matérielle, sa persistance dans le temps, indépendante ou non de celle du corps, avant la vie, et/ou après la mort, est un thème de toutes les religions, une de ses définitions même, et c'est aussi sur ce thème que s'appuient bien des déclarations d'athéisme : « *rien ne survivra de moi après ma mort* ».

Cette « cause » a trait, aussi, à la violence : on pourrait formuler ainsi les questions que le rythme des interventions des uns et des autres permet de rejouer dans l'ici et maintenant : qui inflige la douleur, et pourquoi ? En suis-je victime ? Le médecin est-il un bourreau, ou est-ce une douleur nécessaire ? Quelles sont les limites des douleurs nécessaires ? Y en a-t-il ? Comment le savoir ? Que faire de la violence que cela me fait ? J'ai le sentiment d'avoir toujours subi... ai-je les moyens de choisir quand, et par qui, la douleur qui fait inéluctablement partie de ma vie va intervenir ? Qui est coupable ? Qu'en pensent la société, la loi, ma famille, mes collègues, mon employeur, les autres ?

La mise en acte, en narration, en rythme : en scène et en musique, de la pluridisciplinarité, donne aussi à chaque fois aux professionnels l'occasion de rejouer leur mythe fondateur : le changement de paradigme qui fonde, en sens comme en pratique, la médecine de la douleur, celui qui est venu mettre en cause le « mythe des deux douleurs ».

Il organise aussi, de fait, en séquence fixe et répétée, l'intervention des professions traditionnellement - c'est-à-dire aussi bien dans l'histoire, dans l'imaginaire que dans les faits-masculines ou féminines, qui renvoient aux rôles traditionnels de l'homme et de la femme, mais propose à ce sujet un équilibre des pouvoirs dont la médecine n'est par familière. C'est aussi cela, la conséquence de la pluridisciplinarité. Si c'est un chant, c'est un chant choral, avec des voix d'hommes, et de femmes. Si c'est une mythologie, des personnages qui étaient jusque là absents, ou secondaires, ou encore dotés de peu de pouvoir, y apparaissent sous un jour nouveau.

Les *solutions*, au terme des prises en charge, qui apparaissent dans les narratifs positifs, sont très souvent données en termes de rythme de vie (cf Mme D.) : reprise d'un rythme plus

social, plus diurne, plus actif, ou au contraire rétablissement d'une part diurne suffisante, meilleur *équilibre/dosage* entre plaisir et peine, choix et contrainte. Comme précédemment avec la parole, il va falloir trouver des compromis harmonieux entre des tendances opposées, des points d'équilibre, et des issues au conflit et à la violence.

3- **Conclusion : la culture qu'elle est**

« La beauté, laissons- là danser
avec ses courtisans les plus inacceptables,
entre le plein jour et la nuit :
ne la contraignons pas à avaler
comme un médicament la pilule de la vérité.

*Et le réel ? Il nous le faut, sans aucun doute,
mais que ce soit pour nous grandir,
pour nous rendre plus vastes, pour nous faire frémir,
pour rédiger ce qui pour nous doit être
l'ordre du pain tout autant que l'ordre de l'âme.*

Susurrez ! tel est mon ordre
Aux forêts pures,
qu'elles disent en secret ce qui est leur secret,
et à la vérité : cesse donc de stagner,
tu te durcis jusqu'au mensonge.
Je ne suis pas recteur, je ne dirige rien,
et voilà pourquoi j'accumule
les erreurs de mon chant. »

Extrait de « La vérité »,
Le Mémorial de l'île noire
Pablo Neruda

En introduction de ce chapitre concernant la culture 'qu'est' la médecine de la douleur, je me demandais ce qui, avec elle, se taisait, ce qui, au contraire, parlait, et quelles étaient ses nouvelles modalités du silence. Je me proposais de montrer qu'elle écrivait une nouvelle poésie, que le silence résultant de l'arrêt de la plainte était un silence poétique.

Je pense pouvoir dire, au terme de cet exposé, que ce qui parle, ce ne sont pas « les organes » du médecin, éléments visibles résultant de la découpe anatomique du corps mort, et procédant d'une certaine représentation mécanique et individualisée du corps, ni la psyché, ce reste de l'humain qui en est comme le négatif photographique, mais le corps vivant, ou encore, la vie, individuelle, collective, prise dans les échanges mystérieux entre matériel et immatériel, prise, de manière encore plus insaisissable, dans le mouvement et le temps.

Ce qui se tait, c'est « la vérité », en tant que certitude mortifère.

Ce qui est narré et mis en scène, c'est la tentative artistique, créative, poétique, quasi-musicale, de faire cohabiter harmonieusement les contraires ; c'est l'efficacité de la métaphore « en acte » comme support de transformations de la perception corporelle.

Cela n'est possible qu'en inscrivant en profondeur, dans la chair même des patientes autant que dans leur récit, et par l'exemple, un nouveau rythme, s'agissant entre autres de la « balance » entre « plaisirs et peines ». Cela n'est possible, qu'à la condition d'en laisser une trace écrite.

C'est un exercice difficile, qui peut à tout moment devenir une manipulation préjudiciable à l'individu. La place si controversée de la psychologue est, de ce point de vue, un contre-pouvoir essentiel, comme du reste l'ensemble de l'autorégulation interne qui s'exerce au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Si le résultat est musical, le médecin-chef en est, en quelque sortes, le chef d'orchestre ; mais le morceau joué est le choix commun du patient, et du médecin; le rythme est le produit de tous les acteurs de la pluridisciplinarité. Chaque professionnel spécialisé est comme un musicien qui joue sa propre partition. Quant aux infirmières, elles sont la musique elle-même, le bois dont on fait les violons, la peau dont on fait les percussions, les boyaux dont on fait les cordes, le laiton dont on fait les cuivres, l'eau dont seront faites, bientôt, les larmes. De cette musique, elle sont aussi les muses : s'agissant de la médecine de la douleur, la philanthropie médicale s'inspire aussi de la philanthropie infirmière.

Pour comprendre comment cela est possible, il n'y a que l'expérience, et la poésie. Pour tenter d'approcher, par vertu du comparatisme, si ce n'est une pleine explication, tout du moins une certaine universalité, une certaine légitimité scientifique - encore faudrait-il s'entendre sur ce que recouvre ce mot - quant à l'efficacité de ces procédures, en particulier pour l'hystérique, il m'a semblé que l'anthropologie était, de tous les champs du savoir, le plus à même de donner quelques outils, en particulier à travers les concepts d'efficacité symbolique et de rite.

Pour qu'un soin ait une efficacité symbolique, il faut, si l'on s'en tient aux descriptions de C. Levi-Strauss, que la narration effectivement dite, et mise en scène et en chair, dans la douleur, par le rite, s'appuie sur l'imaginaire, en particulier sur les mythes collectifs.

La poésie de Pablo Neruda rend très bien compte de celle qui s'écrit, par les mots et par les actes, au CETD ; ce n'est sans doute pas un hasard si elle fut aussi thérapeutique pour Mme M.

Efficacité symbolique

Nous disions que la médecine de la douleur allait devoir s'inventer comme anthropologie. Celle qui sous-tend le travail de F. Roustang ou de T.J. Csordas - tous deux puisant dans la phénoménologie, a nettement influencé ses pratiques. F. Roustang privilégie le toucher sur le voir s'agissant de l'individuation ; comme les autres thérapeutes se référant à l'hypnose, l'influence de Jung sur son travail est nette, à travers une représentation de l'âme qui n'est pas réduite à l'individu, mais, en tant qu'expérience, l'occasion d'être puissamment relié à quelque chose comme 'une âme collective'.

L'efficacité symbolique fait explicitement partie des stratégies mises en œuvre en médecine de la douleur : tout simplement, il est clairement compris que les différentes stratégies mises en œuvre sont efficaces techniquement à la condition première qu'elles s'insèrent dans une structure symbolique efficace. Il ne s'agit pas d'une pensée nourrie d'anthropologie, juste d'un constat pragmatique.

L'« efficacité symbolique » est un concept né dans l'anthropologie de C. Levi-Strauss. Il s'en est servi pour décrire l'efficacité des pratiques chamaniques. Cette efficacité s'appuie sur la croyance, sur la narration, et sur la puissante ressource que constitue la mythologie collective s'agissant de mobiliser l'imaginaire comme une ressource face à la souffrance et à la maladie.

La mythologie étant collective, c'est dans son rapport à la culture dans laquelle se situe la médecine de la douleur que j'aborderai plus avant les mythes concernés ; dans la mesure où c'est la désignation de l'hystérique qui nous intéresse, c'est en considérant cette dernière que nous aborderons plus précisément les mythes qui sont réveillés dans cette désignation.

Dans l'immédiat, je souhaite aborder, avec l'efficacité symbolique, la question du **placebo**, qui a un statut particulier en médecine de la douleur :

La médecine de la douleur a, vis-à-vis de l'**effet placebo**, une attitude différente des autres disciplines médicales : l'**effet placebo**, c'est le nom donné à ce qui fait l'efficacité d'une procédure thérapeutique, quand on ne peut lui trouver des réponses biologiques ou chimiques. Typiquement, en biomédecine, ce terme est utilisé pour désigner des 'médicaments' qui n'en sont pas (des comprimés de sucre) mais qui vont malgré tout être efficaces. Habituellement perçu comme dévoilant une cause psycho-affective plus ou moins honteuse qui rajoute le mal à la maladie, et inscrivant la plainte dans la durée (typiquement : « il n'a pas vraiment mal ; il cherche juste à attirer l'attention »), le **placebo** est ici perçu comme un outil de soin : si telle ou telle procédure marche, autant essayer de comprendre ce qui marche (par exemple, s'agissant de l'administration du 'médicament' **placebo** : la présence, le fait d'être cru et pris au sérieux, la parole) et de l'utiliser pour aider le patient à aller mieux (temps de parole, rencontre avec les familles pour montrer qu'on croit la patiente) En cela, on peut dire que la médecine de la douleur va utiliser l'efficacité symbolique des procédures dans le soin : tout est bon à prendre, pourvu que cela marche.

Cela peut paraître simple tant c'est pragmatique ; mais cela ouvre aussi sur une complexité importante, et, pour le médecin comme pour les soignants, sur la nécessité d'un lâcher prise : utiliser ce qui marche, même si on ne peut pas l'expliquer par les outils de la science expérimentale, n'est en effet pas dans ses habitudes (officielles tout du moins), s'agissant en particulier de la parole (charlatanisme vient d'un terme italien qui signifie parler). Ce lâcher-prise que le médecin entreprend face à la douleur vient résonner, faire écho avec celui que le patient doit aussi consentir : lui aussi doit accepter de ne pas pouvoir tout maîtriser, tout expliquer, prendre ce qui fait du bien même s'il ne sait pas pourquoi, quitte à aller en sens inverse de ses valeurs (exemple Mme V qui va réduire son temps de travail). On retrouve ici le caractère symétrique des tâches à accomplir par le patient et les initiés. Faire plus de « *ce qui*

marche »- on l'a vu aussi à travers l'exercice d'auto-évaluation - impose souvent des choix de vie difficile, qui touchent aux valeurs et à l'identité.

Penser le placebo, ou l'efficacité symbolique des stratégies de la médecine de la douleur ne requiert pas nécessairement d'adhérer à la pensée magique : l'application, en pratique, de l'utilisation du **placebo** est, au départ, toute simple et pragmatique. Encore une fois, il s'agit simplement de donner à boire à celui qui a soif.

Si pensée magique il y a, elle ne se situe pas tant dans le contenu de cette stratégie thérapeutique que dans le système culturel qui fait que l'on va se l'autoriser, ou pas. Et la pensée magique, la croyance, apparaît autant, sinon plus, quand on ne se l'autorise pas, que quand on se l'autorise. Ne pas se l'autoriser, c'est croire, jusqu'à l'aveuglement, aux vertus de l'explication et de la preuve par le visible : c'est « la vérité qui se durcit jusqu'au mensonge », de Neruda. Se l'autoriser, c'est prioriser l'intérêt du patient, quitte à ne pas pouvoir se l'expliquer. La croyance la plus déraisonnable n'est pas forcément la seconde.

Si l'on poursuit cependant la seconde stratégie, l'utilisation de l'effet placebo met les professionnels, le médecin en particulier, face à des situations qu'ils sont bien mal armés pour aborder.

En effet, une fois que l'on admet l'efficacité du symbolique, et que l'on cherche à s'en servir comme d'un outil de soin, force est de constater que ses ressources sont inépuisables, et nécessitent de puiser dans la culture, l'histoire, la société, l'imaginaire, voire les valeurs, le transcendant, le numineux, le religieux. Les médecins et soignants en exercice sont bien mal préparés à utiliser de tels outils, et en difficulté s'agissant de conduire à leur sujet des études scientifiques qui permettent de les utiliser en toute rigueur, en protégeant le patient des dérives possibles.

S'agissant des femmes, les choix pragmatiques de « *ce qui marche* » vont souvent avoir trait à leur maison (accepter une femme de ménage), au regard des autres (accepter de demander de l'aide), à leur relation avec leur conjoint (apprendre à dire non et à demander), à la place qu'elles font à leur désir et à leur plaisir (apprendre à dire oui). Les représentations traditionnelles des rôles des hommes et des femmes sont bien souvent au cœur de ces choix difficiles. La prise en charge en médecine de la douleur va aussi, dans les faits, les conduire à apprendre de nouvelles valeurs, de nouvelles représentations.

Autre exemple : il est largement admis, au CETD, qu'il va être efficace pour le patient de sortir du registre de la faute, ou de la place de la victime ; comment accompagner ce

changement sans se positionner, sans sortir de sa neutralité ? Face à ce type de situation, bien souvent, le médecin de la douleur va utiliser la demande du patient pour opérer des recommandations d'apparence pragmatique du type : « avec ce que l'on sait actuellement de la douleur, il est clair que vous irez mieux si ... (vous faites tel ou tel choix de vie) ». Je ne remets pas en cause sa sincérité en parlant d'« utilisation », mais je constate seulement une fois de plus que toute éducation du corps est aussi une éducation morale, voire offre les outils d'une manipulation efficace des valeurs d'autrui, si l'on n'y prend garde.

J'ai vu bien des fois le médecin responsable de l'unité prendre ainsi position pour soutenir une démarche de reconnaissance médico-légale à partir de ce double point de vue pragmatique et moral. C'est un courage qui n'est pas largement partagé par la profession médicale, que d'assumer pleinement les enchevêtrements de la loi du médical et de la loi du judiciaire⁴¹⁴ pour que puisse s'y faire jour la réalité du patient, et le nécessaire soulagement de sa souffrance. Et c'est un courage à double tranchant : d'un formidable outil de prise en compte globale d'autrui, cela peut aisément se retourner en outil de pouvoir, à l'échelle individuelle ou l'échelle collective, à travers les aspects médico-légaux et politiques de la prise en charge de la douleur.

La pratique médicale recommandée, dans les travaux de D.B. Morris, par le Dr Frankl, ce « ministère médical », n'est pas celle à laquelle sont formés les médecins, et la société dans son ensemble a, vis-à-vis de ce type d'exercice, des attentes ambivalentes.

L'utilisation de l'efficacité symbolique des procédures, qui, en terme médical, peut être rangée sous le terme générique d'effet placebo, nous ramène donc à la culture de deux manières :

D'une part, s'autoriser ce type de stratégie impose en soi un premier *travail* symétrique patient/professionnel qui a trait à la pensée magique collective, c'est-à-dire existant aussi dans la biomédecine et dans la société en général : sont en question l'origine du mal, du malheur, leur interprétation. La médecine de la douleur va être confrontée à l'interprétation de l'origine du mal telle que la médecine, émanation de la société et de sa culture, l'identifie habituellement (cf les propos de Mme V concernant la **fibromyalgie** perçue comme « *dans la tête* »). Ces questions de l'utilisation de l'efficacité symbolique dans le soin, ou comme auxiliaire du soin, sont sans cesse amenées sur le devant de la scène, s'agissant en particulier des passages de 'corps' ou 'psyché' à l'entre-deux du mystère, évoqués plus haut.

⁴¹⁴ Smart C., *Feminism and the power of law*, op.cit

D'autre part, une fois que la stratégie est autorisée, intervient inévitablement la recherche active et commune d'une réponse à 'comment bien vivre avec le malheur', ce qui est aussi l'occasion, pour les patientes, d'un apprentissage : de nouvelles représentations, de nouvelles valeurs. Les passages de culpabilité à responsabilité, les représentations des rôles sociaux des femmes et des hommes, et les catégories du mal, de la maladie et du malheur, sont mises au *travail*. Ce *travail* fait une place inusitée à la violence perçue des pratiques gynécologiques et obstétricales, et aux événements de la vie des femmes et des mères, s'agissant en particulier du statut social et culturel de l'utérus, de l'embryon et du fœtus. Ici, nos patientes sont le plus souvent encouragées à se faire plaisir, orientées vers des « **activités de plaisir** », parmi lesquelles les activités créatives, en particulier la musique, le chant choral, ou la poésie, trouve une place toute particulière.

Une fois cette orientation stratégique prise, donc, c'est l'ensemble de la **prise en charge** qui subit des modifications pour faire place à cette efficacité symbolique, et en tirer le maximum de bénéfice pour les patients. Ces changements sont perçus, dans toute leur portée symbolique - on parle de « *mystère* », de « *médecine créative* » ; j'ai entendu un médecin s'interroger sur le rapprochement entre ses pratiques et le chamanisme (ce n'est pas un hasard sans doute si l'anthropologue B. Helle, auteur des *Maîtres du désordre*, ouvrage qui traite du chamanisme, était invité en 2004 au congrès national de la SFETD sur le thème douleur et mémoire.) Ce qui n'est pas 'su', en revanche, c'est le lien entre les organisations pratiques et ce mystère, lien qui passe par le rite.

Rite

Si c'est l'efficacité symbolique d'une procédure qui permet le passage d'un état physique et spirituel, autant que culturel et social, à un autre ; si cette efficacité s'inscrit aussi dans des pratiques visant directement le corps, mais indirectement la psyché —et donc la représentation contemporaine, occidentale, de notre être immatériel ; s'il y est question d'un passage, d'une révision des valeurs morales, d'un apprentissage de la responsabilité, de la mise en scène, aussi, d'un adoubement à un « *mystère* » commun, que cette révision est en lien avec des questionnements existentiels plongeant dans les ressources imaginaires collectives, sociales, culturelles, voir numineuses ; si ces procédures revêtent un caractère systématique, se répétant dans des circonstances précises, avec une séquence précise, un rythme précis, et se situe dans une forme de « hors-temps » ; si elles concernent une population précise, dont l'intégralité est

soumise aux mêmes pratiques - ici les femmes douloureuses chroniques ; alors on est fondé à parler, du point de vue anthropologique, de rite.

Le rite a une fonction d'ordre. Par comparaison avec la biomédecine traditionnelle, il se crée ici effectivement, inscrit dans la chair et le rythme du corps, un ordre nouveau : de nouvelles catégories du mal, du sacré et du malheur, de nouvelles histoires concernant l'origine du mal, la volonté aussi de porter ensemble, tels les chamans des *Maîtres du désordre*, la reconstruction narrative nécessaire au sortir de la souffrance, dans ses différentes dimensions. Dans ses récits, aussi, à l'instar de ce qui se passe lors des rites initiatiques⁴¹⁵ qui marquent le passage à l'âge adulte, il y a la volonté de responsabiliser la patiente, de lui communiquer les valeurs propres à un groupe...mais un groupe qui ici a la particularité de ne pas constituer l'ensemble du tissu social où se déroule le rite, mais une 'sous-culture' ayant sur toutes ces questions un imaginaire, des représentations et des valeurs qui lui sont propres. Le rite, développé par suite de la décision d'utiliser l'efficacité symbolique comme outil de soin, apparaît en lui-même comme un changement par rapport à ce qui se fait ailleurs, ce qui se faisait avant.

En même temps, dans le processus même de son invention, ce rite se construit en opposition à une autre croyance— celles qui affirme que le placebo ne dit rien de 'la vérité'; croyance non moins absolue, non moins totale, qui révèle que la pensée de la médecine en général, dans notre société et notre culture, n'est pas exempte de croyances ; que le choix de telle ou telle pratique s'inscrit dans cette structure globale. Or ce rite se construit aussi en opposition à d'autres pratiques - perçues, en négatif, comme symboliquement contre-productives.

Si la narration revêt, au CETD, tellement d'importance et d'efficacité symbolique, c'est qu'elle accepte de faire face à la dimension mythologique des enjeux concernant l'origine du mal, et elle rencontre face à la biomédecine, à ce sujet, des croyances et des pratiques dont le solide ancrage dans un noyau de silence, qui est aussi un noyau de sens, nourrit la résistance de cette dernière aux arguments pragmatiques, scientifiques, autant que philanthropiques. Cela ne peut qu'intriguer.

La question se pose dès lors de savoir ce qui, dans les pratiques biomédicales extérieures à la médecine de la douleur est aussi de l'ordre du rite, et du mythe collectif, même sous forme dégradée - faute d'être explicité et utilisé. Mais tout porte à croire alors qu'il s'agirait de rites et de mythes ayant, pour ces patientes, un **effet nocebo**, le contraire du placebo. C'est ce

⁴¹⁵ Eliade M., *Initiation, Rites, Sociétés secrètes*, collection « Folio essais », Gallimard, Paris, 1959.

que nous verrons en abordant, principalement avec J. Pigeaud, « la culture dans laquelle elle se situe », et plus loin, s'agissant spécifiquement de l'hystérique.

Si l'on se réfère à la séquence des rites de passage décrits par A. Van Gennep, on peut dire, s'agissant de la prise en charge au CETD, que la première consultation constitue l'étape préliminaire, du rite, le tissage des paroles plurielles son étape liminaire, et l'impératif d'un narratif positif la condition d'une réintégration réussie. À chaque moment une légitimité et un pouvoir nouveaux y sont reconnus, et attribués aux femmes. Les modalités du passage de l'oral à un écrit qui tente de respecter les continuités, y compris paradoxales, du récit ; la valorisation des éléments de stratégie thérapeutique qui renvoient, traditionnellement, au féminin : professions traditionnellement féminines ; les catégories du mal qui répondent à des expériences féminines, et maternelles, en sont autant d'exemples.

La médecine de la douleur s'invente comme anthropologie, comme sociologie, comme philosophie, comme culture.

J'aurais pu commencer cette partie consacrée à « la culture qu'elle est » par une discussion des concepts anthropologique que sont les « rites », le « sacré », ou encore l'« efficacité symbolique », discussion qui aurait abouti à définir le sens que j'allais donner à ces termes dans ce travail. J'aurais ainsi pu, d'emblée, présenter les faits à travers une grille de lecture relevant, non seulement de l'anthropologie, mais aussi d'une certaine anthropologie - car tous les anthropologues ne s'accordent pas, loin s'en faut, sur les réalités que recouvrent ces termes.

Mais appliquer cette grille de lecture à la biomédecine pose en effet tant de problèmes épistémologiques aux champs du savoir et soulève - j'ai eu plus d'une fois l'occasion de m'en rendre compte - de telles passions, que j'ai préféré montrer d'abord les faits : comment fonctionne la médecine de la douleur. Elle *travaille* la matière de la personne - communément appelée le corps - plus particulièrement son mouvement, son temps, son rythme ; ce *travail* est intimement tissé par la parole. Celle-ci traduit ce *travail* en un récit, qui est connu pour être le garant de l'efficacité globale des procédures. Il est connu, admis, que cette efficacité est à la fois, et inséparablement, technique et symbolique.

Le noyau de sens de l'organisation et de son exégèse est constitué par une lutte, qui réveille le mythe dormant, entre des herméneutiques conflictuelles ayant trait aux origines du mal, et,

par là, au visible et à l'invisible, au corps, et à l'âme. Ces luttes sont mises en scène, narrées, retranscrites sur les supports officiels du savoir, du pouvoir, sans que leur noyau de sens ne soit dévoilé en tant que tel, c'est-à-dire en tant que mythe. Cette retranscription même, ce passage à l'écrit, est une des conditions connues -sinon sues, comprises - sinon expliquées, de l'efficacité symbolique du récit.

J'ai souhaité montrer tout cela d'abord, avant d'aborder la discussion théorique sur les concepts anthropologiques, que je vais aborder maintenant, avec la culture dans laquelle se situe la médecine de la douleur. En effet, le fait même qu'il n'aille pas de soi de confondre, en Occident, anthropologie des religions, du corps, et de la santé, comme on l'a fait tant que l'anthropologue ne s'intéressait qu'aux cultures traditionnelles, fait partie de cette 'culture dans laquelle elle est'.

Cette culture dans laquelle se situe la médecine de la douleur, c'est aussi celle dans laquelle se situe l'ensemble de la biomédecine, au sens large. C'est pourtant ce que semble récuser la médecine de la douleur, en définissant pour elle-même et ses acteurs une « **culture commune** » à laquelle il faut s'employer à convertir les autres. Elle constitue en fait une sous-culture, marginale encore, dans une culture commune plus large, dont elle apparaît tantôt comme l'aboutissement le plus raffiné, le plus humaniste aussi, le plus scientifique et le plus logique - quitte à la conduire à faire face à ses apories- tantôt comme une rebelle, une rivale, un ennemi.

En fait, elle est un peu à la médecine ce que Morel, défendant les éléphants - si besoin contre l'homme, mais au nom d'une certaine idée de l'homme - est à la société française des colonies d'A.E.F. dans *Les Racines du ciel*, de Romain Gary. Comme lui, elle défend en effet le soulagement des patients - si besoin contre la médecine elle-même, mais au nom d'une certaine idée de la médecine. Comme lui, à travers une idée somme toute simple, évidente, qui est aussi un intarissable étonnement - ici soulager la douleur, là-bas sauvegarder les éléphants - elle va susciter, à son corps défendant, mais sans faillir, des controverses d'une imprévisible violence. Chacun va en effet projeter, sur cette simplicité toute nue, de profondes et parfois terrifiantes incertitudes : celles que recèlent les organisations humaines des rapports entre nature et loi - ici les désordres qui affectent les corps et les organisations qui y répondent, là bas l'existence des éléphants et les organisations des sociétés humaines à leur égard - organisations auxquelles l'être humain œuvre, qu'il le veuille ou non, sans répit, pour déterminer sa propre place dans le monde vivant, c'est-à-dire une forme d'appartenance qui est la condition indispensable de son autonomie, de la survie durable de l'espèce. Comment les femmes et leur utérus (cf l'étymologie d'hystérie), source du sang, origine de la vie, la

première, la plus immédiate et la plus sensible manifestation de la nature dans l'expérience humaine, ne seraient-elles pas concernées au premier chef par ces puissantes controverses, et à leur tour pages blanches pour d'infinies projections ?

*

Toute médecine est une philosophie, dit Anne Fagaud-Largeaud. C'est à la fois une métaphysique, puisqu'elle postule l'existence du mal ; une éthique, puisqu'elle se donne pour mission de le combattre ; une épistémologie, puisqu'elle décide de réfléchir au moyen d'être rigoureuse et exacte, c'est-à-dire, depuis le début du XX^{ème} siècle, de s'appuyer sur les sciences du visible, sur le vrai rapporté à l'invariant, au reproductible, au plus général possible.

Toute médecine, qui doit transposer cette philosophie en action, action fondée sur une philanthropie, comporte une part inévitable d'idéologie et de croyance. Ceci sera d'autant plus vrai que son exercice comportera une plus grande part de psychothérapie.

C'est pour cette raison que pendant des siècles, la médecine et la philosophie, la médecine et la religion, ont œuvré de concert - non sans controverses et rivalités, tout en essayant de départager ce qui relevait de leurs territoires respectifs.

Dans l'histoire commune de ces divisions, il y eut plusieurs grandes étapes : d'abord, la volonté de tenir la médecine à distance des croyances, dont la médecine grecque a eu l'initiative; puis, la séparation entre médecine et philosophie, qui se situe quelque part entre la fin de la période hippocratique et le début de la médecine romaine : Les débats médico-philosophiques hippocratiques et post-hippocratiques ont conduit à cette répartition, établie au premier siècle aC. Ensuite, l'élision, résultant des processus de traduction entre le grec et le latin, de ce que la médecine hippocratique recelait de poésie - le recours aux « métaphores en actes » (J. Pigeaud) - et d'historicité - au sens de la prise en compte du mystère du temps. Cette élision aboutit à la réification des concepts de maladie ; les symptômes se trouvent regroupés en syndromes, subsumés sous un diagnostic, celui des maladies des lieux affectés. La vérité selon la médecine se trouve ainsi rapportée à l'espace, plutôt qu'au temps, espace du corps ainsi séparé de l'âme, et domaine de la médecine. L'établissement de la religion chrétienne voit le début d'une longue histoire, qui durera environ quinze siècles, de relative indifférenciation entre médecins et clercs, sur laquelle nous reviendrons plus en détail. Cette période prend fin avec l'avènement progressif de la pensée scientifique, à partir du XVIII^{ème} siècle. La médecine, soucieuse de déterminer les limites de son exercice, s'attelle alors à

plusieurs chantiers : se séparer de l'Église, ce à quoi l'esprit de l'époque va grandement l'aider ; se séparer, plus largement, de la croyance, ce qui se fait en érudant le monde de la sorcellerie, en déterminant ce qui relève du charlatanisme, c'est-à-dire très largement les soignantes et guérisseuses des campagnes, premier recours des populations alors majoritairement rurales. A cette même période, les médecins montrent un regain d'intérêt pour les textes des médecins anciens, et s'intéressent de nouveau aux rapports du corps, et de l'âme. J. Pigeaud a montré comment Pinel, en fondant la psychiatrie, a résorbé du même coup les passions de l'âme dans le champ médical.

Mais les évolutions ultérieures vont venir donner à ce mouvement un tour qui n'était peut-être pas prévu : à partir de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, le développement grandissant des sciences et techniques auxiliaires de la médecine va, quelque part, conduire à l'oubli du contrat de départ : la médecine se concentre sur le corps, et oublie la philosophie. La croisée des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, voit consacrer les techniques qui permettent de 'voir le corps', ses manifestations, son intérieur, évolution qui ira en se développant dans tout le courant du XX^{ème} siècle, jusqu'à l'époque actuelle.

La réaction sociale, culturelle, qui se produit contre cet oubli de la philosophie est à chercher du côté de la psychologie, et d'abord de la psychanalyse, qui va récupérer le domaine de l'âme, d'abord à travers l'hystérie. Les débats entre Charcot et Freud à son sujet marquent le début d'une nouvelle ère dans cette histoire commune de divisions, entre savants du corps et savants de l'âme. La psychanalyse se réserve l'invisible de l'humain, dans d'incessantes chamailleries avec la médecine s'agissant de déterminer les origines des maux, et surtout le sens, les moyens, et le pouvoir de guérir.

Qu'advient-il alors du 'soigner' ? Depuis des temps immémoriaux, et en dépit de plusieurs tentatives, les soignantes ont été des femmes, et des religieuses, quasi exclusivement, et jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. Pendant des siècles, pour ce qui est des institutions médicales, ce sont elles qui prirent soin de l'âme : c'était la tâche des religieuses oeuvrant dans des institutions hospitalières. Cette même croisée des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles a vu leur profession se laïciser, sous l'égide en particulier de la Croix Rouge, d'Henri Dunant et de son concept de « neutralité sacrée ».

Le paradoxe de cette situation, de cette division radicale, c'est que la médecine, en se séparant aussi nettement des discours sur l'âme, dit inévitablement à la société humaine qu'est la France de l'époque, quelque chose sur l'âme, sur les rapports entre l'âme et le corps, l'âme et la personne, l'âme et les désordres : elle s'affirme encore plus comme philosophie, et en

particulier comme métaphysique, mais cette fois-ci à son corps (des médecins) défendant, et « dans le silence des organes ».

En quoi cela concerne-t-il la douleur, et l'hystérique ?

Cela concerne la douleur parce qu'invisible, immatérielle, non prévisible, subjective par essence, variable d'une personne à l'autre et d'un moment à l'autre, elle résiste à l'approche scientifique. Parce que la douleur, plus que tout objet de la médecine va susciter le doute : c'est de croyance, de vérité et de mensonge dont il va être question, autant que des rapports du 'corps' et de *la tête*, du visible et de l'invisible. Dès lors, tout professionnel qui s'intéresse à la douleur va inévitablement, au minimum dans son fort intérieur, se heurter à ce paradoxe médical, ce non-dit qui fonde en sens comme en stratégie la biomédecine du visible au début du XX^{ème} siècle.

Parce que la réponse sociale, et donc médicale, soignante (la médecine est une émanation de la société et, comme dit F. Laplantine, les professionnels « se recrutent dans le civil ») à la douleur, est particulièrement susceptible d'être porteuse d'une idéologie : toute éducation du corps, disait déjà Platon, est une éducation morale. Du point de vue du bénéfice du patient, de l'éthique, la plainte douloureuse est donc la grande perdante de l'oubli de la philosophie dans l'invention de Pinel.

Parce que la plainte douloureuse adressée aux professionnels, chronique ou problématique, est beaucoup plus souvent le fait des femmes que des hommes, et que c'est précisément à ce qualificatif d'hystérie que l'on va alors recourir, depuis le début du XX^{ème} siècle : cette hystérie qui dès le début de cette période, incarnait si bien le paradoxe fondateur que nous avons évoqué, ainsi qu'un autre : l'inépuisable fascination pour la vue que constitue l'échec du voir, s'agissant tout du moins de l'origine du mal, chez la femme.

Parce que la culture qu'est la médecine de la douleur est une culture de la narration efficace, dotée d'organisations qui s'adressent autant au visible qu'à l'invisible, au symbolique qu'au technique, au soin qu'à la guérison. La médecine de la douleur propose inévitablement de revisiter le paradoxe fondateur de la biomédecine du XX^{ème} siècle, mais aussi, et surtout le mythe dont ce paradoxe n'est qu'une variante narrative, chronologiquement seconde : le fameux mythe fondateur posé par Pinel et explicité par J. Pigeaud.

La médecine de la douleur propose de considérer qu'il y a maladie, même sans « lieu affecté ».

Il s'agit de renoncer à une épistémologie de la cause unique, et donc à tout pouvoir dans les luttes de primauté ontologique entre champs du savoir.

Il s'agit de privilégier la compréhension sur l'explication, le savoir-savoir sur le savoir-pouvoir.

A travers les théories du **gate control**, il apparaît qu'une bonne partie de ce qui contrôle la douleur est invisible, voir incontrôlable. Cette maladie est cependant digne d'intérêt pour le médecin, même s'il ne peut pas trouver à y mettre en œuvre son pouvoir de guérir ; on va donc s'intéresser au 'soigner' ; on va s'intéresser aux femmes, professionnelles, et patientes, à leur vécu subjectif, à leurs réalités invisibles.

Il s'agit de faire avec le temps, et aussi de s'en remettre à celui qui, en France, plus qu'ailleurs encore en Occident, est considéré comme le plus faible d'entre les faibles guides des certitudes savantes du domaine médical : l'imaginaire.

Comment va-t-elle se donner les moyens de ce tour de force ?

Tout d'abord, je rappelle que ce travail n'est pas représentatif de l'ensemble des pratiques, mais plutôt des significations que l'on peut trouver à la tentative de mise en œuvre d'un certain idéal de pratique. Ce tour de force n'est pas toujours réussi. Cela arrive, cependant.

Ce tour de force s'appuie donc sur la **pluridisciplinarité**, « dogme » difficile à expliquer, mais simple à comprendre. C'est une organisation : elle « rend la vie possible » dans des circonstances bien particulières qui constituent à divers titres une menace pour les professionnels, autant qu'un désordre pour la société. Les études anthropologiques ont montré que la douleur est toujours perçue comme une violence subie émanant de l'extérieur⁴¹⁶. Chargée de cette violence, la plainte tend à être perçue par le professionnel comme une accusation. Elle suscite chez eux un sentiment de culpabilité, et des mécanismes de défense, parmi lesquelles les projections, les clivages, qui aboutissent aux conflits. La **pluridisciplinarité**, c'est la solution qui a été trouvée pour ne pas se laisser contaminer par le conflit et la violence qui traverse le patient, ou la patiente, le plus souvent à son corps défendant ; pour se responsabiliser, collectivement, en tant que professionnels, et faire appel aussi à la société (la famille, la loi, le milieu professionnel...) pour faire face à cette violence, ensemble, et en libérer le patient ou la patiente. Cela implique de se décaler de l'accusation contenue, et de ne pas la projeter sur ses collègues ; de tenter, aussi, de ne pas la projeter sur

⁴¹⁶ Houseman M., « Une perspective anthropologique sur la douleur chronique », *Douleur*, vol. 5, n°2, 2004, pp. 105-107.

la société dans son ensemble, et le reste de la biomédecine ; ce n'est pas le plus simple. Pour se décaler de l'accusation, il suffit de s'intéresser, pas tant à la plainte, qu'à la demande du patient, le plus souvent une patiente.

La médecine de la douleur s'invente comme philosophie ; c'est un événement en soi. C'est une philosophie qui a trait à la souffrance, au temps, à la violence, aux rapports du corps et de l'âme, aux femmes, qui réconcilie philanthropies médicale et infirmière, une « médecine philosophique » nouvelle qui accepte explicitement de rentrer avec les patientes dans un échange de nature symbolique, ainsi que de faire face à la puissance des mythes.

C.LA CULTURE DANS

LAQUELLE ELLE EST : la

fabrique des médecins.

J'ai utilisé, à plusieurs reprises dans ce chapitre, les termes de « rites », de « sacré », de « représentation », ou encore d' « efficacité symbolique ». Je me suis imaginée, à chaque fois, la levée collective des sourcils anthropologiques, devant des termes qui font en eux-mêmes polémique. Par exemple, d'aucuns considèrent que le terme de rite ne peut s'appliquer qu'à des organisations qui se définissent elles-mêmes, explicitement, comme ayant une fonction religieuse ; on voit bien que ce n'est pas le cas ici : cela ne peut pas l'être, dans la société française, où la laïcité a tant de prégnance. La santé, en tant qu'institution émanant de l'État français, ne peut pas être mêlée de religion.

Les anthropologues s'accorderont en revanche pour reconnaître que l'exégèse rituelle ne s'adresse pas à la raison : elle accompagne le rite, le met en sens, si l'on veut, mais du point de vue mythologique. Elle narre, elle raconte. Le noyau du rite, ce qui le fonde, si l'on veut, en raison, reste, pour l'essentiel, non dit. C'est d'ailleurs une des fonctions du rite que d'ancrer dans le corps, de faire comprendre plutôt que d'expliquer, ce qui 'est comme ça, et pas autrement', pour le groupe, et de marquer aussi les territoires du tabou, dont ce non-dit fait partie.

Or, mes observations sur le travail des rapports du corps et de l'âme, ainsi que les analyses qui vont suivre, tendent à montrer que la séparation entre médecine et religion fait partie, en biomédecine, de ce noyau de non-dit. Effectuer cette séparation fait partie du déroulement du rite, et de sa fonction, c'est-à-dire des valeurs du groupe que l'on cherche à 'faire comprendre'. Par conséquent, si nous la trouvons dans le discours qui accompagne l'évolution historique de la médecine, nous la chercherions vainement dans les justifications officielles des organisations concernées. Aucun médecin ne dira : « Je désigne cette patiente comme hystérique parce que son expérience a trait au mystère, que la seule manière de l'extraire de la solitude et de faire un sens collectif de sa souffrance est d'entrer sur ce terrain, et de produire un narratif qui a trait aux rapports du corps et de l'âme et à la transcendance; or, il est interdit de parler de ça ici, surtout s'agissant des femmes qui n'ont accès à la transcendance que pour taquiner le malin, tout le monde sait ça, donc, pour marquer que c'est interdit, et protéger les organisations du groupe, il est essentiel que je l'exclue, publiquement ». Si il y a rite, et par lui référence au religieux - même pour l'exclure - jamais il ne sera, en France, nommé comme tel.

Partant de cette hypothèse, de deux choses l'une : soit l'on y adhère, et il n'y a pas de débat ; soit l'on n'y adhère pas, et il serait vain de tenter de le démontrer. Il y a là matière à de vastes et interminables discussions. C'est, dans une certaine mesure, un dialogue aporétique.

J'ai donc pris, pour éviter des justifications interminables autant qu'inutiles, la posture suivante :

D'une part, j'ai souhaité dès le début livrer d'abord les faits, afin que la décision d'adhérer, ou pas, ne soit pas pur principe, et dogme en soi, mais qu'elle ait le loisir de s'appuyer sur des faits.

Ce choix se traduira aussi par un nouveau détour biographique qui a pour but de montrer comment les concepts anthropologiques ont pris du sens à partir de l'intérieur d'une position médicale.

D'autre part, je vais décrire, sans trop de discussion, et en m'appuyant sur des travaux anthropologiques, ce que j'entends, dans ce texte, par « rite », et par « sacré », par « folklore » et par « fonction ».

Ensuite, je décrirai ce que l'anthropologie peut avoir à dire des rapports que notre biomédecine entretient avec le religieux, s'agissant en particulier de la douleur.

Il sera alors possible d'aborder la fabrique des médecins du point de vue de l'imaginaire culturel et du mythe, en particulier avec J. Pigeaud.

En filigrane, tout au long de ce travail, je tenterai tout de même d'écrire ma participation au dialogue aporétique. Cela ne pourra jamais qu'avoir valeur d'opinion, et, je le souhaite, de narration : pas de vérité scientifique. Mais c'est inévitable : « la culture dans la quelle est la médecine de la douleur », est aussi une culture de la rivalité des discours savants, des primautés ontologiques. Dans le cas qui nous préoccupe, une revue de la littérature est aussi une étude de terrain.

D'autre part, ce dialogue ne constitue pas, me semble-t-il, un luxe inutile : s'agissant de médecine en particulier, il est sain de se rappeler que certaines questions restent, et doivent rester, ouvertes, si l'on souhaite demeurer du côté de la vie, et ne pas céder à la tentation des certitudes que ne peut procurer que la mort. Sans quoi, comme le dit si bien Romain Gary, c'est « l'humain lui-même qui deviendrait un luxe inutile »⁴¹⁷.

*

L'objet de cette partie est de considérer la médecine (en France) comme un élément de la culture (française) et non comme si elle se situait dans une sorte de neutralité, hors la culture.

Il s'agit donc de montrer ce qui, dans la médecine, est de la culture. C'est-à-dire, pour reprendre la découpe de A. Van Gennep⁴¹⁸, ce qui n'est pas pure technique, mais aussi symbolique : un imaginaire, un langage, un système de représentation.

Faire ainsi la lumière sur une vaste zone d'ombre de la pratique médicale ne s'est à aucun moment inscrit dans une volonté polémique. Il est apparu que c'était nécessaire pour comprendre. Mais il a fallu lutter. Quoi que cela puisse dire d'une intention polémique inconsciente de ma part - et je ne doute pas qu'il s'en trouvera pour juger que c'est le cas - je souhaite que cette interprétation ne soit pas l'arbre qui cache la forêt, et que l'on

⁴¹⁷ Gary R., *Les Racines du ciel*, (préface à l'édition de 1956), Gallimard, Paris, 1956.

⁴¹⁸ Van Gennep A., *Rites de passage*, *op.cit.*

s'intéresse au sens des résistances rencontrées plus qu'à mes éventuelles intentions ou à ma psychologie.

Les résistances rencontrées au cours de ce travail, et ce, dans différents champs du savoir, et plus encore en sciences 'humaines' qu'en médecine, sont devenues un des éléments de ma réflexion, un élément de mon terrain d'observation.

Il ne s'agit pas pour autant d'intégrer ces résistances de manière à fournir à mon tour une explication totalisante : les analyses que je propose ne prétendent pas recouvrir l'intégralité du sens de ce qui se joue, et cherchent moins à expliquer qu'à narrer. Tout au plus est-ce un complément. Les explications psychologiques rendant compte des raisons qui font que ces femmes viennent interroger la médecine de la sorte n'en sont pas moins utiles.

Il ne s'agit pas non plus ici de contester ce que la science du visible apporte à la médecine, mais de faire parler, ou plutôt, écrire, le reste de la pratique médicale.

C'est dans le domaine médical dans son ensemble, et non dans le seul domaine scientifique et technique que j'ai souhaité observer la désignation de l'hystérique.

Les soignants et médecins tendent à se comporter comme si la psychologie médicale détenait le monopole du sens, s'agissant d'éclairer et de comprendre leurs pratiques. Ils acceptent, à la rigueur, une contribution supplémentaire des sciences sociales. De mon côté, j'ai voulu redonner la parole à la médecine elle-même sur ce sujet : non pas en la conduisant à orienter le sens de ses pratiques vers un 'bien', comme le voudrait l'éthique, mais seulement à mettre en lumière ce qu'elle 'dit', en l'état, à l'heure actuelle, et sans oser l'écrire, pour chercher à en comprendre les raisons et les conséquences.

*

De tous les auteurs que j'ai pu consulter pendant cette recherche, deux seulement, à ma connaissance, se sont intéressés à la fabrique des médecins avec le regard bienveillant qui me paraît seoir à la situation : J. Pigeaud et J.-J. Kress. L'exercice médical est un exercice difficile, angoissant à bien des égards ; les missions et responsabilités confiées, par la société, à la médecine, sont lourdes, et les attentes qui pèsent sur elle croissent au fur et à mesure que les moyens techniques à sa disposition se multiplient ; il convient donc de cesser un temps d'aiguiser son sens critique pour adopter un point de vue compréhensif.

Les organisations qui lui permettent, pour le meilleur ou pour le pire, de faire face aux multiples défis auxquels elle doit faire face - parmi lesquels la lutte contre le mourir est le plus central - sont des organisations nécessaires, vitales, pour chacun. Elles permettent la mise en place d'un certain équilibre, qui 'fonctionne'. Il a ses défauts, mais je suis intimement convaincue que ces défauts ne peuvent être abordés, et éventuellement critiqués, qu'à partir de ce point de vue compréhensif, et narratif.

J'en suis d'autant plus convaincue que cet équilibre n'est pas seulement celui du système médical considéré isolément, mais du système médical considéré au sein de la culture, c'est-à-dire comme la production de la culture dans son ensemble. Comprendre ce qui conduit les médecins à s'organiser de la sorte, c'est aussi comprendre ce qui conduit les patients, et la société dans son ensemble, à les encourager dans ce sens : c'est comprendre aussi les injonctions du social, l'ensemble du système. J'ai donc tenté, pour ma part, d'accorder la même bienveillance aux résistances rencontrées dans les divers champs du savoir, qui sont elles-mêmes des manifestations de ce système global.

Après tout, la médecine est là, avant toute chose, pour nous protéger, nous et nos proches, du mourir, prévoir l'avenir pour en reculer l'échéance, et diminuer la souffrance que cette perspective engendre. Il est bien compréhensible que chacun préfère croire qu'elle détient la vérité, ou, à défaut, tente d'établir un système qui rivalise de certitude avec le sien. Ce travail, qui s'est, par nécessité, intéressé à ses organisations implicites de l'incertain et de l'incontrôlable, ne peut que parler de choses qui angoissent tout un chacun, et qui, parce qu'elles angoissent, fâchent. Elles fâchent davantage encore ceux qui, contrairement aux médecins, ne le savent pas déjà. Car les médecins le savent. Mais ils ne l'écrivent pas.

*

J.-J. Kress évoque l'angoisse que le médecin en formation va rencontrer devant la souffrance, et la place que le savoir va prendre dans le contrôle et la mise à distance de cette angoisse : « c'est avec (la conception du corps issue du savoir scolaire), conception mécanique du corps seul capable de produire la douleur et la souffrance, que sont abordées les études de médecine. (...) Lors de la formation médicale se produit une extraordinaire intensification de cette image mécanisée du corps. Le désir de savoir est comblé au-delà de toute attente et même (...) largement débordé. Ce savoir dépassera bientôt les moyens de son assimilation, et l'étudiant retrouvera la crainte d'ignorer et la culpabilité de ne pas savoir assez, qu'il éprouvait durant son parcours scolaire. Mais en

médecine, le rapport au savoir est particulier et c'est précisément la souffrance qui détermine cette particularité, car le manque de savoir comporte un risque de souffrance pour le malade.

(...) L'étudiant (est) soumis à un extraordinaire bombardement par ce savoir, chargé d'une valeur morale spécifique à la médecine (...) Placé devant l'obligation d'assimiler le savoir, entre l'espoir de participer à sa production et l'attente de collaborer à son application (...), l'étudiant conforte une représentation massivement mécaniste du corps humain, basée sur l'anatomie et la physiologie et qui culmine dans la chimie biologique. De cette représentation, la douleur n'est pas absente, elle est intégrée au savoir de la pathologie, comme un signe parmi d'autres, que rien ne distingue. Elle est entièrement corporalisée dans un corps mécanisé.

Le futur médecin est maintenant en contact avec le malade, et par l'exercice de la pratique, le savoir s'incarne selon un processus de vérification, source de l'étonnant plaisir de constater que ce qui n'existait jusqu'à présent que dans les livres se retrouve bel et bien dans la réalité. Il peut arriver que cette satisfaction occulte, parfois durablement au cours de l'exercice médical, ce que donne à entendre la plainte, mode privilégié d'expression de la douleur comme de la souffrance (...)

Pourtant la perception de la souffrance ne se laisse pas oublier (...), car n'est-ce pas elle qui détermine fondamentalement l'ensemble de nos actions en médecine ?

La douleur psychique est désarrimage, déliaison, désorganisation par rapport au système des représentations : voici ce qui rend compte de la difficulté même à pénétrer dans le processus de souffrance et à le comprendre. Voici aussi ce qui rend compte de la nécessité, pour la percevoir au plan clinique, de faire taire, l'espace d'un instant (...), le déroulement des représentations liées au savoir, à la connaissance, à la technique des soins.»⁴¹⁹

Toujours selon J.-J. Kress, qui s'exprime ici dans le champ de la psychologie et de l'éthique médicale : « la plainte est partout, elle inaugure la relation médecin-malade, comme elle l'accompagne et la met parfois en échec, elle peut constituer un syndrome à elle seule ; elle déborde la médecine, s'étend vers le judiciaire où elle change de forme, mais elle constitue aussi une attitude banale, dans la vie courante. (...)

⁴¹⁹ Kress J.J., « Le psychiatre devant la souffrance », *op.cit.*

Les effets de la plainte sur celui à qui elle s'adresse consistent (...) à susciter le trouble et le malaise, mais au-delà à déclencher l'efficacité d'une conduite, d'une tendance à agir en sorte de faire cesser la plainte par l'action sur son objet (...) (Toute l'activité médicale) est fondée quant à son origine sur la plainte du malade et son immense développement appartient à cette capacité de la plainte de déterminer des actes.

Mais les médecins savent bien, et encore plus les psychiatres, qu'il est des plaintes auxquelles ne peut correspondre aucune action, ni même aucune attitude qui puisse soulager. Quels sont les effets de ces plaintes-là ? Que se passe-t-il lorsque nous sommes appelés seulement à entendre la plainte en sa répétition monotone sans réponse adéquate possible ? Car ces plaintes possèdent la propriété singulière de se répéter, d'insister à la mesure même de l'absence d'acte et de réponse instrumentale, et aussi la propriété de s'adresser tout particulièrement au médecin. Dans cette situation, nous sommes en position de témoin (...)

Je propose d'appeler l'efficace de la plainte ce qui, face à la plainte, porte vers des questions radicales, place le sujet en regard des raisons même de son existence. Le patient en vient parfois à formuler lui-même ces questions : « pourquoi moi ? » (...) Elle est plus radicale (que les tentatives, comme la référence à la culpabilité) et concerne le destin même du sujet, la cohésion de son existence, son rapport à l'ordre du monde.

La plainte apparaît comme une disposition humaine fondamentale, prenant son origine en deçà de tous les motifs dont elle paraît faire l'objet, elle vient de la cassure originale, qui caractérise l'humain et dont bien des religions rendent compte, au même titre que les théorisations psychanalytiques notamment (...) Et c'est parce que les réflexions se portent vers ces zones où pointe la métaphysique que j'ai proposé pour les effets de la plainte le terme « efficace » (emprunté à) la théologie.

L'effet de la plainte amène à en appeler à l'ordre du monde, appel qui est destiné à rester sans réponse qui soit du domaine de l'intelligible. C'est de cet appel qu'est témoin celui qui est placé face à la plainte. (...) (Le médecin) est abandonné par la médecine face à ces situations. (...) sommes-nous en mesure de réfléchir à cette situation de témoin ? A sa fonction ? A ses rapports avec les choix personnels en matière religieuse qui sont toujours soigneusement séparés de notre activité thérapeutique ? »⁴²⁰

⁴²⁰ Kress J.-J., « L'efficacité de la plainte », in *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3, 1989, pp. 305-307.

Le rapport des médecins à la souffrance, au savoir, et plus précisément à un savoir tout particulier sur le corps 'de la science' rencontre face à « l'hystérie de conversion » un écueil qui concerne ce travail au premier chef : toujours selon JJ Kress, la conversion vient faire écho à « cette rencontre inaugurale de la formation médicale qu'est l'anatomie »⁴²¹

Je ferai ici un aparté : si l'hystérique envisagée par ce travail n'est pas l'hystérique de la psychanalyse, elle en procède par élargissement, et débordement, à toute femme dont la plainte persistante face aux tentatives thérapeutiques mises en échec, et dont le 'refus' obstiné de son corps à livrer l' 'image' d'une lésion suffisamment explicative, conduit peu ou prou à une fantasmagorie et à une réaction voisine du corps médical. Par conséquent, ce que dit J.-J. Kress nous paraît pouvoir tout à fait s'étendre à l'hystérique de ce travail.

Le problème que pose en effet l'hystérique évoquée par J.-J. Kress est celui d'un « symptôme qui se déploie dans le corps pour trouver sa raison ailleurs, un 'ailleurs' qui pose en lui-même des problèmes ardues à l'étudiant. » Les problèmes posés par cet « ailleurs » sont pour lui la séquelle inconsciente de la rencontre avec le savoir anatomique. La description mécanisée de notre réalité corporelle produit toujours un « sentiment d'étrangeté », qui se trouve énormément amplifié par l'étude de l'anatomie ; à la fois parce que l'anatomie est « promesse d'un savoir sur soi », mais promesse toujours insatisfaite qui donne lieu à une « quête sans fin », de l'anatomie à la physiologie, puis à l'histologie... Également, parce que « l'anatomie exige l'effraction » ; parce qu'elle est « à l'origine d'un champ de représentation du corps fondé sur le cadavre » ; et aussi, de par les expériences mêmes qui sont l'occasion de son apprentissage : les dissections, en particulier, expériences « exceptionnelles » situées au tout début des études médicales. A l'occasion de ces expériences, qui voit l'étudiant acquérir petit à petit un vocabulaire spécifique à visée « totalitaire » (« tout décrire »), le sentiment d'étrangeté disparaît, « car cette opération de dissection par le langage anatomique et le schéma détache fil à fil le corps de la science du corps du fantasme. » Dans l'effraction anatomique, et au-delà de cette étape initiale dans la quête sans fin d'un savoir qui sans cesse échappe à sa visée totalitaire, il voit la recherche infinie de « ce corps du fantasme que l'anatomie (a) détaché, mais qui pourtant (détermine la) recherche elle-même. »

⁴²¹ Kress J.-J., « Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion », *Psychiatrie française*, n° 3, juillet 1988, pp. 87-93.

« Voici donc le médecin, muni de ce corps de la science, construit, appris, retenu à grand peine, mais en quelque sorte orphelin de l'autre corps, lequel pourrait ne plus se rappeler à lui dans l'exercice de son métier, s'il ne lui advenait de rencontrer la conversion hystérique. »

Le savoir médical n'est pas en mesure de rendre compte de son symptôme ; et pourtant, il a des effets sur ce corps ; l'étudiant a appris que la cause du symptôme est « psychique » ; il demeure cependant impossible d'expliquer ce passage du « psychique » au « somatique ». La perplexité qui en résulte produit diverses attitudes, de l'absence totale d'attention accordée au symptôme, à l'hypothèse neurophysiologique, non sans passer par le doute « inévitable » sur une éventuelle simulation, avec pour effet de lui retirer son statut de malade⁴²².

L'étudiant, selon J.-J. Kress, se stabilise alors, en pratique, dans une position intermédiaire qui est une quasi-acceptation du caractère inconscient, et donc involontaire des troubles ; mais cet inconscient « reste entaché de la suspicion de tromperie car il est l'héritier de l'hypothèse de la simulation » En outre, il semble attendre qu'une prise de conscience puisse faire s'évanouir du même coup et le symptôme, et l'inconscient, « tel un démon qui s'enfuirait ».

Voilà pour la pratique ; mais la question théorique demeure, avec d'un côté une recherche de causalité linéaire (neurophysiologie), et de l'autre côté des considérations psychologiques. « Entre les deux, cela reste un blanc. » Pour J.-J. Kress, cette « faille épistémologique » est affaire de culture, en rapport avec la pensée scientifique occidentale.

Quant au médecin, il est, par cette rencontre, précipité dans un face-à-face avec un corps « non séparé du corps du fantasme, ouvert au langage, disponible à l'imagination sans que soit nécessaire l'effraction de l'autopsie. Il se produit le retour d'un ancien ordre du corps, inabordable par notre épistémologie, et c'est même le fait que ce corps de la conversion soit inabordable qui garantit notre épistémologie. (...) Cette jouissance hors la loi, loi de l'anatomie aussi bien que de la physiologie ou de la pathologie, se place pour le médecin en regard de la perte du corps du fantasme, scellé par son rapport à la science anatomique. (...) A bien y regarder, que demande le thérapeute à la conversion hystérique ? Il demande, au besoin par la force, que la séparation exigée par notre épistémologie se vérifie (...) Cette régulation de l'ordre médical, cette normativité de la physiologie des

⁴²² Wajeman G., *Le Maître et l'Hystérique*, Navarin/Le Seuil, Paris, 1982.

fonctions, rejoint les impératifs des normes sociales qui en sont le fondement (...) Avec (la conversion hystérique) jaillit de la réalité clinique ce que l'épistémologie scientifique en avait écarté. De cet écho participe la psychanalyse et spécialement, quant à l'irruption de sa découverte. »

Ces propos sur la formation des médecins ont l'avantage de mettre en lumière comment, pour le chercheur, qu'il soit chercheur en médecine ou chercheur en sciences humaines - puisque, étrangement, cette distinction existe - la rencontre avec l'hystérie amène à questionner à la fois l'épistémologie du corps en médecine, et les fondements éthiques et anthropologiques de la construction culturelle de la responsabilité du médecin vis-à-vis de la souffrance d'autrui.

L'étrange distinction entre « science médicale » et « science humaine » n'est elle-même pas épargnée par ces questionnements épistémologiques, pas plus qu'au sein des « sciences humaines » les rapports entre « psychologie » et « science sociale » ; car en effet de quoi est-il question dans ces distinctions auxquelles leur caractère pratique et opératoire confère une apparente simplicité, sinon de la séparation entre « mal, maladie et malheur », entre corps et psyché, séparation qui conduit à l'élision de la dimension même qui pourtant définit l'humain au sein des différentes disciplines impliquées : sa conscience de sa finitude dans la mort, et les angoisses et organisations qui en résultent, qu'elles soient religieuses, médicales, ou artistiques.

1. La fabrique des médecins : le point de vue de l'anthropologie.

a. Science humaine : récit personnel d'un médecin ethnographe

Je vais maintenant présenter les apports de l'anthropologie à ma réflexion tels qu'ils sont effectivement intervenus, comme des éléments de réponse à mon « étonnement » de départ. Je vais ainsi me livrer à une revue de la littérature particulière, puisque je la présente telle qu'elle eut réellement lieu, c'est-à-dire comme un cheminement médical, anthropologique et personnel.

Ce passage est relativement long, mais me semble constituer le préalable nécessaire à la comparaison entre la médecine de la douleur et la biomédecine au sens large : en narrant mes questions de jeune médecin confronté au monde hospitalier traditionnel, et en m'appuyant sur des textes qui en font une analyse anthropologique, je me donne aussi les moyens d'observer ce que la médecine de la douleur apporte réellement de nouveau. Cette comparaison est indispensable à l'analyse de la fonction de la désignation de l'hystérique : à partir de l'observation de sa fonction en médecine de la douleur et de cette comparaison, j'inférerai sa fonction en biomédecine en général. En outre, la fonction de l'hystérique en médecine de la douleur, est intimement liée au changement de paradigme amené par la médecine de la douleur par rapport à la biomédecine en général. Ce changement lui confère, au sein du monde biomédical, une position particulière et rend compte en partie de ces organisations.

Au cours de mes études de médecine, j'ai souvent eu l'occasion d'être frappée par l'utilisation qui était faite, dans les rangs des somaticiens, du terme hystérie. Servant manifestement à souder les rangs des initiés soumis à une adversité qui prenait la forme d'un piège, et à distinguer parmi eux les anciens, qui savaient le déjouer, il ne me semblait en aucun cas servir la patiente. Car il s'agissait, dans mon expérience, toujours de femmes - quelles qu'aient pu être à ce sujet les variations théoriques, de Galien à Freud. Le décalage manifeste entre la souffrance de ces femmes - avides, dans mon regard d'étudiante, avant tout d'écoute, de reconstruction narrative de leur parcours, et donc de temps soignant - et la réticence que leur attitude faisait naître parmi les soignants, ne cessait de m'interroger. Elle m'interrogeait d'autant plus que je ne la partageais pas.

De mes premières escapades anthropologiques (au Mali, en Andalousie, en Irlande), je retins la relativité, d'une culture à l'autre, du pouvoir créateur autonome reconnu aux femmes, la relativité aussi de leur accès au pouvoir de la parole (avec des variations entre l'oral et l'écrit). Je retins aussi que les figures féminines imaginaires (mythologiques, folkloriques) de la colère, de la vengeance, et de la tragédie, avaient, d'un pays à l'autre, des valeurs et des efficacités symboliques très variables, s'agissant de la vie des femmes de chair et de sang. Parmi les éternelles victimes, les guerrières sans merci possédées par d'anciennes trahisons, les figures mi-divines, mi-magiques livrées à une furie destructrice, il existait aussi, dans d'autres mythologies, des figures plus équilibrées, plus libres aussi, qui permettaient aux femmes, confrontées à une violence émanant de l'extérieur, de puiser

dans des ressources imaginaires collectives qui ne faisaient pas d'elles, à l'instar de nos hystériques, les premières victimes de leur propre système de défense.

Nourries de ces nouvelles expériences, c'est avec un regard neuf que je rencontrai à nouveau 'nos' hystériques françaises, envoyées par leurs médecins en consultation de médecine de la douleur, et que je m'interrogeai - à la suite d'un certain nombre de très illustres prédécesseurs essentiellement issus de la psychanalyse - sur l'effet **nocebo**, ou encore la réaction thérapeutique négative à l'œuvre dans la rencontre entre le médecin somaticien et son hystérique. En particulier, je m'interrogeai sur le caractère culturel de cette 'contre-efficacité symbolique', pour reprendre le terme de C. Levi-Strauss⁴²³ en l'inversant, ou encore sur les 'métaphores anti-thérapeutiques' (en puisant cette fois-ci dans le vocabulaire des thérapies nord-américaines) utilisés par le monde soignant à leur rencontre. Des incursions dans le monde de la psychiatrie et de la psychanalyse ne firent que confirmer mon sentiment : même en ramenant le terme d'hystérie - vulgarisé en médecine somatique jusqu'à recouvrir l'ensemble des patientes féminines un tant soit peu émotives, ou intellectuelles, ou rebelles, ou encore et surtout, porteuses d'une plainte sans substratum lésionnel objectivé - à son sens en psychopathologie analytique, il restait inextricablement lié à des représentations culturellement construites du féminin, et, surtout, douloureusement inefficaces face à leur souffrance. En même temps, cet imaginaire était partagé par ces patientes, issues de la même culture ; était-il souhaitable de leur proposer un autre imaginaire ? Est-il éthique, souhaitable, de proposer un changement d'imaginaire, au risque de propulser ces femmes hors leur propre culture ?

Dans mes années à l'hôpital, j'ai vu toute personne confrontée à la maladie - le patient et le médecin, entre autres - se poser peu ou prou, et d'une manière ou d'une autre, la question du sens du symptôme. Ceci est particulièrement vrai dans le cas de la douleur.

C'est une question que la médecine aborde avec une grande prudence. Cette prudence est justifiée. Doit-on pour autant l'éluder ? Pendant mes études (expérience personnelle à laquelle font écho les travaux d'A. Dutruge⁴²⁴ ou de J-J. Kress), j'ai vu cette prudence manifestée, dans le face-à-face avec les patientes tout du moins, par un évitement pur et simple de la question, sauf dans le cadre du soin palliatif. Sauf quand la mort est proche,

⁴²³ Levi-Strauss C., « L'efficacité symbolique », op.cit.

⁴²⁴ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

et que la médecine admet qu'elle est impuissante à guérir. Alors, seulement, cela devient possible.

Ce qui m'a toujours gênée, cependant, c'est que la neutralité est ici impossible : la question du sens est abordée en médecine. Elle l'est, mais implicitement, par l'intermédiaire de ses organisations, d'abord dans la formation des médecins, puis dans leurs pratiques, y compris celles concernant la mise en scène de l'interaction médecin-patient. Mais comme c'est implicite, il est très difficile d'exercer son sens critique, ou de penser, tout simplement.

Dans la formation des médecins, je l'évoquais plus haut, de nombreux rituels mettent en scène l'instauration d'une certaine distance vis-à-vis des ressentis corporels, comme si l'étudiant apprenait que, faisant corps avec la médecine, il acquerrait une certaine immunité vis-à-vis de ses ressentis. Bizutage et carabinage par exemple, mettent en scène la nécessaire acceptation de toutes sortes de brimades physiques ou d'insultes ayant trait au corps, sans se plaindre, avec une mise à l'épreuve de nos propres limites corporelles, une redéfinition des normes de la pudeur, qui n'auraient pas tout à fait cours 'entre nous'. L'étape des dissections, qui intervenait à mon époque en deuxième année, constitue, pour A. Dutruge, une « initiation à la mort » ; on voit bien avec J.-J. Kress qu'il s'y produit une mise à distance du ressenti corporel et de l'affectivité, que tout cela s'engouffre dans une faille qui va se trouver scellée par la raison épistémologique, et le pouvoir du savoir. Plus tard, à partir de l'externat, la mise en place des tours de garde est l'occasion de l'établissement d'une hiérarchie : c'est à celui qui maîtrisera mieux le temps, qui fera fi des organisations habituelles liées aux repas, à l'alternance repos/activité, jour/nuit...de la temporalité ; ce mode de vie, ce rythme de vie, inscrit encore un peu plus dans le corps la différence entre professionnels et patients.

L'apprentissage théorique qui se déroule dans le même temps, et s'accompagne des stages hospitaliers, conduit l'étudiant à s'efforcer d'étroitement contrôler son imaginaire de la maladie et de la mort. Il peut être simplement mû, à titre individuel, par l'impératif de ne pas se diagnostiquer à lui-même toutes les maladies dont il apprend l'existence. Mais cette angoisse individuelle va rencontrer des organisations collectives sur lesquelles l'étudiant va s'appuyer, par défaut, pour réguler son niveau d'angoisse - toujours sans la moindre parole, sans que rien n'en soit dit :

« Même si les soignants sont des individus particuliers, dans la mesure où ils travaillent avec le corps des autres ou leurs représentations, ils possèdent eux aussi leur propre questionnement. Celui-ci est semblable à celui de leurs patients, qui répond également à plusieurs systèmes interprétatifs dont ils n'ont d'ailleurs pas conscience tant leur pensée est canalisée par le dogmatisme médical dont ils sont censés faire preuve, tant les modèles auxquels ils font appel sont parasités par leur formation professionnelle qui se veut indemne de toute intervention de l'imaginaire. »⁴²⁵

Ces organisations ne sont pas toutes obligatoires, mais la nécessité d'une réponse collective à l'angoisse individuelle - qui renvoie encore une fois à la « dialectique pulsion/institution » de Bourdieu et Maître - est telle, et le silence si sidérant pour la psyché, que l'étudiant se sert, par défaut, des organisations existantes, sans véritablement pouvoir exercer son sens critique. Tout au plus peut-il les rejeter ; mais le mot, le nom, manquent, pour les penser. Ces diverses organisations, aussi collectives, impératives, qu'elles sont silencieuses, instituent le médecin en maître de son corps, initié au mystère de la vie et de la mort, différent des patients. Il s'agit véritablement d'une expérience du sacré, au sens de A. Van Gennep : une expérience de la « différence radicale » ; c'est une initiation. Celle-ci intervient comme un moyen, en contrôlant l'imaginaire, d'opérer une transformation de victime en maître de la maladie et de la mort.

« [...] je crois qu'il faut constamment garder à l'idée que le médecin est un être particulier, bien différent des autres individus, par une connaissance étrange qui est celle du cadavre ; connaissance qui est pure folie lorsqu'elle devient le fait d'un autre que lui »⁴²⁶

*

Après la fin des études médicales, une partie des gestes pratiqués par les médecins en exercice ont eux aussi un caractère rituel, qui les apparente, par-delà le discours scientifique, aux pratiques du corps mises en œuvre dans les sociétés traditionnelles.

⁴²⁵ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit. p. 36

⁴²⁶ Ibid. p. 22.

Ainsi, pour A. Dutruge, le médecin est aussi un technicien qui a besoin d'« oublier le sens » de ses gestes pour pouvoir les réaliser ; pour sa protection, mais aussi pour son efficacité technique :

« Comme pour toute pratique médicale répétitive, après l'apprentissage laborieux qui permet d'oublier totalement l'ampleur du geste pratiqué, la répétitivité du geste permet, elle aussi, d'en oublier le sens [...] Il semble que tout médecin devrait essayer de se souvenir, au-delà des habitudes, de ses premières sensations, ses premières impressions ou répulsions qu'il a très vite contrôlées, même oubliées, et qui sont pourtant ces petits souvenirs qui permettent de comprendre ou de s'interpeller sur le sens du quotidien dans la pratique médicale. La répétitivité et le contexte parfois dramatique de certaines consultations, l'urgence de certaines situations permettent d'oublier trop souvent le pourquoi de tel ou tel geste, le sens de telle ou telle attitude.» ⁴²⁷

A. Dutruge s'intéresse particulièrement à l'IVG, à la circoncision et à l'épisiotomie⁴²⁸. Prenons l'exemple de cette dernière : de multiples sociétés traditionnelles pratiquent des incisions et des sutures au niveau des organes génitaux externes féminins. Chacune articule ce **geste** avec un narratif qui lui est spécifique, plus ou moins technique (en France), plus ou moins symbolique (dans les cultures traditionnelles) : il s'intègre dans le système de représentation propre à sa culture. Mais l'action elle-même, par delà les discours, consiste toujours à coudre ou découdre le sexe féminin. S'agissant de l'expérience corporelle de la patiente qui le subit, ou du professionnel qui pratique cette suture, les points communs sont là.

L'intérêt du point de vue anthropologique, comparatiste, est de mettre en relation ces différentes pratiques pour pouvoir prendre de la distance vis-à-vis de l'explicite (sans se préoccuper de sa 'vérité') et interroger les croyances implicites, universelles, qui sous-tendent la nécessité de ces gestes. C'est d'autant plus évident quand ces pratiques ne sont pas entièrement justifiées par la technique, ce qui a été étudié, en lien avec la sexualité, par A. Dutruge, et en lien avec la mort, par M. Foulon⁴²⁹. Les justifications techniques des **gestes** concernés, dans leurs études, qu'il s'agisse de l'épisiotomie ou des

⁴²⁷ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit. p. 21.

⁴²⁸ Des trois termes, seul le troisième est en verdana car il est le seul à ne pas être véritablement passé dans le vocabulaire, courant, dans le champ du débat en sciences humaines aussi.

⁴²⁹ Foulon M., « Le cadre face aux rites de passage des soignants », *Revue de recherche en soins infirmiers* n° 63, décembre 2000, pp. 52-72.

organisations hospitalières faisant suite au décès d'un patient, ne sont pas suffisantes pour rendre compte de l'attachement des professionnels à leur pratique. Cependant, si elles ont des justifications symboliques, elles restent implicites, inexprimées, interdites, inaccessibles donc à la critique, que ce soit pour les professionnels ou pour les patients. Volontairement ou pas, les professionnels inscrivent ici dans le corps, hors d'accès de la raison et du langage, des significations symboliques.

La sexualité et la mort sont, dans les sociétés traditionnelles, l'occasion de moments privilégiés pour la mise en place de rites, car elles constituent des domaines privilégiés de manifestation du désordre qui peut affecter les sociétés. Notre société, 'non traditionnelle' - en ce sens qu'elle est ouverte sur des influences culturelles multiples - , ne fait pas pour autant exception : l'impératif de déterminer des organisations pour faire face à l'angoisse du désordre y est également ressenti ; ces organisations doivent, pour être efficaces, être collectives, et l'impératif de se plier à la règle implicite pèse lourdement sur l'étudiant, et plus tard sur les dynamiques institutionnelles, déclenchant alors d'autant plus de conflits, de violence, de passions, qu'il est plus interdit d'en nommer les raisons, et de les penser pour ce qu'elles sont.

*

Dans la continuité de mon étonnement initial, s'agissant du statut de la plainte féminine, et des mystères du corps féminin, en médecine, je me demandai alors si la fabrication du 'corps' médical - à la fois le corps du médecin et le corps en général, tel que le médecin apprend, par corps, à se le représenter - pouvait donner lieu à un rapport particulier au féminin, au maternel, qu'il s'agisse du corps des femmes médecins, ou de celui des patientes.

Autour de moi, parmi mes amies étudiantes, beaucoup souffraient de troubles de la menstruation, en particulier d'aménorrhée ; parmi celles qui essayaient d'avoir un enfant, les fausses-couches me paraissaient fréquentes, ainsi que divers troubles obstétricaux. Je ne sais pas s'il y a derrière cela une réalité statistique ; mais cela contribuait à mon étonnement.

Il y aurait, du point de vue anthropologique, une certaine cohérence à s'attendre à ce que des rites d'initiation concernant le corps soient différenciés pour les hommes et les femmes. Ils n'ont pas le même corps, ni le même rôle dans les organisations afférentes à la pérennisation de l'espèce. Or, hormis les circonstances spécifiques à l'un et l'autre sexe, comme en gynécologie-obstétrique ou en urologie, il n'en est rien. De même que la laïcité interdit toute référence au religieux, de même, l'égalité entre hommes et femmes interdit tout traitement différentiel officiel par genre, qu'il s'agisse des étudiants en médecine, des médecins, ou des patients.

S'agissant des étudiantes en médecine enceintes, cela n'est pas sans conséquences évidentes sur la poursuite de leur grossesse ou le déroulement des premiers mois qui suivent la naissance de l'enfant. Je cite des propos qui m'ont été rapportés : un professeur, à une interne enceinte : « il est irresponsable de faire un enfant pendant ses études de médecine ». Un autre, à qui une interne, demandant à ne pas être envoyée en stage à deux heures de route de son domicile, disait qu'elle attachait de l'importance au bien-être de son nouveau-né : « Alors, il faut changer de métier ». Ce professeur était pédiatre.

A. Dutruge choisit de s'appuyer, pour définir le rite, sur l'utilisation qu'E. Goffman ⁴³⁰ fait du concept dans ses rites d'interaction, en ce qu'elle permet de sortir de la dichotomie durkheimienne sacré/profane et d'« élargir [...] le cercle des objets sacrés au-delà des croyances et des religions. »⁴³¹ Elle définit les rites comme suit :

« Les rites, quel que soit leur objet, quelle que soit la forme qu'ils prennent, se situent toujours au point de convergence du social et de l'individu, du sacré et du quotidien. Ils ne trouvent leur raison d'être qu'à partir du moment où ils deviennent symboliquement efficaces, à moins que ce ne soit leur efficacité symbolique qui ne les désigne comme tels. [...] Le rite est une véritable "manipulation symbolique" qui prend place dans l'ensemble de l'activité sociale. Son activité se déroule sur trois plans à la fois : celui du signifiant (du sens), celui du matériel (de l'objet quel qu'il soit) et celui du consensus social. C'est la société qui donne au rite le moyen d'un support matériel qui peut être aussi constitué du corps. »⁴³²

⁴³⁰ Goffman E., *Les Rites d'interaction*, Éditions de Minuit, Paris, 1974.

⁴³¹ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit. p. 44.

⁴³² Ibid p. 46.

Le pendant de l'efficacité symbolique du rite est pour elle une prise de pouvoir du médecin sur le patient. Elle ajoute d'ailleurs que ce qui est mis en scène dans les rites médicaux c'est l'inégalité de la relation au corps du patient et du médecin.

Elle fait également le lien entre cette dimension rituelle des pratiques du corps en médecine et les rites mis en place pendant la formation des étudiants, qu'elle rapproche des rites d'initiation, et des rites d'entrée dans les sociétés secrètes (confréries) en général réservées à un seul sexe. Elle fait remarquer au passage que les médecins se désignent d'ailleurs, entre eux, comme « confrères ». J'ajouterais que les chirurgiens s'adressent à ceux qui ont présidé à leur formation en utilisant le titre de « maître ». On a vu aussi que les rites d'initiation des étudiants pourraient opérer une acquisition magique d'une maîtrise du corps, de la maladie, de la mort, qui précisément les distinguerait de leur patient par une inégalité de leur relation au corps : il y a bien continuité entre les rites d'initiation et les rites de pratiques, et les uns comme les autres contribuent à instaurer la toute puissance du médecin.

Concernant l'épisiotomie et l'IVG, les croyances implicites que l'auteur met en évidence, comme dénominateur commun des multiples pratiques observées, concernent la crainte de la sexualité féminine, le désir masculin de contrôle de cette sexualité, ainsi que le désir de s'approprier le pouvoir de procréer, la maternité.

K.Galloway-Young⁴³³, s'appuyant sur une démarche interactionniste à partir d'une posture phénoménologique et intersubjective, a étudié le monde hospitalier. Elle s'attache à montrer les moments, les lieux qui permettent de passer du corps-sujet du patient à un corps-objet. Elle étudie les moyens, ritualisés, de ce passage, qui ont eux-mêmes trait au corps et à la perception. Elle montre, elle aussi, comment ces mêmes organisations spatiales, temporelles, vestimentaires...instituent, dans le même mouvement, le corps médical comme différent, initié. Il y a fabrication d'un corps, il y a apprentissage par corps d'une certaine norme du corps qui est aussi, paradoxalement, un imaginaire – imaginaire d'un corps qui serait entièrement non-imaginaire. Cet apprentissage concerne, pour elle aussi, les professionnels comme le patient, et parmi les professionnels, surtout le médecin.

⁴³³ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: The body in medicine*, op.cit.

Cette norme du corps, apprise par corps, qui institue médecin et patient comme différents, a beaucoup de mal à intégrer les interférences liées au phénomène physique qu'est la maternité, autant qu'à faire la place à ce que la parole des femmes (professionnelles ou patientes, cette fois) peut dire de ses enjeux émotionnels, ou imaginaire.

La difficulté à vivre une grossesse dans le cadre d'un milieu professionnel exigeant n'est pas spécifique du milieu médical. Mais s'agissant de ce dernier, cela ne peut que contribuer à déterminer 'ce' corps qu'il fabrique, et dont il fait l'objet de sa maîtrise.

Les travaux de M. Mead⁴³⁴, relayés par ceux des anthropologues de la petite enfance montrent le caractère culturellement déterminé des « jeux du corps » entre la mère et l'enfant, et comment ceux-ci servent d'inscription corporelle à une dialectique du donner et du recevoir. Celle-ci sera développée au fur et à mesure de la croissance de l'enfant, jusqu'à devenir un des éléments constitutifs de la structure sociale ultérieure, et familiale en particulier. Elle en décrit trois types : la complémentarité, la réciprocité, la symétrie.

En postulant, avec A. Strauss, que toute relation de soin trouve comme plus petit dénominateur commun le désir que l'autre « soit en meilleure forme »⁴³⁵, j'avancerais qu'il est possible d'inscrire l'interaction médecin-patient dans cette même dialectique générale du donner-recevoir initiée par les relations mère-enfant, et ce d'autant plus que, dans un cas comme dans l'autre, le corps est au centre de l'interaction et des soins du corps sont en jeu. La relation thérapeutique peut aussi être lue sous l'angle du don, et les travaux de M. Mead sont là pour rappeler que le don, la dialectique du « donner » et du « recevoir » s'apprend dès les premières interactions mère-enfant, et que toutes deux sont culturellement déterminées. Si donc certains aspects de la relation médecin-patient relèvent certainement d'une réactualisation des rapports père-enfant, il en est d'autres qui doivent réactualiser les relations mère-enfant.

De ce fait, il est possible de lire, dans l'articulation quotidienne du donner-recevoir en milieu de soin (donner et recevoir un traitement...), ainsi que dans l'organisation de la prise en charge des fonctions corporelles élémentaires (se nourrir, se laver, s'autonomiser du point de vue moteur), qui participent intégralement du rituel d'une hospitalisation, des éléments culturellement déterminés, au même titre que, et en lien avec, le rôle traditionnellement dévolu à la mère.

⁴³⁴ Mead M., *Mœurs et sexualité en Océanie*, collection « Terre humaine poche », Plon, Paris, 1963.

⁴³⁵ Strauss A., Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, collection « Le travail humain », P.U.F., Paris, 1999.

Cet angle d'approche peut conduire à analyser les aspects culturellement déterminés du rapport du milieu hospitalier au maternel. Comment et par qui sont effectués les « jeux du corps » (toilette, alimentation...), tâches traditionnellement effectuées par les mères, à l'hôpital ? Sont-ce des tâches valorisées, ou de « basses besognes » ? À quels types de « mise en scène », de rites, ces diverses interactions 'maternelles' (adresse au corps-sujet ou corps subjectif, tâches 'maternelles') donnent-elles lieu ? Que donnent-elles à croire sur le maternel ? Quelles représentations du rôle de la mère les sous-tendent ? On a coutume de faire une référence critique au « *paternalisme médical* » ; mais - en faisant pour l'occasion un néologisme - quel est le rapport du monde médical au 'maternalisme' ?

Qu'est-ce que le « corps-sujet », terme utilisé tour à tour, par exemple, par P. Ricoeur⁴³⁶ ou par l'anthropologue C. Durif⁴³⁷ ? c'est celui qui est absent du narratif de la science expérimentale, celui qui est refoulé par l'enseignement médical, celui aussi qui va être réactualisé, en silence, dans l'interaction médecin-patient. C'est le corps « du fantasme » de J.-J. Kress.

Les psychanalystes, tels C. Dejours ou F. Tustin⁴³⁸, évoquent une certaine mémoire du corps, acquise dès les premières interactions avec la mère et susceptible de se manifester dans les interactions ultérieures.

Les travaux de G. Durand⁴³⁹ évoquent l'ancrage de l'imaginaire dans le corps à partir de grandes structures inscrites dès le début de la vie et les premières relations avec l'environnement, premières relations qui ont lieu, majoritairement, avec la mère. C'est encore plus vrai pour F. Roustang⁴⁴⁰, puisqu'il fait remonter ces premières expériences à la vie intra-utérine.

L'adresse exclusive au « corps-objet », la demande souvent explicite qui est faite au médecin comme au patient de laisser de côté son corps en tant que sujet de perception, son corps en tant que surface de projection de son imaginaire et de l'imaginaire social, son corps en tant que support d'une mémoire affective, peut aussi être interprété comme une mise sous silence des liens qui existent entre ce corps et la mère depuis les premières

⁴³⁶ Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

⁴³⁷ Durif C., « Corps interne et physiologie profane », *op.cit.*

⁴³⁸ Tustin F., *Le Trou noir de la psyché. Barrières autistiques chez les névrosés* (1986), collection « La couleur des idées », Le Seuil, Paris, 1989.

⁴³⁹ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, *op.cit.*

⁴⁴⁰ Roustang F., *La Fin de la plainte*, *op.cit.*

interactions mère-enfant. Les rites de formation et de pratique médicale pourraient ainsi participer à l'incorporation d'une norme du corps qui tende à effacer la trace de la mère.

D'un point de vue anthropologique, cela n'aurait rien d'exceptionnel : M. Godelier, étudiant les rites d'initiation chez les Baruyas, montre comment l'initiation des jeunes garçons visent précisément à effacer de leur corps toute trace de la mère. Le groupe met en scène, très littéralement, une re-naissance ; le garçon est pris à sa mère, dans l'interdiction de la voir, pour de nombreuses années ; un homme est désigné pour lui tenir lieu de substitut de mère. En Papouasie on trouve des « maison des hommes », où les novices sont enfermés de longs mois à l'abri du regard des femmes, censé inhiber la croissance corporelle ; ce sont de véritables matrices masculines, où se déroule la 'gestation' de l'homme nouveau qui va émerger du rite⁴⁴¹. L'anthropologie - y compris des sociétés occidentales, il suffit de s'intéresser au baptême - foisonne d'exemples qui montrent les tentatives des sociétés pour purifier l'enfant de toute trace de la mère, reprendre à leur compte la puissance de donner la vie, qui semble aussi souvent comme une condition préalable au droit de donner la mort - puisqu'il s'agit de fabriquer des guerriers - et remettre cette puissance dans les mains des hommes, à travers des scénographies qui imitent ce phénomène, et/ou à travers les rites d'initiation masculine, ou encore un certain nombre d'organisations sociales. L. Scubla⁴⁴² y voit la raison principale du fait que l'accès au sang ait, de tout temps, été réservé aux hommes, les femmes y ayant un accès, de fait, par la menstruation. F. Héritier⁴⁴³ en fait même le fondement universel de la domination masculine. Celle-ci est inscrite dans le corps.

Les travaux de R. Girard incitent à penser que l'équilibre social, s'agissant de la protection du groupe par rapport aux désordres et à la violence, dépend aussi de cette répartition des pouvoirs. La violence qui s'est déployée pour empêcher l'accès des femmes aux études médicales⁴⁴⁴, et qui se déploient encore s'agissant de leur accès aux professions chirurgicales⁴⁴⁵ (cf. aussi les récents débats entre gynécologie médicale et chirurgicale) pourrait y trouver une explication bien peu dans l'orthodoxie de l'époque, mais non moins intéressante.

⁴⁴¹ Breton S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un corps?*, Musée du Quai Branly & Flammarion, Paris, 2006, p. 96.

⁴⁴² Scubla L., « Hiérarchie des sexes et hiérarchie des savoirs, ou Platon chez les Baruya », *Cités*, 9, 2002, pp. 13-24.

⁴⁴³ Héritier F., *Masculin/féminin : la pensée de la différence*, O. Jacob, Paris, 1996.

⁴⁴⁴ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, Calmann-Levy, Paris, 1989.

⁴⁴⁵ Cassel J., « Différence par corps: les chirurgiennes », Molinier P. et Grenier-Pezé M. (dir.), *Variations sur le corps, Cahiers du genre* n° 29, L'Harmattan, Paris, 2000, pp. 54-81.

Guy Besançon, médecin psychiatre, parle ainsi de la relation entre un médecin et son patient :

« La relation thérapeutique est aussi vieille que la maladie. Elle a précédé de milliers d'années le résultat thérapeutique, qui est une donnée récente et avec qui on ne saurait la confondre. [...] Pour autant, ce qui constitue le fondement de la relation thérapeutique restera sinon invariable, tout au moins largement similaire d'une époque à l'autre [...]. [Le malade] est à la recherche de quelque chose de plus essentiel (que les réponses techniques à ses problèmes)... de plus sacré si on peut oser cette formule. »⁴⁴⁶

C'est ce même espace d'inconnu et de mystère qu'évoque J.-P. Peter s'agissant de la douleur, cet espace d'inconnu dans la relation, où l'on peut choisir de projeter un narratif scientifique, religieux, ou autre.

Il convient ici de rappeler que les différents narratifs que l'on a tenté de projeter sur lui pour l'expliquer, l'objectiver ou l'habiter l'ont été par et pour des hommes ; que les femmes ont été soigneusement tenues à distance de la parole sacrée, entendue au sens littéral de la religion, ou au sens moins littéral des écrits médicaux⁴⁴⁷.

La médecine a été jusqu'à récemment exclusivement exercée par des hommes, et reste dominée par les hommes. La relation médecin-patient est encombrée de narratifs scientifiques ou religieux, deux domaines également exclusivement masculins jusqu'à très récemment. Le narratif d'inspiration psychanalytique qui a succédé aux discours scientifiques et religieux, en s'inscrivant dans des analogies empruntées à la science expérimentale (la biologie, la mécanique) reste intégré à un système de pensée masculin, par l'histoire, sinon par la nature. D'ailleurs, les femmes analystes ont, pour J. Kristeva, toujours occupé une place à part dans la psychanalyse, en particulier en regard de ce qui serait une modalité contre-transférentielle spécifiquement féminine, peut-être moins sexuelle et plus maternelle. L'interprétation du contre-transfert féminin, en tant qu'il

⁴⁴⁶ Besançon G., *Qu'est-ce que la psychologie médicale? Actualité et nécessité*, collection « Les empêcheurs de penser en rond », Institut Synthélabo Pour Le Progrès De La Connaissance, Le Plessis-Robinson, 1999.

⁴⁴⁷ Voir :

Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

Guillermard J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

aurait des caractères spécifiques, résulte de travaux comparativement récents et est loin d'être achevée ou consensuelle.

À la fin du XVIII^{ème} et au début du XIX^{ème} siècle, les premiers chirurgiens et médecins opèrent une croisade contre le charlatanisme. Suite à cette croisade, un groupe masculin revendiquant la scientificité de sa démarche tend à monopoliser le monde de la santé, avec pour conséquence l'exclusion des femmes et des ecclésiastiques du droit officiel de soigner. Comme si faire avancer la science, c'était exclure dans un même mouvement le magique, le religieux et le féminin. Par contraste, l'Irlande médiévale - certes à une tout autre époque - disposait d'un système particulier, bien organisé, où la position de médecin était occupée exclusivement par des femmes, tandis que les hommes exerçaient des fonctions équivalentes à celles de nos pharmaciens.

Y a-t-il donc des narratifs qui seraient 'féminins' (l'imaginaire, le magique...) et d'autres 'masculins' (la science...) - étant entendu que chacun d'entre nous dispose de l'une et l'autre ressource ? Des narratifs 'maternels', et d'autres 'paternels' (qu'il s'agisse de nature, ou de culture) ? Quelles places ont occupé les uns et les autres dans l'interaction médecin-patient ? Dans les passages du corps/sujet au corps/objet ? Les narratifs 'maternels' deviennent-ils, à l'image du concept d'hystérie pour D.B. Morris, « sous-terrains » ?

En France, les représentations - et donc les narrations - de l'enfantement et de la maternité sont remarquablement médicalisées.

Dans le domaine de l'obstétrique, la fonction, technique, fantasmatique, imaginaire du 'voir' permis par la technique biomédicale, est plus critique encore que dans beaucoup d'autres domaines médicaux. Ceci fait l'objet d'un article de F. Cailleau⁴⁴⁸. Elle y explique que ces techniques permettent, du point de vue anthropologique et philosophique, de voir l'origine de la vie, de percer le mystère des mystères, celui qui, comme la crainte de la mort, est si fondamental dans l'organisation des sociétés humaines depuis la nuit des temps. Du point de vue psychologique, il s'agit d'accéder à une image de l'enfant qui a, dans une certaine mesure, les attributs du « vrai », ou du « réel », par opposition à la construction intra-psychique de l'enfant imaginaire, ce qui n'est pas nécessairement dans l'intérêt de la relation mère-enfant.

⁴⁴⁸ Cailleau F., « Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique », *Cahiers de psychologie clinique* 2009/1 - N° 32, pp. 75-87.

Pour l'anthropologue, il faut bien plus qu'un homme et une femme, et surtout que leurs gamètes ou leur gènes, pour faire un enfant : la construction de l'enfant en tant qu'être social, culturel, c'est-à-dire sa singularisation, repose sur l'ensemble du système culturel où il va naître : il est un être social, bien avant sa naissance⁴⁴⁹. C'est vrai aussi en Occident : par exemple, le débat autour de la légalisation de l'avortement a abouti à définir un moment où l'amas de cellules devient une personne, et ce, en mobilisant les représentations, autant que les savoirs scientifiques de l'époque : au moment où le système nerveux est constitué apparaît la personne, même si le cœur, par exemple, qui a longtemps été l'organe qui déterminait la frontière entre le vie et la mort, bat depuis bien longtemps ; la 'vie' et la 'personne', ce n'est pas la même chose.

Cette intervention du voir intéresse l'anthropologue en ce qu'elle procède de, et participe à, la construction de la société et de la culture du groupe. La technique biomédicale y tient une place prépondérante.

D'un point de vue historique il convient de rappeler que la technique obstétricale a subi une évolution fulgurante depuis la fin des années 1970 : tous les instruments de mesure, de prédiction et de prévention des problèmes médicaux lors de la conception de l'enfant, qu'ils s'agisse de l'imagerie ou de la génétique, ont été inventés pendant cette période, venant radicalement modifier cette activité médico-chirurgicale. Cette évolution a permis un contrôle accru sur les événements douloureux, et souvent dangereux pour les mères et les nouveaux-nés, qui accompagnaient jusqu'à récemment les grossesses et les accouchements.

Ce contrôle peut aussi être perçu comme excessif, et les débats éthiques, médico-légaux et philosophiques à ce sujet sont très nombreux : crainte de l'eugénisme, libre choix des techniques d'accouchement.... la préservation, d'une manière générale, du mystère et de l'imprévu s'oppose au « contrôle » de la technique biomédicale. On peut citer, pour l'exemple, le souhait d'un respect de la dimension initiatique de l'expérience de l'accouchement pour la parturiente, et de ce que les chercheurs anglophones appellent son « empowerment » : grossesse et accouchement constituent pour les femmes un véritable passage, au sens rituel, qui comporte mystère et initiation, qu'il faut respecter.

⁴⁴⁹ Voir :

Godelier M., « Océanie, début de siècle. Un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant. Analyse comparative de quelques théories culturelles de la procréation et de la conception », *Ethnologies comparées* n° 6, Printemps 2003, en ligne: [http:// alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm](http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm).

Walentowitz S., « La vie sociale du fœtus, regards anthropologiques », revue *Spirale* n°36, Villeneuve d'Ascq, pp. 119-135.

Toujours d'un point de vue historique et épistémologique, il convient de rappeler que la médecine ne s'est intéressée que très tardivement à l'obstétrique⁴⁵⁰. Il n'existe quasiment pas de traces écrites des pratiques de celles qui furent, jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les actrices exclusives de l'accouchement : les sages-femmes ou accoucheuses, et les parturientes. Les traces écrites apparaissent quand la médecine, la religion ou la justice s'y intéressent. Or le moment où la médecine commence à s'y intéresser, (entre autres parce que l'époque est à l'hygiénisme - le devoir de donner la santé à ses enfants - époque particulièrement féconde en critiques concernant les pratiques spontanées des mères) correspond à l'avènement du positivisme scientifique, dont est emblématique le philosophe Auguste Comte.

Dans un article concernant son œuvre, Léon Scubla⁴⁵¹ dissèque les mécanismes mis en œuvre, à l'époque, dans la constitution des champs du savoir. Selon lui (Auguste Comte), il existe une modalité féminine du savoir, et une modalité masculine, qu'il relie aux représentations de la conception, de la maternité, de la naissance, des relations mère-enfant. La modalité masculine du savoir privilégie le « concept » sur « l'idée » ou la « notion », et, cherchant un savoir qui va à l'origine des choses et les saisit, par leur origine, dans leur ensemble, se pose en rivale de la « conception », prérogative exclusivement féminine, et résulte d'une recherche d'une jouissance interdite aux hommes. Celle-ci est aussi nourrie de l'illusion qu'il est possible de posséder ainsi intégralement un savoir. Elle va de pair avec une représentation de la maternité comme un événement créé de toute pièce par les femmes : la femme, et son enfant, forment un tout à la fois autonome et indissociable, la femme construisant l'enfant sans intervention extérieure (comme le voudrait une pensée religieuse, ou métaphysique, d'un processus mystérieux de « la vie »). L'homme cherche alors à faire pareil avec les constructions culturels de « l'ordre phallocratique » celui par lequel les hommes se sont réservés l'accès à tous les champs de la créativité sociale, qu'elle soit scientifique, artistique, religieuse, politique... pendant des siècles et sur tous les continents.

⁴⁵⁰ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

⁴⁵¹ Scubla L., « Procréation, Philosophie et Religion », *Le Temps de la Réflexion*, II, 1981, pp. 507-516.

A l'opposé, le savoir féminin pense l'enfant comme une personne 'autre', l'enfantement comme un processus qui la traverse et dont elle ne maîtrise qu'une partie....et va de pair avec une pensée religieuse, métaphysique, politique, scientifique équivalente⁴⁵².

Ainsi, la pensée et les représentations de la vie sont soumises à des logiques de genre, et, d'une certaine manière, on organise sa pensée comme on se représente la venue de la vie.

On voit aussi que quand certaines modalités dominantes du savoir rencontrent un champ du savoir qui est précisément celui qui est le plus convoité par ses adeptes, le risque est grand de les voir tenter de le maîtriser de bout en bout- et elles en ont, aujourd'hui, le pouvoir-ou presque. L'histoire de la gynécologie et de l'obstétrique au XX^{ème} siècle, et encore aujourd'hui, est pétrie des tensions conflictuelles, souvent très passionnées et violentes, entre partisans d'un savoir « féminin » et partisans d'un savoir « masculin ». Or, nous savons bien lequel des deux est au pouvoir, et Auguste Comte, ayant dit tout ceci, n'en reste pas moins fervent partisan de la domination du savoir masculin, non parce qu'il le considère supérieur - c'est plutôt le contraire -, mais au non du fait qu'« entre deux êtres seulement, que relie spontanément une profonde affection mutuelle, aucune harmonie ne saurait persister que si l'un commande et l'autre obéit. ». Il exige l'indispensable subordination des sexes.

Pour ma part, je retiendrai qu'il ne faut pas s'interdire de penser que la « subordination des sexes » a fait partie, y compris dans le monde du soin, pendant des siècles, des organisations sociales visant, comme dans toute société, à canaliser la violence fondamentale. Il faut s'autoriser à penser que l'avènement du dogme de l' 'insubordination des sexes' a fait violence au corps social, comme tout mouvement de lutte contre violence. S'il faut s'autoriser à le penser, comme il faut s'autoriser à penser

⁴⁵² Je précise que cette analyse des modalités du savoir m'intéresse du point de vue du genre, qui ne se confond pas nécessairement avec le sexe biologique : le savoir masculin n'est pas, de mon point de vue, l'apanage des hommes de chair et de sang, et il en va de même pour le savoir féminin. Ce sont des modalités du savoir auxquelles me semblent pouvoir recourir l'un et l'autre sexe.

Je me garderai bien de chercher à démêler ici nature et culture : il paraît en effet évident que les étapes biologiques, effectives ou potentielles, de la vie d'une femme, ne peuvent qu'imprimer une marque profonde dans les rapports que chaque femme entretient avec le monde – même si c'est pour s'en défendre ou s'en 'libérer'. Cependant, il n'est pas moins évident que la culture dans laquelle grandit et vit cette femme – en particulier les rapports que cette culture entretient avec le féminin et le maternel – conditionne tout aussi profondément le dessin de la dite marque. S'agissant du développement de chaque individu, je n'accorderais ici ni à la nature, ni à la culture, la moindre primauté ontologique ou chronologique : autant résoudre l'énigme de la poule et de l'œuf.

N.B. : La langue anglaise dispose d'un adjectif : « gendered », qui ne peut se traduire en français que par « générique » ou « sexué », ni l'un ni l'autre ne me paraissant adéquat : le premier ne renvoie pas nécessairement aux genres masculin et féminin, le second renvoie au sexe biologique plus qu'au genre et entretient la confusion entre les deux.

qu'il y a, pour certaines, 'vie' dès qu'il y a une grossesse en cours, ce n'est pas pour revenir en arrière, mais pour comprendre la violence actuelle du corps social, et en particulier les expériences de violences subies par les femmes. Je pense ici spécialement aux femmes douloureuses chroniques, ces hystériques qui nous préoccupent, et en particulier à celles dont l'expérience douloureuse est marquée par la sexualité ou des vécus traumatiques liés à la grossesse.

Le dogme, quel qu'il soit, est un interdit de la pensée. Qu'il s'agisse des liens entre corps et âme, médecine et religion, ou de penser les normes du corps, apprises par corps, et relatives en genre, l'interdit de la pensée tend à conduire, mais dans le silence et de manière souterraine, à la reproduction de la domination qui est inscrite de tout temps dans les rapports de genre, s'agissant de la manipulation des corps. Il ne conduit pas à l'abolition de la violence. Il conduit à l'interdiction de la dire, de l'écrire, et de la penser.

*

Ma question de départ, issue de mon cheminement personnel, a pu trouver, grâce à ces références théoriques, des formulations nouvelles.

Pour A. Dutruge, la ritualisation des **gestes** participe pleinement de leur efficacité symbolique :

« [...] il est évident que la médecine ne peut être efficace que si elle répond aux modèles proposés par la culture où elle prend forme. Elle doit donc répondre à l'ensemble des systèmes interprétatifs de la maladie sous la peine de devenir totalement inefficace en engageant une rupture symbolique telle qu'elle n'aurait plus aucune raison d'exister. »⁴⁵³

Les rites contribueraient donc à « produire l'efficacité » de la rencontre médecin-patient, efficacité qui n'est possible que s'il n'y a pas rupture symbolique entre le patient et le médecin.

Une analyse des représentations et des rites de pratiques mis en place dans la prise en charge des patients pourrait amener à expliciter ce que nous, médecins, suggérons : d'abord aux médecins, afin de « *se protéger* », en nous instituant comme suffisamment

⁴⁵³ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit. pp. 36-37.

différents pour pouvoir mener à bien nos tâches vis-à-vis des patients ; ensuite aux patients eux-mêmes, dans le but de rendre symboliquement efficaces nos soins.

Les pratiques médicales observées en médecine de la douleur me paraissant avoir un caractère rituel, pourraient être, au moins en partie, des rites de protection : nous avons vu par exemple le caractère protecteur de la pluridisciplinarité. Il est également question de passage. En outre, les propriétés du phénomène douleur renvoient universellement à l'initiation.

Les analyses anthropologiques des rites médicaux tendent à montrer qu'ils conduisent, pour le médecin, à un résultat paradoxal : d'un côté, leur existence traduit la nécessité collective, dès les études médicales et pendant l'exercice, d'un travail au corps de l'imaginaire du corps. En même temps, ce travail conduit précisément à détacher 'fil à fil' le corps que le médecin voit, sait, pense, conceptualise, de son corps imaginaire autant que de son corps perçu. Leur imaginaire est donc puissamment modelé de manière à ce qu'il s'inscrive dans une zone aveugle, défendue par des rites et des tabous. Ce que cela a de paradoxal, est que cela témoigne d'une croyance partagée et fervente en la puissance de l'imaginaire du corps, puissance cependant dont on se réserve l'usage, exclusivement, aux fins de fabriquer ce que l'on imagine être de meilleurs médecins, c'est-à-dire des médecins qui ne croient pas en la puissance de l'imaginaire du corps, qui s'en désintéressent.

Il apparaît également que de telles initiations, et une telle organisation des savoirs du corps s'appuie sur un imaginaire et des narratifs exclusivement masculins. En cela, la biomédecine s'inscrit dans une tradition universelle qui consiste à rivaliser avec la « conception » par le « concept ».

Ce qui est ainsi mis en scène et narré aux patientes à l'hôpital, en particulier concernant le corps féminin et la maternité, apparaît susceptible de n'être pas congruent avec leurs propres perceptions et imaginaires, et de conduire à une 'contre-efficacité' symbolique, une rupture symbolique dans la relation.

L'imaginaire masculin n'étant pas exclusivement l'apanage des hommes, pas plus que l'imaginaire féminin n'est l'apanage exclusif des femmes, les difficultés rencontrées vont se distribuer inégalement entre les individus. Mais cela pourrait rendre compte au moins en partie des phénomènes aboutissant à la désignation de l'hystérique : femme, désignée par son utérus, soumise à des symptômes mystérieux, qui défient et la vue et les concepts savants, elle incarne précisément tout ce que la médecine a soigneusement écarté. On rejoint donc les hypothèses de J.-J. Kress, en leur ajoutant une dimension sexuée, ou 'de

genre'⁴⁵⁴ : l'épistémologie médicale du corps est une épistémologie masculine, et la faille qui creuse ses fondements entérine la rupture entre un corps féminin, tout du moins dans l'imaginaire, et un corps masculin.

b. Définitions

Qu'entends-je par « rite »

Dans le Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie de P. Bonte et M. Izard, le rite est défini de la manière suivante :

« Le rite s'inscrit dans la vie sociale par le retour de circonstances appelant la répétition de son effectuation. Il se caractérise par des procédures dont il implique la mise en œuvre afin d'imposer sa marque au contexte que son intervention même contribue à définir. Les procédures rituelles sont plus paradoxales que significatives, car le rite se propose d'accomplir une tâche et de produire un effet en jouant de certaines pratiques pour capturer la pensée, menée ainsi à « y croire » plutôt qu'à en analyser le sens. [...] les rites ne se confinent nullement à la sphère du religieux : c'est plutôt celle-ci qui ne peut s'en passer [...]. Les rites [de passage] opèrent un changement plus qu'ils ne l'expriment ou ne le signifient [...].

« Les rites intéressant la vie collective en appellent à des individus comme à des acteurs du social, tandis que dans les rites à destination individuelle, c'est la personne, à travers son identité physique, affective et intellectuelle, qui voit mettre à sa disposition une scénographie collective. »⁴⁵⁵

A. Dutruge, en abordant la question des pratiques rituelles dans la relation médecin-patient, précise d'abord à quel point il est difficile de donner une signification précise au rite, même s'il y a une dimension quasi-constante : la référence au religieux. Elle choisit de s'appuyer préférentiellement sur l'utilisation qu'E. Goffman fait du concept dans ses rites d'interaction, en ce qu'elle permet de sortir de la dichotomie durkheimienne entre sacré et profane et d'« élargir [...] le cercle des objets sacrés au-delà des croyances et des religions »⁴⁵⁶. En effet, E. Goffman étudie les interactions sans qu'aucune référence ne soit faite au religieux. La mise en

⁴⁵⁴ 'Gendered' en anglais, cf. plus haut.

⁴⁵⁵ Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991.

pp. 630 -632.

⁴⁵⁶ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine op.cit.*, p. 44

place d'une scénographie collective, un certain type d'organisation temporelle et spatiale, son efficacité symbolique, suffisent à caractériser le rite.

« [La consultation médicale est un lieu] où les pensées, les paroles, les regards et les gestes se concentrent sur un même objet, le corps. Celui-ci résume légitimement la rencontre dont il est vital de ne pas compromettre l'équilibre rituel indispensable à la production de son efficacité. (...)C'est l'efficacité symbolique, pour le médecin et pour le patient, de pratiques organisées, répétitives, institutionnalisées, faisant l'objet d'un consensus social, appartenant à l'ordre du quotidien, concernant un support matériel (le corps) auxquels elle confère un sens, qui va me permettre d'identifier le caractère rituel de certaines pratiques, de définir ce que j'entends par rite. »

A. Dutruge⁴⁵⁷

Pour Mircea Eliade⁴⁵⁸, c'est aussi par le caractère secret, tabou, non-dit, 'oublié' du rationnel qui sous-tend ce type de pratiques, que s'en révèle le caractère rituel (dévoilement du comportement cryptoreligieux).

Pour V. Turner⁴⁵⁹, les rites sont l'occasion d'un discours que la société tient sur elle-même, à travers les actes accomplis et les exégèses données *a posteriori* par les participants.

Pour M.-C. Pouchelle, « Si les effets secondaires symboliques d'une procédure technique prennent le pas sur sa justification objective, alors on est fondé à parler de rituel plus que de protocole. Mais un rituel est plus difficile à modifier qu'un protocole, car ses fonctions existentielles sont complexes. Stéréotypé et répétitif il est destiné à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes. »⁴⁶⁰

Donc : les rites organisent le temps et l'espace de moments qui assurent la cohésion du groupe. Ils mettent le groupe, et ses règles, en scène, à destination du collectif et de l'individu. Ils assurent ainsi une fonction d'ordre. Ils s'adressent au corps (ou plus exactement ils le travaillent) plus qu'au raisonnement. Leur sens est le plus souvent implicite, ou recouvert par une explicitation, un narratif mythique qui s'adresse à l'imaginaire et non à la raison.

⁴⁵⁷ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine op.cit.*, pp. 45-46.

⁴⁵⁸ Eliade M., *Le Sacré et le Profane, op.cit.*

⁴⁵⁹ Turner V., *Le Phénomène rituel structure et contre structure* (1969), P.U.F., Paris, 1990.

⁴⁶⁰ Pouchelle M.-C., *Infections nosocomiales et culture hospitalière*, conférence, p. 3.

On a décrit différents types de rites et rituels. Ce sont les rites de passage, et les rites d'initiation, qui nous intéresseront en priorité.

S'agissant des rites d'initiation : nous avons vu que la douleur en est un instrument quasi-universel.

Initier, pour A. Morinis, c'est « accomplir la transition de la jeunesse vers l'âge adulte, (...)enseigner les secrets et les techniques de l'âge adulte, (...)contribuer au développement de vertus valorisées comme le courage et l'endurance tout en affirmant l'importance de l'individu pour le groupe, soulager le stress social lié aux changements de rôle des sujets soumis à l'initiation, et (...) libérer et de canaliser le stress psychologique de ces mêmes sujets(...), altérer les relations sociales. »⁴⁶¹

La médecine face à la douleur est en position de pratiquer une forme d'initiation : elle représente autant (plus?) ce qui inflige la douleur que ce qui la soulage ; en outre, comme le dit D.B. Morris, entre ne pas soulager la douleur et l'infliger volontairement, il n'y a hélas qu'un petit pas vite franchi. Nous avons vu en outre que la médecine face à la douleur a à charge de doser « la balance raisonnée des plaisirs et des peines » ; de surcroît, toute éducation du corps est une éducation morale.

Les rites de passage définis par A. Van Gennep nécessiteront également une attention particulière. Ils sont définis en référence aux représentations du mystère, telles qu'elles sont explicitées par les acteurs eux-mêmes.

Dans le cas qui nous préoccupe : la biomédecine, et plus spécifiquement la médecine de la douleur, l'application de ces catégories reste donc problématique de par l'absence de théories explicitement religieuses. En même temps, si tabou il y a, il se situe précisément du côté de l'interdiction de faire référence à ces théories pour ce qu'elles sont et ce, bien qu'elles restent à divers degrés, actives : le dogme est l'interdiction de se demander dans quelle mesure la pensée est dogmatique. C'est là l'immense paradoxe qui en rend l'analyse si complexe.

La médecine de la douleur se distingue néanmoins sur ce point de la biomédecine : le « mystère », et l'efficacité de la croyance (« le placebo »), y sont explicitement évoquées, comme des outils de soin. Il n'est pas rare que les médecins eux-mêmes établissent des parallèles entre leur travail et celui des chamans. La notion de 'mana' est donc présente ; mais

⁴⁶¹Morinis A., "The Ritual Experience: pain and the transformation of consciousness in ordeals of initiation", *op.cit.*

n'étant pas explicitée, elle n'est pas explicitement rattachée à des objets ou à des organisations distincts, et seules l'observation, la projection et l'interprétation, confrontées secondairement à la cohérence globale du système permettront de constater que l'on est bien devant une organisation structurée comme un rite de passage dans un but d'efficacité symbolique, qui s'appuie sur l'imaginaire et le mythe.

La structure des rites de passage tels qu'A. Van Gennep les décrit peut tout à fait s'appliquer, nous le verrons, aux procédures systématiques mises en œuvre en médecine de la douleur. Le terme même de « passage » y est fréquemment utilisé par les acteurs eux-mêmes.

*

Qu'entends-je par « sacré » ?

Le sens attribué à ce « support matériel » du rite qu'est le corps, se réfère à un domaine qui se caractérise par la puissance symbolique qui lui est attribuée, sinon explicitement, du moins dans les faits.

Quand la nature de cette puissance est explicitée, de manière organisée et légitime dans le collectif, on la qualifie de « divine », et on qualifie de « religion » les croyances qui en résultent (et qui génèrent des organisations-supports).

Qu'elle soit explicitée ou pas, elle se réfère, du point de vue de l'expérience, à ce qui peut tour à tour être qualifié de « sacré », de « numineux », de « transcendant », de « mystérieux ». A son sujet sont produits des narratifs que l'on peut qualifier de mythiques :

Selon M.Eliade, « les mythes nous introduisent dans un monde qui ne peut pas être 'décrit', mais seulement 'narré', puisqu'il est constitué par l'histoire des actions librement entreprises, des décisions imprévisibles, des transformations fabuleuses, etc...En un mot, l'histoire de tout ce qui s'est passé de significatif depuis la Création du monde, de tous les événements qui ont contribué à *faire* l'homme tel qu'il est aujourd'hui »⁴⁶²

Quoi de plus mythique effectivement que ce qui « fait l'homme » - et cela concerne très directement la médecine.

*

⁴⁶² Eliade M., *Initiation, Rites, Sociétés secrètes*, op.cit.

Un certain nombre d'auteurs ont tenté de définir le sacré : voici un bref résumé de leurs propos :

Pour Wunenburger⁴⁶³, le sacré apparaît comme une « structure permanente de notre relation au monde autant que de notre constitution biophysique ». Un certain nombre d'évènements (Kratophanies) vont donner lieu à la formation du sentiment du sacré ; selon les auteurs, il peut s'agir de moments où se révèle, dans la nature ou dans l'être, une puissance⁴⁶⁴ (Eliade), en particulier lors d'évènements imprévus ou spectaculaires, tel un tremblement de terre. Ce point de vue a été critiqué, entre autre par Dürkheim, comme une naturalisation du sacré. D'autres auteurs, se référant toujours à l'idée d'expériences fondatrices, évoquent : « le gaspillage des forces vitales » comme dans la mort ou la reproduction (G. Bataille), « l'effroi de la violence du meurtre » (R. Girard), la « peur des forces démoniaques » (E. Fink), ou encore « l'ignorance des relations de cause à effet de certains phénomènes étonnants »⁴⁶⁵. Il est aisé de constater que l'expérience de la maladie, en particulier quand elle se limite à des souffrances physiques et morales durables et sans cause visible ou rentrant dans des catégories connues de la maladie, peut correspondre peu ou prou à chacun des types d'évènements sus-décrits. La médecine a fort à faire, dans son souci de se distinguer du religieux, à balayer de l'esprit des malades - comme du reste de celui des professionnels - l'expérience du sacré et la quête herméneutique qui s'ensuit. C'est pourquoi elle a, plus encore que les autres organisations ayant fonction d'ordre, toutes raisons de tenter de mettre en place des organisations, des règles et des catégories, rigides, infranchissables et 'totales', comme le sont les tabous, pour maintenir ces interprétations sous silence.

Wunenburger s'interroge : les évènements en question sont-ils cause ou occasion de l'expérience du sacré ? G. Durand propose à cette question la réponse suivante : cette expérience est inscrite dans le corps, comme l'ensemble des structures de l'imaginaire, par un réseau complexe de symboles ; pour R. Otto également, il existe chez l'homme une catégorie d'interprétation et d'évaluation *a priori* du sacré. Ainsi, pour ces deux auteurs, catégories vitales, structures imaginaires et catégories intellectuelles créeraient les conditions préalables de la reconnaissance ultérieure d'expériences comme relevant du sacré.

*

⁴⁶³ Wunenburger J. -J., *Le Sacré*, collection « Que sais-je ? », P.U.F., Paris, 1981.

⁴⁶⁴ Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, *op.cit.*

⁴⁶⁵ Cités in Wunenburger J. -J., *Le Sacré*, *op.cit.*

C'est précisément sur ce point : la définition du sacré, que peuvent se tisser d'interminables dialogues aporétiques, car on ne peut que tourner inlassablement autour de la croyance des uns, et des autres.

Voici pour ma part, la définition, ou plutôt la description que j'en retiendrais :

Il y a, tout d'abord, une expérience double, l'expérience du numineux : celle d'une puissance formidable qui dépasse l'entendement humain, et celle d'une impuissance également insondable, celle de l'humain, précisément. Son corps, est, par ses souffrances, l'incarnation de cette vulnérabilité face aux mouvements de cette puissance, mouvements arbitraires, imprévisibles, parfois cruels.

De cette expérience il tire, tantôt l'admiration et la béatitude, tantôt la colère. Il en tire aussi un désir, et une nécessité : celui de s'organiser pour y répondre.

Dans ces organisations, il dégage des territoires matériels (des lieux, des moments, des personnes, des actions) qu'il investit, par l'imaginaire, d'une puissance équivalente à son expérience numineuse, et sur lesquels il va pouvoir exercer directement son désir et son besoin de la contrôler.

Le choix de ces territoires se fait en fonction des représentations qu'il a de cette puissance, et des territoires où il lui semble qu'elle se manifeste habituellement. Le corps du nouveau-né, le corps de la femme enceinte ou qui vient d'accoucher, le corps du mort, et tout ce qui est associé, dans son imaginaire, à la pérennisation de l'espèce (les relations entre hommes et femmes, la nature...) sont des territoires privilégiés de ce type d'organisation. À cette occasion (ces organisations du corps) peut se manifester de diverses manières le sentiment d'une dualité dans la personne humaine : un être matériel, le corps, et quelque chose d'autre que ce corps vient incarner et par lequel l'humain est en quelque sorte en communication avec cette puissance.

Ce sont ces territoires que je dis « sacrés ». Ils sont reconnaissables en ce qu'ils manifestent quelque chose d'une différence radicale avec l'expérience habituelle, quotidienne, du monde. En outre, ils sont immédiatement associés, par les sens sinon par la raison, à la perception d'un impératif de silence, de secret, de mise en repos de l'action mue par le désir ou l'impulsion individuelle : ils sont réglés par des interdits qui déterminent en leur sein les conduites adéquates, ou pas. Ces interdits font l'objet de consensus collectif qui ne reposent pas sur la raison mais sur la croyance : la croyance en tant que telle n'est pas nécessairement formulée pour ce qu'elle est - surtout si une telle explication n'est pas légitime - et la difficulté à s'exprimer selon la raison peut en tenir lieu. En outre, la transgression de ces interdits est suivie d'un malaise intense dans le collectif.

Quand elle a trait au corps, l'expérience du sacré va donc être l'occasion de la manifestation de plusieurs types de lien : le lien entre humain matériel et immatériel ; le lien entre l'humain impuissant et les puissances numineuses ; le lien entre les membres de la communauté humaine, unis dans une même croyance, dans une même impuissance aussi.

L'art est un des moyens privilégiés de manifester à la fois cette expérience en elle-même, dans toute son ambivalence, ses sentiments contraires, et aussi des liens susdits. C'est pourquoi il est souvent associé au sacré.

En outre, l'expérience de la pratique artistique est en elle-même une expérience de ces liens : je m'aventure ici sur un terrain polémique....il s'agit de parler de ce qui serait 'vraiment' de l'art par rapport à ce qui n'en serait pas. Je m'abrite derrière J. Pigeaud :

« La structure que Bichat donne à l'être humain est une dualité essentielle, incontestable et irrémédiable, celle d'un dehors et d'un dedans, comme deux réalités absolument inconciliables, qu'elle installe dans l'espace. Qu'est-ce qui fait le lien ? C'est la vie. C'est la vie qui fait que ce recto-verso tient ensemble. Vivre est l'acte poétique. Vivre est le premier acte métaphorique (...)

Coleridge propose un nouveau terme, celui d'*esemplastic*, pour rendre compte de l'effort unificateur de la première forme d'imagination »

J. Pigeaud cite Coleridge : « *Esemplastic* (...) c'est-à-dire mettre en forme pour faire de l'un ; parce que j'avais besoin de faire passer un nouveau sens, je pensais qu'un nouveau terme pourrait à la fois aider et rappeler ce que je veux signifier et empêcher la confusion avec ce qu'implique habituellement le mot d'imagination. »

J. Pigeaud poursuit : « C'est le problème de la métaphore (...). La vie fait de l'un. Vivre est un acte poétique (...) Vivre, c'est du désordre qui va vers l'ordre ; c'est la discordance en marche vers l'harmonie. »⁴⁶⁶

J'étends ce que dit J. Pigeaud de la poésie à tout art 'vrai', c'est-à-dire à tout art efficace : l'art c'est la vie, la vie c'est l'art, l'art fait du « un », du lien, et l'expérience individuelle de l'artiste est une expérience de mise en ordre, au même titre que celle des sociétés humaines s'organisant face au désordre. Mais c'est peut-être la seule qui puisse se dérouler à l'échelon purement individuel, et c'est pourquoi le travail de l'artiste a si longtemps été utilisé pour manifester quelque chose du sacré.

⁴⁶⁶ Pigeaud J., *Poésie du corps*, collection « Manuels », Payot & Rivages, Paris, 1999, pp. 67-68.

Pour finir, je reprendrai les propos des auteurs cités plus haut pour insister sur la violence : la violence subie - dont la douleur est une expérience - quel qu'en soit le responsable perçu (forces naturelles, personne...) peut être l'occasion de cette expérience double de puissance/impuissance qui appelle des organisations sacrées. Si l'on prend ce terme dans son sens le plus large, celui choisi par R. Girard, qui recouvre toutes les expériences de violence perçue, par l'individu ou le collectif, c'est-à-dire tout ce qui vient menacer la survie, réelle ou symbolique, de l'individu ou du groupe : la violence fondamentale, elle est même l'occasion privilégiée de la détermination de telles organisations.

*

Qu'entends-je par « représentation sociale » ?

Quand nous évoquerons les « représentations sociales », nous nous référerons à la définition qu'en donne, dans le domaine de l'anthropologie de la santé, F. Laplantine.⁴⁶⁷

Il les définit comme suit :

« C'est la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image-croyance qui, contrairement au concept ou à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. »

Il la définit aussi comme un « instrument d'action », « non réductible à ses aspects cognitifs et évaluatifs ». Pour lui, elle se situe à la jointure de l'individuel et du social ; c'est « un savoir qui ne doute pas de lui-même » et qui est tenu pour « totalement bon » par celui qui y adhère. C'est par son lien avec la croyance, l'affectivité, l'imaginaire, mais aussi avec l'action, que ce concept nous a semblé opérant pour étudier la médecine de la douleur.

Aaron V. Cicourel⁴⁶⁸ décrit l'interaction médecin-patient comme suit :

« [...] la médecine nous montre une interaction assez exceptionnelle entre, d'une part, une connaissance scientifique fondamentale et appliquée et, d'autre part, des raisonnements ordinaires au sein d'environnements socioculturels déterminés. »

⁴⁶⁷ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, Paris, 1986.

⁴⁶⁸ Cicourel A., *Le Raisonnement médical, une approche sociocognitive*, op. cit.

Je pense que cette description est insuffisante pour décrire la complexité de l'interaction médecin-patient. Le médecin appartient aussi à un environnement socioculturel déterminé, et il est autant que le patient porteur de croyances et de représentations, dont celles qu'il a développées ou renforcées au cours de sa formation de médecin. À l'image d'A. Cicourel, nombre de sociologues de la médecine ont omis de considérer le médecin comme un être également conditionné par un système de représentations.

Il ajoute : « Les systèmes de croyance peuvent être décrits comme des ensembles de schémas (ou modules de connaissances) qui n'interagissent pas toujours entre eux pour former des abstractions ou des prévisions de plus haut niveau clairement intégrées et hiérarchiquement structurées. Les gens utilisent ces modèles mentaux pour comprendre leurs expériences quotidiennes et les informations factuelles complexes qu'ils doivent traiter chaque fois qu'ils sont confrontés à des modes de communication aux contenus hautement formalisés. »

Le médecin est lui aussi un être humain confronté pendant toute sa formation et sa pratique à un « contenu hautement formalisé » qu'il s'efforce, avec plus ou moins de facilité, de faire correspondre aux croyances et aux représentations acquises précédemment à son entrée en faculté, ainsi qu'à son vécu subjectif. Les circonstances - personnelles, ou institutionnelles, ou celles du patient, comme dans le cas de la douleur chronique où l'encodage échoue, sont autant de situations où la correspondance entre croyance et savoir formel va poser problème. Cicourel reconnaît lui-même que les croyances les plus difficiles à ébranler sont celles mises en place dans la période préscolaire. Or, il faut bien admettre que pour le médecin aussi il y a une vie avant la faculté, ou comme dit F. Laplantine, que « **comme les militaires (ils) se recrutent dans le civil** »⁴⁶⁹. Le fait même que nombre de sociologues laissent ainsi de côté cet aspect essentiel de l'interaction, me paraît témoigner d'une grande susceptibilité à la croyance, décrite par A. Dutruge⁴⁷⁰, que les médecins sont, du fait de leur initiation à la mort (rite de la dissection), des êtres différents.

Pour mieux comprendre cette interaction dans son essence, il me paraît important, avant que de considérer ce qui oppose ses acteurs, de considérer ce qui les réunit. Cela nous permet de comprendre comment est construite cette différence, et quelle est sa fonction.

⁴⁶⁹ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

⁴⁷⁰ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

*

Ce que j'entends par fonction

Le choix du terme « fonction » fait ici référence aux trois usages possibles du terme : fonction, au sens d'utilité ; fonction, au sens mathématique, systématique : ce qui est 'fonction de', 'conséquence mathématique de' ; fonction, au sens de 'comment ça fonctionne'. C'est-à-dire donc que par « fonction » j'entends ici : l'utilité de la désignation de l'hystérique pour le groupe, comment fonctionne cette désignation dans le groupe qui inclut la patiente, et aussi ce qui se passe en fonction de cette désignation : ses conséquences. Le terme « fonction » se réfère ici à une approche systémique : si cette désignation dure, c'est qu'elle 'fonctionne' pour le système, - qui comprend la patiente - en amont et en aval de cette désignation. Par « groupe », j'entends certes le groupe des soignants, mais au delà l'environnement proche de la patiente, familial, professionnel, ses interlocuteurs médicaux, légaux, administratifs, et plus largement la société, dont l'imaginaire collectif, les représentations, et les pratiques du corps, de la santé et de la maladie, et du genre, sont en jeu à chaque étape de la trajectoire qui aboutit à cette désignation.

*

Qu'entends-je par « folklore » ?

Dans le système de sens mis en place pour faire face à la souffrance et à la mort, ce qui ici va attirer le regard de l'anthropologue, c'est l'organisation spontanée et collective d'un folklore, entendu au sens fort, anglo-saxon (folk-lore) du terme : c'est-à-dire le tissu de narratifs et de pratiques résultant de l'enchevêtrement des écrits portant les recommandations et savoirs officiels, avec leur appropriation par la population⁴⁷¹. Par « folklore biomédical » j'entends le folklore ayant trait à la biomédecine, tel celui observé en situation de consultation médicale ou d'hospitalisation.

⁴⁷¹ O'Crualaoich G., *The Book of the Cailleach- Stories of the Wise-Woman Healer*, Cork University Press, Cork, 2003. Cette citation est extraite d'un de ses enseignements.

Les acteurs et créateurs de ce folklore sont aussi bien les patients que les professionnels ; les patients ne sont pas exclus du groupe des ‘auteurs’ au titre de leur non-appartenance au cercle des initiés, pas plus que les médecins praticiens ne sont rattachés au seul cercle des producteurs de textes officiels - qu’au demeurant n’habite qu’une minorité d’entre eux.

Une découpe patients/soignants reprendrait de précédentes analyses sociologiques qui se sont concentrées sur l’asymétrie de la relation médecin-patient du point de vue du pouvoir et du savoir ; ce faisant, elles ignorent tant la contribution active du patient et des non-professionnels à la création d’un imaginaire médical, que la part d’imaginaire à l’œuvre chez les professionnels, traités comme des porteurs de savoir dénués de toute subjectivité. Or patients et professionnels sont issus d’une culture commune. Il nous a paru plus intéressant, si quête de pouvoir il y a, de se concentrer sur la quête partagée d’un pouvoir sur la maladie et la mort, que sur la quête différentielle d’un pouvoir de l’un sur l’autre, qui n’intervient plus que comme une conséquence de la première. Mon point de vue est anthropologique : au-delà de ce qui sépare professionnels et non-professionnels face à la maladie, ce qui nous intéresse est ce qui les réunit, c’est-à-dire l’organisation construite collectivement, de manière plus ou moins consciente, pour faire face à la souffrance, à la peur de la maladie et de la mort. Dans cette organisation, comme dans les autres traditions de soin, il y a des profanes, et des initiés.

c. Conclusion : la fabrique des médecins, le point de vue de l’anthropologie ; la séparation entre médecine et religion.

R. Rey nous rappelle que, dans l’Occident médiéval, les médecins se recrutaient parmi les clercs, et que ce n’est qu’au XVII^{ème} siècle, et dans des circonstances encore incomplètement élucidées, que s’est opérée la séparation entre le corps médical d’une part, et l’Église d’autre part. Cependant, la religion reste très présente en médecine. Elle dessine une représentation mécaniste du corps, certes, mais dans une conception dualiste qui présuppose l’existence de l’âme, et une âme dont la référence reste religieuse - sinon, pourquoi la refuser aux animaux ? D’ailleurs dans le débat sur la douleur chez l’animal, la question sera posée. Au XVIII^{ème} puis au XIX^{ème} siècle, le développement de la biomédecine semble affranchir la médecine de ses

relations avec la religion. Nous reviendrons ultérieurement sur ce processus complexe et multiple, pour envisager spécifiquement la place de la femme dans ces développements.

Tous les efforts sont faits pour établir des données scientifiques objectives, à l'aide des dissections entre autres, réprouvées par l'Église, et qui établissent la désacralisation du corps par et pour les médecins. La pensée positiviste repoussant les *a priori*, les jugements de valeur, se joint à cette politique de mise à distance du subjectif, de l'imaginaire, du religieux. Mais je dis bien « semble » : en asseyant toutes ses recherches sur une conception dualiste corps/âme, la médecine affirme implicitement son allégeance à un certain discours sur l'âme. En passant finalement d'un dualisme corps/âme à un dualisme corps/psyché, elle ne fait que métaphoriser différemment un discours qui continue à séparer, comme dans la pensée religieuse, un corps matériel et un être immatériel.

Par ailleurs, on l'a vu dans le débat entre R. Rey et J.-P. Peter, le monde médical du XIX^{ème} siècle au sens large est aux mains d'exécutants dont une bonne partie souscrivent à la morale catholique qui domine l'époque. Sur la question de la féminité et de la maternité en particulier, la séparation d'avec l'Église mettra bien longtemps à s'établir... si tant est que ce soit fait aujourd'hui.⁴⁷²

*

L'anthropologie a quelque chose à dire de ces rapports entre médecine et religion :

« On peut (...) s'apercevoir des retrouvailles du médical et du religieux lorsque l'individu fait l'expérience d'une affection qui bouleverse littéralement son existence [...] ou lorsque la culture, comme c'est le cas en Occident aujourd'hui, vit une crise dans ses fondements : il nous semble alors possible de détecter du sacré en dehors même des institutions qui en avaient hier le monopole et la gestion. »⁴⁷³

La douleur, chronique en particulier, est susceptible, pour les deux ordres de raisons invoqués ci-dessus par F. Laplantine, de faire surgir ce lien entre le médical et le religieux dans le

⁴⁷² Bien sûr, ces institutions sont aujourd'hui séparées, mais c'est bien en particulier autour de ces questions qu'a travaillé dès ses origines le comité d'éthique, qui convie aussi des religieux : les décisions difficiles en gynécologie obstétrique ne font pas appel qu'au savoir médical. En outre, le caractère passionné des débats qui agitent ce champ montre bien qu'en matière de gynécologie et d'obstétrique, le processus décisionnel - concernant tant les stratégies thérapeutiques que les organisations internes à ces disciplines - se nourrit d'influences diverses, qui ne se résument pas aux données scientifiques disponibles, et fait la part belle à la religion.

⁴⁷³ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

discours des patients ou dans la littérature, qui parfois nous le donne à connaître. Pour ce qui est du discours médical, nous avons vu que la douleur occupe une place particulière à l'interface du médical et du sacré, sinon du religieux, pour un ensemble de raisons qui tiennent au phénomène douloureux en lui-même.

F. Laplantine affirme en outre que dans notre société occidentale l'avènement de la « science médicale », la biomédecine, fondée sur l'objectivation des désordres du corps, s'est opéré au prix d'une différenciation entre la fonction médicale et la fonction religieuse, la première prenant du point de vue institutionnel une autonomie progressivement complète. Cette différenciation, « lente désimplification du mal et de la maladie », est fondée sur la définition du « corps comme nature » décrite par D. Lebreton, qui est culturellement construite, et sur la différenciation « entre malheur biologique et autres formes de malheur ».⁴⁷⁴

L'actuelle médecine de la douleur, qui remet en cause le traditionnel dualisme corps/âme, va-t-elle jusqu'à remettre en cause ces différenciations qui conduisent à l'exclusion réciproque du religieux et du médical ?

F. Laplantine rappelle, dans son *Anthropologie de la maladie*⁴⁷⁵, qu'il est tout à fait ethnocentrique de définir séparément une « anthropologie de la santé » d'une part et une « anthropologie religieuse » d'autre part : tout travail anthropologique exécuté hors de nos frontières ne procède pas à de telles dichotomies, mais range dans le religieux tout ce qui a trait aux rites et aux organisations sociales afférentes au corps. Opérer une distinction entre ces deux domaines, c'est céder à la « théologie » biomédicale, car c'est demeurer prisonnier d'un système de croyances qui est au fondement même de ce que nous appelons « progrès » de notre biomédecine : un système de croyances qui définit comme « véritable » celles des médecines qui précisément parviennent à s'affranchir du champ religieux, en opérant un clivage perçu comme nécessaire entre nature et culture, et la « désimplification du mal et de la maladie ». L'anthropologue qui se donne pour objet la biomédecine, au même titre que celui qui se donne pour objet le corps, ne peut s'enfermer dans de telles dichotomies.

En outre, selon E. Durkheim, qui jeta les bases de ce que l'on appelle aujourd'hui « anthropologie de la religion », il n'est nul besoin de s'en référer à un être surnaturel pour définir une religion. Durkheim définit la religion au sens large comme un « système solidaire

⁴⁷⁴ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

⁴⁷⁵ Ibid

de croyances et de pratiques relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, pratiques et croyances qui unissent en une même communauté morale, appelé église, tous ceux qui y adhèrent. »

Ce qui définit une religion, c'est la « communauté morale » qui se crée autour d'un accord : celui de la reconnaissance d'un domaine « sacré - ou de la relation humaine à la transcendance » réservé aux initiés, d'un domaine « profane - ou de la relation immanente des hommes entre eux » ouvert à tous, et des « interdits » qui marquent le passage du profane vers le sacré. Ceci est relativement consensuel, de E. Durkheim à M. Mauss, en passant par R. Otto et M. Eliade.⁴⁷⁶

Or le corps entretient à divers titres des relations avec le sacré : il est sacré au sens de Durkheim, c'est-à-dire barré par des interdits et des tabous: On le voit, à travers l'interdit qui est fait par la loi aux non-médecins d'intervenir sur le corps d'autrui : s'agissant de l'intérieur du corps, les religieux ont pendant des siècles imposé des restrictions aux dissections. Une fois celles-ci autorisées, et encore de nos jours, leur pratique fut réservée à certains corps professionnels, au terme de longues controverses. Découvrir l'intérieur du corps mort est une expérience troublante, où le mystère de la relation humaine à la transcendance est omniprésent. Que reste-t-il, dans ce corps, de la personne ? Qu'est-ce qui est 'parti' de ce corps', qui n'est pas visible ?

S'agissant de faire souffrir le corps, dans toutes les sociétés, il existe des organisations qui attribuent ce droits à certains, et pas à d'autres, dans telles circonstances, et pas telles autres, en fonction de critères relatifs à la culture : d'une manière générale, l'initiation (douloureuse) confère à l'initié le droit d'infliger à son tour une douleur à autrui, par exemple pour l'initier à son tour. Le médecin est, de par la loi, et la religion, en possession d'une licence qui lui permet d'enfreindre un interdit concernant l'accès au corps et le droit de lui faire subir une douleur.

Nous avons vu, en outre, que l'on peut considérer aussi que le corps est sacré dans un sens plus large : en tant que médiateur - là encore par la douleur - indispensable entre l'immanent et le transcendant, entre le matériel et l'immatériel.

Les organisations propres aux droits des médecins à intervenir sur le corps, pour l'ouvrir ou le faire souffrir, font l'objet d'interdits religieux et légaux qui ont trait à la transcendance. En cela, ce sont véritablement des initiés.

⁴⁷⁶ Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991, pp. 619-624.

Nous avons vu, dans la présentation méthodologique de ce travail, qu'il faudrait sans cesse mettre des guillemets à 'corps', tant ce mot, comme 'douleur' est un problème en lui-même. Le corps place le chercheur en sciences humaines, depuis M. Mauss lui-même, devant la question de la limite sujet-objet, et devant l'impossibilité d'utiliser l'objectivation comme méthode de référence. La phénoménologie s'impose alors d'emblée comme la posture la plus juste pour étudier le lien qui unit inévitablement le chercheur à son « objet devenu sujet ». Or, si l'on prend cette posture, qu'observe-t-on ? Qu'est-ce qui va se trouver mis en jeu, chez le médecin, chez le patient, lors de leur « corps à corps », qu'est-ce qui en est l'essence même ? Il y a, d'une part, la responsabilité, celle du « face-à-face »⁴⁷⁷ au sens littéral ; face qui bien souvent est masquée sur le cadavre que l'on dissèque - c'est plus facile ainsi d'oublier la personne, et de considérer la machine. D'autre part, ce qui est immédiatement commun, partagé, c'est l'expérience de la crainte de mourir, qui fonde le sens même de la mission attribuée au médecin par la société et la culture ; cette crainte s'accompagne de la nécessité d'une explication, de la projection d'un narratif pour conférer un sens à cette expérience, narratif qui va tendre à devenir une connaissance totalisante du monde. Toutes ces choses appartiennent autant, bien que de manière différente, au médecin qu'au malade depuis la nuit des temps. N'est-ce pas là ce qui fonde aussi la nécessité pour les sociétés des organisations religieuses ?

Concluant son article intitulé « Champ et concepts de l'anthropologie religieuse », A. Julliard annonce que l'on peut « légitimement dire que l'appareil rituel des religions sert plus à rendre intelligible et à orienter l'événement qu'à conduire une médiation sur le sens de la vie »⁴⁷⁸. N'est-ce pas là une tâche aujourd'hui largement confiée à la médecine et à son 'appareil rituel' ?

La médecine, pratique du corps, est, pour l'anthropologue, au minimum en continuité avec la religion, autre pratique du corps. Le corps n'existe pas en tant que nature, c'est juste un signifiant qui renvoie à des signifiés variables d'une culture à l'autre. C'est un mot. Un élément de langage, qui sert d'inépuisables narrations sur ce qui serait au-delà de lui - avant, après, au dessus, en dedans... narrations dont la production est réservée à des initiés qui en ont chacun des expériences particulières, réservées, interdites aux autres - et notablement, dans l'histoire, qu'il s'agisse de médecine ou de religion, aux femmes. Celles-ci pourraient

⁴⁷⁷ Levinas E., *Éthique et Infini* (dialogues d'Emmanuel Levinas et Philippe Nemo), *op.cit.*

⁴⁷⁸ Julliard A., « Champ et concepts de l'anthropologie religieuse », in Martin J.B. et Laplantine F. (dir.), *Corps, religion, société*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1991, pp. 27-55.

pourtant se revendiquer, si même on fait abstraction du savoir organisé, d'un savoir intime d'une des voies par lesquels le corps est le lieu d'une transcendance : la procréation. Mais cela fait bien longtemps, dans le monde gréco-romain, que les hommes se battent pour que cette expérience soit privée de toute production narrative ayant trait à la transcendance - ou, à l'extrême rigueur, si une forme de transcendance est acceptée, elle est du domaine du malin.

De nombreux auteurs voient dans le développement des pratiques anatomiques qui a accompagné l'industrialisation du monde occidental l'occasion d'une « désacralisation du corps », à travers entre autres une séparation croissante entre discours médical et discours religieux : les productions narratives de ces deux champs ont pris des directions diamétralement opposées, les uns se réservant le domaine de la transcendance, les autres celui de l'immanence. A. Dutrue avance qu'il s'est alors opéré une rupture entre l'homme et son corps, par laquelle « s'est développée la voie de la dépossession du savoir sur le corps dont bénéficie la pratique médicale pour s'exercer ». À force de prendre ses distances vis-à-vis de la religion, à force de vouloir instaurer une solution de continuité entre son discours et le discours religieux, il semble que la biomédecine soit parvenue à imposer le silence au discours religieux sur le corps. J'ajouterais qu'elle s'est aussi imposée, à elle-même, le silence, s'agissant de produire des narrations cohérentes, efficaces, créatives, pour accompagner son trouble face aux expériences du corps nu, du corps mort, du corps découpé, ouvert.

Ces silences, elle les impose 'à son corps défendant' : parce qu'elle ne peut tirer un trait sur sa propre histoire, parce qu'il reste dans l'exploration du vivant des espaces d'inconnu et de mystère, parce que la rencontre avec la maladie ou la douleur met en branle une quête herméneutique chez le patient comme chez le médecin, ses pratiques vont aller frapper l'imaginaire pour recréer un narratif mythique. Mais il est orphelin de sa dimension collective. Dès lors que le discours religieux a perdu sa prééminence, la voilà chargée, seule parmi les institutions, de produire un discours qui puisse « rendre intelligible » les « événements » du corps. À son 'corps défendant' également, les croyances des patients comme celles des membres du corps médical vont ressurgir pour organiser ses pratiques selon un narratif qui n'a rien de scientifique, ni de technique, qui est du domaine du symbolique, qui peut prendre des dimensions religieuses, et qui reste implicite.

À côté de la biomédecine, une autre 'science humaine' explore la question du sens du malheur : la psychologie, au moins dans sa dimension théorique. F. Laplantine, dans les deux

ouvrages où il met en parallèle l'« effondrement » des voies « imaginaires » de la pensée tels le mythe ou l'utopie et l'avènement de la « culture du psy » (les Trois Voies de l'imaginaire et la Culture du psy ou l'effondrement des mythes) renvoie à une question également posée par G. Canguilhem⁴⁷⁹ : la psychologie est-elle légitime en tant que science dans la mesure où elle peine à délimiter son objet ? Qu'est-ce que l'humain ? La psychologie a-t-elle les moyens de le délimiter en tant qu'objet, ne serait-ce que vis-à-vis de l'animal ?... Question non moins essentielle et que l'on peut également poser à la médecine, concernant son rapport au sacré en particulier.

*

Notre système de santé, comme tous les systèmes de santé, s'intègre dans une culture. Il y remplit une fonction d'ordre, dans des liens intimes avec le religieux qui en France sont organisés sur le mode d'un effort de séparation des pouvoirs. Cependant la matrice globale qui rend nécessaire ces organisations contient aussi bien la médecine, que la loi ou la religion : en amont des organisations spécifiques à chacune, il y a une organisation commune qui ne peut se justifier entièrement à l'intérieur d'aucune de ces trois fonctions, mais en remontant à leur origine commune : la nécessité, universelle, pour les sociétés humaines, de faire face au désordre et à l'inconnu par des organisations, des rituels, des mythologies. De ce fait, la séparation ne peut pas être complète. Des rites persistent sous forme dégradée, de pratiques « crypto-rituelles » pour reprendre le terme de M. Eliade. Les mythes collectifs imprègnent la médecine et continuent à servir son efficacité symbolique. Ces rites et ces mythes organisent aussi les rapports des expériences corporelles et des savoirs selon une logique liée au genre.

La médecine de la douleur est, on l'a vu, le théâtre d'un questionnement particulièrement prégnant sur les rapports du corps et de l'âme, le sens du symptôme et, au-delà, du malheur. De ce fait, et parce qu'elle pratique la douleur et son soulagement, elle occupe une position privilégiée pour conférer du sens, effectuer des manipulations symboliques.

En outre, ce qui me préoccupe tout particulièrement dans cette fabrication des médecins, compte-tenu de tout ce qui a été dit auparavant sur les rapports que la médecine entretient avec la douleur, ce sont les rapports du corps et de l'âme.

⁴⁷⁹ Canguilhem G., « Qu'est-ce que la psychologie ? » in *Cahiers pour l'analyse*, ENS UCAM 1966.

C'est pourquoi la perspective anthropologique sur la division des tâches entre médecine et religion me paraît particulièrement intéressante : depuis le développement des sciences expérimentales, c'est-à-dire depuis le XVIII^{ème} siècle, la culture dans laquelle se situe la médecine en général la conduit à un interdit de se penser elle-même comme ayant quoi que ce soit à faire avec le religieux, dans ses discours comme dans ses pratiques. C'est l'interdit de la pensée qu'il convient de relever ici.

En outre, dans cette même culture, le corps a acquis un statut de plus en plus ambivalent : les savants du corps ne produisent plus à son sujet de narratif religieux, et il apparaît « désacralisé » ; pourtant des organisations ritualisées continuent à en contrôler l'accès, dont l'interdiction de les penser pour ce qu'elles sont renforcent paradoxalement le caractère rituel et l'efficacité symbolique. Cette ambivalence est d'autant plus grande s'agissant des pratiques qui conduisent à infliger ou soulager la douleur.

L'interdit de la parole s'agissant des aspects sacrés des organisations afférentes au corps concerne, depuis l'Antiquité, plus particulièrement les femmes - nous le verrons. En outre, de tout ce que les organisations du corps peuvent laisser entendre d'un accès possible, par sa manipulation, et par les expériences qui lui sont liées, à la transcendance, celle qui apparaît la plus évidente est vidée de toute portée transcendante, ou, à défaut, rapportée au domaine du malin.

*

En voulant autoriser par ce travail que la médecine tienne sur elle-même un discours qui lui soit propre, je fais nécessairement le choix de parler en tant que médecin. En outre, la question de l'adéquation de ma réponse à la demande des patientes est tout à fait présente à la source de mes questionnements.

Pourtant, ni les limites de mon objet ni mes outils d'investigation ne sont médicaux au sens actuellement entendu de l'appui sur la science expérimentale. C'est parce que j'ai procédé non par déplacement de mon point de vue mais par élargissement de mon champ de vision, à partir d'un postulat qui est aussi une conviction héritée de la clinique : si l'objet de la médecine est l'humain, alors il rejoint celui de l'anthropologie.

Pas toute l'anthropologie peut-être, tant il est vrai que les sciences sociales partagent avec la médecine des difficultés épistémologiques auxquelles participent les écueils inhérents à l' 'objet humain' ; mais une anthropologie qui s'inscrit dans la filiation du travail dit

d'anthropologie phénoménologique de T.J. Csordas⁴⁸⁰, pour qui l'universalité de l'humain, si elle existe, s'appuie au plus essentiel sur la manière d'être, par son corps, au monde, et l'orchestration collective des pratiques qui organise ce qu'il appelle « l'embodiment », qu'on pourrait traduire par « donner du corps à ». Cette traduction a pour but d'éviter le terme « incarner », dont les références religieuses sont trop prégnantes et risqueraient d'être exclusives d'autres lectures plus littérales⁴⁸¹, mais il n'en reste pas moins que l'on retrouve ici le corps incarné dont on parlait plus haut. Et l'on perçoit bien que le terme « incarnation » va au delà de la réhabilitation d'un « sujet » face à un corps qui serait devenu « objet » de la science expérimentale ; que répondre du respect de ce qui s'incarne dans ce corps ne peut relever de la seule collaboration entre une médecine technicienne et le protection, face à ses excès, du sujet par la psychologie.

Toute la médecine ne se reconnaîtra sans doute pas non plus dans un objet défini comme « l'humain ». Pourtant si l'on retourne, avec la phénoménologie⁴⁸², à l'essentiel de ce qui se joue dans l'expérience du soin et de la maladie, on a bien affaire aux infinies variations des façons d'être au corps et par ce corps au monde, à la naissance, à la mort, à notre temporalité, au sens que chacun trouve à vivre, à la souffrance et à la douleur qui sont là pour nous les rappeler, bref, aux questions métaphysiques qui font que l'humain est humain. Si, même mue par le souci d'être meilleur médecin, nous en revenons à une clinique médicale telle celle décrite par Aristote, nous voyons qu'à côté du mode de pensée logico-scientifique⁴⁸³ - où l'individu se perd avec l'authenticité au profit d'une vérité par nature intemporelle et reproductible à l'envie - une attention au mode narratif peut avoir une utilisation et une efficacité soignantes. Que sa clinique du singulier et de l'authenticité est une clinique de la narration. Ce mode narratif, décrit⁴⁸⁴ comme plus soucieux de vraisemblance que de vérité, local, temporel, procédant par associations et analogies, est, avec l'« embodiment », un autre trait d'union entre médecine et anthropologie, les narratifs ayant trait au corps appartenant donc autant à l'une qu'à l'autre. Et qui est plus à même d'entendre ces narrations dans ce qu'elles ont de plus authentique et vivant, de plus *réel* au sens de Lacan, que celui qui est supposé savoir ?

⁴⁸⁰ Csordas T.J.(dir.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

⁴⁸¹ To « embody », c'est « incarner »; mais les anglais ont aussi « incarnation » pour l'utilisation religieuse. C'est aussi « revêtir d'un corps », ou « unir l'âme au corps ». C'est aussi, par extension, « rassembler, réunir, renfermer, contenir, et donner du corps à ». *Dictionnaire Harraps*, Édition de 1960.

⁴⁸² Marchat P., *La Médecine déchirée*, *op.cit.*

⁴⁸³ White M. et Epston D., *Les Moyens narratifs au service de la thérapie* (1999), collection « Le Germe », Satas, Bruxelles, 2003.

⁴⁸⁴ White M. et Epston D., *Les Moyens narratifs au service de la thérapie* (1999), *op.cit.*

Pour saisir, enfin, le cheminement qui m'a amenée de la médecine vers l'anthropologie, il me semble important d'ajouter ici que c'est la conscience de notre responsabilité face à la souffrance exprimée par la plainte, et l'angoisse suscitée par cette responsabilité, qui a guidé ma route, et autorisé le vagabondage également pluridisciplinaire de ce travail.

Or comment la rencontre avec la souffrance, la plainte, la responsabilité et l'angoisse de lui faire face viennent-elles au médecin ? Le détour par la genèse d'une incorporation professionnelle est important, car il met en lumière toute la part d'« épistémologie subjective », pour reprendre le terme de J.-J. Kress, qui fonde le rapport de la médecine à ses malades - et en particulier à ce qu'ils appellent « le corps »- et du même coup mon cheminement, en tant que médecin, autant que mes audaces épistémologiques et méthodologiques, en tant que chercheur. Pour subjective qu'elle soit, cette épistémologie n'en est pas moins collective, résultant d'impératifs implicites, de règles, d'organisations, concernant en particulier le rapport à la souffrance, à la douleur, au corps, et à l'hystérie de conversion.

L'hystérie est, depuis le début du XX^{ème} siècle, liée au symptôme douleur. Ce dernier est lui-même, depuis quelques décennies, au centre de multiples recherches en philosophie sur les distinctions entre douleur et souffrance, en anthropologie sur la relativité d'une construction culturelle du corps basée sur un dualisme corps/esprit⁴⁸⁵, en biologie et en physiologie sur la circulation d'information entre 'corps' et 'esprit' à travers les systèmes nerveux, immunitaires, endocriniens, recherche qui tend à quitter la perspective dualiste évoquée plus haut.

Elle est en outre, d'un point de vue historique, inextricablement liée au féminin, ce qui nous amène à nous interroger, sur le caractère sexué de la « faille épistémologique » évoquée par J.-J. Kress. Y aurait-il à inventer - ou tout du moins à faire place - dans le cours des études médicales comme dans les recherches ayant trait au corps, à une épistémologie du corps qui serait proprement féminine ? Certainement, si l'on se réfère à l'épistémologie subjective évoquée par J.-J. Kress, comme à l'histoire de l'accès des femmes au savoir et au pouvoir sur le corps. Mais alors, avec quels outils, si les outils des savoirs constitués eux-mêmes participent de cette faille épistémologique, ou s'y arrêtent ? Ceux de l'anthropologie ? Ceux de la philosophie ? De la psychologie ? De la médecine ?

⁴⁸⁵ Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, op.cit.

La philosophie parle de la souffrance, pour en arriver à la même faille épistémologique⁴⁸⁶, et recommander le travail du récit⁴⁸⁷; elle parle du face-à-face, et de la dialectique responsabilité/culpabilité qui en découle (Levinas); elle parle aussi de la place trop peu importante qui est faite à la prise en compte de l'incertitude et de la complexité (Morin) dans ce qui détermine les événements et nos actions. Face à la douleur, elle recourt souvent à la perspective phénoménologique pour discourir sur sa qualité d'expérience essentiellement subjective.

La psychologie parle de la douleur et de la souffrance, mais, comme le montre entre autres S. Allen, ses outils sont largement connotés en termes de genre; elle pêche aussi par une insuffisante définition de son objet⁴⁸⁸. En outre, la souffrance morale est entachée de soupçon.⁴⁸⁹ Un dissident, K.G. Jung, précise que la psychologie freudienne procède à l'élimination du numineux.

L'anthropologie met en lumière le fait que le corps « n'est pas une nature »⁴⁹⁰; que notre médecine s'est différenciée de la religion en séparant mal, maladie et malheur, dans une dynamique qui n'a rien de neutre ni d'universel⁴⁹¹; qu'une dérive vers un caractère totalitaire est toujours possible; que les comportements crypto-religieux se retrouvent chez l'homme profane⁴⁹²; que la douleur est un instrument universel du rite d'initiation⁴⁹³, et que sa gestion par les patients comme par la médecine est profondément ancrée dans le culturel⁴⁹⁴; qu'elle est intimement liée au pouvoir et à la violence⁴⁹⁵; que la violence, et les organisations sociales afférentes, sont intimement liées au sacré⁴⁹⁶; que la psychologie a participé d'un

⁴⁸⁶ Fondras J.-C., « La douleur, entre objet et sujet », *op.cit.*

⁴⁸⁷ Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

⁴⁸⁸ Canguilhem G., « Qu'est-ce que la psychologie ? », *op.cit.*

⁴⁸⁹ Kress J.-J., « Le psychiatre devant la souffrance », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 75-89; Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*; Darcourt G., « Souffrance et thérapeutique », *op.cit.*

⁴⁹⁰ Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, *op.cit.*

⁴⁹¹ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, *op.cit.*; Benoist J., « La Maladie, entre nature et mystère », *op.cit.*; Augé M. & Herzlich C. (dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Les Archives Contemporaines, Paris, 1984; Sontag S., *La Maladie comme métaphore. Le SIDA et ses métaphores* (1977 et 1978), collection « Choix essais », Christian Bourgois, Paris, 1993.

⁴⁹² Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, *op.cit.*

⁴⁹³ Morris D.B., *The Culture of pain*, *op.cit.*; Morinis A., "The Ritual Experience: pain and the transformation of consciousness in ordeals of initiation", *op.cit.*; Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, *op.cit.*

⁴⁹⁴ Morris D.B., *The Culture of pain*, *op.cit.*; Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, *op.cit.*; Sullivan M.D., "Finding Pain Between Minds and Bodies", *Clin J. Pain*, 17, 2001, pp. 146-156; Cathébras P., « La douleur chronique comme construction sociale », *Courrier de l'algologie* (2), n°4, octobre-novembre-décembre, 2003, pp. 144-9.

⁴⁹⁵ Morris D.B., *The Culture of pain*, *op.cit.*; Houseman M.: « une perspective anthropologique sur la douleur chronique », *op.cit.*

⁴⁹⁶ Girard R., *La Violence et le Sacré*, *op.cit.*

effondrement du mythe⁴⁹⁷. La sociologie est, pour sa part, souvent trop préoccupée du déséquilibre dans la relation médecin-patient en termes de rapports de pouvoir pour considérer aussi ce qui rassemble médecin et patient avant de les distinguer⁴⁹⁸ : là encore, une conscience et une culture le plus souvent commune de la souffrance et de la mort, de la finitude du corps, et une dialectique initié/profane face aux mystères qui entourent ces questions⁴⁹⁹.

T.J. Csordas et J. Jackson, comme D.B. Morris et M.D. Sullivan, choisissent de rejoindre les propos de Ricoeur à travers une attention particulière portée au récit et à la narration.

Dans ces différents champs, un certain nombre de chercheurs ont tenté d'élaborer des voies de passage entre psychologie et anthropologie ; les plus fameux, en France, procèdent des approches dites complémentaristes⁵⁰⁰ ; aux Etats-Unis et en France, quelques-uns de leurs grands suiveurs mettent en avant le travail de la métaphore dans le soin⁵⁰¹. Dans le même mouvement qui a vu le développement des approches biologiques et physiologiques d'un corps 'uni'⁵⁰², les théories de la communication, après Bateson, et souvent sous influence Jungienne plus ou moins directe, se sont développées aux USA dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle ; elles aussi ont permis le développement d'un certain nombre d'approches thérapeutiques où, par le biais entre autre de l'imaginaire et de l'hypnose, mais aussi en choisissant de procéder par la pratique sans chercher à se baser sur un modèle du fonctionnement psychique, 'raisons' psychologiques, 'raisons' culturelles et sociales sont conjointement mises à profit tant pour la recherche que pour la pratique⁵⁰³. La métaphore thérapeutique est pour eux un outil de choix⁵⁰⁴ comme la thérapie par la narration⁵⁰⁵. Ces outils sont très utilisés en médecine de la douleur, précisément parce qu'ils permettent de sortir de l'impasse des 'raisons', ou de l'origine 'vraie' et nécessairement unique, pour se

⁴⁹⁷ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

⁴⁹⁸ Cicourel A., *Le Raisonnement médical, une approche sociocognitive*, op.cit.

⁴⁹⁹ Benoist J., « La Maladie, entre nature et mystère », op.cit. ; Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

⁵⁰⁰ Pulman B., « Psychanalyse et anthropologie » (partie historique), in Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991, pp. 606-608

⁵⁰¹ Kirmayer L.J., "Mind and Body as Metaphors : hidden values in biomedicine". in Lock M., Gordon D. (dir.), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1988.; Mestre C., « Les métaphores de la maladie. Analyse ethnopsychanalytique de la plainte corporelle », *Prismes*, n° 28, 1997, pp. 130-139.

⁵⁰² Rossi E.L., *Psychobiologie de la guérison : influence de l'esprit sur le corps*, collection « Reconnaissances », coédition Desclée de Brouwers/Hommes et Perspectives, Marseille, 1994.

⁵⁰³ Watslawick P. : *Le Langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*, Paris, Point Seuil, 1980; Kerouac M., *La Métaphore thérapeutique et ses contes, Etudes Ericksonniennes*, M.K.R. Editions, Québec, 1996.

⁵⁰⁴ Kerouac, *ibid.*

⁵⁰⁵ White M. et Epston D., *Les Moyens narratifs au service de la thérapie* (1999), op.cit.

tourner vers les moyens, multiples, du soulagement. Ils contournent ainsi la faille épistémologique évoquée par J.-J. Kress, qui coûte au patient autant qu'au médecin ou au soignant.

Pour finir, un certain nombre de travaux féministes⁵⁰⁶ esquissent, comme l'histoire les y invite, les contours d'une situation particulière faite aux femmes dans cette épistémologie des corps ; l'approche critique de la psychanalyse y est particulièrement développée, et rejoint souvent de bien des manières les écrits traitant des liens entre psychanalyse et religion⁵⁰⁷ ce qui nous ramène aux propos de J.-J. Kress, ou à ceux, que nous verrons plus tard au sujet de l'hystérie, de D. Wildocher.⁵⁰⁸

Il est aisé de voir, à travers toutes ces recherches, quelques grands points ressortir : les rapports entre la faille épistémologique évoquée par J.-J. Kress et l'élimination du féminin, comme du religieux, du domaine du savoir et du pouvoir sur le corps ; le recours à la narration, et à l'imaginaire, pour qui veut entendre, comprendre, partager la souffrance des patients qui tombent dans cette faille.

C'est pourquoi, cette revue de la littérature ayant été brièvement présentée, je me tourne à présent vers l'imaginaire.

⁵⁰⁶ Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », *op.cit.* ; Clément C., Kakar S.: *La folle et le Saint*, Le Seuil, Paris, 1993 ; Kristeva J., Clément C., *Le féminin et le Sacré*, Stock, Paris, 1998 ; Conboy K., Medina N., Stanbury S. (dir.), *Writing on the body: female embodiment and feminist theory*, Columbia University Press, N.Y., 1997.

⁵⁰⁷ Vasse D., *L'Autre du désir et le dieu de la foi : lire aujourd'hui Thérèse d'Avila*, Le Seuil, Paris, 1991.

Maître J., *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse sociohistorique*, Le Cerf, Paris, 1997.

⁵⁰⁸ Kress J.-J., « Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion », *op.cit.* ; Wildöcher D., « L'Hystérie dépossédée », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n°17, 1978, pp. 73-87.

2. La culture dans laquelle elle est, du point de vue de l'imaginaire culturel : la fabrique des médecins et le mythe fondateur

a. Les structures anthropologiques de l'imaginaire G. Durand

Dans son introduction aux *Structures anthropologiques de l'imaginaire*⁵⁰⁹, G. Durand pose les bases d'une épistémologie propre à l'imaginaire.

Il se situe pour cela résolument à l'extérieur des conflits « à base de susceptibilités ontologiques » opposant démarches psychanalytiques et sociologiques dans leur analyse des motivations des actes humains, l'une et l'autre tendant au même « schéma explicatif linéaire », à la même « étroitesse métaphysique » et au même « vice fondamental de la psychologie générale (...), qui est de croire que l'explication rend entièrement compte d'un phénomène par nature échappant aux normes de la sémiologie. » Il suggère que pour « étudier *in concreto* le symbolisme imaginaire, il faille s'engager résolument dans la voie de l'anthropologie en donnant à ce mot son plein sens actuel - c'est-à-dire : ensemble des sciences qui étudient l'espèce *homo sapiens* - sans jeter a priori d'exclusives et sans opter pour une ontologie psychologique qui n'est que spiritualisme camouflé, ou une ontologie culturaliste qui n'est généralement qu'un masque pour l'attitude sociologiste, l'une et l'autre de ces attitudes se résolvant, en dernière analyse, en un intellectualisme sémiologique. » (...)

Un point de vue anthropologique donc, pour qui « rien d'humain ne doit être étranger ». Il choisit donc délibérément de considérer qu'entre intimations psychologiques et intimation sociales ou culturelles, il y a une « genèse réciproque », qui définit le « trajet anthropologique, c'est-à-dire l'incessant échange qui existe au niveau de l'imaginaire entre les pulsions subjectives et assimilatrices et les intimations objectives émanant du milieu cosmique et social. (...) Le symbole est toujours le produit des impératifs bio-psychiques par les intimations du milieu. C'est ce produit que nous avons nommé le trajet anthropologique (...) ». Ce trajet anthropologique est, pour lui, contenu implicitement dans les travaux de

⁵⁰⁹ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire* (1969), *op.cit.*

R. Bastide⁵¹⁰ et de G. Bachelard⁵¹¹. « Une telle position anthropologique (...) dirigera la recherche aussi bien vers la psychanalyse, les institutions rituelles, le symbolisme religieux, la poésie, la mythologie, l'iconographie ou la psychologie pathologique. »⁵¹²

C'est dans un tel trajet anthropologique que se situe ce travail, avec quelques réserves néanmoins, par rapport à la position de G. Durand.

Dans les travaux de G. Durand, j'ai dès l'abord été gênée par l'attitude qui consiste à refuser, d'un côté, de prioriser ontologie psychologique sur ontologie culturelle ou sociale, tout en mettant en avant la « nécessité méthodologique de commencer quelque part » en privilégiant malgré tout l'ontologie psychologique, dans un rapport au temps qui redevient linéaire. J'y vois encore la trace de la faille épistémologique décrite également par J.-J. Kress, s'agissant d'aborder le corps, ou les rapports du corps et de la psyché, avec les attributs de la science. Quelque chose qui a trait au temps - représenté comme linéaire- semble sans cesse échapper à la volonté d'organiser un discours savant sur le corps.

D'une part, le rôle joué par la souffrance, la responsabilité « face » à la souffrance, a contribué à la genèse de ce travail, or J.-J. Kress nous rappelle qu'elle intime la mise au repos des rationalisations à qui veut l'entendre. L'épistémologie médicale du corps, à laquelle mes études médicales m'ont formée, comme mes collègues - mais peut-être avec des conséquences différentes pour les étudiantes femmes - me donne accès à un partage du réel de la souffrance et de la plainte, dans une « enclave mythique » non accessible aux non-médecins. Mais la pratique clinique est aussi un test incessant de l'adéquation des explications comme des compréhensions à la brèche, dans la souffrance, du tissu narratif, en termes d'efficacité. Cela m'a plutôt conduite à être extrêmement vigilante, s'agissant de vouloir saisir quelque chose de systématique, d'explicatif, ou de « vrai » sur le sujet qui est le mien. De témoin de la souffrance (le médecin) je reste donc témoin sur mon terrain de recherche. Témoin, ethnographe d'abord, et *narratrice*. Les liens, les sens, sont, et restent des propositions, qui n'ont pour elles que leur efficacité dans l'intersubjectivité de la relation au patient, et aux acteurs du terrain au sens large. Ce sont des invitations à s'interroger, à se montrer créatif, *imaginatif*, à essayer.

A l'instar de S. Allen⁵¹³, évoquant des modalités de la connaissance qui seraient proprement féminines dans leur rapport tangentiel au vrai, je renonce à l'intimation d'une épistémologie soumise à la hiérarchie du vrai, pour choisir une épistémologie soumise à l'autorité et à

⁵¹⁰ Bastide R., *Sociologie et Psychanalyse*, P.U.F., Paris, 1949-50, p. 207, p. 278.

⁵¹¹ Bachelard G., *L'Air et les Songes*, Corti, Paris 1943, p. 300.

⁵¹² Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, *op.cit.*, toutes citations ci-dessus : pp. 37-38

⁵¹³ Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », *op.cit.*

l'efficacité du vraisemblable. Je le choisis avec d'autant plus de force qu'il apparaît que cette épistémologie puisse se revendiquer comme authentiquement féminine, ce qui sied au sujet de mon questionnement, sujet très largement féminin et qui semble tomber sans cesse, et pour quelles souffrances, dans les failles d'une épistémologie du savoir et du pouvoir sur le corps, d'un rapport linéaire au temps et à la causalité - avec pour conséquence que cette dernière se confond avec culpabilité - qu'il faut bien reconnaître, histoire à l'appui, comme masculine.

Quelles sont les bases de l'épistémologie de l'imaginaire définies par G. Durand ?

Se basant sur la réflexologie betcheverienne, il pose pour base méthodologique l'existence de gestes dominants, ou dominantes réflexes, qui sont pour lui « les plus primitifs ensembles sensorimoteurs qui constituent les systèmes d'« accommodations » les plus originaires de l'ontogenèse », ensembles sur lesquels « l'expérience de vie, les traumatismes physiologiques et psychologiques, l'adaptation positive ou négative au milieu, viendront broder leurs motifs et spécifier le « polymorphisme » tant pulsionnel que social de l'enfance. » Parmi ces dominantes, il en distingue trois : la dominante de position, la dominante de nutrition et la dominante d'étreinte brachiale.

Pour la première, il prend l'exemple de la verticalité pour illustrer le fait que déjà, dans cette sensori-motricité archaïque, se mêle affectivité et kinesthésie. Il associe la troisième à un réflexe de type sexuel ainsi qu'à tout geste rythmique pouvant préfigurer l'activité sexuelle adulte. S'appuyant sur les données établies par la psychologie contemporaine, et sans entrer dans le débat entre théorie périphérique et théorie centrale, il prend comme hypothèse de travail l'existence d'une « étroite concomitance entre les gestes du corps, les centres nerveux et les représentations symboliques. » Il conclut ainsi : (...) Nous admettons les trois dominantes réflexes (...) comme matrices sensorimotrices dans lesquelles les représentations vont naturellement s'intégrer, à plus forte raison si certains schémas perceptifs viennent cadrer et s'assimiler aux schémas moteurs primitifs, si les dominantes posturales, d'avalage ou rythmiques se trouvent en concordance avec les données de certaines expériences perceptives. C'est à ce niveau que les grands symboles vont se former par une double motivation qui va leur donner cet aspect impératif de surdétermination si caractéristique. »⁵¹⁴

Dans cet abord chronologique qu'il fait sien, il envisage ensuite les modalités de la rencontre entre ces trois dominantes réflexes, naturelles, et donc (se référant ici aux définitions de

⁵¹⁴ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., toutes citations ci-dessus : pp. 48-51.

C. Levi-Strauss) « universelles et spontanées », et « l'environnement humain ». Celui-ci va venir, par conditionnement (selon Pavlov), ou par imitation (selon Piaget), « surdéterminer » le « projet naturel » des réflexes dominant par une « espèce de finalité » d'ordre culturel. Ce projet culturel (citant encore C. Levi-Strauss), de l'ordre « du particulier, du relatif et de la contrainte », va servir de « tuteur instinctif », avec là encore la participation de l'affectivité, aux réflexes dominants naturels. C'est par la suite de la rencontre de ces deux ordres, naturel et culturel, que survient la production d'images, et autres structures imaginaires.

G. Durand ajoute alors à son raisonnement ce point important : pour que le culturel espère « prolonger » et renforcer, en le confirmant, le « naturel », il est nécessaire qu'une certaine adéquation, une certaine « convergence » existe entre orientations naturelles et orientations culturelles, « sous peine de provoquer une crise névrotique d'inadaptation ».

Les images ainsi produites « ne sont pas des signes, mais contiennent matériellement en quelque sorte le sens ».⁵¹⁵ Le premier produit de la rencontre entre la sensori-motricité, la physicalité, telles que les organise la perspective betcheverienne, et les intimations du milieu humain (schèmes affectifs et représentations), est ce qu'il va appeler le « schème », « généralisation dynamique et affective de l'image », qui se rapproche du « symbole fonctionnel » de Piaget, ou encore du « symbole moteur » de G. Bachelard.

Confrontés à l'environnement, naturel et culturel, ces gestes différenciés en schèmes vont subir une nouvelle évolution, sous l'impulsion de la nécessité toute pragmatique de formuler des idées. Ainsi sont, pour G. Durand, produits les « archétypes », « noumènes de l'image que l'intuition perçoit » (référence à E. Kant), et « substantification des schèmes ». Ils sont donc le moule des idées et des concepts, aussi bien (G. Durand fait encore ici référence à K.G. Jung) de ceux et celles qui inspirent les contes et les légendes, que de ceux et celles qui inspirent « les rationalismes et les démarches pragmatiques des sciences. »

L'« archétype » diffère du « symbole » : Le premier se caractérise par son manque d'ambivalence, sa stabilité, son universalité et son adéquation au schème ; le second résulte de la liaison entre ces archétypes et « des images très différenciées par les cultures, et dans lesquels plusieurs schèmes viennent s'imbriquer. » C'est donc une forme « inférieure par ce que singulière du schème », une illustration de l'archétype comme du schème à travers un objet sensible, variable d'une culture à l'autre, et donc fragile. « Tandis que l'archétype est

⁵¹⁵ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., p. 60.

sur la voie de l'idée et de la substantification, le symbole est simplement sur la voie du substantif, du nom, et même quelquefois du nom propre. »

Le « mythe » est « un système dynamique de symboles, d'archétypes et de schèmes, système dynamique qui, sous l'impulsion d'un schème, tend à se composer en récit (...) De même que l'archétype promouvait l'idée et que le symbole engendrait le nom, on peut dire que le mythe promeut la doctrine religieuse, le système philosophique, ou (...) le récit historique ou légendaire. » A cette organisation dynamique correspond également leur équivalent statique qu'il nomme « constellation d'images. »

Ces organisations dynamiques et statiques obéissent à certains « protocoles normatifs des représentations imaginaires », d'une relative stabilité, qu'il nomme « structures ».

A l'étape suivante, il voit une différence entre ce que C. Levi-Strauss appelle des « formes », qui sont statiques, et marquent comme un certain arrêt, et ce terme de structure, qui implique un certain dynamisme transformateur ; ce sont à la fois, comme les formes, des modèles taxinomiques et pédagogiques, mais elles sont transformables, en ce qu'elles ne sont pas quantitatives mais symptomatiques : « Leur aspect mathématique est secondaire à leur regroupement en syndromes, aussi ces structures se décrivent-elles comme des modèles étiologiques plus qu'elles ne se formulent algébriquement. »⁵¹⁶ Ces « syndromes », ils les nomment « régimes » de l'imaginaire.

b. L'imaginaire culturel du corps, de l'âme, de leurs « vices » et de leur souffrance : J. Pigeaud

Pour instructifs que puissent être les travaux de G. Durand, ils ne parviennent pas, s'agissant tout du moins des apprentissages par corps, à contourner l'écueil de la primauté ontologique : encore savants, encore didactiques, il admet lui-même qu'il se trouve contraint de poser au minimum une chronologie dans les apprentissages, chronologie qui s'appuie largement sur la psychologie. Son système a cependant l'avantage de proposer une explication, des structures, qui rendent compte de l'efficacité des apprentissages par corps que subissent les professionnels, comme les patients.

Le travail de J. Pigeaud, s'agissant de l'imaginaire, va plus loin : à l'instar de D.B. Morris, étudiant la douleur, il se lance dans une étude du corps et de l'âme en voyageant à travers les

⁵¹⁶ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., toutes citations ci-dessus : pp. 61-65.

textes, étude qui ne cherche pas à définir ce qui est inclus dans ces termes, mais se contente de conter l'utilisation qui en est faite et le destin des mots. Il travaille en poète, en philologue et en traducteur, et ce 'trajet'- celui du mot - semble échapper à la nécessité de se résoudre à suivre une temporalité linéaire.

A ce stade de mon travail, où il apparaît comme une évidence que la pratique médicale, son sens, comme son efficacité, s'appuie en bonne partie sur la narration ; que la médecine est une écriture, et que la médecine de la douleur réhabilite cette tradition ; que problématiser autrement l'hystérique, à la lumière des failles inhérentes à l'épistémologie médicale du corps, doit passer par un trajet qui fait fi non seulement des conflits de primauté ontologique mais aussi de l'impératif de se représenter le temps comme linéaire, ses études apportent un éclairage essentiel.

En outre, là où ma plongée dans les profondeurs est parvenue à cerner qu'il se jouait, dans la désignation de l'hystérique, quelque chose comme la répétition inlassable d'un mythe fondateur, répétition dans le récit, et dans la mise en scène, mythe fondateur qui avait trait aux rapports de l'âme et du corps dans la tradition médicale, son travail vient décrire ce mythe fondateur à sa source, et rend compte du silence subséquent dont font l'objet ces rapports dans le discours savant de la médecine.

Ce silence, c'est cette faille épistémologique décrite par J.-J. Kress, faille dont la clinique de l'hystérique vient rappeler douloureusement l'existence au médecin; faille qui a trouvé une formulation nouvelle depuis la fin du XIX^{ème} siècle, avec la naissance de la psychanalyse ; mais faille dont J. Pigeaud nous permet de comprendre qu'elle lui est antérieure, s'inscrit dans une histoire très ancienne puisqu'elle remonte à l'Antiquité, mais s'est établi sur ce mode de l'impensé et de l'indicible depuis l'invention de la psychiatrie par Pinel.

En outre, J. Pigeaud apporte un éclairage supplémentaire sur la fabrique des médecins : là où l'anthropologie insiste, parce qu'elle défend aussi la légitimité de son propre regard, sur la séparation entre médecine et religion, J. Pigeaud nous permet de regarder en amont vers cette matrice commune que nous évoquions, qui a trait aux organisations de la vie et de la mort, et à la fonction construite pour la médecine dans ces organisations. Ces organisations résultent de la rencontre des sociétés humaines avec l'aporie : la mort, la vie, l'humain, n'admettent pas de définition qui soit universelle ; il n'y a point, ici, de vérité, juste des narrations, et des organisations, plus ou moins efficaces, pour faire avec, et la possibilité d'un inlassable dialogue aporétique.

Le médecin que je suis n'en revient pas encore d'avoir trouvé dans son travail quelque chose comme les Tables de la loi, qui m'ont, enfin, permis de comprendre comment avait été

construit l'oppressant silence entourant les normes médicales qui balisent l'accès au corps d'autrui. Je n'en reviens pas encore de constater que les problématiques des médecins antiques demeurent, malgré les avancées scientifiques, étonnamment proches des nôtres, s'agissant de déterminer ce qui relève du corps et de l'âme, s'agissant d'écrire les bases de la philanthropie médicale : quelle qu'ait été les influences imprimées par des siècles de christianisme, rien n'a bougé entre Cicéron et Pinel.

Là où l'anthropologie nous a permis d'envisager les structures rituelles des organisations qui président à la pratique, J. Pigeaud nous emmène au cœur de leur exégèse : au cœur de la mythologie médicale.

*

Avant d'en venir à évoquer plus précisément son travail, je vais faire un détour par l'hystérie, afin que l'on se représente bien en quoi les travaux de J. Pigeaud sur la fabrication de la mythologie médicale la concernent tant ; afin de montrer comment, dès la fabrication du futur médecin que j'étais, le mythe fondateur a été mis en scène devant moi - et d'autres - sinon explicité, dans le moment de la désignation de l'hystérique.

Mon étonnement, face à l'hystérie, fut d'abord celui d'une étudiante en médecine, avant d'être celui, persistant, de la professionnelle.

C'est d'abord dans mes études, chronologiquement parlant, que la conjonction des circonstances a fait émerger dans ma pratique balbutiante le sentiment d'un blocage étonnant. J'entends par blocage la sensation d'une règle implicite concernant le 'bon' ou le 'mauvais' comportement vis à vis de ces hystériques. Cette règle, maintenue et gardée par l'ensemble du collectif des soignants, interdisait certains territoires de la pensée et de la pratique qu'il eut été normal de solliciter dans d'autres circonstances humaines similaires, si elles n'eussent été intra-hospitalières.

Avant de détailler plus avant les circonstances spécifiques à la rencontre avec l'hystérique, il convient de décrire les modalités de transmission, d'une manière générale, d'un « **savoir être** » propre au monde hospitalier, et distinct d'un corps professionnel à l'autre. Il faut remettre dans leur contexte de 'comportement appris', autant que de dynamique groupale et institutionnelle, les modalités des relations médecins-patients, et soignants-patients. Comme

le rappelle F. Laplantine, les médecins « se recrutent dans le civil ». Pendant leurs études, ils ‘apprennent’ à quitter, dans une certaine mesure, la ‘vie civile normale’.

Comment faire face au malade ? Comment ‘bien’ se comporter face à l’autre souffrant, vulnérable ? Comment porter ses habits de médecin, ou d’infirmière, et tout l’imaginaire qui les leste ? Autant de questions qui assaillent le tout jeune étudiant, épaules ployant sous la blouse trop grande, stéthoscope en poche, quand les patients l’appellent d’emblée « *docteur* » - surtout si c’est un garçon, et « *infirmière* », si c’est une fille. Á ces angoisses, l’institution apporte son lot de réponses.

Tout récemment, une étudiante assistante sociale me faisait part de son désarroi face à l’anomalie que constituait pour elle les nouvelles règles de pudeur auxquelles la soumettait son stage en milieu hospitalier. Cette chose qui allait de soi dans sa vie jusqu’alors - les règles de la pudeur, le respect de l’espace physique d’autrui, en un mot, l’intime –semblait, dans ce monde soumis à des nécessités si particulières, devoir se plier à des règles toutes nouvelles. Cela s’explique fort bien. On ne peut examiner un corps sans le dénuder un tant soit peu, l’approcher, le toucher. Mais elle souffrait qu’aucune explicitation ne lui en soit donnée clairement ; qu’il n’existe pas une règle explicite de ces nouvelles limites ; que cela ne soit pas dit. Surtout, elle souffrait de s’observer elle-même intégrant, à son corps défendant, ces nouvelles règles : impuissante à user de son sens critique faute d’explicitation, vulnérable du fait de la nouveauté de la situation médicale et de la charge émotionnelle que comporte la rencontre avec la maladie et l’autre souffrant, elle se trouvait dans l’obligation de simplement imiter les comportements du groupe, et se voyait ainsi elle-même devenir, par défaut, indifférente à des situations qu’elle considérait au début de son stage comme irrespectueuses de la dignité de la personne. Sa sensibilité différenciée à chaque individu, souffrant ou vulnérable, se transformait en un sentiment général d’indifférence douloureuse ; sa douleur se généralisait tout en émoissant les contours des particularités individuelles de l’être qui faisait l’objet de ses attentions. Son sens critique privé de recours direct se demandait bien, en outre, où situer les limites d’une conduite moralement bonne de ce point de vue de la pudeur, dès lors que toute normalité se trouvait abolie. Quelle garantie morale pouvait-elle avoir qu’elle, ou les autres, n’iraient pas ‘trop loin’ ?

Ce silence est d’une autorité terrible. Parce qu’il concerne souvent, directement, son propre corps, et toujours, directement ou indirectement, le rapport au corps d’autrui, il va aller

s'ancrer très profondément dans le comportement. Il conduit rapidement et efficacement à l'apprentissage d'une nouvelle normalité, pas plus questionnée que la précédente, tout aussi inaccessible au jugement mais pour autant fondement d'une morale : une morale des rapports entre les corps.

La médecine est une anomalie, voire une folie, s'agissant du rapport aux corps. A. Dutruge, K. Galloway-Young, J. Pigeaud, J.-J. Kress, à partir de points de vues théoriques divers, décrivent très bien ceci. Folie du corps parce que savoir du cadavre ; folie du corps parce que radicale anomalie s'agissant de l'intime ; folie du corps parce qu'oubli de son propre corps ; folie du corps parce que création d'une différence inscrite dans le corps et dans l'imaginaire entre le corps des patients, et le corps de soignants, et encore plus des médecins. Mais si cette folie, la plupart du temps tout du moins, ne déborde pas, c'est qu'elle est organisée ; elle est même organisée en dehors des 'heures ouvrables', pour canaliser ses inévitables débordements, comme en témoigne la tradition du carabinage. La discipline des corps est omniprésente, autant que jamais véritablement justifiée pour ce qu'elle est, ni nommée.

Ce contexte général étant décrit, qu'en est-il de la rencontre avec l'hystérique ?

Dans le contexte précédemment décrit d'une règle implicite des conduites, les cas où je me suis trouvée, étudiante, confrontée à la désignation, le plus souvent diffuse dans le groupe des professionnels, d'une patiente comme hystérique, ont été marqués par le sentiment fort d'un impératif de conduite face à ces patientes.

Elles se présentent donc, dans la vaste majorité des cas, avec une plainte dont l'ensemble du groupe souffre comme d'un envahissement irritant.

Irritant, parce qu'il est répété, et semble à tous voué à se répéter indéfiniment. Il ne semble pas connaître de limites, ou, tout du moins, pas les nôtres.

Irritant, parce que le type de réponse que la médecine a coutume d'apporter à la plainte - identification de la cause, explication du mécanisme, suppression du symptôme par l'efficacité sur sa cause, et logiquement arrêt de la plainte - est ici inefficace, ou sans objet, faute de cause identifiée. Irritant donc par ce qu'outre le fait que la plainte se répète il n'y a pas de perspective permettant d'espérer qu'elle cesse à court ou moyen terme.

Irritant aussi par le sentiment d'impuissance qu'elle génère - qui est aussi impuissance à assurer sa mission de soulagement des souffrances. Il est humain de projeter sur autrui sa propre culpabilité : si nous ne trouvons pas, ne serait-ce pas qu'elle le fait exprès ? Le soupçon s'installe, nourri de vagues notions psychanalytiques évoquant un inconscient parfois malicieux, pervers, vengeur, éventuellement masochiste... le soupçon est assez nourri pour s'installer.

Irritant, parce qu'il est théâtral : parce que la patiente manifeste bruyamment sa souffrance ; qu'elle soit 'trop' plaintive, ou 'trop' peu plaintive, véhémence et colérique, ou petite chose fragile, elle est toujours 'trop' marquée par l'émotion, directement (la plainte) ou indirectement à travers les adaptations qu'elle met en place (montrer qu'elle n'a « *même pas mal* »). En fait, elle 'montre' trop, et, peut-être de ce fait même, on se désintéresse de ce qu'elle 'montre'.

Irritant, parce que la patiente demande du temps. Du temps parce qu'elle a besoin de parler ; parler parce qu'elle cherche à comprendre. Parler aussi, pour se soulager. Parler, d'une manière qui, si l'on n'y prend garde, pourrait bien, nous semble-t-il, ne jamais s'arrêter.

L'impératif ressenti, pour l'étudiante que j'étais, de la part du groupe, est clair : il ne faut pas se laisser prendre au piège ; l'une des formulations de ce piège pourrait être : 'si on commence à lui accorder du temps cela n'aura pas de fin' ; mais c'est aussi : soit elle 'joue la comédie' et attend des « **bénéfices secondaires** » (arrêt de travail...) et il ne faut pas être dupe ; soit elle souffre réellement et alors 'c'est psychologique donc ce n'est pas notre travail' - d'autant que le 'psychologique', on l'a vu, est un terrain dangereux, objet de « soupçon » et appelant un « **dévoilement** » (cf. la **dépression masquée**), voire un « *aveu* » (le vocabulaire de la confession, comme « avouer », est fréquemment utilisé) : le langage utilisé est celui du mensonge, de la faute, voire du crime. Si l'on consent dans le meilleur des cas à admettre qu'elle ne le fait pas exprès, c'est-à-dire qu'elle est dupe d'elle-même, il n'en reste pas moins que nous n'avons pas à l'être nous aussi. Amener 'la vérité' doit rester au centre de l'action médicale. Mais quelle vérité ?

La préoccupation de vérité se traduit aussi par une dialectique intérêt/désintérêt. Certaines situations, pour douloureuses qu'elles soient, sont désignées comme ne méritant tout

bonnement pas que l'on s'y attarde. Ceci pourrait sembler une forme de réticence superficielle, de simple désintérêt, voire de mépris pour certaines patientes, ou certaines situations de soin. Il ne faut pas, ici, consacrer du temps, de l'énergie, chercher. Il faut se dégager, reconnaître son impuissance, sans s'intéresser, sans savoir, sans demander.

L'une des manières de les désigner comme inintéressantes, pas sérieuses, est la plaisanterie; on rit d'elles, et ce faisant on se rassemble, entre 'nous'. Disant cela, je ne souhaite pas jeter systématiquement la pierre à la libération, en « coulisses », de plaisanteries plus ou moins vaseuses, qui sont parfois nécessaires dans les situations de crise que vivent au quotidien les professionnels de l'hôpital. Mais dans le cas de l'hystérique, il est troublant que le diagnostic en lui-même soit déjà une plaisanterie, voire une insulte. Qui n'a pas entendu, dans la vie courante, une expression comme : « *Celle-là, elle est complètement hystérique* » ?

Pour l'étudiant, naïf face aux enjeux d'une telle prise en charge, la 'comédie' qui se joue, entre la franche rigolade ou les soupirs excédés derrière la porte, et le masque sérieux mis devant la patiente, elle-même manifestement souffrante quelle qu'en soit la cause - est pour le moins troublant. Mais c'est 'comme ça' et il va de cette normalité comme des autres. Le masque médical que constitue le terme d'hystérie, son apparence de diagnostic, soulage manifestement les corps de soignants de leur responsabilité - sinon de leur culpabilité : on a, semble-t-il, un diagnostic, donc on fait notre travail. Que le diagnostic nous fasse rire n'enlève rien au sérieux de notre démarche.

Si c'est un diagnostic, il est pourtant fort curieux : il se définit par tout ce qui n'est pas : pas de lésion visible, pas de diagnostic biomédical (physiologique, biologique, anatomique), pas d'explication, pas de pathologie ; donc pas de prévision possible de l'avenir de la plainte ou de la patiente - car c'est bien à cette prévision, à ce contrôle de l'avenir que concourt tout diagnostic, c'est bien sa qualité de prédiction qui lui confère son pouvoir de réassurance, et la part magique de son efficacité (qui ne s'est jamais senti soulagé à la simple énonciation d'un diagnostic ?). L'hystérie est un non-diagnostic, au sens médical ; un échec de la prédiction.

Désigner l'hystérique, c'est donc confesser une ignorance commune de l'avenir, et se trouver d'un coup semblable à elle, à cette patiente, à cet autre, duquel par notre costume, et par toute notre initiation, en particulier à la maîtrise du corps et des affects, nous avons été institués comme différents. J.-J. Kress rappelle aussi que les étudiants en médecine, par l'épreuve de la

dissection, apprennent un corps, renaissent à un corps, séparé désormais du corps de l'affect et de la pulsion, et que la rencontre avec l'hystérique de conversion (dans son cas) les ramène brusquement à leur corps de profane, qui est aussi celui par lequel ils ne se distinguent donc plus de leurs patients.⁵¹⁷

Pourquoi ce diagnostic fait-il rire ? Ce rire est défensif : ce commun inconnu inquiète, et l'on s'en défend. Et puis, ce sont des affaires de 'bonnes femmes'. De surcroît, il est fortement teinté de sexualité, à la fois parce que l'expérience de cette soudaine communauté de corps révèle toute l'anomalie des règles intra-hospitalières de l'intimité, et aussi parce que les explications psychanalytiques vaguement retenues au sujet de l'hystérie relèvent de la sexualité, psychique ou/et physique.

Il va donc falloir s'empresse de remettre de la distance et de la différence. D'où le jeu de masques, la panoplie du parfait médecin que l'on sort pour l'occasion, au moment où l'on pousse la porte de la chambre. D'où aussi la nécessité d'un diagnostic, et en particulier d'un diagnostic qui va renvoyer à l'inconscient : en choisissant, face à cet inconnu, de se référer à ce terme d'hystérique on désigne du même coup son ignorance et notre savoir ; on définit aussi un territoire d'occultation, puisque ce que nous savons lui reste caché, à elle.

Or que sait-on ? Qu'est-ce que l'hystérique nous autorise, inlassablement, à savoir, encore et encore ?

D'abord, que 'nous' sommes, qu'il y a ce 'nous' qui nous distingue d'elle.

Ce 'nous' définit notre fonction, notre champ de compétence, qui se dessine en négatif par rapport à tout ce que nous ne serions pas si nous nous investissions dans sa plainte ; par rapport à tout ce vers quoi la situation semble nous emmener : les émotions désordonnées d'une femme confuse. Notre champ, d'action et de savoir, est pragmatique ; notre champ, c'est celui de l'explication anatomique visible. Notre champ, est rationnel, logique ; c'est le contraire de l'imaginaire. Notre champ, n'est pas « *la tête* ».

⁵¹⁷ Kress J.-J., « Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion », *op.cit.*

Ce que nous 'savons' aussi, par intuition et par vagues relents de psychanalyse, c'est que sa plainte a à voir avec la sexualité. Que si le fait qu'elle 'montre' tant, ou joue tant d'une dialectique du « *montrer-occulter* », nous irrite, c'est qu'il est impudique ; que si en retour nous cachons notre savoir, c'est aussi par défense face à cette impudeur. Cette situation parle d'impudeur comme elle parlerait de sexe, d'autant que nous savons vaguement que Freud a dit quelque chose à ce sujet. Nous savons moins que toute notre histoire médicale fait de ces femmes des malades du sexe, de trop de sexe, ou de pas assez de sexe, c'est selon. Et nous rions comme des adolescents en cours d'initiation sexuelle.

Peut-être faut-il rappeler ici en aparté que la sexualité est quasi-totalement absente de l'enseignement des médecins, ce qui laisse rêveur quand on sait toute l'importance qu'elle a dans la vie des corps et dans la souffrance ou le bonheur des humains. Frigidité, impuissance, anéjaculation, masturbation, conduites sexuelles normales ou perversions... rien de tout cela ; le médecin confronté aux difficultés sexuelles qu'un patient lui énoncerait éventuellement n'en saurait pas plus que le quidam moyen sur la question, ou à peine. La sexualité, domaine des corps, s'il en est, est pourtant dans le champ de compétence de la psychologie. Etrange division, étrange implicite.

'Nous' sommes, donc - ou plutôt croyons être- dans le 'savoir', d'un champ précis ; dans le 'savoir', impudique, de sa sexualité douloureuse ; elle, au contraire, est pour nous dans ce que nous appelons un « *imaginaire* » qui a plus à voir, en fait, avec l'illusion.

Mais quelle illusion ? Celle que nous avons quelque chose à lui proposer. Que sa place est ici, dans ce lit, avec cette plainte. Celle aussi qu'elle a raison dans sa colère, dans ses demandes de reconnaissance, dans ses attentes d'une réponse qui apporterait un soulagement à son mal-être ; dans son sentiment d'une injustice, sentiment renforcé encore par notre « vous n'avez rien ».

Et nous, nous 'savons' : qu'en fait, elle y trouve son compte, pire, son plaisir ! Sans même le savoir elle-même. Pour des raisons vaguement sexuelles et probablement féminines, donc sujettes à railleries, quelque chose se niche dans un « inconscient » localisé dans « *la tête* », tête en l'occurrence située dans des zones plutôt pelviennes, qui l'empêche de le savoir elle-même. Pas 'nous'. 'Nous' ne sommes pas dupes.

C'est là l'asymétrie fondamentale de la situation : nous 'savons', elle, non, et sa rencontre permet inlassablement de narrer cette différence. Cette asymétrie est d'autant plus criante qu'elle est pure construction défensive face à ce qui est, sinon la vérité, tout du moins l'authenticité de l'expérience, expérience commune qui est son exacte opposé : la symétrie de nos ignorances respectives. S'ajoute à cette asymétrie, qui nie la réalité de l'expérience, l'ineffable cruauté de ne jamais l'éclairer sur ce que nous savons vraiment, authentiquement, même par bribes. En réponse à sa demande, nous lui livrons un savoir technique, nous limitons volontairement notre savoir à 'notre rôle' ; 'notre champ', qui se trouve du même coup défini plus clairement pour nous-mêmes, et offert à l'attention des étudiants avides d'en savoir plus, précisément, sur les limites de ce champ qui est 'le nôtre' et qui semble alors, dans ce théâtre, assorti de responsabilités bien précises et également bien limitées - même si c'est en négatif.

Mais l'ambivalence fondamentale des professionnels, que ressent forcément l'étudiant, plus frais, plus naïf, plus profane - tel notre étudiante assistante sociale de tout à l'heure- c'est que c'est parce que l'on souffre de se sentir impuissant à assumer notre mission que l'on est si soulagé de décréter que cette patiente n'en relève pas : les deux sentiments, de souffrance et de soulagement, cohabitent, dans une douloureuse impuissance qui résiste aux tentatives de les écarter par la rationalisation. En fait, elle révèle notre manque de clarté sur les limites supposées du champ où nous faisons autorité. Si tel n'était pas le cas, si la situation était si simple, nous ne redouterions pas tant ces patientes ; elle ne feraient pas l'objet de tant de surenchères sadiques, ni même de tant de malaises diffus traité par la boutade et la raillerie.

Le moment de la désignation de l'hystérique, c'est précisément le moment où l'étudiant apprend, implicitement, comme le reste de ses conduites - et non pas explicitement, comme s'il s'agissait effectivement d'un diagnostic - là où s'achèvent et son savoir, son domaine de compétence et d'autorité, et sa responsabilité. C'est là aussi qu'il apprend que le 'scalpel' qui tente de découper dans l'humain une partie qui serait son domaine, découpe aussi cruellement dans le vif de la chair des personnes qui, pour diverses raisons, résistent à une telle organisation de leur personne, entre 'ce' corps, et 'cette' tête.

Il s'agit donc bien, dans la rencontre avec l'hystérique, de distinguer ce qui est le champ de la médecine, de ce qui ne l'est pas, ce qui est la vérité pour le médecin, de ce qui ne l'est pas, la

souffrance qui l'intéresse, de celle qui ne l'intéresse pas, et de remettre en scène les éléments fondateur de la philanthropie médicale.

On peut tour à tour regretter, et trouver historiquement et anthropologiquement intéressant que ce soit - encore et toujours - sur les femmes, sur leur douleur, et sur une tentative de simplification radicale des liens délicats entre le visible et l'invisible, en l'occurrence l'âme et le corps, que l'institution médicale fasse ainsi reposer la transmission des fondements de son autorité.

*

Si l'étudiant d'aujourd'hui a tant de mal à cerner ce qu'est effectivement le champ de la médecine, c'est qu'il ne pourrait trouver de réponse à ces questions qu'en connaissant l'histoire.

Or « la médecine elle-même, conçue longtemps comme une sorte d'histoire de la médecine, écrase la durée, pour constituer un corpus de textes où n'intervient pas le temps, la diachronie »⁵¹⁸

Cet écrasement de la durée ne s'est pas constitué en un jour.

Il s'est construit en deux étapes, qui ont chacune à leur manière « fait écran ». La première se situe dans l'Antiquité, en particulier dans le moment de la traduction des écrits hippocratiques par les médecins romains. La seconde a lieu au XVIII^{ème} siècle, quand les médecins s'intéressent de nouveau aux écrits des médecins antiques.

Cet écran à la particularité de se tenir à la fois entre ce qui était avant, et ce qui est maintenant, et aussi d'être sans cesse réactualisé en clinique, se tendant entre le médecin et lui-même, le médecin et le patient ; en fait, il se tient entre ce qui, du médecin, est différent de son patient, et ce qui fait qu'il est son semblable.

En outre, il est indissociable, dans sa genèse, d'autres mouvements : la première étape de l'écrasement de la durée va de pair avec la transformation d'une écriture poétique en une écriture « quasi juridique », à l'époque de Galien ; celle-ci même n'est possible que parce que la médecine, entre Athènes et Rome, a changé, dans sa pensée de la maladie, comme dans la

⁵¹⁸ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », in *Entretiens sur l'Antiquité classique*, tome XLIII, n°VII, Fondation Hardt, Vandoeuvre-Genève 1997.

délimitation de ce qui est son champ. En effet, c'est, en se saisissant du problème de la folie et de son origine - dans l'âme ou dans le corps - que la médecine va opérer, à chaque étape, ces transformations.

*

La souffrance et la douleur, noyau de nature, noyau de culture

L'histoire de la mélancolie, et de la manie, dressée par J. Pigeaud est un peu une réponse à l'histoire de la douleur dressée par R. Rey : il est d'ailleurs troublant qu'à la lecture des textes antiques, il n'apparaisse pas de distinction nette entre souffrance et douleur, s'agissant tout du moins de douleur chronique. Les auteurs utilisent l'un ou l'autre terme.

Voici ce que J. Pigeaud dit de la mélancolie⁵¹⁹ :

« La mélancolie nous intéresse (...) tous, à tous les sens du terme (...) Elle signale l'impossibilité pour la psychiatrie d'opérer son retranchement d'avec le monde commun »⁵²⁰

Elle nous intéresse parce que chacun s'y reconnaît : elle puise dans l'ordre du quotidien et de sentiments simples, comme la tristesse, que chacun a pu ressentir, tout en offrant un cadre sémantique où il ne semble y avoir qu'une « continuité entre une pente banale de l'âme et son exaspération folle. »⁵²¹. C'est une « folie en laquelle se reconnaître »⁵²²

En même temps, ce qu'elle exprime de l'âme humaine renvoie à sa nature profonde⁵²³

« La mélancolie, c'est ce qui nous fait communiquer immédiatement avec un fait biologique en même temps qu'avec la tradition la plus ancienne de notre culture. »⁵²⁴

« Aucune autre maladie, comme la mélancolie, ne fait s'affronter comme cela, dans sa constitution, l'être et le temps, l'essence et la durée historique, et même la nature et l'anecdote ».

Ici J. Pigeaud fait implicitement lui-même le parallèle avec la douleur, comme s'il s'agissait de la même chose, en citant Archytas de Tarente : l'une et l'autre sont constitutives de l'homme :

⁵¹⁹ Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, juillet 1998, pp. 3-8.

⁵²⁰ *Ibid* p. 3.

⁵²¹ Swain G. citée in *ibid*, ici p. 4.

⁵²² *Ibid* p. 4.

⁵²³ Swain G. citée in *ibid* p. 4.

⁵²⁴ *Ibid* p. 4.

« De la même façon qu'il est difficile de trouver un poisson sans épine (arête), ainsi l'est-il de rencontrer un homme qui n'ait pas en lui quelque chose de douloureux comme une épine »⁵²⁵

En même temps il recommande de se garder de s'empêtrer dans cette « culture » : la méthode cumulative, l'accumulation de strates d'érudition, n'éclaire pas. Il convient, pour saisir quelque chose de l'unité de la mélancolie, de « sortir du rabâchage historique »⁵²⁶ pour opérer une synthèse à la fois diachronique et synchronique.

Il explique sa position, en disant qu'on peut trouver qu'il est risqué de comparer, à des siècles d'intervalle, des manifestations diverses tombées sous la même dénomination si équivoque du point de vue sémantique. C'est un parti pris qui consiste à étudier les variations que l'imaginaire a tissées autour d'un même terme, sinon d'une même maladie.

Si J. Pigeaud s'autorise cela c'est que la prolifération des textes renvoie pour lui à un « noyau de nature ». « La maladie, fait pathologique, comporte (inévitavelmente) quelque chose de culturel (...) ». Et la mélancolie plus que toutes « nous oblige à tenir ensemble, de manière qui fait problème, la tradition et l'actualité, l'imaginaire et le fait biologique, nature et culture. »⁵²⁷

« Aucune autre maladie ne se propose dans sa constitution comme fait de culture, et ne renvoie, de cette façon obstinée, la culture à quelque chose de sourd et d'aveugle, qui est à la fois de l'ordre de la nature, de l'individu, de l'incommunicable, du pathologique (...). La mélancolie ne peut se dévoiler que dans le temps, dans l'histoire ; mais en même temps l'histoire ne fait que déployer dans le temps ce qui est le drame intime, unique, de chaque malade.»⁵²⁸

J.Pigeaud va formuler des hypothèses conditionnelles sur une « nature » de la mélancolie plus que sur une « origine » au sens historique.

Ces recherches sont des hypothèses conditionnelles, et non des « vérités historiques », « plus propres à éclaircir la nature des choses qu'à en montrer la véritable origine. »⁵²⁹

C'est la nature de ce phénomène humain que l'on va tenter de saisir dans son unité en en déroulant l'histoire et ces déploiements, vers la maladie d'une part, vers l'imagination créative d'autre part.

⁵²⁵ Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, juillet 1998, pp. 3-8, ici p. 4.

⁵²⁶ *Ibid* p. 5.

⁵²⁷ *Ibid* p. 5.

⁵²⁸ *Ibid* p. 5.

⁵²⁹ *Ibid* p. 6.

Si J. Pigeaud dit qu'« aucune autre maladie » n'a ses propriétés, c'est aussi qu'il ne sait pas, au moment où il écrit ses lignes, que la douleur chronique a acquis, depuis peu, le statut de « maladie ». À la lecture de ses recherches, la question se pose de savoir qui a maintenant en mains les éléments pour y répondre : si l'on devait, ayant constitué la douleur chronique comme « maladie » indépendamment du savoir de son origine, du « lieu affecté », mais à partir d'une série de symptômes ; si donc on considérait la douleur elle-même et ses **retentissements**, que l'on regrouperait dans un cadre purement descriptif, sans préjuger d'un lieu affecté, sans en faire un diagnostic ; si alors on en constituait un historique, cet historique ne se confondrait-il pas, tout du moins dans l'Antiquité, avec celui de la mélancolie ?

Je le crois : je crois que ce qui est décrit de la mélancolie dans les textes traduits par J. Pigeaud ressemble étonnamment à ce que l'on appelle aujourd'hui « douleur chronique ». C'est en cela que ce texte est une réponse à R. Rey: pour faire une histoire antique de la « maladie douleur chronique », il faut accepter que l'époque contemporaine ait nommé autrement ce qui a déjà été étudié sous un autre nom par les médecins antiques.

Voici d'autres exemples à l'appui de ma position, qui est à rapprocher de tout ce qui a été dit précédemment sur la douleur chronique, entre autres par les médecins eux-mêmes :

« Quand on s'attaque à la question de la mélancolie, on est toujours confronté à la difficulté de rendre compte de ce qui est du temps, de ce qui est du non-temps, ou du hors-temps ; de l'histoire et du droit, du vécu et du sens, non pas comme une synthèse mais comme le problème même de la synthèse que le fait mélancolique propose »⁵³⁰

« La mélancolie n'est pas une maladie comme les autres. Un mélancolique est un malade d'une certaine espèce, peut-être d'une maladie unique dans son essence, qui met ensemble, de manière problématique, une souffrance qu'il peut désigner et le soupçon que cette souffrance signifie plus qu'elle-même et donne à dire à la fois sur la connaissance de soi et sur le sens de l'être. C'est bien le lien entre la souffrance et le sens qui fait tout le problème de la mélancolie »⁵³¹

A la lecture de ce texte, ma première réaction fut de me dire : mais toutes les maladies font ça, c'est le fait de la maladie qui fait ça. Ensuite seulement, je compris ce qu'il cherche ici à montrer : somme toute, ce qu'il y a de spécifique dans la mélancolie, c'est qu'elle ne 'fait pas'

⁵³⁰Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, *op.cit.*, p. 6.

⁵³¹*Ibid* p. 6.

ça, elle 'est' ça, et seulement ça. Son noyau de sens autant que de nature tient dans la question qu'elle pose : à partir de quel moment souffrir de « tristesse » et de « crainte » est-il exagéré, ou pathologique ?

Et là je vois que l'on rejoint de nouveau la douleur, tout du moins la douleur chronique, car quelque part, du point de vue des stratégies médicales, du ressenti du patient, de la réponse de l'entourage et social... c'est aussi cette question là qui se pose. C'est la question à laquelle cherche à répondre l'organisation culturelle. C'est par cette question, et par la rencontre de cette question chez le patient avec les réponses collectives apportées, que la douleur chronique dure, ou pas. C'est cette question qui fait souffrance, qui fait expérience du hors temps et durée tout à la fois.

La question de l'origine, du siège, et du sens ; l'herméneutique, l'appel à l'ordre du monde ; tout ceci est aussi consubstantiel à l'histoire de la mélancolie qu'à celle de la douleur chronique de chacun, qui est comme la répétition, en cercles concentriques s'élargissant progressivement autour du patient, de l'histoire médicale : cette histoire se déroule d'abord à l'intérieur de l'individu, puis à l'intérieur du cercle de ses relations avec son entourage familial ; à l'étape suivante, ce cercle s'élargit pour inclure l'entourage professionnel, puis la réponse sociale, légale ; et pour finir, la réponse du milieu médical.

En ce sens, on pénètre, par la douleur chronique comme par la mélancolie, dans le mythe : anhistorique et pourtant narratif, il procède d'une temporalité particulière, répétitive, circulaire, dont ne peut en aucun cas rendre compte la linéarité de l'écriture savante.

J. Pigeaud aborde ensuite la question des rapports entre la mélancolie et l'unité de l'être⁵³² La mélancolie exprime par la souffrance l'impossibilité de poser à l'extérieur de soi cet « autre » imaginaire qui nous permet une connaissance médiée de nous-même.

La mélancolie montre à quel point le dualisme est salvateur : l'urgence de sortir de soi par « l'arrachement, sans rupture véritable, par le transport, qui garde toujours avec elle la nostalgie d'un continuum antérieur ». Il faut « déchirer cette unité qui fait souffrir (...) se poser en dehors de soi, établir un point de vue d'où s'observer, se juger. Cela ne peut se faire que dans la poussée, le jaillissement. »

Cette dualité impossible se fond dans une autre « fusion », qui est similaire à celle du temps de la souffrance tel que Ricoeur l'a décrit : quand il n'y a plus ni passé, ni présent, ni futur,

⁵³² Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, op.cit., p. 7.

mais un continuum temporel, qui est à la fois instant et éternité. À ceci, J. Pigeaud rajoute que ce temps « éternel » c'est le temps de la physiologie, le temps de la confusion biologique. Ce temps de l'indifférenciation, c'est le temps d'avant le mythe fondateur, et l'on voit bien que la mythologie médicale va s'adresser, en chacun de nous, aux fondements les plus archaïques de notre être.

Sans ce jaillissement hors de soi, il n'est plus de métaphore possible. C'est le monisme du malade (qui n'a rien à voir avec un monisme philosophique cohérent).

C'est pourquoi interroger la mélancolie pour savoir si elle est somatique ou psychogène ne mène à rien : ce langage n'a tout simplement pas de sens pour elle. C'est le dualisme médico-philosophique qui a installé le « problème mélancolie dans un espace qui n'est pas fait pour elle. « C'est le génie de la bile noire que de contenir assez de substantialité pour faire illusion sur la réalité de l'organique. » Toute spatialisation, qu'elle soit psychologisante ou organiciste, est vouée à l'échec (...) Il faut donner à la connaissance de soi un sens logique et non psychologique. »⁵³³

La médecine de la douleur propose, à travers la réponse pluridisciplinaire, d'opérer un saut par dessus la faille épistémologique évoquée par J.J. Kress, en adoptant un point de vue pragmatique, « logique » au sens de J. Pigeaud, et en résistant à la tentation d'établir une épistémologie satisfaisante qui ne pourrait, face à l'aporie - on le voit quand elle échoue - que se résoudre dans le psychologique, au détriment du malade.

« Au fond, c'est un lieu commun » au sens le plus rhétorique ; mais en même temps c'est un lieu qui nous est commun, tout au moins en Occident (...) Lieu commun au malade et au médecin qui le soigne ; maladie de la culture, certes, mais aussi possibilité d'intégrer le malade dans l'histoire de la culture.»⁵³⁴ Ceci s'applique autant à la « maladie douleur chronique » qu'à la mélancolie.

*

L'écrasement de la durée et la définition, derrière un écran, du champ de la médecine

« Le champ sémantique de la folie est réglé par l'histoire de la médecine »⁵³⁵

⁵³³ Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, op.cit., p. 7.

⁵³⁴ *Ibid* p. 8.

⁵³⁵ Pigeaud J., « La Réflexion de Celse sur la folie », *Psychiatrie Française* vol XXXII 3/01, (Manie), décembre 2001, pp. 42-74, ici p. 43.

L'écrasement de la durée s'est constitué en deux étapes, qui appartiennent à la construction du champ sémantique de la folie, et qui ont pour corollaire, et conséquence en partie indirecte (la médiation d'un certain nombre d'évolutions sociales et culturelles intervient aussi), la définition, derrière un double écran inaccessible à la pensée, du champ de la médecine, s'agissant des rapports de l'âme et du corps.

Je rappelle que l'utilisation du terme hystérie par le médecin se trouve légitimée par l'existence de ce terme dans l'histoire de la nosographie psychiatrique- même s'il n'a pas connaissance de cette dernière, et même si ce terme a en fait disparu aujourd'hui de cette même nosographie. L'hystérie, en tant que problème du médecin, appartient à ce champ sémantique ; on a vu en outre que c'est vers la supposition de folie, ou de maladie psychiatrique (dépression...) que se portait en général le regard social et médical, s'agissant de faire face à la douleur chronique. Douleur chronique et hystérie font donc partie de ce champ sémantique de la folie dont J. Pigeaud dresse l'histoire

La première de ces étapes est affaire de traduction, au sens strict, et de langage - par lequel se créent les catégories de la pensée médicale. J. Pigeaud s'appuie pour décrire ces problèmes sur les textes de Celse, de Caelius Aurelianus, et de Galien. La seconde, plus complexe, est une conséquence indirecte de la résorption des souffrances de l'âme dans le champ de la médecine, par Pinel.

S'agissant de la première étape⁵³⁶ :

Dans l'Antiquité, l'histoire des définitions de la folie, s'inscrit dans quatre ordres de mouvements distincts, mais liés entre eux :

- la séparation de l'âme et du corps et des rôles respectifs des philosophes et des médecins
- le passage de la tradition hippocratique, marquée, par la temporalité et l'observation, à une conceptualisation analytiques d'entités maladies abstraites et définies par leur spatialité, chez les médecins romains.
- un certain nombre de dérives liées à la traduction du grec au latin.

⁵³⁶ Voir Pigeaud J.,

- La Naissance de la psychiatrie », *Psychiatrie française* n°1, 2008, pp. 7-26

- « La Réflexion de Celse sur la folie », *op.cit.*

- Pigeaud J et Manela Y., « Éditorial », *Manie, Psychiatrie Française* vol XXXII 3/01, décembre 2001, Paris, pp. 3-8.

- la nécessité, à Rome, de déterminer un cadre juridique pour la responsabilité des fous.

Les débats médico-philosophiques hippocratiques et post-hippocratiques avaient conduit à une répartition, établie au premier siècle aC, et que les travaux ultérieurs de Galien et de ses contemporains vont encore ancrer plus profondément dans les comportements et usages médicaux et sociaux. Par cette répartition, il y a, de fait, deux « folies » : d'un côté les maladies trouvant leur origine dans l'âme, domaine des philosophes, et de l'autre les maladies trouvant leur origine dans le corps, domaine des médecins.

Les « folies » des médecins furent classées par les Grecs sous le terme général de « manie ». « Manie » est un terme emprunté par Hippocrate au langage courant pour sa valeur métaphorique - au sens fort de la métaphore en acte⁵³⁷ -, descriptive et évocatrice, plus qu'une catégorie « maladie » telle que l'entendront plus tard les médecins romains.

Hippocrate a décrit sa « manie », d'une manière bien particulière qui fait toute sa place à la force créative de l'écriture et à l'image, et inscrit dans le temps plus que dans l'espace les stratégies médicales, toutes faites d'observations, d'attente et d'accompagnement. À l'époque hippocratique, médecins et philosophes débattaient, à leur manière, ensemble ou séparément, de la part respective de l'âme et du corps dans la genèse de ces symptômes, mais ce débat allait de pair avec un autre, indissociable : celui du siège de l'âme dans le corps.

Pour les médecins romains⁵³⁸ en revanche, une catégorie « maladie » renvoie nécessairement à un échafaudage théorique et logique trouvant son origine dans un siège précis, siège indispensable, puisque c'est lui qui légitime l'action : les stratégies fondées sur les sciences auxiliaires de la médecine.

Les siècles se chargeront, en Grèce puis à Rome, de séparer, d'abord les « combattants : les tenants du débat sur « l'âme » et ceux du débat sur « le corps », et finalement de séparer « l'âme » du « corps »

Pour J. Pigeaud, c'est à partir de Celse que l'accent mis, dans la collecte hippocratique, sur le temps et l'observation, se transforme en une préoccupation pour une mise en ordre des données sous forme de catégories qui s'appuient sur l'espace et l'analyse

Pourquoi Celse a-t-il choisi de regrouper les différents phénomènes de « la folie » sous le terme d'*insania*, alors qu'il en existait, à l'époque, tant d'autres ? Nul ne le sait.

⁵³⁷ Pigeaud J., *Poésie du corps*, op.cit.

⁵³⁸ Les auteurs cités dans ce passage vécurent, selon les sources, environ pendant les deux premiers siècles de notre ère.

Les maladies rangées sous le terme d'*insania* par Celse font partie de celles qui sont physiques mais que l'on « ne peut attribuer à des parties définies du corps ».

Une nouveauté dans Celse est en effet la préférence pour une classification des maladies par lieux affectés plutôt qu'entre aiguës et chroniques : la division « thémysonienne »⁵³⁹ entre maladies aiguës et chroniques est présente, mais pas essentielle. Plus importante est la division entre maladies physiques localisées à une partie du corps et maladies physiques « sans siège précis. »⁵⁴⁰ C'est ce passage, d'une division temporelle à une division spatiale, qui lui permet de définir sa catégorie « *insania* ».

En outre, derrière la question du siège « non précisé » ce qui apparaît surtout dans les écrits de Celse c'est que « la question du siège ne se pose pas »⁵⁴¹ : en effet, chacun lui attribuant comme siège ce qu'il croit être le siège de l'âme, le débat n'a, pour le médecin - qui est déjà à l'époque de Celse en charge exclusive du corps - pas d'intérêt. S'agissant du siège de la *phrenitis*, c'est un changement radical, si l'on songe au long débat qui a animé à ce sujet les médecins grecs.

« En déplaçant la validité de l'opposition Celse opère, en fait, des reclassements significatifs. Il est plus important de réunir *phrenitis* et manie sous le concept d'*insania* que de les opposer comme maladie aiguë et maladie chronique. »⁵⁴² En opérant ce reclassement Celse indique qu'il est d'accord avec les méthodiques – Caelius, méthodique aussi, ira dans le même sens - pour reconnaître que l'*insania* affecte la totalité du corps.

En outre, la traduction du grec au latin pose problème. Ainsi par exemple, cela a pu occasionner que la dysthymie des médecins grecs, qui se rapporte à un comportement général du corps et de l'esprit, soit traduite comme une passion, c'est-à-dire en usant d'un vocabulaire qui se réfère exclusivement l'âme. La description d'un comportement de la personne est devenue, par glissement dans l'opération de traduction, vice de l'âme.

Pour finir, s'agissant de la folie, il y a, chez Celse, abandon de la source hippocratique. Il la connaît fort bien, mais le « noyau hippocratique » est, dans ses textes sur l'*insania*, comme mis « à part, non utilisable en ce lieu ». Il lui préfère la référence, plus ou moins choisie ou contrainte par l'esprit du temps, à une autre littérature, qui a quitté la simple description pour se tourner vers la définition des maladies.

⁵³⁹ Division apparue probablement avec Thémyson au premier siècle av. J.-C.

⁵⁴⁰ Pigeaud J., « La Réflexion de Celse sur la folie », *op. cit.* p. 52.

⁵⁴¹ Pigeaud J., « La Réflexion de Celse sur la folie », *op. cit.* p. 52.

⁵⁴² Pigeaud J., « La Réflexion de Celse sur la folie », *op. cit.*

L'esprit du temps, c'est aussi celui qui se manifeste chez Galien : sa relecture des textes hippocratiques voit aussi s'opérer des glissements liés au langage : pas à la traduction au sens du passage du grec au latin, comme pour Celse, puisque Galien écrit en grec, mais tout de même au langage, en tant qu'il définit les catégories de la pensée et de l'action.

Hippocrate utilisait en effet le langage d'une manière bien précise : les descriptions hippocratiques ne sont pas subsumées à un diagnostic. Quand il utilise le terme de manie, il ne se réfère pas à une catégorie de maladie, mais à un terme qu'il emprunte comme à son habitude, au langage courant, pour sa valeur métaphorique.

Les écrits de Galien sont entièrement différents : la médecine a changé. Il se penche sur les écrits d'Hippocrate à travers un « écran invisible » lié à ce changement ; « Galien donne à la terminologie d'Hippocrate une valeur quasi-juridique ».⁵⁴³ Il se penche sur ces termes comme s'ils avaient la même valeur qu'ils ont pour lui, quitte à en tordre les interprétations. Une écriture métaphorique devient ainsi une catégorie savante, et induit la recherche d'un lieu d'origine, associé à une cause. Ainsi, à l'époque de Galien, la manie est un diagnostic, une maladie ; les maladies ont été divisées en deux catégories bien délimitées et essentielles pour déduire les régimes explicatifs et les conduites thérapeutiques : les maladies aiguës, et les maladies chroniques. La manie est une maladie chronique, une entité nosologique, et non un symptôme (une conduite délirante).

En outre, pour Galien, la chose est entendue, c'est du côté du corps et non de la psyché qu'est l'origine du trouble.

Sous cette catégorie d'« *insania* », les médecins vont alors regrouper trois ordres de maladies (également empruntées, et avec les mêmes abus de traduction, au vocabulaire hippocratique des symptômes) selon leur siège supposé, leur « physiologie » et leur « biologie » et, secondairement, selon leur caractère aigu ou chronique : la manie (chronique) et son opposé la phrénitis (aigue), et la mélancolie.

Caelius Aurelianus consacre pour sa part un chapitre à la manie dans « maladies chroniques ». Il rappelle en introduction que pour Platon comme, selon lui, pour les stoïciens, il y a deux sortes de folie. J. Pigeaud précise que c'est dans une opposition entre « bonne » et « mauvaise » folie qu'il faut les penser. Mais la fonction de ce rappel introductif est pour Caelius de « marquer son terrain » en reprécisant la dichotomie déjà établie chez les Grecs, entre « maladies de l'âme », qui sont du ressort des philosophes, et « maladies du corps », qui

⁵⁴³ Pigeaud J. et Manela Y., « Éditorial », Manie, *Psychiatrie Française*, op.cit.

sont du ressort des médecins, et donc du sien, ce que J. Pigeaud nomme le « triomphe du dualisme ». J. Pigeaud, comme Caelius avant lui, pense que ce sont les philosophes qui ont imposé cette dichotomie. S'agissant de folie donc, reste au médecin la folie « *ex corporis causa* ».

C'est aussi à cette même époque (les deux premiers siècles apr. J-C., et sous l'influence dominante de la médecine romaine, même pour les médecins de langue grecque) que la maladie a pris plus d'importance que le malade. « Arétée (de Cappadoce), comme peintre, a remplacé Hippocrate comme historien. C'est devenu d'avantage une question d'*ekphrasis* (de description) que d'histoire »⁵⁴⁴ : on voit bien, là encore, la question de l'écoulement du temps. La tradition médicale place sous le terme de rhétorique les problèmes de la description. On aurait pu dire style, ou écriture. Non, la tradition médicale est attachée à ce terme de rhétorique qui met en avant l'importance du pouvoir de suggestion et de conviction par le « mot » choisi pour décrire, et l'importance du débat sur le mot choisi dans le processus de progression du savoir médical. Il s'agit de savoir nommer.

Mais quand pour Hippocrate, nommer importait par et pour la puissance de la métaphore, pour la médecine romaine, c'est par et pour la catégorie, la règle, la norme et la loi que le nom importe.

La catégorie « manie » est « traduite » par la médecine romaine en une catégorie « *insania* »- mais l'on vient de voir que ces catégories ne recouvrent pas la même réalité. Cette traduction et cet abus de traduction sera entériné par Cicéron⁵⁴⁵, pressé de décider du cadre juridique permettant là aussi l'action et la stratégie : de décider de la responsabilité juridique du « fou ». « *Insania* » est la « catégorie médicale de la folie » et renvoie donc à l'origine corporelle (et à l'irresponsabilité au sens juridique).

Entre les écrits d'Hippocrate et de Galien, comme entre ceux d'Hippocrate et de Celse, ou d'Hippocrate et d'Arétée, il y a à chaque fois un hiatus qui a trait, déjà, à l'écrasement du temps. Il y a trait directement, par le caractère désormais secondaire des catégories aiguës et chroniques, et indirectement par l'intermédiaire de la valeur accordée, ou pas, au langage et plus particulièrement à l'efficacité liée à sa valeur poétique, qui s'inscrit aussi dans un certain rapport au temps, s'agissant en particulier de déterminer les stratégies médicales. Ce hiatus a

⁵⁴⁴ Pigeaud J., « La Rhétorique d'Arétée », in Jouanna J. et Leclan J. (dir.), *Cahiers de la Villa Kerylos*, n°15 (actes du colloque : « La médecine grecque antique »), diffusion de Boccard, Paris, 2004.

⁵⁴⁵ Rappel : nous avons vu à la fin de l'introduction la définition cicéronienne de la douleur.

trait aussi à l'organisation des savoirs autour d'une préoccupation explicative fonctionnant déjà sur le modèle de la recherche d'une cause unique, avec l'appui des sciences auxiliaires de la médecine. Si J. Pigeaud montre le processus de ce hiatus en décrivant les problématiques de traduction, c'est parce que la médecine apparaît ici, s'agissant de définir son champ par rapport à l'âme et au corps, comme une écriture. Le choix du type d'écriture est fondamental pour préciser et définir ses normes, comme ses stratégies. Pinel à son époque ne saura pas dominer cette question.

S'agissant des troubles du comportement, la synergie de ces différents mouvements a abouti au renforcement mutuel des radicalisations respectives du substantialisme morbide localisateur et du « triomphe du dualisme » corps-âme dans l'interprétation de la catégorie « folie ».

Bien sûr, la médecine romaine a continué à s'interroger sur les influences réciproques du corps et de l'âme, mais leur domaine d'intérêt, de compétence et de responsabilité, comme celui de philosophes, était clairement délimité.

Le débat sur le siège de l'âme - et donc des passions - cessera peu ou prou avec la médecine romaine (...), pour ne reprendre, aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles qu'avec Pinel et ses contemporains.

En outre, la rhétorique médicale y perd l'importance fonctionnelle de la métaphore, « fonctionnelle » renvoyant ici à la fonction sociale du médecin autant qu'à la fonction de la parole dans la relation médecin-patient.

Parmi toutes les catégories « maladies », les catégories de la folie sont les premières victimes de ces reconstructions, de ces élisions et de ces abus de traduction, puisqu'elles perdent en profondeur, en poésie et en humanité tout ce qui se glisse dans les interstices de ces échafaudages stratégiques - les « hiatus » évoqués par J. Pigeaud. La mélancolie est à la fois la plus menacée, et celle qui pourtant résistera le mieux à cette médicalisation, pour des raisons complexes qui font d'elle un objet irréductiblement culturel avant que d'être médical. C'est aussi ce qu'elle a de commun avec la douleur. Ce rapprochement aurait pu paraître abusif tant que la douleur n'était, pour les médecins, qu'un symptôme. En construisant une catégorie « **douleur maladie** », la médecine de la douleur crée un nouvel objet qui partage avec la mélancolie ce caractère 'médico-culturel', qui fait effraction, au même titre que la mélancolie, dans l'édifice de la médecine moderne élaboré par Pinel. C'est par ce geste fondateur que la médecine de la douleur est révolutionnaire, d'autant qu'il ne s'agit pas ici de psychiatrie, mais de psychiatrie et de médecine, indissociablement.

La deuxième étape, avec Pinel :

Il y a eu une « fabrication médicale » du concept de manie, nous dit J. Pigeaud, lorsque la médecine a puisé, après Galien et pendant des siècles, dans des travaux utilisant un vocabulaire « préhistorique » sans replacer ce vocabulaire dans son contexte. Dans ce hiatus ont pu s'engouffrer quantité de représentations et un imaginaire, qui font de la manie, en tant qu'objet médical actuel, l'objet historique, et culturel complexe qu'elle est, cette « histoire de problèmes ».⁵⁴⁶

Pinel a matérialisé le problème, sans cependant le dominer. Quand il reprendra les textes anciens pour élaborer son traité de l'aliénation mentale et sa nosographie philosophique, il peine à articuler deux concepts de la manie qui empruntent à ces deux traditions différentes, avec, au centre, le hiatus dont nous avons parlé. En même temps, c'est ce qui fait que l'objet résultant, le nouveau visage de la manie, celle de Pinel, et celle qui est à l'origine des classifications psychiatriques actuelles apparaît sous un jour ouvert : celui « d'un objet culturel complexe, terriblement instable »⁵⁴⁷.

Qu'est-ce que Pinel va faire de l'héritage des médecins antiques ?

D'abord, il va situer ses recherches sous le terme générique de « manie », reprenant le terme grec, hippocratique, plutôt que le terme latin d'*insania*, ou que le terme français de « folie ».

Logiquement, il va donc s'intéresser à toute la « manie » : celle de l'âme, comme celle du corps.

Il va ainsi, par conséquent, faire des « passions », maladie de l'âme, un domaine médical. Il va ainsi résorber la philosophie dans la médecine.

Mais la médecine diffère de la philosophie. Dans ce processus de résorption, un certain nombre de problèmes, et de ressources pour la pensée et la théorie de la folie, vont donc ni plus ni moins disparaître du débat. C'est ce silence assourdissant, ou plutôt la modification de l'objet du silence qui donne à son travail toute sa portée de nouveau mythe fondateur. Après Galien, était passées sous silence, en médecine tout du moins, les inconnues concernant la

⁵⁴⁶ Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, juillet 1998, pp. 3-8.

⁵⁴⁷ Pigeaud J., « La Naissance de la psychiatrie », *Psychiatrie française* n°1, 2008, pp. 7-26; ici p. 8.

nature ou encore le siège de l'âme : la médecine s'en était désintéressée, laissant largement le champ de l'âme aux religieux ; les artistes s'en saisirent aussi, à leur manière, mais le plus souvent en lien avec le religieux, tout du moins jusqu'à la fin du Moyen Âge. Pinel l'institue à nouveau comme objet médical, sans que l'on sache pour autant si elle se trouve alors située dans le corps - et où ? - ou si la médecine a élargi son domaine hors du champ du corps, et si oui, avec quels moyens ?

Exit, donc, une nouvelle fois, la question du siège de l'âme, déjà « disparue » quelque part entre Hippocrate et Galien ; exit, la possibilité de s'interroger sur le dualisme âme/corps.

Pinel se justifie tout simplement de son opposition à la position galénique, citant Greding, qui lit Crichton : « Les ouvertures post-mortem ne donnent rien »⁵⁴⁸ (sous entendu comme explication à la folie, donc son origine n'est pas dans le corps).

Cependant, il ne se satisfait pas du simple constat de Crichton : « on ne considèrera pas si les passions sont naturelles, ou non, morales ou immorales, ce sont de purs phénomènes. » Fasciné par le théâtre hospitalier de la folie, il y voit un ordre, et des lois, des constantes, qui appellent une histoire des passions, une histoire à la fois philosophique et médicale. » Il faut que la médecine annexe le tout de la passion »⁵⁴⁹. Il dit lui-même que c'est en oubliant son costume de docteur qu'il se rend sensible à ce spectacle, mais c'est néanmoins en tant que médecin qu'il veut le comprendre, et produire à son sujet un discours organisé.

Pour définir les passions, il se réfère à Cicéron, qui se réfère lui-même au stoïcien Chrysippe dans ses *Tusculanes*. Cicéron devient du même coup, avec Hippocrate, le fondateur de la psychiatrie française. Pourtant, quelle distance, de l'un à l'autre ! Que de glissements et de hiatus ! Et aussi, il ne faut pas négliger que les stratégies du médecin et du juriste-politicien sont bien différentes ! Cette association inaugure la dialectique médico-juridique du problème des passions, et de la responsabilité du 'fou', selon que l'origine de ces comportements relève du corps, ou de l'âme, dialectique si prégnante à l'heure actuelle et si peu changée dans ses termes. Elle se trouve aussi réactualisée, et à plus d'un titre, en médecine de la douleur : une des caractéristiques des patients douloureux chroniques est d'être en attente de reconnaissance légale et politique de leur « *maladie* », et aussi de réparation juridique des coupables supposés de leur « *maladie* », ce qui impose une reconnaissance médicale et légale de ce qui en serait la cause première, et originelle. L'appellation d'hystérique surgira d'autant plus aisément que

⁵⁴⁸ Pigeaud J., « La Naissance de la psychiatrie », *op.cit.*, p. 16

⁵⁴⁹ *Ibid*, p. 17.

ces attentes médico-légales seront plus présentes chez la patiente, et que l'origine corporelle des troubles sera plus invisible.

Pinel ressort aussi de ce théâtre hospitalier touché, et dans son « illumination » convaincu, que les « folies », maladies médicales, trouvent leur origine dans l'âme, « quelle que soit l'acceptation que l'on donne à ce terme ». Il ne se satisfait pas de ce que Crichton soit « retombé dans le champ banal du donné organique »⁵⁵⁰.

C'est ce « quelle que soit » qui est le premier de ses raccourcis, et son premier silence :

« Autour du thème de la passion, on retrouve constamment (dans l'histoire) ce problème de la scission entre maladie de l'âme et maladie du corps. Mais suffit-il de faire ce coup de force, de décider l'annexion ? Pour y réussir, il y a tout un travail de gauchissement (...). On peut dire qu'introduisant les passions, comme cela, dans la médecine, Pinel introduit des problèmes qui sont les problèmes justement qui ne sont pas réglés, ceux de la distinction de l'âme et du corps, de la position moniste ou dualiste ; tout cela reste du non-dit. (...) Pinel a introduit le loup dans la bergerie, et la justification (...) juridique de ce coup de force n'a jamais été faite. Et c'est de là que suit une série de problèmes.»⁵⁵¹

S'agissant de la douleur chronique, on voit en effet aisément, s'appuyant sur la répartition des responsabilités effectuée par Cicéron, les conséquences de cette position théorique pour les malades douloureux chroniques, dès lors qu'elle ne s'accompagne pas d'une remise en question de la scission âme-corps. On comprend mieux aussi les raisons sociales, politiques et juridiques, qui peuvent les amener à repousser avec autant de force la causalité « psychiatrique » de leur souffrance.

De cette irruption du « loup dans la bergerie » est née une dynamique extraordinaire chez les aliénistes. Bichat, ou Esquirol, tentent de faire des passions, de l'organique. Reil parle lui d'organe psychique.

Dans ce processus de « gauchissement », qu'est-ce qu'évince, ou néglige Pinel, et qui pourtant était en cours : diverses questions, résultant des recherches conduites par Sydenham et Willis, ou encore Van Helmont, au XVII^{ème} siècle, qui évolueront pour être regroupées à l'époque contemporaine dans le champ de la « psychologie » et même du « psychosomatique », et qui portent sur : l'homme intérieur et sa parfois dangereuse autonomie ; le

⁵⁵⁰ Pigeaud J., « La Naissance de la psychiatrie », *op.cit.*, p. 18.

⁵⁵¹ *Ibid*, pp. 18-19.

sens de soi, aussi, l'intériorité, le sentiment de soi-même ; à noter que pour certains auteurs, tels Van Helmont, ceux-ci s'ancraient aussi dans la viscéralité et le corporel. C'est dans le processus de cette définition de l'homme intérieur que Sydenham s'était intéressé de nouveau à la question de l'hystérie, ce qui confirme, s'il en était besoin, les liens intimes que ce terme entretient, pour les médecins, avec la problématique de la scission du corps et de l'âme.

Pinel se désintéresse de ces recherches, parce qu'elles ne sont pas compatibles avec ces propres thèses : s'il les intégrait, il aboutirait à l'aporie : où mettrait-il ce « troisième homme » ? Cet homme intérieur a son siège dans le corps et dans l'âme à la fois : c'est un double intérieur de l'homme extérieur, qui serait tourné vers l'intérieur, et vivrait de manière immédiate et spontanée les fluctuations physiologiques. Pour Cabanis, « l'homme intérieur, c'est (aussi) l'homme antérieur. Cela d'un point de vue organique. »⁵⁵². Dans cette notion d'homme antérieur, il y a, pour J. Pigeaud, celle de résistance : de l'interface entre les forces extérieures et l'homme, qui doit, dès sa conception, leur résister. L'histoire de cette lutte, de cette « résistance », participe de ce sentiment de soi, de la construction de cet homme intérieur.

Les thèses de Van Helmont, que Pinel a négligées dans ce même mouvement, ne sont pas sans rappeler les théories grecques qui situaient l'âme dans « les phrènes » et d'où la *phrenitis* tire son nom. Van Helmont avait réhabilité aussi l'expérience, ce qui renvoie, dans une certaine mesure, au « comportement » hippocratique. De tout cela, chez Pinel, un siècle et demi plus tard, rien.

Rien non plus concernant la coenesthésie de son contemporain Reil et de son élève, qui elle aussi tisse des liens fonctionnels et efficaces entre âme et corps : « c'est l'élaboration d'un lien qui constituerait la présence et l'efficace de notre corps ». Le « sentiment général de soi-même (*Gemeingefühl*) » a pour Reil, un organe : le système nerveux, nerfs, et cerveau ; le sentiment de soi informe l'âme sur l'état du corps (et vice-versa). Il en résulte que ce sentiment de soi peut être perturbé aussi bien par des perturbations du corps, que retranscrivent fidèlement les nerfs, que par des perturbations ou maladies des nerfs eux-mêmes qui, affectés, renvoient à l'âme un sentiment de soi perturbé, une image perturbée de l'état du corps ; l'âme est trompée ; si « les conditions s'y prêtent »⁵⁵³ elle peut « sombrer dans la folie ».

⁵⁵² Pigeaud J., « La naissance de la psychiatrie », *op.cit.*, p. 21

⁵⁵³ Reil, cité in *ibid*, p. 24.

Cette troisième voie, explorée de diverses manières par ces médecins, est négligée, dans son ensemble, par Pinel.

La psychanalyse reprendra, elle, largement cette direction de travail, et finira par s'imposer à la psychiatrie même, tout du moins pour un temps : c'est aujourd'hui un vaste sujet de questionnements et de débats. La psychiatrie peut se passer, du point de vue de sa fonction sociale, de la psychanalyse ; la psychanalyse perdrait beaucoup de légitimité et de fonction sociale, et de pouvoir politique, à ne plus être liée à la psychiatrie. Quelle qu'ait été par ailleurs l'influence de ses recherches, ce qu'a établi Pinel reste plus significatif en termes institutionnels, c'est-à-dire, en termes d'ordre social et culturel, au sens anthropologique.

En outre, il me semble aussi important de noter que, créant la psychiatrie, Pinel fonde aussi, en contrepoint, la médecine dans son ensemble. Et que reste-t-il à la médecine, une fois que la psychiatrie a pris de l'humain, l'âme ? Le corps, une fois de plus. Mais un corps qui, cette fois-ci, n'a même plus de passions. Tout du moins le corps de Galien pouvait-il être à l'origine des troubles de l'âme. En créant la catégorie psychiatrie, Pinel a aggravé encore l'appauvrissement du champ de la compétence médicale, et son éloignement d'avec l'individu conçu dans son unité. La médecine ne s'est pas laissée faire, bien sûr, et les multiples conflits encore vifs à l'heure actuelle concernant les territoires respectifs de l'une, et de l'autre, en sont la conséquence. Mais il n'y a plus, entre médecine et psychiatrie, d'une part, et philosophie, d'autre part, de territoire commun, d'objet commun : l'humain, qui permettrait que les problèmes soient posés. Là encore, la médecine de la douleur se distingue, invitant fréquemment les philosophes, les anthropologues, à s'exprimer sur la question de la douleur lors des congrès et dans ses publications. La philosophie n'y est pas résorbée dans la médecine ; une part de son domaine de compétence est commune avec celui de la médecine, cette part même qui revient, selon les termes mêmes des médecins de la douleur, au « mystère de l'humain ». Ce n'est pas rien.

Pour finir, ce que repousse Pinel, c'est « l'imagination elle-même »⁵⁵⁴, et par imagination, Pinel renvoie à *Phantasia* - celle-là même qu'avait réhabilitée Van Helmont. Pinel la rejette par précaution, à une époque où « l'imagination » est mise en question de diverses manières- et on verra aussi comment la médecine applique aux femmes cette double méfiance. L'imagination est mise en question, à la fois crainte et repoussée comme dangereuse, par

⁵⁵⁴Pigeaud J., « La naissance de la psychiatrie », *op.cit.*, p. 25.

Pinel, mais aussi objet d'un intérêt renouvelé, entre autres à travers le magnétisme de Mesmer, à la suite duquel s'inscrit l'histoire de l'hystérie de la psychanalyse. Il s'agit ici de diverses modifications, sociales, politiques, culturelles, intellectuelles, artistiques, afférentes à la question de la croyance. Or 'croire', ou pas, c'est la première question qui se pose face à la douleur d'autrui. Cette question de la croyance, c'est aussi celle de Saint Thomas, qui croit ce qu'il voit : peut-on croire, ce que l'on ne voit pas ? La scission, parallèle à celle du corps et de l'âme, du visible et de l'invisible, va habiter, en filigrane, toutes les évolutions ultérieures de la médecine, marquées en particulier par le triomphe de la méthode anatomo-clinique, et se cristalliser à la fin du XIX^{ème} autour des hystériques de Charcot, et de l'appétence de ce dernier pour le « voir ». Elle renvoie aussi aux interrogations formulées, entre autre par J. Pigeaud, mais aussi par J.-J. Kress, et des anthropologues, tels A. Dutruge, sur le « corps » dont parle les médecins depuis son avènement en particulier : le corps mort des dissections, séparé lui aussi du corps des émotions (voir à ce sujet le débat sur l'utilisation des dissections par les étudiants des beaux-arts) : la vie, ne se voit pas. Et c'est pourtant la vie, et non la mort, qui est un des objets de la médecine, si l'on s'en tient au mythe originel de Pinel.

*

La philanthropie médicale

L'humain, la vérité, la vie, seraient donc le triple objet de la médecine. Nous allons maintenant aborder ces questions, non plus du point de vue de l'objet, ou du domaine, mais du point de vue de la responsabilité du médecin, telle qu'elle est définie par les médecins eux-mêmes, mais aussi telle qu'elle est un lieu commun, une évidence fondatrice - c'est à ce titre sans doute qu'elle n'est plus présentée à l'étudiant comme un sujet de discussion - à travers l'histoire dressée par J. Pigeaud de la philanthropie médicale.

Nous verrons à cette occasion comment la fascination pour le visible du corps, pour la vérité hiérarchisée au visible, se traduit dans les faits par un intérêt marqué pour le savoir du corps mort. Nous verrons aussi à cette occasion le statut particulier accordé à la maladie chronique, et quelques remarques sur la philanthropie médicale face à la douleur.

Au XVIII^{ème} siècle, fidèle à l'intérêt renouvelé de ce siècle pour les anciens, Sebast. Christian Kortholt recense dans sa thèse les qualités morales de Celse, pas à partir d'écrits théoriques de

ce dernier, mais en discernant à travers ces écrits les traits de la personne pour en faire une figure du « bon médecin ». ⁵⁵⁵

- l'amour du vrai (chercher sans complaisance à découvrir la vérité)
- interdiction de tromper le patient et son entourage, pour dramatiser le tableau ou en s'acharnant sur un problème manifestement incurable
- reconnaître et recenser ses propres fautes
- se réserver un petit nombre de malades pour ne pas exercer une médecine « de généralités »- se tenir donc à distance du profit
- *animi lenitatem et mansuetudinem*
- pudeur, même dans le choix des termes
- Celse critique l'intempérance du siècle qui ne peut que nuire à la santé et au traitement des malades (abus de nourriture ou de vin... vomissements forcés...)
- Celse « se montre ami de l'équité et de la justice- on dirait aujourd'hui de l'honnêteté intellectuelle (...) ». « Soucis de rendre à chacun des auteurs, son dû. »
- prudence, mais aussi savoir le cas échéant conjuguer audace et prudence
- courage dans l'exercice chirurgical

*

« La médecine est un art dont la mission est de veiller sur la vie humaine » dit Celse ⁵⁵⁶.

Cela fonde la relation du médecin à son malade.

Dans tous les cas, si l'on excepte les anatomistes de l'école d'Alexandrie ⁵⁵⁷ qui pratiquèrent la vivisection, on peut dire que depuis Hippocrate le mouvement originel du médecin est de considérer l'homme vivant, l'homme souffrant.

Il est une autre évidence constitutive de l'acte médical : c'est ce mouvement qui porte vers l'autre dans l'intention de le soulager. Ce mouvement sera défini, selon les auteurs, comme « *misericordia* » (Celse), « *humanitas* » (notion latine), ou « *philanthropia* » (notion grecque). « Pour Scribonius, (qui place la médecine sous le patronage d'Hippocrate et de son serment), le médecin est, parmi tous les individus, spécialement requis à la miséricorde et à

⁵⁵⁵ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », p. 260. N.B. : Celse est-il ou non médecin ? Pour cet auteur, de toute évidence, oui. Pour J. Pigeaud, la réponse est également oui : il est reconnu comme tel par la tradition ; sa « Préface » est un texte mythique de la médecine, et d'une manière générale ses textes sont très importants ; en outre, il faudrait aussi rapporter cette question au sens que pouvait avoir le terme à l'époque ; il convient aussi de replacer le débat dans le contexte du manque de traces écrites de l'époque.

⁵⁵⁶ Pigeaud J., *Poésie du corps, op.cit.*, p. 94.

⁵⁵⁷ Hérophile et Érasistrate

l'humanité, par devoir professionnel ; miséricorde et humanité sont les finalités de la médecine (...). La médecine est un long apprentissage de l'humanité qui consiste d'abord à ne pas nuire, à ne pas faire le mal. »

Pour Sextus Empiricus « l'origine de l'acte médical tiendrait à ce sentiment qui porte vers l'autre, pour le soulager. » Il y a là « un lieu commun, une évidence constitutive de l'acte médical ». ⁵⁵⁸

Divers écrits tendent à montrer que la médecine dispose d'une tradition de moralité spécifique, distincte de la philosophie - bien que cela soit aussi sujet à débats. « Humanitas, philanthropia et misericordia ne sont pas des concepts philosophiques : ce sont des comportements et usages des médecins (...) La pratique médicale elle-même a engendré un contenu spécifique d'humanité et suffit à le fonder » ⁵⁵⁹

Depuis les Grecs, y compris chez les non-médecins, l'allusion à *philanthropia* est comme un signe de reconnaissance presque automatique de la médecine. J. Pigeaud va jusqu'à dire que la philanthropie éventuelle du philosophe renvoie à la philanthropie médicale, et non le contraire. En outre, il importe de noter que les médecins de langue latine ne sont pas des théoriciens (pas de réflexion générale sur l'éthique) - ce qui est en soi, par rapport aux médecins de langue grecque, une évolution intéressante ⁵⁶⁰.

Le serment d'Hippocrate « est une référence médicale et non philosophique. Quelle que fût l'influence d'une doxa philosophique sur l'élaboration du serment, ce dernier devient, une fois constitué, une référence qui appartient au monde de la médecine, et qui dispense de toute réflexion philosophique que ce soit. » ⁵⁶¹

Cette 'évidence' est cependant sujette à discussion. Ainsi l'équivalence entre *philanthropia* et *humanitas* ne va-t-elle pas de soi. Aulu-Gelle regrette ainsi le fait qu'*humanitas* renvoie, à son époque, « à une notion floue de morale commune », sans croisement avec le questionnement philosophique. Pour lui, *humanitas* renvoie plus au grec *paidera*, que l'on peut traduire par « culture » : « non pas une notion de morale spontanée ou populaire, liée à des comportements ; mais une notion fondée sur le travail philosophique, l'instruction et les arts libéraux » ⁵⁶². Il y

⁵⁵⁸ Ces deux citations : Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p. 262.

⁵⁵⁹ *Ibid* p. 264.

⁵⁶⁰ *Ibid* p. 257.

⁵⁶¹ *Ibid* p. 266.

⁵⁶² *Ibid* p. 261.

a plus qu'une vague bienveillance dans un véritable humanisme médical, il devrait aussi y avoir une forme de technicité.

En outre, l'influence chrétienne, « sous un vocabulaire commun, (a changé) le rapport à l'autre ». On en voit, me semble-t-il, les traces aujourd'hui : la laïcisation de l'hôpital et de la médecine en général a conduit le monde médical et paramédical à considérer avec une grande méfiance, les termes d'« amour » et de « charité » ; méfiance qui se traduit par leur absence des discours officiels, et qui renvoie à la fois à leur appropriation par le discours religieux et à leur « sexualisation » par le discours psychanalytique. Pourtant, *philanthropia* renvoie bien à « amour », aussi, et la mission charitable de l'hôpital, inscrite de tout temps dans sa tradition, ne me paraît pas si éloignée des évidences constitutives de l'*humanitas*, de la *misericordia* comme de la *philanthropia*.

Il y a aussi des interprétations et discussions possibles sur l'« amour de l'humanité » : faut-il y voir un simple élargissement de l'amour de soi, une « forme développée d'égoïsme », ou au contraire une « agapè chrétienne » qui s'adresse véritablement « à l'autre dans son incommensurable altérité » ?⁵⁶³ Cette difficulté est présente, aussi, dans les méfiances actuelles : elle non plus n'est donc pas nouvelle, et la triangulation épïcurisme/stoïcisme/christianisme, avec ses enjeux philosophiques et politiques, a conduit à des équivoques dans les termes que n'a pas résolues le monde médical.

*

L'*humanitas* a aussi un contenu affectif, un « pathétique médical »⁵⁶⁴ : « le médecin éprouve et sympathise ». Il peut être malheureux de son impuissance à soulager.

Ainsi le « grand malheur du médecin », décrit en référence au Tétanos par Arétée de Cappadoce, est-il de ne pouvoir « que » sympathiser avec les patients qui sont dominés par une maladie en elle-même atroce et d'évolution inéluctablement mortelle.

Il peut aussi souhaiter, comme le patient, que la mort survienne pour le délivrer. Mais « il ne convient pas à un médecin de s'en occuper (...) Souffrance du médecin. »

Cette souffrance du médecin, l'irruption des émotions du médecin dans la relation, la difficulté de son exercice dans certaines circonstances, apparaît dans des textes sur le tétanos

⁵⁶³ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p. 264 : J. Pigeaud citant Aubenque discutant Sénèque.

⁵⁶⁴ *Ibid* p. 265.

et l'éléphantiasis. Mais ce sont dans les textes qui concernent la douleur qu'apparaît le devoir de contrôle de ses émotions par le médecin - comme du reste par le malade : le premier doit faire preuve de dureté : faire, pour le chirurgien « comme si les plaintes du patient ne faisaient pas impression sur lui ». Le second a aussi un « devoir », celui du courage.

C'est aussi suite à ces textes sur la douleur, que J. Pigeaud évoque la mention dans les textes de la possible « bêtise » du malade, et au fait qu'il peut être jugé « responsable de sa maladie ; il y va de sa faute. »

Un autre lieu commun médical, repris par les philosophes, est le fait que les maladies sont liées à une dégradation de la morale commune.

Plus loin : encore le devoir et les émotions du médecin, et encore la douleur :

Asclepiade énonce que « le devoir du médecin est de guérir de manière « sûre, prompte et agréable » ; pourtant c'est souvent à son sujet qu'est posée la question des limites de la cruauté du médecin.⁵⁶⁵

*

La mort apparaît, dans le corpus Hippocratique, comme l'échec de la surveillance de la vie, surveillance qui relève de la responsabilité médicale.

La mort elle-même, le mourir, le passage, intéresse peu, somme toute, et encore moins ce qui se passe après, et ce, dès le corpus hippocratique.

Ce n'est que par l'anatomie que le cadavre devient 'intéressant', mais seulement en ce qu'il recèle peut-être, accessible au voir pour peu que l'on coupe vers la profondeur, des secrets concernant la vie.

C'est Celse qui, se positionnant par rapport à la vivisection, va évoquer l'importance de la vie de façon originale, permettant « la conceptualisation de ce que j'appelle le corps propre, et la détermination de l'importance de la vie ».⁵⁶⁶

Pour Celse, le corps que montre la vivisection est un corps malade de ce qu'on lui fait subir, et probablement de ce qu'il a déjà subi (conditions de vie, d'emprisonnement ...) Si l'objectif de la vivisection est d'observer la place et la relation des organes, on le fait aussi bien sur un corps mort.

⁵⁶⁵ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p. 269.

⁵⁶⁶ Toutes citations sur la vivisection : *ibid* pp. 275-279.

Si l'objectif de la vivisection est « le reste », « ce qui peut seulement s'apprendre chez les vivants », l'usage le montrera ultérieurement dans les soins donnés aux malades, et de manière moins cruelle.

C'est que la vivisection repose sur une certaine croyance en l'existence de causes obscures qu'il faut aller voir, regarder, dans le corps, institué comme profondeur. Le médecin se fait bourreau, voyeur, espion de l'intimité du corps. Pour J. Pigeaud, « cette attitude n'est que la projection sur le problème pratique d'une croyance fondamentale : celle de l'origine des maladies. Elles ne pourront être soignées que si leur origine est connue. Et l'origine de la maladie est dans le tréfonds du corps. Elle est ce qui se dérobe sous le scalpel. »

Ceci reste très actuel : il n'est certes plus aujourd'hui nécessaire de recourir aux vivisections. Mais la fascination de l'origine visible des maladies demeure : la multiplication des examens permettant de voir à l'intérieur du corps, souvent au détriment d'un diagnostic clinique plus rapide et moins coûteux, par leur valeur de vérité et de preuve, s'inscrit bien dans cette tradition. Je ne citerai que deux exemples parmi une multitude :

Que faire, sinon rire, quand on vous affirme que l'on a prouvé par IRM colorimétrique que l'empathie soulage ! Et que de temps - et d'argent - gagnés si l'on avait cru la parole et l'expérience, des femmes en particulier (les infirmières), quand elles réclamaient qu'on la pratique - ou qu'on les laisse la pratiquer - plus largement !

À quel moment le médecin déclare-t-il que l'hystérique douloureuse n'a « rien », ce « rien » signifiant précisément l'absence d'origine « vraie », ou le concernant, c'est-à-dire dans le corps ? Après l'avoir écoutée ? Après l'avoir examinée ? Non. Après avoir regardé à l'intérieur de son corps par le biais de la radio, au minimum, de la chirurgie, au maximum. Et quelle émotion quand il voit 'quelque chose', soulagement - partagé par la patiente - d'avoir 'quelque chose', inquiétude de ce que c'est, ésotérisme de l'interprétation de l'image pour le patient, fixation, parfois, en une trop grande réalité sur laquelle se cristallisent les réticences aux **changements** de mode de vie qui pourraient soulager pourtant, mieux que la chirurgie.

Alors bien sûr, la cruauté n'est plus là. Quoique la multiplication des actes chirurgicaux puisse interroger, dans certains cas - on a vu aussi dans l'entretien avec X, et dans les cas cliniques, combien l'effraction cutanée semblait pour le patient autant que pour le médecin une cruauté nécessaire pour aller 'à l'origine', quitte à ce que cela ne serve qu'à permettre la recherche d'une autre origine moins visible ? Il y a fort à parier que voir l'intérieur du corps n'ait rien perdu de sa valeur heuristique, s'agissant de l'origine du mal, comme de l'origine de la vie.

Mais cette dernière quête est vouée à l'échec : on ne peut voir la vie. Dans *Poésie du corps*, J. Pigeaud s'attarde plus longuement sur la question du cadavre, du rapport du médecin au corps mort et à son anatomie.

Contrairement à la focalisation contemporaine de la biomédecine sur le mourir, le passage, « l'acte de la mort » n'est pas décrit dans le corpus hippocratique, sauf dans un seul bref passage. « La mort est donc là, présente, comme l'horizon du pronostic, comme la fin de la vie. Mais il faut bien admettre qu'une fois survenue la mort, tout se passe comme si ce qui restait de la mort était sans importance, ne concernait plus le médecin. La mort, comme telle, ne semble pas intéresser le médecin hippocratique »⁵⁶⁷

Tout change avec « la naissance de l'anatomie, c'est-à-dire l'action de couper pour voir. (...) car c'est bien l'anatomie, conçue comme véritable pratique, qui va donner du sens à l'homme mort (...) Bien plus, même si cette pratique est très limitée dans le temps, à l'intérieur de ce qu'on appelle l'Antiquité, les problèmes qu'elle pose, et qui seront repris et médités, conduisent à la définition de la vie et de la mort, et du statut du cadavre (...). Le cadavre, c'est ce qui donne un contenu à la représentation intellectuelle de la mort.»⁵⁶⁸

C'est aussi ce qui différencie l'humain de l'animal, puisque l'homme est sans doute le seul animal capable de s'imaginer debout à côté de son propre cadavre.

La tâche de l'anatomiste est « d'expliquer l'être vivant en examinant sa dépouille » La pratique même de l'anatomie concourt à « l'amélioration des praticiens » par la simple vertu de son expérience, qui inculque avec une « singulière énergie (...) cette double leçon d'individualité et de solidarité »⁵⁶⁹.

En outre, « il faut, pour définir le cadavre, parvenir à la division radicale entre ce qu'on peut appeler âme/corps ou vie et mort, comme on voudra, pour que ce qui reste après la mort puisse servir d'analogie avec le vivant, de manière apaisée »⁵⁷⁰.

La médecine répond d'un coup, par la pratique et sans que cela ne soit évoqué, dans son écriture, pour ce que c'est, à toutes ses missions, qui sont aussi ses apories : l'humain, la vérité, la vie. Dans le même mouvement, elle se construit comme 'nous', comme groupe solidaire.

Le temps du cadavre est un temps particulier, bien connu des anthropologues. C'est, pour toutes ces sociétés, le temps de cette « énergie singulière » productrice de solidarité. Le statut duel, du cadavre, intermédiaire entre le vivant et le mort, entre la vie et le squelette, objet du

⁵⁶⁷ Pigeaud J., *Poésie du corps*, op.cit., p. 96.

⁵⁶⁸ *Ibid* p. 96.

⁵⁶⁹ Toutes citations de ce paragraphe : E. Gonzales-Crussi cité dans Pigeaud J., *ibid* p. 123.

⁵⁷⁰ *Ibid* p. 125

« travail de deuil de l'humanité »⁵⁷¹, « dernier lien visible entre nature et culture »⁵⁷², est le temps du rite funéraire pour toutes les sociétés humaines, qui l'organisent de manière variable en fonction de leurs représentations. Dans le même ordre d'idée, J. Pigeaud rappelle à juste titre que « on ne réfléchit pas assez (au fait que) tous les systèmes de médecine n'éprouvent pas le besoin de l'anatomie ». ⁵⁷³C'est que tous les système de médecine ne partagent pas la même représentation du corps et de l'âme, de l'origine du mal, ni la même appétence, curieuse, anxieuse, pour le voir : d'autres situent résolument les origines du mal dans l'invisible.

Dans l'ascèse que constitue la pratique de l'anatomie pour le médecin, il ne s'agit pas « d'apprendre à mourir mais à être mort »⁵⁷⁴. Ce n'est pas tant le mourir, le passage qui intéresse tant dans le cadavre, c'est ce que par lui, la mort, l'après-mourir, donne à comprendre de la vie, donne à philosopher sur la vie... à philosopher, en se passant cependant de la philosophie.

L'urgence de définir les « limites » de la vie (qui pourtant, selon Tertullien, n'est pas de leur ressort) est une autre manifestation de cette curiosité anxieuse et sommes toutes, intarissable : il faut savoir quand ça s'arrête, mais aussi quand ça commence. Cette urgence est elle aussi marquée par la difficulté de l'exercice, et par la 'solution médicale' qui consiste, face à l'inconnu, à poser une limite fondée sur la nécessité de l'action plus que sur la logique ou la philosophie. Par solution médicale, il faut bien comprendre que ce n'est pas que la solution 'des médecins' : c'est la solution trouvée par les médecins en réponse à l'évidence constitutive et culturellement partagée de la responsabilité médicale.

Ainsi, Tertullien met en avant « la contradiction des médecins qui ne croient pas à l'existence de la vie avant la naissance, qui ignorent ce que toute femme enceinte sait, c'est-à-dire que le fœtus vit, et qui pourtant le savent, puisqu'ils tuent l'enfant *in utero*, s'il met en péril la vie de la mère. »⁵⁷⁵

Autant la fin de la vie concerne tous les humains, autant la curiosité anxieuse sur le début de la vie va préférentiellement s'adresser au corps féminin.

⁵⁷¹ Pigeaud J., *Poésie du corps*, op.cit., p. 124.

⁵⁷² *Ibid* p. 122.

⁵⁷³ *Ibid* p. 100.

⁵⁷⁴ *Ibid* p. 125.

⁵⁷⁵ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », op.cit., p. 266, en note de bas de page.

Les nouvelles techniques et les nouveaux savoirs mettent les médecins face à des situations moralement confuses. D'où le récent regain d'intérêt pour l'éthique médicale. Cependant il est aisé de reconnaître dans les problèmes qui se posent actuellement aux médecins des situations déjà abordées dans l'Antiquité. Il en va ainsi en particulier de la « valeur de la vie ». Là aussi, J. Pigeaud note qu'il « n'est pas sûr que la philosophie ait (...) directement influencé la médecine (...). Ce qui est sans doute plus certain, c'est l'importance du rôle du médecin dans l'élaboration de l'éthique ; en tout cas conçue comme morale publique »⁵⁷⁶

*

Je vais maintenant aborder le cas particulier de la maladie chronique⁵⁷⁷ - puisque l'hystérique est porteuse d'une douleur chronique.

La maladie chronique est de définition probablement thémysonienne.

Pour J. Pigeaud, traitant de la médecine comme d'une écriture, « La maladie chronique est le chef d'œuvre du médecin ».

Il lit aussi dans les textes la nécessité d'une « coopération (...) entre le malade et son médecin » : le malade doit « être courageux et coopérer avec son médecin », selon Arétée de Cappadoce.⁵⁷⁸

Immédiatement, face à la maladie chronique, se pose la question du statut moral de la douleur, pour le médecin, pour le malade, formulée ainsi par J. Pigeaud⁵⁷⁹ :

« Jusqu'où le malade doit-il souffrir ? Et doit-il, faut-il prendre comme un devoir de souffrir ? » Est-ce différent aujourd'hui, s'interroge J. Pigeaud ? Il cite J.-P. Peter, qui évoque une « tradition fondatrice de la corporation (médicale), quelque chose comme un code, souterrain, vivace, impérieux, qui déterminerait les attitudes à cet égard, codage coercitif et inconscient. Mais vigilant. Féroce. Alors se pose la question : d'où cela peut-il venir ? »

J. Pigeaud passe immédiatement, par la douleur, aux rapports du corps et de l'âme, et aux souverains biens ou maux de l'une, et de l'autre. « Valeurs médicales de la douleur ».

Dans la perspective dualiste conforme à l'époque, on oppose le bien et le mal de l'âme, le bien et le mal du corps. La hiérarchie de valeur entre l'âme et le corps varie. Mais le

⁵⁷⁶ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p. 275.

⁵⁷⁷ *Ibid* p. 269-275.

⁵⁷⁸ Toutes citations de ce paragraphe : *ibid* p. 270.

⁵⁷⁹ Toutes citations à ce sujet : *ibid* p. 273.

souverain mal de l'âme, c'est le vice. Pour le reste, ça se discute : le souverain bien du corps, serait-ce, le plaisir, ou la santé ? La santé serait au corps, ce que la sagesse est à l'âme ? Ces raisonnements analogiques qui établissent un « faux parallélisme » entre les destinées respectives de l'âme et du corps supposent une bonne part de non dit.

Selon une parole attribuée à Celse, le souverain mal du corps, c'est la douleur ; commentaire de J. Pigeaud : « Que le souverain mal (du corps) soit la douleur physique, cela sonne bien comme une parole de médecin. (...) La douleur est l'expérience cruelle du médecin. »⁵⁸⁰

On voit bien aussi dans ce passage l'héritage de Cicéron : pour lui, l'âme juge du malaise et de la douleur du corps, tandis que le corps ne nous renseigne pas sur la maladie de l'âme.⁵⁸¹

Quel héritage ! De quel corps parle-t-il ? Nécessairement du corps visible, cette entité étrange, accessible à l'anatomie, où l'on ne va pas voir, en le découpant, si l'âme est malade. Mais quelle aberration si l'on se réfère, même sans faire d'anachronisme - l'expérience en elle-même n'a pas attendue d'être conceptualisée par le langage savant pour être - au corps qui 'connaît', au corps qui s'émeut, au corps qui 'parle', aussi parce qu'il est rythme, décrit par J. Pigeaud dans « poésie du corps », à travers entre autres le cas Aristide, ou le poème de Sapho. Quel corps et quelle âme, donc, que ceux mis en avant par Cicéron, et pour quel héritage, relayé par Pinel ! Pour Pinel, si les passions sont bien dans la médecine, elles ne sont certes pas dans le corps, ce qui n'est concevable que si l'on conçoit leur corps comme celui qui se voit, ce qui est d'ailleurs tout à fait évident dans le raccourci de Pinel, disant qu'on ne voit rien à la dissection.

Cicéron ajoute que, contrairement au corps, « il suffit que l'âme veuille guérir pour qu'elle soit guérie ». ⁵⁸²

*

Sexualité, nature et droit

Le traitement social et culturel du cadavre, dernier lien entre nature et culture, est l'occasion pour le groupe d'établir des ordres, des règles, des lois.

⁵⁸⁰ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p. 273.

⁵⁸¹ *Ibid* p. 273.

⁵⁸² *Ibid* p. 273.

La médecine, en participant, dans la médecine héritée de la tradition hippocratique, du traitement social et culturel du cadavre, participe à l'édification de ces lois fondamentales. Elle a une fonction d'ordre, au sens anthropologique d'organisation mise en place pour faire face aux désordres qui affectent les sociétés humaines et menacent leur survie, au premier plan desquels la violence, la maladie et la mort. Les modalités propres à la fonction d'ordre de la biomédecine se fondent, en bonne partie, sur son rapport à l'anatomie.

Les rapports entre « ordre naturel » et « ordre », au sens des lois humaines et de leurs conséquences sur le corps, ont en outre fait l'objet de débats parmi les médecins et les philosophes grecs, débats que J. Pigeaud évoque dans la maladie de l'âme.

Le rapport entre ordre naturel et lois humaines est inextricablement lié à la question de la délimitation du champ de la médecine : l'humain, la vérité, la vie. Cela passe par le traitement médical du cadavre. Cela passe aussi par le traitement médical de la sexualité.

« La question de la sexualité permet de poser quelques lumières dans la confusion (qui règne s'agissant de déterminer ce champ) »⁵⁸³.

« Réfléchir sur la sexualité oblige le médecin, semble-t-il, à prendre en compte l'ordre naturel. La succession de vivants exige évidemment le coït. En cela les humains sont soumis aux mêmes règles que les animaux. Sont-ils pour autant réductibles aux animaux ? Certainement non. La période de copulation pour les animaux est programmée, comme nous dirions maintenant. La raison et les passions modifient absolument la situation des humains (...) L'homme n'est pas simple pulsion. La raison, les passions modifient ce qui serait un appétit naturel ; et cela suffit à faire rentrer la sexualité dans l'ordre de la réflexion morale, que le médecin lui-même ne peut éviter. »⁵⁸⁴

S'agissant de l'homosexualité par exemple : pour que l'homosexualité soit possible (ou les perversions), il faut que soit levé l'obstacle de la pudeur, qui est évidemment perçue comme une valeur. Pudor, contre libido.

⁵⁸³Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit*, p. 279.

⁵⁸⁴*Ibid* p. 283.

Pour Caelius, ce que les modernes appelleraient « perversion » n'est pas une maladie du jugement (qui relève des maladies du corps). C'est donc une maladie de l'âme.

Caelius discute de l'utilisation que font les homosexuels des parties du corps « à des usages qui ne leur sont point dues »⁵⁸⁵. J. Pigeaud commente : « c'est une phrase capitale, parce qu'elle mêle jugement technique - c'est un médecin qui parle - à une idée téléologique de la nature. ». Il est important de noter que c'est un médecin qui parle.

Selon J. Pigeaud, pour Caelius, les parties du corps ont des fonctions non seulement nécessaires mais obligatoires (obligé par la nature, et non par la morale : c'est un autre ordre, appliqué au corps). Caelius n'est pas le seul auteur antique à exprimer de telles préoccupations, mais le premier à traiter, en lien avec cela, de certains aspects de la sexualité comme de maladies.⁵⁸⁶

Caelius : « ainsi la divine providence, en effet, a assigné les lieux de notre corps à des offices définis ».

Pour Galien, que la nature soit une divinité immanente ou transcendante n'importe pas ; « il suffit au médecin de constater qu'il y a une finalité dans la nature, une intention en elle ».

Soranus, de son côté, n'est pas certain qu'il faille voir dans cette finalité une bienveillance : l'homme conserve sa liberté...et aussi sa part de responsabilité dans ses maladies.

La perversion (terme des modernes) s'adresse donc à la fois à un droit physiologique et divin.

La définition, originellement stoïcienne, des passions, c'est « du jugement accompagné de phénomènes organiques »⁵⁸⁷. Pour eux, les passions sont donc dans le corps.

Les rapports entre « médecine » et « nature » sont complexes et passent souvent par la femme, qui est, s'agissant d'une médecine exclusivement masculine jusqu'à l'aube de notre temps, un problème par nature : par sa nature « autre » que l'homme, et parce qu'elle incarne, par la procréation, quelque chose de la nature et de sa puissance. L'histoire impose de prendre en compte les modifications imposées au mot « nature » par des siècles de religions : du néolithique à nos jours, que de mutations dans les représentations de la nature, de ses liens avec le divin, de sa bienveillance ou de sa malveillance - de son intentionnalité supposée -, de sa puissance. Ce qui est certain, c'est qu'hier, comme aujourd'hui, la sexualité - et donc la

⁵⁸⁵ Cette citation et les suivantes : voir discussion, Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, pp. 279-283.

⁵⁸⁶ N.B. : Caelius traduit Soranus, dont il est établi qu'il est antérieur à Galien.

⁵⁸⁷ *Ibid* p. 287

femme, entre autres - sont aux premières loges de l'intérêt de la médecine pour ces questions, aussi bien que de l'injonction sociale faite à la médecine de se positionner vis-à-vis d'elles.

Nous le verrons bientôt, les diverses modalités de collaboration entre médecine et religion pour contrôler la nature féminine ont alimenté en large partie l'écriture médicale, et dans ces scénarii écrits par les médecins ou les clercs, parfois par le législateur, l'« hystérique »⁵⁸⁸ de ces médecins occupe un rôle central.

Si, comme le dit Vercors, l'humain tend à s'arracher à la nature, la femme est la marque autant de la nature (par le pouvoir de procréer) que de la faute originelle, la 'nature humaine' telle que l'interprétation chrétienne des textes bibliques la décrit⁵⁸⁹. S'arracher à la nature, c'est encore et toujours contrôler la sexualité, mais plus particulièrement le féminin, et le maternel. Quel que soit par ailleurs le type de contrôle que l'on exerce. Il faut contrôler, légiférer, et la médecine participe de cette entreprise.

Pour les anthropologues de la santé, ce n'est pas en se séparant de la philosophie qu'a été fondée la médecine, mais en se séparant de la religion. Cependant, ils parlent, eux, de la biomédecine : celle, surtout, qui a fait florès depuis le XVIII^{ème} siècle, et surtout depuis le début du XX^{ème}. Et ils n'ont pas tort non plus, car ils renvoient là à l'époque où eut effectivement lieu une seconde naissance : à la refondation, par Pinel, du champ de la médecine. Cette refondation s'est effectuée dans un contexte social et culturel qui l'a portée : celle de l'abandon de toute croyance, magique, superstitieuse, ou religieuse, au bénéfice de la science. La facilité avec laquelle Pinel élude les questionnements métaphysiques sur l'âme, en intégrant les passions dans le champ de l'âme, certes, mais d'une âme devenue domaine de compétence médicale, s'inscrit aussi dans ce contexte là : il s'agit, d'une certaine manière, de la réponse de Pinel à la question qu'éludait Galien, concernant la nature, son immanence, ou sa transcendance.

Avant la séparation entre médecine et philosophie, la médecine était une province de la philosophie de la nature. Après, la philosophie réfléchit sur l'homme, entendu d'abord comme âme. La médecine se charge d'agir sur la nature, manifestée dans le corps, et se passe de la philosophie. Que dit Pinel : il revendique le retour de l'âme dans le champ de la médecine, et donc dans celui de la nature, de l'homme dans ses rapports avec la nature. Mais si cela est possible, c'est parce que déjà, la nature n'est plus qu'immanente, à interpréter sous la seule

⁵⁸⁸ Je remets des guillemets, car je ne sais pas si c'est la même que celle qui me préoccupe...

⁵⁸⁹ Cette formulation n'est pas exclusive des autres religions du livre mais je ne les connais pas assez pour me prononcer.

égide de la science. Si Pinel réintègre l'âme dans la médecine, c'est parce que les modifications propres au siècle des lumières ont déjà modifié ce que l'on entend et par nature, et par âme : il y a, d'un côté, ce que la religion en fait ; de l'autre, ce que la science va en dire. Il est évident que la vérité est, à l'époque, et pour les siècles à venir, du côté de la seconde.

En situant l'ontologie de cet « homme » nouveau de la médecine non plus dans un dualisme corps/âme, mais dans un dualisme âme religieuse/âme biologique (c'est-à-dire une âme en attente de confirmation par la vue, la biologie), il décrète que la nature est immanente, et réduit du même coup toute la profondeur cryptique, mythologique, de l'humain 'de la médecine'. Il élève un mur définitif entre cet homme nouveau et une nature magique, puissante, mystérieuse, celle que l'imaginaire culturel relie au féminin depuis la nuit des temps, pour le meilleur ou pour le pire.

Ce ne serait pas si préoccupant si l'humain 'de la médecine' ne devenait pas aussi, pour des raisons liées à l'esprit de l'époque, l'humain tout court. Qui a désormais en charge la problématique du visible et de l'invisible, de l'incarnation ? La religion, qui s'efface. Il coupe l'herbe sous le pied du mythe, et pourtant, parce qu'il y a touché, ce qu'il fonde en est nécessairement un autre. Seulement, la médecine a encore réduit, dans les outils dont elle dispose pour soulager, la possibilité d'un recours à la puissance de l'imaginaire, en particulier s'agissant du féminin et du maternel.

*

La médecine est une écriture

« La médecine est une écriture », dit J. Pigeaud. Dans « la rhétorique d'Arétée de Cappadoce »⁵⁹⁰, il évoque justement le caractère particulier de l'écriture de ce dernier, qui est aussi une contribution à la philanthropie médicale : par exemple, il invente un terme, que l'on peut traduire par « hors de l'humain » ou « déshumanisé ». Selon J. Pigeaud : « il existe des maladies qui font sortir l'homme de son état d'homme (...). Cette idée est neuve et exige la création d'un terme neuf. Elle est aussi la marque d'une sensibilité propre à l'auteur. » . C'est le cas, pour Arétée de Cappadoce, du Tétanos ou de l'éléphantiasis « là encore, l'horreur vient d'abord de l'effacement de la figure humaine ».⁵⁹¹

⁵⁹⁰ Pigeaud J., « La Rhétorique d'Arétée », in Jouanna J. et Leclan J. (dir.), *Cahiers de la Villa Kerylos*, n°15 (actes du colloque : « La médecine grecque antique »), diffusion de Boccard, Paris, 2004.

⁵⁹¹ *Ibid*, p. 186.

J. Pigeaud cite un autre exemple : Arétée de Cappadoce a écrit sur la syncope, et c'est « une réflexion sur le nom de la maladie », sa sonorité, sa brièveté, comme un commentaire sur la valeur métaphorique du mot pour dire quelque chose de ce qui se passe. On retrouve l'utilisation de la métaphore pour la maladie, qui est un retour à la tradition hippocratique. Une philanthropie, cela s'appuie aussi sur une anthropologie. Quel humain écrit la médecine hippocratique : un homme poétique? La médecine romaine : un homme de loi? L'actuelle biomédecine : un homme mécanique? La médecine de la douleur : un homme poétique sûrement, tragique même, peut-être.

Arétée de Cappadoce, évoquant la mélancolie, tient les propos suivants ⁵⁹² :

« On ne peut faire que tous les malades recouvrent la santé, car le médecin serait plus puissant que Dieu. Mais calmer la souffrance, donner des répit aux maladies, les dissimuler, il est permis au médecin de le faire. Ou bien donc renoncer, dans ces circonstances, et refuser, en alléguant le caractère incurable ; ou bien se mettre au travail jusqu'à la fin. »

On voit bien ici les deux axes fondateurs de la mission médicale : sauver ceux que l'on peut ; soulager et accompagner les autres. Protéger de la mort, et/ou de la souffrance et de la douleur. Les deux sont, pour les anciens, missions divines. Le médecin ne peut donc être autorisé à le faire 'totalement'. La figure imaginaire du médecin - et de son pouvoir - n'en voisine pas moins avec le divin. Ce voisinage, cette connivence, n'est pas sans rapports, on peut le supposer, avec un autre voisinage : l'arbitraire de certaines délimitations, et l'arbitraire divin : là où le médecin ne sait pas, il doit néanmoins agir ; il s'appuie, pour cela, sur un consensus social et culturel, mais les nombreux implicites, ou arrêts marqués à la réflexion - les apories rencontrées, aussi - de ce consensus, ne permettent pas qu'il soit complètement départi de son caractère arbitraire, et donc de son caractère quasi-divin.

Au fondement de la philanthropie médicale, il y a donc deux « lieux communs » : veiller sur le maintien de la vie, soulager la souffrance.

L'ancienne étudiante que je suis n'a pas oublié que mon adoubement par le chef de service de l'unité douleur a commencé par ma déclaration - incongrue dans le contexte de la biomédecine actuelle, voire polémique, autant que spontanée et parfaitement étrangère à tout savoir préalable de l'histoire que je viens de dérouler - concernant cette double responsabilité.

⁵⁹² Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité - les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*, p. 269.

Je m'intéresse, comme J. Pigeaud, aux « lieux communs », à la fois parce qu'ils sont « communément admis » et fondent donc les représentations et l'imaginaire collectif, et aussi parce qu'ils ne sont plus discutés : c'est là que se nichent les implicites, les non-dits, les « évidences », les mythes fondateurs. C'est dans ces « lieux communs » que naissent les silences. Ces lieux communs fondent aussi, autant qu'ils sont fondés, par les comportements et usages, et cette primauté du comportement sur la raison, surtout si elle a trait au corps, aux valeurs, à la douleur, au « divin », à la vie et à la mort, autorise la comparaison avec ce que l'on appelle plus facilement des rites quand on regarde au-delà de nos frontières, vers des évidences qui nous sont assez étrangères pour que cela soit possible. C'est sans doute pour cela que J. Pigeaud lui-même s'autorise, bien qu'en confessant quelque exagération, à voir dans ces évidences fondées en usages et comportement : « *religio medici* ». ⁵⁹³

Il apporte une précision importante : dans les discussions sur l'*humanitas medicinae*, une « ambiguité (...) se dessine, entre un médecin être de morale et un médecin qui ferait de la morale, ce dont il n'a pas forcément le droit. » ⁵⁹⁴ Le médecin, le corps médical, incarne des valeurs morales fondamentales qui ont trait à l'amour de l'humain et à la protection contre le mourir ; il les met en scène et en actes, et n'écrit pas tant sur la morale elle-même qu'il ne décrit les scénarii de ses stratégies et de ses actions, qui les mettent en scène et en pratique.

En tant qu'écriture, la médecine se veut une rhétorique ; pour J. Pigeaud, la médecine hippocratique est aussi une poésie.

À ceci j'ajouterai que, du point de vue du patient, l'expérience de la maladie n'est pas dénuée de liens avec la tragédie, le tragique, ce d'autant plus qu'elle est grave et/ou inexpliquée : la tragédie, le tragique, sont dans le face-à-face avec la mort - réelle ou symbolique- en l'absence d'explication possible : elle est dans l'arbitraire divin. L'expérience tragique défie la pensée explicative, cela n'est ni joli ni laid, ni bien, ni mal, ni ceci ni cela, ni juste ou injuste, c'est. Cette absence d'explication renvoie à une décision divine autant qu'à l'impossibilité pour l'homme d'en saisir le sens, cette aporie, qui marque l'entrée dans la tragédie. « Le divin, ou ce qui sert de divin, est inassimilable à la raison. Il se manifeste par

⁵⁹³ Pigeaud J., « La Rhétorique d'Arétée », *op.cit.*, p. 264.

⁵⁹⁴ *Ibid* p. 289, discutant Caelius.

des miracles, et gagne toujours. L'homme ne peut se dégager de ce monde. C'est l'impromptu, l'inattendu qui le guette. »⁵⁹⁵

La maladie, et en particulier celle qui survient, selon l'expression médicale, « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein », celle qui s'accompagne d'une angoisse de mort (réelle ou symbolique) ou d'une importante souffrance, tend à être interprétée comme venant des dieux (ou autres puissances mystérieuses), à mettre en branle une herméneutique qui est un appel à l'ordre du monde. Cette quête reste, comme dans le cas de Job dans la présentation de D.B. Morris, vaine, jusqu'à ce que le malade admette que c'est ce silence divin même qui est le sens.

A cette expérience, Hippocrate et Arétée de Cappadoce, et dans une certaine mesure toute la médecine, répondent par une écriture, qui a évolué pour se dépouiller progressivement de tous ses attributs poétiques, de toute puissance proprement littéraire.

Mais la médecine répond aussi par une pratique. La dissection est, dans une certaine mesure, la mère de ces pratiques, qu'elle fonde en sens : soigneusement réservée aux initiés, à qui elle inculque « cette double leçon d'individualité et de solidarité »⁵⁹⁶, l'apprentissage de l'anatomie par la dissection, par le savoir du corps mort, va servir de réponse aux apories que rencontre la médecine dès sa fondation : impératif d'une vérité sur corps/âme, vie/mort, d'une vérité sur l'humain... Toutes les pratiques médicales qui en sont dérivées, qui s'appuient sur elle - s'agissant de la biomédecine qui a suivi l'avènement de la méthode anatomoclinique, cela concerne l'ensemble de ses pratiques - sont fondées en sens, en raison, en logique, en morale comme en écriture et en stratégie sur cette modalité particulière des définitions de la vie et de la mort qui s'appuie sur le couper pour voir. C'est la réponse médicale à la tragédie. C'est la *praxis* tragique médicale. C'est aussi le temps du rite : rite d'initiation pour le médecin, il passe par l'appropriation, au minimum partagée, par la médecine, du temps du rite funéraire ailleurs pratiqué exclusivement par des religieux.

Pour J. Pigeaud, Euripide n'est pas irrationaliste ; quelque part il ne fait que montrer, décrire, par la *praxis* tragique, l'aporie, l'impensable de l'absence de salut ou de vérité .

⁵⁹⁵ Pigeaud J., Introduction et notes pour: Euripide, *Les Bacchantes*, édition bilingue, collection « Classiques en poche », Les Belles Lettres, Paris, 1998, pp. XXII-XXIII.

⁵⁹⁶ Pigeaud J., *Poésie du corps*, *op.cit.*, p. 123.

« Je crois Euripide un penseur de la *mimesis*, qui utilise la *praxis* tragique comme solution au problème philosophique. »⁵⁹⁷

La médecine pourrait peut-être s'inspirer d'Euripide?

Les médecins semblent avoir tout fait, en particulier les modernes, pour déshabiller les écrits médicaux de la poésie, comme du tragique - avec les meilleures intentions du monde : il s'agit d'être fondé en logique et en science; il s'agit de ne pas se prendre pour Dieu. Mais ils n'ont réussi qu'à passer sous silence le noyau de sens de leur pratique, celui qui ferait sens aussi pour les patients, et à se réserver l'accès à la *praxis* tragique. La conséquence en est que, pour peu que la tragédie du malade ne trouve pas d'imitation satisfaisante dans la pratique de l'anatomie, que « ce qui reste après la mort » ne puisse pas, précisément, « servir d'analogie avec le vivant, de manière apaisée »⁵⁹⁸ - comme c'est le cas pour l'hystérique, chez qui couper pour voir ne donne « rien » et ne fait qu'augmenter sa souffrance - il se trouve seul, plongé dans le silence, douloureusement orphelin d'un récit tragique collectif et explicite auquel il puisse utilement s'identifier, auquel joindre sa plume et sa voix. Que l'hystérique appelle à corps et à cri, malgré les échecs répétés, malgré la douleur, à ce qu'on la coupe pour voir n'est pas nécessairement le reflet d'une perversion, ni même d'un masochisme de sa part; ce peut être aussi le reflet de l'inadéquation de la proposition médicale à son expérience, autant que d'un puissant impératif, aussi fort pour elle que pour les médecins, et aussi inaccessible à la raison de par sa nature rituelle : l'impératif de trouver une analogie entre le corps - mort - 'de la médecine' et son expérience de la tragédie du corps vivant.

Il est difficile de ne pas trouver qu'il y a une hypocrisie fondamentale dans ce silence médical. Il est rendu nécessaire par l'équilibre actuel des pratiques, qui repose sur la différence établie entre le médecin et son patient ; sur cette différence repose la protection du médecin face à la contamination de la maladie et de la mort. Mais il n'y a plus, pour le patient, de solution mimétique, de solution cathartique⁵⁹⁹, il n'y a plus de solution au problème philosophique, il n'y a plus de partage de l'expérience tragique.

Il existerait peut-être, pour le biomédecin, une autre alternative : accepter de prendre la plume, sans pour autant accepter le rôle de Dieu. Leur refus de s'assumer comme écrivains est

⁵⁹⁷ Pigeaud J., Introduction et notes pour: Euripide, *Les Bacchantes*, op.cit, p. XIX.

⁵⁹⁸ Pigeaud J., *Poésie du corps*, op.cit., p. 125.

⁵⁹⁹ L'utilisation de ce terme, comme de celui de « tragique », fera l'objet d'un développement ultérieur.

Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*, *La Manie*, collection « Études anciennes », Les Belles Lettres, Paris 1987, pp. 162-183.

prudent ; mais alors que c'est avant tout d'eux-mêmes qu'ils se méfient, ils n'en sont pas assez conscients pour ne pas donner l'impression, en particulier au patient lui-même, que c'est du patient qu'il faut se méfier. Ceci est d'autant plus vrai que la tentation est plus grande.

Or l'hystérique, dont le corps, le mal, la vie, résistent encore et toujours à l'anatomie, est une surface de projection idéale pour toutes les tentations qui affligent le médecin - je ne fais pas, à cela, exception. C'est pourquoi j'ai choisi de parler de ce qui se met en place autour de ce nom, de ce mot, de cette écriture, et non de la patiente elle-même.

En outre, l'hystérique, femme, désignée par son utérus, est aussi l'objet de l'anxieuse curiosité anatomique tournée cette fois vers le début de la vie. La pratique de l'anatomie, s'agissant de la gynécologie-obstétrique, fournit une « analogie » avec l'irruption de la vie qui a fondé en sens, et en morale, dans l'histoire collective, dans les histoires individuelles de ces femmes, tant de violences, qu'elle peut difficilement servir l'apaisement - plutôt une inépuisable colère.

Par contraste, il est essentiel, me semble-t-il, de noter que c'est bien à cet effort d'écriture que s'astreignent les médecins de la douleur. Or, plus que tous autres médecins, ce sont eux qui aujourd'hui rencontrent l'hystérique.

3. La culture dans laquelle elle est : efficacité perçue de l'échange, du symbolique, du tragique.

« (...) Pas plus que la tâche des médecins n'est de réduire la personne à son corps biologique, ce n'est la tâche des anthropologues de pousser au nom de leurs discours à abdiquer la modestie des incertitudes au profit des adhésions globalisantes et rassurantes.

Or, celles-ci sont attirantes. J'aimerais tellement moi aussi avoir la baguette de la fée, pouvoir dire : « Sésame ouvre-toi », pouvoir guérir en posant ma main sur un front, faire exaucer un vœu en le prononçant devant l'étoile qui file, être certain qu'il y a des secrets et des pouvoirs et que certains sur la terre ou aux cieux les détiennent.

Mais le monde résiste à ce vœu de guérir, qui me ronge. Ce vœu qui s'adresse au côté invisible des choses et le peuple de son attente. Attentes créatrices des cultes et des rites, mais attente qui ne peut recevoir de réponses que lorsque, tout en leur donnant un sens, je me sou mets enfin aux inexorables lois de mon corps. » J. Benoist⁶⁰⁰

⁶⁰⁰ Benoist J., « La maladie, entre nature et mystère », conclusion de Massé R. et Benoist J. (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris 2002, pp. 488-489.

Dans toute société, il existe un certain nombre d'institutions qui ont une fonction d'ordre : celles qui édictent, au sens très large, les lois et les règles, et construisent dans le social et la culture ce qui va protéger le groupe du désordre, c'est-à-dire de toute forme de violence. Le système légal, appelé « *la justice* », en est une ; l' (ou les) institution(s) religieuse(s), une autre ; le système médical, quel qu'il soit, lutte également contre le désordre : 'désordre' de la maladie, violence du mal, de la mort et du malheur, amenés par des puissances représentées comme visibles ou invisibles, risque de contamination réelle ou imaginaire, désordre et parfois violence aussi, résultant de comportements sexuels 'hors norme'.

Ces différentes institutions sont, bon an, mal an, associées dans leur tâche de maintien de l'ordre : elles construisent, ensemble, une organisation vouée à lutter contre la violence fondamentale⁶⁰¹. Les modalités de leur collaboration, le recouvrement plus ou moins grand de leurs sphères respectives de compétence, varient d'une société à l'autre. Nous avons eu l'occasion de voir que la construction historique de leur champ respectif d'action n'a pas été sans heurts, certains ayant trait au pouvoir politique ou économique, d'autres, comme l'évoque J. Benoist dans la citation placée en exergue de ce chapitre, à la fascination qu'exerce le pouvoir d'expliquer et de guérir, les tourments de l'âme, ou du corps, comme autant de précieux secrets qui attisent les rivalités. Nous verrons bientôt que le combat fut long pour que l'accès à la parole sacrée, comme aux supports écrits de la parole du savoir, soit, en partie, ouvert aux femmes. Les sociétés occidentales - et parmi elles la France fait, dans le domaine de la séparation entre la religion et les autres « ordres », figure de pionnière et dans une certaine mesure, d'exemple le plus abouti⁶⁰² - se distinguent des sociétés traditionnelles par une idéologie particulière qui tend à séparer, autant que faire se peut, l'institution religieuse de l'institution légale et de l'institution médicale. La réalité ne rejoint cependant pas toujours l'idéal, concernant en particulier un certain nombre de questions mettant en jeu la morale, les valeurs. Je tente de mettre en mot et en lumière ce qui, dans la réalité médicale, se joue dans les zones de recouvrement entre ces différents « ordres ».

Parmi les questions que les institutions ayant fonction d'ordre ont de particulières difficultés à traiter en maintenant la séparation entre le domaine religieux et les autres domaines, celle de la répartition des rôles dévolus aux genres féminin et masculin dans l'organisation sociale est

⁶⁰¹ Voir à ce sujet :

- Amourous C., *Des Sociétés natives: ordre, échanges et rites humains dans la vie institutionnelle*, op.cit.

- Smart C., *Feminism and the power of law*, op.cit.

- Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

⁶⁰² Loi de séparation de l'Église et de l'État, 1905.

celle qui va particulièrement m'intéresser dans le chapitre suivant de ce travail, et peut-être celle où elles rencontrent les plus cruels écueils. C'est ainsi que, par exemple, l'assistance à la procréation - avoir un enfant, à 'tout' prix ? - occupe en bonne partie le devant de la scène en éthique médicale ; qu'une autre question : celle de la légalisation de la contraception et de l'avortement, ou encore de l'analgésie obstétricale ou dans le cadre de l'IVG, ou encore celle du caractère psychopathologique et/ou illégal de l'homosexualité, ont été et restent des questions particulièrement ardues pour le médecin, le législateur, le religieux, qui se positionnent tour à tour sur ces questions.

Sur d'autres sujets, un consensus est plus aisément trouvé entre loi, Église et institution médicale : c'est ainsi que le tabou le plus universel mis en avant par l'anthropologie moderne est celui de l'inceste⁶⁰³. C'est ainsi que notre 'monstre' occidental contemporain le moins contesté est le pédophile⁶⁰⁴. Ces grands 'désordres', ces immenses violences faites au corps social, le sont tout autant pour le médecin - qui y voit une pathologie - que pour le législateur - qui y voit un crime - que pour la religion - qui y voit un péché. Il y a là un consensus parmi les institutions de l'ordre pour désigner ensemble le désordre dans ces formes de déviance.

Concernant d'autres questions encore, plus archaïques, celles-là, le légal comme le médical tentent, sans y parvenir, de déterminer des règles qui soient étrangères aux considérations religieuses. Mues par un attachement fervent à la neutralité en termes religieux, elles éludent ce qui, de leurs préoccupations, relèverait encore du religieux, faute de pouvoir pleinement s'en débarrasser par le raisonnement. L'imaginaire est ainsi fait que l'on ne balaye pas par la simple volonté politique, pas plus que par la seule raison, des mythes et des folklores ayant des siècles d'histoire, répondant à des siècles de craintes archaïques largement inconscientes, et qui seraient inscrits, si l'on suit G. Durand, dès le plus jeune âge, dans le corps et les premières relations entre le nouveau-né et son environnement. Faute donc de le pouvoir contrôler, il est plus aisé de le décréter comme nul et non avenu, non sans que soient alors passés sous silence et rendus invisibles, in-nommés autant qu'inélaborables, des pans entiers de la réalité des personnes.

Parmi ces situations, l'irruption du tragique dans la vie - en tant que « dialogue mythologique avec la mort »⁶⁰⁵ - isole particulièrement celui qui est confronté à la nécessité de sa mise en sens et en lien collectif : à la recherche d'un narratif susceptible d'une efficacité symbolique

⁶⁰³ Levi-Strauss C., *Les Structures élémentaires de la parenté*, P.U.F., Paris, 1949.

⁶⁰⁴ Roudinesco E., *La Part obscure de nous-mêmes, une histoire des pervers*, Albin Michel, Paris, 2007.

⁶⁰⁵ Ernst G., « Mort », in Brunel P. (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris, 2002, pp. 1367-1387.

qui le porterait vers le deuil possible de sa réalité antérieure, condition de sa renaissance, il se retrouve face au silence, voire rejeté comme celui qui porte la mauvaise nouvelle ; on se détourne de lui.

C'est ainsi également qu'un certain équilibre 'sexué'⁶⁰⁶ des pouvoirs afférent à la manipulation des corps, et surtout à la pénétration de leur secret, condition de leur manipulation efficace, reste actif dans les imaginaires, et néanmoins recouvert par des explications qui éludent soigneusement la constellation des effets qui s'ensuivent, du point de vue imaginaire et symbolique. Ainsi, dans la plupart des sociétés, l'accès au sang (de la chasse, du sacrifice, de l'acte médico-chirurgical) est réservé aux hommes, pour des raisons que L. Scubla⁶⁰⁷ relie à la nécessité d'instaurer un équilibre entre hommes et femmes dans l'accès au sang en tant que substance porteuse du mystère du vivant et de la mort. Il s'agit de contrebalancer cet immense pouvoir qui échoit par naissance aux femmes et qu'évoque également F. Héritier⁶⁰⁸ : celui de la procréation. Ainsi, pour scientifique que soit le champ de la chirurgie moderne, pour explicable que soit le faible nombre de femmes postulant à ce type de poste (où l'organisation du travail laisse peu de place à la vie familiale par exemple), il n'en reste pas moins que là aussi, l'accès direct au sang reste très majoritairement l'apanage des hommes, et que les quelques femmes qui s'y aventurent doivent traverser des épreuves initiatrices très rudes, qui vont au-delà de ce que subissent leurs confrères masculins⁶⁰⁹.

Depuis le début du XX^{ème} siècle, la science expérimentale est venue occuper un rôle d'auxiliaire précieux des institutions ayant cette fonction d'ordre : elle est venue garantir un peu plus encore la médecine - et à travers elle, le politique - contre le désordre réel de la souffrance, de la contamination et de la mort, aussi bien que contre les désordres plus relatifs du point de vue culturel (faisant plus appel à l'interprétation et à la subjectivité) que sont l'émotion, le désir, l'imaginaire, si bien incarnés par les patientes femmes et par les hystériques en particulier. Elle est venue également servir d'auxiliaire, tant à la loi qu'à la médecine, pour démêler le 'vrai' du 'faux'⁶¹⁰, le 'réel' de 'l'irréel' ou pis, du mensonge et du simulé. Imagination, illusion, métaphore, se trouvèrent, dans ce processus, indistinctement condamnées. Il est intéressant à ce sujet d'écouter les propos de C. Rosset, qui distingue l'imagination, appui précieux pour appréhender le réel dans toute sa complexité, de l'illusion,

⁶⁰⁶ « Gendered »

⁶⁰⁷ Scubla L., « Hiérarchie des sexes et hiérarchie des savoirs, ou Platon chez les Baruya », *op.cit.*

⁶⁰⁸ Héritier F., *Masculin/féminin : la pensée de la différence*, *op.cit.*

⁶⁰⁹ Cassel J., « Différence par corps: les chirurgiennes », *op.cit.*

⁶¹⁰ Smart C., *Feminism and the power of law*, *op.cit.*; Rechtman R. & Fassin D., *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris, 2007.

qui crée un double du réel et sert surtout à le fuir. Il peut sembler plus utile de combattre, s'agissant de médecine, l'illusion que l'imagination, et se demander où se situent l'illusion et la fuite.⁶¹¹

Là où, avant son avènement, le 'vrai' du social tombait sous le coup de la loi, et du filtre qu'elle impose au fait (la preuve), ce même 'vrai' du social est petit à petit tombé sous le coup de la science, faisant le jeu de la médecine (le prouvable par l'expérimentation, c'est-à-dire très largement le visible) comme de la loi (médecine légale). Ainsi, un deuxième filtre s'est petit à petit imposé aux faits, réduisant ainsi encore plus le nombre de faits satisfaisant à l'ensemble des conditions de la 'vérité' et/ou de la 'réalité'. Pour C. Smart⁶¹², cette évolution a eu des conséquences encore plus marquées pour les femmes : vivant un quotidien bien souvent tissé de micro-faits, s'appuyant par tradition - nature et/ou culture, peu importe ici - spontanément sur un pragmatisme empirique et intuitif, leur réalité, lorsqu'elle est confrontée au double filtre de la 'vérité' sociale, est bien plus facilement prise en défaut que celles des hommes. Il y a quelque chose, dans le féminin et le maternel, qui semble sans cesse échapper aux cadres qui font loi.⁶¹³

*

Selon T.J. Csordas, qui s'appuie sur les travaux de Leder pour retourner comme un gant la critique habituelle du dualisme - dont les médecins de la douleur attribuent le plus souvent la paternité à Descartes - si le « mythe des deux douleurs » dure, c'est avant tout qu'il vient permettre la mise en récit et en légitimité d'une expérience humaine universelle : on a coutume d'envisager, spontanément, comme une évidence que l'expérience du corps est première; que l'individu se vit d'abord comme un corps, et qu'ensuite, par les effets des croyances, on attribue à ce corps telle ou telle relation avec une 'personne' immatérielle (qu'on appelle psyché, inconscient, âme...); Leder et Csordas⁶¹⁴ disent le contraire : pour eux, si ce mythe dualiste dure malgré l'évidence scientifique du contraire, c'est par ce qu'il s'ancre dans une réalité inverse, qui pour eux est un invariant anthropologique : le sentiment d'exister s'ancre d'abord dans l'expérience d'être 'sans corps', corps dont cet être a

⁶¹¹ Rosset C., *Le Réel et son Double*, Gallimard, Paris, 1976.

⁶¹² Smart C., *Feminism and the power of law*, *op.cit.*

⁶¹³ Martiskainen de Koenigswarter H., *Discursive Matrixes of Motherhood: Cultivating Decency and Emotion in Finnish and French Mother-talk*, *Doctoral dissertation*, December 2006. University of Helsinki, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology, and University of Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines (France), Faculty of Social and Human Sciences .

⁶¹⁴ Csordas T.J.(dir.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, *op.cit.*

cependant besoin pour s'incarner ; le sentiment d'exister s'ancre donc pour eux dans une expérience qui est celle de l'incarnation, et qui rend compte des organisations sacrées afférentes au corps. Les patients douloureux chroniques, qui décrivent si souvent leur corps comme les trahissant, ou les quittant, qui sont prêts à se faire amputer de telle partie de ce corps, sont les protagonistes privilégiés de ce registre expérientiel.

Le « mythe des deux douleurs », tel qu'il est utilisé en biomédecine (hors la médecine de la douleur), c'est-à-dire comme justifiant de se désintéresser de la douleur 'psychologique', moins 'vraie', est une négation complète, autant qu'ambivalente, de leur expérience, de ce qui fait qu'ils existent comme individus : elle est fondée sur un dualisme arbitraire autant que totalitaire, dont la rigidité défensive affirme en négatif la croyance contraire, interdite désormais d'expression. Une telle organisation ajoute la violence symbolique à la souffrance et à la douleur. Dans le même temps, on comprend aussi que le registre de l'être incarné a fort peu de place en médecine aujourd'hui, du fait de l'inscription, ancienne et ritualisée, du triomphe du dualisme dans son histoire, et de l'évolution qui l'a vue se légitimer comme science précisément en se différenciant du religieux. On comprend aussi que tout ceci participe d'un équilibre nécessaire, dont la mise en cause est susceptible de générer la libération d'un certain nombre de violences. Mais que faire alors : abandonner les patients à leur expérience interdite ? Au silence ? Au tabou ?

La médecine de la douleur récuse ce dualisme, non sans difficultés ni ambivalence. Ne pouvant le justifier du point de vue épistémologique, elle propose, tout du moins dans l'idéal, de tisser patiemment un pont imaginaire, et une chaîne humaine, qui enjambent la faille épistémologique. Il faut parfois - souvent - aller chercher les patients au fond de cette dernière, ce qui n'est pas sans danger pour les médecins ni pour les patients. Cela ne peut se faire qu'au prix de manipulations symboliques, dont l'éthique repose sur une auto-régulation féroce autant que vigilante qui n'est pas à la portée de tous.

*

Ce qui a été dit s'agissant de la biomédecine n'est pas sans lien avec l'analyse nietzschéenne des rapports de dénégation que la science expérimentale entretient avec l'idéologie, la métaphysique et la religion, qui a conduit l'auteur à affirmer qu' « il faut essayer une bonne

fois pour toutes de mettre en question expérimentale la valeur de la vérité »⁶¹⁵, ici vérité de l'objectivable, et d'abord vérité du visible, pour la biomédecine.

La pratique médicale est - en particulier dans son rapport avec les femmes, ainsi qu'avec la douleur, et *a fortiori* avec la douleur chez la femme - de par ses liens imaginaires, historiques et traditionnels avec le domaine du sacré, une activité humaine où les paradoxes et les tensions évoquées par Nietzsche s'expriment avec beaucoup de virulence, entre autres à travers l'apparente carence d'échanges symboliques mis en œuvre.

« *Pourquoi parler d'échange, s'agissant de soin ?* » me dit un jour un éminent professeur d'épistémologie appliquée. Venant de si haut, la question peut surprendre, mais elle est éloquente : le non-soignant (et donc *a fortiori* le patient, la population générale) se représente volontiers le soin comme un système de don à sens unique, auquel il va éventuellement s'opposer, mais sur le mode, pour parler familièrement, du 'robinet' qu'on ouvre ou qu'on ferme. A cette question, je répondis, étonnée, qu'il s'agissait bien évidemment d'un 'échange'. Le patient donne, au minimum, son corps, son consentement, sa collaboration, sa confiance, sa foi... ce qui n'est pas rien, et sa contribution est requise dans les procédures de soin comme dans celles de la guérison. Il donne aussi, directement ou indirectement (par l'intermédiaire de la Sécurité sociale) son argent.⁶¹⁶

Si la population générale peut se représenter le soin comme un don à sens unique, au premier abord, c'est parce qu'elle a en tête ce qui lui est familier : l'épisode infectieux hivernal, auquel il est répondu par une prescription d'antibiotique, et l'affaire est réglée. Ou encore, l'urgence, vécue ou vue à la télévision : patient inconscient polytraumatisé, réparation mécanique des organes, affaire plus ou moins réglée, mais l'échange n'y est pour rien, c'est la gravité du traumatisme qui est en cause.

Une autre part de la population générale est confrontée à la maladie chronique ou potentiellement mortelle. Les femmes, en outre, sont confrontées à la médecine lors de la grossesse et de l'accouchement, et ensuite au suivi pédiatrique ; ce ne sont pas des maladies. Et puis, une tranche importante de la population souffre de troubles dits « fonctionnels »,

⁶¹⁵ Nietzsche F., "La morale de la science expérimentale: Nietzsche ".Extrait de: Friedrich Nietzsche, La généalogie de la morale, Leipzig, 1887, III, aphorismes 23-25 (traduction d'H. Albert. Paris, 1900, réédition Nathan, 1985).

⁶¹⁶ Les conséquences, dans le registre symbolique, du fait que cet échange se fasse par l'intermédiaire de l'état pourrait faire l'objet d'un débat en soi ; les soignants se plaignent souvent que cela contribue à une représentation passive, voire victimaire, de la position du patient dans la population générale.

ou de plus ou moins vagues « dépressions » ou « fatigues ». Tous ces gens (?) pourraient s'apercevoir que la médecine n'est pas une science exacte, que la guérison et le soin résultent d'un échange, mais ils n'en ont pas - ou ne s'en donnent pas - toujours les moyens. Quand ils le font, nombre d'entre eux se tournent vers les 'médecines parallèles' pour rechercher-ce qu'ils appellent eux-mêmes parfois- « *l'échange* » qu'ils ne trouvent pas avec leur médecin généraliste par exemple. Cette « *écoute* » que l'on va souvent chercher chez l'homéopathe, ou l'acupuncteur, résulte certes du temps 'donné' par le thérapeute, mais aussi de celui 'donné' par le patient - qui préférerait sans doute être ailleurs, en bonne santé, tout de même. Il résulte aussi de l'intérêt que le thérapeute va manifester pour la vie du patient, et de la contribution active, à visée préventive, qu'il va lui demander. C'est un effort de part et d'autre, que de comprendre et de se faire comprendre, d'une manière qui résulte d'une alchimie efficace.

Beaucoup de médecins ou de soignants vont aussi partager la conception unilatérale 'en robinet à médicaments' du soin, héritée de l'époque positiviste et des représentations mécanistes du corps. Mais pas tous : la médecine de la douleur, par exemple, s'inscrit nettement dans un registre différent ; les prescriptions sont explicitement conditionnées à l'engagement actif du patient, y compris au niveau de remaniements existentiels. Et c'est la moindre des choses, quand on considère les chiffres : la très vaste majorité des consultations de médecine générale est liée à des troubles fonctionnels ; le reste va concerner nombre de pathologies chroniques voire graves, ou de simples suivis préventifs. Quelle que soit la pathologie en cause, la douleur est quasi-omniprésente dans les symptômes, et n'est bien entendue et soulagée qu'en prenant en compte la subjectivité du patient. Il ne peut être question, dans toutes ces situations, de simplement 'guérir la maladie'; pour ce qui est de la prévention ou du « *vivre avec* » une pathologie non guérissable ou chronique, libre au soignant de choisir l'imposition de son point de vue, il y a fort à parier que cela sera voué à l'échec.

En outre, il conviendrait, en particulier dans ces situations mais pas seulement, de demander au patient ce qu'il entend par « *guérir* ». Dans bien des cultures, il n'y a de guérison que quand l'origine du mal, située dans le monde invisible, a été prise en compte, quel que soit par ailleurs le destin du symptôme. En France même, la réponse supposée à cette question, qui voudrait que « *guérir* » signifie nécessairement l'éradication guerrière du mal dans le corps, est avant tout la représentation inculquée au médecin, et pas nécessairement celle du patient. H. Hamon l'a montré, s'agissant des cancers gynécologiques.⁶¹⁷ Elle montre que les femmes

⁶¹⁷ Hamon H., *Femmes et cancer, récits de maladie*, L'Harmattan, Paris, 2010.

de son étude vivent leur maladie comme un passage ; il y a un après la maladie, qui est aussi une renaissance sous un statut différent. Pour que cette renaissance soit possible, il faut au minimum une continuité, narrative, de sens, entre l'avant et l'après, s'agissant de l'origine du mal, des moyens et des objectifs de la lutte contre le mourir, ou pour la vie - ce qui n'est pas la même chose - et une congruence des représentations entre médecins et patients. Cet accord préalable, nécessaire au soin comme à la guérison, doit être recherché activement et constitue véritablement un échange dans le domaine du symbolique, un effort partagé pour la construction commune d'un récit efficace.

*

Il peut être objecté à ce qui vient d'être dit que la psychologie médicale se charge, en médecine, de prendre en compte et de nommer et l'échange, et sa nature symbolique (transfert et contre-transfert), s'agissant en particulier de l'hystérique - et c'est d'ailleurs à la 'psy' que le biomédecin va la référer.

Mais quel qu'aient été, depuis le début du XX^{ème} siècle, et en particulier dans sa seconde moitié (avec l'introduction des psychologues à l'hôpital) les efforts de la psychanalyse pour « défendre le sujet » face aux excès de maîtrise ou d'objectivation émanant de la logique médico-scientifique, et quoi qu'aient pu apporter, dans le champ de la psychanalyse, les travaux de féministes françaises (nous pouvons d'ailleurs demander au monde universitaire français pour quelles raisons elles sont plus publiées et plus connues à l'étranger qu'en France, où du reste elles ont souvent élu domicile) telles J. Kristeva, H. Cixous, ou L. Irigaray, ces recherches ont aussi peu pénétré les divers champs des savoirs constitués en France que dans le quotidien des pratiques médicales - malgré le relais apporté à la psychanalyse par une psychologie médicale riche de prestigieux auteurs tels L. Israël, ou J.-J. Kress.

S. Sontag, dans *la Maladie comme métaphore*, évoque de manière critique le recours à l'attribution de causes multiples à une maladie, et en particulier leur « psychologisation » : Elle voit dans ce recours à la psychologisation un puissant outil de déculpabilisation du médecin et de culpabilisation du malade : « Les théories attribuant une maladie à un état mental et statuant qu'elle peut être guérie par le pouvoir de la volonté traduisent toujours l'étendue de l'incompréhension quant au terrain physique de la maladie. [...] L'idée qu'une

maladie peut seulement être expliquée par une infinité de causes caractérise précisément le raisonnement en matière d'affections dont on ne comprend pas l'origine. Et ce sont les maladies dont on juge multiples (c'est-à-dire mystérieuses) les causes, qui offrent le plus de possibilités pour désigner métaphoriquement tout ce qui est estimé être détraqué sur le plan moral et social. [...] La tuberculose et le cancer ont servi à exprimer non seulement (comme la syphilis) des fantasmes grossiers en matière de contamination, mais aussi des sentiments particulièrement complexes à l'égard de notions telles que la force et la faiblesse, ou encore l'énergie. »⁶¹⁸

Effectivement : intégrée à nos représentations habituelles, guerrière, de la lutte contre le mal, la psychologie, qui situe l'origine du mal à l'intérieur de l'individu, de la personne, de son histoire, tend à produire avant tout de la culpabilité chez le patient, et du soupçon chez le professionnel, c'est-à-dire à ce que la violence que vit le patient contamine l'espace thérapeutique et déborde ses acteurs.

C'est que la psychologie ne se préoccupe que de la partie inter-individuelle de cet échange, et pêche comme la médecine par l'insuffisante définition de son objet. Les tensions conflictuelles, entre médecine et psychologie, face à la maladie et à la souffrance, résultent aussi de cette insuffisance, chacun des protagonistes tendant inéluctablement à confondre la 'partie de l'humain' qui lui revient, avec le tout. Une fois plantée, dans la relation, la graine de ce conflit interprofessionnel va étaler ses branches et ses racines jusqu'à la mythologie, faisant resurgir des craintes archaïques et des tabous qui ne le sont pas moins, et vient alimenter la violence qui est désormais présente dans la relation entre médecin et patient.

La psychologie ne contribue que partiellement à nommer ce qui véritablement, du symbolique de l'échange, échappe à la dénomination par la médecine, ce autour de quoi J.P. Peter voit se dessiner « l'enclave mythique ». Je résumerai ici ma position en citant l'article que Lise Revol⁶¹⁹ écrit sur la sphinge dans le dictionnaire des mythes féminins dirigé par P. Brunel « Hegel montre aussi dans son Esthétique comment Œdipe a réussi, d'un concept, précisément : « l'homme », à réduire la profondeur cryptique du symbole même du symbolisme, le sphinx. Produit de l'esprit scientifique, le concept analytique élucide tous les mystères et démystifie les puissances monstrueuses. Le geste d'auto-désignation oedipien illustre donc le passage de l'hétéronomie à l'autonomie, du « symbolisme inconscient » de l'énigme au symbolisme conscient de la solution.»

⁶¹⁸ Sontag S., *La Maladie comme métaphore*, op.cit.

⁶¹⁹ Revol L., « Sphinx/sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher 2002, pp. 1733-1748.

*

La relation entre médecin et patient est véritablement à considérer sous l'angle d'un échange ; mais cela n'est défendable qu'à la condition de considérer qu'elle ne se borne pas à une relation technique : elle a également une dimension symbolique. Nous entendons ici symbolique au sens de A. Van Gennep⁶²⁰. Cette dimension d'échange symbolique est largement passée sous silence, mis à part pour ce qui relève strictement des dynamiques interindividuelles (psychologie médicale), et éventuellement morales (éthique médicale) ; quant à tout ce qui relève de l'invisible et de l'imaginaire collectif, cette dimension est tout simplement éludée.

La biomédecine s'est établie comme science, comme « vraie », comme rempart efficace contre le désordre et la violence, la mort, la contamination, la confusion des genres, en se séparant du religieux⁶²¹. Pourtant, les faits d'expérience et mes intuitions d'initiée, autant que les recherches anthropologiques conduites en milieu médical⁶²², infirmier, hospitalier ou auprès de patients, concluent à la persistance de pratiques que l'on peut qualifier, en reprenant le terme de M. Eliade⁶²³, de cryptoreligieuses : au minimum, à des traces de comportements et d'organisations reproduisant des organisations de type rituel (rites de passage face à la mort des patients⁶²⁴, rites de protection contre la contamination⁶²⁵...), à une dialectique de la différence distinguant profanes et initiés⁶²⁶, à des procédures d'initiation à la mort dans le cursus médical⁶²⁷, à des espaces de silence évoquant la pénétration dans des zones de sacré⁶²⁸, à des indicibles de l'ordre du tabou... comme autant de barrières mises en place face aux

⁶²⁰ Van Gennep A., *Rites de passage*, op.cit.

⁶²¹ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

⁶²² Voir à ce sujet :

Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit. ; Hamon H., *Femmes et Cancer, de l'errance au sens*, op.cit. ; Vega A., « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », op.cit ; Pouchelle M.-C., « Infections nosocomiales et culture hospitalière », op.cit. ; Foulon M., « Le cadre face aux rites de passage des soignants », op.cit.

Gaines A.D. & Farmer P., "Visible saints: social cynosures and dysphoria in the Mediterranean tradition", *Culture, Medicine and Psychiatry* 10, 1986, pp. 295-330.

⁶²³ Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, op.cit.

⁶²⁴ Foulon M., « Le cadre face aux rites de passage des soignants », op.cit.

⁶²⁵ Vega A., « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », op.cit.

⁶²⁶ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op.cit.

⁶²⁷ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

⁶²⁸ Heath, C., « La conduite du patient pendant l'examen médical ou comment un « objet » reste « sensible » », op.cit. ; Bateson G. & Bateson M.C., *La Peur des anges* (1987), collection « La couleur des idées », Le Seuil, Paris, 1989.

craintes archaïques suscitées par la rencontre quotidienne avec la mort, la maladie, la contamination, et la souffrance - en tant qu'elle est un appel à l'ordre du monde.

On accède ici ce qui véritablement différencie profanes et initiés du système de soin biomédical : le domaine du rite, puisqu'afin d'assurer son efficacité même, il « ne-doit-pas-être-dit »⁶²⁹. Le statut des initiés de la biomédecine provient de la connaissance privilégiée qu'ils ont d'un territoire sacré : le corps mort. Ce territoire sacré est lié au rite puisqu'il fonde en nécessité comme en sens, le rite et le tabou. Mais le tabou le plus essentiel en biomédecine, ce n'est pas cela : c'est le non-dit qui structure l'ensemble de l'organisation, ses narratifs et ses pratiques ; dans le cas de la biomédecine, ce non-dit concerne le fait même qu'il y ait rite, et que ses procédures aient un caractère symbolique. On se trouve pourtant bien face à des phénomènes rituels, même dégradés⁶³⁰, et à une mythologie, mais tous les deux sont implicites.

Dans cette absence de dénomination, se jouent toute la force et toute la fragilité de l'autorité des initiés, autorité que les situations où ils sont explicitement sommés de se positionner sur le sens et l'ordre du monde vont venir mettre en danger.

L'organisation biomédicale est une lutte armée pour effacer tout ce qui permettrait que se fasse jour dans la relation un parallélisme entre la situation du médecin et celle du patient. Médecin et patient doivent être différents. Tout ce qui évoque un *travail* symétrique, ou une ressemblance, est éradiqué. Cela exclut absolument tout *travail* qui s'appuierait sur la mimesis, ou sur les vertus de la catharsis tragique, dont on a vu pourtant qu'il pourrait être intéressant de s'en inspirer - nous y reviendrons. Peut-être cela explique-t-il que les approches psychanalytiques qui proposent tout de même des outils permettant de faire quelque chose de ce type de processus, fassent aussi peu d'adeptes parmi les médecins.

La médecine de la douleur, qui propose la construction d'une nouvelle organisation des pratiques, où le *travail* du médecin et des patients est à bien des égards symétrique, y compris avec les femmes, s'inscrit dans une rupture radicale avec la culture dans laquelle elle se situe. Elle constitue véritablement une marge, au sens de V. Turner.⁶³¹

Cependant, elle renoue aussi avec une tradition plus ancienne, également médicale, mais plus hippocratique que galénique : elle s'intéresse au pouvoir de la parole, au pouvoir de la

⁶²⁹ Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, op.cit.

⁶³⁰ Voir: Turner V., *Le Phénomène rituel, structure et contre structure*, op.cit ; Eliade M., *Initiation, Rites, Sociétés secrètes*, op.cit. ; Pouchelle M.-C., « Infections nosocomiales et culture hospitalière », op.cit. ; Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

⁶³¹ Turner V., *Le Phénomène rituel, structure et contre structure*, op.cit.

métaphore. Dans son effort de traduire cela, pas seulement en oralité, mais en écriture, elle défait la tapisserie entamée par la médecine romaine à partir des observations de Galien, et propose, avec les mêmes fils, un nouveau motif. Ceci n'est possible que parce, prenant à rebours l'histoire médicale, elle a d'abord défait le mythe fondateur né avec les travaux de Pinel, en commençant par réécrire l'histoire d'un des principaux protagonistes des récits qui en sont dérivés : l'hystérique.

*

Dans l'échange symbolique et la mort, Baudrillard⁶³² voit la disparition de l'échange symbolique dans nos sociétés : évoquant « l'arrêt porté à l'échange symbolique dans les formations sociales modernes », il observe que le symbolique n'étant plus organisé sous la forme d'un échange social explicite, il demeure néanmoins, mais sous forme de diverses hantise, dont la moindre n'est pas celle de la mort.

Il décrit deux tendances sociales paradoxales qui sont consubstantielles à cet arrêt de l'échange symbolique : d'une part, l'extermination de la valeur ; d'autre part un système social de lois (économiques, libidinales, politiques) gravitant autour de productions sur la scène de la valeur.

Le médical, le légal, et *a fortiori* le médico-légal, font partie des systèmes d'élaboration de ces lois ; il y ajoute la psychanalyse, dont nous héritons la « hantise de la castration et du signifiant », et qui détourne la hantise de la mort en la « circonscrivant dans notre inconscient individuel ».

Le médical, le psychologique, le féminin, font peut-être partie de ces domaines où le paradoxe social évoqué par Baudrillard⁶³³ est à son paroxysme. S'il est un domaine où la dimension symbolique de l'échange est implicite, mais n'a pas disparu, c'est bien le domaine médical ; s'il est un domaine où l'impératif collectif de le bâillonner, comme de bâillonner tout discours sur la valeur, est présent, c'est bien celui-là. S'il est un domaine où les lois « gravitent autour de productions sur la scène de la valeur », c'est bien celui-là aussi.

La présence des mythes de la mort, et de la lutte mythique contre les démons du mourir, dont le médecin semble aujourd'hui le dernier héros⁶³⁴, rend impossible cette disparition : le mythe

⁶³² Baudrillard J., *L'Échange symbolique et la mort*, *op.cit.*

⁶³³ *Ibid*

⁶³⁴ Ernst G., *op.cit.*

dort, mais ne meurt pas. Il est prêt à ressurgir, et travaille les esprits à leur insu, imprimant des conduites, et dictant des organisations qui conservent des caractères rituels.

La médecine de la douleur, en faisant le choix d'une parole commune et multiple, et de renoncer, entraînant la patiente dans un même renoncement, à rechercher une origine unique du mal, par le savoir-pouvoir sacré acquis par l'expérience de la vue de l'intérieur du corps mort, à se prévaloir d'un savoir si fascinant et si ontologiquement premier sur l'intérieur du corps... ouvre aux patients souffrant de douleurs chroniques des perspectives toutes nouvelles. Autorité et efficacité y sont possibles, au prix néanmoins d'un engagement personnel créatif des soignants, puissant, et risqué, à la recherche de l'efficacité symbolique. Pour cela, ils doivent sortir des rites de leur profession, et transgresser le tabou concernant la mise en jeu de la nature symbolique de l'échange. Le patient n'est plus seul à parler le langage efficace de la métaphore : il l'y rejoint, non sans de multiples précautions. Il se construit au CETD un narratif qui tente de proposer une autre représentation de l'humain - visible et invisible - du soigner, du guérir. Ce narratif résulte d'un tissage complexe qui fait la part belle à la parole des infirmières. La longue histoire de leur profession, sa forte tradition, les rend plus familières avec ce qui, de l'humain, est invisible, plus intéressées par la vie que par la mort, au prix de l'incertitude ; et leur tradition mythologique n'a rien à voir avec celle d'Apollon, Dieu solaire, père d'Esculape, patron des médecins qui a survécu, soit dit en passant, dans le mythe, au meurtre (par le feu) de sa mère, soupçonnée d'adultère, par Apollon.

« Il faut redéfinir le champ de la médecine » dit J. Pigeaud⁶³⁵. Ce questionnement ancien reste très actuel, et pourrait bien être en marche à travers la médecine de la douleur. Je crains que cela ne soit possible qu'à la condition de réintroduire la vie et l'amour dans la réflexion, l'amour conçu ni comme un érotisme, ni comme l'amour au sens chrétien... ce qui impose quelque réflexion. Nous avons vu que la philanthropie n'allait pas de soi, même - surtout ?- en tant que concept. Peut-être que J. Pigeaud, se faisant l'avocat du détour inévitable par l'art pour se connaître soi-même, ne dit-il rien d'autre que cela : art et amour ont une étymologie commune, qui renvoie précisément à harmonie. Si j'étais juge, dans ce grand tribunal du mythe, c'est Médée, que j'appellerais maintenant à la barre. Non comme accusée, mais comme témoin, pour œuvrer à dissocier la terrifiante triade mystère-féminin-malin qui

⁶³⁵ Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », *op.cit.*

conditionne tant l'imaginaire médical et collectif concernant l'amour et l'irruption de la vie, le privant de créativité.

III. HISTOIRES ET CULTURES DE LA

MÉDECINE FACE À L'HYSTÉRIE

La douleur chronique appelle le médecin à situer la rencontre sur le plan de l'échange symbolique. S'agissant de l'hystérique, cet appel est d'autant plus difficile à recevoir que les problèmes posés au médecin vont avoir trait au « secret »⁶³⁶ des femmes, corps et âme - secret de la procréation, pouvoir sur la vie - à la sexualité féminine et aux rapports de séduction, ainsi que, de multiples manières, à la mort, réelle ou symbolique.

La psychanalyse a abordé ces questions, mais on a vu qu'elle participe aussi, d'une certaine manière, à l'arrêt de l'organisation de l'échange symbolique : dans la dimension culturelle et collective de ce dernier. Dans l'histoire de cet arrêt, nous verrons se préfigurer les lois, les valeurs et les hantises qui portent un coup d'arrêt à la compréhension de l'hystérique, et à la reconnaissance des plaintes qu'elle porte devant les diverses instances qui produisent les lois.

Si l'hystérique constitue l'objet de ce travail, ce n'est pas que le processus d'invention des organisations de la médecine de la douleur l'ait exclusivement concernée. C'est parce qu'elles fonctionnent pour elle, jusqu'à un certain point. Si ces organisations nous intéressent, c'est donc parce qu'elles démentent le mythe qui voudrait que l'hystérique soit éternellement l'échec du médecin, quoi qu'il fasse, à cause de ce que l'hystérique est, irrémédiablement.

L'invention de la médecine de la douleur a déconstruit ce mythe, et en a réveillé un autre. C'est ce processus-ci qui m'a intéressée, en ce qu'il permet - tout du moins dans cette période de changement et de marge, peut-être transitoire - la mise à jour du caractère mythique de l'organisation précédente, autant que de la nouvelle, et leurs différences. Pendant un temps, peut-être voué à être de nouveau recouvert par l'habitude, la systématisation des procédures, et l'exigence de vérité scientifique - qui est aussi un repos pour la conscience philanthropique du médecin - l'empereur est nu, et l'imagination créative mise en œuvre dans l'organisation des pratiques est lisible. C'est ainsi qu'on peut y lire la fonction de l'hystérique dans le système de sens mis en place pour faire face à la souffrance et à la mort, système de sens dont on a vu que la responsabilité reposait sur la médecine. Elle a en effet à charge de veiller sur la vie et de calmer la souffrance. Cette charge, toute la société lui fait porter, et la société dans

⁶³⁶ Les guillemets se rapportent ici à tout ce qui a été dit plus haut de ce secret.

son ensemble observe attentivement sa mise en œuvre : c'est à elle à qu'il incombe de définir et d'inventer, autour de ces deux problèmes, la philanthropie en acte.

*

Dans le processus d'apprentissage des techniques qui permettent de veiller sur la vie, elle a dû s'approprier le temps du cadavre, et dans une certaine mesure définir 'en pratique' les limites entre la vie et la mort du corps. Ce qui reste de l'humain après la mort du corps ne la concernerait pas, soi-disant, mais c'est impossible : l'être humain est ainsi fait qu'il ne peut penser la mort autrement qu'en imaginant cet après-mort ; en outre, la confrontation avec la maladie lui ôte le plus souvent, s'il l'avait, le loisir de ne pas y penser du tout. Il va donc imaginer le moment du mourir, mais aussi et peut-être surtout ce qui reste après le mourir, l'après mort - imaginer qu'il n'y a rien, c'est déjà imaginer quelque chose, dirait R. Devos : rien, ou bien deux fois rien, ou encore trois fois rien ? Organiser le moment du cadavre c'est inévitablement organiser tout cela, qu'on le veuille, ou non - il suffit pour s'en convaincre d'écouter les patients, et d'observer les rites implicites mis en place autour des défunts à l'hôpital⁶³⁷.

En outre, apprenant à calmer les souffrances, elle est confrontée de bien des manières à la mort symbolique : la souffrance - et montrer vis-à-vis d'elle le courage nécessaire - est de bien des manières un défi face à la mort possible de l'âme, mort qui est bien pire, pour certains, que la mort du corps. Éviter la 'mort de l'âme', et surtout lui préférer la 'mort du corps', a alimenté dans l'histoire bien des craintes, des courages et des témérités, même si une telle attitude suscite en France, en particulier depuis la seconde guerre mondiale, des méfiances bien compréhensibles⁶³⁸ : car c'est souvent en s'appuyant sur l'idée, l'idéal, ou l'idéologie, que l'individu va résister à 'la mort de l'âme', et de l'idéal on tend à ne plus se souvenir que des dérives « idéomaniaques », pour reprendre le terme de R. Gary⁶³⁹. Il serait tout de même regrettable que, jetant 'le bébé avec l'eau du bain', on perde la possibilité du courage.

Il y aurait sans doute une autre étude à faire s'agissant de l'évolution de la philanthropie médicale de la fin du XIX^{ème} siècle à nos jours : la vie et la neutralité sont en effet devenues

⁶³⁷ Foulon M., « Le cadre face aux rites de passage des soignants », *op.cit.*

⁶³⁸ Voir à ce sujet : Semprun J., *L'Écriture ou la Vie*, Gallimard, Paris, 1994.

⁶³⁹ Dans son avant propos à l'édition de 1956 des *Racines du ciel*, Paris, Gallimard

de plus en plus « sacrées »⁶⁴⁰, au fur et à mesure du développement - parfois en relation explicite avec lui⁶⁴¹ - des technologies guerrières autorisant des boucheries de dimensions industrielles, sans précédent dans l'histoire. L'évolution non moins colossale des techniques de préservation de la vie s'est faite en parallèle, peut-être en réaction à cette violence particulière. Il est en outre intéressant de rappeler que l'une des toutes premières applications médicales de l'hystérie telle que Freud la définit, concerna des poilus : les médecins tentaient, à l'aide de ce diagnostic, de départager parmi ceux qui souffraient de troubles anxieux, et 'se montraient' incapables de retourner au front, les 'tire-au-flanc', de ceux présentant ce que l'on appellerait aujourd'hui un syndrome post-traumatique.

Oui, il y aurait sans doute une étude historique à faire sur le médecin, le courage en tant que 'force d'âme', et l'hystérie. Dans l'immédiat, je retiens de ce détour que veillant sur la vie, calmant les souffrances, la médecine participe vraiment pleinement du système de sens mis en place en France pour faire face à la souffrance et à la mort, qu'il s'agisse du corps - objet explicitement choisi - ou de l'âme - objet refusé, puis accepté avec ambivalence et sous condition - et que l'hystérie occupe décidément dans ce système une place bien particulière.

*

Les organisations de la médecine de la douleur fonctionnent pour l'hystérique « jusqu'à un certain point », écrivais-je. Il faut ajouter à ceci qu'elles fonctionnent aussi pour le médecin. C'est en fait aux deux protagonistes (ainsi qu'aux autres professionnels impliqués) qu'elles permettent de sortir d'une impasse : celle qui voit le médecin s'enfermer soit dans le rejet, soit dans la surenchère thérapeutique, et l'hystérique lutter contre le silence qu'on lui impose. Dans tous les cas, pour l'un comme pour l'autre, la relation s'enferme dans la violence. Les nouvelles organisations de la médecine de la douleur, telles que je les ai observées au CETD, permettent de trouver une voie qui prend le risque de la non-violence.

C'est un risque, car résister à la violence sans faire soi-même violence, si l'on en croît les propos de l'apôtre-même de la non-violence (Gandhi), c'est d'abord « ne pas participer ». Ne pas participer à la violence, c'est à la fois se désolidariser du groupe qui la pratique, et parfois préférer une apparente inaction à une action qui participerait de cette violence. Or, à l'heure

⁶⁴⁰ Je me réfère ici à l'expression « neutralité sacrée » utilisée pour décrire la situation de la Croix Rouge à ses origines, mais aussi à des propos tenus par un médecin chef de service lors d'une séance de formation continue où étaient présentées des vignettes cliniques posant des problèmes éthiques : « *la vie est sacrée* ».

⁶⁴¹ Voir la naissance de la Croix Rouge : Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

de la tarification à l'acte, à l'heure du triomphe de la technique, l'absence d'action - ici l'acte technique - est très réellement un risque pour les praticiens concernés : risque économique, risque professionnel. Pour protéger leurs patients, ils doivent pouvoir rendre compte de ce choix à leurs institutions de tutelle, ce qui ne va pas sans difficultés, et demande ... tenez : revoici le courage.

Dire que cela « fonctionne » ne signifie pas qu'il y a 'guérison' au sens où on l'entend habituellement dans un système de représentation biomédical. Cela ne signifie pas toujours, non plus, l'arrêt de la souffrance pour la patiente. Mais il est remarquable que le simple fait de délivrer la relation thérapeutique de la violence qui s'y est accumulée au fil des années, constitue en soi un soulagement significatif pour les patientes, ainsi qu'un processus d'apprentissage qui peut s'étendre à d'autres domaines de leur vie jusqu'à permettre, tout de même, sous réserve qu'elles le souhaitent –ce qui est le cas très largement le plus fréquent - de les soulager efficacement.

C'est d'ailleurs en partie parce qu'elle admet l'échec de ce que l'on entend habituellement par 'guérir', que la médecine de la douleur se donne les moyens de soulager : de ce point de vue, elle opère, à l'intérieur de sa culture même, un changement de système de représentation de la santé, de la maladie et de la guérison. Elle constitue ainsi une sous-culture, une marge, au sein de notre système de représentation de la santé pris dans sa globalité. En fait, tout se passe comme si l'hystérique ne pouvait pas trouver de soulagement au sein de cette culture et de ce système global de représentation.. Comme si le problème - non pas l'origine de son problème à elle, mais le problème constitué par le système biomédecine/hystérique - était dans la culture.

*

D'un point de vue systémique, si un problème dure, c'est qu'il a une fonction.

Que le problème de l'hystérique dure dans sa vie parce qu'il y a une fonction, c'est un point de vue que je n'étudierai pas, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'hystérique, nous l'avons vu, ne peut en aucun cas constituer un 'diagnostic' au sens médical, une chose, un fait de nature situé dans 'le corps' tel qu'il est conçu pour et par la médecine. Elle n'existerait pas telle quelle en dehors du système qui aboutit à sa désignation, ou tout du moins à sa reconnaissance, c'est-à-dire le système médical. Traiter de

son problème comme s'il existait de manière indépendante, c'est la traiter comme un objet de la médecine. Cela n'est possible qu'en s'inscrivant dans la réification même qui la construit, en se désintéressant, plus ou moins définitivement, de cette construction même. Or c'est cette construction, et cette genèse, qui m'intéressent.

En outre, cela a déjà été fait. Cette question de la fonction du symptôme dans sa vie a été largement abordée par la psychologie et la psychanalyse. Pour poursuivre dans ce sens, la moindre des choses serait alors de se situer au sein de la psychanalyse, quitte à ce que ce soit pour la questionner. Elle seule en légitime le diagnostic, au sein d'un système de pensée et de représentation auquel on peut adhérer, ou non, là n'est pas la question. Ce qui a fait que je n'ai pas choisi cet angle d'approche, c'est que dans ce cas aussi, à quelques exceptions près - il existe aussi un discours critique au sein de la psychanalyse - il faut admettre que l'hystérie est le problème de la patiente, ou tout du moins est-ce à cet aspect du problème que s'intéressent la psychanalyse et la psychologie, et que se réfère leur catégorie d'hystérie.

Or, c'est en tant que problème du médecin qu'elle m'intéresse. Ou plutôt, c'est à cette hystérie-là que je m'intéresse : à l'hystérie, étrange sorte de catégorie médicale, qui est le problème du médecin.

Les élaborations psychologiques ou psychanalytiques ne m'ont pas paru pouvoir rendre compte de l'ensemble de mes observations à ce sujet, ni être, quand elle sont utilisées isolément, susceptibles de contribuer au soulagement des patientes. De surcroît, cette direction de travail n'a eu qu'une très faible pénétration dans le monde médical : juste assez pour que leurs interprétations puissent être utilisées, si besoin détournées, pour confirmer les attitudes d'exclusion, mais certainement pas assez pour être l'occasion d'une réflexion généralisée sur le sens des pratiques : les catégories psychanalytiques et médicales ne se confondent pas. Bien sûr, la catégorie médicale, qui résulte plus d'un processus de tissage folk-lorique que d'un raisonnement diagnostique, est influencée par le riche écheveau de discours savants, parmi lesquels ceux de la psychanalyse, qui s'en sont saisis, en particulier au XX^{ème} siècle. Ces discours font partie de la culture dans laquelle elle est, et c'est à ce titre que je les évoquerai.

L'utilisation médicale du terme hystérie est différente : quand le médecin, les professionnels, reconnaissent l'hystérique, et quand ils nomment ainsi le problème, ils ont tout perçu et/ou tout dit du problème du médecin et de son impuissance. Ils n'ont rien dit du problème qui trouverait son origine dans la patiente, de son évolution possible, des moyens et solutions à sa

disposition, et/ou à leur disposition, pour infléchir cette évolution, éventuellement hors la médecine. La désignation de l'hystérique est une auto-désignation, à usage interne, comme soi-même 'non-hystérique' et 'non-concerné-par-l'hystérique' et 'impuissant-face-à-l'hystérique'. Cette auto-désignation a une fonction pour le système médical, entendu au sens large comme construction culturelle.

Peut-être se soumettre inlassablement à ce théâtre d'auto-désignation médicale a-t-il une fonction dans la vie des femmes concernées, mais tel n'est pas mon objet. En outre, la catégorie médicale - ce qu'elle dit de la crainte et la souffrance du médecin - fait à ce point écran à la souffrance de la patiente qu'il n'est pas possible, à mon avis, d'explorer la question du problème des patientes concernées tant que l'on n'a pas levé, ou déchiffré peut-être, cet écran.

La psychanalyse propose, d'une certaine manière, des moyens pour le contourner par des chemins de traverse ; elle tente d'accéder directement à la patiente, ce qui lui permet aussi de la faire sienne. Mais l'une des conséquences d'un tel choix est de tenir pour acquises, au risque de les entériner, un certain nombre de stratégies médicales, autant que l'impuissance des patientes face à ces stratégies. Ceci pourrait expliquer le paradoxe qui veut que les psychanalystes et les psychologues d'inspiration analytique s'enferment eux-mêmes dans des représentations très figées de la fonction médicale : d'une main, ils lui reprochent ses représentations mécanistes, et de l'autre ils n'admettent pas que la médecine s'humanise, lui reprochant alors de sortir de son rôle.

L'auto-désignation que j'évoquais n'a plus cours en médecine de la douleur, ou plutôt on lutte activement contre la tentation qu'elle constitue pour le médecin, et pour maintenir le mot hystérie lui-même dans l'enclave où il est éventuellement porteur de sens en tant que problème de la patiente, c'est-à-dire en psychanalyse. Ce changement apporte un soulagement à tous les protagonistes. C'est la collaboration entre médecine et psychanalyse, et non l'une ou l'autre prise séparément, qui est efficace, entre autres parce qu'il s'agit alors que l'un et l'autre acteur quittent les attitudes rigides qui fondent leur antagonisme.

Qu'est-ce que tout cela nous apprend sur la fonction de cette auto-désignation dans le système biomédical ? Comment fonctionne la médecine de la douleur face aux femmes porteuses de douleurs chroniques sans lésions visibles, qui sont de diverses manières le problème du biomédecin, compte-tenu de la relative absence de recours mécaniste, anatomique ? Qu'est-ce qui est mis en œuvre, en lieu et place de cette auto-désignation, quand l'hystérique est

reconnue... puisqu'elle l'est, inévitablement... de par l'initiation commune aux médecins de la douleur et aux biomédecins en général; qu'est-ce qui se met en place en fonction de cette reconnaissance ? À quoi cela sert-il à la médecine de la douleur de 'ne-pas-désigner', ce qui est, en soi, une désignation implicite? Telle est ma question.

*

Pour l'aborder, je procèderai, comme dans le chapitre précédent, en passant en revue tout d'abord la culture qu'a la médecine de la douleur au sujet de l'hystérie. J'entends par là ce qui lui a été transmis explicitement, et ce qu'elle transmet de la même manière. Ensuite, j'aborderai la culture qu'elle est, à partir d'une analyse des cas cliniques qui sera une analyse des problèmes que l'hystérie pose au médecin et des aménagements que les professionnels trouvent face à ces problèmes. Pour finir, je m'intéresserai à la culture dans laquelle elle est, s'agissant de l'hystérie : à l'écheveau de discours savants la concernant, puis aux représentations, rites, mythes et narrations qu'élabore la médecine de la douleur à partir de, et pour se situer dans, la culture dans laquelle elle est.

*

La 'culture qu'a' la médecine de la douleur, comme la culture 'dans laquelle elle est' sont, au moins en partie, communes avec celles de la biomédecine au sens large. Les médecins de la douleur ont d'abord été formés comme des biomédecins.

En outre, la médecine de la douleur constituant une spécialité médicale, et un domaine de recherche approfondie au sujet d'une question qui concerne l'ensemble de la médecine (la douleur), la 'culture qu'elle a' ne peut être traitée séparément de la culture qu'a l'ensemble de la biomédecine : la 'culture qu'elle a' est aussi, pour tous les professionnels concernés - sans quoi il n'y aurait pas de polémique - la culture 'que pourrait (devrait ?) avoir' l'ensemble de la biomédecine, dont elle est une émanation spécialisée, et qu'elle représente aux yeux de la société.

La 'culture qu'elle est', en revanche, est bien différente de celle 'qu'est' la biomédecine : cette dernière tient toute entière dans la description qui a été faite précédemment de la rencontre de l'étudiant avec les normes médicales des pratiques des corps, à travers l'hystérie.

Les psychiatres sont aussi des médecins. Ils ont une culture de l'hystérie. Mais ce qu'ils appellent « hystérie » est une autre catégorie que celle qui m'intéresse. En outre, ils constituent un corps professionnel à part, avec leurs propres règles, leurs propres pratiques. On ne peut pas faire se recouvrir leur catégorie d'hystérie avec celle des somaticiens : le système dans lequel elles sont désignées est trop différent.

*

Je resterai fidèle à mon principe de départ, qui consiste à ne pas traiter de l'hystérie dont j'observe ici et maintenant la reconnaissance, comme s'il s'agissait de la même que celle qui a été reconnue par le passé. Il s'agit donc de traiter l'hystérique comme la figure mythologique - donc an-historique - qu'elle apparaît être aujourd'hui.

Reprenant les travaux de J. Pigeaud, on pourrait dire aussi que la catégorie hystérie, telle qu'elle est employée dans le folk-lore médical, est une métaphore pour une série de problèmes - métaphore empruntée à la culture dans laquelle elle est : langage courant, discours savants. C'est aussi en tant que métaphore qu'elle m'intéresse : on pourrait dire que j'adopte un point de vue hippocratique, et non galénique, en refusant de réifier, au nom des nécessités du savoir, ce qui n'est que langage et imaginaire.

Je précise cependant que la catégorie hystérie n'est pas pure métaphore, car elle débouche sur des pratiques qui ne sont pas, elles, de l'ordre du langage, mais de l'ordre du corps. Il ne s'agit pas non plus 'seulement' de la « métaphore en acte » décrite par J. Pigeaud, qui a trait aussi au corps. Il s'agit d'observer un groupe professionnel en train de déterminer, par l'intermédiaire d'une catégorie qui est une métaphore, non seulement un échelon supérieur (puisque porté collectivement) dans la puissance imaginaire de cette métaphore - la métaphore en acte ne reposant plus alors sur la seule créativité ou susceptibilité individuelle - mais aussi et dans le même temps d'établir, de valider, la fonction collective de son efficacité métaphorique, tissée dans les normes collectives afférentes au corps, et à la manipulation des corps, morts ou vivants. C'est pourquoi, si la catégorie hystérique est une métaphore, le moment de la désignation de l'hystérique est un moment mythologique, an-historique, comme il sied à un moment dont on a vu qu'il s'inscrit dans la continuité d'un autre - la dissection - qui fonde en sens une bonne partie des normes médicales, qui se veulent elles-mêmes an-historiques.

Ce qui a une histoire en revanche, c'est la rencontre de la médecine avec un certain nombre de problèmes, qu'elle va résumer sous le terme d'hystérie : la douleur, l'origine du mal (et la question de l'origine en général) dans l'invisible et le mystère, les organisations du sacré, la femme... et sa responsabilité 'd'inventeur de philanthropie' face à tout cela. Ce qui a une histoire, c'est la réponse que la médecine fournit à cette série de problèmes par l'écriture, processus où apparaît pleinement le pouvoir qui est attendu de la parole écrite - pouvoir de mise en ordre, pouvoir sacré - dont sont exclues les femmes. C'est pourquoi, ayant jusqu'à présent largement abordé la rencontre de la médecine avec la douleur, et ses rapports historiques à la détermination de l'origine du mal dans le corps 'de la médecine', je m'intéresserai à sa rencontre avec les femmes, en particulier quand se pose, par elles, la question des origines, de l'invisible, de l'accès des femmes à la parole écrite et au sacré. L'histoire de la désignation de l'hystérique apparaîtra dans cet historique, inévitablement, car il en est une des variantes les plus fréquentes.

A. LA CULTURE QU'ELLE A

La psychanalyse et l'histoire de l'hystérie en médecine ou en psychiatrie figureront dans la culture 'dans laquelle elle est' et non dans la culture 'qu'elle a'. En effet, je rappelle que par 'culture qu'elle a' j'entends ce qu'elle connaît assez d'elle-même pour le transmettre explicitement, concrètement, consciemment, délibérément.

*

Bien que pour des raisons différentes, ni la biomédecine ni la médecine de la douleur 'n'ont' une culture de la psychanalyse.

Pour la biomédecine, s'intéresser à ce qu'a dit la psychanalyse, le lire et le transmettre ne fait certainement pas partie des missions qu'elle se reconnaît⁶⁴².

Pour l'exemple : si, dans le cours de mes études médicales, j'ai bénéficié en seconde année d'un enseignement théorique de psychologie médicale⁶⁴³ nourri de psychanalyse, je n'ai pas

⁶⁴² Il convient de noter que cela ne s'applique pas aux infirmières, qui y accordent une part importante dans leur cursus et dans leur formation continue.

souvenir que l'hystérie de conversion de la psychanalyse y ait été abordée. En outre, jamais cet enseignement théorique de psychologie médicale n'a fait l'objet d'une mise en pratique dans le cadre de mes stages - je m'en souviendrai mieux, sans doute, si c'eût été le cas : l'adhésion à ces théories est trop irrégulièrement partagé entre les médecins, la part de croyance qu'elles contiennent est trop manifeste, les implications personnelles trop grandes, sans doute, pour tous les acteurs, pour qu'elle fasse l'objet d'un compagnonnage explicite et généralisé.

La médecine de la douleur est, à cet égard, plus ambivalente, et le tableau résultant plus complexe et contrasté : elle fait une place à la psychanalyse, et une place importante, dans ses pratiques, ses enseignements, ses publications, ses colloques : mais ce sont alors des psychologues, beaucoup plus rarement des psychiatres, qui s'expriment.- et ils tiennent trop eux-mêmes à se différencier du corps médical pour que l'on puisse considérer qu'ils 'ont la même culture', surtout sur ce sujet de la psychanalyse. S'ils appartiennent malgré tout à la **culture douleur**, c'est parce que cette dernière a, comme eux, une certaine culture du conflit - mais elle, c'est pour le résoudre. Eux, c'est pour le préserver. Je rendrai donc bien compte tout à l'heure de leurs propos actuels, mais en respectant la séparation qu'imposent les acteurs eux-mêmes, qui me paraît plus propre à décrire la réalité de la 'culture qu'a' la médecine de la douleur s'agissant de l'hystérique.

Il convient également de noter que parmi les auteurs, médecins, les plus respectés et influents en médecine de la douleur, certains - peu nombreux cependant - se réfèrent très explicitement à la psychanalyse, que ce soit dans leurs pratiques ou dans leurs écrits. Un des grands enjeux, cependant, de la médecine de la douleur dans son ensemble, est de lutter contre le caractère totalisant de la pensée analytique, que ce soit pour relativiser ses catégories, ou critiquer son manque de pragmatisme et son caractère ésotérique.

Au total, pour présente que soit la psychanalyse, elle reste enclavée, bien séparée de la médecine qui ne s'y reconnaît que partiellement, et de manière variable en fonction des praticiens. Il en résulte que les catégories diagnostiques de la psychanalyse ne sont pas intégrées automatiquement comme des catégories de pensée pour le médecin, y compris quand elles sont portées par un psychiatre. Les catégories de la psychanalyse ne font pas partie de ce qu'elle transmet, pas plus que son histoire. Elles font partie de la culture dans laquelle elle est, et elle en tient compte ; mais l'essentiel de cet effort 'de prise en compte'

⁶⁴³ Je n'ai pas hélas de souvenir précis du nombre d'heures concernées. Je dirai approximativement que cela a pu occuper 10 ou 20 heures dans l'année.

consiste à s'astreindre à penser d'abord sans elles, et non en fonction d'elles. Il faut se débarrasser de ce que l'héritage de la psychanalyse a d'encombrant ; on n'en conserve que ce qui sert, effectivement, en clinique. Si la médecine somatique doit être repensée, en même temps que les rapports de l'âme et du corps en médecine, dans le processus d'invention de la médecine de la douleur, alors tout le champ de la 'psy', aussi. Les psychiatres qui travaillent en médecine de la douleur doivent avoir cette liberté et cette force d'empathie évoquée par J.-J. Kress, qui consiste à pouvoir laisser de côté les catégories du savoir pour partager, pour un temps tout du moins, la souffrance. Il y a là, bien sûr, comme ailleurs en médecine de la douleur, un bricolage qui paraît peu satisfaisant du point de vue épistémologique. Mais c'est ainsi.

Dans le même temps, la médecine de la douleur lutte aussi - dans l'idéal tout du moins - contre la tentation de remplacer la pensée totalisante de la psychanalyse par une pensée médicale qui ne le serait pas moins. Dans ce combat des chefs entre eux (et contre les tendances de leurs corps professionnels respectifs) sur fond de primauté ontologique, l'honnêteté clinique impose, me semble-t-il, de reconnaître que le gagnant importe peu – d'ailleurs, il n'y en a pas, ou tout du moins il n'y en avait pas encore au CETD de Nantes au moment de mes observations. Ce qui fonctionnait, pour la patiente, c'était l'existence d'un contre-pouvoir et la possibilité d'un espace dont la tension conflictuelle permet qu'il reste à la fois riche en narrations, et vierge de vérité établie par la pensée dominante, quelle qu'elle soit. Je remarque au passage que la médecine de la douleur étant une culture, il est fort difficile de séparer nettement la 'culture qu'elle a' de la 'culture qu'elle est'.

*

S'agissant de l'histoire de la psychiatrie : à l'époque où j'ai fait mes études, l'histoire de la psychiatrie n'était pas enseignée dans le cursus général des six premières années de médecine - où alors cela relevait d'initiatives personnelles et locales. L'histoire de la médecine, du reste, non plus. Or une histoire de l'hystérie - celle du moins qui permettrait de donner un sens à l'expérience immédiate de l'étudiant en médecine - serait à la fois une histoire de la psychanalyse, de la médecine et de la psychiatrie, puisqu'il faudrait au minimum parler de la naissance de la psychiatrie, de l'émergence de l'hystérie de la psychanalyse au XIX^{ème} siècle, et des catégories mouvantes qui la définissent dans le courant du XX^{ème} siècle, alors que ces trois disciplines délimitent petit à petit leurs territoires respectifs.

Cette carence de l'enseignement de l'histoire reste générale, et d'actualité, même si quelques efforts ont été faits dans ce sens. Cela concerne la biomédecine au sens large, et les médecins de la douleur qui en sont issus.

La médecine de la douleur, qui s'intéresse tant à l'histoire, agit-elle autrement ? On peut le regretter, mais non : la médecine de la douleur ne s'intéresse à la psychiatrie qu'au prix de nombreuses difficultés.

L'un des obstacles à cet intérêt ne tient pas tant à la prise en charge des troubles psychiatriques au sein de la médecine de la douleur, qu'à la prise en charge de la douleur au sein de la psychiatrie. La prise en charge de la douleur en psychiatrie ne fait l'objet de recherches actives et coordonnées, en France, que depuis 2006. Auparavant, ces recherches ne reposaient que sur des initiatives individuelles très isolées (en particulier celle d'un médecin, le Dr Djéa Saravanne, suffisamment seul jusqu'à très récemment pour que son seul nom soit mentionné ici). Si l'on remonte plus loin dans le passé, avant que la discipline **éthique médicale** ne voit le jour, les abus (les 'essais cliniques' sur les patients psychiatriques... tels que ceux qui ont eu lieu pendant la seconde guerre mondiale) furent tels qu'un arrêt complet à cet 'échange de vue' a été marqué pendant des dizaines d'années.

D'autre part, les catégories et pratiques psychiatriques ne sont accueillies en médecine de la douleur, on l'a vu, qu'avec une grande prudence. Leur utilité en pratique clinique fait certes l'objet de nombreuses études cliniques : c'est qu'elles sont mises à l'épreuve du **service rendu**. Mais ces études ne sont pas épistémologiques, ou historiques. Au contraire, on peut être frappé de la rapidité avec laquelle ces catégories se voient simplement remplacées par des indicateurs aux implications en apparence moins définitives, plus pragmatiques, dont le caractère universel cependant pourrait être interrogé du point de vue théorique : je pense à des critères comme l'**acceptance**, par exemple, ou le **coping**. Si la médecine est une écriture, et que des glissements s'opèrent parfois qui ont trait à la traduction, comme on l'a vu s'agissant de la médecine antique, c'est ici la traduction de l'anglais (d'Amérique) au français qui pose question. La médecine de la douleur s'intéresse en effet beaucoup plus, à en juger par le nombre de publications, à la psychologie cognitive ou à la psychologie sociale qu'à une discussion épistémologique et historique sur la valeur des catégories psychiatriques : l'essentiel pour elle est de définir des comportements, des facteurs de risques, qui sont des indicateurs et non des catégories diagnostiques. Tout se passe comme si la médecine de la

douleur se désintéressait des catégories de la psychiatrie - à l'exception de la dépression et de l'anxiété, plus descriptives que structurelles - et de leur histoire, dans un processus qui relève plus de l'éviction, et de l'invention d'une autre écriture, que de la discussion critique.

Je formulerai à ce sujet, en m'appuyant sur ma double expérience clinique de la psychiatrie et de la médecine de la douleur, l'hypothèse suivante : une catégorie diagnostique, nous l'avons vu, sert à prédire l'avenir. Or de ce point de vue, les diagnostics psychiatriques structurels –si l'on excepte donc la **dépression** et l'**anxiété** - sont, pour le médecin, et plus particulièrement depuis que la psychiatrie s'est nourrie de psychanalyse, un diagnostic de chronicité : **schizophrénie**, **psychose paranoïaque**, **psychose maniaco-dépressive**, **hystérie**, **névrose obsessionnelle**... tous ces diagnostics portent sur la **structure de la personnalité** telle qu'elle serait construite irrémédiablement par la toute petite enfance. *A contrario*, un indicateur ou un facteur de risque permet de se tourner vers l'avenir avec espoir, en tentant d'infléchir telle ou telle évolution. Or travailler en médecine de la douleur, s'est résolument croire en la possibilité d'un **changement**. C'est aussi s'appuyer sur l'imaginaire pour créer ce **changement**, et les catégories psychiatriques portent avec elles un imaginaire asilaire - voire carcéral - morbide, effrayant et sans espoir, dont les médecins de la douleur se détournent, à cause d'une histoire que cependant ils n'abordent pas.

À ces divers titres, l'histoire de la psychiatrie ne fait pas partie de la culture qu'elle a. Pourtant, si l'hystérie les concerne, alors l'histoire de la psychiatrie aussi.

*

S'agissant de l'hystérique du médecin, j'ai déjà dit que la culture qu'en 'a' la biomédecine tient toute entière dans la culture 'qu'elle est' : en effet, l'essentiel de ce qui se transmet à son sujet l'est sans parole, implicitement. Seul le nom demeure.

Ce recouvrement de la culture 'qu'elle est' et de la culture 'qu'elle a' au sujet de l'hystérie est vrai aussi, en bonne partie, pour la médecine de la douleur. Mais ce n'est pas faute de paroles pour rendre compte de ce qui se joue, et le transmettre, mais faute d'utiliser ce terme, précisément, en clinique (si l'on excepte quelques chuchotements en coulisses) ou dans ses publications, à quelques rares exceptions près.

La question 'hystérie, ou pas' est en effet, en médecine de la douleur au CETD, une question que l'on se murmure, même en coulisses, un diagnostic qui circule sous le manteau,

certainement pas quelque chose que l'on formule directement aux patient(e)s - contrairement à bien d'autres éléments de leur profil psychologique, dans cette médecine où le secret - du médecin - perd du terrain. Du côté des psychiatres et des psychologues, on est très prudent dans l'utilisation de ce terme : on parle plus volontiers de « *personne très névrosée* » ou « *grand H* ».

S'agissant de l'hystérie, et à côté de ces silences de nature différente, la biomédecine et la médecine de la douleur partagent en outre un autre silence, commun celui-là, et qui justifie au moins en partie l'absence du terme en médecine de la douleur. Il vient encore épaissir l'écran constitué par les précédents : la catégorie hystérie ne fait plus partie des classifications officielles et internationales des diagnostics psychiatriques depuis 1980 - or, si l'hystérique du médecin et celle du psychiatre ne sont pas les mêmes, tout du moins l'existence de la catégorie psychiatrique servait-elle à légitimer l'utilisation du terme par les médecins, à lui donner l'apparence du diagnostic.

En 1980, le mot « **hystérie** » disparaissait en effet de la troisième version du DSM, classification psychiatrique produite par l'American Psychiatric Association : le **DSM III**⁶⁴⁴. Ce n'est qu'une référence parmi d'autres, pour les spécialistes de la psychiatrie. Cette standardisation y fait l'objet de nombreuses critiques, concernant entre autres l'absence de prise en compte de l'influence de la culture dans la définition des catégories du normal et du pathologique en psychiatrie⁶⁴⁵. Mais cette référence fait autorité dans le milieu médical non spécialisé, toujours preneur de catégories bien délimitées qui laissent entrevoir un exercice mieux balisé. Elle est aussi présentée comme manuel de référence à la faculté, ce qui semble logique puisqu'elle satisfait son désir de posséder des critères objectifs d'évaluation et de diagnostic.

L'hystérie a été remplacée, dans la version plus récente du **DSM IV R**⁶⁴⁶, par la définition, parmi les **troubles de la personnalité**, d'une personnalité dite **histrionique**, qui se rapproche beaucoup, de par sa dimension versatile, suggestible, séductrice et théâtrale, des descriptions cliniques de l'hystérie. On retrouve par ailleurs les **troubles somatoformes**, qui regroupent les **troubles somatisation**, les **troubles conversion**, les **troubles douloureux**, l'**hypocondrie**, la **peur d'une dysmorphie corporelle** et les

⁶⁴⁴ Manuel américain visant à fournir aux désordres mentaux une classification internationalement valide ; il est régulièrement révisé.

⁶⁴⁵ Gaines A.D. & Farmer P., "Visible Saints: Social Cynosures and Dysphoria in the Mediterranean Tradition", *op.cit.*

⁶⁴⁶ *DSM IV R : Critères diagnostiques. Traduction française complétée des codes CIM-10*, Masson, Paris 1996.

troubles somatoformes non spécifiés et indifférenciés . J’observe là une volonté de faire passer la description avant l’ontologie.

Beaucoup de psychologues et de psychiatres regrettent cette disparition, qu’ils jugent contraire à la réalité de leur pratique clinique. L. Israël se joint (en 1989), pour les médecins, à ce chorus, en estimant le pourcentage d’hystériques dans une clientèle médicale à environ 50%, et en mettant en avant l’absence d’un enseignement spécifique de l’hystérie dans les facultés et l’ignorance conséquente des médecins dans ce domaine⁶⁴⁷. Du côté des jeunes médecins, si j’en crois mon expérience, on continue en effet à employer le terme d’hystérie, mais on a une connaissance de plus en plus confuse de ce qu’il recouvre, puisqu’une définition précise de ce que l’on entend par ce terme n’est plus accessible dans les manuels recommandés pour l’enseignement. D.B. Morris réagit aussi à cette disparition : “We may begin to wonder whether hysteria has not so much disappeared as simply changed its name and gone underground.”⁶⁴⁸ Il se fait l’avocat d’un retour à l’utilisation du terme, pour une meilleure attention portée aux critères subjectifs, culturels, historiques, du phénomène douloureux et de sa prise en charge par la médecine.

La médecine de la douleur, quant à elle, est en partie tenue par ce silence, mais en partie seulement :

D’une part, l’hystérie est évoquée dans l’encyclopédie médicale de l’année 2000, sous la plume d’un médecin de la douleur très légitime dans son institution, F. Bourreau, dans l’article « Douleur chronique et psychiatrie ».

D’autre part, la médecine de la douleur s’affaire à tenter de nommer et de classer, selon des modalités variables et qui font polémique, ce qu’elle appela un temps ‘la part psychogène des troubles’. D’une manière générale, les causalités psychiques - parmi lesquelles l’hystérie - ou sociales - parmi lesquelles les violences subies, y compris les abus sexuels dans l’enfance -, ou encore en termes de genre, sont abordées dans les recherches en médecine de la douleur, même si c’est souvent pour être contestées pour leur inefficacité en pratique clinique. Fidèle à son idéal de pratique et à ses modèles théoriques (de la même manière qu’elle passe du mot **douleur** au mot **gêne**, qu’elle découpe ensuite toute une série de **gênes** différentes), elle découpe et cesse de parler d’un *gros problème* (l’hystérie) qui fait écran et conduit à l’impasse autant qu’au conflit, en *petits problèmes* (la dépression, l’angoisse, le genre, les antécédents de

⁶⁴⁷ Israël L., *L’Hystérique, le Sexe et le Médecin*, collection « Médecine et psychothérapie », Masson, Paris, 1976.

⁶⁴⁸ Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

violence, les contentieux en cours, les tendances comportementales ...) susceptibles d'être pensés avec moins de passions et de tensions conflictuelles. Mais elle se heurte dans ce processus à de nombreux écueils épistémologiques et méthodologiques s'agissant de produire des résultats valides pour la science expérimentale.

Il est à noter également que la catégorie **fibromyalgie** vient répondre en partie à la nécessité de nommer ce que l'on reconnaît - l'hystérie - pour pouvoir le penser, et s'organiser en conséquence.

Nous allons maintenant nous intéresser de plus près aux écrits de la médecine de la douleur concernant ces différentes questions.

1. Ce qui se transmet en médecine de la douleur s'agissant de l'hystérie

a. Le 'gros' problème

« Y: De toute façon, déjà, hystérique, c'est une insulte, hein, quand même. Dans les disputes conjugales, c'est quand même un terme qui revient assez vite : dans la bouche des messieurs vis-à-vis de leurs femmes, de les traiter d'hystériques ... C'est quand même déjà là ... un concept qui pose problème, pour l'éthique, s'il se met à être utilisé comme une insulte, euh... me semble-t-il.

S: Et puis il est très insultant dans le monde médical, euh...

Y: Il est très insultant, le plus souvent, hein, euh... et il mène rarement, me semble-t-il, à des stratégies thérapeutiques pertinentes ou à des attitudes thérapeutiques pertinentes, il peut amener... Alors, je ne suis pas sûr que c'est un mot qui aide tant que ça les psychanalystes, j'avais plutôt l'impression que c'était un mot qui leur posait problème. Avec une étymologie, comme vous dites, difficile à porter, encore deux mille ans après, ces utérus ambulants-là...

S: Rires

Y: Voilà, ça fait sourire, ça n'incite pas à prendre sérieusement en compte la souffrance de certaines personnes, alors que quand même ils [souffrent]... Il faut le dire et le redire, c'est le mérite de Freud d'avoir montré que ces personnes-là souffraient réellement, hein, même si parfois c'est... Il avait tendance un peu à déraiper, me semble-t-il, en disant qu'elles avaient plus besoin de phallus que d'autre chose, qui sont des choses qui sont le petit côté 'salle de garde' de Freud, et le petit côté macho, oui, le gros côté macho.

Concernant l'hystérie, au sens du diagnostic psychiatrique, la littérature est très pauvre en médecine de la douleur, témoignant de la disparition du terme de la nosologie officielle. L'EMC⁶⁵⁰, dans son article « douleur chronique et psychiatrie » rédigé entre autre par F. Boureau, médecin de la douleur, utilise des dénominations prudentes : sont évoquées les syndromes douloureux à composante psychique dominante, parmi lesquels l'hystérie arrive en premier, puis les troubles anxieux, l'hypocondrie, la schizophrénie, et les troubles psychosomatiques avec alexithymie. Les dépressions masquées sont encore traitées séparément, et les divers troubles somatoformes issus de la classification du DSM IV R n'y figurent pas, alors même qu'ils figurent dans les documents servant de support à l'enseignement officiel dans les facultés de médecine. Le moins que l'on puisse dire ici est que les catégories psychiatriques ne sont ni univoques, ni systématiquement transposables à la médecine somatique.

S'agissant de l'hystérie, l'EMC distingue la conversion hystérique, dont il est dit que les manifestations classiques « font de plus en plus souvent place à des troubles algiques », et la personnalité hystérique, les deux pouvant largement être indépendants l'un de l'autre. Dans le second cas, des périodes de rupture affective ou sexuelle peuvent les voir manifester « une forte appétence médicale, voire chirurgicale ». Dans le premier cas, ce sont les circonstances d'apparition de la plainte (situations conflictuelles qui débordent les capacités du patient, grandes étapes de la vie familiale, conjugale ou professionnelle), et d'une manière générale sa grande dépendance à l'environnement qui la caractérisent : la maladie fournit un refuge dont sont attendus, inconsciemment, des « bénéfices secondaires (matériels chez l'homme, affectifs chez la femme) ». L'entourage, de par sa réaction, contribue ou non à entretenir la plainte, à lui conserver, en d'autres termes, sa fonction relationnelle. La localisation des symptômes peut correspondre à une lésion réelle ou à un organe connu

⁶⁴⁹ Psychiatre

⁶⁵⁰ Moulin J.-F. & Boureau F., « Douleur chronique et psychiatrie », *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, Elsevier, Paris, 36-677-A-40, 2000.

comme fragile, ou avoir une valeur plus symbolique lorsqu'elle « renvoie à une souffrance ou à un traumatisme de l'enfance ou qu'elle évoque l'identification à un être disparu ». La dépression et l'anxiété accompagnent alors souvent la plainte somatique, ainsi qu'une importante conflictualité dans tous les domaines de la vie relationnelle, et un certain degré de repli social conséquent.

Il existe également, dans des études épidémiologiques le plus souvent américaines, des résultats intéressants, même s'ils sont à pondérer avec la relativité des cadres nosographiques envisagés (la reproductibilité de la nosographie psychiatrique américaine en terres méditerranéennes n'allant pas de soi⁶⁵¹). La plupart d'entre eux renvoient vers la psychologie cognitive ou sociale et les facteurs de risque :

On note ainsi une corrélation entre l'intensité de la plainte et la « triade névrotique », jugée à partir d'échelles, dont l'hystérie fait partie, avec l'hypocondrie et la dépression⁶⁵².

Ailleurs, dans le cas de la lombalgie chronique, on n'a jamais pu établir de facteurs de risques psychologiques d'un passage à la chronicité. « Les facteurs purement psychologiques (dont les traits de personnalité, tel l'hystérie, ou comme on dit maintenant la « personnalité histrionique ») sont moins nombreux et dotés d'un risque relatif plus faible que les facteurs psychosociaux (bas niveau social, bas niveau d'instruction, absence de plaisir au travail, mauvaise communication avec les collègues) »⁶⁵³

Ce qu'on a pu établir, c'est un facteur de risque de non-satisfaction vis-à-vis du traitement, surtout chirurgical : hystérie, hypocondrie, dépression, sont des facteurs de pronostic défavorable. Mais il est un fait beaucoup plus marquant (risque relatif : 15) qui concerne les facteurs prédictifs de l'échec chirurgical en lien avec la violence domestique : parmi les patients opérés, ceux qui avaient souffert dans l'enfance d'au moins trois traumatismes psychologiques sévères (coups, viols, alcoolisme ou drogue chez un parent, abandon, négligence ou violence émotionnelle) avaient 85% de chances d'avoir un échec chirurgical

⁶⁵¹Gaines A.D. & Farmer P., "Visible Saints: Social Cynosures and Dysphoria in the Mediterranean Tradition", *op.cit.*

⁶⁵²Kolek M., « Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes », in Bruchon-schweizer & Quintard B. (dir.), *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod 2001

⁶⁵³Rosenberg S., Alcalay M., Duplan B., Legrand D., « Facteur de risque de la lombalgie: synthèse », *Revue française de rhumatologie*, 65 (3 bis), 1998, pp. 88-92.

contre 5% dans le groupe des patients dits, par contraste, « sans facteur de risque psychologique »⁶⁵⁴.

J'observe ici, au passage, que l'on oppose d'un côté la violence subie, et de l'autre côté l'absence de « facteurs de risque psychologique ». Dans cette opposition, il y a un passage implicite de la violence subie à la fragilité psychologique, qui est certes une reconnaissance louable des conséquences de la violence subie, mais illustre aussi une tendance déjà évoquée : celle qui verra les cliniciens tentés de répondre par la psychologie ou la psychothérapie aux violences subies, avec pour conséquence possible l'intériorisation des culpabilité en cas d'échec... quand le coupable effectif court toujours.

Inversement, chez les patients qui n'étaient pas améliorés par la chirurgie, l'incidence des **traumatismes de l'enfance** était de 75%.⁶⁵⁵ Plusieurs études ont montré les relations statistiques existant entre violences subies dans l'enfance et douleur chronique⁶⁵⁶. Une petite étude française prospective (portant sur 48 patients) a montré que le coût social de la douleur chronique chez les patients ayant subi des **sérvices sexuels** est fortement accru, et que pour ces patients une prise en charge en hospitalisation dans une **unité douleur** est significativement plus efficace à court terme⁶⁵⁷ qu'une prise en charge biomédicale habituelle. Dans une autre étude, américaine celle-ci, les patients qualifiés de **névrosés** (ce qui inclut l'hystérie) avaient plus de risques de se trouver en **détresse psychologique** du fait d'une problématique douloureuse chronique, et, en cas de traitement suivi d'échec ou de rechute, la relation entre **retentissement** fonctionnel et sévérité de la douleur d'une part, et détresse psychologique d'autre part était encore plus forte⁶⁵⁸

*

Depuis quelques années, émerge une catégorie diagnostique problématique - connue en fait sous ce nom depuis le XVIII^{ème} - qui donne toute son actualité à un questionnement sur

⁶⁵⁴ Valat J.-P., « Épidémiologie des lombalgies », *Revue française de rhumatologie*, n° 65, 1998, pp. 172-174.

⁶⁵⁵ Alcalay M., Duplan B., Roche J.-F., Debiais F. & Mallen G., « Facteurs psychologiques et lombalgies », *Revue française de rhumatologie*, n°65, 1998, pp. 68-79.

⁶⁵⁶ Schofferman J., Anderson D., Hines R., Smith G. & Keane G. : "Childhood Psychological Trauma and Chronic Refractory Low-back Pain", *Clin. J Pain*, 1993, Dec; 9(4), pp. 260-5.

⁶⁵⁷ Giniès P. et Bosviel J., « Étude prospective sur les violences physiques, sexuelles et psychosociales subies dans l'enfance chez les patients douloureux chroniques hospitalisés en centre de traitement de la douleur ». Poster présenté au 4^o congrès annuel de la SFETD, Montpellier 2004.

⁶⁵⁸ Ben Debba M., Torgerson W.S. & Long D.M., « Personality Traits, Pain Duration and Severity, Functional Impairment and Psychological Distress in Patients with Persistent Low-back Pain », *Pain*, n° 72, 1997, pp.115-125.

l'hystérie en médecine de la douleur : la fibromyalgie, ou SPID⁶⁵⁹, dont les critères diagnostiques majeurs (il en faut 4, ou 3 plus 3 mineurs) sont les suivants⁶⁶⁰ : « syndrome douloureux diffus sans diagnostic précis depuis plus de trois ans, consultation sans conclusion précise de cinq médecins au moins, fatigabilité musculaire à un critère, score douloureux à au moins 50. »⁶⁶¹ Les critères mineurs sont l'inefficacité des traitements antalgiques, l'association à des céphalées de tension, une colite spasmodique ou des troubles du sommeil ; la présence de signes radiologiques ou biologiques « significatifs d'une affection précise locale ou générale » est un critère d'exclusion.

À la suite de cette description, il est bien précisé que « reconnaître et pouvoir nommer cette affection nous semble profitable pour les malades, car cela nous permet de les prendre au sérieux, de leur fournir un diagnostic qui ne soit pas celui de maladie imaginaire, et de les rassurer sur le pronostic fonctionnel. » Intention louable certes, mais difficile à mettre en œuvre. En effet, on imagine la perplexité de l'étudiant en médecine : il est important que ce patient, qui se définit avant tout par des douleurs et autres symptômes non objectivables (la fibromyalgie est un syndrome, et non une maladie) fasse partie d'une catégorie objective, afin que nous puissions être respectueux de sa souffrance même si on ne la comprend pas, qu'on ne se sente pas trop en échec (on peut faire un diagnostic, on peut rassurer), et surtout qu'on ne lui dise pas que son « imaginaire » y est pour quelque chose.

« Si euh... comment dire, on est... on refusait de travailler avec le concept de fibromyalgie, je ne suis pas sûr qu'on pourrait continuer à s'occuper de douleur dans les années qui viennent, euh... en France en tout cas. [...] bon, pour autant, la fibromyalgie n'est pas une entité euh... très bien définie médicalement, [...] ce qui explique la réticence de beaucoup de médecins. »

(Entretien avec Y)

⁶⁵⁹ Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus.

⁶⁶⁰ Sérès C., « Le SPID existe-t-il ? », in Queneau P. et Osterman G. (dir.), *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris 1994, chapitre 36.

⁶⁶¹ Ces choses là évoluent aussi... aujourd'hui on diagnostique la fibromyalgie sur le déclenchement de la douleur à la pression de 11 points sur une liste de 18 ; ces points sont dits de Yunus et sont précisément cartographiés, même si pour nombre d'entre eux il est bien difficile de faire la différence avec des troubles musculo squelettiques locaux (tendinites, arthrose...).

Ces patients posent problème à la médecine : politisés⁶⁶², organisés en groupes de pression, revendicatifs, ils sont perçus, dans le cadre du colloque singulier, comme ayant un *discours plaqué*, non authentique. Ils se rebiffent volontiers à la moindre évocation de participation psychologique, perçue comme un rejet de la réalité de leur souffrance. Ils ne donnent pas la moindre prise aux efforts d'objectivation diagnostique : leur plainte est entièrement dépourvue de tout **substratum lésionnel**, contrairement à de nombreux douloureux chroniques qui ont une lésion initiale, même si elle n'a plus grand-chose à voir avec la symptomatologie actuelle. Il est fort difficile en leur présence, pour toutes ces raisons, de se départir de soupçons de simulation ou d'hypothèses diagnostiques empruntées aux catégories psychiatriques, où l'hystérie figure en bonne place - en coulisses toujours.

Une récente thèse de psychiatrie⁶⁶³ s'est intéressée à l'approche psychiatrique de la fibromyalgie. On y lit que « peu d'équipes françaises se sont intéressées à cette affection si ce n'est pour mettre en doute son existence », et que « si l'hystérie de conversion semble constituer le modèle dominant de l'étiopathogénie de la fibromyalgie, nous devons remarquer que son diagnostic est le plus souvent posé par des rhumatologues, et ne relève par conséquent d'aucune considération quant à la structure de personnalité du patient, ni même quant à ses modalités relationnelles vis-à-vis des symptômes ou du médecin ».

On peut y lire également : 85 % des patients concernés sont des femmes. Leur âge moyen est de 50 ans, avec une recrudescence en période préménopausique et une quasi-inexistence au-delà de 60 ans ; la grossesse et les œstroprogestatifs amélioreraient les symptômes. Ces patients représentent 13% des consultants, toutes spécialités confondues, et jusqu'à 20% en rhumatologie. Au CETD de Nantes, ils représentaient 10% des consultations en 1998, et près de 30% actuellement (2001)⁶⁶⁴. Le motif de consultation constant est la douleur. Les critères retenus pour le diagnostic ne sont pas univoques. Le psychiatre observe que les « **troubles somatoformes** », et parmi eux le « **trouble algie** » du DSM IV sont les plus à même de classer la **fibromyalgie** du point de vue psychiatrique, mais au terme de son analyse il conclut à l'inutilité de procéder à une classification, qui par définition ne laisse aucune place à

⁶⁶² En ce qu'ils se situent dans une dialectique de pouvoir : ils militent, revendiquent du pouvoir, remettent en cause le pouvoir médical...

⁶⁶³ Morice W., *Approche psychiatrique d'un syndrome douloureux chronique: la fibromyalgie*, thèse pour le D.E. de Dr. en médecine, qualification en psychiatrie, soutenue le 05/04/2002, Président. Mr le Pr. G.Besançon, directeur Mr le Dr B. Robin.

⁶⁶⁴ Statistiques internes au CETD ; le nom du médecin auteur est tu pour préserver l'anonymat des patients.

l'intersubjectivité de la relation médecin-patient, qui est au cœur d'une telle problématique, et que cette classification n'étant donc pas opérante en pratique, il n'y a pas lieu de la faire. Le traitement recommandé est la thérapie solutionniste, dont l'hypnose ericksonnienne est un outil possible.

La plupart des somaticiens restent donc, une fois de plus, divisés et confus, à tenter de classer, de codifier, une plainte douloureuse mystérieuse et résistant à toute tentative d'objectivation chez une femme qui semble prendre un malin plaisir à les piéger et à les mettre en échec... et qui ne veut pas, le plus souvent, que ce soit « *psychologique* », l'équivalence du terme étant pour elle acquise avec « *imaginaire* », ou encore « *dans la tête* ». Si l'on peut comprendre la réticence de l'auteur, clinicien, à faire le rapprochement avec l'hystérie, les points communs entre les deux situations cliniques sont là, à l'exception notable de la quête de « reconnaissance de sa maladie », qui est l'apanage exclusif de la **fibromyalgie** (l'expression est entre guillemets car je l'emprunte aux associations de patientes)

Au CETD, le mot de **fibromyalgie** semble pour ainsi dire 'tabou' : j'entends par cela qu'un certain interdit y semble attaché. Par exemple, on décourage explicitement les patients de se reconnaître dans cette classification, considérée comme inopérante en pratique ; on n'en discute pas en coulisses comme on discuterait d'un diagnostic ayant toute légitimité, mais comme d'un élément de la parole du patient, de sa présentation, de son histoire, de sa relation avec son médecin traitant : c'est un diagnostic que l'on ne valide qu'en relation avec la subjectivité du patient et l'intersubjectivité de la relation médecin-patient. Si l'on évoque, en coulisses, avec prudence, un diagnostic en relation avec ces patients, c'est plutôt celui de « *nouvelle forme de l'hystérie* ».

Sur le terrain, l'hystérie, protéiforme, difficile, reste donc présente à travers, entre autres, la fibromyalgie, avec les questions qu'elle soulève, à la croisée de la connaissance scientifique et des croyances, à la croisée de la psychologie, de la médecine et de la science sociale. Ces questions sont en prise directe avec la problématique anthropologique de la définition du corps « comme nature » par la biomédecine dans une perspective dualiste âme/corps, ou psyché/soma, deux dualismes dont tente, à coups de pragmatisme, de s'extraire la médecine de la douleur.

La question de l'hystérie se trouve ainsi cristalliser les tensions de cet espace numineux, à l'interface du matériel et de l'immatériel, et d'une certaine manière de la médecine et de la religion, où se joue l'expérience de la douleur. Les femmes, plus souvent que les hommes,

sollicitent la médecine pour qu'elle s'exprime sur ce qu'elle fait de cette interface. C'est ainsi que l'hystérique se tient à l'épicentre des questions que la médecine de la douleur adresse, par son existence même, à la médecine et à la société concernant le sens de nos pratiques médicales, questions auxquelles cependant elle s'acharne à ne fournir que des réponses pragmatiques, renvoyant les questions épistémologiques et les conflits de primauté ontologique hors de sa sphère de compétence.

« S : Qu'est-ce que le corps ? L'opposé de l'esprit ? L'opposé de la psyché ?

Z : Le corps est un moyen. »

Entretien avec Z⁶⁶⁵

b. Les 'petits' problèmes : revue de la littérature en médecine de la douleur

La psychologie dite **scientifique** (psychologie sociale, cognitive et comportementale) s'appuie sur la méthode expérimentale pour dégager des liens entre divers **prédicteurs**, **médiateurs**, **facteurs de risques**, **cognitions**, ou encore **comportements**, et douleur chronique. Les études concernant des **facteurs de vulnérabilité** (type de mécanismes de défense prévalents, modalités de **coping** prévalentes, abus sexuels dans l'enfance, maltraitance, négligence, expériences de la douleur dans l'enfance, croyances personnelles et modèles sociaux concernant la douleur) et des facteurs dits **précipitants** sont toutes rétrospectives et ne permettent donc que d'établir des suppositions. Pour avoir la preuve d'un lien de causalité, il faudrait des études prospectives, ce qui n'est évidemment pas possible.

D'autres études cherchent à établir des liens causaux entre catégories psychiatriques et douleur chronique. Elles donnent des résultats mitigés :

Du point de vue du psychiatre, la discordance des résultats des études conduites pose problème : la fréquence de la **dépression majeure** associée varie de 15 à 55% ; des troubles anxieux, de 7 à 63% ; de la dépendance à une **substance psychoactive**, dont

⁶⁶⁵ Chirurgien en médecine de la douleur

l'alcool, de 15 à 23%. La prévalence des troubles dits **somatoformes** de 0,3 à 97% ! Cette discordance est attribuée à des biais d'échantillonnage et à l'utilisation de critères différents selon les études.

Les symptômes dépressifs sont néanmoins les plus fréquemment retrouvés, un consensus les établissant à un tiers des consultants douloureux chroniques. Les tentatives d'éclaircissement des liens existant entre dépression et douleur chronique ne trouvent pas de réponse en termes de lien de causalité : « Il existe une association entre douleur chronique et dépression qui ne peut être réduite à un lien de causalité linéaire ni à un facteur étiologique commun. Les médiateurs de cette association sont de nature sociale, affective et biologique, mais il reste encore mal compris. »⁶⁶⁶

*

J.-C. Fondras, philosophe, évoque dans son article paru dans *Douleur* traitant de « la douleur, entre sujet et objet »⁶⁶⁷, la grande ambivalence de la médecine de la douleur par rapport à la causalité psychique : en effet, tout en professant la réalité de la douleur physique y compris en l'absence de lésion, le terme de **douleur psychogène**⁶⁶⁸, largement utilisé dans les enseignements à tous les niveaux, et dans les communications entre professionnels, évoque bien la genèse psychique du phénomène.

Ce qui est en jeu, pour J.-C. Fondras, c'est la difficulté de la prise en compte de la subjectivité dans une démarche de connaissance qui s'appuie sur l'objectivation, et la tendance à y apporter des réponses réductionnistes (« *c'est dans la tête* », c'est-à-dire 'ça n'existe pas') ou au contraire ontologiques, totalisantes, voir spiritualistes. Ce qu'il met en lumière, c'est ainsi le discours sur l'âme qui sous-tend la parole médicale et qui tend soit à la nier, soit, à n'y voir qu'une modalité d'expérience du corps. JC Fondras évoque aussi la tendance à nier toute réalité au discours natif, aux croyances profanes. Le discours médical sur la conscience humaine tend à considérer cette dernière, soit comme inexistante, soit comme la résultante de

⁶⁶⁶ Toutes citations et chiffres ci-dessus : Radat F., « La comorbidité psychiatrique chez le douloureux chronique », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 45-47.

⁶⁶⁷ Fondras J.-C., « La douleur, entre objet et sujet », *op.cit.*

⁶⁶⁸ Pour rappel: la classification a récemment changé, faisant disparaître ce terme. Reste à voir quel terme les cliniciens privilégieront au quotidien. Ce changement, aux termes de longs et houleux débats, témoigne, s'il en était besoin, d'une certaine conscience du problème. Il est trop tôt pour dire s'il témoigne d'une solution trouvée.

phénomènes physiques (qui peuvent certes la décrire mais ne disent rien de l'expérience), soit comme une entité mystérieuse sans efficacité.

Point de salut, donc, du côté des « causes psychiques », qui renvoient sans cesse le soignant et le patient au dualisme dans lequel le « mythe des deux douleurs » a trouvé à se nourrir, qui a tant desservi les patients, et qui n'est, à l'instar de ses avatars, l'un ou l'autre modèle du fonctionnement psychique, qu'une construction culturelle où les représentations et l'imagination tiennent une large part.

Ce point de vue est largement répandu au sein même de la médecine de la douleur : pour tiraillée qu'elle soit entre les tentations explicatives et la prise en compte du vécu, elle conclut bien souvent au bénéfice de l'inconnu, ou de l'absence de cause, qui est aussi le bénéfice du patient, puisque cet inconnu ne vient pas contrarier l'efficacité thérapeutique, et qu'il semble même au contraire garant du respect du patient. En voici quelques exemples :

F. Radat, (du CHU de Bordeaux, unité de traitement des douloureux chroniques), dans son article sur les co-morbidités psychiatriques chez le douloureux chronique, met en avant le contraste entre la fréquente incompatibilité théorique des approches dites « dimensionnelles » de la psychologie, et des approches médicales, plutôt « catégorielles », axées sur les aspects biologiques et sur l'établissement d'une nosologie, et leur compatibilité pratique dans une approche multidisciplinaire centrée sur le soulagement du patient, qui doit s'accommoder, dans son intérêt, de l'absence de causalité explicative recouvrant la totalité du phénomène.

M. Derzelle et C. Pozzo di Borgo, de la consultation de la douleur de l'hôpital J. Godinot de Reims, précisent que « si les symptômes ou douleurs corporelles somatiques peuvent être utilisés par la quasi-totalité des entités de la nosologie psychiatrique, c'est le plus souvent dans le cadre des troubles névrotiques que viendra s'insérer la douleur chronique ». S'il y a un diagnostic psychiatrique à associer à la douleur chronique, « il s'agira le plus souvent d'hystérie, d'hypocondrie et de fonctionnement psychosomatique ». Ce à quoi ils ajoutent : « Cette hétérogénéité montre bien qu'il est en réalité plus utile de raisonner en termes d'articulation qu'en termes de causalité directe et univoque. En effet, l'expérience clinique met bien en évidence

qu'au bout d'un certain temps d'évolution il se révèle toujours très délicat sinon impossible de discerner ce qui, dans la genèse, revient à des éléments purement somatiques et ce qui doit être imputé à des éléments de structure. »

J.-P. Miallet, psychiatre attaché au service de rhumatologie de l'hôpital Cochin, dans sa communication : « Du mal de dos au mal de vivre : aspects psychoaffectifs des rachialgies » présentée à la SOFRED en 1999, se fait ainsi l'avocat de ce que l'on pourrait appeler un 'lâcher-prise' par rapport à la tentation de toujours chercher à objectiver le sujet, « dont on cherche à neutraliser les variations individuelles par des études de groupe (...) au prix d'une grande perte d'information. Les recherches objectives tentent de ramener le sujet à quelques grandes lois générales ; elles se posent de grandes questions générales : des questions sur le profil de personnalité des patients douloureux, ou sur la fréquence de troubles psychiatriques caractérisés accompagnant la douleur, ou sur les relations entre troubles émotionnels et douleurs chroniques. Elles utilisent souvent des outils grossiers, et mélangent des populations hétérogènes de douloureux chroniques (...) certaines des questions posées paraissent byzantines, et les efforts déployés pour y répondre, sans proportion avec la simplicité des conclusions (...) les exigences de la science pourraient bien écraser (la dignité du sujet) si elles venaient à régner en maître dans les représentations mentales des médecins de la douleur. »

*

Un enseignement sur les « aspect psychosociaux de la douleur » se doit d'aborder le sujet des catégories, ne serait-ce que pour inciter les étudiants à la vigilance qui est de mise dans leur utilisation, d'une part, et pour éclaircir un peu ce que cachent certains termes, d'autre part. D'une manière générale, il importe qu'il contribue à ce *langage commun* et à cette culture commune qui fait que l'on sait à peu près tous de quoi on parle, y compris quand on ne sait pas très bien...de quoi on parle. En voici un exemple tiré des cours que je donne :

« Dépression masquée »... C'est un cadre flou, pas universellement reconnu... le terme sous-entend un piège à débusquer, l'obligation pour le soignant de 'lever un masque' pour 'voir' ou 'dévoiler' ce qui serait la 'cause première' de la souffrance, ce qui n'est pas forcément opérationnel dans la relation... Cela recouvre néanmoins une certaine réalité clinique, c'est-à-dire la présence avec la douleur d'une humeur dépressive manifestée par le comportement (irritabilité, repli, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil et de l'appétit, perte de plaisir dans les activités antérieurement plaisantes, diminution des investissements affectifs : familiaux, amicaux, sociaux) mais non verbalisée sous forme d'affect (pas de « je suis triste », pas de « c'est difficile », ou de « je ressens » ceci ou cela ...) ; les symptômes physiques sont mis en avant comme seule souffrance (cf les évaluations où tout le retentissement fonctionnel est à 9/10 et le retentissement sur l'humeur à 2/10), et ont une place dans la vie relationnelle du patient qui se substitue à celle de la plainte affective (écouter l'entourage). Garder en tête qu'une dépression majeure est présente avec la douleur chronique dans 15 à 55% des cas ; qu'il ne sert à rien d'utiliser des mots qui fâchent et de 'dévoiler' la dépression ; accepter de parler de ce qui gêne le patient (fatigue, diminution des activités), en l'accompagnant du physique vers le fonctionnel puis vers l'affectif, progressivement et à son rythme (intérêt des bilans algofonctionnels standardisés, des questionnaires douleur tels St Antoine). Le corps sert alors de médiation à une relation psychothérapeutique. La psychothérapie et le traitement anti-dépresseur sont utiles s'ils sont pris dans le contexte d'une alliance thérapeutique de qualité, et mis au service des objectifs du patient. (...)

Certains cadres nosographiques psychiatriques, quand ils sont descriptifs et non explicatifs, gagnent à être connus, quelle que soit leur relativité culturelle et par pure pragmatisme, afin d'éviter des impasses : il s'agit d'une part de reconnaître des grands traits de 'fonctionnement' par

rapport à l'autre et à son corps, qui sont à prendre en compte dans le soin, en particulier dans l'établissement de l'alliance thérapeutique et d'autre part de savoir reconnaître une co-morbidité psychiatrique.

Ainsi, un hypocondriaque sera d'autant plus angoissé qu'on multipliera les examens complémentaires, et s'acharner à faire 'lâcher' à un paranoïaque 'son' contentieux en cours risque fort de nuire à l'alliance thérapeutique. De même, la dépression qui est fréquente et sévère chez le douloureux chronique, doit être reconnue et prise en compte ; itou de l'angoisse, ou de l'alcoolisme. »

(La suite a trait à l'hystérie. J'y rapporte des éléments déjà évoqués plus haut)

*

Il y a donc bien des textes écrits qui évoquent, en médecine de la douleur, l'hystérie. De quelle hystérie parlent-ils, cependant ? Chaque étude va, pour peu qu'elle se pose la question, définir en avant-propos le sens qu'elle donne à ce terme, la référence qu'elle utilise. Mais ces références varient. Par définition, puisque les études expérimentales ont recours à la pensée « catégorielle », elles ont recours à des définitions psychiatriques. Mais lesquelles ? Celles de 1850 ? Celles de 1960 ? Ou celles de 1980 ? En outre, les définitions « catégorielles » de la psychiatrie ne rendent que partiellement compte des travaux psychanalytiques, empiriques et « dimensionnels », en partie pour les mêmes raisons qui font que les travaux de Galien ne rendent que partiellement compte de ceux d'Hippocrate (même si Galien considère son illustre prédécesseur à l'égal d'un dieu). Les diagnostics psychiatriques, parmi lesquels l'hystérie, sont plus particulièrement concernés par ce problème qu'est l'écriture médicale. La médecine de la douleur aborde ce problème du point de vue pragmatique de la clinique, et produit de nouvelles catégories, empruntées pour beaucoup à la langue américaine - encore une traduction. Selon Gaines et Farmer⁶⁶⁹, qui ont étudié ce phénomène s'agissant de l'application de la catégorie américaine **dépression** du **DSM**, ce qui se perd dans ce processus de traduction, quand on transpose le **DSM** au monde méditerranéen, c'est la

⁶⁶⁹ Gaines A.D. & Farmer P., "Visible saints: social cynosures and dysphoria in the Mediterranean tradition", *op.cit.*

lisibilité de la fonction sociale de la plainte dans un monde fortement influencé par les trois grandes religions du livre. Dans ce monde, celui, et surtout celle, qui subit de nombreuses souffrances, bénéficie d'une aura de sainteté qui participe du sens qu'elle et son entourage donnent à ses souffrances, ce dont elle peut aussi tirer un bénéfice dont ne rendent pas compte les classifications psychiatriques.

L'adoption inconditionnelle des catégories américaines va ainsi dans le même sens que certaines pratiques en médecine de la douleur : c'est une manière de faire littéralement disparaître, dans ce qui est perçu comme l'intérêt de la patiente, les bénéfices sociaux afférents à la condition de victime. Mais elle est aussi ambivalente, et vient en outre en contredire d'autres : la dépolitisation engendrée par tout effort de psychologisation tend en revanche à placer le patient dans une position de victime.

Il y a là des tendances conflictuelles, qui s'inscrivent dans un contexte social plus large. Celui-ci a trait aux normes sociales et culturelles de la gestion de la violence subie par l'individu.

D'un côté, par exemple, la multiplication des consultations de victimologie rend compte d'une volonté d'entendre les conséquences psychiques du traumatisme subi. De l'autre, la psychologie tend à rendre la victime responsable de l'issue de sa souffrance, et le cas échéant à ce qu'elle se sente coupable de ne pas s'en sortir.

On pourrait débattre également de la multiplication des expertises psychologiques des accusés dans le monde judiciaire, qui tendent à transformer les accusés en victime à leur tour... ou encore des multiples polémiques s'agissant de la 'place' des malades psychiatriques qui se sont rendus coupables de délits : en prison ou à l'hôpital ? Les jeunes infirmières qui travaillent la nuit en hôpital psychiatrique, seules ou à deux, et que 6 policiers armés laissent en compagnie d'un criminel avéré gardé à vue, agité, devenu malade par la vertu d'un avis médical, parce que ses crimes ont été attribués à une cause psychiatrique, auraient sûrement leur mot à dire au sujet du malaise de la police et du système légal face à la causalité psychique et aux réponses magiques attendues de la psychiatrie.

Je ne fais allusion à ces diverses questions que superficiellement, dans l'intention de montrer combien notre société est en difficulté s'agissant de déterminer qui est la victime, qui est le coupable de la violence, et de savoir que faire de la confusion introduite par la causalité psychique dans ce débat.

Il y a un interface entre médecine et système légal, qui passe par les catégories psychiatriques, l'expertise psychiatrique. Cela va concerner les douloureux chroniques en général, et

l'attribution d'un diagnostic psychiatrique à ces patients, en particulier ; parmi les diagnostics psychiatriques 'structurels', l'hystérie est de loin le plus fréquemment 'suspecté'. Mais cet interface sur lequel se situe cette catégorie est un sujet qui est actuellement brûlant, très polémique, et qu'il convient de situer dans le contexte culturel français des institutions ayant fonction d'ordre au sens anthropologique, en particulier le système légal, la religion et la médecine. Il faudrait aussi à ce sujet discuter de la valeur 'courage'.

La situation française n'est, de ce point de vue, pas superposable à la situation américaine.

La médecine de la douleur doit faire passer ses patients, si elle veut respecter leur dignité face au mal, à la maladie ou au malheur, par une bien petite porte : un de ses montants serait constitué par la cause sociale ; l'autre, par la cause psychique ; la poutre transversale, par la réponse sociale. La largeur de la porte se réduit à mesure que se tendent les dynamiques sociales conflictuelles ayant trait aux organisations de la violence, au sort des victimes, au sort des coupables.

L'empathie, le retour à la demande, et la réalité de ses moyens, sont ses seuls guides face à ce défi. On peut trouver que c'est bien peu. Mais ce sont des guides plus fidèles que toutes les tentatives de la pensée catégorielle, mue par l'obsession de la preuve, qui s'adosse à l'obsession du voir. Il y a peu, j'entendais à la radio qu'une chercheuse américaine faisait sensation, parce qu'elle avait pu prouver que les zones cérébrales liées à la douleur chronique et celles liées à l'humiliation sociale étaient en partie les mêmes. Quand j'entend ce type de nouvelles, je me demande toujours si je dois me réjouir, pour les patients, que cette preuve inaugure pour eux une ère de reconnaissance médicale et sociale sur ce point précis, ou me désoler que tant de points également évidents en clinique soient promis à rester dans l'ombre, du simple fait que l'on ne les a pas prouvés par la vue. Et - je m'adresse à mes collègues - que risque-t-on à croire les patients ? Et surtout : les patientes ?

*

Toutes ces lignes de tension entre pensée catégorielle et pensée dimensionnelle, entre vue et toucher, entre médecine et psychiatrie, entre victime et coupable, entre sens et non-sens de la douleur, entre âme et corps, entre vérité et mensonge, entre ordre et désordre... se croisent en différents points. Mais un seul point les voit s'y croiser tous, en même temps : le problème de l'hystérie. Catégorie médicale, elle est aussi psychiatrique, et cette dualité renvoie aux rapports de l'âme et du corps, chez la femme ; catégorie psychiatrique, elle renvoie à la

violence sociale, en particulier celle subie par les femmes, et à sa relative invisibilité ; catégorie de femmes victimes, elle renvoie aussi à la religion - la sainteté. L'hystérie, problème du médecin, résume un ensemble de dynamiques sociales conflictuelles ayant trait à la gestion sociale et aux organisations culturelles de la violence, et tout particulièrement quand ces dernières s'adressent aux femmes.

*

La médecine de la douleur a aussi publié des études sur ce 'petit problème' qu'est le genre. Et pour cause : comme le dit D.B. Morris, « il est en outre indubitable que la majorité des patients présentant des douleurs chroniques sont des femmes ».⁶⁷⁰

Dans le domaine des études épidémiologiques utilisant les **prédicteurs** et **médiateurs** de la psychologie **scientifique** pour évaluer les relations statistiques entre genre, douleur et efficacité du traitement, les travaux, très peu nombreux, se sont surtout développés depuis 2000. En 2003, 2004 et 2005, 4 articles y sont consacrés dans *Pain* ; un numéro spécial du *European Journal of Pain*⁶⁷¹ traite en 2004 quasi-exclusivement de cette question, mais un seul des articles ouvre réellement sur une analyse en termes psychosociaux. Lors du congrès mondial de l'IASP, qui s'est tenu à Vancouver en 2004, 7 abstracts sur plus de 900 rendent compte de ce type de travaux.

L'un de ces travaux, publié dans *Pain*⁶⁷² en 2005, offre à la fois une revue de la littérature et une évaluation qui nous intéresse particulièrement, puisqu'il y est question de l'efficacité d'une prise en charge pluridisciplinaire du type de celle mise en œuvre sur mon terrain, et de la variation de son efficacité corrélée au genre.

Il y est mis en évidence que l'efficacité de ce traitement varie selon le genre, pour ce qui concerne : l'auto-évaluation (échelle numérique) de la douleur « **au moment présent** » (par opposition par exemple à la douleur habituelle depuis 8 jours), le désarroi (« **distress** ») occasionné par la douleur - également **auto-évalué** sur des échelles validées -, et la

⁶⁷⁰ Morris D.B., *The Culture of pain*, op.cit.

⁶⁷¹ *European journal of pain*, vol. 8, n° 5, octobre 2004.

⁶⁷² Keogh E., McCracken L., Eccleston C., "Do Men and Women Differ in their Response to Interdisciplinary Pain Management?", *Pain*, n° 114, 2005, pp. 37-46. L'article intégral, avec sa bibliographie, est inclus en annexe 3.

tendance à dramatiser ou envisager le pire (« **catastrophising** ») pour un critère, celui de la sensation d'impuissance et d'isolement (« **helplessness** »).

Les critères « **helplessness** » et « **distress** », plus fréquents chez les femmes, sont les médiateurs qui font, d'un genre à l'autre, varier les résultats.

Ceci confirme les études précédentes, ainsi que deux autres études publiées la même année et répertoriées dans les abstracts de l'IASP 2004, qui tendaient à prouver que c'est l'émotion qui est le **médiateur** de la différence des genres en termes de douleur rapportée :

Pour certains il s'agit de l'**émotivité** (« **emotionality** »), pour d'autres de la tendance à chercher des solutions aux problèmes en se focalisant sur les **émotions**, pour d'autres encore celle qui consiste à interpréter, plus que les hommes, leur douleur à la lumière de leurs **souvenirs d'expériences douloureuses antérieures**⁶⁷³. Une étude concernant l'utilité d'un traitement orienté spécifiquement vers l'**amélioration de la satisfaction sexuelle** conclut à son bénéfice pour les patientes femmes (je note cependant qu'il n'y avait pas de groupe contrôle masculin ; on ne trouve que ce que l'on cherche.)⁶⁷⁴.

Les auteurs concluent néanmoins que, dans la mesure où le genre a toujours été étudié en tant que **variable indépendante** et non en tant que **prédicteur**, on ne peut pas établir de lien de causalité.

Ils proposent des causes possibles à ces différences qui seraient de trois ordres : biologiques, psychologiques et sociaux. Ils commentent alors leurs propres résultats et les études existantes en déplorant le fait qu'il existe « **little guidance on how to achieve** » (que je traduirais par : « peu d'indications concernant les moyens d'obtenir ») une meilleure efficacité du traitement par une prise en compte de ces critères, et que la pertinence de ces résultats sur le long terme n'est pas certaine.

Dans leur revue de la littérature, ainsi que dans d'autres études que j'ai pu lire, la variabilité des résultats est indéniable (concernant par exemple l'efficacité des traitements médicamenteux, des **prises en charge pluridisciplinaires**, les stratégies de « **coping** » spontanées), et elles tendent à se contredire l'une l'autre, si bien que le sentiment général qu'il y a une différence liée au genre, confirmée par la prédominance féminine de la patientèle des **centres de traitement de la douleur**, et par les études concernant la différence liée au

⁶⁷³ Logan H., Gedney D., « Sex Differences in Forehead Cold Pressor Pain Test-retest Stability », *Abstract, IASP*, octobre 2004.

⁶⁷⁴ Breton A., Miller C., Fisher K., « Treatment Helpfulness of a Group for Women with Chronic Pain and Sexual Difficulties: a qualitative analysis. », *Abstracts IASP*, octobre 2004.

genre en termes de perception de la douleur (chez les femmes, la douleur rapportée est plus intense, concerne plus de parties du corps, la plainte est plus fréquente et plus durable, le seuil de la douleur est plus bas...⁶⁷⁵), peinent à déboucher sur des liens de causalité et donc sur des applications pratiques validées par la science expérimentale.

A la lecture de ces articles, la difficulté à rendre compte de la multiplicité des critères susceptibles de créer des biais (n'oublions pas que nous parlons d'une perception, complexe par essence), ou d'être en eux-mêmes des variables à prendre en compte, semble évidente, sauf à simplifier la situation à un point qui confine au non-sens pour ce qui est de la possibilité d'en tirer des applications pratiques. Ainsi, on peut citer une étude que l'on pourrait qualifier de complémentaire à celle rapportée plus haut, et qui étudie les variations de la douleur rapportée, en fonction du genre et du statut professionnel de la personne qui conduit l'expérimentation ; ou une autre, qui se penche sur la **congruence** des époux (dont l'un ou l'une est le ou la patiente) dans l'évaluation de la douleur et du handicap conséquent du patient ou de la patiente. Peut-on réellement attendre de la méthode expérimentale qu'elle produise, d'une étude à l'autre, des résultats reproductibles sur des sujets aussi difficiles à délimiter, et impossibles à reproduire expérimentalement d'une manière qui rende compte de la complexité de ces perceptions au quotidien ?

En outre, la difficulté, en termes de langage, à traduire, avec l'exactitude de ce que les traducteurs appellent le 'dictionnaire vivant', des termes tels que « **catastrophysing** » ou « **helplessness** », me laisse perplexe quant à la possibilité d'en faire des critères internationalement valides.

*

On peut rapprocher de ces travaux d'autres qui ont trait à l'épidémiologie des lombalgies ; en effet, il est admis dans un rapport datant de 2000 qu'elles constituent « un bon traceur pour l'évaluation de la prise en charge de la douleur »⁶⁷⁶. La question du genre n'en constitue pas l'objet principal mais, nous allons le voir, un objet secondaire, de même que certains facteurs psychosociaux qui ont trait à la reconnaissance sociale, comme le niveau

⁶⁷⁵ Pour les références bibliographiques consulter la bibliographie de Keogh, Mc Cracken et Eccleston, *op.cit.*, en annexe 3.

⁶⁷⁶ Nizard J., Service médical rendu aux lombalgiques chroniques rebelles par un centre de traitement de la douleur, Mémoire de D.E.A. : Méthodes d'analyse des systèmes de Santé, Rennes 1, Lyon 1, 2000

d’instruction, de qualification, ou les procédures médico-légales en cours (reconnaissance au titre d’accident du travail).

Quelques chiffres généraux tout d’abord : selon ce même rapport, la majorité des **lombalgies communes** ne passent pas à la chronicité (moins de 10%), mais sur celles qui le deviennent repose l’essentiel du poids socioéconomique des **lombalgies** ; une étude canadienne a montré que 7,4% seulement des malades **lombalgiques** avaient un arrêt de travail supérieur à 6 mois, mais ils représentent à eux seuls 68% des journées perdues et 76% des coûts d’indemnisation⁶⁷⁷.

Les **lombalgies communes**, quant à elles, sont responsables de six millions de consultations médicales par an en France, c’est-à-dire qu’elles sont au deuxième rang des motifs de consultation (9%). Les études françaises révèlent que 70% des adultes souffrent ou ont souffert de leur dos. Le pic de fréquence en âge se situe vers 40 ans. La fréquence des lombalgies communes est en augmentation constante depuis quarante à cinquante ans ; une enquête du CREDES a montré que la fréquence des lombalgies avait triplé en France entre 1982 et 1992. Les causes de cette augmentation ne sont pas claires⁶⁷⁸. On n’explique pas bien non plus pourquoi la prévalence ponctuelle des **lombalgies** dans les populations rurales des pays en voie de développement (Nigeria, Indonésie, Philippines, Inde), où la pénibilité du travail est pourtant la règle, n’est que de 0% (Inde) à 18% (Nigeria), alors qu’elle est en moyenne de 30% en France. Dans les zones urbaines de ces mêmes pays elle varie de 23 à 43%, et de 30 à 68% chez les travailleurs en atelier⁶⁷⁹. Par comparaison, aux États-Unis, entre les années 1960 et 1980, l’invalidité **lombalgique** a augmenté quatorze fois plus vite que la population, et le coût de l’indemnisation correspondante a été multiplié par 27, alors que le coût de l’invalidité, toutes causes confondues, n’était multiplié que par 3,5⁶⁸⁰. Ce sont ces chiffres qui amènent D.B. Morris à parler d’« épidémie douloureuse ».

Concernant les populations à risque ensuite : de nombreuses études ont été menées pour reconnaître les facteurs de risque des **lombalgies**. Dans un article qui en fait une revue de

⁶⁷⁷ Rossignol M., Suissa S. & Abenhaim L., “Working Disability due to Occupational Back Pain: Three Year Follow-up of 2300 Compensated Workers in Quebec”, *Journal of Occupational Medicine*, 1998, n° 30, pp. 502-505.

⁶⁷⁸ Référence pour les chiffres français: Valat J.-P., « Épidémiologie des lombalgies », *op.cit.*

⁶⁷⁹ Volim E., “The Epidemiology of Low-back Pain in the Rest of the World”, *Spine*, 1997, pp. 1747-1754.

⁶⁸⁰ Cats Baril W. & Frymoyer J. W. , « Identifying Patients at Risk of Becoming Disabled because of Low-back Pain. The Vermont Rehabilitation Engineering Center Predictive Mode », *Spine*, 1991, vol. 16, pp. 605-607.

synthèse⁶⁸¹, il est montré que les facteurs liés à une lésion éventuelle, à l'existence d'éventuelles anomalies congénitales sous-jacentes, d'arthrose, ou la morphologie (obésité), sont peu ou pas significatifs. En revanche, le tabagisme, l'alcoolisme, l'existence d'antécédents familiaux de **lombalgies**, la pénibilité du travail (soulèvement, manutention, vibrations) et les facteurs psychosociaux (monotonie du travail, stress, bas niveau d'instruction et de qualification) sont significatifs, de même que l'existence de procédures médico-légales en cours ou la prise en charge au titre d'accidents du travail.

Les mêmes facteurs psychosociaux, professionnels et médico-légaux dominent pour ce qui est de leur valeur prédictive d'un passage à la chronicité. C'est le cas en particulier du degré d'instruction chez les femmes (risque relatif 6 à 35).⁶⁸²

Une autre étude, de psychologie sociale cette fois⁶⁸³, propose les chiffres suivants :

Les principaux facteurs de risques de **lombalgies chroniques** identifiés sont le sexe féminin, l'âge supérieur à 45 ans, un travail hebdomadaire supérieur à 39h par semaine et un bas niveau de formation professionnelle.

Les caractéristiques de la population présentant des lombalgies chroniques sont les suivantes :

- **age et sexe** : plutôt les femmes (Pope 1989), plutôt entre 36 et 55 ans (Valat et Al 1996)

Concernant la prédominance féminine, les auteurs ajoutent : « Mais cela pourrait être dû au fait que les femmes 'se plaignent' plus du dos que les hommes ».

⁶⁸¹ Alcalay M., Duplan B., Roche J.-F., Debiais F. & Mallen G., « Facteurs psychologiques et lombalgies », *op.cit.*

⁶⁸² Voici quelques observations supplémentaires qui illustrent la complexité de la rencontre entre le vécu douloureux et les catégories médicales:

On a récemment montré que l'annonce d'un diagnostic de hernie discale au patient lors d'une lombalgie aiguë multipliait par 5 son risque de chronicisation (Artois R., « Mal de dos : le traitement privilégie le maintien de l'activité », *Le Monde*, 14-15 avril 2002).

L'acceptation de la douleur par le patient est indépendante de l'intensité perçue de la douleur. En outre, indépendamment de l'intensité perçue de la douleur, l'acceptation de la douleur par le patient prédit une meilleure réadaptation fonctionnelle du patient, dans tous les aspects de sa vie (Mac Cracken L., "Learning to Live with Pain: Acceptance of Pain Predicts Adjustments in Persons with Chronic Pain", *Pain*, n° 74, 1998, pp. 21-27.)

Dans une autre étude, l'inconfort et la douleur (toutes maladies confondues cette fois-ci) ont un impact significatif sur la perception des aspects de la qualité de vie en lien avec la santé (déterminée par le WHOQOL - Annexe 2). La présence de la douleur modifiait la perception de cinq des six domaines répertoriés de la qualité de vie. Le seul domaine qui ne se trouvait pas affecté par la douleur étant celui de la spiritualité, de la religion et des croyances personnelles (Skevington S., "Investigating the Relationship between Pain, Discomfort, and Quality of life, using the WHOQOL", *Pain*, 76, 1998, pp. 395-406).

⁶⁸³ Kolek M., « Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes, *op.cit.*

- **activités professionnelles** : profession physique plutôt que sédentaire (mais la baisse de l'effort physique au travail ne s'accompagne pas d'une baisse de l'invalidité lombalgique, qui augmente), répétitivité des tâches « **mais surtout la sensation d'effectuer des gestes vides de sens, non reconnus ou non désirés** » (rapport du CES, OF du 06 :04 :2004), insatisfaction au travail.
- **environnement familial** : des caractéristiques communes : une certaine rigidité, des difficultés pour les membres de la famille à exprimer et à communiquer leurs sentiments et un échec à résoudre les conflits. (Weiser et Al 1992). Une incapacité à exprimer la colère, un soutien insuffisant des membres de la famille entre eux, peu de possibilités de développement personnel, un manque de définition claire du rôle de chacun, de l'hostilité latente et une faible affirmation de soi.
- **caractéristiques physiques**
Grande taille et surcharge pondérale, et troubles statiques (scoliose, lordose...) contre toute attente, exercent peu ou pas d'influence.

- **caractéristiques dispositionnelles**

* Style de vie (situation sociale précaire, tabac, alcool, drogue, divorce...)

*traits de personnalités pathogènes : on note très souvent que l'intensité des plaintes douloureuses est liée à une élévation de la triade névrotique constituée par les échelles de dépression, d'hystérie et d'hypocondrie.

*Lieu de contrôle : où croyons nous que se situe la cause de ce qui nous arrive : à l'intérieur où à l'extérieur de nous ? Les personnes souffrant de douleurs chroniques ont tendance à le percevoir à l'extérieur. Ceux qui ont un lieu de contrôle interne ont plus de chance de bénéficier du traitement.

A ces chiffres 'bruts' de la psychologie sociale, je répondrai en citant Michel Serres :

« Si je croyais en Dieu et si j'avais une définition à donner, je dirais: Dieu est infiniment faible. Parce qu'on est drogué d'histoire, on croit que les grandes transformations sont le fait des grands hommes; mais non, ce sont les faibles. Dans les ruptures des plaques profondes qui déterminent la vie de la Terre et les séismes, ce sont les endroits faibles qui cassent. La

fragilité, la faiblesse, c'est le lieu de la métamorphose et de la transformation. Lorsqu'on demandait à Auguste Comte quels sont les personnages d'avenir, il répondait: « l'art, la féminité et la misère ». Parce que l'argent est très puissant, ce sont les misérables qui feront l'avenir; parce que les hommes tiennent le haut du pavé, ce sont les femmes qui feront l'avenir; parce que les artistes sont les moins bien payés, ce sont les artistes qui feront l'avenir. Chaque fois que je fais une conférence dans une entreprise, je commence toujours par: "Messieurs les talibans". On me demande pourquoi. Je réponds: "que les femmes se lèvent". Elles sont trois sur quatre cents. S'il y a un militantisme que je revendique, c'est bien celui-là : l'égalité des femmes est loin d'être acquise. »⁶⁸⁴

2. Médecine de la douleur et psychanalyse : conflit qui fait problème, ou conflit qui est la solution ?

Les praticiens et théoriciens qui abordent la composante psychique de la douleur chronique du point de vue de la psychodynamique et de la psychanalyse s'intéressent le plus souvent à la fonction que la douleur vient occuper dans l'économie psychique et la vie relationnelle du patient. Ils incitent à tempérer l'enthousiasme médical ou chirurgical : tant que la douleur sera pour le patient une solution relationnelle, tant qu'il n'en aura pas d'autre par laquelle remplacer sa plainte douloureuse, il peut être inutile voire nuisible de mettre en place tout un arsenal thérapeutique.

Ce dont il est question ici, bien sûr, c'est du désir du patient, et de sa possibilité de trouver d'autre issue que la douleur et la plainte à une histoire trop fréquemment marquée par la carence affective, la violence subie, la perte.⁶⁸⁵

Les lacaniens parleraient de la « fonction du symptôme », qui vient faire office de langage, en lieu et place d'un fragment de discours manquant et qui porte sur la libido.

De ce point de vue, si la douleur dure c'est qu'elle occupe pour le patient une fonction d'étayage intrapsychique et relationnel qu'il n'a pas forcément la possibilité ou le désir de modifier. Parfois, les échecs médicaux récurrents, éventuellement conflictuels, viennent alimenter ce système défensif.

⁶⁸⁴ Michel Serres, interviewé sous forme d'abécédaire pour *Le Monde Magazine* du 6/11/2010: pour 'F' comme « faiblesse ».

⁶⁸⁵ Robin B., Nizard J., Houart C., Gélugne F., Bocher R., Lajat Y., « Place du psychiatre dans un centre de traitement de la douleur. Intégration de la lésion psychique douloureuse », *op.cit.*

Ce dont il est question aussi, c'est de freiner la toute puissance médicale, soit qu'elle veuille à tout prix porter le poids du monde sur ses épaules, contre la volonté du patient si nécessaire, soit qu'elle s'acharne contre toute évidence à poursuivre des procédures plus nuisibles que bénéfiques, ou les deux.

Si l'on est, en tant que médecin, dans une perspective non déterministe, dans l'espoir d'un **changement** toujours possible quel que soit le passé, on peut considérer qu'entretenir ces échecs médicaux, même limités en termes de conséquences physiques, dessert le patient qui conserve alors grâce à la médecine le 'choix' de ne pas changer. Une telle conduite médicale s'inscrirait alors dans le même renforcement positif que celui que peut donner l'entourage en autorisant que la plainte ait la fonction requise. C'est, largement, le point de vue adopté par la médecine de la douleur - et le CETD est de ce point de vue un exemple abouti de l'application de cet idéal de pratique - qui lutte contre la répétition des conduites d'échec, souvent au prix du refus des procédures.

Mais le patient a-t-il le 'choix' ? Une autre position, plus accompagnante, moins optimiste aussi, est d'accepter de recueillir la plainte du patient dont on accepte qu'il ne peut pas changer, tout en s'exprimant clairement sur son impuissance, et de lui laisser le choix de s'en satisfaire, ou non ; cette attitude-là est aussi possible au CETD. Compte tenu de ma patientèle, je l'ai adoptée plus d'une fois.

**a. Culture douleur : de la cause
psychique aux bases psychologiques de la
relation avec le patient douloureux
chronique**

JF Moulin et F. Boureau, dans leur article de l'EMC, où sont évoqués les **syndromes douloureux à composantes psychiques dominantes**, au premier rang desquels l'hystérie, donnent à imaginer, par leur description - avec beaucoup d'honnêteté quant à leur irritation suscitée et perceptible - et leur absence de prise en compte, dans les comportements décrits, de la part qui peut être induite par le monde médical lui-même, les difficultés relationnelles qu'un patient entrant dans une telle catégorie peut rencontrer en s'adressant à son médecin :

« Les syndromes organiques sont mis au premier plan par ces patients. Les troubles psychiques sont déniés, souvent avec une certaine hostilité. L'allusion à d'éventuels troubles psychiques est interprétée par le patient comme « douleurs imaginaires », voire « simulées ». L'examen somatique aura pu mettre en évidence une épine irritative qui sera sans cesse mise en avant par le patient comme un écran pour masquer la psychopathologie. Cette épine irritative est brandie comme un alibi pour justifier les consultations itératives. Il s'agira de décoder le langage du patient, en partant le plus souvent de ce qu'il présente, c'est-à-dire la plainte douloureuse, pour en déchiffrer le sens qu'elle prend dans la biographie du sujet et son rôle dans les relations interindividuelles. C'est la façon dont le patient parle de sa douleur et la manière dont il nous la présente qu'il nous faudra évaluer. Car la douleur joue un rôle de monnaie d'échange avec l'entourage. Elle peut devenir le mode relationnel signifiant une demande d'aide impossible à formuler autrement que par une souffrance du corps. Elle peut aussi fournir un moyen de contrôle de l'entourage pour compenser un manque de maîtrise confinant à la dépendance affective. Il s'agira alors d'évaluer les attitudes de l'entourage pour dépister d'éventuels comportements renforçateurs des comportements douloureux du patient. »⁶⁸⁶

Le 'problème', pour le médecin en particulier, mais aussi pour les autres soignants, c'est cette « composante psychique » plus ou moins dominante. Il y a d'autant plus 'problème', pour le médecin, qu'il y a « domination » de la « composante psychique ». C'est aussi un problème pour le patient, par la souffrance psychique elle-même, et par la difficulté de créer une relation de confiance avec le monde médical à partir du moment où cette « composante psychique domine. »

Le *travail* de la relation médecin-patient, ou soignant-patient, face à la douleur, infiltre tous les domaines définis comme relevant de la **culture douleur**. La nécessité de remplacer la suspicion réciproque par une confiance réciproque, et d'aboutir à une **alliance thérapeutique de qualité**, est le préalable à toute prise en charge. Par comparaison, je

⁶⁸⁶ Moulin J.-F. & Boureau F., « Douleur chronique et psychiatrie », *op.cit.*

n'ai pas souvenir d'avoir lu, en compulsant mes manuels quand j'étais étudiante, de chapitre concernant la 'relation avec le patient souffrant d'une **néphropathie tubulo-interstitielle chronique**', ou autre lésion d'organe. Quand les aspects de la relation médecin-patient sont abordés dans des spécialités d'organes, c'est toujours comme un outil d'appoint, et non comme un élément de l'efficacité thérapeutique directe, sauf peut-être en dermatologie, ou concernant spécifiquement la question de la **compliance** face à un traitement à prendre à vie (exemple des antiépileptiques).

La « **culture douleur** », *a contrario*, met en avant l'aménagement de la relation au patient comme fondement de toute approche thérapeutique. Aménagement d'ordre cognitif, affectif, et culturel (croyances, représentations, langage, imaginaire) ; aménagement qui fait l'objet d'une enseignement, didactique, et sous forme d'enseignement dirigé, ou de stages pratiques. Cet aménagement est le premier lieu pressenti de l'efficacité d'une **prise en charge** : c'est la possibilité ou l'impossibilité d'aménager, par la relation, les attentes et les **objectifs** du patient, afin que tous, patient, médecins, soignants, *travaillent* dans le même sens, qui va déterminer la « *maturation* » du patient, et sa « *motivation* ». C'est la capacité du patient à (et le désir de) « *changer de lunettes* », c'est-à-dire à changer son regard et son discours sur son passé, son présent et son avenir, et sur la douleur et ses conséquences attendues (soulagement médical, attention de l'entourage...) qui va être à maintes reprises encouragée, dans ces termes, par le médecin pendant l'hospitalisation.

*

L'institut UPSA a publié, et largement diffusé (entre autres grâce à une diffusion gratuite lors de congrès), un manuel de poche intitulé : « **Pratique du traitement de la douleur** »⁶⁸⁷. Il a été rédigé par 17 médecins et 19 infirmières et infirmiers. Les autorités médicales qui l'ont patronné ne laissent planer aucun doute quant à sa légitimité. Voici ce qu'il y est dit dans le chapitre « **bases psychologiques** » sur la relation avec le malade douloureux :

⁶⁸⁷ Boccard E. & Deymier V. (dir.), *Pratique du traitement de la douleur*, Institut Upsa de la Douleur, Paris, 2006.

« Tout soignant doit savoir élargir sa compréhension du malade à un ensemble de facteurs psychosociaux susceptibles d'amplifier ou d'entretenir une douleur quelle que soit son origine.

Dans certains cas, la collaboration avec le psychiatre ou le psychologue devient souhaitable. La difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade. Cette demande d'avis « psy », de même que l'évaluation psychologique du malade douloureux, ne doit pas être interprétée comme la preuve que l'on croit la douleur « imaginaire ». »

On voit bien que le problème survient quand il faut faire le « passage » du somatique au psychique, et que ce « passage » suppose, pour le soignant comme pour le patient, d'avoir mobilisé le rapport entre « psychologique », « imaginaire », 'irréel', 'simulé', ou même simplement « efficace ». Il faut aussi, on le voit, barrer la route à certaines interprétations.

Dans l'article déjà évoqué, publié en 1999 dans le rapport du congrès de la SOFRED, qui s'intitule : « De la consultation somatique à la consultation psychiatrique : le passage »⁶⁸⁸, il est précisé que leur sentiment est que l'acceptation de ce « passage » est facilitée par « la cohérence de l'équipe pluridisciplinaire » et de « l'unité de lieu ». Les auteurs du manuel UPSA font écho à ce sentiment en précisant :

« La capacité d'envoi vers le « psy » est un bon marqueur du fonctionnement en équipe (ou en réseau). Ils ajoutent que les patients « réticents » à la consultation psychologique ou psychiatrique sont souvent ceux qui ont « des problèmes psychologiques », et que cette réticence sera moindre s'il leur est expliqué que les outils du psychiatre exercent aussi un contrôle direct sur la douleur (antidépresseurs à propriété antalgique, hypnose...), si la consultation est présentée comme une « procédure systématique », et si elle est envisagée d'emblée dès la première consultation et non comme un recours en cas d'échec. La question de la séquence des interventions est donc importante, autant que celle de la narration qui lui donne du sens, et apprivoise dans une certaine mesure le patient.

⁶⁸⁸ Baldo E. & Pascal M., « De la consultation somatique à la consultation psychiatrique: le passage », SOFRED 1999.

Concernant la relation avec le patient, le manuel de l'institut UPSA dit qu'il est nécessaire d'établir un « climat de confiance », fait de temps et de « disponibilité », et de ne pas agir « dans l'urgence ». Ceci pour parer aux difficultés du premier contact chargé « d'agressivité » émanant du patient, et de « sentiments de frustration et de mise en échec qui se dégagent de son discours. » (Sentiments partagés ? Ce n'est pas clair dans le texte).

Il y est recommandé au soignant de « montrer (au patient) qu'il croit à sa douleur » et de faire preuve « d'empathie ». L'un des objectifs premiers des pratiques d'évaluation est de soutenir matériellement cette volonté de « montrer qu'on croit ». Il est précisé qu'ici « croire » n'est pas « accepter toutes les conceptions du patient », mais « faire partager un modèle de représentation du problème. »

Il s'agit donc bien de changer les représentations du patient, qui sont aussi celles du monde médical et de la société en général, représentations de la santé, de la maladie, du traitement. Nous avons vu qu'allant au-delà d'un changement de représentation, c'est d'un changement de mythologie qu'il s'agit.

L'intégration de la place du 'psy' dans ce modèle de représentation du problème, dans cette mythologie, fait partie des choses à faire partager, tout de suite, dans cette phase initiale du « passage », car ce modèle de représentation doit faire au psy une place qui ne relève pas de « l'imaginaire », c'est-à-dire, comme m'a expliqué une de mes patientes, du « *c'est dans la tête* », ce qui pour elle aurait voulu dire qu'elle était « *flemmarde* » et cherchait à se dérober à son travail. Pourtant c'est bien en terme aussi « d'imaginaire », puisqu'en termes de « représentation » et de « croyance », de mythologie, que vont se décliner les préalables qui fonderont une efficacité thérapeutique possible du soin. Il faut *travailler* l'imaginaire⁶⁸⁹ ; les professionnels de la médecine peuvent se le dire entre eux, et le font; mais ce terme est à utiliser avec précaution avec les patients, qui vont interpréter ce terme à la lumière de son utilisation dans la société au sens large surtout s'agissant de maladie... et de « malade imaginaire ». Il vaut mieux décrire, à partir du quotidien de la patiente, ce en quoi ce *travail* consiste, que le nommer en tant que concept.

⁶⁸⁹ Comme 'hystérie', comme 'corps', ce terme : 'imaginaire' pourrait être en police verdana (il figure dans les écrits) ou en police cursive (il voyage dans l'oralité), comme en police normale (il fait l'objet de nombreux écrits en sciences humaines, sur lesquels je m'appuie). Cette remarque étant faite, je le laisse dorénavant en police normale, sauf contexte particulier.

Ce même ouvrage aborde les difficultés socio-économiques accompagnant la douleur chronique. L'une d'entre elles est mise en évidence, qui a trait à l'ambivalence fréquente, déjà évoquée, des situations rencontrées dans ce registre : aider un patient à diminuer son symptôme et donc à faire taire sa plainte a pour effet de diminuer aussi sa rage de combattre, et donc, peut-être, ses chances d'obtenir les compensations/réparations financières éventuellement attendues (contentieux medico-légaux, primes d'assurance, pensions d'invalidité...) En même temps, la persistance de contentieux est un facteur de chronicisation de la douleur : aider le patient psychologiquement et le libérer des contentieux va donc dans le sens de son mieux être, mais pas de la justice sociale. Soutenir le patient dans ses démarches peut alors être à double tranchant, si l'on en reste à son rôle de médecin concentré sur le soulagement du symptôme. Bien souvent effectivement, le préjudice, la violence ou l'injustice subis sont en attente de reconnaissance et de réparation ; soulager la douleur et en même temps reconnaître ou faire reconnaître la violence subie sont deux plateaux d'une balance dont le point d'équilibre est constamment au *travail* dans la relation. Le problème, ici, que pose la « domination de la composante psychique » est celui de la crainte du « bénéfice secondaire ». C'est pourquoi les acteurs sociaux font partie de l'équipe pluridisciplinaire, en tant que représentants de la dimension médico-légale et financière de la reconnaissance sociale.

Il est par ailleurs précisé que le rôle du psychiatre va être de « replacer l'histoire de la plainte douloureuse dans la biographie du patient et d'établir des liens chronologiques avec des événements de vie ». Point de catégories, donc.

b. Le point de vue critique d'une psychologue d'inspiration analytique

Une psychologue, M. Santiago-Delafose, dont la référence semble être la psychanalyse freudienne, a rédigé pour une revue spécialisée de psychologie un article qui concerne la douleur en médecine aujourd'hui. C'est la psychologue du CETD qui a porté cet article à ma connaissance, c'est pourquoi je le cite en police verdana. Elle y adresse un ensemble de critiques à la médecine en général, et à la médecine de la douleur en particulier, qui me paraissent bien résumer les enjeux du conflit entre médecine et psychanalyse, conflit dans

lequel est exprimée la culture ‘qu’a’ la médecine de la douleur face à l’hystérie⁶⁹⁰. En outre, sur ce point précis, il est donné à voir que cette culture rejoint aussi la culture qu’elle ‘est’ : ses pratiques.

L’auteur débute par une analyse sociologique plus large : elle voit dans l’attention portée à la douleur dans les médias, qui relaient les innovations du monde médical et certains constats épidémiologiques, la propagation d’une « **idéologie anti-douloureuse** » remontant aux années 80. Elle l’interprète comme une vision « **positiviste et éradicatrice** », qui certes n’affecte pas tous les cliniciens mais constitue un phénomène de société suffisamment marquant pour qu’elle le juge susceptible d’avoir créé de toutes pièces des revendications de soin inexistantes jusqu’alors, selon le principe de l’offre et de la demande. Il est vrai qu’on a pu lire, je le rappelle, sur des affiches publicitaires de laboratoires pharmaceutiques commercialisant des **antalgiques** : « **Il est interdit de souffrir en 2004** », grossier amalgame non dénué d’intérêt mercantile entre douleur chronique et douleur aiguë, par écrasement de l’espace entre la nécessité de porter toute son attention à la prévention et au traitement des douleurs aiguës, et la nécessité du ‘lâcher-prise’ paradoxal du médecin face à la douleur chronique. Il est vrai aussi que cette affiche a fait bondir le praticien responsable du centre qui l’a immédiatement décrochée, en informant le laboratoire de sa révolte. Comme font régulièrement bondir le médecin en moi certaines vulgarisations dans le langage : « *le centre anti-douleur* », les « *médicaments anti-douleurs* », la « *médecine anti-douleur* »... termes entendus le plus souvent dans la bouche des patients, et qui reflètent bien la confusion dont elle parle, si ils ne suffisent pas à en faire une idéologie médicale. Qu’il y ait là une zone de tension et de dérive possible, est certes indéniable du point de vue sociologique.

Par la suite, le monde médical se trouve en effet pris dans un « **engrenage (...) passionnel** », un « **jeu de miroir** » entre la demande/désir de l’homme souffrant : pouvoir être soigné, et la demande (non formulée) du médecin : Avoir le pouvoir de soigner. En ceci, elle rejoint les propos de J.-J. Kress sur la rencontre de l’étudiant en médecine avec la souffrance : « **C’est précisément la souffrance qui détermine cette particularité (du rapport de l’étudiant à son savoir), car le manque de**

⁶⁹⁰ Santiago-Delafosse M., « Douleur chronique : enseignements psychanalytiques dans la pratique du psychologue clinicien. », *Psychologues et psychologies*, n° 133, pp. 3-6.

savoir comporte un risque de souffrance pour le malade. »⁶⁹¹ Ce qu'ajoute J.-J. Kress, à la « passion » évoquée par M. Santiago-Delafosse, c'est la dimension de l'angoisse chez le praticien, angoisse de ne pas savoir, de ne pas pouvoir, qui peut contribuer, avec son désir, à le précipiter dans l'engrenage.

Elle se questionne alors sur la place du psychologue dans une prise en charge de la douleur. Ce questionnement s'articule autour de plusieurs mots-clefs : le premier est le désir, cette zone fondamentalement « hétérogène » où elle loge le sujet que le clinicien a pour mission de *défendre*. Elle y oppose la parole (deuxième mot-clef) globalisante, tendant vers l'homogénéité jusqu'à être totalisante, de la médecine de la douleur.

Totalisante, pourquoi ? Parce qu'elle est pluridisciplinaire et cherche à couvrir l'intégralité du phénomène douleur en multipliant les collaborations et les points de vue complémentaires. Il est vrai que de considérer l'homme comme phénomène total, à avoir une pratique totalisante, il n'y a, pour le médecin, le psychologue ou l'anthropologue, qu'un pas.

Totalisante, pourquoi, encore ? Parce qu'elle cherche à homogénéiser le discours du patient. Elle en accuse les diverses procédures d'évaluation qui revendiquent on l'a vu, tout du moins pour certains, le pouvoir de rendre « objectif un phénomène subjectif ». Elle établit un parallèle avec l'homogénéisation du discours médical, fait de la rencontre entre tant de points de vue différents mais pas inconciliables en pratique, compatibilité dans laquelle elle voit une volonté de « masquer à l'extrême la division. » Et là encore, pour elle, il y a un jeu de miroir qui ne peut pas profiter au sujet : la douleur, vécue comme une rupture, tend paradoxalement à « unifier la personne, sous condition du rejet de cette douleur qui l'empoisonne. » Ce rejet, encouragé par les procédures d'évaluation et le jeu de miroir avec l'homogénéisation du discours médical, ne peut contribuer à ce que B. Robin appelle « l'intégration de la lésion psychique douloureuse. »⁶⁹²

Je la rejoins ici dans le pouvoir thérapeutique qu'elle confère aux jeux de miroirs, entre la narration du patient, et celle de l'équipe médicale, qui vient valider ou non ses modalités narratives, accompagner ou non leur sens, confirmer ou non leur efficacité symbolique. Je ne la rejoins pas, en revanche, sur la critique générale adressée aux pratiques évaluatives : il y a là une critique fréquemment formulée par les psychologues analytiques, mais qui me semble

⁶⁹¹ Kress J.-J., « Le psychiatre devant la souffrance », *op.cit.*

⁶⁹² Robin B., Nizard J., Houart C., Gélugne F., Bocher R., Lajat Y., « Place du psychiatre dans un centre de traitement de la douleur. Intégration de la lésion psychique douloureuse », *op.cit.*

ne refléter qu'une possibilité de leur utilisation en clinique. La non-prise en compte de ce fait est une autre illustration des représentations rigides de l'exercice médical qui sont celles de bien des psychologues - et qui résultent aussi du fait que la plupart des médecins se défaussent vers la psychologie, en particulier la psychanalyse, dès qu'il s'agit de décrire leur clinique, comme si elles avaient à ce sujet le monopole du sens.

Lors de la journée « **médecine et psychanalyse** » qui s'est tenue à l'Université de Nantes en avril 2004, et à laquelle je participai en tant qu'invitée à une table ronde, un tel débat a eu lieu, et les critiques furent virulentes - plus ou moins contenues, par lassitude - de part et d'autre. Mais c'est une psychologue clinicienne qui mit finalement tout le mode d'accord, et je ne peux que rejoindre son point de vue : tout dépend de l'utilisation qu'on en fait. Dans bien des cas, les procédures évaluatives apaisent non seulement l'angoisse du patient mais aussi, et peut-être surtout, celle du médecin. Elles concourent alors à une relation de meilleure qualité, dont peut émerger une narration qui n'a pas forcément l'homogénéité que M. Santiago-Delafosse lui prête, et qu'elle rapproche de l'engouement actuel pour « **la communication** ». Il est vrai que les théories de la communication ont largement influencé tous les domaines de la pratique en médecine de la douleur. Leurs applications dans le domaine de la psychothérapie sont fort mal connues des analystes qui oublient que la grande liberté qu'elle laisse au patient est celle de ne pas être conçues à partir de modèles du fonctionnement intrapsychique, modèles qui seraient 'connus' par le thérapeute et ignorés du patient. Leur grand défaut est le pendant de cet avantage : le fait qu'elles ne deviennent pas de la manipulation - à l'image de l'utilisation qui en est faite dans le monde de l'entreprise et du commerce - repose intégralement sur l'éthique du praticien, dont on ne peut que confirmer qu'elle est soumise à de très fortes pressions sociales et culturelles.

Je suis donc, sur tous ces points, parfaitement d'accord avec l'identification qu'elle fait des zones de dérive possible. Mais je vois pour ma part une issue, qui tient au caractère de la narration qui va se tisser autour des différents supports proposés, et de l'utilisation thérapeutique qui peut être faite de ces jeux de miroir, pour peu que l'on en prenne conscience, sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle. C'est un exercice très complexe, et sûrement, elle a raison de nous mettre en garde contre les dérives possibles et la fragilité de cet équilibre.

Je reconnais aussi dans son propos un oubli qui m'est familier dans la bouche des psychologues - ou, d'ailleurs, des sociologues, que j'ai observé à maintes reprises lors des

occasions qui me furent données de collaborer avec eux - et qui amène un autre jeu de miroir : celui de l'angoisse ou de la souffrance du médecin. Le désir - pétri de paradoxes - du chercheur que le médecin soit invulnérable, entre en résonance avec son désir, à lui - le médecin - de l'être. Mais le médecin est soumis à des angoisses, et la médecine de la douleur ne lui laisse guère le loisir de ne pas les affronter, avec les outils qui sont à sa disposition, au prix, parfois cher payé, de la mise en jeu de sa valeur personnelle. En effet, comme le souligne également J.-J. Kress « la souffrance, pour être prise en compte, suscite la mise en jeu de la personne du médecin. »⁶⁹³

M. Santiago-Delafosse fait référence aux valeurs attachées aux catégorisations de la douleur, et qui sont de tout temps sous-tendues par l'idéologie en vigueur. Parmi ces valeurs, il en est une qui traverse les siècles, c'est le « bien » que la médecine attache au fait de soigner, et à fortiori de guérir. « Est-ce bien d'avoir mal ? Ce n'est pas bien si le médecin ne peut y trouver de sens ». Entraînant la conclusion logique : « la douleur n'a donc pas de sens et n'est donc pas un bien. » La rupture radicale entre médecine et psychanalyse tient, pour elle, à ce que « si le sujet se refuse à guérir, la psychanalyse ne peut plus participer à l'illusion médicale d'œuvrer pour le bien du soin. » Elle fait remonter cette rupture à l'apparition, dans les travaux de Freud, de la notion de résistance à la guérison. Effectivement, sur le terrain, bien des tensions entre médecine et analyse ont trait aux valeurs attachées de part et d'autre à ce désir/non-désir de guérir. Mais là encore, elle met le médecin en position extrêmement haute, le désignant comme suffisamment autoritaire pour décider du bien et du mal : c'est lui qui, émanation d'un corps professionnel homogène dont il porte anonymement les valeurs, aurait le pouvoir de décider unilatéralement ce qui est bien, ou pas. C'est vrai de la médecine en général ; pas forcément du médecin en particulier, pour peu qu'il ait le courage de penser librement ; et la médecine de la douleur essaie, précisément de trouver ce courage. La réalité de la relation médecin-patient comporte d'autres possibilités, et ce d'autant plus que l'équipe pluridisciplinaire est attentive à limiter ces dérives. Le psychologue clinicien est un élément essentiel de cet équilibre, mais aussi, on le voit, celui avec qui vont se rejouer les conflits qui sont de par leur existence même les plus essentiels au mieux-être (éventuel) du patient.

⁶⁹³ Kress J.-J., « L'efficacité de la plainte », in *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3, 1989, pp. 305-307.

*

Cet article m'a semblé particulièrement intéressant car il aborde les déterminants sociaux et culturels de la genèse de la plainte⁶⁹⁴, d'une part, et d'autre part illustre très précisément une zone de tension conflictuelle au sein même de la médecine de la douleur - entre médecine et psychologie analytique. Dans cette zone de tension, où la médecine de la douleur est tiraillée par ses propres paradoxes, elle voit une rupture : celle entre deux points de vue irréconciliables, celui de la médecine et celui de la psychanalyse. Elle y voit d'autant plus une rupture qu'elle considère que cette zone de rupture est nécessaire au respect de l'ambivalence du sujet, cette zone « **hétérogène** » où le sujet peut faire advenir quelque chose de son désir. Il faut n'être pas d'accord.

De mon point de vue, c'est vrai et faux tout à la fois : j'y vois pour ma part l'endroit précisément où le conflit, voire la rupture, doit être, et ce sans que l'ensemble néanmoins ne perde de sa cohérence et de son sens. De ce subtil équilibre, qui tient à l'harmonie des contraires, et qui est établi par la narration et le rite plus que par la « **communication** », peut advenir, ou pas, la résolution des conflits internes du patient. Que cette zone de tension puisse être le lieu d'une manipulation symbolique, et d'un écrasement du sujet, ne fait pas de doute ; que cela soit souvent le cas, l'expérience de terrain me le prouve - pas tant au CETD que lors des contacts que j'ai pu avoir avec d'autres centres. Je ne pense cependant pas qu'il s'agisse d'une fatalité, mais bien du lieu où se mène le plus dur - mais aussi le plus signifiant pour l'anthropologue - de la lutte paradoxale entre respect de la personne et tentative de répondre à sa demande de soulagement. Face au paradoxe, peut-être faut-il savoir habiter le paradoxe.

*

Dans mon introduction, j'évoquais les difficultés rencontrées dans la construction de ce travail en me référant à M. Proust et à sa *Recherche du temps perdu*. Si l'on veut bien me permettre une touche d'humour, je dirais qu'ici, comme dans les *Tontons flingueurs*, « on tourne en rond, chef ».

⁶⁹⁴ Voir aussi à ce sujet : Cathébras P. « La douleur chronique comme construction sociale », *Courrier de l'algologie* (2), n°4, octobre-novembre-décembre, 2003, pp. 144-9.

Effectivement, ce conflit médecine/psychanalyse est un puits sans fond - une faille ? Il est possible de le remplir de parole aussi indéfiniment que Charcot et Freud en remplirent l'hystérie, et sans doute ce conflit demeurera-t-il aussi indéflorable qu'il se soumettra inlassablement à la défloration, comme leur hystérique en son temps.

Je vois pour ma part dans ce parallèle une indication du déplacement du problème, de la patiente vers les professionnels. Ceci explique en partie que l'on ne la nomme plus : le problème s'est déplacé, et c'est tant mieux pour elle. Tout du moins le médecin ne nomme-t-il plus la patiente quand il veut nommer son propre problème, ce qui me paraît une garantie éthique non négligeable.

Mais, indéflorable, ou innommable quant à son origine, il le demeure pour les professionnels. Il le demeure, car son origine est maintenue derrière l'écran protecteur du mythe fondateur de Pinel et le silence sur l'histoire de la psychiatrie. Au centre de l'équation, le mystère du patient tel que l'a dessiné Z : impénétrable, et confié à la garde de la cohérence de l'équipe ; témoin d'une hétérogénéité dont le maintien n'est possible qu'à la condition d'un effort constant d'homogénéité. Vertu du paradoxe, harmonie des contraires.

Il le demeure, mais pour combien de temps ? Le travail du mythe, nous l'avons vu, est à l'œuvre. Le travail d'écriture et de traduction aussi. Des nouvelles catégories apparaissent. Est-il à souhaiter qu'on lui invente un nouveau nom ? L'exemple actuel de la catégorie fibromyalgie ne va pas dans ce sens.

Telle est la culture que la médecine de la douleur a de l'hystérique : l'hystérique, c'est ce que l'on ne nomme pas - ou plus, ou pas encore ; la médecine de la douleur n'a pas besoin de savoir son histoire, elle la connaît puisqu'elle la réécrit chaque jour, et chaque rencontre avec 'le problème' est pour elle l'occasion de se réinventer.

«
Nous avons peut-être le temps
encore d'être, et d'être justes.
D'une manière provisoire
la vérité est morte hier,
cela tout le monde le sait
Bien que chacun le dissimule :
elle n'a point reçu de fleurs :
elle est morte et nul ne la pleure.

Entre l'oubli et ce qui presse,
un peu avant l'enterrement,
nous aurons l'occasion peut-être
De notre mort, de notre vie,
pour aller d'une rue à l'autre,
de mer en mer, de port en port,
de cordillère en cordillère
et plus encore, d'homme en homme,
demander : l'avons-nous tuée, nous
ou bien les autres l'ont-ils tués ?
Ce crime a-t-il été commis
par notre amour ? Nos ennemis ?
Puisque la vérité est morte
nous pouvons dès lors être justes.
(...)»

Pablo Neruda

Extrait de « Nous avons peut-être
le temps »

Mémorial de l'Ile Noire

L'histoire de l'hystérique c'est la nôtre, celle de la médecine en général, et de ses divisions en psychiatrie et psychanalyse. L'hystérique, c'est nous-mêmes, professionnels divisés, mais tels que nous nous apparaîtrions à nous-mêmes nus et seuls dans le miroir. Elle incarne nos dynamiques conflictuelles, et au-delà les dynamiques sociales conflictuelles que le corps médical porte pour la société et la culture dans laquelle il est, et qui ont trait à la violence, et à sa responsabilité dans l'élaboration d'une philanthropie qui en protège, par ses actions et son exemple, le corps social dans son ensemble. Au sein des organisations sociales et culturelles de la violence, quelque chose chez les femmes fait ici problème pour le médecin. C'est ainsi qu'on la reconnaît.

En biomédecine en général, qu'une patiente se soumette volontiers à cette incarnation proposée, et la voilà plus hystérique encore à nos yeux de tant de masochisme et de passivité. Qu'elle nous combatte et résiste, et la voici plus hystérique encore de tant de résistance et de combativité. Elle est prise dans un double lien.

En médecine de la douleur, de telles dérives restent possibles ; mais toute l'organisation concourt à ce que nous, médecins, assumions les conséquences de notre geste - désormais largement silencieux - d'auto-désignation, en trouvant nous-mêmes, sinon les solutions, du moins les moyens de faire face à notre problème, y compris si le seul moyen que l'on puisse trouver est d'accepter qu'il n'y ait pas de solution.

« (...)
Enfin,
voilà pourquoi il n'y a pas d'endroit où perdre
la clef, la vérité ou le mensonge.

Ici, point de rue, nul n'a de portes,
Le sable seul s'ouvre en tremblant.
Et la mer s'ouvre entière et entier le silence,
L'espace avec le jaune de ses fleurs,
et s'ouvre le parfum aveugle de la terre.
Et comme aucun chemin n'arrive ici
il ne viendra personne, il n'y aura
que la solitude qui tinte
comme le chant d'un carillon.»

P. Neruda

Extrait d' « Enfin il n'y a plus
personne »

Le Mémorial de L'île Noire

B. LA CULTURE QU'ELLE
EST: comment cela fonctionne
avec l'hystérie et ce qui est
fonction de sa reconnaissance

La culture qu'est la médecine de la douleur, s'agissant des modalités de sa rencontre avec
celle qui arrive avec une trajectoire d'hystérique, ou encore celle que les médecins eux-
mêmes vont, sans la nommer, ou de manière déguisée, reconnaître comme pouvant faire et
avoir fait l'objet d'une telle désignation, a été décrite dès le début de ce travail dans les cas
cliniques.

Dans cette partie, je vais tenter de dégager les grandes lignes des problèmes rencontrés par les
médecins face à ces patientes. En avant-propos, je tiens cependant à préciser ce qui suit :

Ces problèmes résultent de la combinaison de ce qu'elles perçoivent et de ce qu'elles amènent
dans ce lieu particulier qu'est une consultation médicale centrée sur la douleur chronique -

leur plainte, leur histoire médicale et personnelle, leurs réactions face aux propositions antérieures de la médecine et face aux propositions de la médecine de la douleur - et de ce que les professionnels vont en faire.

En aucun cas il ne peut être considéré que cela décrit ce qu'elles sont, par 'nature'. S'agissant de ce qu'elles sont, tout au plus cela nous renseigne-t-il à la fois sur l'intensité de leur souffrance, et sur ce qu'elles empruntent au social et à la culture pour l'interpréter et lui chercher des solutions - à partir de ce qu'elles croient intéressants pour le médecin, et des domaines où elles le croient compétent.

Mais cela nous renseigne aussi, si immédiatement que c'en est indissociable, sur l'accueil que la médecine a réservé à tout ceci. J. Pigeaud rappelle, s'appuyant entre autres sur les écrits d'Archigène et en général sur l'histoire de la médecine, en tant que « poésie du corps », que la dénomination et la reconnaissance d'un symptôme, quel qu'il soit, est un processus complexe inscrit dans le langage, une création commune entre le patient et le médecin. Si mon expérience de médecin a une quelconque valeur - dans un monde savant où il est plus légitime de n'écrire que sur ce dont on n'a pas une connaissance directe - je tiens à affirmer ici que ceci reste rigoureusement la vérité qui pour moi s'en dégage, vérité en tant qu'elle est le fondement commun de l'efficacité des pratiques de guérison et de soin ; ce n'est pas l'apanage exclusif d'un 'soin' qui n'aurait rien à voir avec la guérison.

S'agissant de la douleur, en biomédecine en général et en médecine de la douleur en particulier, je pense avoir montré que les paramètres culturels de cette création commune sont multiples, complexes, et font appel à des ressources imaginaires partagées qui déterminent les rôles attendus des acteurs de l'interaction. Ces ressources imaginaires sont empreintes de craintes archaïques ayant trait à la mort, qui nourrissent de multiples projections de la part des professionnels et des patientes, et font plus encore qu'ailleurs en médecine, écran à la 'vérité' ; il faut se contenter alors de l'efficacité narrative pour déterminer et la qualité de l'empathie et les stratégies du soin et de la guérison, qui sont en cette occasion intimement liées.

Ce que les hystériques ont de particulier est d'abord que ce sont des femmes, et que l'imaginaire culturel est ainsi fait, s'agissant des relations entre femmes et pouvoirs mortifères, aussi bien qu'entre femmes et médecine, que leur genre va considérablement orienter la rencontre.

*

Avant d'aborder la culture qu'est la médecine de la douleur face à l'hystérique, et puisque nous approchons du but, je vais résumer l'état d'avancée de la problématique de départ à ce stade :

Pour comprendre la culture dans laquelle se situe la biomédecine quand elle fait face à la douleur, il est apparu nécessaire de comprendre dans quel système de sens elle se situait, du point de vue de l'imaginaire culturel, s'agissant de faire face à la souffrance et à la mort ; de comprendre, aussi, quelle fonction lui était dévolue culturellement et socialement, dans ce système.

Pour cela, nous avons suivi J. Pigeaud dans ses descriptions de la genèse des rapports de l'âme et du corps en médecine, et la philanthropie médicale. Cette genèse s'est faite en trois grandes étapes (médecine hippocratique, médecine romaine, Pinel) qui ont consacré le dualisme, défini ses modalités particulières, et délimité dans un même mouvement à la fois le corps du médecin, la responsabilité médicale face à l'humain, et aussi, dans une certaine mesure, sa vérité. Ce faisant, c'est 'l'amour de l'humain' - la philanthropie - qui est défini très largement pour la société, par la médecine elle-même, dans des entrecroisements complexes autant qu'inévitables avec les positions religieuses, chrétiennes en particulier, sur ce même sujet.

Face à la souffrance, nous avons abordé l'origine du mal, l'herméneutique de la souffrance, les valeurs et les normes du 'comment bien vivre avec le malheur'.

Face à la mort, nous avons abordé la lutte contre le mourir, le désintérêt médical pour l'après-mort ; l'intérêt médical, en revanche, pour le statut transitoire du cadavre, qui est l'occasion d'acquérir un savoir réservé aux initiés, savoir inévitablement arbitraire concernant la séparation entre la mort et la vie, savoir de ce qui va désormais servir à définir le vrai du corps, opposé à l'âme.

En lien avec sa fonction philanthropique, la médecine a aussi une fonction d'ordre au sens anthropologique de lutte contre les désordres occasionnés par la violence fondamentale.

Au moment d'aborder, du point de vue de l'imaginaire culturel, la culture dans laquelle se situe la biomédecine face à la douleur, et donc ce système de sens, j'ai jugé nécessaire de faire ce que j'ai appelé un « détour par l'hystérique ». Je ne m'en suis pas expliquée à ce moment là, puisque là encore les raisons de ce choix ne peuvent apparaître qu'*a posteriori*.

J'y viens maintenant : il apparaît que mes expériences d'étudiante en médecine de la fin du XX^{ème} siècle, s'agissant de la désignation de l'hystérique en biomédecine, sont parfaitement fondées en sens par la genèse, l'histoire, la culture décrites par J. Pigeaud.

La culture qu'est la biomédecine face à l'hystérique - telle qu'elle se manifeste dans le moment de sa désignation et les stratégies médicales qui en découlent - est une transposition, dans les actes, de ce mythe fondateur par lequel la biomédecine est située (au moins autant qu'elle ne se situe elle-même) dans le système de sens permettant de faire face à la souffrance et à la mort. Le moment de la désignation de l'hystérique et l'élaboration collective des stratégies qui seront fonction de cette désignation (rejet ou escalade diagnostique et thérapeutique nuisible), tient lieu de théâtre. C'est une mise en scène qui donne l'occasion au groupe de réaffirmer le mythe fondateur, sans que ce processus cependant ne soit nommé pour ce qu'il est. Les spectateurs de ce théâtre sont tantôt les professionnels, tantôt les patientes, tantôt la société au sens large - tant il est vrai que les actes médicaux intéressent énormément la société, les médias, le législateur, le politique.

Ce rapport au mythe fondateur, autant que l'absence de dénomination, confère à ce moment quelque chose d'une efficacité rituelle, même si le rite est en l'occurrence dégradé, appauvri, ses organisations réduites à leur plus simple expression.

Il apparaît que le moment de la désignation de l'hystérique en biomédecine à la fin du XX^{ème} siècle offre un point de vue privilégié - au sens du 'trou de serrure', et non de la 'tribune officielle' - sur la culture dans laquelle elle est face à la douleur, et donc du système de sens dans lequel elle est s'agissant de faire face à la souffrance et à la mort. C'est en cela que l'hystérique m'intéresse.

L'hystérique est l'objet du rite; que s'en faire l'objet soit ou pas son désir inconscient est un autre débat.

S'agissant de ce débat : on peut tout de même remarquer qu'étant elle-même située dans la même culture que les médecins, elle est dans une certaine mesure sous emprise, à la fois parce que la médecine est en possession d'un savoir dont elle dépend ou croit dépendre, concernant la maladie, la souffrance et le mort - bien malin celui qui s'en passe - et parce qu'elle est prise, nous l'avons vu, dans un double lien : qu'elle se soumette ou combatte ne change rien à sa position réelle. Quel que soit son désir, tout se passe comme s'il ne pouvait trouver de toute façon à s'exprimer librement qu'en dehors de cette culture dont elle est prisonnière.

Ce théâtre biomédical ne fonctionne pas, tout du moins pour l'hystérique en tant que spectatrice, selon les codes de la tragédie tels que les a décrits J. Pigeaud, la catharsis tragique

impliquant un moment de partage, de communauté, entre les acteurs et le public, et un soulagement partagé. En effet ce théâtre médical ne soulage que les tensions des professionnels, et probablement les tensions sociales. Pas celles de l'hystérique.

Ayant ensuite abordé la 'culture qu'a' la biomédecine face à l'hystérique - et au sein de la biomédecine, bien que marginale et très différente à certains égards, la médecine de la douleur - nous avons pu constater ce qui suit :

D'une part, la biomédecine, en général, n'a pas de culture de l'hystérique ; pourtant elle la connaît et la reconnaît : il faut admettre que la culture qu'elle « a » est celle qu'elle « est », les deux se confondant en l'occurrence, ce qui est ma position.

Que peut-on dire de cette culture transmise, agie et mise en scène :

Le fait même que la culture qu'elle a, et celle qu'elle est, se confondent, trahit l'arbitraire : il y a de la violence - au sens de l'utilisation arbitraire d'une position de force - et du totalitarisme, dans la manière dont la biomédecine traite l'hystérie.

Cette culture qu'elle a et qu'elle est comporte un certain nombre de règles, de normes et de valeurs ayant trait un corps : le corps vrai est le corps visible, appris par l'anatomie du corps mort. Là s'arrête la responsabilité du médecin somaticien et sa philanthropie. S'il reste quelque chose de l'humain qui lui échappe et cependant demeure du domaine médical, cela relève alors d'une certaine psychiatrie, avec tout ce que cela induit de suspicion : de diagnostic supposé de maladie mentale, de 'folie', chez la patiente.

Cette culture dessine aussi, sans les nommer, un certain nombre de tabous - des attitudes et des territoires de la personne humaine qu'il est interdit aux initiés comme aux profanes de discuter, de connaître et de reconnaître, la transgression de ces règles conduisant au rejet : ces territoires ont trait à l'invisible, d'une manière différente pour les hommes et les femmes, l'« invisible des femmes » constituant une entité vis-à-vis de laquelle la biomédecine conçoit une crainte toute particulière. Son insistante expression suscite le rejet, qui passe par une dénomination insultante - l'hystérie - rapportant la femme à l'organe par lequel elle saigne et peut porter la vie : l'utérus.

En première lecture, le narratif dévalorisant qui entoure - sans les pénétrer - ces sujets interdits, et qui les rend illégitimes, pourrait faire croire à un simple désintérêt. Celui ou celle qui transgresse les limites immatérielles derrière lesquelles ils sont retranchés comprend vite que ce désintérêt n'est qu'un masque pour tenir les personnes à distance de toute connaissance y ayant trait. Le nom global qui va être donné à ces domaines est « *l'imaginaire* » et on le rapporte à un lieu du corps qui serait « *la tête* », celle-ci cependant n'étant pas à confondre

avec l'extrémité céphalique de l'anatomie - surtout chez les femmes, où cette « tête » renvoie, anatomiquement parlant, à l'utérus.

Cette tête est en fait un lieu composite, corps et âme à la fois. Ce lieu doit, selon le mythe fondateur, appartenir entièrement à la médecine, ce qui a pour conséquence de réduire l'âme à une construction biologique, un fait de nature qui, s'il est certes encore imparfaitement connu, n'est qu'en attente de visibilité et de preuve scientifique. Cette « tête » est le domaine de compétence de la psychiatrie.

L'« *imaginaire* » est dans cette « tête » l'ennemi, puisque c'est par lui que la tête pourrait échapper à la médecine. Donc il serait insuffisant de dire que « *l'imaginaire* » n'existe pas pour la biomédecine, « *l'imaginaire* » est ce qui n'existe pas.

Le pouvoir de décider ceci efficacement pour le collectif est conféré à la médecine par son droit de manipuler le cadavre ; il s'accompagne d'une organisation nécessairement arbitraire - il n'y en a pas d'autres - des limites entre vie et mort, et d'une certaine entente collective sur ce que recouvre l'amour (le 'phil' de philanthropie). C'est dans et par ces organisations que l'on prend le contrôle de « *l'imaginaire* ». Cet « *imaginaire* » a donc non seulement trait à la différence entre homme et femme, à l'invisible, il a trait aussi au couple vie/mort et à l'amour ('phil').

L'hystérique est reconnue car elle est celle chez qui l'« *imaginaire* » se manifeste et menace d'échapper au contrôle médical, avec tout un cortège inévitable de tabous transgressés. La culture dans laquelle se situent la biomédecine et la médecine de la douleur s'agissant de l'hystérie, que nous discuterons bientôt, concourt à ce que ce nom d'hystérie soit durablement associé à cet « *imaginaire* », et à des figures mythiques qui suscitent la crainte.

Ce mot hystérie en lui-même a subi, de la part de l'institution, de récentes limitations imposées à sa valeur écrite. Il continue cependant à circuler oralement parmi les initiés. Peut-être va-t-il devenir lui-même tabou. D'aucuns pensent qu'il n'en résultera qu'une aggravation de la non-existence de l'« *imaginaire* ».

Il reste cependant en biomédecine, pour l'instant, moins tabou qu'en médecine de la douleur où même oralement on ne peut que le chuchoter, ou le déguiser. En revanche, la médecine de la douleur parle abondamment de « *l'imaginaire* ».

*

La culture qu'a la médecine de la douleur est en effet sensiblement différente de celle de la biomédecine en général - au point de proposer à l'hystérique cette 'sortie de sa culture' qui semble son seul salut.

Comme en biomédecine en général, la 'culture qu'elle a' et la 'culture qu'elle est' s'agissant de la désignation de l'hystérique et des stratégies afférentes se recouvrent largement - mais pas tout à fait, cependant. Et ce 'pas tout à fait' lui permet de quitter l'arbitraire, et donc le totalitarisme et la violence, ce qui n'est pas négligeable. En outre, s'il y a aussi mise en scène, et théâtre, puisqu'il y a un recouvrement, même partiel, entre la 'culture qu'elle a' et la 'culture qu'elle est', ce théâtre est d'une autre nature.

Si l'on s'efforce de montrer, dans les actes, l'oralité et l'écrit, que l'hystérie est ce qui n'existe pas, l'« *imaginaire* », en revanche, existe. Le silence s'est déplacé. Ce n'est plus « *l'imaginaire* » qui y est réduit, c'est le nom « *hystérie* ». Pour les mêmes raisons qui ont pu rendre si durable l'association entre ces deux mots dans la culture, la distinction entre leurs deux destins opère un certain nombre de déliaisons entre ce qui 'n'existe pas' d'une part, et d'autre part ce qui a trait au féminin, au couple vie/mort, à l'amour ('phil'), à l'invisible, et à la vérité du corps et de l'âme. Ceci contredirait plutôt les partisans du maintien de l'utilisation du terme.

Si 'culture qu'elle a' et 'culture qu'elle est' ne se recouvrent 'pas tout à fait', c'est que d'une part elle n'a 'pas tout à fait' aucune culture de l'hystérie en elle-même, et surtout qu'elle a une large culture des problèmes que lui pose, et que rencontre, l'hystérie.

Là où il y a recouvrement, nous l'avons vu, et théâtre, c'est dans la mise en scène des rapports conflictuels entre les somaticiens et les 'psy', en particulier avec les professions 'psy' qui se réclament de la psychanalyse.

Ceci a une conséquence notable s'agissant de la nature du théâtre présenté : en effet, le problème mis en scène par les professionnels est cette fois le même que celui vécu par la patiente, et le soulagement de ses tensions est largement tributaire du soulagement des tensions des professionnels. L'efficacité attendue est autant dirigée vers les professionnels que vers la patiente. On se rapproche cette fois-ci beaucoup plus du fonctionnement de la tragédie, et de la catharsis tragique, tels qu'il a été décrit par J. Pigeaud.⁶⁹⁵

⁶⁹⁵ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'antiquité gréco-romaine, La Manie, op.cit.*

En outre, là où le rite en biomédecine est dégradé, mixte, spontané plus qu'organisé, et accompagné d'une narration elle-même peu élaborée, pauvre, s'agissant des enjeux symboliques et de l'efficacité attendue de l'échange symbolique - que je rapprocherais de cette création partagée décrite par J. Pigeaud - le rite en médecine de la douleur est nettement plus reconnaissable, en ce qu'il est plus structuré ; il est pensé, voulu, écrit, délibéré ; la narration qui l'accompagne est riche et poétique, créative, très imagée.

Pour R. Girard⁶⁹⁶, la dynamique rituelle est reconnaissable à son organisation, mais pas au discours qui l'accompagne, qui n'explicite pas le sens de ces organisations. Au contraire, la dynamique tragique est anti-rituelle : elle s'appuie sur tous les éléments du rite pour mieux en prouver l'inutilité ; elle ne propose pas, contrairement au rite, de solution en termes de bouc émissaire. Et en effet tout se passe comme si la médecine de la douleur jouait, de manière pensée et organisée, tous les éléments du rite médical pour mieux situer son efficacité ailleurs.

Touchant au mythe, elle en écrit nécessairement un autre ; elle édicte aussi des règles et des normes de l'humain, du corps, de la vérité, de la philanthropie médicale. Mais le noyau de sens de ces règles est de nature dialectique, si l'on peut dire. D'une certaine mesure, s'y manifeste le courage de se résoudre à l'aporie. Le couple d'opposé hétérogénéité/homogénéité manifesté dans ses rapports avec la 'psy' est peut-être le plus central et le plus fondateur. Il enfante d'autres couples d'opposés : désir/contrainte, conflit/résolution des conflits, opposition des contraires/harmonie des contraires. De ce fait, les règles et les normes qu'elle édicte racontent une toute autre histoire des rapports de l'âme et du corps : si les deux restent résorbés dans la médecine, c'est que de l'une et de l'autre, et de ce qui reste, on épargne une zone « radicalement différente », sacrée, qui n'appartient à aucun champ du savoir : le mystère du patient, auquel dorénavant on associe sans tabou l'« *imaginaire* », la « *créativité* », la « *métaphore* », la musique ou encore la poésie. Or, la plupart des patients sont des patientes, celles-là même qui ont pu être reconnues, et le sont encore, comme des hystériques.

*

L'hystérie est, en biomédecine, un phénomène dont on se méfie : son nom évoque certes une classe nosologique mal délimitée, mais même l'étudiant ignorant de ce que recouvre le mot, en termes historiques ou psychiatriques, apprend vite, à fréquenter les couloirs de l'hôpital,

⁶⁹⁶ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

qu'il est synonyme de 'problèmes' pour le corps médical : il évoque le symptôme inexplicable (et la question de la simulation n'est alors jamais bien loin, ne pas se faire prendre au piège...), les relations difficiles entre médecin et patient, avec une dimension érotique, théâtrale et somme toute impudique, il évoque la logorrhée - ces patient(e)s dont on ne peut pas se défaire. Pour toutes ces raisons, il évoque l'anomalie (au sens de Goffman) : celui ou celle qui ne va pas jouer le jeu de la face et qui va mettre en péril le théâtre. Il évoque l'échec médical, et, pour celui ou celle qui est plus au fait de la définition psychiatrique du terme, le piège dont il faut se garder : tentation de se prendre pour l'intervenant providentiel qui va réussir là où les autres ont échoué, tentation de se perdre dans un jeu de séduction, tentation de donner des réponses là où il faut accepter de laisser des questions et la frustration du manque. En pratique, c'est toujours une femme. Quel que soit l'angle d'approche, ce qui ressort du discours et des observations, c'est que l'hystérique est transgressive, et tentatrice, il faut s'en méfier, y compris dans son propre intérêt. Elle fait peur.

Ce qui est notable en médecine de la douleur c'est que leur dénomination comme leur rejet, si tentant soit-il, n'est plus acceptable dans la pratique, et que les patientes ne sont plus tout bonnement et simplement renvoyées à leur souffrance avec des « *il n'y a rien* », des « *c'est dans la tête* » sans suite, quelles que soient les tensions qui se manifestent dans les discours en coulisses.

En nous penchant maintenant de nouveau sur les cas cliniques, nous allons observer comment cela 'fonctionne' avec les hystériques, en médecine de la douleur, et ce qui est fonction de leur désignation. Comment cette culture 'qu'elle est' fait-elle face au problème que constitue pour le biomédecin cet '*imaginaire*'. Nous verrons aussi comment la patiente prend part à la construction narrative collective. Car elle est tantôt actrice, tantôt spectatrice de ce nouveau théâtre qui propose de rejouer la tragédie commune.

1. Le personnage de l'hystérique

Dans le domaine de la douleur chronique, et plus précisément sur mon terrain de recherche, le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, les hystériques, en tant que personnages de l'histoire des professionnels, présentent, en plus ou moins grand nombre et en diverses proportions, un certain nombre de points communs, que l'on retrouve concentrés chez Mme A.

Ce sont, dans mon expérience, toujours des femmes. Elles rapportent très souvent avoir vécu des enfances marquées par la carence affective et le traumatisme, l'absence ou la violence du père, et des mères perçues comme non protectrices, que ce soit par excès de faiblesse ou de dureté.

Leur place et leur identité dans leur filiation féminine est une question récurrente dans leur discours, à laquelle viennent faire écho des parallèles chronologiques entre l'histoire de leurs symptômes et leur vie de femme et de mère (début des douleurs après une grossesse ou une hystérectomie...), cette dernière étant souvent aussi l'occasion de rencontres avec le monde médical.

Ce questionnement est aussi à l'œuvre dans leur vie de couple, souvent conflictuelle, et dans leur vie active : elles pratiquent majoritairement des professions traditionnellement féminines⁶⁹⁷, ou sont sans emploi (chômage, arrêt maladie longue durée), ou femmes au foyer. L'investissement associatif, dans des associations de malades par exemple, renforce encore quand il est présent ce sentiment d'un appel à une identité collective maternelle et/ou féminine, qui prend parfois la forme d'un réseau social féminin dont elles seraient le centre.

On retrouve également dans leur récit de vie de fréquentes rencontres avec la mort, avec parfois, comme c'est le cas pour Mme A, une position d'accompagnatrice 'privilégiée' de la mort de proches.

Elles se décrivent souvent elles-mêmes comme étant le pilier de leur entourage familial, amical, social, celles sur qui tout le monde compte et s'épanche.

Les modifications occasionnées dans leur mode de vie par la douleur ont trait, entre autres et de manière significative, aux couples d'opposés suivants : diurne/nocturne, mouvement/immobilité. Ainsi, à vivre la nuit, dormir et somnoler le jour, s'estompent les frontières entre rêve et réalité, d'autant plus si des hypnotiques ou des morphiniques y contribuent. On les observe souvent immobiles ou tendant à l'immobilité, physiquement et psychologiquement. Même l'hyperactivité antérieure et parfois encore actuelle dont elles se réclament souvent, les y conduit tôt ou tard, donnant l'impression que les y conduire était aussi sa fonction. Ainsi statufiées, elles prennent parfois la posture de personnages tragiques : impression renforcée par la nature de leur plainte : persistante, jusqu'à l'obsession,

⁶⁹⁷ Exemples : infirmières, aide soignante, assistante maternelle, ...

développée dans de multiples détails évocateurs, affublée parfois d'une vie propre, elle est au centre de leur vie, de leur recherche et de leur communication.

Le conflit est omniprésent dans leur narratif et dans leur mode relationnel : elles habitent le conflit, sont habitées par lui. Elles sont aussi familières des contraires, des paradoxes, de la contradiction et de l'ambivalence, et entretiennent une certaine confusion. Ainsi, le rapport contrainte/liberté est pour elles marqué par l'ambivalence : elles sont beaucoup plus sensibles à leur crainte de déranger, qui est mise en avant comme raison de nombreux comportements contreproductifs en termes de douleur, qu'au dérangement occasionné par l'aggravation consécutive de leur douleur. Cette orientation les confine dans une posture plaignante, très encombrante pour l'entourage, puisqu'il la reçoit souvent comme une accusation déguisée.

Elles adressent au monde médical une demande de soulagement, généralement irréaliste au vu de l'ancienneté des troubles, mais aussi de reconnaissance, de réparation (de leur image blessée par le handicap et la dépendance), d'intervention dans les conflits internes ou externes, de sens (une réponse au 'pourquoi' de la souffrance), d'écoute. Elles demandent, mais avec beaucoup d'ambiguïté - sans être prête à en payer le prix : « *oui mais* » - à retrouver l'autonomie, le sommeil, la mémoire, la concentration.

Elles ont des attentes qualifiées de « *magiques* » par les médecins et soignants ; on dit aussi qu'elles attendent un « *traitement miracle* ». Quand elles pensent leurs douleurs, elles ont plus volontiers recours à la pensée magique (et j'y inclus la croyance en une réponse totale par la chirurgie), et à un langage teinté de religieux : « *révélation* » ; « *miracle* ». Quand on leur demande de définir des **objectifs** au soin, elles peinent à répondre en termes concrets, évoquant « *la normalité* » ou « *être heureuse* » ou encore « *l'harmonie* ». Il est fort difficile de les amener à distinguer dans leur narratif ce qui est un constat ou une plainte, de ce qui est une demande d'aide adressée à autrui.

Le face-à-face (pour reprendre le terme d'E. Levinas⁶⁹⁸) entre médecin et patient, habituellement balisé, est avec elles marqué par une tension douloureuse entre responsabilité et culpabilité, la leur, la nôtre, et des questions sans réponses.

Ce qui est compliqué avec elles, c'est la recherche d'un *équilibre* entre les couples d'opposés. Elles donnent aux professionnels le sentiment de s'opposer à cette recherche.

⁶⁹⁸ Levinas E., *Éthique et Infini* (dialogues d'Emmanuel Levinas et Philippe Nemo), *op.cit*

La réponse faite à ces femmes par l'équipe va contenir le plus souvent une dimension d'autorisation du désir et de la recherche active du bonheur.

L'hystérique incarne des dimensions sociales conflictuelles, dont la moindre n'est pas l'ambivalence de la médecine : la logique biomédicale est construite sur l'opposition et le conflit : « **la lutte** » (contre la douleur, contre le sida, contre le cancer...), mais celui-ci (le conflit) n'est tolérable qu'à certaines conditions : c'est une logique de lutte contre l'ennemi (mythologie guerrière). Or son ennemi à elle se dérobe, faute de lésion extirpable, n'autorisant ni conflit digne de ce nom... ni sa résolution. Contre quoi pourrait-elle lutter? L'appel au 'psy' est souvent perçu comme le détournement de cette logique de lutte vers un nouveau coupable, un nouvel ennemi : elle-même (et son inconscient) ; l'essentiel du travail pour le soignant est alors de l'amener à passer de la culpabilité à la responsabilité, du « *lutter contre* » au « *lutter pour* », et avant tout pour elle-même.

*

L'hystérique du médecin, typiquement, est transgressive : elle transgresse les règles implicites de la relation médecin-patient.

Elle le fait, le plus souvent sans en avoir conscience, parce que dans la logique de la philanthropie médicale sa plainte appellerait à la levée du silence sur un certain nombre de problèmes résumés sous le terme « *imaginaire* », que la biomédecine a scellés dans le silence, désignant comme hystérique celles qui vont transgresser ce silence.

C'est cette perception immédiate de la transgression de la règle qui circule parmi les initiés comme un fil rouge de la reconnaissance, et de ces patient(e)s, et des initiés entre eux.

Si l'hystérique suscite des questionnements interdits, c'est que sa prise en charge même interroge des dynamiques sociales conflictuelles ayant trait à la crainte de la violence fondamentale, d'une part - crainte vis-à-vis de laquelle la médecine est, dans le social, l'une des institutions qui a mission de rassurer, par son organisation et ses catégories ; à la pitié, d'autre part - ce qui tendrait à susciter un travail de réflexion sur la philanthropie médicale.

Le corps médical, ne parvenant pas à exercer vis-à-vis d'elle la juste mesure de philanthropie, tend alors à projeter sur elle des interprétations craintives :

Elle l'emmène là où il ne veut pas aller; elle l'irrite par sa *résistance*, ce qu'il perçoit comme des manipulations, son refus d'obtempérer et de se plier aux règles de la relation médecin-patient.

Elle trouve la faille, il perçoit qu'elle veut le piéger, c'est-à-dire le mettre en échec, le rendre impuissant; ce faisant, elle le met en danger – et pas seulement à titre personnel : c'est l'institution qu'elle menace de rendre impuissante, à travers lui.

Elle le déborde, l'envahit par son expression émotionnelle, la nature de son expérience pathologique si bruyante qu'elle vient prendre les devants de la scène par rapport à la pathologie elle-même.

Elle veut savoir, comme lui, et s'approprie le vocabulaire médical. Ses stratégies d'adaptation à ce qu'elle perçoit comme un handicap, font appel à des choix contraires aux valeurs médicales : l'omniprésence de la plainte, l'inactivité professionnelle, l'immobilité, la passivité, le rêve ou la rêverie, la confusion...

Les quatre grands ordres de transgressions que pratique l'hystérique, telle Mme A - qui en constitue un archétype du fait qu'elle remplit tous les ordres de difficulté - me paraissent être les suivants :

- elles gardent leur *secret*, même si c'est parfois en jouant de l'occultation et du dévoilement, avec ce qui est perçu comme de l'impudeur : on trouve qu'elles *résistent* ;
- elles invitent la violence et la mort dans l'enclave mythique de la relation médecin-patient ;
- leur maladie est "*imaginaire*" et ne s'appuie pas sur une réalité visible : leur souffrance n'existe qu'au travers de la parole et du récit de leur vécu ;
- elles suscitent la pitié : or « la pitié suppose deux jugements : un jugement de valeur, le caractère injuste, immérité du malheur, et un jugement d'analogie : je suis, moi aussi, proie possible de ce malheur. »⁶⁹⁹

Pour toutes ces raisons, leur plainte parle au professionnel de tous les endroits où il partage son ignorance. Elles n'autorisent pas la dialectique de la différence (initié/profane) habituellement à l'œuvre dans la relation médecin-patient. Elles créent, ne serait-ce que par contamination (en suscitant par exemple des réactions affectives chez le médecin), du « même ». Leur récit et leur présentation relèvent du tragique, leur soulagement du pouvoir de la parole. Plus qu'à une recherche de solutions, elles en appellent - explicitement ou pas - à une reconnaissance collective de ce tragique, à un partage d'émotions, à la désignation d'un

⁶⁹⁹ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine, La Manie, op.cit.*, ici p. 174.

ennemi commun qui se dérobe à la lutte (étant inconnu, incompréhensible, innommé ou nommé en termes *mystérieux*) et vis-à-vis duquel on vivrait une impuissance également partagée. À travers la reconnaissance elles réclament aussi une forme d'appartenance.

Pour toutes ces raisons, elles suscitent la crainte.

Vis-à-vis de ces différents problèmes, la médecine de la douleur a aussi ses bonnes et ses mauvaises élèves. Celles qui apportent avec elles une plus ou moins grande part de transgressions ; celles aussi qui « *travaillent* » bien, et celles qui « *travaillent* » moins bien. Distinguer les deux, même de manière un peu caricaturale, permet de mettre en avant ce qui est perçu comme 'son bien' par les professionnels ; cela donne des indications quant à sa philanthropie.

ORDRE ET DESORDRE 1/ : transgression du silence sur l' « imaginaire »	bonnes élèves	mauvaises élèves
Causalités magico-religieuses. Demande de reconnaissance du mystère.	non	oui++
Demande de reconnaître sa subjectivité	oui	oui+++
Connaissances du corps, pouvoir sur ce corps, accès au corps (garder la face)	oui	oui+++
Résistance, critique et désobéissance (au lien événements de vie-douleur, à la part du psy) (ambivalence /contrainte tour à tour demandée et rejetée)	oui	oui+++
Echec du soin	non	oui+++
Théâtralité ou tragédie, plainte « vaine » (labilité émotionnelle ; sensation pour le soignant d'être spectateur impuissant, de n'avoir pas d'autre demande que de regarder et d'écouter)	non	oui+++
« Érotisation de la relation » (séduction du médecin ; se fait l'objet des manipulations médicales ; modification du comportement en fonction du genre de l'interlocuteur ; appétence pour les descriptions corporelles ayant trait aux zones chargées sexuellement ;dialectique du dévoilement et de la dissimulations qui invite à un jeu de cache-cache)	non	oui+++
Immobilité	non	oui+++
Passivité	non	oui+++
Confusion et onirisme	non	oui+++
Absence de lésion visible	+/-	+/-
Faire durer voire répandre le conflit (cliver le personnel...)	non	oui++

ORDRE ET DESORDRE 2 : Confusion	bonnes élèves	mauvaises élèves
Narratif et pratiques de la patiente		
Médicaments confusiogènes (troublent la concentration et la mémoire, estompent les frontières entre veille et sommeil, nuit et jour)	non	oui
Confusion du discours	+/-, temporelle++, mais ne résistent pas à sa mise en ordre.	oui+++++
Perturbations de la communication (trouble mémoire, cognitif, hypoacousie)	non	oui++
Temps	pas de temps de plaisir, de repos. temps= travail+++.	désordre, confusion, inversion du nyctémère. Hors temps.
Mouvement	plutôt hyperactivité productive.	agitation ou au contraire immobilité
Balance plaisir/peine	trop peu de plaisir	confusion et ambivalence
Narratif et pratiques de mise en ordre qui y répondent		
Évaluations	oui	oui, difficiles ! très barbouillées ou au contraire non remplies
Bilan algofonctionnel	oui	oui, difficile ! Ne peut pas chiffrer, ne sait pas
Temps	recherche d' <i>équilibre</i> -efficace	patience++++
Mouvement	recherche d' <i>équilibre</i> -efficace	bloqué : étapes+++
Balance plaisir/peine	recherche d' <i>équilibre</i> -efficace	pas de douleur infligée ni d'effraction cutanée à part la baisse des morphiniques.
Adaptation du rites : narrations	<i>dosage</i> , Parole, Temps passé, maternage, créativité	empathie mais discipline : limites, étapes, sa responsabilité
Acteur mis en avant : femmes	oui, autant que les hommes, mais différemment	femmes d'abord, hommes présents en retrait, fait loi.
Réponse rééducative	oui++ : <i>dosage</i>	étape possible, mais pas tout de suite
Réponse réinsertion	non nécessaire, sauf <i>équilibre</i> loisir/plaisir	étape possible, mais pas tout de suite

ORDRE ET DESORDRE 3/ Violence et Conflit	bonnes élèves	mauvaises élèves
Narratif de la patiente et violence perçue de l'extérieur		
Histoire de violence subie perçue dans la vie personnelle	oui	oui
Effractions corporelles traumatiques	oui	oui
Le combat, la lutte : lieu et place dans le discours	se bat pour tenir, d'abord pour elle-même.	très présent. Se bat contre des agresseurs perçus, ou pour les autres (ses enfants...)
Conflits médico-légaux	non	oui. Très ambivalente. Demande de gestes invasifs et en conflit avec tous ceux qui les pratiquent.
Conflits familiaux	non, ou pas en position de victime.pas de revendication.	Oui, position de victime. revendication
Autres conflits (travail...)	non ou pas en position de victime.pas de revendication.	oui (injustices, harcèlement). revendication
Conflit intra-psychique ou ambivalence autour des gains attendus de la PEC	parfois présent au début, mais rapidement résolu après explications et écoute.	oui
Narratif collectif de l'équipe et solutions proposées		
Solutions intimes	prendre soin de soi. Redonner leur place aux relations du couple.	se battre pour et non contre. Faire le deuil de la situation antérieure idéalisée.
Solutions sociales	se faire plaisir. Loisirs créatifs (chant/poésie)	lâcher les conflits, contentieux...passer à autre chose
Solutions professionnelles	travailler moins	se remettre au travail sur un poste adapté, en acceptant éventuellement l'injustice de la situation.
Solutions totales	s'autoriser le bonheur. Se déculpabiliser (arrêter de se punir). Sortir de l'emprise de la violence subie.	sortir de la violence et de la dialectique coupable/victime pour passer à la responsabilisation, dans tous les secteurs de leur vie.
Résultats de la rencontre et narration co-construite : conflit avec elle ou au sein de l'équipe ou entre l'équipe et les soignants extérieurs ? ou pas ? lutter ou pas ? violence ou pas ?	reconnaissance des traumatismes antérieurs, en particulier de leur vie de femme et de mère. Amenées avec douceur et fermeté, mais sans combat, à faire plus de place au bonheur dans leur vie, et à être plus créatives.	objectifs posés minimalistes : étapes, conditionnées++ : la balle dans leur camp. Doivent être sujets de leur choix+++. Tendance aux conflits avec l'équipe, qui doit se garder de la contamination autant que de la violence à leur égard.

ORDRE ET DESORDRE 5/ Reconnaissance	bonnes élèves	mauvaises élèves
Leur demande initiale : présente, explicite, implicite	implicite	explicite
Par l'amour	oui	oui, manifestée sinon dite.séduction.
Par le droit : ALD, invalidité	non	oui
Par l'estime sociale : causalité biologique reconnue, résolution de contentieux avec le milieu du travail ou la famille (degré de handicap reconnu)	souffrance liée à la non reconnaissance présente, mais elles craignent souvent plus la pitié des autres que la non-reconnaissance	oui- cherchent à susciter la pitié.
Notre réponse	on propose d'autorité les trois axes et on les aide à accepter leur changement de statut, en douceur	on tend à refuser ou à conditionner les démarches de reconnaissance par le droit ou l'estime sociale tant qu'une alliance autour de leur quête affective n'a pas pu être établie.étape par étape.

ORDRE ET DESORDRE 6/ Identité féminine	bonnes élèves	mauvaises élèves
Narratif concernant les filiations féminines	présent mais peu développé	oui
Narratifs concernant les constellations féminines	peu fréquent	oui
Rapports chronologiques entre évènements de vie féminin et maternels et douleur (lien fait ou non)	Oui+ lien non fait: cas le plus fréquent	oui, Lien fait, et colère ou revendication de réparation.
Tâche professionnelle	vente, coiffure, secrétariat, enseignement. Niveau de reconnaissance supérieur aux mauvaises élèves.	peu qualifiée, au foyer, assistantes maternelle...
Place dans la famille des ascendants	trop tôt parentalisée	pas aimée.
Place dans la famille de son couple et de ses descendants	gère tout	dorlotée
Conséquences de la douleur sur la place familiale (asc)	ne peut plus tout gérer	rupture, conflit
Conséquences de la douleur sur la place familiale (couple+desc)	Incapacité perçue/ fonction maternelle Incapacité perçue /place de femme	plus dorlotée, mais lassitude chez les proches
Conséquences de la douleur sur les relations sexuelles du couple	+/-	oui diminution ou arrêt (non-dits, conflits)
Conséquences de la douleur sur la place professionnelle	Non : très longtemps, non	arrêt du travail
Conséquences de la douleur sur le réseau social (associations de femmes ?)	peu	Association de fibromyalgiques
Solutions ou miracles envisagés par les patientes (« je sais que je devrais..), mises en œuvre ou pas	Faire moins, doser, être moins perfectionniste, être plus patiente, demander plus aux autres	obtenir réparation en justice...ou arrêter de s'y attendre (mais ce n'est pas juste)
Réponse dans la PEC	Plus de femme, plus de désir	mise en avant de nos limites+++

2. Trois problèmes : le secret, la crainte, la pitié.

La culture qu'est la médecine de la douleur n'est pas spécifique de l'hystérique. Mais elle a des conséquences particulières s'agissant de la rencontre avec l'hystérique et des problèmes qui s'y posent.

a. Le secret : il est déplacé, « l'imaginaire » sort du silence, le terme d'hystérie y rentre.

Mme M et Mme V ont en commun d'être secrètes.

Ainsi, dans le cas de Mme V, le médecin responsable précise dans la synthèse du *staff*: « *Pas forcément utile de cacher les secrets de famille.* ». Au sujet de cette même patiente, la psychologue du centre de rééducation fonctionnelle qui la prendra en charge après l'hospitalisation au CETD précise : « *récemment Mme V a pu parler (du deuil difficile de l'enfant, et du secret qui a suivi) en famille et aux enfants et elle se sent soulagée* ».

Leur cas est particulièrement intéressant pour illustrer le 'passage' éducatif à travers la « balance des plaisirs et des peines », après la phase initiale de la **préadmission**. Il est marqué par l'attention portée au dévoilement de la parole, qui passe par un *travail* au corps. C'est une certaine parole qui est recherchée : la persistance de la plainte, du discours victimaire, est explicitement découragée. On recherche, comme le disent infirmières et médecins en coulisses, les « *nœuds* » dont le relâchement permettra la mise en mouvement global. Une certaine rivalité s'instaure entre soignants, et c'est à qui recueillera le premier la parole efficace, celle du dénouement. Les infirmières de nuit⁷⁰⁰ font souvent remarquer, à cet égard, le caractère privilégié de la présence nocturne pour obtenir cette parole. La tension entre infirmières et psychologue a aussi trait à cette rivalité.

Initialement, le discours de ces patientes est pauvre en termes d'émotions, hors la douleur ; elles s'expriment peu sur leurs ressentis ; peut-être ont-elles du mal à exprimer leurs

⁷⁰⁰ Au CETD, l'équipe tourne sur le jour et la nuit : il n'y a pas une équipe spéciale pour la nuit.

émotions, peut-être ne le souhaitent-elles pas, peut-être encore - comme on a pu le voir avec Mme M - ne pensent-elles pas que cela intéressera les professionnels, qui y « *perdraient leur temps* ». La prise en charge va les amener à parler. L'équipe pluridisciplinaire va alterner dureté et douceur, liberté et contrainte, dans ce but.

Elles vont bénéficier d'un temps de parole plus long de la part des infirmières et de moi-même. Cependant la parole elle-même est *travaillée* : la parole qu'il va être intéressant, pour le collectif professionnel, d'obtenir, n'est pas n'importe quelle parole.

Cette alternance va donc se manifester dans le *travail* de la parole elle-même, mais aussi, symétriquement, dans le *travail* du corps. Plus que chez d'autres, les **gestes** qui provoquent la douleur pour la soulager sont pratiqués : elles expérimentent intensément « la balance des plaisirs et des peines ». Plus que d'autres, elles sont tenues par corset, gouttières, rééduquées, renforcées, rassurées aussi : 'tenues' et 'contenues', d'une manière contraignante et éducative par le matériel médical (corset), et d'une manière maternante par la continuité - nuit et jour - de la présence infirmière.

Elles sont aussi encouragées à introduire plus de plaisir, de créativité et de liberté dans leurs activités quotidiennes, comme dans leur parole. D'une manière générale, la résultante attendue de ces tensions contraires se situe du côté de la remise en mouvement, au sens propre comme au sens figuré, vers plus de liberté et de créativité.

Les infirmières initient le mouvement et le rythme dans lesquels va s'inscrire la prise en charge. C'est leur ressenti intuitif, spontané, la tonalité de la relation entre elles et la patiente, qui va déterminer les stratégies que prend ensuite le médecin, qui mène sa barque sur 'leur' rivière. Elles remarquent sa difficulté à parler. Elles essaient de l'aider à le faire : « *confirme qu'elle a des difficultés à parler d'elle, à se livrer. Se donne comme objectif (...) de réussir un peu plus à verbaliser sur sa façon d'appréhender la prise en charge avec les infirmiers, ce qui fut difficile cette semaine* ».

Le médecin *équilibre* cette attitude : il ne cherche pas à la faire parler plus, en étant plutôt bref, 'sec' et incisif, mais en cherchant explicitement à la faire parler d'une autre manière au moment où elle s'adresse à lui. Là où les infirmières cherchent à libérer la parole, il la contraint. Voici comment les infirmières rendent compte de son intervention dans leurs transmissions : « *remise à jour des objectifs du soin et recadrage. Définition des objectifs et actions préventives quand au motif d'un éventuel échec... Mme M a bien compris et se met dans des dispositions de réussite* ».

Le lendemain : « *Données : intègre une partie de ce qui a pu être dit. Actions : Proposition d'activités à visée sociale et de lecture* ». Le surlendemain : « *se mobilise bien plus. Est allé voir le Dr M* » (ostéopathe-acupuncteur). « *Voyage dans le parc.* ».

La relative brutalité - cette 'sécheresse', dirais-je, délibérée - du médecin responsable de l'hospitalisation (lui-même s'étonnera qu'elle souhaite être suivie par lui au décours), cette rupture proposée (« *lui laisser le choix* ») n'est possible que parce que les infirmières assurent un étayage maternel et une continuité contenante : la patiente a le choix des médecins, et du rythme de la prise en charge, mais pas des infirmières. Elles sont là, c'est normal, c'est 'naturel', c'est ainsi. L'imaginaire maternel est ici frappant.

L'image qui me vient pour retranscrire les impressions que laissent ces prises en charge est celle du 'presse-citron' : il s'agit de faire sourdre de la parole et des émotions, que l'on ressaisirait immédiatement pour les remodeler, les reformuler, leur faire dire autre chose que 'j'ai mal' ou 'soulagez-moi', diffracter cette parole pour l'enrichir, la diversifier, et que se créent des liens : liens biographiques, liens en termes de sublimation possible. En amont, donc, le presse-citron : le médecin homme, les chirurgiens (une femme et un homme), le rééducateur (un homme). A l'action, les kinés (deux femmes et un homme). En continu, les infirmières (un seul homme dans l'équipe), et les intervenants de la sphère 'psy'. En aval, les professionnels de l'activité, professionnelle ou créative.

Dans leur 'presse-citron', les médecins n'hésitent pas à recourir à des techniques **invasives**. Ainsi, on voit comment l'intervention opportune de divers **gestes** infiltratifs, en particulier la 'descente aux enfers' au bloc opératoire pour les **névralgies d'Arnold**, intervient à point nommé chez Mme V comme chez Mme M, et dans le cadre indispensable de la coordination des différents acteurs, ici particulièrement les infirmières : pour faire sourdre, du corps, la parole, le ballet ordonné des différents acteurs, son rythme, sont essentiels.

L'idée qui fédère ici tous les intervenants est de créer du mouvement : « *se mobilise* », disent les infirmières, « *semble mobilisable* », dit le psychiatre, « *faire bouger en douceur* », dit le médecin responsable. Pour ce qui est des kinés, faire bouger est leur métier, et si leur parole n'est pas ici retranscrite (comme souvent du reste), le fait qu'ils se joignent à cet objectif commun est une évidence. A cet égard, le lapsus de l'infirmière qui évoque un « *voyage dans le parc* » à la

place d'une « *promenade dans le parc* » (qui est le terme habituel), est éloquent quand à la portée implicite de ce « *mouvement* » attendu de la patiente.

Avec la question du mouvement vient celle du rythme :

- rythme de la remise en mouvement : il est question de « *dosage* » et « *d'adaptation qualitative et quantitative* » de l'activité ;
- rythme de la prise en charge - sa séquence qui dépend, nous l'avons vu, de la cohérence des intervenants entre eux – vis-à-vis duquel l'attitude est la suivante : le médecin observe le rythme qu'elle prend spontanément, ici entre autres le temps passé par les infirmières, le temps qu'il passerait lui-même s'il rentrait dans une négociation tellement ponctuée de « *oui mais* » qu'elle n'aurait pas de fin. Il prend l'avis du psychiatre. Ils décident de ce qui leur semble être un bon rythme, et ceci est proposé à la patiente, qui est libre de le prendre, ou pas. En sachant que si elle n'accepte pas le rythme masculin proposé, fait de ruptures, de choix, de temps de séparation, elle prend le risque de perdre le rythme « *continu* » de la présence des infirmières. Cette « *continuité* », ce « *suivi* », cette cohérence globale est très remarquée par les patientes, qui y voient très souvent une des différences essentielles avec leurs expériences des prises en charge en clinique privée, où la présence infirmière n'a pas cette « *continuité* ». Ainsi Madame V : « *ça ne correspond pas du tout...rapide...classé en 5 mn...diagnostic de fibromyalgie...voulait hospitaliser tout de suite...manque de discussion.* »

Le résultat pour la patiente se décline alors beaucoup en termes de remaniements existentiels, et/ou « *de moral* » comme je l'indique moi-même dans le dossier de Mme M. Celle-ci évalue ainsi les résultats de la prise en charge : « *j'envisage d'avantage le futur. Je vais concrétiser. Profiter des moments où je n'ai pas mal.* » Je suis « *plus claire* », je vais « *plus profond* », j'ai « *bien réfléchi* ». « *Je ne cherche plus l'impossible* » « *comment ne pas partir sur la mauvaise pente...j'ai tendance à glisser* ». Voici, à la fin de l'hospitalisation, le bilan qu'en font les infirmières dans leurs transmissions : « *contente des deux semaines d'hospitalisation. Trouve qu'elle a pu réfléchir différemment sur elle-même. Désire continuer le travail entrepris, rester dans dynamique qu'elle a trouvé. Bouge +++.* Fait des tours dans le parc même si ça la fatigue ». Une « *dynamique* », c'est-à-dire un mouvement plus un temps, une direction de voyage plus un rythme. Mme V va modifier l'alternance de son

organisation professionnelle et de sa vie de famille - son temps de travail. Mme M va se tourner vers la poésie.

La prise en charge au CETD est particulièrement efficace pour ces patientes : elles en sont satisfaites, et la plainte douloureuse disparaît - la douleur pas toujours, mais elle la « *vivent mieux* », la « *gèrent mieux* », elle n'est plus envahissante. Occasionnellement, la douleur peut de nouveau les gêner, mais on s'aperçoit alors que tel traitement a été arrêté et on le reprend, ou que tel geste remis à plus tard peut être fait maintenant. Si une souffrance persiste, elle est dépressive, et traitée comme telle.

Ce renvoi vers la catégorie **dépression** témoigne du fait qu'à côté de la remise en mouvement et en rythme, il y a eu une remise en 'nom', en ordre, en loi, qui permet un retour vers les catégories habituelles de la biomédecine. Mais cette mise en ordre ne s'est pas faite de manière arbitraire. La patiente a été entendue, longuement. Son avis a été sollicité. Elle a pu faire des choix. L'équipe a cherché à comprendre ce qui faisait que cette catégorie ne lui convenait pas, en s'astreignant elle-même à partager la souffrance sans la penser d'abord de manière catégorielle ; sans puiser d'abord dans la biomédecine des catégories qui de toute évidence ne constituaient pas pour la patiente des analogies satisfaisantes pour ce qu'elle ressentait : « *ce n'est pas dans la tête* ». Le temps d'écoute sert à cela.

Pour Mme V comme pour Mme M, la parole qui a pu, dans cet espace vide de catégorie, être dite, puis co-rédigée, a trait à la mort, et à la mère. Dans le cas de Mme V, très précisément, à la concomitance, si particulière dans son histoire, de la vie (gestation) et de la mort (de ses proches, ou de ses bébés, dont l'un est effectivement décédé et l'autre est passé bien près de la mort).

Je parlais plus haut du « lieu/temps secret » des patientes, du territoire sacré, ou tabou. Ici, tout se passe comme si revenir sur la mort des proches consistait à remettre leur « *secret* » en sécurité dans leur « lieu/temps secret », d'où il pourra avoir une évolution moins douloureuse pour elles, après l'avoir suffisamment mis à jour pour qu'il puisse être collectivement remodelé, remodelage qui s'accompagne d'une narration. La tentative de Mme V de chercher ainsi un lieu de sécurité pour son bébé mort-né, en cachant sa photo dans la chambre de l'enfant qui est né après, en dit long sur le caractère nécessaire de cette procédure. Pour ces

femmes, manifestement, le secret des morts ne se 'range' pas dans « *la tête* », mais dans un autre lieu plus sacré, qu'il va falloir, sans le dévoiler, et sans le voir, les aider à trouver.

La cause de « *son problème* », telle que Mme V le dit elle-même, non sans qu'il n'ait fallu voyager ensemble à travers son récit vers une « origine enfouie » qui est sienne, a trait au temps : « *mon problème : je crois que ça va s'arrêter demain* ». Le travail du CETD s'est alors concentré sur un apprentissage du temps, de l'attente, du temps 'mort', de la patience. En terme pragmatiques, cela donne : la remettre dans la perspective du moyen et du long terme, et organiser son temps différemment. C'est le temps qui guide vers le lieu sacré, non l'espace.

Le CETD a ainsi répondu à 'ses causes', mais aussi aux siennes, quelque interprétatives ou intuitives qu'en ait été la nature :

Les interprétations utiles à l'équipe ont d'abord été celles des infirmières : « *Ne se lâche pas* ». N'est pas prête à être « *actrice de la prise en charge* ». Des « *nœuds à défaire* » (autour de la relation à ses enfants et en particulier de la mort de l'enfant in utero : se sent coupable). Est « *dans le tout ou rien* » : ne sait pas « *doser* ».

A besoin de « *prendre du temps pour elle* ». « *Nécessité de définir des priorités et faire des choix personnels* »

Ainsi la parole des professionnelles femmes, et tout particulièrement des infirmières - a été essentielle pour reconnaître et *accompagner le changement*. Elle s'est associée à un *travail* au corps centré sur la flexibilité, par les kinésithérapeutes et les ostéopathes, pour introduire de la souplesse, du mouvement physique autant qu'émotionnel. L'activité musicothérapie a donné lieu à quelque « *révélation* » et « *dénouage* ». Tous les professionnels ont poussé de concert à une réflexion sur l'adaptation du temps de travail, pour faire place à plus de repos, plus de détente.

Si chamanisme il y a ici, le voyage engagé parallèlement par les professionnels et la patiente aura aussi eu pour moyen et pour but de 'changer de mythe' : sortir du mythe du héros guerrier, c'est dire pour le médecin : accepter qu'elle exprime son désaccord, remette en cause l'équipe, discuter, s'adapter, l'entendre ; mettre en valeur l'attente nécessaire, ne pas s'impatienter. Pour elle, apprendre qu'il ne s'agit pas ici de s'agiter et de se battre, ni de repousser sans fin ses limites ; accepter de s'arrêter et de se reposer ; accepter aussi qu'on ne peut pas faire disparaître rapidement son problème, et qu'il s'agit de laisser émerger son

origine enfouie, de cesser de lutter contre cette émergence, de lui faire face, sans chercher à le maîtriser, au prix de la tristesse, même. Cesser de se battre n'est pas perdre la face, n'est pas manque de courage ; c'est juste laisser faire le temps. On pourrait illustrer ce **changement** par cette phrase : « Celui qui se résout ne renonce pas. Il se libère ». ⁷⁰¹

Il a fallu dans une certaine mesure, lever le secret, révéler, dévoiler. Mais avec quelles précautions... le temps passé par les infirmières a été considérable ; les effractions cutanées utilisées de manière concertée, à un moment qui est décidé par le médecin suite au constat de blocage des infirmières, ont eu un effet indéniable de facilitateur de la parole, mais seulement parce que l'émotion suscitée a pu immédiatement être accueillie et mise en mots. Elle a ainsi contribué à amener l'équipe et la patiente, ensemble, vers « l'origine enfouie » des chamans, qui a trait ici au deuil, et au temps. *L'alliance thérapeutique* a été au centre du travail, comme l'offre d'un lien pour en remplacer un autre, *alliance* qui se crée avec l'effraction des limites corporelles, la prise de pouvoir radicale du médecin, la 'descente aux enfers', à l'intérieur du tissage contenant du maternage par la parole et le soin du corps.

Dans la prise en charge de Mme V, la synthèse des notes prises par les professionnels met en avant la recherche d'une harmonie et d'un *équilibre/dosage*, qui passe au début par un *travail* au corps des « *nœuds* », des liens et des limites, jusqu'à la purification par l'eau : les larmes, ce « *lâchage* » recherché par les infirmières ; le *travail* accompli se pérennise ensuite à moyen terme par *l'alliance* et la recherche d'un *équilibre/dosage* ayant trait au temps et au mouvement, et espère s'installer dans le long terme par l'expression narrative et créative, tout ceci convergeant autour d'un but à demi explicité : *dé-passer* l'association entre gestation et mort .

*

On voit bien dans le cas de Mme M et de Mme V que le secret de la patiente pose problème à l'équipe : au médecin, dont il faut contenir, équilibrer, les procédures physiques intrusives, la sécheresse des paroles, les velléités éducatives ; aux infirmières, chez qui une rivalité s'instaure pour faire s'écouler la parole tant désirée, et que parfois le psychiatre doit contenir, en recommandant de respecter le silence de la patiente. C'est qu'à ce moment-là elles sont

⁷⁰¹ Ségur & Szalewa, *Le Roi des méduses*, collection « Conquistador », Delcourt, Paris, 1997.

spectatrices de la patiente plus que la patiente n'est spectatrice du théâtre médical. La catharsis attendue serait aussi leur soulagement. Travailleuses et volontaires, ces patientes posent en revanche peu de problèmes aux kinésithérapeutes. C'est que leur lieu sacré, leur analogie pour le lieu sacré de la personne, se rapproche plus du leur. Il est situé dans la matière de l'être, mais une matière en mouvement, une matière soumise au temps, une matière qui voyage.

Elles ont certes un problème avec 'le régulateur de vitesse' de leur véhicule, qui est tombé en panne quand quelque chose qui a trait à la mort est tombé dans le silence, ce qui l'a privé du « plaisir de la cicatrice »⁷⁰².

Mais leur silence ne fait guère qu'épouser celui de la biomédecine : mettez sous silence ce terme d'hystérie, mettez sous silence ce terme de « tête », et sortez au contraire du silence « l'imaginaire » pour écouter ce qui a frappé leur imagination : Alors, elles parlent, sans résistance. La résistance ne vient pas d'elles : elle vient de ce qu'elles croient intéressant pour nous, et de l'absence préalable d'analogie entre leurs expériences et les représentations biomédicales explicitées, connues et reconnues. Ce qui a frappé leur imagination, c'est invariablement une expérience de la mort, de la gestation, ou des deux, expérience dont toute la profondeur cryptique n'a pas trouvé à s'exprimer jusque là, faute de lieu qui fournisse à cette expérience une analogie satisfaisante en ce qu'elle concerne autant le corps que l'âme, et manifeste aussi un intérêt pour ce que peut être pour une mère que de vivre dans son corps l'interruption de la vie.

Pour la médecine de la douleur il y a donc bien problème, aussi ; mais elle s'attelle à ce problème, *travaille* le corps autant que l'âme, *travaille* le temps et le mouvement, s'intéresse, encourage l'imaginaire et la créativité, imagine avec la patiente de nouveaux récits plus efficaces, qui passent par l'élaboration de nouvelles catégories de la souffrance, et la légitimation en particulier de souffrances féminines et maternelles.

Il va donc s'agir de proposer une analogie adéquate pour des situations de souffrance qui font peur aux uns comme aux autres et ont trait à la vie, à la mort, et à la sexualité féminine. Faute de quoi se met en place une escalade symétrique d'interprétations et de projections craintives qui conduisent au conflit. Cette analogie passe par un *travail* qui a trait au temps, et dont les chefs d'orchestre sont, à égalité de pouvoir, mais dans des positions qui marquent les différences traditionnelles de leurs rôles, les infirmières et le médecin.

⁷⁰² Traduction de l'expression "pleasure of a scar" utilisée dans le poème cité plus haut de Ondaatje M., *The Cinnamon peeler, collected poems*, Bloomsbury, London, 2004.

b. Le problème de la crainte :

Dans la tragédie, nous dit J. Pigeaud, « la crainte c'est, fondamentalement, **la crainte de la mort.** »⁷⁰³

Omniprésence de la préoccupation de la mort

La mort, est présente de multiples manières dans « *l'imaginaire* » des patients et des professionnels de la médecine de la douleur.

On l'a vu à travers les questions si particulières qu'adresse la **culture douleur** à l'histoire de la médecine.

C'est aussi tout le paradoxe de cette médecine : au CHU de Nantes, la **douleur cancéreuse** et la **douleur non cancéreuse** relèvent, on l'a vu, de prises en charge différentes. La médecine de la douleur est donc, paradoxalement, un domaine médical d'où le mourir est exclu des préoccupations. Par définition, les professionnels ne s'occupent, au CETD, que des problématiques dont les éventuelles lésions ne **mettent pas en jeu le pronostic vital**.

La lutte contre le mourir n'est donc pas, comme dans l'essentiel de la médecine d'organe, au centre des stratégies médicales et en particulier des préoccupations des professionnels. Malgré cela, ou peut-être à cause de cela, la même chose ne peut pas être dite de la mort en général. Car la mort, dans l'imaginaire, c'est certes le mourir (et ses monstres sanguinaires), mais c'est aussi l'après-mort. Or, lorsqu'il est soumis à une crise existentielle - telle que celle que peut occasionner la douleur - ou pour le formuler autrement, lorsqu'il est pris dans cet « appel à l'ordre du monde » qu'occasionne la souffrance, les représentations de l'après-mort font partie des ressources dans lequel les humains puisent pour mettre en perspective ce qu'ils traversent, trier leurs priorités, se déterminer, faire des choix, écrire le récit acceptable de leur existence⁷⁰⁴.

⁷⁰³ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine, La Manie, op.cit.*, ici p. 174.

⁷⁰⁴ C'est entre autre ce que dit C.G. Jung dans : Jung, C.G., propos recueillis par Aniëla Jaffé. *Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, collection « Folio », Gallimard, Paris, 1973.

Mais dans une civilisation où le mythe est dormant, le rite dégradé, et qui répond à la crainte du mourir par l'illusion de l'immortalité et les blancs héros de la médecine, les mythes de l'après-mort et leurs significations efficaces sont difficilement accessibles.⁷⁰⁵

*

Je disais que la mort était omniprésente en médecine de la douleur. Comment ?

Elle est présente dans l'expérience de la douleur chronique :

La douleur, *a fortiori* quand elle dure et ne s'explique pas : « ce n'est rien » (I. Illich), génère l'angoisse d'une maladie grave qui serait passée inaperçue ; derrière cette angoisse d'une erreur diagnostique, c'est l'angoisse de la mort qui se profile. L'attention de la patiente est comme captée par la crainte que le médecin n'ait pas vu que les monstres du mourir sont à l'œuvre ; comme hypnotisée par eux, elle se détourne de ce qui fait la substance quotidienne de son mal-être.

Quand la douleur chronique s'installe, comme c'est souvent le cas chez les patientes de notre étude, après 40 ans, l'angoisse spontanément évoquée par les patientes est celle du vieillissement : La perception d'un corps dégradé, abîmé, et son cortège de handicaps perçus ou réels par rapport aux tâches précédemment acquittées renvoient à une image de la vieillesse : dépendance perçue vis-à-vis des proches, lenteur à se mouvoir et à changer de position, raideur, boiteries, chutes, nécessaires adaptations de l'environnement matériel (coussins orthopédiques, lits adaptés, voire orthèse, béquilles, corsets...). La douleur marque ici, dans leur « *imaginaire* » le passage, l'entrée dans la phase de la vie qui précède la mort. Chez ces femmes qui bien souvent ont construit un lien étroit entre existence et utilité, l'angoisse est forte d'aborder une telle période.

Le contexte social et culturel occidental ne contribuent pas à ce que ces femmes puissent percevoir sens, utilité, épanouissement dans le vieillissement, même pas dans l'attente de la mort, à une époque où l'imaginaire semble n'avoir plus rien à en attendre. G. Ernst⁷⁰⁶ décrit une époque qui voue au corps un culte tel qu'il faut à tout prix en retarder le vieillissement. Une époque aussi qui dénie la mort - et la médecine et la biologie sont les premières forces

⁷⁰⁵ Voir à ce sujet Ernst G., « Mort », *op.cit.*

⁷⁰⁶ Ernst G., « Mort », *op.cit.*, ici p. 1381.

armées sur lesquelles s'appuie ce déni - et qui laisse, en lieu et place du dialogue mythologique avec la mort qui a traversé les siècles, le silence.

Cette angoisse du vieillissement - et derrière le vieillissement, même si et peut-être d'autant plus parce qu'elle est passée sous silence, la mort - est plus marquée encore si surviennent de façon concomitante la ménopause, ou une hystérectomie, le départ des enfants du domicile, la naissance d'un premier petit-enfant, la mort d'un proche (un membre de la fratrie, un ami, un parent ou un beau-parent, voire un grand-parent) : ces confrontations avec le temps qui passe, la fin d'une époque marquée par la génération et la vie (maternité), la fin définitive de sa propre enfance et son accès au statut de 'génération la plus âgée', sont fréquemment des événements de vie repérés comme déclencheurs d'une chronicisation de la douleur ou/et d'une aggravation de son retentissement.

Elle est présente dans une forme de « mort sociale » :

Perte de l'emploi, du statut, de la 're-co-naissance'. Ce qui était construit d'estime de soi-même à travers la possibilité d'une estime sociale, s'effondre, d'autant plus quand s'y mêlent des contentieux médico-légaux qui viennent ajouter l'illégitimité au mépris, et condamner la réalité de ces personnes à n'être pas 'vraie' pour le social : pas 'vraie', médicalement, pas 'vraie', légalement, leur souffrance n'existe pas pour les autres. Pour peu que la « reconnaissance de soi par soi » évoquée par A. Honneth⁷⁰⁷ ne soit pas suffisamment solide, c'est toute la personne qui se perçoit, littéralement, comme inexistante, symboliquement morte pour le social.

Elle est présente, dans l'expérience de la souffrance :

Si la vie c'est un récit qui se construit, que reste-t-il, sinon l'expérience de la mort, quand le fil narratif ou le tissu narratif est brisé ?

Elle est présente dans l'histoire de vie des patientes : morts multiples parmi les proches, risques de mort ou violence/danger importants dans l'enfance, traumatisme (AVP, grande chirurgie...) initial même sans lésion (whip lash, AND), accompagnement de la mort d'un

⁷⁰⁷ Honneth A., *Lutte pour la reconnaissance*, op.cit.

proche, évènements obstétricaux mêlant vie et mort : IVG, MFIU, naissance d'un enfant mort-né.

Parmi les hystériques, nombreuses sont celles qui ont eu à vivre des deuils éprouvants - soit par leur brutalité, soit par les formes des maladies responsables - et répétés. Certaines, dès l'enfance (Mme U, Mme B) ; d'autres, plus tard dans leur vie (Mme V, Mme M); d'autres encore, tout au long de leur vie. Ces deuils apparaissent alors souvent au premier plan du récit, comme étant l'accroc dans le tissu narratif, là où son déroulement bute, devient confus, surchargé d'émotion et d'interprétations plus ou moins explicitées (ayant trait au rôle joué par la patiente dans cette mort), ou au contraire, comme vidé de son contenu émotionnel. Le récit perd en tout cas sa fluidité.

Un rapprochement entre les circonstances de la mort de ces personnes et la situation médicale présente des patientes est alors fréquent : soit de par la similarité des symptômes (par exemple la fin de vie d'un proche où la douleur a été au premier plan, et perçue comme mal soignée), soit par la similarité des relations au monde médical qui entoure les deux circonstances (une démarche diagnostique longue et ponctuée d'errements, le médecin qui ne croit pas ou n'entend pas), soit par la force du lien préexistant entre la patiente et la personne décédée, soit encore par le lien perçu entre la mort, le vieillissement, et les conséquences de la douleur dans la vie de la patiente (perte d'autonomie, sentiment d'être percluse de douleurs comme une vieille femme, coïncidence avec la ménopause, le départ à la retraite, la naissance du premier petit-enfant...), soit par une combinaison de tout cela.

Dans certains cas, assez fréquents, et d'autant plus qu'il y aura eu répétition de circonstances similaires, la patiente semble aux prises avec une question qui ne peut pas, compte-tenu de notre culture contemporaine, s'exprimer comme telle ? Cependant, des expériences répétées de l'efficacité de la prise en compte de « *l'imaginaire* » que cette question implique m'incitent à penser qu'elle est bien présente. Il s'agit d'un sentiment confus que la répétition de ces circonstances de confrontation avec la mort n'est pas due au hasard. Que la vie les interroge, et qu'elles doivent écouter, et répondre. Mais comment ? Si elles vivaient dans un système chamanique, cette interrogation trouverait peut-être écho, sens, forme, catégorie et langage, dans le sentiment d'une éléction ; si elles connaissaient le mot, elles diraient peut-être aussi qu'elles se demandent si elles n'ont pas hérité de leur rôle au moment de cette mort une fonction de psychopompe : de témoin privilégié de l'instant même de la mort, d'accompagnatrice dévouée plus ou moins explicitement élue par une famille qui s'est moins impliquée qu'elles-mêmes, elles ont absorbé en elles quelque chose de l'instant du passage de

la vie à la mort, de cette expérience aporétique, des dernières paroles aussi du mourant, et les parallèles avec leur situation actuelle (comme par exemple se trouver dans le même hôpital qu'elles ont tant fréquenté quand elles accompagnaient le mourant) mettent en jeu et réactivent ces interprétations et ces mises en sens à peine conscientes qu'elles ont pu faire alors, qui sont parfois teintées de pensée magico-religieuse déliée de toute tradition collective.

On peut ici m'accuser d'interprétation, bien sûr. Ce que je peux dire c'est qu'en tant que médecin, si je ne me l'interdis pas, c'est dans cette direction herméneutique que je perçois que le vécu de la patiente m'emmène. Ne pouvant en dire quelque chose – faute de catégorie légitime - j'en fais quelque chose. Nous *travaillons* ces deuils. Nous les amenons dans le problème, dans la matière même de ce qui va être *travaillé*.

La **prise en charge** de telles patientes va alors inévitablement engager cet « accroc », ou ce « *nœud* », soit en rapprochant les berges de l'accroc, soit en dénouant les fils trop tendus, soit en mettant une pièce... ce travail de couturière, qui requiert parfois une précision et une intuition « *d'orfèvre* », est là aussi orchestré par le ballet pluridisciplinaire des différents acteurs, qui se partagent, qui le maternage et les larmes, qui le renforcement du corps et de ses structures, qui la « *coup-de-pied-au-cul-thérapie* », qui la mise en sens et la reconstruction narrative, avec l'appui de ressources imaginaires, symboliques, créatives, 'structures' de l'esprit.

Le processus de cette reconnaissance de 'la question du psychopompe' est difficilement explicable. Il ne trouve d'analogie que dans les descriptions faites par J. Pigeaud de la naissance des métaphores qui vont donner leur nom aux symptômes : une expérience est décrite par la patiente, et nous cherchons, elle et moi, des analogies pour la décrire. J'en ai (le psychopompe) ; elle n'en a pas, parce que la médecine n'en offre pas, et la société, guère plus, sauf à se tourner vers des traditions ésotériques ou des pratiques magiques qui n'ont pas la faveur de toutes. Faute de pouvoir verbaliser mes analogies - c'est évidemment interdit - je les contourne, et découpe ce « *gros problème* » en « *petits problèmes* » qui ne sont pas, eux, interdits. J'imagine pour moi-même les conséquences qu'auraient dans sa vie ces interrogations si elles les formulaient, les modifications qu'elles imprimeraient au sens qu'elle lui donne, et je l'interroge, sans faire le lien, sur ces conséquences. Ce qui est frappant là encore, c'est que ça 'fonctionne' : la relation s'en trouve renforcée, elles se sentent « *crues* », et leur parole s'en trouve libérée ; là où elles « *résistaient* » à toute évocation de la cause psychique, elles parlent

sans aucune résistance ; ce qui est frappant aussi, c'est l'interdit qui frappe cet « *imaginaire* », et l'impossibilité de trouver pour ces expériences de voisinage avec la mort des analogies ailleurs que là où elles sont autorisées, c'est-à-dire dans la médecine.

Qu'y a-t-il donc de si étonnant à ce qu'elles se tournent vers la médecine pour construire un sens à leur récit ?

La médecine n'est-elle pas aujourd'hui, parmi les institutions, celle qui accompagne les mourants et leur famille, celle qui discourt sur « **l'accompagnement à la mort** », celle qui tente de donner sens au passage de la vie à la mort en offrant des explications ?

Lors d'une conférence ayant trait à l'ethnopsychiatrie, les praticiens présents rappelaient que des patients issus de systèmes de représentations de la maladie autres que la biomédecine ne vont pas forcément remettre en cause les explications médicales, mais qu'ils vont y ajouter un pourquoi, métaphysique par exemple : certes, il est mort d'une infection... mais pourquoi lui, pourquoi maintenant ?...

En France aujourd'hui, quand une personne est confrontée à la mort d'un proche, les seules réponses collectives et institutionnalisées sont fournies par la médecine : au delà, il n'y a plus que des significations individuelles. Et c'est encore la médecine qui, avec l'appui de la 'psy', est en position d'accompagner la recherche individuelle de signification... ce qui fait d'elle malgré tout un accompagnateur institutionnel de la mort, et la productrice d'un certain récit qui va au delà des explications scientifiques.

On a vu que pour cela ses praticiens disposent d'une certaine initiation. Les structures collectives, imaginaires, symboliques, mythologiques aussi, de la mort, sont, dans notre société, largement dormantes et tenues sous silence ; ce qu'il en reste est, parmi les institutions, confié le plus souvent à la seule médecine, avec parfois l'appui de la 'psy' et/ou de la loi (cf. les débats sur l'euthanasie), mais les unes et les autres étant bien en peine de rendre compte de leur responsabilité collective vis-à-vis d'un tel enjeu symbolique. Je ne sais plus quelle philosophe a dit - je l'entendais l'autre jour à la radio - que pour être responsable, il fallait savoir imaginer. Or, nous ne nous autorisons plus, collectivement, à imaginer la mort ; nous nous contentons de lutter contre le mourir.

Bien souvent, le ou les deuils, pour actifs qu'il(s) soi(ent) dans la pathologie du point de vue extérieur et pragmatique du soignant, sont souvent entouré(s), au début, dans le discours du patient, du même halo de secret, et d'une chape de silence. Il faudra donc d'abord parvenir à tisser des ponts vers le secret enfoui sous des années de silence, silence que bien souvent les

circonstances certes familiales, personnelles, mais aussi médicales, sociales et culturelles du décès ont contribué à établir en n'autorisant pas la parole et la mise en sens collective sur le moment. Si la plaie demeure béante, c'est la cause psychique qui est évoquée. Mais la 'psy' non plus ne propose pas d'analogie satisfaisante pour de telles expériences.

Ce 'secret' est tellement perceptible à l'intervenant extérieur que le monde médical a même un terme, pas universellement 'homologué' mais fréquemment utilisé pour le décrire : celui de « **dépression masquée** ». Terme plutôt médical que psychiatrique mais qui renvoie à la psychologie de la patiente, et donc à la responsabilité du patient dans la levée de ce silence, ainsi qu'à sa culpabilité s'il *résiste*, mais qui n'ouvre pas sur la prise en compte de la responsabilité du contexte médical, social et culturel dans la construction de la tour d'ivoire où il semble se retrancher.

La médecine de la douleur tend plutôt, dans mon expérience de terrain tout du moins, à récuser ce terme. Ce n'est pas étonnant. En effet, sa récusation implique, dans la pratique, de considérer les aspects fonctionnels, sociaux, culturels, autant que psychologiques, des mises en sens qui seront nécessaires *a posteriori* pour rétablir la fluidité du narratif. La mise sous secret de souffrances ne concerne pas que les décès ; d'autres blessures peuvent conduire à la construction collective de semblables tours d'ivoire, où se trouvent piégés les patients. Mais dans le cas qui nous occupe ici, celui des décès, il est question aussi de la gestion collective du mourir et de la mort, et de la place de la médecine dans cette organisation ; de la place que la médecine a occupé lors des décès, autant que de la place différente que la médecine de la douleur accepte de prendre, quitte à porter seule, implicitement, une remise en question de l'organisation globale du mourir et de la mort dans notre société. Il y a, dans cette dimension de la prise en charge, comme un rite funéraire *a posteriori*, dans sa fonction de rite des endeuillés. Mais un rite qui se pratique dans l'enclave d'une pratique médicale qui n'est encore qu'en cours de légitimation, et même hétérogène dans ses pratiques au point de vue national.

On retrouve aussi ici le « secret » évoqué plus haut - les patientes « secrètes » - et la problématique du lieu/temps du sacré. Ce « secret », où se joue un imaginaire puissant, ayant trait à la mort dans ces deux dimensions imaginaires : le mourir, et l'après-mort, n'est pas sans rapport avec le « *mystère* » évoqué plus haut par les médecins, s'agissant de la source de la parole efficace recherchée : en effet, c'est cet espace de silence qu'il va falloir *mobiliser*, et à qui il va falloir 'donner vie' : c'est-à-dire lier avec le retour à la vie après une longue période

« hors-temps » marquée par la douleur. Ce *travail* se fait par un *travail* de la temporalité ; parmi ces questions liées au temps, il y a celle de l'organisation séquentielle des intervenants ; celle de la triangulation médecin-psychiatre-psychologue en constitue l'ossature principale ; au centre de ce triangle, la patiente et son « *mystère* », et les kinés, l'ostéopathe, la musicothérapeute/sociothérapeute/oblate/anesthésiste : ces professionnels et leurs lieux sacrés 'touchent' le plus la patiente, au propre comme au figuré ; autour, la présence infirmière est comme le cercle circonscrit à ce triangle, et fournit à l'expérience du patient contenant et continuité. Le lieu sacré de l'hystérique, c'est l'ensemble de cette figure géométrique dont elle occupe seule le centre inviolé.

Elle est présente dans la relation patiente/professionnel

* pour la patiente :

On a vu que la « **nécessité de changement** » (des attentes vis-à-vis de la médecine, des priorités, du rythme de vie, de la façon d'être à soi-même et à son corps en particulier, de la façon d'être aux autres, des dynamiques dans le couple, parfois de vision du monde et de soi dans le monde... avec un lâcher-prise par rapport aux conflits anciens ou aux échecs et aux deuils anciens) était l'un des grands mots-clefs de l'interaction entre la patiente et les professionnels. Parmi ces **changements**, ceux qui sont cardinaux ont trait au rythme, et donc au temps. Or, nous l'avons vu également, le temps est, dans l'imaginaire, étroitement lié à la mort. Quand nos patientes s'agitent d'autant plus que l'angoisse de leur douleur les possède, c'est la mort qu'elles fuient. Or si la médecine doit changer pour les accueillir efficacement, c'est également sa fuite du temps, celle par laquelle elle tente d'échapper à la mort par l'agitation brouillonne et l'hyperactivité, qu'elle doit changer.

Nous avons vu que pour G. Durand, le changement est, de manière très archaïque, surdéterminé négativement comme étant la première et la plus fondamentale des craintes de l'humain. Changer, accepter le changement, c'est toujours mourir un peu ; la médecine de la douleur le dit clairement : changer c'est avant tout « *faire des deuils* », de sa situation antérieure, d'une réparation possible (vengeance, réhabilitation, reconnaissance sociale)...

* Pour le médecin et les soignants face au patient douloureux chronique :

Quand le biomédecin élude « *l'imaginaire* », c'est bien évidemment de l'imaginaire du patient qu'il s'agit. Le sien, d'ores et déjà, n'existe pas - au point que le redire n'est pas nécessaire, c'est un fait acquis : il est tombé, par son apprentissage rituel du corps mort, dans la « faille épistémologique ». Cet « *imaginaire* » que je mets entre guillemets et en police *corsiva*, c'est pourtant celui de la patiente tel que le médecin... se l' imagine. Il y a bien un imaginaire médical, mais la biomédecine lui attribue une origine qui est intégralement dans la patiente, et surtout quand il s'exprime, est représentée comme étant sans aucun rapport avec les catégories et stratégies médicales. D'un côté, la patiente imagine, de l'autre, le médecin sait. La médecine de la douleur, nous l'avons vu, se démarque très nettement de cette attitude. La médecine, le médecin, ont aussi un imaginaire, et il va falloir pénétrer ce territoire pour apprendre à l'utiliser dans la relation, et les stratégies du soin et de la guérison.

D.B. Morris, autant que M. Houseman⁷⁰⁸, rappellent chacun à leur manière que faire l'expérience de la douleur, c'est toujours faire l'expérience d'une violence représentée comme émanant de l'extérieur. Douleur et violence sont intimement liées, tant dans la réalité des histoires des patientes très souvent effectivement victimes de violence, que dans l'expérience même de la douleur. En outre, la douleur est un instrument universel du rite d'initiation, ces rites qui visent à canaliser la violence fondamentale, et donc la mort (pour R. Girard, la mort n'est jamais que la forme la plus extrême de la violence) : douleur, violence et mort sont intimement liées, et ce de façon universelle dans les communautés humaines, au point qu'il y a un lien entre fonction de la douleur infligée (et toute douleur est vécue comme infligée), et modalités collectives de protection contre les violences perçues comme émanant du monde extérieur, la pire d'entre elles étant la mort. La pensée biomédicale voudrait nous faire croire que, sous prétexte de scientificité, la civilisation occidentale échappe à cette association de toute manière largement inconsciente, ou ignorée, ou méconnue des protagonistes eux-mêmes, toutes civilisations confondues⁷⁰⁹. L'expérience des patients ne va pas dans ce sens. Les recherches en médecine de la douleur, non plus.

⁷⁰⁸ Morris D.B., *The Culture of pain*, *op.cit.*; Houseman M., « Une perspective anthropologique sur la douleur chronique », *op.cit.*

⁷⁰⁹ Girard R., *La Violence et le Sacré*, *op.cit.*

Nous avons vu qu'organiser c'est, étymologiquement, rendre la vie possible. La désorganisation, la confusion, le désordre, c'est la violence et c'est la mort.

La confusion, qu'elle soit temporelle ou spatiale, ou abolition des frontières intérieur/extérieur (la question du **pare-excitation** en psychanalyse, et aussi le « moi-peau » d'Anzieu), ou l'envahissement par les affects, ou troubles cognitifs (liés aux médicaments et à une recherche onirique), dont souffrent souvent les hystériques, s'oppose à la mise en ordre et à l'organisation nécessaire au soin.

La prise en charge va lutter activement contre cette confusion, pour rétablir un ordre perçu comme essentiel, aux professionnels autant qu'à la patiente. C'est ce qui viennent justifier les multiples procédures **d'évaluation** utilisées (et tant critiquées par la psychanalyse) en médecine de la douleur ; **évaluer**, c'est fixer des repères dans la nuit de la perception, de la pure subjectivité de la douleur ; c'est commencer à communiquer, à échanger, à parler un *langage commun* ; c'est sortir du « hors-temps » pour pouvoir se fixer des objectifs dans le futur, comparer avec le passé, nommer quelque chose du présent qui soit communicable, quand la souffrance reste essentiellement unique et incommunicable. Cependant, la mise en ordre peut - on l'a vu avec Mme A - rencontrer chez les patientes des difficultés, voire des résistances. L'issue de cette négociation, parfois de ce conflit, déterminera largement la suite de la prise en charge : en l'absence de mise en ordre possible, pas de prise en charge possible.

La médecine de la douleur procède aussi par la remise en cause des positions habituelles profane/initié : elle pose, comme préalable à la prise en charge, la similitude de la position des professionnels et des patientes ; tous deux partagent la méconnaissance de l'espace de « *mystère* » d'où émergeront, peut-être, des solutions. Les professionnels confessent, à tout moment, l'impuissance relative de leur technique à résoudre seule le problème amené par la patiente ; on lui retourne la question : « *qu'en pensez-vous ?* »

Les modifications de l'espace sacré et de l'accès à la parole sacrée vont également dans le sens d'une accentuation de la symétrie des relations patients-professionnels. On a vu qu'ici la parole qui retient l'attention est 'la parole du corps'. On a vu que ces patientes, en amenant cette 'parole du corps', bousculent sans le savoir le rapport traditionnel en biomédecine entre celui qui sait le corps (savoir-pouvoir explicatif, l'homme, le médecin) et celui qui l'ignore ; elles amènent un savoir-savoir, une co-naissance com-préhensive et attendent d'être acceptées avec cela. Pour simple qu'apparaisse cette attente, elle est subversive dans l'enclave

médecin-patient traditionnel, parce qu'elle remet en cause les territoires respectifs des profanes et des initiés.

Tout ceci concourt à remettre en cause les protections du biomédecin, qui s'appuie traditionnellement sur cette dialectique de la différence profane/initié⁷¹⁰. Comme le rappelle A. Durtuge⁷¹¹, le biomédecin est socialement, culturellement, institué comme différent, fondamentalement différent, de par son « initiation à la mort » (dissection) qui lui confère une connaissance du corps, et un libre accès à l'intérieur de celui-ci dans laquelle elle voit une forme de « folie » institutionnalisée ; cette même institution qui lui confère ce qui pour tout autre serait « folie », en fait aussi un être immunisé, le protège de la contagion et de la mort.

Le médecin de la douleur travaillant précisément à déconstruire cette différence pour reconstruire une symétrie pourrait bien s'exposer à de redoutables dangers, à la violence fondamentale, à la mort⁷¹².

La mort, réelle ou symbolique est présente de bien des manières, on le voit, dans le récit de vie et les trajectoires de maladie des patientes douloureuses chroniques. La perte, le vécu de perte, perte passée, perte à venir, va sans cesse être au centre du discours. La médecine, en tant que dernière institution susceptible, avec l'aide de la 'psy', de produire des catégories du normal et du pathologique s'agissant de 'bien vivre la perte', s'agissant en particulier de la mort, va être logiquement sollicitée dans cet échange. Comme on le signalait dans le cas de Mme M, elle se trouve fréquemment mise en situation de devoir se positionner sur la manière de vivre plus ou moins 'bien' avec le malheur.

Pour les professionnels de la médecine de la douleur, c'est la présence de dynamiques mortifères dans les modalités relationnelles des patientes qui constitue le problème le plus difficile - celui où les organisations doivent être particulièrement fortes : la manière dont elles vont plus ou moins insister pour interroger l'équipe sur la mort, soit de manière directe : 'pourquoi moi', ou 'comment faire', soit de manière détournée, en mettant en péril les protections instituées par l'équipe et l'institution pour se protéger de la contamination et de la mort.

C'est aussi dans ces situations que le mot hystérie surgit encore, tel quel ou déguisé, soit dans la bouche du psychiatre, soit, chuchoté, en coulisses.

⁷¹⁰ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op.cit.

⁷¹¹ Durtuge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

⁷¹² Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

Ainsi, dans le cas de Mme A : c'est en refusant l'ordre qu'elle sème le désordre. En empêchant l'organisation elle 'rend la vie impossible'. En précipitant de manière persistante et répétée le médecin dans les tabous de son corps professionnel (affects, conflit, pensée magique, imaginaire) elle remet en cause son initiation, celle qui le protège de la mort.

Ainsi, dans le cas de Sylvie :

Après avoir piégé médecins et soignants à leur propre piège, qui est surtout celui de la pitié, elle joue avec eux, joue de leur imaginaire et de leurs peurs, elle veut à tout prix se venger sur ce qu'ils représentent de l'ordre du monde et du divin, et pour ce faire les faire souffrir autant qu'elle souffre. En outre, l'amputation qu'elle demande, comme les diverses mutilations probablement auto-infligées dont elle souffre, le sang qui coule sur son visage... tout ceci renvoie par analogie à la mort et à la violence⁷¹³.

Nous avons vu plus haut que l'hystérique a pu garder d'expériences répétées de proximité avec la mort, le sentiment confus d'une signification concernant sa propre existence, qui va puiser dans un imaginaire collectif archaïque aussi effrayant que repoussé par la pensée rationnelle : serait-elle, d'une certaine manière, désignée pour assurer ces passages de la vie à la mort, tel un psychopompe ? Que doit-elle faire de ce qui lui reste de cette expérience aussi tragique qu'aporétique, l'accompagnement d'un mourant, de l'instant du mourir ? Ne devrait-elle pas en conserver quelque savoir, quelque connaissance ? D'une certaine manière, elle aussi est initiée par ces expériences particulières - initiée à la manière d'un chaman. Cela, bien sûr, n'est que peu ou pas formulé - c'est parfaitement impensable tant c'est tabou.

Dans son insistance à se tourner vers la médecine pour obtenir des réponses à ces questions informulées, dans l'irritation que cela suscite chez les soignants, on peut aussi se demander s'il n'y a pas un rapport de rivalité entre savoirs sur la mort. Car être l'institution officielle du savoir sur la mort, l'institution officielle des prévisions de l'avenir du corps, est un pouvoir fort convoité : on se l'arrache, il suffit d'observer les tensions entre tenants de la médecine officielle et des médecines dites alternatives. C'est donc déjà assez que l'hystérique partage des expériences qui pourraient faire d'elle une initiée - si elle s'en saisissait. C'est assez de ce « même ». Si en plus, elle se situe dans une logique de pouvoir, et revendique plaintivement qu'on lui reconnaisse un statut presque égal à celui du médecin, ou conteste son savoir, c'en est trop.

⁷¹³ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

Parmi les questions que pose l'hystérique, il y a celle du pourquoi de la mort, et c'est à la médecine qu'elle l'adresse. Elle vient déposer le récit de sa contribution à cet accompagnement, et du prix qu'elle paye aujourd'hui pour l'avoir fait, auprès des derniers représentants institutionnels de cette compétence. Ces récits tragiques, ces plaintes, gênent une institution médicale qui peine à se positionner collectivement et explicitement face aux incitations du social à la voir répondre à des interrogations métaphysiques qui ne sont pas officiellement de son ressort : elle a défini, au cours des trois derniers siècles, sa légitimité par sa séparation progressive d'avec le religieux. Ces questions la renvoient douloureusement aux insuffisances de la démarche scientifique pour définir à la fois les limites de son objet et de son exercice.

*

Résumé des organisations de la médecine de la douleur face à la crainte de la mort

La douleur est un instrument quasi-universel du rite d'initiation.

Selon A. Morinis⁷¹⁴, le but des rites d'initiation est d' "accomplir la transition de la jeunesse vers l'âge adulte, (...), enseigner les secrets et les techniques de l'âge adulte, (...), contribuer au développement des vertus valorisées comme le courage et l'endurance tout en affirmant l'importance de l'individu pour le groupe, soulager le stress social lié aux changements de rôles des sujets soumis à l'initiation, et (...) libérer et (...) canaliser le stress psychologique de ces mêmes sujets, (...) altérer les relations sociales." Ce à quoi j'ajouterais, à la lumière des travaux de J.Bergeret⁷¹⁵ et de R. Girard⁷¹⁶: canaliser la violence fondamentale en lien avec la sexualité et la mort, et créer de la différence, mettre à distance le "même".

D.B. Morris ⁷¹⁷rappelle que soulager, autant qu'infliger la douleur confère un pouvoir de nature divine, parfois utilisé pour obtenir une emprise politique, et que la douleur, soulagée ou infligée peut devenir le support matériel d'un narratif pas toujours explicite sur le **passage** du 'matériel' humain (par exemple : le corps) à l'immatériel humain (par exemple : la psyché). Celui qui inflige ou soulage la douleur se trouve donc en position d'exercer un contrôle social, d'imposer un ordre, un système de valeur, une règle, en lien avec une certaine métaphysique.

⁷¹⁴ Morinis A., "The Ritual Experience: pain and the transformation of consciousness in ordeals of initiation", *op.cit.*

⁷¹⁵ Bergeret J., *La Violence fondamentale, l'inépuisable Œdipe*, Dunod, Paris, 1996.

⁷¹⁶ Girard R., *La Violence et le Sacré*, *op.cit.*

⁷¹⁷ Morris D.B., *The Culture of pain*, *op.cit.*

Répondre à la plainte douloureuse contribue ainsi à organiser le social, et dans la culture l'imaginaire des rapports particuliers entre ce qu'on peut appeler 'corps' et 'âme'.

C. Amourous⁷¹⁸ rappelle qu'organiser signifie étymologiquement "rendre la vie possible"; il rappelle également que l'ordre, la mise en ordre s'opposent à la violence. De même, M. Foucault⁷¹⁹ rappelle que la règle, souvent perçue négativement, de par ce qu'elle interdit, n'est pas que négative, coercitive, elle est aussi positive, créatrice d'un système, d'une norme, qui fonde et construit un social possible. La règle est fondamentalement sociale : elle est échange et réciprocité. (C. Amourous, reprenant C. Levi-Strauss, insiste sur la règle et les échanges qu'illustre *l'interdit* de l'inceste qui conduit à *l'obligation d'échanger* les femmes)

La médecine de la douleur s'inscrit dans cette tradition organisatrice, ordonnatrice, régulatrice de la violence, initiatrice :

- par le langage, le discours, qu'elle tente de mettre en ordre et d'organiser

On a vu que le bilan algofonctionnel, et de la même manière l'ensemble du dossier du patient, relève d'une mise en ordre du discours. L'ordre est, selon C. Amourous, disjonctif : il nomme identifie, différencie, sépare... Ainsi identifier et séparer les *problèmes*, *lésionnel*, *psychologique*, *social*, *fonctionnel*... transformer une plainte confuse en un puzzle, composé de multiples pièces, et à chacune de ces pièces faire correspondre des *moyens*, relève de la mise en ordre. Cette organisation est à la base de la pluridisciplinarité qui appuie sa distribution des tâches sur la découpe du discours.

La mise en ordre c'est d'abord une intervention sur le 'dire' : une organisation du discours qui va au delà de la traduction puisqu'on se situe à l'émergence même du langage, c'est une organisation de la façon dont le patient pense sa douleur : « La douleur, à partir du moment où elle est dite, hérite des propriétés abstraites du langage. Elle doit être logiquement déduite, c'est-à-dire identifiée (exigence de différenciation et refus logique de la confusion) et autonomisée (nécessité de séparation et refus logique de l'amalgame) (...). La douleur ainsi conçue ne préexiste pas à la formulation que le patient peut en faire mais bien au

⁷¹⁸ Amourous C., *Des Sociétés natives: ordre, échanges et rites humains dans la vie institutionnelle*, op.cit.

⁷¹⁹ Foucault M., *Surveiller et Punir*, op.cit.

contraire elle en résulte. Et c'est donc en favorisant les formulations des patients qu'on peut les conduire à mieux « penser » leurs propres douleurs (...) c'est (...) en la disant que le patient devient capable de se la représenter. » ⁷²⁰

- par le corps, qu'elle tente de rééduquer

"Rééducation", corsets, "école du dos", "hygiène du dos"... l'aspect éducatif et rééducatif de la prise en charge, de ses aspects comportementalistes peuvent aller, en termes de degré d'intimité, très loin, jusqu'à intervenir sur les pratiques sexuelles.

Dans *Le Corps*, E. Levine et P.Touboul⁷²¹ rappellent que pour le philosophe « le corps se donne tout aussi bien, et d'une manière également immédiate, comme un être naturel et comme objet social, c'est-à-dire comme le lieu d'inscription des valeurs propres à une société dans la chair même des hommes qui la composent. »

S'appuyant sur les travaux de M. Mauss, les mêmes auteurs notent que l'éducation apparaît « en priorité (comme) une police du corps ». « Les attitudes, les positions, les gestes, jusqu'à la hauteur et la tonalité de la voix, sont autant de résultats d'un apprentissage éducatif et d'une imitation sociale qui donnent une certaine orientation-spatiale et morale- au corps »

« Discipliner le corps est, depuis Platon (les Lois), un moyen d'agir sur l'âme », et ceci dès le ventre maternel. Pour sa « vigueur », mais aussi pour instaurer une « discipline réglée des plaisirs et des peines ». L'apprentissage par corps de la dureté (marcher pieds nus, dormir à même le sol) renforce l'âme (pas de lâcheté), et celui de l'ordre (régler ses mouvements) l'éloigne de la sauvagerie et de l'animalité.

C'est ainsi que la médecine, en particulier quand elle est **rééducative**, et qu'elle règle « les plaisirs et les peines », peut à l'instar de l'école, devenir un instrument de pouvoir, politique entre autres, en exerçant une puissante emprise sur les corps et les âmes, et tenter d'imposer un système de valeur, une morale. C'est une fonction d'ordre.

⁷²⁰ Cahagne V. & Guyard H., « Douleur et médiation culturelle », *op.cit.*

⁷²¹ Touboul P & Levine E., *Le Corps*, collection « Poche essais », Flammarion, Paris, 2004.

Ainsi dans l'exemple de Mme A : la difficulté à remplir le **bilan algofonctionnel** est tout à fait significatif des difficultés que pose sa prise en charge, et va amener la reconnaissance implicite de sa qualité d'hystérique. Elle va semer le désordre, l'agitation et la confusion : dans le temps, dans le mouvement, dans le rythme.

« Vous, vous considérez que votre mieux être c'est d'avoir moins mal, nous on considère que mieux être c'est beaucoup plus large que ça... On est un peu plus ambitieux que vous ne l'êtes vis-à-vis de vous. » (Le médecin-chef, à une patiente)

« Il y a quelque chose que l'on espère vous apprendre ici... » (Le médecin-chef, à une patiente.)

« Vous progressez, vous réfléchissez bien ; vous faites partie des patientes... on voit que vous êtes capable de revenir sur les idées avec lesquelles vous êtes rentrée. »

Cette éducation concerne au premier chef les patient(e)s ; mais la mettre en œuvre est un apprentissage en soi pour le soignant, dont l'ampleur conduit à des formulations qui interpellent le chercheur : ainsi, le médecin responsable dit à une externe : *« la douleur remise dans un contexte plus global. C'est un peu à ça que nous souhaitons vous initier. »*

- par le lien social, puisque les critères essentiels d'efficacité de la médecine de la douleur restent la réinsertion professionnelle, et que la réorganisation du réseau social autour des patients est, d'une manière plus générale, un des aspects essentiels de la prise en charge.

La médecine de la douleur est organisée pour faire face à la crainte de la mort, comme du reste toute la biomédecine. Mais dans les organisations biomédicales, la crainte de la mort se traduit exclusivement par des organisations permettant de lutter au mieux contre le mourir, organisations techniques basées sur l'anatomie du corps mort. Dans la genèse de ces organisations et leur incorporation par les biomédecins en formation, l'imaginaire médical est tout simplement éludé, ce qui est une organisation en soi : l'initiation par le savoir du corps mort conduit à ne s'intéresser qu'au mourir, au détriment de l'après-mort, et par là de toute une dimension symbolique de la vie. Nombre de patients se trouvent ainsi orphelins d'un discours collectif qui leur permettrait d'élaborer sur la vie et la mort un récit efficace pour leur souffrance. On peut tout à fait considérer que ce n'est pas à la médecine de soutenir cette démarche. Mais à qui cela revient-il, alors ? En outre, la position médicale est trop ambivalente, et ce pouvoir trop tentant, pour qu'elle ne donne pas à croire que c'est elle qui

s'en charge. Il n'est pas étonnant que les patients se tournent vers elle. Quand son autorité sur ces sujets rencontre des limites, la voilà qui voit des hystériques partout.

La médecine de la douleur définit un nouveau lieu/temps sacré pour la patiente, qui augmente encore la crainte de la mort pour les professionnels. Elle répond à cela par des organisations spécifiques et très élaborées qui introduisent dans les analogies mises à la disposition de la patiente : une nouvelles distribution des rapports corps/âme qui met en scène leur inépuisable et nécessaire conflit ; les infirmières, et par elles le féminin, le temps (jour et nuit), et l'amour, je dirais 'parental', dans une collaboration maternel-paternel qui vise à l'équilibre ; le mouvement : la vie ; d'une manière générale la résultante de ces organisations produit du rythme, et un narratif positif - donc relevant d'une représentation religieuse.

Le théâtre de ces organisations est adressé tantôt aux professionnels, tantôt aux patientes, tantôt à la société toute entière. Les patientes, ces hystériques de la biomédecine, y trouvent du soulagement, comme les professionnels par rapport aux tensions que suscite la rencontre avec elles, qui ont trait en bonne partie à cette crainte de la mort.

c. Le problème de la pitié

Le caractère tragique ou dramatique des histoires de vie et des histoires médicales des hystériques a contribué en bonne partie à mon étonnement d'étudiante et de jeune médecin face à l'attitude des médecins à leur égard. Comment ne pas ressentir de la pitié pour ces vies si difficiles, souvent dès leur commencement ? Mais même la jeune étudiante naïve se doutait déjà que la pitié n'était pas un sentiment 'efficace' pour aider l'autre. Là encore rien n'est dit à ce sujet dans nos études. C'est encore un « lieu commun », sans doute. Pourtant c'est un vrai problème, pour le professionnel, que de savoir que faire - comme disait Y - de « toutes ces histoires ». On nous serine - surtout aux infirmières - de nous en « *protéger* ». Mais comment ? Les infirmières apprennent une manière de protection qui les « *protège* » sans pour autant les durcir - sans quoi elles ne pourraient plus faire preuve d'empathie. Chez les médecins au contraire, il est admis que l'empathie vient « en surcroît », comme par magie, mais que ce n'est pas sa mission principale. Il doit au contraire - et c'est d'autant plus vrai que son exercice nécessite un plus grand sang-froid - rester maître de ses émotions. Ce sont des « lieux communs », bien sûr... inintéressants sans doute... mais il est curieux tout de même de voir comme cela commence à intéresser tout un chacun quand il est personnellement concerné par l'attitude médicale. Et ce « lieu commun » est un autre silence auquel il se heurte alors,

s'agissant de partager son expérience. J'aimerais beaucoup que l'on me donne une recette de la juste humanité, à ce sujet. C'est un équilibre à retrouver à chaque consultation, une adaptation permanente de la relation, qui se base aussi sur l'appréhension intuitive de la position de départ du patient s'agissant de la place qu'il accorde lui-même à la pitié qu'il a vis-à-vis de lui-même. Nous avons tous, à ce sujet, nos valeurs. Les médecins comme les patients sont laissés à leurs bricolages personnels sur ces questions, tout en recevant de leur institution un impératif très fort de s'abstenir de jugement de valeur.

Comment bien se comporter avec son propre malheur ? Avec celui d'autrui ? Et surtout, comment bien le raconter ? Autant de questions vis-à-vis desquelles là encore les professionnels et les patients sont plus « mêmes » que différents, « mêmes » dans leur solitude et leur ignorance.

Face à la douleur chronique, et particulièrement face aux hystériques, ces questions se posent - on l'a vu avec la question de « la victime » - et là encore elles incarnent à la fois des dynamiques sociales conflictuelles, et les silences de l'exercice médical : la médecine est une écriture, et se veut pourtant étrangère à toute construction narrative créative ; elle fonde la philanthropie, et définit pour elle-même et la société ce qu'est l'amour de l'humain' - si d'aventure d'aucunes ne s'en satisfont pas, ce n'est cependant pas son problème : c'est le leur. La médecine de la douleur, là aussi, et compte tenu de tout ce qui a été dit, doit inventer autre chose. Elle en fait 'son problème'.

On a vu qu'une des conditions de la réintégration des patientes étaient la production d'un narratif positif, support du 'comment bien vivre avec le malheur'. Comment se comporte-t-elle vis-à-vis des narratifs de départ pour aboutir à cela ?

*

Mme M n'est pas, et de loin, celle qui cumule le plus de tragédies et de morts dans son histoire de vie. C'est peut-être en revanche celle chez qui la réponse de l'équipe visant à lui faire changer de mode narratif - d'un mode négatif, celui de la plainte, vers un mode positif, avec tout ce que cela contient de signification spirituelle - est le plus explicite, ainsi que l'utilité, *in fine*, de la poésie.

A la fin de l'hospitalisation, voici le bilan que Mme M tire de ces deux semaines :

« J'envisage d'avantage le futur. Je vais concrétiser. Profiter des moments où je n'ai pas mal ». « Je suis plus claire », « je vais plus profond », « j'ai bien réfléchi », « je ne cherche plus l'impossible ». Elle se demande : « comment ne pas partir sur la mauvaise pente...j'ai tendance à glisser »

Elle tire incontestablement des leçons qui ont plus à voir avec 'comment bien vivre le malheur', et en particulier la mort et la colère face au malheur, qu'avec 'comment bien vivre avec des douleurs'.

Je faisais allusion plus haut à une étude datant de 1987, pour laquelle des chercheurs américains⁷²² ont mené une enquête dans les pays du bassin méditerranéen, dont fait partie la France. Ils ont voulu y étudier la pertinence des définitions de la catégorie **dépression** dans ce qui est une tentative de définir une nomenclature psychiatrique internationale : le DSM IV. Dans ces pays où les traditions religieuses sont issues des trois grandes religions du livre, ils ont constaté que le 'comment bien vivre avec le malheur' faisait l'objet d'un consensus social, et aboutissait à une catégorisation des comportements par valeur. Ainsi, ils ont observé qu'une catégorie de femmes, particulièrement exposées au malheur, développent des comportements qui, tout en les rendant éligibles au diagnostic de **dépression** selon le DSM IV, bénéficient socialement d'une attention et d'un statut qui à la fois normalisent leurs comportements du point de vue social, leur donnent une fonction sociale valorisante, et rendent peu envisageable leur recours au soin 'psy' (stratégie qui serait attendue pour répondre à la catégorie **dépression**). Il les appellent (en anglais) « visible saints », en référence à trois catégories de saints : les saints officiels, canonisés ; les saints du calendrier, certains effectivement canonisés, d'autres folkloriques ; et les figures sociales de la sainteté, c'est-à-dire celles qui par l'exemplarité de leur réaction au malheur selon les critères en vigueur dans le social et le culturel, bénéficient localement d'un statut de « saint ». Il s'agit essentiellement de femmes. Ces femmes, s'inscrivant dans la tradition des victimes féminines exemplaires des religions du livre voient certains aspects de leur comportement dépressif tellement valorisés par le groupe, tellement nourris de références culturelles symboliquement efficaces, cela leur procure aussi une telle attention sociale, qu'elles ne peuvent véritablement être qualifiées de déprimées.

Si la biomédecine a défini des catégories de la maladie qui sont séparées de celles du mal et du malheur, on voit que dans le cas de la douleur chronique il est beaucoup plus difficile pour

⁷²² Gaines A.D. & Farmer P., "Visible saints: social cynosures and dysphoria in the Mediterranean tradition", *op.cit.*

la médecine de la douleur de se limiter à une seule de ces catégories (la maladie), ne serait-ce que parce qu'il n'y a pas 'maladie' au sens biomédical du terme (organe malade rendant compte des symptômes), ensuite parce que cela ne permet pas de répondre de manière adéquate aux plaintes des patients et, *in fine*, parce que c'est inefficace pour tout le monde, soignants et patients. Si donc elle souhaite étendre sa philanthropie au plus large nombre, elle doit s'y prendre autrement.

D'autres chercheurs ont montré que la non-utilisation des ressources imaginaires collectives permettant de mettre en sens le malheur et de construire avec elles des récits efficaces conduit à un écrasement de l'espace entre mal et malheur, qui ne permet pas au patient de sortir de la place de la victime⁷²³. Afin d'interrompre la persistance de la plainte, il conviendrait donc de travailler directement ce qui, dans sa fonction sociale et culturelle, lui permet de s'établir durablement, c'est-à-dire les catégories du 'bien réagir face au malheur'.

La médecine de la douleur engage ce travail. C'est particulièrement notable, nous l'avons vu, face aux deuils répétés (comme dans le cas de Mme M), ou face aux violences subies (Sylvie, Mme B... et bien d'autres). Les représentations sociales et l'imaginaire sont alors mis en jeu ; s'agissant de la mort, c'est un imaginaire de la mort (et non du mourir : de l'après-mourir : Thanatos) qui va être sollicité, c'est-à-dire les figures de la tragédie et de la mythologie.

La **prise en charge** va alors véritablement contenir une initiation à de nouvelles règles, afin de modifier les relations sociales vers l'apaisement des conflits, et vers un narratif positif qui renoue avec la valorisation des figures héroïques et mythologiques du bonheur et du bien, plus qu'avec les figures de victimes des narratifs négatifs qui en font des héroïnes dramatiques - et non tragiques : la confusion est souvent faite - dont notre époque est si friande⁷²⁴. S'agissant des personnes ayant eu à subir des deuils, ces initiations vont opérer comme des « rites des endeuillés » survenant *a posteriori*, faute de rite funéraire efficace survenu sur le moment.

S'agissant de Mme M, il est notable que la **prise en charge** ait autant engagé l'imaginaire des figures masculines et féminines, maternelles et paternelles ; que ces figures y aient si harmonieusement collaboré pour faire d'abord sourdre la parole - *travail* envisagé comme un processus de libération, de purification - puis pour la remanier selon de nouvelles règles, remettre la patiente en mouvement au propre comme au figuré, rappeler aussi, avec autorité, que douleur, violence, peuvent être douces et nécessaires ; que la maturation peut passer par

⁷²³ Prieur C., « L'affaire Marie L. révèle une société obsédée par ses victimes », *Le Monde*, 22-23 Août 2004.

⁷²⁴ *Ibid.*

l'effraction cutanée et la descente aux enfers ; notable aussi, qu'au total la réponse existentielle se soit déclinée en termes de poésie, d'une part, et de temps, d'autre part : la modulation du rythme, dès lors que son ordre, sa séquence, ont été établis, ce qui est attesté par le caractère positif de la narration, l'absence d'agitation et de désordre, lui appartient.

*

Une autre modalité hystérique d'adaptation au malheur renvoie à l'histoire du terme : aux saintes mystiques, telle Thérèse d'Avila, aux « femmes de douleur »⁷²⁵ qui livrèrent leur corps incorrompu à différentes formes d'altérations attribuées à des forces extérieures, divines, pour être, en fonction des évolutions de l'institution religieuse, soit sanctifiées, soit traitées en hérétiques.

Mme I, Mlle L, toutes deux du reste originaire d'un pays où la foi catholique est très prégnante, s'en rapprochent.

Mais si nous les évoquons, ce n'est que pour constater que ce type de narratif, comme la plainte, intéresse peu la médecine de la douleur. Elle ne cherche pas non plus à les faire taire à tout prix : ces patientes ne font certainement pas l'objet de sa part de la grande 'attention' dont ont pu bénéficier leurs illustres aïeules.

C'est qu'elles ne font ni peur, ni mal non plus. Tout au plus l'institution se sent-elle légèrement impuissante, alors qu'elle professe de respecter les croyances des patientes, face à des croyances qui semblent indiquer aux patientes que leur douleur est une forme de bénédiction.

A chaque fois qu'il nous a été donné d'observer ce type de situation, à l'exception de Mlle R, c'est vers un 'professionnel' du religieux que l'équipe a envoyé ces patientes pour des conseils de 'spécialistes' : comme dans le cas de Mme I ; la sociothérapeute, elle-même oblate bénédictine, est dans ces cas une interlocutrice privilégiée : c'est au sein même de la croyance religieuse que va être discuté le bien fondé du martyre, et qu'elle peut éventuellement, de par sa connaissance et son autorité dans ce domaine, les en détourner.

Pour religieuses que soient les représentations suggérées par les modalités narratives demandées aux patientes, le contenu religieux en lui-même n'est pas discuté par les médecins de la douleur. En revanche, il y a une reconnaissance de la nécessité, pour les patientes, d'une

⁷²⁵ Mouchet C., *Les Femmes de douleur*, Presses Universitaires de Franche Comté, Besançon, 2007.

réponse de cet ordre, qui est en soi une croyance - confirmée par l'expérience - en l'efficacité de tels recours.

*

La plupart de mes patientes ont eu, à un moment ou un autre de leur vie, une histoire traumatique. Mais certaines d'entre elles, plus encore que d'autres, plus gravement, plus brutalement, ou plus précocement dans leur enfance, ou de manière plus répétée... ou tout cela, sans cependant rien perdre de leur vaillance, sans plainte, sans amertume non plus. Et l'on écoute, ébahis, les histoires tragiques qu'elles déroulent, en se demandant bien dans quel état on serait à leur place, et quelle force - quel courage - les ont menées jusque ici. On a, forcément, envie de les aider, et ce avec d'autant plus de force que l'on va se reconnaître un peu dans tel ou tel pan de leur histoire ou de leur personnalité. Ce sont celles dont le psychiatre dit que l'on a « *envie de (les) prendre dans ses bras* ». Ce sont, pour la médecine de la douleur, de « *bonnes clientes* ». Elles ont un passé traumatiques. Ainsi en va-t-il de Mme U.

Sa **prise en charge** a été marquée par le maternage, et très peu d'actes **invasifs** : toute en douceur et en soin ; un réseau ténu de soutien a été tissé autour d'elle afin qu'elle puisse assumer le passage de l'âge avec le moins d'angoisses possibles, sans 'fuir' de toute part. Il n'a donc pas été question de la 'percer' où que ce soit. Néanmoins, face à un deuil aussi précoce et aussi traumatique que le sien, les moyens de réparation sont limités. La psychiatre a bien marqué que notre pouvoir, quelle que soit sa bienveillance, avait ici ses limites : il y a des choses qui ne se réparent pas, et certaines atteintes par la mort sont irréversibles.

A l'inverse des patientes que je qualifiais de « secrètes », ces patientes 'fragiles' se voient proposer peu de **gestes** invasifs. On les pousse doucement à accepter des **antalgiques** faibles, à petite dose. Elles sont réticentes à l'utilisation des médicaments. Il suffit d'être là, de leur montrer qu'on ne fait pas mal : l'image qui me vient ici est celle du petit animal apeuré qu'on apprivoise, par la douceur.

Leur passé très traumatique et/ou carentiel n'est sans doute pas sans lien avec cette attitude. Elles ont souvent plusieurs consultations avant d'être hospitalisées ; on prend le temps ; je leur explique souvent que si elles ne sont pas prêtes, on risque de leur faire mal et que tel n'est pas mon souhait. On attend. Qu'elles viennent. Qu'elles demandent. Qu'elles nous interrogent, sur tel ou tel **geste invasif**. Si elles vont trop vite, on les freine. Il faut que cela

viennent d'elles, mais pas de n'importe 'où' en elle, c'est-à-dire aussi pas n'importe 'quand'. Pour cela, il faut reconnaître d'abord leur fragilité - et elle n'est pas toujours évidente au premier abord. Un masque peut la dissimuler : elles peuvent au contraire donner l'impression d'être des 'fortes têtes' - l'habitude, sans doute : il faut bien vivre. C'est le cas de Mme U par exemple.

Si l'hospitalisation survient finalement, elle se passe bien, sans conflit, ni temps excessif passé de part et d'autre. Si l'on a « *envie de les prendre dans ses bras* », c'est qu'on est souvent consterné par ces histoires de vie qu'on entend alors. Ces patientes n'en ont pas l'exclusivité, mais la fragilité qui en résulte ne se manifestant pas, ou pas durablement, sur le mode de la colère déplacée vers nous, la cruauté des épreuves subies nous apparaît dans toute son amplitude.

La pluridisciplinarité ici, c'est aussi multiplier les rencontres, et les chances pour le patient que certains des intervenants puissent, par delà les défenses construites par ces existences brisées, éprouver de l'empathie, et entraîner le reste de l'équipe à sa suite. Le médecin qui les croit fortes les emmènera « *dans le mur* ».

Pour ce qui est du rapport entre maternage et *motivation*, la balance penche avec elle plutôt du côté du maternage : sa fragilité, son besoin d'accompagnement sont mis en avant ; on l'aide à mettre en place un soutien social, la psychothérapie est pensée elle aussi comme un lieu de soutien, voire de surveillance de cette fragilité, plutôt que comme le lieu d'une forte remise en question existentielle. L'augmentation des **antalgiques** va aussi plutôt dans ce sens, de même que le *dosage* de l'activité qui est orienté vers plus de plaisir, plus de désir, plus de créativité.

D'une manière générale avec elles on ne force rien, on laisse venir ; le psychiatre doit parfois mettre le holà à l'enthousiasme infirmier pour la catharsis, la purification par l'eau des larmes et par la parole : elles sont impatientes ; c'est que ce sont elles, à ce moment là, les spectatrices de la patiente ; *a contrario*, les infirmières (ou moi) devront parfois freiner les ardeurs médicales à transgresser les secrets ayant trait à la sexualité (comme cette jeune femme incestée qui ne voulait pas que cela se sache), l'intime du corps étant le domaine auquel son initiation lui confère un accès. Il y a ainsi entre les différents acteurs, face à ces patientes, une régulation interne de la volonté de libérer le flot de la parole.

Pour mémoire : nous avons déjà vu comment la médecine de la douleur faisait, par son *travail* particulier sur la parole et l'imaginaire, une place inusitée parmi les catégories légitimes du malheur, à ceux vécus par les femmes dans leur vie de mère, effective ou potentielle.

d. Le problème de la crainte et de la pitié en même temps

Dans le cas de Sylvie, sur lequel nous allons maintenant revenir longuement, les professionnels sont prisonniers de la pitié initiale qu'elle a suscité, en partie parce qu'elle semblait tant la redouter, la rejeter ; prisonniers de leur engagement aussi, pris en phase préliminaire, de ce qu'ils n'ont alors pas perçu ; de ce fait, ils ne parviennent pas à se dégager complètement de l' 'intérêt 'soignant pour ses malheurs, que du reste elle sollicite abondamment, autant qu'elle sollicite le rejet. Elle est trop ambivalente, trop ambiguë pour être facile à 'classer', par quelque 'classe' de savoir, ce qui n'est d'ailleurs pas anodin. Le désordre qui se répand autour d'elle semble sans limites.

L'origine

En coulisses, circule quant à la 'cause' des troubles de Sylvie assez peu d'interprétations, car l'équipe est largement sidérée, au sens propre, par ce qui se passe. L'hystérie - ou plutôt l'hystérie - est évoquée par le psychiatre, le neurologue et le médecin responsable, plus du reste que par l'ensemble de l'équipe, qui met plutôt en avant son rapport addictif à la morphine, et surtout le deuil impossible de sa situation d'avant l'accident, et le fait qu'elles soit enfermée dans des contentieux destructeurs qui la minent. Tous s'interrogent avec inquiétude sur sa capacité à changer de registre, puis petit à petit sur son désir de le faire. Elle apparaît à tous, de plus en plus, comme possédée par le démon de la vengeance. L'équipe sent qu'elle est en train de devenir l'objet de sa colère. Les professionnels craignent la manipulation. Que cherche-t-elle, avec son ambivalence, ses automutilations ? Le psychiatre suggère vers la fin de la prise en charge qu'elle entretient la culpabilité de sa mère. Pour

Sylvie, « *tout est de la faute du conducteur* » : voici à quoi se résume sa perception de l'origine première des troubles. D'origine, en elle : aucune.

L'équipe entend son interprétation : face à une logique qui est très majoritairement projective et portée par la colère et la vengeance, elle met en place ce qu'il faut pour contenir sa colère, c'est-à-dire qu'elle « *resserre le cadre* », pour utiliser un langage psychiatrique⁷²⁶ : chacun est à sa place, chacun tente de rester bienveillant et d'éviter l'escalade symétrique des conflits ; et la prise en charge est de nouveau contractualisée en prenant en compte les nouveaux événements : la patiente ne fait pas l'objet de colère (il n'y a de conflit ouvert avec aucun des intervenants) mais plutôt de crainte, et ce n'est pas vers elle que sont dirigées ces mesures contraignantes et rigides mais vers la colère qui l'habite... la possède ? C'est elle que l'équipe cherche à contenir, comme les assistants du chaman le contiennent physiquement quand les esprits l'habitent. C'est aussi pour éviter la contamination des professionnels par la colère qu'ils se retranchent derrière leurs positions institutionnelles, leurs rôles ; tout cela vise à limiter les effets de la violence qui l'habite, d'abord dans son propre intérêt ; en se protégeant elle-même, l'équipe pose les bases d'un *travail* tout simplement possible.

La pluridisciplinarité

Voici un extrait du courrier rédigé à la fin de l'hospitalisation : « patiente de 38 ans souffrant de douleurs post-traumatiques, nociceptives et neuropathiques au membre inférieur droit, avec au premier plan une iatrogénie et une souffrance psycho-affective, dont PTSD⁷²⁷.

La priorité est actuellement à l'abord psychothérapeutique et à la réduction des prises médicamenteuses.

Nous nous tenons à la disposition de Melle M pour envisager, dès qu'elle s'y sentira prête, la mobilisation des ressources importantes qu'elle a su mettre en œuvre dans ses activités professionnelles et extra professionnelles ».

La priorité, dans la description, est donc donnée à la 'psy', et aux catégories de la psychiatrie ; la 'psy' servira de point d'arrimage à la prise en charge ; c'est à partir de la

⁷²⁶ Psychothérapie institutionnelle

⁷²⁷ Post traumatic stress disorder ou, en Français, syndrome post-traumatique.

position des psychiatres que se dessine autour d'elle le grand cercle des intervenants. La prise en charge fonctionnelle a dû être retardée, bloquée par le problème de l'orthèse. La prise en charge socioprofessionnelle est déjà largement gérée par la patiente elle-même et les interlocuteurs dont elle dispose déjà chez son employeur. On s'efforce de faire tout en même temps, mais elle impose aux professionnels, d'une certaine manière, de faire passer la psychiatrie en premier - ce qui peut être un piège, l'occasion de claquer la porte au nom du refus du « *c'est dans la tête* » qu'elle met l'équipe en position de prononcer, à son corps défendant. Les professionnels se rattrapent en mettant dans la psychiatrie la baisse des médicaments. Le rendez-vous en rééducation est pris *en externe*, plus tard.

Ici, le rôle du médecin-chef comme grand ordonnateur a été essentiel pour que les autres acteurs, ceux de l'écoute libre, puissent se sentir en sécurité. Il a laissé chacun jouer son rôle mais a posé des limites, en particulier le contrat en début de deuxième semaine. L'interne (moi) a assuré le maillage avec les acteurs soignants extérieurs et la famille.

Pendant ce temps, les kinés poursuivirent leur activité, à la fois systématique dans ses propositions et adaptée au cas par cas, *travail* au corps qui vient ancrer les mouvements psychiques mis en œuvre, là aussi en alternant douceur des massages et douleurs des étirements et de l'effort.

Les infirmières et les aides-soignantes, en particulier celles de nuit, ont eu un rôle très important de narration, de restitution des événements. Le maillage serré tissé autour de la patiente a commencé par ce fil de parole, cette parole orale retranscrite telle quelle, cette trace. Elles ont eu un rôle d'écoute très important, dans les moments de tristesse aussi, et leur loyauté envers l'équipe a été essentielle ; les occasions de s'en dissocier n'ont pas dû manquer.

L'équipe n'a pas été contaminée par les conflits pendant l'hospitalisation, mais cela fut évité de peu : la patiente tentera de faire se contredire les discours : elle confiera à une aide-soignante, qui fort heureusement nous le dira, qu'elle a pris une permission un après-midi pour faire une radio de la main qu'on lui aurait refusée, ce qui est faux. On ne doit qu'à la grande confiance entre les acteurs de la prise en charge de l'équipe qu'il n'y ait pas eu conflit. L'équipe pluridisciplinaire tentera donc de créer un filet à maillage très serré autour d'elle : contrat thérapeutique, étayage des soignants, mise en relation de l'équipe avec les médecins présents, passés, à venir, par de longs courriers détaillés et des appels téléphoniques, afin de prévenir les tentatives de manipulation et de conflictualisation. La solidarité et la

cohérence entre les acteurs font l'objet d'une attention renforcée. Exceptionnellement, il y aura d'ailleurs deux staffs pluridisciplinaires pour la prise en charge de Sylvie.

L'équilibre masculin/féminin

Dans ces circonstances, compte tenu du 'malaise' que vont déclencher chez les soignants les malaises de Sylvie, l'absence temporaire du médecin responsable de l'unité joue un rôle qu'il est important de noter : en temps normal, c'est lui qui 'défend' l'équipe, en portant la responsabilité de refuser que l'ombre de la mort, de la violence ou du conflit soit ainsi projetée sur nous, ce qui empêche que nous ne soyons contaminés. Il s'appuie en cela sur sa position de somaticien qui en fait un être pragmatique, ayant toute légitimité pour poser, le cas échéant, les limites du réel et des faits. Il s'appuie aussi sur ses qualités propres, en tant que personne, une autorité naturelle qui le rend apte à opérer ces recadrages sans être rejetant, et sans se départir d'une certaine empathie ni d'une certaine douceur dans la fermeté. Cette autorité, pour personnelle et naturelle qu'elle soit, repose aussi subtilement sur les dynamiques de l'équipe. Elle est ainsi le fruit de la place que l'équipe lui accorde, de la confiance qu'elle lui porte ; s'il peut s'autoriser cette fermeté sans se départir de son empathie, c'est aussi parce qu'il sait, et que chacun sait, qu'après le 'père' viendra 'la mère', en la personne des infirmières, des psychologues, qui viendront, elles, accorder du temps et de l'attention aux sentiments qui seront ressentis après ces rencontres 'musclées', sans remettre en cause toutefois la parole du médecin. L'équipe pluridisciplinaire fonctionne ainsi face aux coups de boutoir que lui infligent parfois les patients, telle une structure familiale idéale autant qu'elle est traditionnelle au sens fort, pour ce qui est de la répartition des rôles par genre.

Dans la « représentation idéalisée du social » qui marque le lieu sacré du mystère, il est aussi question des rôles attribués aux genres masculin et féminin, face en particulier aux rôles parentaux.

Comme les 'coups de boutoir' ont souvent trait à des tensions, soit archaïques et liées aux premières expériences infantiles, soit sexuées, l'intervention contenante de ce schéma familial idéal, pour culturellement relatif qu'il soit, n'en est pas moins efficace : il est en rapport direct avec l'expérience effectivement vécue par les patients, il les concerne, y compris dans le contexte culturel de sa survenue.

Face à Sylvie, l'absence du médecin responsable déséquilibre la structure pluridisciplinaire du service : la psychologue (une femme), deux psychiatres (dont une femme), la

sociothérapeute (une femme) ont d'ores et déjà été sollicités plus tôt, et plus souvent, que d'habitude ; les infirmières ont accordé beaucoup de temps et d'énergie à Sylvie, de jour comme de nuit ; le médecin, c'est moi : femme, et reconnue compétente plutôt dans la sphère 'psy'. Le rôle habituel qui m'a été petit à petit reconnu dans le service n'est pas le rappel des faits et du réel ; je ne jouis pas, à ce moment là, ni personnellement ni institutionnellement, ni dans l'équipe, de l'autorité sur le réel ni de la fibre guerrière qui me permettrait d'opérer sereinement la défense de l'équipe, ou le recadrage de la patiente. Nous souffrons, d'une certaine manière, d'un excès de maternel.

Étrangement, c'est à moi qu'échoira néanmoins le suivi de cette patiente, non sans que le médecin-chef ne m'ait souvent complimentée sur le rôle, pour lui essentiel, que j'avais joué dans le maintien d'un lien avec elle. Je n'en suis pas convaincue, encore aujourd'hui. Peut-être, prosaïquement, était-il content de se débarrasser de cet encombrante présence, et ces compliments étaient-ils des flatteries visant à me convaincre d'accepter ? Les médecins restent des êtres humains...

Sylvie, comme beaucoup de patientes et patients, tente de faire valoir la loi, pour faire face au sentiment profond d'injustice qu'elle ressent et qui appelle reconnaissance. Ce sentiment est inhérent, autant à la maladie chronique ou grave, au handicap, qu'aux circonstances propres aux accidents avec tiers responsable, ou encore qu'à la douleur chronique en elle-même, perçue comme une violence émanant de l'extérieur⁷²⁸ et amenant, par la souffrance avec laquelle elle est inextricablement liée, un appel à l'ordre du monde⁷²⁹. Mais quelle loi ? La loi du médical, hiérarchie du vrai issue de la logique scientifique expérimentale, et aussi hiérarchie du vrai étalonnée sur le visible ; à défaut, ou en combinaison : la loi du judiciaire, autre hiérarchie du vrai imposé sur les faits. Hélas, depuis que le médical est devenu loi, doublant la contrainte, déjà imposée par le judiciaire, qui fait écran entre le réel et le vrai, la proportion de faits échappant à cette grille et restant de ce fait en deçà de ce qui est reconnu collectivement comme 'vrai' n'a fait qu'augmenter.

Ceci a pour corollaire un amalgame entre ce 'non vrai' du médical, le mensonge ou la simulation calculée, et « *l'imaginaire* ». La réalité féminine, bien souvent faite de micro-faits du quotidien, ancrée dans une disponibilité plus grande aux émotions, est plus encore que la réalité masculine enfermée sous cet autre « plafond de verre »⁷³⁰. La difficulté de prendre en compte la complexité, dans des institutions laïques, des interactions entre judiciaire, médical,

⁷²⁸ Houseman M., « Une perspective anthropologique sur la douleur chronique », *op.cit.*

⁷²⁹ Morris D.B., *The Culture of pain*, *op.cit.* ; Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.* ; Kress J.-J., « L'efficacité de la plainte », *op.cit.*

⁷³⁰ Smart C., *Feminism and the power of law*, *op.cit.*

morale, culture, tradition et religion, résulte aussi au moins en partie de ce processus⁷³¹. Le fameux « *imaginaire* », c'est un peu de tout cela, et cela concerne surtout les femmes.

Cela aide aussi, nous semble-t-il, à comprendre l'obstination avec laquelle les patients, et plus particulièrement les patientes, s'acharnent en vain à obtenir gain de cause tant face aux médecins que face à la justice, ou face au médico-légal. Cela rend compte aussi de la fréquence de l'échec de ces démarches, et du caractère nuisible pour eux de l'insistance à les mener : l'échec de ces procédures entérine la 'non-vérité' de leur expérience. Cela ne conduit qu'à détacher plus avant leur réel de ce qui est socialement, culturellement, collectivement 'vrai', à les voir se cogner sans cesse, et pour quelle douleur, contre ce plafond de verre. Cela les amène à douter de leur propre raison, et parfois effectivement à ne plus savoir distinguer leurs raisons 'réelles' de s'inquiéter de leurs peurs « *imaginaires* », impression relayée, et pour quelle angoisse (« *je deviens fou* »... « *je ne suis pas folle* »), par l'envoi devant le psychiatre.

A cet appel à la loi, le CETD répond par une autre loi, plus essentielle, plus utile aussi, une sorte d'idéal de loi : celle qui se rapporterait aux faits, réels ceux-là, y compris dans une attention aux « micro-faits » du quotidien, pour les dégager des fantasmes ; celle qui rend à la personne sa liberté de penser et de ressentir, puisque, n'étant pas maître de son inconscient, elle ne peut être tenue pour responsable que de ses actes, et non de ses pensées : c'est cette 'loi' empirique là. En outre, le CETD met en place nombre de mesures préventives à l'escalade de la violence, afin d'éviter d'avoir recours à des mesures curatives de type légal⁷³², dont il semble connu d'avance qu'elles n'ont pas les mêmes vertus. Les aides-soignantes, agents de services, infirmières sont aux premières loges pour récolter ces « micro-faits »⁷³³, d'où l'importance de leur parole, de sa retranscription écrite, qui doit rester différente des transmissions médicales⁷³⁴. Le médecin, de son côté, en position paternelle, en position de nommer, par le diagnostic, les faits médicaux, peut faire loi. En se faisant le rapporteur de la réalité infirmière, au même titre que de la réalité médicale, il ajoute à sa force de loi immanente une humanité qui profite tout particulièrement aux femmes, et qui a plus à voir avec la transcendance ; elle ne peut pas, compte tenu de tout ce qui vient d'être dit, être neutre vis-à-vis de la morale, de la culture, de la tradition, de la religion. Le CETD va, en cela, à contre-courant de l'institution.

⁷³¹ Smart C., *Feminism and the power of law*, *op.cit.*

⁷³² Référence faite à R. Girard pour le rapport curatif/préventif dans les organisations sociales mises en place pour se défendre de l'irruption de la violence

⁷³³ Millet L., « La clinique : histoire, théorie et pratique », *op.cit.*

⁷³⁴ Martel F., « Concepts de soins et outillage infirmier ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ? », *op.cit.*; voir aussi la référence faite par D.B. Morris à la nécessité d'un regard de romancier, pour une micro-éthique du quotidien, dans « Culture, Pain and Conflict », *op.cit.*

Dans l'espace/temps sacré de *mystère* d'où va sourdre la parole efficace, les représentations idéalisées du social concernent donc entre autres des idéaux 'maternels' et 'paternels', ainsi qu' une loi idéale.

La balance des plaisirs et des peines

Concernant la douleur infligée et l'effraction cutanée : il y a eu quelques intentions médicales au départ, vite mises de côté par une volonté explicite de limiter les **gestes** invasifs : projet de réaliser des **infiltrations**, non suivi d'effet car elle dit craindre les aiguilles. Idem pour l'acupuncteur.

La demande de la patiente dans ce domaine est extrême, massive, autant que totalement ambivalente : elle veut être amputée mais ne supporte pas les piqûres.

Le soulagement de la douleur sera pris en charge par les infirmières, très majoritairement ; le médecin au contraire aura à charge de baisser les morphiniques, quitte à déclencher la douleur, quitte à accuser la patiente de mentir.

Sylvie est demandeuse de médicaments, mais plus encore que sa parole ne le laisse penser puisqu'elle cache des médicaments vers elle et **s'automédique**.

Les infirmières sont mitigées : toujours prêtes à soulager, elles sont petit à petit appelées à exercer un contrôle sur les prises médicamenteuses 'sauvages'. La suspicion d'automutilation n'a pas amené chez elles de rejet, qui aurait pu par exemple se manifester par le refus de donner des **antalgiques** pour les sites douloureux suspectés d'en résulter. Elles ont passé un temps considérable à gérer les malaises, à écouter, mais le discours reçu est tellement désordonné, ambivalent, discontinu et contradictoire dans le temps et l'espace, qu'elles ont du mal à en rassembler les morceaux en un tissage cohérent.

La **prise en charge fonctionnelle**, et donc la mise en mouvement et en souplesse, est bloquée par la plainte de la patiente concernant l'inadéquation du matériel. Toute mobilisation du corps, douloureuse ou pas, est ainsi rendue impossible

Pour ce qui est des autres acteurs plutôt 'empathiques' : elle verra le psychiatre deux fois au lieu d'une. Il donnera l'aval pour la sortie, en prescrivant une conduite à tenir en cas de crise.

La psychologue était peu présente pendant l'hospitalisation. Mais elle l'a vue avant et la reverra après. C'est à elle que Sylvie confiera que son père souffre d'une démence d'Alzheimer.

Le mouvement

Là aussi, l'ambivalence apparaît rapidement : Sylvie arrive en fauteuil roulant, alors qu'elle ne se déplace pas toujours ainsi. Je rappelle que son projet est d'organiser des sports extrêmes. À chaque fois qu'elle va moins bien, ses positions se 'rigidifient' par rapport au mouvement : « *si je ne peux faire ni quad ni catamaran cela ne sert à rien d'aller (en vacances)* ».

En cas de **malaise**, « *faire l'éloge de ce qui bouge* », recommande le médecin responsable. Dans sa synthèse du staff.

La patiente est dite « *mobilisable* ».

Le mouvement ici concerne la sortie de la *victimisation*, c'est un mouvement psychique, mais on compte aussi la mettre au *travail* dans la recherche d'une plus grande mobilité physique.

Cependant, le *travail* kinésithérapique, la rééducation, comme tout *travail* corporel permettant de faire sourdre la parole du corps dans un cadre organisé et mis en ordre, est remis à plus tard suite à la plainte de Sylvie concernant l'**orthèse**.

Ses crises **hypertoniques**, où elle se coince entre lits et barrières, où ses contractures l'empêchent de bouger, sont comme des allégories de son immobilité.

Notamment, quand elle se blesse lors des traitements, c'est toujours quand elle essaye de bouger : chute, poignet coincé... ce à quoi le psychiatre répond de la laisser coucher par terre. Réponse pragmatique qui doit permettre le mouvement, puisqu'il n'y aura plus chute.

A l'autre extrémité du spectre, car Sylvie, toujours ambivalente, passe d'un extrême à l'autre, ses **malaises** sont aussi l'objet de mouvements incontrôlés, bizarres, désordonnés. Elle fait exister son corps. Quand elle veut. Et sans parole : elle ne s'en souvient pas.

Le temps

Les douleurs remontent à 6 ans ; quand la **prise en charge** débute, elles sont déjà anciennes.

Dans sa demande explicite, il y a la question de pouvoir « *durer* ». Mais son discours est tellement double qu'il est difficile à prendre en compte tel quel.

Le temps passé sera très important, pour tous les intervenants, sauf la psychologue.

Sa parole, comme ses **malaises**, seront surtout nocturnes.

Le rythme

Il a été d'emblée mis en cause, dès le début de la prise en charge, révélant sa grande importance dans la définition des rôles et des rapports de force : celui qui définit le rythme mène la danse, quels que soient les conflits à l'intérieur du rythme. Dès le début, Sylvie cherche à prendre la maîtrise du rythme, et elle y parvient en partie, par la ruse et la dissimulation :

- L'hospitalisation a initialement été demandée en urgence par le chef de service. C'est rare mais cela arrive en cas de douleur par lésion nerveuse. Le médecin de l'unité a demandé à résoudre la crise en externe et à faire attendre un peu pour l'hospitaliser. On a coupé la poire en deux : elle a attendu moins que de coutume, mais elle a attendu quand même.
- la consultation psychiatrique se fera en urgence ; il y aura deux staffs : la séquence habituelle de l'hospitalisation est modifiée.
- Sylvie a d'emblée imposé son rythme à tous les professionnels : elle a joué la carte du rythme nocturne et des réveils tardifs, traînant au lit le matin, se levant la nuit pour se promener. Ensuite, elle est parvenue à rester le week-end dans le service voisin, et a tout mis en œuvre pour prolonger son séjour. Sa sortie n'a pu être autorisée que parce que le psychiatre a endossé la responsabilité de la faire sortir.
- Dans le contrat, la durée de l'arrêt travail est fixée : c'est aussi la durée fixée ensemble comme semblant suffisante pour la résolution d'un certain nombre de problèmes et la mise en place d'un certain nombre de démarches.
- Ensuite, même après sa sortie, il y aura des appels intempestifs d'elle ou de sa mère. Elle tente, comme déjà par le passé, de bousculer notre temps, ne tenant aucun compte de nos créneaux de disponibilités, ou de ceux de son médecin traitant, légitimement débordé par cette situation, et qui nous appelle lui aussi pour nous demander conseil, pendant nos autres consultations. Le désordre s'étend. Cette contamination invisible est véritablement effrayante.
- L'adaptation du temps de travail vers un mi-temps fait partie des enjeux. Mais - dans ses rapports avec nous - elle en a la maîtrise puisque c'est déjà fait quand elle arrive. L'amélioration du sommeil pour reprendre un rythme de vie plus diurne, en fait aussi partie. Mais il s'agit là plus de ce que nous imposons comme

pré-requis que d'un **objectif commun**. Le contrat c'est : vous voulez être prise en charge par nous ? C'est le minimum que nous vous demandons.

Là encore, le rythme apparaît pleinement dans sa fonction d'ordre. Pour Sylvie, ici comme ailleurs, c'est le désordre, l'ambivalence, les extrêmes (urgence ou immobilisme), l'agitation, et la nuit.

Quand je la reverrai en consultation 9 mois après l'hospitalisation, elle évoquera sa sentiment de vivre un « *temps suspendu* » (au résultat du procès), et d'aller mieux quand elle met ses problèmes dans « *un placard fermé à clé* ».

Conflit et vengeance

Pendant les différentes consultations, et la seconde hospitalisation qui aura finalement lieu, c'est à chaque fois la nécessité d'une « *amélioration de l'alliance* » qui est mise en avant par les professionnels.

Le problème, chez Sylvie, n'est pas qu'elle ne nous intéresse pas : c'est qu'elle-même ne s'intéresse pas. Elle se venge infiniment, y compris de nos efforts de bienveillance, y compris d'elle-même.

Elle est aidée par sa mère pour le ménage, en difficulté pour faire son travail. Elle explique avoir beaucoup de mal à accepter l'aide des autres, qu'elle ressent comme « *de la pitié* ». Cela contribue à son isolement amical : « *j'ai l'impression d'être un boulet...ce n'est pas moi que ça gêne* (de m'isoler) ...*je préfère rester chez moi plutôt que d'accepter la pitié des autres.* » Cela contribue aussi à ses affects dépressifs : « *je démarre au quart de tour. Je deviens agressive. Je n'ai plus de patience.* »

Vis-à-vis des soignants, elle se vit comme étant dans le même registre : « *J'attends la dernière minute pour sonner la sonnette d'alarme. Je ne suis pas d'un tempérament à me détendre.* » Elle dit cela avec une certaine complaisance, un demi-sourire, qui donne à l'interlocuteur l'impression qu'elle est fière de ce qui est sa manière de 'bien vivre avec le malheur'.

Elle accepte, par contraste, très volontiers l'aide de sa mère, et les adaptations au travail ; à tel point qu'elle donne même le sentiment à l'ensemble de l'équipe qu'elle vit cela comme un dû, le paiement d'une dette, peut-être. Parlant de sa mère, elle dira « *heureusement que je l'ai* » ; elle est effectivement très dépendante d'elle, ce à quoi sa mère se soumet apparemment sans sourciller, quoi qu'il lui en coûte, comme liée effectivement par un sentiment de culpabilité,

de dette. Elle adhère en outre au discours de sa fille concernant ses mauvais traitements antérieurs par la médecine.

Elle nous appellera cependant, très inquiète, quelques jours après le retour à domicile de Sylvie, se désolidarisant pour une fois du discours de sa fille, évoquant même le fait qu'elle accepterait de signer une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Cela ne s'avèrera pas nécessaire, Sylvie acceptant d'y entrer de son plein gré.

Les douleurs chroniques de Sylvie ont été à l'origine de réorganisations de sa vie affective, relationnelle, socioprofessionnelle, ainsi que de celle de ses proches : sa mère, ses collègues, qui s'organisent pour lui venir en aide. Comme la culpabilité ou la dette de sa mère n'est pas liée à l'accident, elle s'appuie probablement sur des éléments plus anciens ; la douleur, en dur, vient ici poser avec insistance la question de la nature de cette relation mère/fille, très 'collées' par un consensus implicite concernant la culpabilité de la mère. D'une certaine manière, probablement inconsciente, elle permet à Sylvie de tenir sa mère sous emprise, dans une tentative de régler ses comptes avec le passé familial qui a pour prix la douleur.

Dans le cas de Sylvie, l'achoppement de la phase préliminaire, qui n'a pas permis de mettre en place les deux passages - chose que Sylvie semble avoir obtenu par la ruse tant sa face était parfaite, puis l'impossibilité aussi de mettre en œuvre la « balance des plaisirs et des peines » - dont, notamment, la perfusion, et tous les **gestes** faisant effraction cutanée - ont totalement perturbé la phase marginale, marquée par le désordre et la confusion du temps et du mouvement, autant que par l'ombre du mourir qui plane. Il semble y avoir, de sa part, une recherche de nous faire mal, et peur - jusqu'à quelle point est-elle consciente, je ne le sais pas. La dissimulation et le mensonge, et le recours au mal face à des soignants qui ne peuvent répondre sur le même registre, rendent possible une emprise considérable sur eux, une emprise perverse. Il y a une véritable jouissance à faire mal, qui nous évoque la vengeance. Elle se venge, de tant de choses ayant trait à l'histoire récente, des médecins qui ne l'ont pas laissé mourir, mais aussi, symétriquement, de sa mère qui l'a fait naître : cette vengeance-là entre en résonance avec bien d'autres vengeances, plus anciennes, familiales, qui la possèdent et l'habitent avec une force colossale qui inspire la terreur. Dans une certaine mesure, elle venge sa mère, autant qu'elle se venge sur elle.

Ce n'est pas la moindre des ambivalences, mais Sylvie est une incarnation de l'ambiguïté autant que des extrêmes : sexuellement ambiguë, sans âge, passant de la rationalisation la plus froide et désaffectée (le jour) à l'instinctualité la plus effrayante (la nuit), de l'immobilité la plus rigide à la mobilité la plus extrême et la plus dangereuse.

En outre, son jeu de dissimulation et le recours qu'elle a vers des comportements transgressifs confrontent sans cesse l'équipe à l'énigme de son mal, et plus largement, du mal, tout en inquiétant sans cesse notre responsabilité vis-à-vis de sa mort possible - elle arrive à nous inquiéter de son 'mourir' possible à travers ses conduites auto-agressives.

Elle incarne l'ambiguïté, y compris sexuelle, une figure hybride mêlant instinctualité féroce et rationalité de sphinx, elle incarne la vengeance, la peur de la mort, l'énigme du mal ; elle rappelle puissamment la figure de la sphinge; comme elle, elle sème la peur, le désordre, la douleur et la confusion. A l'occasion, ses yeux saignent, comme ceux des Eirynies dans certaines représentations.

En tant que tenant d'un supposé savoir sur l'origine du mal, en tant que supposés héros du bien, en tant que couple parental idéal, les professionnels du CETD sont un objet idéal pour sa vengeance. Une phase préliminaire efficace aurait peut-être permis de déconstruire les représentations du CETD héritées de la biomédecine traditionnelle, et de ne pas se faire piéger.

In fine, l'intervenante qui nous semble recueillir tout de même la parole « secrète », mais non sans qu'elle ait dû alterner provocation, fermeté et douceur, est la sociothérapeute, hypnothérapeute et musicothérapeute. A personne avant elle, Sylvie n'avait parlé de son histoire familiale.

Ses propos ont été transmis par oral aux infirmières qui les rapportent dans leurs transmissions : *« vue par la sociothérapeute, qui lui a dit qu'on pouvait l'aider mais qu'il fallait que la demande vienne d'elle. Elle suggère qu'on ne lui propose pas une deuxième semaine. Qu'on lui laisse en faire la demande. A la fin de l'entretien Sylvie a parlé de son enfance : son père était violent et la frappait, elle, ses frères et sa mère. Elle et ses frères ont poussé sa mère à demander le divorce. Elle a gardé un contact avec son père qui est actuellement très dégradé. »*

On peut supposer que le passé familial avec lequel Sylvie semble régler ses comptes a trait à ces violences subies pendant des années.

Il nous semble qu'il n'est pas anodin que de tous les intervenants possibles, ce soit auprès de celle-ci que la parole ait trouvé à se lover en sécurité. Et puisque malgré tout, l'évolution de Sylvie se fera finalement vers le mieux, il faut croire que la position particulière de cette soignante (hypnose, musique, loisirs créatifs, femme âgée ayant fait l'expérience des liens entre gestation et mort, femme aussi ayant une réflexion religieuse et morale profonde autant que libre) y est pour quelque chose.

e. Stratégies face à la séduction féminine.

Chez certaines patientes apparaissent au premier plan des problématiques amoureuses, au sens de l'amour romantique. C'est là la tonalité de leur récit spontané. Ainsi en va-t-il de Mme G et de Mme D. Mais leurs prises en charge furent notablement différentes.

Dans celle de Mme G, l'histoire d'amour a pris une dimension tragique - il y a à la fois la patte, sinon de dieux jaloux ou arbitraires, tout du moins d'un destin contraire (l'éloignement) ; sa résignation aussi, sans doute, y est pour quelque chose, ainsi que la dimension monstrueuse - mythologique - des transformations corporelles qu'elle a subies au nom de cette histoire d'amour.

Si elle peut effrayer, c'est par le caractère monstrueux de ces transformations qu'elle narre avec des mots si crus.

Mais elle a renoncé à l'amour et n'engage pas la relation dans un jeu de séduction. La prise en charge n'ira pas au-delà de la première consultation, mais il ne s'agit pas d'une exclusion ou d'un rejet autre que celui qu'elle s'inflige à elle-même. J'ignore cependant qu'elle eût été son comportement en hospitalisation, vis-à-vis d'un médecin du sexe opposé au sien.

A côté de Mme G, une patiente comme Mme D suscite un tout autre mode relationnel. Nous avons déjà longuement décrit sa prise en charge pour préciser que son succès - car c'en fut un - fut largement dû à l'acceptation par le médecin du jeu de la séduction.

Là comme ailleurs, ce qui apparaît est la nécessité de faire rejouer dans l'institution, au moins au début de la prise en charge, ce par quoi tout commença, quelque chose comme le 'mythe fondateur individuel' de la catastrophe douloureuse.

C'est aussi probablement là que se tient l'explication de l'arrêt de la prise en charge de Mme G : mise de nouveau devant le choix de s'aimer assez pour écrire de sa vie un récit acceptable, elle comprit que le choix lui revenait, à elle d'abord, et pas au monde médical. Ou alors (autre interprétation possible) elle répéta son renoncement initial.

Ce qui les réunit néanmoins, c'est la dimension de 'ridicule' que suscite l'aspiration amoureuse féminine chez les professionnels. A l'instar des hystériques 'historiques' des romans du XIX^{ème} siècle, et d'ailleurs souvent aussi de celles de Charcot, c'est quelque chose d'un dérèglement des passions amoureuses qui est en cause, et qui apparaît ridicule.

Selon Decottignies⁷³⁵, l'hystérique est la femme « intéressante », pour la médecine, pour la science ; elle intéresse, pour les questions qu'elle amène. Les hystériques qui ont tant intéressé Charcot étaient très sexualisées, tant dans leurs manifestations, que dans l'utilisation qui en a été faite, et dans le regard qui a été porté sur elles. En médecine de la douleur l'érotisation de la relation prête parfois à rire, tant elle est manifeste, mais intéresse peu.

Comment ne pas rire, quand l'une de ces patientes, qui entretenait une relation extraconjugale et nous la décrivait avec force détails gourmands, revint ravie de la consultation du psychiatre, et nous rapporta qu'il lui avait recommandé de continuer car c'était « *pour sa santé* ». La même, au passage de l'équipe dans sa chambre, ignorait ostensiblement tout le personnel féminin, ne s'adressant et n'ayant d'yeux que pour le médecin responsable. Une autre se tortillait dans tous les sens pendant les visites, dans des postures ambivalentes qui pouvaient sans nulle doute causer des douleurs lombaires (bassin tourné d'un côté, tête tournée de l'autre), plutôt langoureuses, et dans des tenues impudiques qui jouaient allégrement entre la dissimulation et le dévoilement. Une autre encore, qui nous posait bien des problèmes, ne trouvant de possibles dans aucune des voies que nous proposons, me répondit un jour, alors que je lui demandai ce qui serait différent dans sa vie si un matin elle se réveillait et qu'était survenu le miracle qui la soulagerait de ses douleurs : « *j'aurais un homme dans mon lit* ». Et cette autre, âgée de plus de 70 ans, envahie comme une adolescente de préoccupations amoureuses de tous ordres, qui se trouvait gênée dans ses relations avec les membres de son club de troisième âge, et ne pouvait plus participer aux danses de salon qui s'y tenait, depuis que son ancien amant s'était pendu, chacun lui attribuant la responsabilité de ce décès, et elle-même s'en sentant responsable ?

Jalousies de femmes ? Ou peut-être est-ce nous - les femmes présentes - cette fois-ci, qui avons peur. Les infirmières et moi-même contenons comme nous pouvons notre irritation ou nos fous rires ; rien de drôle, pourtant, à l'évocation d'une pendaison. Le médecin, lui, fort heureusement, ne se départit jamais de son sérieux ni de sa mission, acceptant même dans certains cas où la séduction se fait explicite, de jouer jusqu'à un certain point son jeu, sans défensivité ni agressivité.

Ce qui est certain ici, c'est que si ces prises en charge ne sont pas particulièrement difficiles, c'est grâce au fait qu'il n'oppose pas ici une barrière muette à l'échange, qu'il se rend disponible à la verbalisation de ces ressentis par les patientes, qu'il accepte de répondre à

⁷³⁵Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.*

partir de sa position d'homme, tout en fixant les limites du médecin. Acceptant que l'hospitalisation serve d'espace transitionnel où puissent se rejouer ces séductions, il permet également que se libèrent d'autres nœuds.

Ces hystériques, qui ressemblent plus à celles décrites par L. Israël⁷³⁶, et à celles décrites par Charcot, renvoient aux instincts incontrôlés, à la sexualité débridée ; elles évoquent l'impudeur et l'incontinence, le fluide. Elles ont un caractère monstrueux, mais d'une manière qui prête à rire. Il y a dans leur manière de se plaindre une complaisance à évoquer la douleur, un luxe de détail, une gourmandise s'agissant de s'attarder sur la description des douleurs dans les zones intimes, en particulier quand l'interlocuteur est masculin... On peut craindre qu'à les laisser s'exprimer ne survienne quelque débordement. Mais ce n'est nullement le cas, bien au contraire. Dès lors que le médecin n'en a pas de crainte, qu'il ne s'offusque pas d'être l'objet d'un regard érotique, leur propre culpabilité, voire leur honte, qui font le lit de leur insistance, se lèvent et s'apaisent ; elles s'en trouvent soulagées, et cherchent dans leur vie privée les réponses privées nécessaires, sans envahir la vie privée du médecin.

*

On voit bien que la médecine de la douleur s'inscrit dans la continuité de la biomédecine : apprenant à faire face au secret des femmes et la sexualité féminine, elle élabore des stratégies efficaces pour faire face à la crainte et à la pitié que suscitent la mort et la souffrance. C'est à ça que lui sert l'hystérique.

La différence essentielle entre elle et la biomédecine c'est la manière dont elle s'en sert : les stratégies en question consistent en un *travail* symétrique sur ses propres craintes et celles des patientes, et aussi sur les représentations que les uns et les autres ont de la pitié. C'est la symétrie qui frappe. En outre, changer de stratégie impose une prise de conscience et de responsabilité qui n'est possible qu'en s'appuyant sur l'imaginaire - le sien, celui des patientes. Dans ce voyage, la collaboration avec les infirmières, le temps, et la création d'un « *langage commun* » sont essentiels.

⁷³⁶ Israël L., *L'Hystérique, le Sexe et le Médecin*, op.cit.

3. Synthèse

a. Ce que les patientes, ‘bonnes’ ou ‘mauvaises élèves’, ont en commun...qui a contribué à la reconnaissance de l’hystérie... et ce qui a justifié l’intérêt que le CETD leur a porté

Nos patientes ont en commun, à divers degrés :

- Leur demande explicite, ou plus souvent le fait d’être soulagée par la reconnaissance des souffrances spécifiquement liées à leur vie de femmes et/ou de mères.
- Des histoires traumatiques ou carencées, à divers degrés.
- Elles ressemblent aux professionnels de santé, en particulier aux médecins, et entrent en rivalité ou en symétrie avec eux autour d’une ou plusieurs des questions suivantes :
 - désir de connaître l’origine de leur mal et par là de le maîtriser
 - familiarité avec la mort (mourir et/ou après-mort)
 - soulagement au moins partiel par l’efficacité du récit, à la condition qu’elles en soient les ‘auteurs’ autant que le médecin et les autres professionnels
 - le lieu/temps sacré est dans l’entre-deux, entre corps et âme, et se manifeste à la fois dans l’interstice, entre les professionnels, qui reste libre de discours savant, et dans le tissage résultant de l’entrecroisement des discours des uns et des autres
- Leur *travail* et celui que les médecins vont devoir mettre en place pour les prendre en charge sont les mêmes, leurs efficacités évoluent symétriquement.

- *travail* du rythme : trouver l'*équilibre/dosage* : 'bonnes élèves' : plutôt trop rapide, à diminuer ; 'mauvaises élèves' : le contraire. Rétablir le rythme diurne/nocturne
- *travail* du mouvement : trouver l'*équilibre/dosage* : 'bonnes élèves' : plutôt trop, à réduire ; 'mauvaises élèves' : plutôt pas assez, à augmenter.
- s'organiser, mettre en ordre, déconfusionner
- renoncer à une quête dualiste de l'origine (corps de l'anatomie, âme de la 'psy'), au **pourquoi**, à l'explication par la preuve visible. Accepter une part de « *mystère* », y compris dans une approche pragmatique du soin : faire plus de ce qui marche, même si on ne sait pas pourquoi. Passer de culpabilité à responsabilité
- lâcher conflit/vengeances/injustices/colères. Chercher le compromis, l'harmonie des contraires, la non-violence. Là aussi tout est question de *dosage* et d'*équilibre*.
- la « balance des plaisirs et des peines » : *dosage* et *équilibre*. Accepter qu'il y ait des douleurs nécessaires.
- ne pas avoir peur de la sexualité féminine. Trouver une harmonie masculin/féminin, paternel/maternel.
- explorer les ressources « *imaginaires* » : émotion, intuition, pas seulement la rationalité. Là aussi *équilibre* et *dosage*.
- *travail* de la parole : parler/nommer (loi, auto-nomie), trouver une issue au *secret* sans le violer, passer à une narration positive qui est aussi créative, artistique, poétique. Une telle narration fait nécessairement de la place à la transcendance - y compris chez les femmes. Assumer de travailler sur les valeurs : 'bien réagir face au malheur'.
- quitter la pensée magique et l'onirisme. Pour reprendre la distinction de C. Rosset : l'imaginaire comme outil pour aborder la complexité du réel, oui, l'illusion, comme moyen de le fuir, non.

Il y a en elles du « même », et l'on est fondé à se demander si ce n'est pas de là que naît le conflit. On peut certes interpréter ce conflit en tant que rapport de pouvoirs, comme une rivalité, mais aussi comme une symétrie qui met à mal le rapport initié/profane, suscite des craintes au sujet de la violence fondamentale, c'est-à-dire, à son apogée, de la mort ; pour les professionnels, de telles prises en charge mettent en jeu l'efficacité de leur protection.

En outre, comme ce sont aussi des femmes avec des souffrances ayant trait bien souvent spécifiquement à leur féminité, quand elles se/nous font peur, ce qui surgit manifestement dans l'imaginaire, ce sont des peurs de la féminité archaïque, des monstres mythologiques, ou les figures victimaire ou sacrificielles des « femmes de douleur ».

*

Exemple de la fibromyalgie

Les fibromyalgiques constituent l'essentiel du contingent de mes patientes.

Il me paraît donc important de développer un peu ce que cette affection a de spécifique.

Femmes, reconnaissance, appartenance

La très vaste majorité (80-90%) des patients fibromyalgiques sont des femmes⁷³⁷ Elles sont représentées par des associations politiquement actives; la douleur, occupant là encore une fonction de lien social, vient rendre possible une forme d'appartenance. L'un des thèmes récurrents de l'action des associations où elles se sont regroupées est la demande de reconnaissance, qui vient faire écho à la quête identitaire remarquée par le psychiatre. Le type de reconnaissance qui est attendu n'est qu'en partie précisé, et ce avec difficulté, par les intéressées : reconnaissance statutaire par la Sécurité sociale (ALD, arrêts maladies, invalidité...), attitudes du corps médical (vécues comme méprisantes), mise en place d'une 'réelle' dynamique d'enseignement et de recherche, lésionnelle et biologique. En outre, ces différentes manifestations de la reconnaissance sont perçues comme pouvant faciliter une reconnaissance par l'entourage, amical, familial, social, souvent perçue comme défailante.

⁷³⁷ Chiffolleau A., Nizard J., et al., « La Fibromyalgie, maladie ou syndrome? Actualités diagnostiques et thérapeutiques. », <http://www.rhumato.info/Documents/Livres/fibromyalgie.pdf>.

Que peut-on entendre par « reconnaître une maladie » ? A. Honneth⁷³⁸ apporte quelques éléments de réponse ; il décrit trois formes de reconnaissances sociales : l'amour, le droit, et l'estime sociale.

L'amour : les liens affectifs primaires qui conditionnent la possibilité d'une reconnaissance affective rendent possible un équilibre entre autonomie et dépendance, une confiance en soi : ici, la reconnaissance, construite sur la base du lien mère-enfant, puis de la triangulation réelle et symbolique père-mère-enfant, consiste avant tout en la possibilité d'une reconnaissance de soi par soi, qui va venir conditionner la perception de la reconnaissance affective de soi par autrui, et donc influencer considérablement sur les modalités de la vie relationnelle.

La reconnaissance par le droit construit la possibilité du respect de soi; elle s'oppose à la honte sociale subie par celui qui se vit comme victime d'une discrimination, comme n'ayant pas accès à des droits perçus comme universels. De quels droits s'agit-il dans le cas qui nous préoccupe ? Selon Foucault, depuis la seconde guerre mondiale et le développement de l'actuel système de Sécurité sociale, nous sommes passés du devoir de santé des hygiénistes au droit à la maladie⁷³⁹. La demande adressée par les associations de fibromyalgiques est celle de la reconnaissance du statut de malade, tel qu'il est manifesté par le droit, à travers un certain nombre de mesures médico-légales et sociales qui sont mises en adéquation avec un handicap objectivé, évalué. Or ici le handicap, comme la maladie, est perçu et non objectivé. Il reste subjectif, et de ce fait même l'accès aux droits est rendu difficile. Quand la reconnaissance par le droit achoppe, le militantisme et la résistance sont des mouvements de lutte contre la honte sociale.

L'estime sociale produit, à un niveau individuel, de l'estime de soi. Elle suppose l'organisation sociale d'un système de valeurs qui procède à une hiérarchisation des sous-groupes sociaux en fonction de leurs qualités ; ce système de valeur fait l'objet d'une lutte permanente, chaque groupe tentant de convaincre l'opinion publique de sa valeur propre. L'estime de soi est ici en lien avec une identité collective, en ce que le sentiment individuel de la reconnaissance passe par la reconnaissance du groupe par l'opinion publique. La dépréciation publique de certains modèles d'autoréalisation, qui sont des ressorts collectifs de la construction sociale de l'individu, leur invalidation économique, politique, médiatique, est vécue comme une expérience du mépris.

⁷³⁸ Honneth A., *Lutte pour la reconnaissance*, op.cit.

⁷³⁹ Foucault M., *Naissance de la clinique*, collection « Quadrige », P.U.F., Paris, 1997.

Les récits de vie et les anamnèses des fibromyalgiques entendues sur le terrain reprennent ces trois axes du déficit de reconnaissance, qui se font écho et se renforcent l'un à l'autre. La demande de reconnaissance d'une expérience inscrite dans le corps, destinée à ceux qui détiennent le pouvoir public de modifier le 'vrai' et le droit en leur faveur, ou de les aider à (re ?)-construire une estime sociale en défendant leur vérité sur la place publique, parce qu'elle fait écho à la faille narcissique qui alimente la demande de reconnaissance affective, contribue à évoquer, pour le psychologue, pour le psychiatre, comme pour l'historien de la médecine, l'hystérie, ce que ne vient pas démentir pour le psychanalyste la fréquence de la thématique de l'abus sexuel dans leurs récits de vie. Ceci est d'autant plus vrai que ces demandes sont préférentiellement adressées au corps médical, identifié comme représentant de ces pouvoirs, et que l'obstacle fait à cette reconnaissance réside dans le caractère intersubjectif de l'évolution de la plainte, avec pour corollaire les questionnements sur la simulation éventuelle des troubles.

Mais cette dimension de la reconnaissance affective ne doit pas occulter, pour l'anthropologue, les aspects collectifs de la reconnaissance recherchée. Ainsi, il ressort de ces observations certaines constructions culturelles qui ne sont pas le propre de ce sous-groupe que constituent les associations de fibromyalgiques, mais qui reflète des dynamiques groupales plus larges :

S'agissant des représentations de la maladie : d'une part, on voit à quel point la maladie est perçue comme un droit universel, et à quel point ce droit passe par la rencontre avec le savoir médical, qui lui-même passe par l'objectivation, objectivation qui elle-même passe par la vue de l'intérieur du corps et l'attribution d'une causalité biologique, toutes deux ancrées dans le dualisme. Il est ici question du mythe fondateur médical, ainsi que des représentations du mal, de la maladie et du malheur et de leur désintrication progressive, qui va de pair depuis le XVIII^{ème} siècle celle de la biomédecine et de la religion.⁷⁴⁰

Le biologique, dans la mesure où il est susceptible d'objectivation, devient le vrai ; l'herméneutique du mal est ordonnée à cette hiérarchie de l'objectivable, qui construit une maladie réifiée. Tout autre sens, comme pouvaient en produire les religions, ou la philosophie si l'on remonte plus loin dans l'histoire, devient, dans le meilleur des cas, une **croyance** (c'est-à-dire, dans l'utilisation du terme par les biomédecins, une disposition

⁷⁴⁰ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

sincère à prendre en compte, mais qui tend néanmoins à être opposée au ‘savoir vrai’) ; dans le pire des cas, cela devient tout simplement faux. Le moment subtil où l’expérience du patient rencontre les catégories du médecin est entièrement soumis à la hiérarchie du vrai de la biologie et prend le masque de la vérité, que cette analogie s’avère efficace, ou pas.

Pourtant, si les narratifs scientifiques expérimentaux livrent (et c’est aussi leur fonction) des coupables dés-affectés, déchargés de conflictualité individuelle (peut-on en vouloir à un virus ? à une molécule ?), ils ne sont pas vierges de conflictualité collective (comme en témoignent les métaphores guerrières de la **lutte** contre les maladies). Le folk-lore est un lieu de mise au travail de cette conflictualité, et il produit des narratifs chargés d’imaginaire collectif qui infiltrent aussi les discours savants écrits, désignant des coupables, recommandant les moyens de la lutte, mettant des moyens à disposition.

L’individu face à la maladie trouve ainsi, pour guider et étayer sa quête herméneutique du ‘pourquoi’, d’un coupable, le soutien d’un discours collectif qui s’appuie aussi sur un imaginaire et édicte des valeurs, des normes, un ordre, des règles.

Les associations de fibromyalgiques sont en quête d’une causalité biologique : celle-ci permet d’accéder au statut de ‘vraie’ maladie, autant que de désigner un ennemi, clef de voûte d’un discours collectif - garant de l’efficacité symbolique du traitement - qui permet alors de mobiliser les forces vives du groupe, et de surcroît tourne alors la lutte vers l’extérieur. En l’absence de cet ennemi collectif, elles sont doublement isolées. D’une part, les énergies collectives ne sont plus mobilisées autour d’elles dans la lutte contre un ennemi commun. D’autre part, convaincues de devoir lutter mais dépourvues d’ennemi à combattre, prises dans un discours collectif qui n’offre des solutions que pour les priver des recours, elles sont laissées à la gestion de leur conflictualité individuelle, à leurs ennemis intimes, isolement que renforce encore l’adresse au ‘psy’, perçue comme une accusation, la désignation d’un coupable et d’un ennemi: elle-même. Ceci peut expliquer en partie que les associations de fibromyalgiques se méfient des interprétations psychologiques de leurs troubles, comme en témoignent la clinique et la part relativement faible attribuée à la psychologie dans leurs réunions. D’une certaine manière, pour reprendre les termes de R.Girard, elles ont « vouées à la transgression »⁷⁴¹.

La particularité de la médecine de la douleur est de se décaler amplement du discours guerrier - de la désignation d’une lésion, autant que de la lutte obligée - vers un discours de

⁷⁴¹ Girard R., *La violence et le Sacré*, op.cit.

construction et de mobilisation de moyens et de ressources. Il est alors proposé aux patientes, littéralement, un cessez le feu d'avec les instances désignées coupables, dont elles-mêmes. C'est à l'occasion de cette proposition que les fonctions éventuelles de la conflictualité récurrente dans leur intimité se font jour, pour et par elles-mêmes, ce qui peut - c'est souvent le cas dans notre expérience - aboutir à des avancées, voire à des résolutions.

Cette fonction du conflit est l'un des trois grands critères qui ont abouti avant la prise en charge, et aboutiront encore pendant et après leur passage, à la reconnaissance de l'hystérique. Soit qu'elle se saisisse, d'emblée et avec avidité, de tout ce que le discours collectif peut produire d'ennemi désigné ; soit qu'elle insiste pour le trouver quand bien même les moyens de sa quête sont épuisés ; soit encore qu'elle résiste aux propositions de cessez le feu, et contamine l'équipe, répandant, ou tentant de répandre, le conflit autour d'elle. Face à un discours collectif, garant d'efficacité symbolique, qui est construit sur la lutte, cette insistance peut paraître légitime, produite par le discours lui-même. Mais ce même discours qui force la lutte, par ses mécaniques internes, par son appétence pour la désignation d'un coupable, autant que par son dualisme fondamental, interdit, paradoxalement, la permanence du conflit : celui-ci n'est autorisé que s'il trouve une résolution rapide ; au delà il devient nuisible et conduit à l'exclusion. C'est ainsi que l'hystérique incarne une dynamique sociale et culturelle prise à ses propres paradoxes, et que se construit petit à petit, et avec sa participation, sa fonction de bouc émissaire des conflits et de la violence du groupe. Là encore, nous retrouvons la configuration décrite par R. Girard : elle sont « vouées à la transgression ».

Or qu'existe-t-il aujourd'hui, quand le discours médical s'avère impuissant à désigner l'ennemi, comme discours collectif pour mettre en mouvement cette conflictualité, lui donner sens, la désenclaver ? La religion, les idéologies, les métanarratifs n'ont plus assez d'écho pour assurer cette fonction. La psychanalyse mobilise le conflit et l'autorise, sans cependant le désenclaver, puisque 'son' conflit reste avant tout du domaine de l'intime. Par ailleurs, elle s'appuie historiquement sur une vision du féminin qui - témoignant d'une réalité empirique et non d'une généralisation définitive - l'associe, par essence même, au masochisme et à la position de victime ; l'hystérie, en psychopathologie, nourrit sa conflictualité à ce masochisme. Si cette position, dans sa dimension thérapeutique, peut conduire à des résolutions, elle n'est pas porteuse - et là n'est d'ailleurs pas son ambition - de significations collectives susceptibles d'efficacité symbolique pour ces femmes, sauf à désigner

collectivement l'introspection et l'analyse comme seule issue possible au conflit, le psychanalyste comme soignant, et la femme comme victime.

S'agissant de la place de la victime : les questionnements sur la violence infligée, le traumatisme, la reconnaissance, se traduisent au quotidien de la pratique clinique par des interrogations sur l'utilité pour les patientes du statut de victime. Le second grand critère de reconnaissance de l'hystérique va être le refus ou l'impossibilité de quitter le rôle de victime qui est le leur dans leur histoire.

Dans un article du *Monde*⁷⁴², plusieurs chercheurs, sociologues, philosophes, se sont saisis, il y a quelques années, d'un fait divers d'actualité pour mettre en avant une dynamique contemporaine qui voit s'accumuler les demandes de reconnaissance par l'acquisition de ce statut - légal ou médico-légal, politique, médiatique, public. D'aucun y voyaient à la fois le témoin de « l'affaiblissement des grandes idéologies consolatrices qui donnaient un sens au malheur, et des collectivités d'appartenance qui savaient prendre en charge la souffrance(...), une impuissance collective(...) » (L. Kaprik). D'autres notaient la prévalence des figures du malheur sur celles du bonheur : « On ne croit plus qu'on puisse faire une société autour de l'idée d'un bonheur commun » (O. Abel), et le choix préférentiel de narratifs négatifs où la victime est aussi le héros (F. de Singly). O. Abel ajoute que notre société dissocie ce qu'il appelle les deux « faces » du sujet : celle de la fragilité, et celle de la responsabilité, dans un manichéisme exagéré qui « enferme la victime dans sa victimité ». A l'instar de F. Roustang⁷⁴³ qui invite à considérer l'espace séparant douleur et plainte, il trouve « qu'il y a toujours une part de malheur qui excède le mal qui a été commis. Il y a ainsi un travail à faire pour que la plainte puisse se spiritualiser. » Ce travail permettrait de cesser d'accuser et par ce biais de sortir de la victimité, mais il ajoute que peu de lieux rendent aujourd'hui ce travail possible.

J'ajouterai à ce rapport la suggestion suivante : la médecine est aujourd'hui, de par ce qu'elle évoque collectivement du mystère de l'humain, de par les liens symboliques entre mal et maladie, une des instances dont le discours est susceptible d'être saisi par le 'peuple' (le *folk* de *folklore*) et sa tradition orale, pour construire une « idéologie consolatrice » qui donnerait un sens au malheur - avec la participation de ses acteurs, eux aussi issus du 'peuple'. La douleur, de par ses liens avec la religion et la sexualité, suscite plus particulièrement ce type

⁷⁴² Prieur C., « L'affaire Marie L. révèle une société obsédée par ses victimes », op.cit.

⁷⁴³ Roustang F., *La Fin de la plainte*, Collection « Poche », Odile Jacob, Paris, 2001.

de construction narrative. La médecine de la douleur, parce qu'elle est jeune, en phase de création de ses narratifs, est un de ces endroits où apparaît en filigrane, dans les discours des patients comme dans ceux des médecins, ce travail potentiel de spiritualisation de la plainte.

J'y ajouterai également un regard proprement anthropologique en ce qu'il est comparatiste (Gaines, 1986)⁷⁴⁴ : les cultures méditerranéennes, dont fait partie la culture française, présentent des particularités dans leur rapport à la souffrance. L'une de ces particularités, à laquelle Gaines se réfère en termes de « masochisme culturel », consiste en une certaine préférence pour la construction narrative négative. Cette préférence résulte à la fois d'un mouvement de protection vis-à-vis de l'envie des autres, et d'un héritage « religieux » - mélange de chrétienté, d'islam, de judaïsme et de folklore - qui incite à se rapprocher de la figure exemplaire du « saint ». Ces figures, qui ne sont pas toutes des saints au sens où l'entend la religion, sont plutôt des « parangons de la souffrance », des personnes qui ont subi les assauts d'un sort considéré comme injuste, et qui, par la vertu d'une « canonisation laïque » deviennent ce que Gaines appelle des « saints visibles », dont le comportement va servir d'exemple du « comment vivre avec le malheur ». Dans cette tradition, dit Gaines, souffrir anoblit. L'ambivalence avec laquelle est développé ce masochisme culturel fait de ces figures exemplaires de la souffrance « des incarnations vivantes de dynamiques conflictuelles, culturelles et psychosociales ». D'une certaine manière, se sortir de la souffrance, c'est transgresser cet ordre culturel : une fois de plus, la fibromyalgique est « vouée (pour souffrir moins) à la transgression ».

On retrouve ici cette figure qui incarne le conflit, et en qui la biomédecine contemporaine reconnaît l'hystérique. On voit qu'elle est liée, culturellement, à un discours collectif qui indiquerait une norme, une règle, des valeurs du « comment vivre la souffrance », et que ce discours fait appel à la spiritualité et à la religion.

Les dynamiques conflictuelles dans lesquelles elle est prise sont au cœur de ce que la société met en place pour gérer sa violence fondamentale : il y est question du sens du mal et de la maladie ; de la fonction d'ordre qu'exerce la médecine vis-à-vis de cette violence, et en particulier de la mort et de la contagion ; par là, du dualisme corps/âme, de la mise à distance du mystérieux et de l'inconnu au profit de l'objectivable et du savoir, ce qui, historiquement, correspond aussi à une mise à distance des pratiques et usages qui étaient le fait des femmes,

⁷⁴⁴ Gaines A.D. & Farmer P., "Visible saints: Social Cynosures and Dysphoria in the Mediterranean Tradition", *op.cit.*

au profit des pratiques et usages qui étaient le fait des hommes - nous le verrons bientôt plus en détail. Du point de vue de l'imaginaire collectif, de la mythologie, les conflits et paradoxes incarnés ont ainsi également trait aux conflits entre figures du masculin et du féminin dans l'imaginaire.

Le discours de la médecine de la douleur est plus religieux, tout du moins de par les représentations qu'il véhicule. La femme y est invitée à quitter la position de victime qu'elle occupe dans les traditions religieuses méditerranéennes.

S'agissant des identifications féminines : Quelle est donc la nature de l'identité collective recherchée par les patientes à travers les associations de fibromyalgiques, ou encore la nature des valeurs qu'elles cherchent à défendre ?

Cette identité et ces valeurs peinent à être formulées pour elles-mêmes, elles restent en attente de formulation par ceux à qui est adressée la lutte, elles s'approprient leurs langages, comme si elles manquaient d'un langage propre pour se représenter à elles-mêmes. Là encore une interprétation analytique pourrait expliquer cela par la problématique propre à l'hystérie - en ce qu'elle se fait l'objet du discours de l'autre. Mais à côté (et non à l'opposé) de cette interprétation, des significations collectives peuvent être recherchées, tant il est vrai que la psychologisation peut aussi être un outil de pouvoir puissant, de réduction des significations collectives et des ressources imaginaires groupales. La psychologie est pourtant, à son corps défendant, la seule réponse que l'opinion publique semble avoir à donner à leur quête collective d'une identité, qu'il faut bien reconnaître, chiffres à l'appui, comme féminine.

Les liens historiques entre douleur et féminité, que ce soit dans les « grandes idéologies consolatrices » de l'Occident chrétien, dont la religion, dans la culture méditerranéenne dont nous relevons, ou dans l'histoire de la biomédecine⁷⁴⁵, n'offrent guère de narratifs positifs porteurs de solutions ou d'efficacité symbolique pour les patientes. Elles vont au contraire y trouver une mythologie collective qui vient soutenir symboliquement leur statut, soit de coupable (dynamiques involutives), soit de victime, de souffrante, en le liant aux identifications féminines groupales ('tu enfanteras dans la douleur'...), ainsi qu'une « norme du malheur » qui les installe dans la douleur plus qu'elle ne leur propose d'alternative.

⁷⁴⁵ Knibiehler Y. & Fouquet C., *La Femme et les médecins, analyse historique*, op.cit.

Dans cette situation qui semble dépourvue d'issue collective, le regard anthropologique peut apporter des ouvertures : il est en effet frappant de constater avec quelle fréquence les patientes qualifiées d'hystériques se perçoivent et se décrivent comme ayant été les piliers de la famille, et de leur communauté, les accompagnatrices des deuils des parents, les marieuses des frères et de sœurs. Or, une approche comparatiste propre à l'anthropologie peut trouver, dans des sociétés où le pouvoir symbolique (sinon social et économique) est aux mains des femmes (telles que l'Irlande⁷⁴⁶, l'Inde...), des recours imaginaires collectifs, incarnés dans des femmes de chair et de sang, qui peuvent donner sens et mettre en récits efficaces et porteurs de valeurs sociales positives ce type de fonction. Ce qui est en question ici, ce sont bien les représentations sociales de la féminité et de ses spécificités. En d'autres lieux et/ou en d'autres temps des femmes de chair et de sang ont pu avoir pour fonction de permettre la spiritualisation de la plainte, et participer - en lien avec les hommes, et ce dans des modalités de collaborations spécifiques - au désenclavement du conflit et de la violence de la scène individuelle vers la scène collective. Ce dont il est question, c'est de la perte de l'efficacité symbolique collective des figures féminines de la colère, et de la difficulté à imaginer la transcendance au féminin, sans l'associer immédiatement aux forces maléfiques. La figure de Perséphone fait, de ce point de vue, notablement exception dans le panthéon gréco-romain.

En m'appuyant sur les travaux de C. Clément et S. Kakkar, J. Kristeva, D. Vasse⁷⁴⁷, j'avancerai que les carences des identifications féminines groupales, peu porteuses de créativité autonome et d'efficacité symbolique, et la dérive vers le tout-psychologie, après l'Église, des questionnements ayant trait au mystère et à l'imaginaire⁷⁴⁸, se conjuguent avec la tradition médicale pour construire ces hystériques, figures féminines de la demande de reconnaissance. Elles viennent, à l'instar des « saints visibles » de Gaines, incarner des conflits culturels ayant trait aux liens entre identité féminine et victimité, aux rapports masculin/féminin et à leurs dimensions conflictuelles, conflits qui trouvent dans le social le support d'une construction dualiste corps-âme qui produit la figure de l'hystérique tout en la désignant comme bouc-émissaire.

⁷⁴⁶ Pour les références à l'Irlande voir : O'Cruaíoch G., *The Book of the Cailleach- Stories of the Wise-Woman Healer*, op.cit.

⁷⁴⁷ Kristeva J., Clément C., *Le Féminin et le Sacré*, Stock, Paris, 1998 ; Vasse D., *L'Autre du désir et le dieu de la foi : lire aujourd'hui Thérèse d'Avila*, op.cit.

⁷⁴⁸ Laplantine F., *La Culture du psy ou l'effondrement des mythes*, collection « Epsos », Privat, Toulouse, 1975 ; Parot F., « Le tout psy », *Mythologies d'aujourd'hui*, n° spécial du *Nouvel Observateur*, Juillet-Août 2004, pp. 32-33.

Un évènement récent vient illustrer cette hypothèse: une des « *reconnaisances* » récemment obtenues - et applaudie par les associations - est le placement de la fibromyalgie sur la liste des **maladies orphelines** de l'OMS. Cette qualité d' « orpheline », attribuée à la maladie, vient faire écho - de manière anecdotique mais non moins touchante - à un niveau individuel aux ruptures si fréquemment observées dans les filiations féminines chez ces patientes, et à un niveau collectif au déficit d'efficacité des recours identitaires maternels et féminins collectifs s'agissant de faire face à la violence fondamentale.

Dans une dynamique soignante, la question qui me semble alors utile aux patientes concernant les associations de fibromyalgiques pourrait alors être formulée comme suit : cette appartenance va-t-elle contrarier ou au contraire être le préalable à l'autonomisation qui est un des objectifs du soin ? Va-t-elle susciter en son sein et dans l'opinion publique des récits susceptibles d'efficacité symbolique ? L'inscription sociale de la défaillance de reconnaissance constatée, qui donne encore à l'hystérique la fonction de martyr d'une cause entendue, conditionne l'évolution du soin à une évolution sociale que ne maîtrise pas le soignant, mais à laquelle pourrait contribuer l'organisation **pluridisciplinaire** du soin, en particulier sa féminisation.

En effet, la médecine de la douleur apporte des changements, qui sont directement corrélés à la question du féminin : par un *travail* de reconnaissance, de mise en mots des souffrances spécifiquement féminines, elle libère des souffrance souterraines et insistantes. Elle rompt avec l'alliance traditionnelle entre médecine et religion qui confine les femmes à la culpabilité, à la passivité, au masochisme et à la vie domestique (cf les prescriptions de Silas Weir Mitchel au XIX^{ème}). En référence aux propos de Houcques, Decottignies et Huberman⁷⁴⁹, on peut dire que par son *travail* de déculpabilisation, elle permet au discours scientifique de reprendre le flambeau de la perspective « évolutionniste » (s'opposant à « l'involution », soutenue par l'Église et qui s'appuie sur la faute de la femme), en mettant au *travail* dans son propre discours et ses propres pratiques la pierre d'achoppement qu'avait constituée l'hystérie au tournant du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle. En s'intéressant aux femmes qui progressent, qui bougent, qui prennent en main leurs désirs, leur créativité (références aux activités artistiques esthétiques, créatives proposées), à s'autonomiser (créer

⁷⁴⁹ Houcque P., *Ève, Éros, Élohim : la femme, l'érotisme, le sacré*, Denoël/Gonthier, Paris, 1982 ; Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.* ; Huberman G.-D., *Invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, *op.cit.*

leur propre loi, leur propre nom), à se responsabiliser, elle s'inscrit aussi dans la réponse Nietzchéenne par l'esthétique à la crise de la civilisation. Ce travail passe par un intérêt renouvelé pour l'efficacité de l'« *imaginaire* », et par le fait d'assumer collectivement les ramifications religieuses, spirituelles, et en termes de valeurs et de vision du monde, de la pratique médicale. Cela ne va pas sans difficultés, et les ordonnancements mouvants de la pluridisciplinarité, en particulier la place qui y est faite à la parole des femmes et à son efficacité thérapeutique, témoignent des tentatives de maintenir une organisation qui conserve, pour les soignants, une valeur rituelle de protection, qui permet de rejouer d'une manière structurée les expériences antérieures vécues par les patientes aux mains de la médecine, ainsi que de théâtraliser le changement d'orientation proposé tout en l'inscrivant dans l'expérience corporelle et l'imaginaire.

Dans cet imaginaire collectif auquel on cherche à avoir recours, les figures féminines qui semblent 'manquer' pour aider les patientes sont les figures de la transcendance féminine, et des figures de créativité autonome ; également, des figures de la colère efficace, qui n'en feraient pas des harpies : des figures tutélaires de la 'juste colère' des femmes et des mères ; des figures psychopompes aussi, qui permettraient de mettre en récit et en sens le voisinage avec la mort, la vie, et le cycle qui va de l'une à l'autre.

b. Les « femmes intéressantes »

Decottignies⁷⁵⁰ appelle l'hystérique « la femme intéressante » ; et c'est vrai que la biomédecine s'est intéressée à ces femmes, parfois passionnément, jusqu'à les rejeter vers le CETD, encore au nom de l'hystérie, et encore parce que ce rejet même les intéresse.

La médecine de la douleur va à son tour s'intéresser à ces patientes, et au fait qu'elles aient été rejetées.

Voici quelques commentaires du médecin responsable sur des patient(e)s ; certains leurs sont adressés directement, d'autres sont dits en coulisses. Ils témoignent bien du fait qu'il y a des patients 'faciles' et d'autres 'difficiles', et que ces difficultés sont rattachées à des valeurs :

En coulisses, à des professionnels : « *C'est une fille qu'il faut vraiment aider* » « *vous êtes quelqu'un qui mérite d'être aidé* » ; « *Mme B n'est pas du genre à se plaindre* » ; « *si tous les patients étaient comme*

⁷⁵⁰ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.*

Mme S, ce serait le meilleur des mondes tu ne trouves pas ? » ; « t'attaques fort ; tu en as de redoutables dans ton secteur » ; « c'est une fille bien ».

À des patientes : *« Vous n'avez pas de moment d'inactivité, c'est pas votre genre » ; « vous avez un tempérament qui est un bon tempérament ».*

Les patientes sont aussi plus ou moins *intéressantes*, et on les enjoint de nous *intéresser* :

« Ce qui nous intéresse c'est de savoir comment vous pouvez progresser » (le médecin-chef à une patiente). Ce qui *intéresse* la médecine de la douleur, c'est le fait que les patientes soient accessibles à un **changement**, dont on a vu qu'il s'agit d'un changement de représentations et de mythologie, et qu'il va se traduire par une mobilité physique, émotionnelle, intellectuelle, relationnelle. Ce **changement** a pour objectif un mieux-être élargi, qui passerait par quelque chose comme le dénouement de souffrances figées, la libération de la parole, et le tissage progressif d'une narration positive - tournée vers l'avenir, porteuse d'espoir, et de valeurs positives comme le bonheur - dont la patiente est à la fois co-auteur et actrice. On se désintéresse explicitement de la colère et de la vengeance - mais pas des femmes qui les incarnent. En outre, ce désintérêt n'intervient qu'après une période parfois longue durant laquelle des efforts considérables vont être faits de part et d'autres pour mobiliser, dénouer, amener à la parole. *In fine*, si rupture il y a, tout est fait pour que la patiente en soit, encore une fois, l'auteur et l'actrice : que la rupture ne soit pas subie, mais un choix de sa part.

Les pratiques de la médecine de la douleur se distinguent nettement des pratiques habituelles en biomédecine. De ce fait, des patientes perçues comme transgressives ailleurs trouvent ici leur place et leur soulagement.

Cependant ses règles ont aussi leurs limites, qui peuvent à leur tour être transgressées. Parmi celles-ci, le nécessaire *travail*⁷⁵¹ technique et symbolique de la patiente en est une qui est fondamentale et qui rend compte en partie du fait que la consultation médicale est aussi un « échange ». De ce fait, nous avons aussi nos 'bonnes' et nos 'mauvaises élèves', ou « *clientes* » pour reprendre le terme - ici utilisé au sens figuré, et non, comme parfois en médecine aujourd'hui, au sens propre - du médecin responsable, même si les limites entre elles ont changé.

⁷⁵¹ Lacoste M., « Le travail du malade dans la consultation hospitalière », in Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (dir.), *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soin*, Presses universitaires de Lyon, Lyon, 1993.

Nos ‘mauvaises élèves’ peuvent encore faire mal, et/ou peur : bref, elles tendent encore, si on n’y prend garde, à susciter le rejet, mécanisme contre lequel les acteurs du CETD luttent vaillamment, en s’organisant. D’une manière générale, ils tentent de montrer leurs limites à ces ‘mauvaises élèves’ sans que cela ne s’inscrive dans une dynamique de rejet, et de violence supplémentaire. Dans le pire des cas, elles s’en vont d’elles-mêmes, ou la prise en charge est organisée de sorte à lever au maximum les angoisses de part et d’autre, en particulier en l’étalant dans le temps (Mme A).

Dans l’immense majorité des cas, ‘bonnes’ ou ‘mauvaises’ élèves, les angoisses et les douleurs finissent par être vaincues de part et d’autre, et on ne peut que constater, désolé, à quel point les limites de la biomédecine ont auparavant fait à ces femmes une violence supplémentaire.

Défaire cette histoire, pour la refaire autrement, intéresse le CETD.

Les patientes pour qui et avec qui le système ‘fonctionne’, ne suscitent plus au terme de la prise en charge, le rejet propre à la désignation de l’hystérique : elles ne font plus ni mal (la pitié) ni peur (la crainte). Le courrier adressé au médecin traitant est aussi l’occasion de leur réhabilitation à ses yeux - regards croisés : il *travaille* à réhabiliter la patiente aux yeux du médecin traitant, ceci ‘sous les yeux’ de la patiente, tout en témoignant que le médecin qui le rédige la ‘regarde’ avec respect et la croit. C’est une déclaration officielle de la levée des soupçons.

*

La patiente idéale : son *travail* le nôtre.

Les bonnes élèves sont plutôt des femmes d’âge moyen en activité, ou dont l’inactivité n’est pas litigieuse (maladie invalidante justifiant sans ambiguïté l’arrêt de travail, retraite...).

Elles ont majoritairement des vécus traumatiques (effractions physiques diverses, dont chirurgicales, en particulier gynéco-obstétricales), ainsi que un ou plusieurs deuils brutaux ou/et inattendus vu l’âge des décédés ou/et décrits comme particulièrement douloureux.

Les carences affectives dans l’enfance ne sont pas inhabituelles.

Vis-à-vis de cette histoire, il peut sembler utile de leur reconnaître un statut de victime, là où elles se vivent plutôt comme coupables, concernant en particulier des événements de leur vie de femme et de mère : viols, accidents obstétricaux, chirurgies gynécologiques plus ou moins

perçues comme forcées. Mais elles demandent peu ou pas de réparation ou de reconnaissance, et ne se positionnent pas comme victimes passives ou martyres.

Ni la colère ni le conflit ne sont au premier plan. Si elles luttent, c'est pour (elles-mêmes) et non contre (autrui). Elles n'ont pas d'investissement militant, pas de contentieux médico-légal ou administratif en cours. Le conflit avec les soignants ne devient pas un problème. Il peut avoir besoin d'être autorisé, mais ne menace pas de déborder au-delà de l'enclave de l'entretien où il a lieu.

Atteindre avec elles le point d'équilibre recherché - entre reconnaissance du statut de victime et nécessité d'aller de l'avant sans s'enfermer dans le contentieux ou la recherche des bénéfices secondaires - consiste donc ici à déculpabiliser et reconnaître (ailleurs, si il y a 'trop' de statut de victime, l'attitude consiste plutôt à lutter contre et pousse vers l'avant : tout est question d'obtenir un *équilibre/dosage* harmonieux entre des pôles opposés).

Elles manifestent rapidement le besoin de conserver la maîtrise de leur histoire, d'en être l'auteur. Dans cette histoire, le corps a une parole. Les narrations de l'ordre de l'épopée (dont elles devraient être les héroïnes victorieuses) ou du drame (dont elles seraient les héroïnes condamnées au chagrin) ont peu de place dans leur récit spontané, qui est mesuré. Les considérations abstraites telles que leur « *normalité* » sont peu évoquées par elle dans leurs **objectifs**, qui sont plus pragmatiques. Elles se sont déjà appropriées la nécessité d'une quête personnelle, qui est plus intérieure (le '**lieu de contrôle**' est à l'intérieur, diraient les psychosociologues), et visent à l'harmonie, à l'apaisement des conflits.

Elles sollicitent pour cela - en lien avec la nécessité d'être auteure de leur histoire - du temps et de l'écoute, mais défendent aussi un espace de *secret* : le '**lieu de contrôle**' est aussi celui de la parole *sacrée*.

Concernant leur histoire de douleurs : elles sont comparativement peu préoccupées du **pourquoi** et de l'origine des troubles, et adoptent assez facilement l'approche pragmatique du CETD. Elles sont réticentes aux prises médicamenteuses, en particulier à tout ce qui peut altérer leur vigilance ; leur attention, leur concentration et leur mémoire sont peu ou pas altérées. Elles sont peu ou pas confuses.

Elles demandent à pouvoir conserver leur activité, mais sont fatiguées de lutter et cherchent un *équilibre*. Elles demandent à ce que l'efficacité du traitement soit établie dans la durée et la *continuité*. Elles demandent de la coordination et de la cohérence entre les intervenants. Elles demandent de la discussion, de l'écoute et de la parole.

Avec ces patientes le travail des professionnels va constituer à leur enseigner le *dosage* de l'activité, et un plus juste *équilibre* du rapport contrainte/plaisir, peine/plaisir. La *flexibilité* va également être *travaillée*, au sens physique comme au sens psychique. Les retrouvailles avec le plaisir, le repos et le sommeil aussi, vont passer par un *travail* du narratif des épreuves vécues, ayant trait en particulier à la reconnaissance des souffrances et traumatismes vécus en tant que femmes et mères. Les équilibres familiaux, et du couple en particulier, pourront faire l'objet de la discussion, mais elles sont en général protectrices de leur intimité dans cette sphère. Elles vont devoir passer aussi par l'acceptation de la *prise en soin*, la prescription de techniques **antalgiques** (médicamenteuses ou autres), pour « *s'autoriser à avoir moins mal* ». Les **gestes** médicaux intrusifs ou douloureux seront d'autant moins pratiqués, au bénéfice des techniques **antalgiques non invasives**, que la patiente est fragilisée par une histoire traumatique. On recherchera activement en revanche des *épines irritatives*, des lésions permettant de remettre du 'corps' - et donc de la légitimité - dans leur souffrance et dans leur **prise en charge** et de donner lieu à des réponses **antalgiques** directes.

Au total, le *travail* commun est un *travail* centré sur le rythme (rythme de vie et de travail, rythme physique du kinésithérapeute, rythme des prises d'**antalgiques** et plus globalement des l'alternance plaisir et peine, séquence des interventions, solution créative du côté de la musique ou de la poésie), qui sera garant de *l'équilibre*, de l'harmonie et de l'ordre. Ce *travail*, pour être possible, devra passer par un assouplissement. Pour que cet assouplissement soit possible, il faudra user de douceur, dans la parole et dans le geste. C'est en les apprivoisant ainsi qu'elles accepteront que l'on *travaille* ensemble sur un tissu narratif dont la maille, naguère serrée autour de cicatrices atones, de ruptures et de secrets, devra « *lâcher prise* », avant de produire de nouvelles formes dont la créativité ne sera pas absente. Le voyage fait ensemble sera cette création de nouveaux récits. Dans ces récits, les représentations et mythologies du féminin et du maternel tiennent une place importante.

Dans le cadre du CETD de telles patientes ne font ni mal, ni peur, ne transgressent pas. Elles se soumettront sans grande résistance à la culture douleur, aux représentations et mythologies à partager- elles les partagent déjà, il ne leur manquait qu'un lieu pour le vivre, et des professionnels ayant l'expertise nécessaire pour traduire leur croyance en pratique. Mais qu'est-ce qui a justifié le ressenti de transgressions des intervenants précédents ? Comment et pourquoi *résistaient-elles* à la 'culture biomédicale' ?

Là où elles veulent être les auteurs de leurs histoires, dans un mode narratif centré sur la vraisemblance, la subjectivité et la relativité, elles ont rencontré un mode de pensée logico-scientifique, qui cherche à établir des vérités universelles, et livre des interprétations plaquées comme un 'savoir sur elles': savoir du professionnel qui détient, mieux qu'elles-mêmes, la vérité.

Parfois, l'attribution du diagnostic de fibromyalgie a été vécu comme une culpabilisation, selon une équation que l'on pourrait imaginer ainsi : 'c'est *dans la tête*'= 'c'est de ma faute'= « je *tire au flanc* », rajoutant à leur colère, leur solitude ou leur souffrance.

Là où la reconnaissance des traumatismes subis peut être une étape nécessaire, elles ont rencontré des personnes pour qui les événements évoqués n'ont pas statut de traumatisme. Les représentations et mythologies du féminin, s'agissant en particulier du corps et de l'âme des femmes (vaste question), qui sont à l'œuvre dans la culture biomédicale n'ont pas permis de mettre en sens leur souffrance, de créer un récit commun qui réponde de manière efficace pour elles à leur appel à l'ordre du monde.

Elles n'ont pas trouvé de professionnels disposés à leur accorder le temps nécessaire au déroulement de leur histoire, en particulier au *travail* des zones de *secret*. Ces zones nécessitent en effet du temps pour être explorées : tant qu'elles ne sont pas en confiance, certaines, entre autres choses, qu'elles gardent la maîtrise de leur narration, c'est-à-dire que l'origine du 'vrai' est bien reconnu comme étant la leur, elles se taisent.

Comme le suggérait une patiente citée plus haut, il y a dans la narration d'une vie des espaces de *sacré* : plus tabous encore que le dévoilement du corps au regard ou même à la pénétration, est le dévoilement de la parole du corps à l'exploration combinée de l'ouïe, du toucher et du regard.

Parmi ces zones de secret, l'impossible évocation de leurs rencontres avec la mort, qui ont fait d'elles des héroïnes tragiques, forcément malgré elles, les ont particulièrement isolées : porteuses de toutes les craintes archaïques attachées à ces expériences, s'agissant en particulier des figures de la mort, elles se sont heurtées au silence, aux organisations biomédicales du mourir qui conduisent à un refus d'entrer avec les patientes dans un dialogue mythologique avec la mort.

**c. Celles que la médecine de la douleur renvoie
vers la psy : l'addiction**

Comme un certain nombre d'autres patientes, Mme B ne va pas être 'rejetée' au sens où l'aurait été l'hystérique ; mais on va conditionner la prise en charge à l'acceptation d'une prise en charge psychologique et psychiatrique préalable, spécifique, en l'occurrence addictologique.

Peu de situations amènent le médecin de la douleur à poser la nécessité d'une prise en charge psychiatrique autonome, c'est-à-dire dans une certaine mesure et pour un certain temps à renvoyer la patiente vers la psychiatrie, à l'image de ce qui était fait auparavant pour l'hystérie, en remettant à plus tard la prise en charge de la douleur.

Bien sûr, la médecine de la douleur est ainsi faite que des patients présentant des pathologies psychiatriques lourdes, invalidantes, ne sont pas susceptibles de s'adresser à elle directement : les diagnostics 'évidents' auront, le plus souvent - quoi que pas toujours dans mon expérience - été portés avant.

Parmi les patients susceptibles d'organiser de manière autonome leur prise en charge, ceux qui vont conduire au renvoi vers la psychiatrie sont plus volontiers des personnes souffrant de ce que l'on classe aujourd'hui parmi les addictions. Le comportement addictif est un obstacle à la mise en oeuvre de la prise en charge.

Ce qui est en jeu n'est pas que ces patientes nous fassent peur, ou mal, comme Sylvie ou Mme A par exemple ; ni qu'elles ne fassent pas la place à la résolution des conflits.

Du point de vue pragmatique, se pose principalement le problème du mensonge auquel la personne dépendante d'une substance va parfois avoir recours pour l'obtenir. C'est un des problèmes qui s'est posé avec Sylvie, ou avec Mme B.

Contrairement aux procédures mises en place en biomédecine avec l'hystérique, une telle décision, on l'a vu, passe par un, voire plusieurs avis psychiatriques authentiques, qui doivent confirmer l'indication de la prise en charge.

d. Quelle philanthropie ?

Une visée éducative sans réponse univoque. Il s'agit avant tout de dés-éduquer

« Ne vous obstinez pas : un peintre fait toujours son propre portrait ; vous n'arriverez jamais à la peindre »

J. Cocteau

Arrivant à présent à la conclusion de cette description de la culture qu'est la médecine de la douleur face à l'hystérique, je tiens à préciser qu'il y a eu quelque chose de terriblement difficile et insatisfaisant à décrire ainsi l'hystérique - au risque de la réifier-, ou les problèmes qu'elle pose à la médecine. En effet, l'hystérique n'existe pas sans la médecine : elle est son opposée dans le miroir ; femme, donc, nécessairement ; mais seule, contrairement au médecin ; et nue, quand le médecin est tout habillé de son savoir.

L'hystérique est ceci aujourd'hui, cela demain, rien n'est plus prévisible que son caractère « protéiforme » si souvent décrit : elle change, au fur et à mesure que la médecine elle-même change.

Elle est l'anti-thèse de la médecine. Cherchez la faille du système : elle s'y trouve. Or tout système savant comporte une faille : sa part d'arbitraire. S'agissant du système médical, il s'agit des limites entre la vie et la mort, le corps et l'âme, limites qui vont dessiner les territoires où chercher l'origine du mal. Peut-être faut-il alors voir dans l'inévitable rivalité, décrite par Auguste Comte, entre « concept » et « conception » (au sens de concevoir un enfant) la raison qui fait se référer à l'utérus pour nommer celle qui, par sa narration, par sa présence, rappelle au « concept » médical les mythes fondateurs de la biomédecine- ceux qui narrent la création de 'son' monde -, et tend à la biomédecine le miroir où apparaît, et son arbitraire, et une « lucidité rivale » sur la vie, la mort, l'âme et le corps...l'origine.

Ce que la médecine de la douleur offre de particulier- mais encore une fois peut-être ne faut-il y voir qu'une offre transitoire liée à son statut marginal - c'est l'absence de « concept » pour fournir une analogie totale à sa plainte - analogie qui ne peut-être qu'incomplète, et dissimuler à un moment cette incomplétude par une attitude totalitaire et arbitraire. À la place de l'illusion du « concept », elle propose le retour au réel par l'imagination et la créativité, qui comporte, quant à son origine, une part irréductible de mystère.

La médecine de la douleur n'a pas de « concept » total, et ne s'en cache pas - elle lutte au contraire, par la pluridisciplinarité, contre la tentation d'une telle dérive. Mais pour

pratiquer la médecine dans ces dispositions, il faut faire face à bon nombre de craintes, particulièrement à la crainte du mourir, et accepter de s'intéresser à l'après-mort, en tant qu'elle fonde en sens la direction que chacun donne à sa vie et le récit qu'il s'en fait.

Elle revendique en outre le droit de dés-éduquer les patientes à des réponses toutes faites, porteuses de fausses solutions : fausses parce qu'inefficaces. On ne peut cependant pas dire qu'elle propose des solutions toutes faites de remplacement.

Elle propose des moyens, qui sont essentiellement narratifs ; il s'agit de trouver *équilibre/dosage* et harmonie : rien n'est en soi bon, ou mauvais, il convient de chercher *l'équilibre* et le juste *dosage*.

Elle propose une philanthropie, mélange d'empathie et de réconfort tous maternels, et de défis paternels. Il s'agit là encore de trouver l'*équilibre/dosage*..

La grande nouveauté dans cette philanthropie est cette valeur accordée au maternel comme instrument de la guérison possible, qui coupe l'herbe sous le pied de la discorde entre « concept » et « conception » : il s'agit de réfléchir ensemble à une entité intermédiaire, ou plutôt, mixte.

Là où les femmes pouvaient légitimement, les premières, trouver insuffisantes les analogies anatomiques et guerrières proposées par la biomédecine pour rendre compte de leurs maladies et de leurs traitements, elles ont désormais en face d'elle un système ouvert, conscient de ses faiblesses, qui leur propose de prendre la plume pour en écrire de nouvelles, plus adéquates, avec l'aide des professionnels, s'ils le peuvent.

Il faut être bien violente, ou irrémédiablement dépendante de la seule figure maternelle ou paternelle (addiction), pour s'insurger contre une telle proposition.

*

Le Féminin

Dans tous les cas, les attributions de causalité existentielles et morales résultant des dynamiques en coulisses, des discussions d'équipe en staff et à la visite... tendent à être consensuelles et surtout guident à tout moment la prise en charge.

La médecine de la douleur n'est pas une médecine neutre.

Elle l'est, de par l'écoute qu'elle porte indistinctement aux différents parcours. Elle l'est, de par la symétrie entre patiente et professionnel qui fait que la patiente peut à tout moment ne pas être d'accord, exprimer d'autres choix.

Mais elle ne l'est pas dans ses réponses : c'est une médecine qui se positionne, qui donne son opinion. Cette absence de neutralité est portée collectivement, et à divers degrés par les intervenants qui s'autorisent plus ou moins à la mettre en avant dans les situations officielles. Les situations collectives officielles sont au nombre de trois : la visite, le staff, et le dossier douleur. Le médecin-chef est celui qui porte, en présence de l'équipe le plus souvent silencieuse, la retranscription au patient de cette absence de neutralité pendant la visite, sur un mode très policé verbalement, mais qui ne fait pas toujours dans le détour, et peut parfois être très ferme, très autoritaire, sans jamais être jugeant. En revanche, celle qui porte cette absence de neutralité bien haut, dans le temps de staff, dans le dossier douleur, en coulisses, et parfois dans le colloque singulier face au patient, c'est la sociothérapeute.

Nous avons déjà vu que le plus souvent, les questions du rythme et du mouvement vont venir interroger directement le genre : en effet, le rythme, c'est typiquement faire moins chez des femmes très investies dans leurs tâches domestiques ; c'est accepter une aide ménagère ; c'est demander au mari ou aux enfants de participer ; c'est accepter que la maison ne soit pas parfaitement propre (ex. de Mme V, Mme B). Ce sont leurs représentations de leur place d'épouse et de mère qui sont en jeu. Les aider à changer de rythme et à « mobiliser » des comportements et des **croyances** figées - entre autres par les dynamiques du couple - c'est bien souvent devoir leur proposer des alternatives : les amener à inventer une autre femme, une autre épouse, une autre mère. Les inventions résultantes sont loin d'être neutres : ce qu'on leur propose se démarque, par comparaison, très nettement des suggestions faites au XIX^{ème} siècle par Silas Weir Mitchell, de ne toucher ni pinceau ni crayon, de ne pas quitter la maison, de se reposer. C'est même l'opposé : ici, il va s'agir de se libérer des contraintes de la domesticité, d'investir des activités créatives, de savoir dire non aux enfants et au mari, de se faire du bien, de se faire plaisir.

La différence avec une époque telle que celle de Silas Weir Mitchell c'est que cette absence de neutralité est assumée : les professionnels ne prétendent pas détenir à ce sujet la seule vérité. Le discours scientifique ne vient pas déguiser un discours qui est, en fait, moral, tout en laissant la question des valeurs dans une zone aveugle, inaccessible au libre-arbitre de la patiente. Tout du moins dans l'idéal des pratiques - la nuance n'est pas toujours aisée à maintenir.

Il apparaît clairement à quel point l'éducation du corps est aussi une éducation morale, et va prendre valeur d'initiation, ou de passage, ou de rite des endeuillées, concernant en particulier un thème : « comment bien vivre avec le malheur ». Le *travail* de ce thème, concernant les patientes désignées comme hystériques par leurs médecins, rendra d'emblée nécessaire de revisiter les catégories du mal, de la maladie et du malheur.

Ainsi quand Sylvie dit : « *j'ai besoin d'aide* », une interne lui répond que le « *niveau prioritaire est de l'aider à accepter ses douleurs* ». Cette réponse est en cohérence avec l'organisation des pratiques, y compris quand elles assument le plus une fonction d'ordre, puisque les données scientifiques mêmes placent l'acceptation (l'« *acceptance* » des anglophones), comme le sentiment d'utilité, et la distraction, au rang des changements les plus utiles aux patients en général.

Globalement, autant les techniques mises en place, leur ordre de priorité, correspondent bien aux attributions de causalité faites par la patiente elle-même, autant le *travail* de rétablissement d'un *équilibre/dosage* entre les opposés, en particulier : jour et nuit, plaisir et peine, douleur infligée et douleur soulagée, passe plutôt par le choix d'une orientation antagoniste à sa tendance spontanée.

Ceci est logique à partir du moment où l'on admet qu'il est ici question de rétablir l'harmonie et l'*équilibre* en respectant la quête de sens du patient - même si respecter ne veut pas toujours dire être d'accord, mais plutôt entendre, réagir, et en cas de désaccord accepter d'échanger sur le sujet, quitte à sortir de la neutralité dans la mesure où le professionnel ne sort pas en revanche de la place que l'équipe pluridisciplinaire lui assigne.

Les pratiques du CETD s'appuient sur l'organisation et la parole. Elles les *travaillent* 'au corps', avec les patientes qui, quand elles sont 'bonnes élèves', *travaillent* aussi.

Ce qui est organisé, c'est : le lieu/temps du *secret* (corps/âme, vie/mort), la parole, le temps, le rythme, le rapport nuit/jour, le mouvement dans sa qualité et sa quantité, et la « balance des plaisirs et des peines ». Il y a là une éducation du corps, une éducation morale, une éducation qui fait appel aux fondements archaïques de notre être.

La prise en charge en médecine de la douleur, en particulier à travers les modalités de la mise en place de la pluridisciplinarité, est l'occasion de plusieurs passages : la passage du soma

et/ou de la psyché à un lieu mystérieux où le corps parle ; le passage de l'oral à l'écrit ; les deuils, aussi, sont autant de passages.

Elle s'appuie, intuitivement, sur l'efficacité du rite, qu'elle rejoue sans le nommer, simplement parce que 'ça marche'. Elle occupe une fonction d'ordre, d'éducation aux valeurs du groupe. Cependant les valeurs en jeu n'ont pas directement trait à la vie des patientes en général : elles traitent d'abord de la philanthropie médicale elle-même ; le rapport à la vie des patientes est indirect : il passe par la remise en jeu de la position particulière de la médecine dans la société et la culture, qui veut que la philanthropie médicale fonde en sens la philanthropie tout court.

Autour de ces pratiques rituelles s'effectue tout un *travail* de narration, de re-narration, perçues et voulues comme co-construites et symboliquement efficaces.

Les femmes tiennent dans ces rites une place toute particulière, autant parce qu'elles sont les premières destinataires de ces pratiques que parce que parmi les initiés, les femmes sont ici présentes, reconnues dans leur narration le plus souvent initialement orale, leur autonomie et leur culture professionnelle propre, et investies de rôles spécifiques. Ceux-ci, qui acquièrent une légitimité et une lisibilité (au sens propre comme au figuré) forte et nouvelle, ont trait à la mise en œuvre d'une temporalité inédite en médecine (temps continu, cycles nuits/jours, attention aux « microfaits du quotidien ») ; ce sont elles qui les premières évaluent le rythme nécessaire au soin. Ils ont trait aussi au recueil de la parole « *imaginaire* », celle qui dit la vérité de la patiente, son origine à elle ; ce sont elles qui prioritairement vont chercher à recueillir la parole efficace. Ce sont souvent des femmes aussi qui vont confronter cette parole au réel du social et de la culture : médecins-conseils, médecins du travail, médecins de la COTOREP, sociothérapeute. Leur parole est entendue, leur action reconnue comme efficace. *In fine*, les clefs des problématiques de vie, les issues existentielles sont ressenties intuitivement, pensées et parlées par les femmes, avant d'être validées, organisées, rapportées au réel de l'anatomie et d'une manière générale de la règle et de la loi, et mises en œuvre conjointement par les femmes et les hommes de l'équipe, sous la houlette d'une autorité qui reste plutôt masculine.

*

Appel à refaire l'acte d'amour

« as if not spoken to in the act of love
as if wounded, without the pleasure of a scar”

Michael Ondaatje
The cinnamon peeler

Cet extrait de poème me semble traduire parfaitement le sentiment global qui se dégage des rencontres avec les patientes de cette étude : si leur douleur a une fonction, elle est liée à l'absence de parole (tout du moins de parole symboliquement efficace) lors de certains actes qui s'apparentent à l'acte d'amour, dans une longue série de silences qui peut remonter très loin dans la petite enfance, voire entrent en résonance avec d'autres expériences vécues et transmises par les générations antérieures. Elle est liée, en outre, à l'absence de cicatrice visible de blessures infligées par le passé, invisibilité qui priverait les patientes d'un certain « plaisir » qui aurait une fonction dans la possibilité de poursuivre son existence avec ces blessures. A côté du silence, de l'absence de nom, il y a donc l'invisibilité, et tout cela concourt à l'absence de symbole, de cicatrice. Mais pas à l'absence d'imaginaire, puisque celui-ci est au contraire libéré, délié du réel par l'absence de symbole.

L'acte médical a de nombreuses parentés symboliques, imaginaires, et dans l'expérience corporelle qui en résulte, avec l'acte d'amour : il s'agit d'un acte philanthropique, avec un accès au corps d'autrui qui n'a d'équivalent que dans l'acte sexuel ou le soin au tout petit enfant. Le moment subtil où le mal/malheur perçu devient maladie est un moment de reconnaissance, et nous avons vu que dans cette dimension aussi il fait écho aux actes d'amour antérieurement vécus par les patientes.

Ces actes douloureux et silencieux - déshabillage, manipulations voire pénétrations diverses du corps, douleurs infligées ou négligence à soulager la douleur, violences parfois, plus ou moins consenties selon les acteurs et les circonstances (amputations, chirurgies itératives, hystérectomies, IVG...) - font partie des grands responsables de cette longue litanie de silences. Quand vient s'ajouter à des actes médicaux vécus comme traumatiques et non 'parlés' l'invisibilité de la maladie (la douleur ne se voit pas) pour une science médicale qui ne croit que ce qu'elle voit, la non-reconnaissance d'une causalité organique par une science médicale qui ne croit que ce qu'elle explique et localise dans 'son' corps, avec pour corollaire

la remise en cause de la bonne foi du patient, par l'environnement médical, médico-légal, social, qui culmine dans l'adresse au psychiatre ressentie, dans l'enfer imaginaire dont sont désormais prisonnières les patientes, comme un diagnostic de folie... l'absence de cicatrice, l'absence de nom, l'absence de système collectif où trouver des symboles acceptables pour ce qui est perçu conduit à la pérennisation de la douleur et de la plainte, comme si la douleur et la patiente faisaient corps pour insister, faute d'exister.

Si on veut 'expliquer', on peut suivre les hypothèses de G. Durand, et dire qu'une telle situation délie les structures archétypales enracinées dans le corps des symboles collectifs qui devraient constituer un étayage efficace, face aux tragédies en particulier.

De par ses multiples parentés avec l'acte d'amour, ce qu'elle donne à voir, à croire, des rapports entre féminin et masculin va inévitablement être saisi par les patients en général comme une analogie idéale, institutionnalisée, de ce que devrait être l'acte d'amour, et par conséquent de ce que sont les organisations légitimes de la violence sociale générée par la rencontre des hommes et des femmes. L'analogie proposée sera plus ou moins efficace s'agissant du soulagement des souffrances, pour les patients, pour les professionnels aussi. Il semble que l'analogie proposée par la médecine de la douleur soit plus efficace que celle de la biomédecine au sens large, pour les femmes.

L'utilisation du terme hystérie, non-diagnostic, est une non-reconnaissance dans le lieu et le moment où ce qui est attendu est la reconnaissance, précisément. Il tend à rendre impossible la cicatrisation, en faisant perdre aux femmes leur statut de malade. Sa mise sous silence ouvre d'autres possibles. À la condition que « *l'imaginaire* », le vécu corporel, libre d'interprétations et de catégories savantes, soit autorisé à s'exprimer, soit entendu, légitimé. Toutes les tentatives pour encourager le patient à évaluer, décrire, dessiner sa douleur, sont autant de manifestations de la légitimité de cette expérience de la patiente - qui a son origine en elle, et dont elle a la connaissance - et de la volonté de construire ensemble les récits et catégories qui seront porteuses de sens à son sujet.

Il n'est plus question de silence. Le savoir (saveur) est d'abord celui de la patiente ; il trouve son origine mystérieuse dans un lieu/temps secret, dont la sacralité ne sera pas violée, afin de prévenir toute inadéquation entre perception et interprétation. Le médecin écoute ce qui est dit, et produit en réponse un langage dont l'efficacité et la pertinence communes sont sans cesse testées avec la patiente elle-même. Quand il rencontre des limites, quand son savoir est

pris en défaut, ou encore ses moyens, il le dit sans ambages, et la patiente n'est pas pour autant privée de son savoir sur l'origine.

L'objectif est la co-naissance. Si elle accepte ce voyage, il s'y prête. Sinon, elle est libre de partir.

Du point de vue philanthropique, la résultante est tout de même qu'un nombre très important de patientes qui étaient jusqu'alors rejetées au nom de l'hystérie ne le sont plus. Pour quelques vraies violentes, quelques vraies dépendantes, c'est toute une large population coupable avant tout d'être femme dans un monde d'hommes qui se trouvait condamnée au silence, après avoir été condamnée à l'invisibilité. Il me semble que c'est une bonne chose.

Ce qui est attendu des patientes, et ce qu'attendent celles avec qui on peut *travailler*, les 'bonnes élèves', celles qui intéressent, c'est l'autonomie : le nom, propre, la loi, propre.

D'une manière générale, pour pouvoir s'autonomiser, il faut d'abord appartenir. Avant l'autonomie, un passage par l'hétéronomie peut donc s'avérer bénéfique, mais ici cette hétéronomie doit s'appuyer aussi sur une 'loi' qui renverrait à des catégories féminines et maternelles, qui fournirait pour leur souffrance des analogies efficaces.

Or, à quelle figures mythologiques - puisque c'est dans les mythes et l'imaginaire qu'un récit puise son efficacité symbolique - peuvent se référer nos patientes, et qui soient de suffisante envergure pour porter loi, initiation, guérison, voire transcendance, dans le champ de la féminité et de la maternité ?

Concernant Mme V, par exemple, le lien ténu qui unit mort et gestation la plonge dans un abîme de recherche de sens qui ne peut trouver de réponse sans considérer ce qui, du féminin et du maternel, a depuis des siècles fait l'objet de tentatives de maîtrise et de mises sous silence : le mystérieux pouvoir de porter la vie ; ce même pouvoir qui, selon F. Héritier, est à l'origine de la domination masculine ; ce même pouvoir qui est contrebalancé par l'accès exclusif des hommes au sang et au sacrifice.⁷⁵²

Il est marquant, dans le cas du CETD, qu'assouplissement, 'dénouage', passage de l'eau (la perfusion, les larmes), modification de l'état de conscience par l'effraction des limites corporelles (perfusion, acupuncture, infiltrations...), puis passage par la nuit et le voisinage imaginaire de la mort (parole nocturne aux infirmières, hypnose) pétrissage, modelage, *travail*

⁷⁵² Scubla L., « Hiérarchie des sexes et hiérarchie des savoirs, ou Platon chez les Baruya », *op.cit.*

au corps, *travail* du récit, puis émergence d'une authenticité émotionnelle dans le champ soit de l'art et de la créativité, soit de la dimension spirituelle proche du Bouddhisme que l'on retrouve dans les approches ostéopathiques ou en médecine chinoise, soient aussi bien organisés, aussi bien séquencés, aussi bien coordonnés, et d'une manière systématique (même si ce caractère systématique apparaît surtout dans le cas des patientes « idéales » qui s'y plient le plus facilement). C'est ce double *travail* de l'esprit et du corps, cette émergence de l'individu du côté du spirituel ou du créatif, ce voisinage avec la nuit et la mort, et le ballet ordonné des différents acteurs qui n'ont pas besoin de s'entendre sur leurs places symboliques... qui a manifestement toute la portée symbolique et efficace du rite pour la patiente.

Si rite il y a, il s'agit ici à la fois d'un deuil, d'une thérapie, et d'une initiation marquée par le genre féminin et la maternité : pour quelle féminité ? Plus de plaisir, moins de travail, moins de culpabilité du registre maternel ; plus de responsabilité et de connaissance de soi. Sortir, aussi du mythe de la chute. Ceci « intéresse » le CETD.

Dans le cas de Mme V, si passage il y a à faire, il a à voir avec ce voisinage entre gestation, sexualité et mort qu'elle a vécu à plusieurs reprises sans pouvoir le mettre en sens, ni en vie, ni en récit, ni en imaginaire. Et ce sont principalement les infirmières qui seront son intercesseur auprès du médecin ; les infirmières, marquées par l'eau, témoins de la continuité 'détricoteuses' de la parole du corps par le corps, qui interviendront auprès d'un médecin ici représentant d'un pouvoir technique sur le corps, d'un droit sacré à interférer avec ses limites, de la loi et des valeurs du groupe, du droit de nommer (au sens de donner un nom, qui fait loi, et aussi au sens de sortir du secret) .

Nous l'accompagnons, d'une certaine manière, d'Athéna la guerrière, vers Perséphone, peut-être la femme idéale de la médecine de la douleur.

Nos mauvaises élèves ressemblent aux Furies, aux Erinyes.

Nous ne craignons plus les sirènes.

Nous jouons inlassablement, pour à chaque fois la ré-inventer, la rencontre d'Œdipe avec la sphinge.

*

Manifestement, ce qui intéresse la médecine de la douleur telle qu'elle est pratiquée au CETD de Nantes, c'est la mise au *travail*, par le rite, de mythes qui sont inextricablement liés dans le moment de la reconnaissance de l'hystérique, moment qui fonde en sens la pratique biomédicale : le mythe fondateur médical, et les mythes féminins, ceux qui renvoient au mythe de la chute - la faute primordiale féminine - en particulier.

Si le féminin intéresse, ce n'est pas tant dans sa dimension sexuelle que dans sa dimension symbolique ; un autre rapport au temps, la mort (l'après-mort) et la relation entre les deux, l'apaisement du conflit et de la violence par une réinvention de l'exercice par la médecine de sa fonction d'ordre, la construction d'un narratif positif et donc religieux, un abord tangentiel du religieux qui sans le méconnaître, ne l'explicite que très peu, l'art et la créativité. Mais de façon très spectaculaire, et très différente de ce qui se fait en biomédecine, ce qui intéresse ici manifestement c'est de s'engager avec les patientes dans un véritable échange symbolique, d'aborder pleinement l'« enclave mythique » dessinée par la douleur, et d'apprendre à y évoluer, tout en apprenant également, bien qu'avec un léger temps d'avance, aux patientes à le faire.

*

Le tragique et la catharsis

Depuis le début de ce chapitre qui concerne les histoires et la culture de la médecine face à l'hystérie, nous avons évoqué à de nombreuses reprises le tragique et la catharsis. Comme je l'ai fait à d'autres moments, j'ai préféré présenter d'abord les faits avant que d'argumenter mes choix théoriques, afin que les faits plaident d'eux-mêmes pour ces choix.

A toutes fins utiles, je précise que ce n'est pas un artifice : les lectures sont venues apporter des noms à des catégories empiriques résultant de l'analyse du terrain. La connaissance a précédé le savoir.

Arrivant au terme de cette discussion sur la culture qu'elle est, je vais maintenant préciser ce que j'entends par tragique et par catharsis. Je vais pour cela me référer une nouvelle fois aux travaux de J. Pigeaud.

« Donc la tragédie est l'imitation d'une action de caractère élevé et complète, d'une certaine étendue, dans un langage relevé d'assaisonnements d'une espèce particulière suivant les

diverses parties, imitation qui est faite par des personnages en action et non au moyen d'un récit, et qui, suscitant pitié et crainte, opère la purgation (catharsis) propre à pareilles émotions. »⁷⁵³

Quand J. Pigeaud fait allusion à la tragédie dans *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine- La Manie*⁷⁵⁴, c'est en contrepoint d'une proposition, de Caelius Aurélianus, de thérapie de la folie par le théâtre (dans *Maladies aiguës*, I, V, 163) ; celui-ci y évoque le caractère thérapeutique de présenter aux 'fous' une pièce qui 'comporte' des émotions inverses de celles que le 'fou' a en excès. J. Pigeaud y voit la critique par Caelius de la position aristotélicienne, au sens où ce que propose Aristote relève d'une forme d'homéopathie, alors que Caelius choisit l'allopathie.⁷⁵⁵

Ensuite, J. Pigeaud livre des commentateurs de la citation d'Aristote une revue de la littérature synthétisée et classée en fonction des thèses qui en dominent l'interprétation. Il se positionne plutôt en faveur de la thèse médicale, qui est celle de Bernays. Pour J. Pigeaud, il faut véritablement faire preuve de beaucoup de mauvaise foi pour penser qu'Aristote évoque la catharsis sans se référer à la purgation au sens médical, alors même que c'est le sens premier du terme en général à cette époque, d'une part, et d'autre part qu'il est si passionné de biologie, de physiologie, de psychophysiologie même.

Voici ce qu'il dit de la thèse de Bernays :

Pour ce dernier, le sens de la catharsis est une purgation, au sens médical, transposée métaphoriquement à la sphère des émotions. S'agissant de la visée de la catharsis : elle s'adresse à des personnes malades de l'excès de passions (trop et/ou chronique) de type crainte et pitié. Le processus par lequel elle opère est de type homéopathique, comme une purgation hippocratique.

J. Pigeaud est d'accord avec le sens décrit par Bernays. En revanche il n'est pas d'accord concernant la visée : dans le texte, le terme de *pathema* est employé, et non de *pathos*. Tous deux signifient en grec passion et maladie. Dans la traduction et l'interprétation du texte, Bernays introduit une distinction entre les deux termes : *pathema* serait du *pathos* morbide, et ce serait donc à l'homme *patheticos* (i.e. : ayant une disposition permanente et/ou

⁷⁵³ Le texte d'Aristote (in La Poétique, 1449 b 24, traduction Hardy, éditions des Belles Lettres) :

⁷⁵⁴ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine- La Manie*, collection « Études Anciennes », Les Belles Lettres, Paris, 1987, pp.162-183.

⁷⁵⁵ *Ibid* p. 162

profondément enracinée à ressentir crainte et pitié), ‘malade’, que serait destinée la catharsis. Pour J. Pigeaud, il faut étendre ce sens au-delà d’une population de ‘malades’ de leurs émotions, à tous ceux qui ressentent tout simplement, crainte et pitié.

Concernant le processus, J. Pigeaud est d’accord avec Bernays, mais il complète son propos : le purgatif auquel il est fait référence ici serait hippocratique, donc homéopathique, et non aristotélien : il attire l’humeur qui lui est spécifique, qui est conforme à sa nature ; il la sollicite, la met en branle, et crée un surcroît d’excès de ce type d’humeur (dont l’excès est déjà cause de la maladie), ce qui hâte la période de crise et donc finalement la décharge de l’excès. S’agissant de purgation explicitement médicale (cf. le *Problème I*) : le purgatif aristotélien agit, lui, parce qu’il est, au contraire d’un aliment, inassimilable ; il « pousse et balaye tout ce qui le gêne »⁷⁵⁶

Si l’on se limite aux explications aristotéliennes, le processus de la catharsis tragique se rapproche, plus que de la purgation médicale, de la catharsis religieuse, telle qu’elle a été analysée par J. Croissant.

Pour J. Pigeaud, la purgation émotionnelle, plus qu’homéopathique, est « homopathique » : ce n’est pas par du semblable que l’on purge, mais par du même, de l’identique⁷⁵⁷.

Dans cette catharsis qui est donc médicale, il ne s’agit pas d’éliminer complètement l’humeur en question : simplement de revenir à un état d’équilibre, à un état médian. La santé est pour Aristote une moyenne, un « tempérament » (i.e. : mélange harmonieux, tempéré); c’est aussi une double relation entre opposés à l’intérieur du corps, et dans un rapport extérieur/intérieur, qui aboutit à une harmonie des contraires. Ceci est vrai s’agissant de la santé de l’âme, ou du corps.

Ensuite, J. Pigeaud livre de la phrase d’Aristote sa propre interprétation. Voici ce qu’il en dit :

Concernant le sens, tout d’abord : le lecteur d’Aristote est pris dans un cercle vicieux : Aristote dit, dans La Poétique, qu’il va s’expliquer dans la politique sur le sens de catharsis... et dans la Politique il dit qu’il va s’en expliquer dans la Poétique. En fait, il ne s’en explique jamais vraiment. Cependant le contexte dans lequel est posé le problème de la catharsis dans la Politique nous éclaire sur son sens pour Aristote.

⁷⁵⁶ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l’Antiquité gréco-romaine- La Manie*, op.cit., p. 180.

⁷⁵⁷ *Ibid* p. 180.

Ce contexte est celui d'un autre problème : savoir « si l'éducation doit viser la raison, la pensée discursive ou le caractère de l'âme, étant bien entendu que le but de la vie est l'*otium*, nous dirions : le temps libre. »⁷⁵⁸ Il introduit ici la musique, pour en dire qu'elle permet d'atteindre le délassement, l'éducation et la catharsis.

J. Pigeaud retiens que :

- catharsis s'oppose à *mathesis* (l'instruction), en ce qu'elle ne s'adresse pas à la pensée rationnelle. Elle vise le monde de la passion, en particulier crainte et enthousiasme.
- le texte de la Politique montre qu'il y a un modèle médical et un modèle musical de la catharsis, et que s'il en existe un troisième il tient de ces deux là.
- la catharsis musicale se rapproche de la catharsis religieuse. Elle est analogue à la catharsis médicale mais non réductible à elle.
- la catharsis de la Poétique, c'est-à-dire la catharsis tragique, s'explique par analogie avec ces deux modèles : le modèle musical, le modèle médical.

Concernant la visée de la catharsis tragique telle que l'a décrite Aristote : elle s'adresse donc à tous les hommes, en tant qu'ils sont sujets à la crainte ou à la pitié, et non aux seuls « malades » de l'excès de ces passions.

Qu'est-ce que la crainte pour Aristote? « La crainte c'est, fondamentalement, la crainte de la mort »⁷⁵⁹. Pour ressentir de la crainte il faut à la fois que cette mort soit suffisamment imminente, et qu'il persiste un espoir de salut.

« La crainte s'oppose à la témérité. Le courage est au milieu entre l'une et l'autre. »⁷⁶⁰

Qu'est-ce que la pitié pour Aristote? Une peine qui survient au spectacle d'un mal frappant quelqu'un qui ne le méritait pas, et qui nous semble proche (dont soi-même ou ses proches pourraient souffrir aussi).

« La pitié suppose deux jugements : un jugement de valeur, le caractère injuste, immérité du malheur, et un jugement d'analogie : je suis, moi aussi, proie possible de ce malheur. »

La pitié s'oppose à l'indignation qui concerne les bonheurs immérités.

D'une certaine manière la pitié est une crainte aussi, une « crainte médiatisée (...) : pour craindre pour soi, pour revenir à soi, il faut passer par l'autre »⁷⁶¹.

⁷⁵⁸ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine- La Manie*, op.cit. p. 170.

⁷⁵⁹ *Ibid* p. 174.

⁷⁶⁰ *Ibid* p. 174.

⁷⁶¹ *Ibid* p. 174.

Il poursuit : « à notre avis l'important dans la crainte et la pitié, c'est que ce sont deux sentiments dangereux pour l'homme, quand on les pense comme sentiments sociaux essentiels, et dans la relation de l'homme avec l'autre. La pitié est la perte de soi dans les autres, qui aboutit à l'évanouissement, à l'épanchement du moi. La crainte est rétrécissement de soi-même, la perte du sentiment de l'autre. Pathologiquement, la crainte aboutit effectivement à la mélancolie. C'est en cela que la tragédie aurait une fonction pédagogique et sociale. »⁷⁶² p 176

Si la Cité valorise le courage, ce n'est pas parce que c'est la plus grande des vertus. C'est parce que c'est celle qui lui est le plus utile.

S'agissant du processus : J. Pigeaud rappelle que pour L. Entralgo, Platon serait l'inventeur de la vertu thérapeutique du « mot efficace », pour l'âme, d'une psychothérapie scientifique.

Pour Platon, « il n'y aurait aucun doute : l'agent cathartique que réclame la maladie de l'âme serait le mot apte et efficace. »⁷⁶³ Ce mot efficace serait cependant différent de l'argument rationnel.

Le « beau discours » et le mythe engendreraient des « opinions persuasives » et des « croyances », et par elles la *sophrosyne* (traduit par : modération, sagesse), jamais entièrement réductible à la raison.

Dans son analyse de la catharsis, il conserve l'ambiguïté des sens religieux et médical du mot. Du point de vue somatique la catharsis tragique serait le retour à une crase, à un tempérament plus équilibré, plus naturel. Mais la catharsis vise le tout de la nature de l'homme, l'affectivité et la rationalité.

Mais pour J. Pigeaud la catharsis ne se réduit pas à l'épode (chant, incantation) : il ne faut pas oublier la vertu de la *mimesis*, de la *praxis* tragique.⁷⁶⁴

Une fois de plus les travaux de J. Pigeaud rendent parfaitement compte de mes observations, y compris des vertus du courage, dont la première est le pragmatisme. Tout y est : la parole efficace ; les vertus de la *mimésis*, de la *praxis* tragique ; l'ambiguïté du médical et du religieux ; la parenté avec la musique. Le même. L'*équilibre*.

Les organisations de la médecine de la douleur viseraient à soulager la douleur en s'organisant face à la crainte et à la pitié pour se protéger de la mélancolie ; le processus à

⁷⁶²Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine- La Manie*, op.cit., p. 176.

⁷⁶³ *Ibid* p. 176.

⁷⁶⁴ *Ibid* p. 178.

l'œuvre est la catharsis tragique, ce qui rend compte de sa théâtralisation ; elle s'adresse à tous ; professionnels, patients, et à la société qui observe.

*

Où cela nous mène-t-il s'agissant de la fonction de l'hystérique ?

- Comment fonctionne la médecine de la douleur avec l'hystérique ? Qu'est-ce qui est fonction de sa désignation ?

Les conséquences de la reconnaissance de l'hystérie par la médecine de la douleur sont la mise en œuvre des stratégies suivantes :

Retravailler le mythe fondateur, le dualisme en introduisant l'amour, entendu comme résultant d'une harmonie entre masculin et féminin, maternel et paternel ; en introduisant le féminin et le maternel, donc ; en introduisant le facteur 'temps' ; en introduisant l'imaginaire.

Retravailler sa philanthropie, en substituant au plaisir de la recherche de solutions - qui peut dériver vers le plaisir ambigu de l'énigme - celui qui consiste à trouver des moyens (comme le trouvère- cf. l'étymologie du mot).

Pour retravailler le mythe, il faut rejouer le rite, en l'occurrence pour mieux le déconstruire : car le rite propose une solution : le bouc émissaire, la victime sacrifiée. Ici, point de solution, point de victime, et si le sacrifice est présent, c'est pour être effleuré : puisqu'il faut rejouer le rite et le mythe.

Déconstruisant le rite, retravaillant le rite, elle aboutit à processus qui présente toutes les caractéristiques de la catharsis tragique.

C'est un exercice dangereux dont le risque, en cas d'échec, est la mélancolie.

- Qu'est-ce qui intéresse chez l'hystérique ? À quoi sert-elle ? Ne serait-ce pas à faire ce travail, précisément ? Ce sera l'objet du prochain et dernier chapitre que de tenter de répondre à cette question.

D'ores et déjà, nous voyons que sa reconnaissance permet à la médecine de la douleur d'établir de nouvelles règles s'agissant de la peur, la pitié, la vie/la mort : de la violence et de l'amour. Pour cela il faut lever le silence sur le « lieu commun » essentiel : celui qui rappelle que la médecine d'héritage gréco-romain est le fondement de la philanthropie de la société dans laquelle elle se situe, et que cela lui donne un certain nombre de devoirs.

Médecin et patiente y *travaillent* ensemble. Chacun joue tout à tour le rôle de spectateur ou d'acteur, du théâtre de l'autre, comme dans une répétition générale d'un spectacle en attente d'être joué devant la société toute entière.

La médecine de la douleur se revendique elle-même comme culture, comme appartenant à sa culture. Elle a une conscience de travailler avec, et pour l'influencer, la culture dans laquelle elle est ; cette conscience n'est pas commune à l'ensemble de la biomédecine.

La culture qu'elle est ne peut donc se décrire pleinement qu'en lien avec la culture dans laquelle elle est. Cette architecture globale ayant été décrite, nous allons maintenant, pour terminer cette étude et comprendre 'à quoi sert l'hystérie', replacer la médecine de la douleur dans la culture dans laquelle elle est, s'agissant de l'hystérie, des mythes féminins, et des organisations de la violence.

C. LA CULTURE DANS LAQUELLE ELLE EST

1. Un écheveau de discours savants, une histoire des problèmes.

a. L'écheveau des discours savants

"Hysteria, both ancient and modern, provides important evidence that pain is constructed as much by social conditions as by the structure of the nervous system. It allows us to understand how men and women face illness in cultural contexts so different as to create what can only be called male and female pain. Male pain tends to play itself out today in openly public places : football fields, street fight, combat. Female pain is more elusive and harder to see. Further, the invisible bond that hysteria allows us to detect - the bond linking women to a peculiarly gender-marked pain - encourages the suggestion that western culture is not yet entirely free from the perils that threatened our great-grandmothers. Hysteria cannot be

dismissed as merely a relic of a distant past. As we will see, it may even have found new uses and new shapes within the changed sexual politics of twentieth century life.”⁷⁶⁵

*

La plainte douloureuse est reconnue, depuis que l’on a essayé, à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, d’écrire au sujet de l’hystérie des traités scientifiques, comme étant l’une de ses plus constantes manifestations, à côté de son opposé, l’anesthésie, et de différentes formes de paresthésies et de paralysies.

Dans son ouvrage, *l’Hystérie, hier, aujourd’hui, encore*, P. Herlem⁷⁶⁶ offre une histoire de l’utilisation du terme en médecine qui structure le résumé ci-après. Le mot ‘hystérie’ vient donc du grec ‘*hystera*’ qui signifie ‘utérus, matrice’. Ce nom a été choisi en raison de la métaphore utilisée par les femmes pour décrire leurs symptômes, comme leur donnant l’impression d’une boule remontant du ventre à la gorge... Les symptômes ont alors été rapportés à la migration de l’utérus, considéré comme un organe capable de se mouvoir de manière autonome, et les traitements ont consisté à faire, par diverses procédures (des fumigations en particulier), redescendre l’utérus à sa place. Il s’agit d’une métaphore descriptive, que n’est venue appuyer aucune observation scientifique, mais qui semble s’être trouvée si porteuse de sens pour les praticiens, et peut-être pour les patientes elles-mêmes, qu’on en retrouve la trace, avec quelques variantes, jusqu’à l’aube du XX^{ème} siècle : peut-être, suggère-t-il, est-ce parce qu’elle rendait compte, avec ce mouvement de l’utérus vers le haut, vers la tête, « d’un lien, voire d’une confusion, entre le sexe et la pensée, les organes sexuels et les représentations du désir ».

Les manifestations recouvertes par ce terme constituent pour P. Herlem la plus ancienne description écrite existante de ce que l’on nomme aujourd’hui **trouble de la personnalité**. On en trouve les premières traces dans la médecine égyptienne au XX^{ème} siècle aC. dans le papyrus de Kahun ; le papyrus Ebers vers 1 600 ans avant notre ère, reprend une description similaire.

La médecine grecque, avec Hippocrate (V^{ème}-IV^{ème} siècles aC) relaie de nouveau ces descriptions, auxquelles il ajoute cependant un élément explicatif important : ce serait la

⁷⁶⁵ Morris D.B., *The Culture of pain*, op.cit.

⁷⁶⁶ Toutes citations de ce passage sauf mention contraire : Herlem P., *L’Hystérie hier, aujourd’hui et encore*, collection « Psychanalyse », Césura, Lyon, 1994.

frustration sexuelle qui, privant l'utérus - décrit comme un « petit animal » - d'humidité, le conduirait à partir à sa recherche en d'autres endroits du corps, ce qui produirait alors la manifestation clinique la plus typique alors de l'hystérie : la crise convulsive généralisée, courte et sans amnésie. Par conséquent, il ajoute aux recommandations thérapeutiques des Égyptiens (fumigations vaginales attractives, fumigations répulsives par voie haute) les conseils de vie suivants : avoir une vie sexuelle satisfaisante, se marier pour les jeunes filles, se remarier pour les veuves. Il classe par ailleurs l'hystérie parmi les « maladies naturelles ». Jusqu'alors les métaphores utilisées pour décrire les symptômes hystériques n'avaient pas permis d'envisager une hystérie masculine. Or au I^{er} siècle un autre médecin grec, Arétée de Cappadoce, va pour la première fois décrire des manifestations de ce type chez l'homme (en l'occurrence étouffement, paralysie et perte de parole). Un autre médecin grec, Soranos d'Éphèse, au II^{ème} siècle conteste la théorie animalière d'Hippocrate et, mettant en avant l'anxiété générée par l'utérus, recommande la relaxation.

La médecine romaine passe comme il se doit de la métaphore descriptive à la maladie des lieux affectés. Galien, qui reprend et complète la théorie des humeurs, exclut l'idée d'une migration de l'utérus, sans néanmoins récuser sa responsabilité dans la symptomatologie. Mais c'est une rétention d'humeur par l'utérus, selon un mécanisme identique à la contention spermatique chez l'homme, qui est jugée responsable de la crise convulsive. Ce faisant, il rend possible la conceptualisation d'une hystérie masculine. Il est par ailleurs le premier à noter le caractère protéiforme de l'hystérie.

La chute de l'Empire romain, la régression du paganisme et l'extension du christianisme, ainsi que le faible développement de la médecine en Europe occidentale, voient le concept de maladie hystérique disparaître du champ de la médecine, en même temps que la pensée médicale naturaliste et rationnelle. Les symptômes qui intéressaient jusqu'alors la médecine vont dès lors intéresser les religieux. Jusqu'au XVII^{ème} siècle, ce seront les positions adoptées par Saint Augustin qui vont dominer. Il fait du plaisir sexuel le domaine du « malin » ; la continence sexuelle n'est pas cause de trouble, et doit être recherchée comme une vertu. Ce qui cause ce que, pour P. Herlem, on appellerait aujourd'hui les **troubles de la personnalité**, c'est « la possession » ; les symptômes appartiennent donc à un domaine distinct de celui de la maladie ; l'extase, et les manifestations corporelles de l'hystérie avec elle, deviennent des marques de possession satanique. De la fin du XIV^{ème} à la fin du XVII^{ème} siècle, les jeunes filles et les veuves auxquelles les médecins conseillaient autrefois de se marier seront poursuivies par l'Église pour sorcellerie.

Ceci, au même titre que les guérisseuses que d'aucuns, nous le verrons, décrivent comme étant victimes d'une « hystérie collective », les boucs émissaires d'un mouvement collectif encouragé par l'élite et l'Église, qui trouvait son origine dans la violence et les calamités de l'époque. Que désigne donc l'hystérie ? « L'hystérie collective » du vocabulaire courant, qui désignerait ici un mouvement émotionnel violent, incontrôlé, de panique ou de haine ? Ou encore le problème de la personne observée, qui est prise dans ce mouvement, et que l'on tente de décrire avec une objectivité que ne permettent pas les circonstances mêmes de sa désignation, qui sont celles d'une exclusion nécessaire ? Où est l'hystérie ? Dans le groupe qui la désigne, dans l'œil de l'observateur ou dans l'observé ?

À la fin du XVI^{ème} siècle et au début du XVII^{ème} siècle, quelques médecins commencent à résister à la pensée religieuse, et contestent en particulier l'origine spirituelle des « **troubles de la personnalité** » affectant ces femmes. Dans leur discours, petit à petit, les théories utérines s'effacent et apparaissent les premières hypothèses s'apparentant à la psychologie ou à la neurologie. Et c'est vraiment l'Anglais Thomas Sydenham (1624-1689) qui va formuler la première description de l'hystérie conçue comme un **trouble de la personnalité** ; il reprendra aussi les hypothèses de Galien concernant la capacité de l'hystérie à imiter toutes sortes de maladies.

En 1777, l'Écossais William Cullen introduit pour la première fois le concept de **névrose**, parmi lesquelles il compte l'hystérie. Ces pathologies ont en commun une atteinte du système nerveux, un caractère fonctionnel et une localisation organique précise ou supposée (ici l'utérus).

Au XVIII^{ème} et XIX^{ème}, un certain nombre d'auteurs (Pinel, Von Feuchtersleben, Carter...) développent des théories psychogénétiques des troubles et préfigurent, bien que de manière parcellaire, la théorie freudienne, en évoquant en particulier l'étiologie sexuelle et la dimension relationnelle (dont la séduction) des troubles, l'importance de l'analyse des rêves comme langage inconscient, le refoulement. D'autres (Griesinger...), organicistes, parlent des maladies mentales comme de maladies du cerveau.

Parallèlement, se développe à Paris une pratique qui y sera très en vogue, bien que considérée comme suspecte : le magnétisme de Mesmer, d'où naîtront l'hypnose (terme introduit par James Braid en 1841) et la suggestion. Conformément à l'appétit pour la démarche scientifique qui caractérise l'évolution du corps médical dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, ces pratiques seront considérées comme suspectes. Lasègue, en 1865, relie hystérie et

hypnose en affirmant que cette dernière n'est réalisable que pendant une crise hystérique. L'une et l'autre se voient ainsi enveloppées du même mystère supplémentaire et du même discrédit, et les médecins d'alors, qui « n'y croient pas », rejettent les hystériques comme autant de simulatrices, et s'en désintéressent.

C'est Jean-Martin Charcot qui en 1883, décrira une clinique de l'hystérie en tant que maladie du système nerveux, et permettra son entrée dans la légitimité du discours scientifique. Neurologue réputé, il se voit confier en 1871 le quartier des épileptiques de l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris. Le service regroupe sous ce nom les patients présentant des **convulsions** : des **épileptiques** et des hystériques. Il se trouve donc aux premières loges pour observer l'hystérie. Sous l'influence de l'idéal anatomo-clinique, il entreprend d'en fixer un tableau clinique définitif et en affirme l'existence en tant que maladie neurologique : « Son entreprise consiste alors à opérer un gigantesque travail d'isolement et de classement différentiel des symptômes hystériques, de mise en ordre diagnostique, de construction de tableaux psychopathologiques, de reproduction des symptômes hystériques chez des sujets sous hypnose afin d'en démontrer la constance et la fixité, et, enfin, d'enseignement. » Il aboutit ainsi à une description clinique qui distingue les manifestations paroxystiques (les **grandes crises convulsives**, précisément décrites en quatre phases), pouvant être prévenues ou interrompues par des manipulations sur les zones dites **hystérogéniques**, à savoir mammaires ou ovariennes, et les manifestations non paroxystiques, permanentes, consistant en des troubles moteurs, des troubles sensoriels (surdité, rétrécissement du champ visuel) et des troubles de la sensibilité (anesthésie, hyperesthésie...).

En apportant sa caution scientifique à l'observation des symptômes hystériques, il permet de lever un peu de la suspicion de simulation qui pesait sur ses patientes. Il reconnaît également la possibilité d'une hystérie masculine. On notera chez Charcot l'importance de la vue, la « passion du voir » comme dit P. Herlem, dont il fait état lui-même, et à laquelle répond un souci de l'image propre à l'époque (développement de la photographie...) ; ainsi constituera-t-il à la Salpêtrière un important service d'iconographie photographique. Il décrit d'ailleurs plus qu'il n'explique : il se limite à évoquer, officiellement, la **dégénérescence neurologique** comme cause de l'hystérie. En privé cependant, il évoque sans réticence l'hypothèse d'une causalité sexuelle ; par ailleurs, il note que l'apparition des symptômes peut faire suite à un événement traumatique, et « conçoit le rôle déterminant du facteur

psychologique en termes de représentation d'une paralysie s'imposant au sujet par auto-suggestion ».

Une autre école française, à Nancy, travaille sur l'hystérie : Bernheim et Liébault sont en désaccord avec Charcot sur le lien entre hypnose et hystérie. Pour le second, elles sont intimement liées. Pour les premiers, elles n'ont aucun rapport. Pour eux, le seul traitement efficace de l'hystérie est la psychothérapie.

Dans les dictionnaires de l'époque, l'hystérie reste une affection exclusivement féminine, liée à une hypersensibilité du système nerveux, se manifestant par des convulsions, et susceptible d'être traitée par diverses fumigations (toujours ces vapeurs, cet élément gazeux qui a traversé les siècles et qui rappelle les fumigations des rituels sacrés) ou par l'application d'une pierre dite « hystera-petra ». Au même moment, dans la littérature, l'hystérie paraît liée à la féminité, aux femmes du monde en particulier, et à une certaine insatisfaction romanesque (Flaubert et son « bovarysme ») ou sexuelle. Ce n'est qu'au début des années 1920 que les surréalistes, s'intéressant aux travaux de Freud et à l'hystérie en particulier (« la plus grande découverte poétique de la fin du siècle » dirent Aragon et Breton), permettront qu'ils soient petit à petit - et avec retard - connus en France.

Sigmund Freud est le père des théories psychanalytiques, psychologiques et, pour une bonne part, psychiatriques, de l'hystérie : il s'est, dès le début de sa carrière, intéressé à cette problématique, et le développement progressif et empirique de ses théories psychanalytiques s'est accompagné, tout au long de sa vie, d'un affinement de sa théorie sur l'hystérie.

Neurologue de formation, orienté d'emblée vers la recherche, il se lie d'amitié à vingt-deux ans avec J. Breuer, physiologiste et psychiatre, qui s'intéresse également à l'hystérie et qui, le premier, proposera la méthode dite **cathartique** pour la traiter. Ensemble, ils publieront en 1895 un ouvrage intitulé *Études sur l'hystérie*. Entre temps, Freud s'est initié à l'hypnose, par le biais de sa pratique médicale de neurologue. Il a ensuite assisté aux enseignements de Charcot à la Salpêtrière et celui-ci lui a fait part en privé de ses intuitions concernant l'origine sexuelle des troubles, intuitions qui viennent s'ajouter à un commentaire similaire fait à Freud par J. Breuer. À son retour de Paris, en 1886, Freud présente à Vienne un premier rapport concernant l'hystérie masculine, qui sera rejeté par la communauté scientifique viennoise. Il s'installe en ville, commence à pratiquer et l'hypnose et la méthode cathartique (cas Emmy von N.), traduit puis rencontre Bernheim et Liébault en 1888. C'est à partir de la mort de Charcot, en 1893, qu'il commence à élaborer la technique et la théorie qu'il nommera pour la première fois « psychanalyse » en 1896. Ainsi, pendant les dix premières années de sa

carrière, Freud, s'éloignant de la neurologie de laboratoire pour s'intéresser à la clinique de l'hystérie, cherche « le traitement qui marche » en reprenant à son compte les principaux travaux précédents. Ce qui paraît à P. Herlem être un fait tout à fait nouveau, c'est qu'il s'appuie dans sa recherche sur « une dialectique alliant pratique, technique et théorie » qui, pour la première fois, en se préoccupant du « fait premier », donne sa place à la parole de l'hystérique, d'une part, et à une réflexion sur l'écho que cette parole a à l'intérieur de l'observateur, d'autre part.

Dans le courant de sa vie, il élaborera différentes théories concernant l'hystérie et s'intéressera en particulier à l'hystérie de conversion (et par elle, à la douleur chez l'hystérique) et à l'hystérie d'angoisse. Il élabore petit à petit sa technique et sa théorie psychanalytique : remémoration, abréaction, associations libres, refoulement, défense, résistance, transfert, conflit intra-psychique. En ce qui concerne l'hystérie, cela lui permet d'aboutir à une première construction théorique : l'hystérique souffrirait de réminiscences, ces réminiscences ayant trait à un traumatisme initial de nature sexuelle, spécifiquement une scène de séduction (typiquement d'une petite fille par son père), qui demeure présent ou bien est réactivé à l'âge adulte (plus particulièrement lors de différentes étapes de la vie sexuelle, telles la puberté, l'enfantement, la ménopause), et qui, tel un « corps étranger intra psychique », fait obstacle à un développement psychique harmonieux. P. Herlem fait un parallèle intéressant entre cette notion de « réminiscences hystériques » et une phrase de Diderot concernant la confusion temporelle de l'hystérique, à qui « tous les temps sont présents » simultanément. La conversion quant à elle « désigne la transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes somatiques, moteurs ou sensitifs » (douleur par exemple) ; elle a une « dimension économique » (de dérivation d'une charge émotionnelle dans le corps) et une « dimension symbolique » en ce que les symptômes parlent selon un langage symbolique.

Il renoncera ensuite à cette hypothèse, car elle supposait une telle fréquence des actes pervers commis sur les enfants que cela lui paraissait improbable. C'est ainsi qu'il en vient à former sa théorie des fantasmes (comme étant impossibles à distinguer, dans le souvenir, de la réalité), de la sexualité infantile, avec le complexe d'Œdipe, et des rêves, interprétés comme des réalisations du désir. Du père, séducteur traumatisant, il glisse vers la mère, première séductrice à travers les soins du corps qui font naître chez l'enfant ses premières sensations voluptueuses. Il évoque également la singularité de l'identification hystérique au désir de l'autre. À partir de ces données, il élabore en 1908 une synthèse sur le symptôme hystérique :

« 1/ Le symptôme hystérique est le symbole mnésique de certaines impressions et expériences vécues efficaces (traumatiques).

2/ Le symptôme hystérique est le substitut, produit par conversion, du retour associatif de ces expériences traumatiques.

3/ Le symptôme hystérique est - comme d'autres formations psychiques - expression d'un accomplissement de désir.

4/ Le symptôme hystérique est la réalisation d'un fantasme inconscient servant à l'accomplissement de désir.

5/ Le symptôme hystérique sert à la satisfaction sexuelle et représente une partie de la vie sexuelle de la personne (correspondant à l'une des composantes de sa pulsion sexuelle).

6/ Le symptôme hystérique correspond au retour d'un mode de satisfaction sexuel qui a été réel dans la vie infantile et qui depuis lors a été refoulé.

7/ Le symptôme hystérique survient comme compromis entre deux motions d'affect ou motions pulsionnelles opposées dont l'une s'efforce de donner expression à une pulsion partielle ou composante de la constitution sexuelle tandis que l'autre s'efforce de réprimer la première.

8/ Le symptôme hystérique peut se charger de représenter différentes motions inconscientes non sexuelles mais ne peut manquer d'avoir une signification sexuelle.

9/ Un symptôme hystérique est l'expression d'une part d'un fantasme sexuel inconscient masculin, d'autre part d'un fantasme sexuel inconscient féminin (bisexualité psychique). »⁷⁶⁷

*

Les contemporains de Freud (K. Abraham, S. Ferenczi) et la deuxième génération de psychanalystes (A. Freud, M. Klein...) poursuivirent ses travaux. De ceux-ci, je retiendrai d'une part les travaux de Ferenczi, qui reprend les hypothèses de Freud concernant le rôle de la mère première séductrice, et d'autre part les hypothèses énoncées par M. Klein concernant la confusion spatiale de l'hystérique (qui vient s'ajouter à la confusion temporelle évoquée plus haut), confusion fantasmatique entre le bas et le haut du corps, qui amène selon elle un déplacement des zones érogènes (ce que P. Herlem rapproche, métaphoriquement, de l'utérus migrateur).

⁷⁶⁷ Cité intégralement in P. Herlem.

Viennent ensuite les travaux de Lacan, qui ‘revisite’ Freud en décrivant l’hystérique de la manière suivante : la problématique hystérique serait fondée sur une demande d’amour insatisfaite. L’hystérique est marqué(e) du signe de l’incomplétude, de l’insatisfaction permanente, en même temps qu’il/elle ne craint rien plus que d’être satisfait, ou figé en une limite. L’hystérique aspire à un tout, identifié au signifiant phallique, qui exprime l’objet idéal, vis-à-vis duquel rien ne soutient la comparaison. C’est ainsi que sa demande est d’être tout, homme et femme à la fois, et qu’il/elle vit avec ambiguïté le manque, ressenti à la fois comme une souffrance et comme une jouissance. Lacan explique ainsi le fait que la demande de l’hystérique ait été de tout temps adressée en priorité à ceux « les plus empreints de prestige et de brillance phallique, dieux et savants, pour manifester l’insaisissable du divin ou échapper toujours à la saisie du savoir humain et démontrer en retour son insuffisance à la satisfaire [...] Le savoir y vient à la place de la jouissance ».

*

Que disent les textes, les écrits savants, universitaires, porteurs du discours officiel, sur l’hystérie aujourd’hui ? Nous avons déjà évoqué ce qu’en disent la médecine et la psychiatrie.

Concernant l’enseignement didactique au futurs psychologues : nous reprendrons sans la détailler, avec P. Herlem, la description clinique de ce qu’on entend aujourd’hui par hystérie dans le monde du soin, ou du moins ce qui est enseigné dans les manuels « classiques ». Les étudiants complèteront ensuite ce type de référence par des lectures diverses, qui dépendront aussi des orientations théoriques des facultés (plus ou moins influencées par la psychanalyse, qui par Freud, qui par Lacan...).

La clinique de l’hystérie recouvre trois ensembles de symptômes : les signes somatiques de la conversion, les signes propres à l’hystérie mais non conversionnels, et les signes caractérologiques de la personnalité hystérique.

Les symptômes de conversion se classent d’une part en symptômes permanents : troubles moteurs, troubles de la sensibilité, troubles sensoriels, spasmes divers appelés aujourd’hui « spasmophilie » ; les plus fréquents d’entre eux actuellement sont les phénomènes douloureux. D’autre part, on trouve les symptômes paroxystiques : grande crise ‘à la Charcot’, aujourd’hui exceptionnelle, syncopes diverses, crises tétaniques, crises extra-pyramidales, crises d’hystéro-épilepsie, crises d’énurésie, de somnambulisme, états seconds

ou crépusculaires (analogues à l'état induit par l'hypnose), attaques cataleptiques, tentatives de suicide⁷⁶⁸ (ou menaces de).

Les symptômes non conversionnels mais propres à l'hystérie de conversion : troubles de la mémoire - faux souvenirs, amnésies spécifiques... (qui seraient dûs au maintien hors de la conscience de souvenirs refoulés, mais qui contribuent par le contact inauthentique qu'ils amènent à faire ressentir l'hystérique comme fausse, simulatrice, menteuse) ; troubles des conduites sexuelles - attitudes de séduction inconscientes, comportement sexuel fondé sur la relance incessante du désir de l'autre (ce qui leur vaut de passer pour des nymphomanes) ; troubles de l'humeur - tendance dépressive (à laquelle se rattachent les tentatives de suicide).

Les signes caractérologiques de l'hystérie (pouvant exister isolément, sans symptômes de conversion, pour constituer une névrose de caractère de type hystérique) : théâtralisme, excessivité, mythomanie, influençabilité, inconsistance, versatilité...

La thérapeutique actuellement recommandée est la psychothérapie, analytique ou non, et éventuellement les antidépresseurs ou anxiolytiques dans les moments où les mécanismes de conversion ne suffisent plus à « dériver l'angoisse ».

Les voies de recherche contemporaines, en psychologie, dans le domaine de l'hystérie, concernent entre autres l'hypothèse de la séduction par l'adulte, considérée par Freud lui-même non comme fausse mais comme incomplète. S'y manifeste le souci de ne pas revenir à une époque pré-analytique qui niait l'existence d'une sexualité infantile, et de ne pas nier non plus la réalité de l'existence d'abus sexuels perpétrés par des adultes chez les enfants. (C'est une question particulièrement pertinente en médecine de la douleur.)⁷⁶⁹ Les travaux de J. Laplanche concernant le concept de « séduction originaire » étendent l'idée même de séduction à la rencontre inévitable d'un enfant avec tout adulte en position parentale, dont la sexualité inconsciente va s'exprimer, verbalement ou non, d'une infinité de manières. Citant J. Lanouzière, P. Herlem en revient à décrire l'énigme dont il voit l'hystérique enveloppé(e) : l'essence même du phénomène séductif est une énigme, « cette énigme qui se porte au-devant de la connaissance tout en se dérochant à elle est, en elle-même, une violence faite à la psyché

⁷⁶⁸ Qui ne rentrent cependant pas toutes dans ce cadre.

⁷⁶⁹ Plusieurs études ont montré des corrélations statistiques entre violences subies dans l'enfance et douleur chronique, ce qui tendrait à confirmer une impression clinique forte, et à corroborer certains travaux récents en psychanalyse, qui associent psychosomatique et incestualité.

Exemple de travaux :

- Schofferman J., Anderson D., Hines R., Smith G. & Keane G. : "Childhood Psychological Trauma & Chronic Refractory Low-back Pain", *Clin. J. Pain*, 1993, Dec; 9(4), 260-65.
- Dellenbach P., Remp C.C., Haeringer M.T., Simon T., Magnier F. & Meyer C. : "Chronic Pelvic Pain. Another Diagnostic and Therapeutic Approach", *Gynecol. Obstet. Fertli.*, 2001 Mar; 29(3) : 234-43.

[...]. “Arracher”, “capturer” le terrible secret du monde des adultes et, au-delà, de la nature, de l’univers tout pénétré de mystère, tel est l’objet originel de la quête humaine qui ne prend fin qu’avec la mort.» Pour P. Herlem l’hystérie devient, dans ses manifestations pathologiques, une version exacerbée de cette quête originelle, de ce rapport de « séduction originelle » au monde qui saisirait tout être humain : « la signification de l’hystérie pourrait s’étendre à l’énigme essentielle qu’elle ne cesserait de manifester : l’énigme de l’origine. »

Une autre voie de recherche a été ouverte par D. et A. Anzieu, à partir de la notion de traumatisme psychique et de son corollaire, également développé par Freud : le pare-excitation, sorte d’enveloppe protectrice dont le garant de l’acquisition serait la mère. Ainsi la mère, première séductrice et donc premier traumatisme, devient aussi première protectrice. À la notion freudienne de pare-excitation, répond chez D. Anzieu la notion de moi-peau, par lequel il désigne : « une figuration du Moi dont l’enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, selon son expérience de la surface du corps. » A. Anzieu élabore de son côté une réflexion sur la spécificité de l’enveloppe hystérique, qui serait construite dans la succession de moments d’amour passionné et de moments de rejet dans les premières relations à la mère.

« L’hystérie pose donc la question de l’origine du désir et de l’amour : d’où vient le désir ? D’où vient l’amour ?

« Ils viennent de l’origine, naturellement »⁷⁷⁰

*

Les auteurs qui ont critiqué la place faite à la femme dans la psychanalyse n’ont pas manqué de relever les particularités de la catégorie ‘hystérie’ et son caractère à la fois culturellement déterminé et réducteur pour la femme. Dans son article « reliefs ou la crise du concept »⁷⁷¹, Suzanne Allen propose une relecture radicale de la psychanalyse qui est une invitation à repenser tout aussi radicalement l’hystérie.

Elle rappelle ce que la perspective anthropologique a pu apporter à B. Bettelheim ou à G. Roheim : Ils ont pu identifier dans la formulation dramatique du complexe de castration les

⁷⁷⁰ Toutes citations dans cette histoire de l’hystérie, sauf mention contraire : Herlem P., *L’Hystérie hier, aujourd’hui et encore*, op. cit.

⁷⁷¹ Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », op.cit.

séquelles de l'histoire juive, « avec ses fantasmes de père éternel et ses rituels (pacte d'alliance, signé de la circoncision) »⁷⁷². Bettelheim a ainsi pu rappeler qu'à l'« envie de pénis » décrite par la psychanalyse comme constitutive de la féminité - qui est plutôt selon S. Allen une envie *d'avoir* - correspond dans de nombreuses sociétés une « envie de vagin » - envie *d'être*, selon elle - chez les hommes, qui se manifeste par diverses tentatives d'appropriation des prérogatives de femmes (couvade, subincision du pénis mimant les menstruations, préoccupation mythique du sang, transvestisme etc...). Elle voit dans ces observations le rétablissement avantageux, à la lumière du comparatisme, d'un certain équilibre dans les convoitises réciproques, et d'une relativisation de certains présupposés sur la différence des sexes, jusqu'alors présentés comme autant de vérités absolues.

Mais elle va beaucoup plus loin. Les travaux des analystes femmes, de M. Klein, H. Deutsch, J. Muller, R. Brunswick, K. Horney, ont pour elle échoué dans la redéfinition d'une perspective authentiquement féminine sur l'analyse parce qu'elles se sont inscrites dans la continuité de postulats freudiens de base qui sont pour elle dénués de sens : ce qu'elle critique, c'est l'élaboration d'une théorie de la sexualité infantile construite dans l'ignorance complète et de l'expérience, au sens phénoménologique, et du point de vue de la petite fille. Quand les analystes parlent de l'enfant, il faudrait en fait entendre « petit garçon ».

Elle s'appuie, dans une perspective qu'elle nomme « hypo-critique », sur un argument décisif : pour elle - et contrairement à tous les textes de la psychanalyse y compris ceux des femmes - la petite fille ne peut pas avoir connaissance de son vagin. Non pas qu'il ne puisse y avoir de sensations vaginales précoces, mais du fait que les organes génitaux féminins, clitoris inclus, sont, au contraire de ceux du garçon, invisibles, sans analogue ni visible, ni palpable, ni nommé, dans le cercle familial : il n'y a donc pas de comparaisons possibles - hors les comparaisons avec les autres organes creux de la région pelvienne, le rectum et l'anus - et sans comparaison, pas de langage. En outre, ils ne font pas, selon elle, en Occident, comme le sexe du garçon, l'objet de dénomination, même enfantine, même ludique. Ils restent donc, tout du moins dans les cultures occidentales judéo-chrétiennes, non élaboré, sans langage, forclos, et ce jusqu'à la maturation sexuelle de la fille.

Autre proposition essentielle : le petit garçon, découvrant l'absence de pénis de sa mère, n'est pas, selon elle, forcément saisi d'un sentiment dramatique de catastrophe, ni même plongé dans un imaginaire mortifère, à l'origine de la pulsion de mort qui imprègne l'oeuvre de Freud. Il y a là pour elle une lecture typiquement masculine, binaire : avoir ou ne pas avoir,

⁷⁷² Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », *op.cit.* p. 69.

gagner ou perdre... qui s'appuie entre autres sur une mythologie typiquement guerrière, héritée en bonne partie de la tradition judéo-chrétienne, et plus spécifiquement de l'histoire juive. Elle y voit plutôt une relecture, à la lumière de la sexualité (socialement et culturellement) construite de l'adulte, de phénomènes de l'enfance qui ne peuvent, dans leur complexité et leur liberté, s'y réduire. Elle se fait l'avocate d'une perspective plus ouverte, qui y verrait pour le petit garçon l'occasion d'une démarche heuristique plus vierge de catastrophisme que l'adulte ne peut se le représenter.

Dans la continuité de la démarche analytique, elle voit dans ces processus précoces de la découverte sexuelle, et en particulier des logiques du même et de la différence (d'abord celle des sexes), quelque chose comme le début de la curiosité, et les premières formulations des dynamiques de la connaissance.

Elle revisite l'équivalent de cette découverte chez la petite fille, et les conséquences que cela a sur les modalités féminines de la connaissance. D'une part, compte tenu de l'absence, pour la petite fille, d'analogue dans sa famille, celle-ci jouit pour elle d'une bien plus grande liberté dans son apprentissage sexué. Elle est autrement que les autres. Par la suite, elle développe et s'attache et s'attarde volontiers à cet autrement du savoir, de l'être au monde et à son corps, aux autres aussi (dérobement, contournement, manière de longer (para-) les choses et les êtres, d'être insaisissable, pas là où elle est attendue), car son angoisse principale n'est pas, pour S. Allen, la castration, mais la perforation qui fera d'elle une analogue de sa mère : la rencontre avec la scène parentale, qui lui apprend qu'elle est, d'une certaine manière, trouable, là où elle ne connaît ses orifices et ses organes pelviens creux que comme des lieux de 'sortie' et non d' 'entrée', ne peut que la plonger dans une perplexité mêlée de terreur. C'est pourquoi tant que sa maturation physique le lui permet, ce qu'elle recherche ce n'est pas l'identification, mais l'autrement. Cherchant à toute force à s'appréhender hors des signifiants qui lui sont imposés, et, contrairement au garçon, longtemps libre de le faire, la fille va appréhender la « différence-des-sexes » dans un jeu de fuites et de feintes où la « vérité » (n'est) jamais décisive, ni le savoir concluant ».

S. Allen y voit les arguments pour une relecture radicale des modalités de la connaissance, qui ferait toute la place à « ce Grand Autre ignoré du phallogocentrisme qu'est l'Antre féminine », et qui redonnerait aux femmes la conviction de leur ressources et méthodes propres dans cet accès à la connaissance, hors des logiques binaires et des mythologies guerrières dans le filtre desquelles elle ne peuvent qu'être « en moins », « manquantes » ou « perdantes ».

Les modalités ainsi définies de l'accès féminin à la connaissance feraient la part belle à l'imagination, non pas dans une perspective archétypique qu'elle critique pour son caractère figé, mais dans la perspective dynamique d'une « imagerie ». Elles privilégieraient également le doute et l'incertitude, habituée qu'est la fille au plaisir de cheminer librement par spéculation vers une identité sexuelle inaccessible à la vue, sans analogue et non dénommée. La tactique du dérobement ou du contournement n'est pas à lire non plus selon la grille guerrière, binaire, affrontement/évitement, « du polemos ou de l'alliance (thème judaïque) » mais comme une attitude « possibiliste » qui va de pair avec ces spéculations.

« C'est aussi pourquoi, traitant du travail du concept dans la formation des fantastèmes, je recours moins à l'imaginaire, comme une entité mystérieuse d'où nous tomberaient tout rôtis les signifiants dans le bec, qu'à décrire les processus de l'idiome, non seulement leur discursivité mais les matériaux sémantiques de leur figurabilité : les termes, les dispositifs, les postures des « images- du- corps » qu'ils convoquent dans le texte du sujet, et qui l'informent à leur tour par renvois, relance, citation mnésique exercitée...certes cette problématique du relais d'ailleurs toujours en procès, est moins confortable que les suffisances de la « structure », mais, plus aléatoire, elle est aussi plus inventive et offre plus de disponibilité à la stimulation théorique. »⁷⁷³

Pour elle, la connaissance féminine est spéculaire et spéculative. En cela, elle échappe à la thématique du miroir, qui a pu venir à l'appui des définitions du narcissisme féminin, comme l'outil d'une « vérité » par nature visuelle, absolue et implacable. Or le narcissisme exige un rapport d'identification - tel qu'il est défini dans l'héritage freudien, il est typiquement masculin⁷⁷⁴. Ici la relation est variable, aléatoire, ambiguë, et ne diffuse pas à partir d'un centre qui serait le moi de l'individu : « bref, chez la femme, pas de centre du moi de type phallocratique... ».

La connaissance féminine, aveugle et tâtonnante, passerait plus par le toucher que par la vue, et ce faisant elle choisirait « la relation, le changement, et l'activité », y compris voire surtout hors la maternité, où Freud voyait l'essentiel de son « activité ».

En cela également, les logiques binaires sujet/objet ne peuvent rendre compte de sa manière d'être au monde ou de connaître, ne serait-ce que parce que l'objet se définit pour elle, dans cette découverte de la différence des sexes, non comme un autre extérieur à elle qu'elle voudrait pour elle, pour modifier son « être », mais comme ce qu'elle veut « avoir », en elle, et qui donc par nécessité doit être autre qu'elle et à l'extérieur.

⁷⁷³ Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », *op.cit.*, p 81.

Dans le prolongement de ces « hypo-thèses », la simulation n'est pas l'inverse de la vérité, mais processus de découverte, heuristique, puisqu'il ne s'agit pas de simuler d'être, mais de simuler d'avoir. Elle jouerait librement de la dichotomie sujet/objet - où elle joue à l'objet - dans laquelle elle ne s'inscrit que par ce que l'homme, pour qui il y a là une béquille (binarité) à sa requête identitaire, le propose, et qu'il y a donc là pour elle un des possibles de l'entrée en relation.

L'hystérie de conversion pourrait alors, et cela resterait en continuité avec la tradition analytique, résulter de la fixation de ce jeu en un seul trait, « l'objet malade ». S. Allen le propose.

On retrouve des éléments –ici sexuellement différenciés- des limites que F. Roustang (lui-même psychanalyste de formation) reproche dans « la fin de la plainte »⁷⁷⁵ au concept de narcissisme, nourri du mythe de Narcisse. Il lui préfère le mythe de Psyché et de Cupidon. En effet, pour lui, le narcissisme tel qu'il est conceptualisé dans la théorie analytique présuppose l'inexistence d'une expérience d'un soi, matérialisé par l'enveloppe corporelle, qui serait antérieure à la reconnaissance issue des relations avec l'entourage, la mère en particulier. Or, tous les travaux sur la petite enfance montrent que l'enfant et son enveloppe corporelle sont soumis, dès la vie intra utérine, à de multiples sensations physiques émanant d'un autre qu'il connaît comme autre. L'expérience du « soi » ne s'élabore donc pas exclusivement dans la relation duelle mère-enfant mais dans un système perceptuel bien plus large, construit sur la base d'expériences diverses et multiples. Les conséquences pour lui de cette remise en cause relèvent moins d'une révision de la différence des sexes que d'une révision d'un rapport au monde jusqu'alors défini comme centré sur les relations interindividuelles, dont on peut rapprocher le moi phallogocentrique décrit par Allen. Pour lui le rapport au monde se nourrit de multiples contacts qui ouvrent sur des interprétations métaphysiques ultérieures - dont fait partie la religion - et qui ont trait à l'être au monde dans un sens beaucoup plus large que celui des relations affectives. Le mythe de Psyché et Cupidon, dans lequel l'âme peut toucher l'amour mais ne doit pas voir l'amour sauf à le perdre, introduit ces deux éléments de l'être au monde en les distinguant l'un de l'autre. On peut ici relier le toucher - modalité féminine - et le voir - modalité masculine - à ces deux espaces distincts de l'être au monde, distincts mais contigus, et entre lesquels la sexualité introduit une continuité.

⁷⁷⁵ Roustang F., *La Fin de la plainte*, op.cit.

Au sein même de la psychanalyse donc, il existe un espace critique, où les réductions imposées au féminin et à ses prérogatives - maternité comprise - rencontrent celles imposées à une expérience transcendante du monde et à la pensée religieuse. La figure de l'hystérique en psychanalyse, femme, et femme qui interroge le mystère des origines, n'a pu que subir des contraintes résultant de ces processus de réduction.

*

L'hystérique dont je parle ne relève pas vraiment de la psychanalyse. Son modèle psychanalytique serait l'hystérie de conversion, mais celle-ci aujourd'hui n'est plus vue (plus sous les regards de) par les psychanalystes, mais par les neurologues, par exemple⁷⁷⁶, ou les somaticiens en général. Il en va donc de ce diagnostic comme de celui de l' 'hystérique fibromyalgique': diagnostiquée hors du regard de l'expert et surtout de la relation avec lui : il devient un diagnostic par élimination, de type : « faute de lésion causale, on en conclut que... » D.Wildoher, dans « l'hystérie dépossédée », énonce que l'hystérie de conversion, « celle qui offre à l'investigation le « saut mystérieux » du psychique dans le somatique, l'étonnante et irritante présence d'un trouble corporel majeur dans la conscience ambiguë de sa signification de geste dramatique et la conscience troublée d'un clivage (...) »⁷⁷⁷ a quitté le domaine de la psychanalyse. Il y voit le résultat du désintérêt progressif du regard du psychanalyste, qui a délaissé le symptôme, l'objectif de son soulagement, le poids de la jouissance fixée sur l'action corporelle, au profit de l'interprétation (et peut-être, pour reprendre les propos de J. Bouveresse⁷⁷⁸, les raisons pour les causes). Revenant sur les théories de Freud, Charcot, Bernheim... il distingue sans les opposer l'attitude de Charcot et de Freud : pour le premier, le symptôme hystérique relève d'une fausse croyance - celle qui consiste à croire qu'on est malade et à tenter de nous le faire croire -, et son traitement d'un reconditionnement qui est aussi corporel, et qui n'est pas sans évoquer le « **renforcement positif** » ou la « **restructuration cognitive** » des cognitivo-comportementalistes, des rééducateurs et des médecins de la douleur. Pour Freud, ce symptôme relève d'une représentation malade de son corps, et le traitement repose sur l'extériorisation et la mobilisation dans le transfert de souvenirs refoulés. D. Wildoher se fait l'avocat d'un regain d'intérêt pour le symptôme et pour son soulagement. Il avance que la mobilisation du

⁷⁷⁶ Wildöcher D., « L'hystérie dépossédée », in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1978, n°17, pp. 73-87.

⁷⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁷⁸ Bouveresse J., *Philosophie, mythologie et pseudoscience, Wittgenstein lecteur de Freud*, collection « Tiré à part », L'Éclat, Paris, 1991.

symptôme peut avoir un effet dynamique et économique. Il vient également défendre, parmi les psychothérapeutes d'inspiration analytique, ceux qui « tentent de mobiliser une fixation fantasmatique sans s'exposer au transfert. » Il suggère que si l'action de ces derniers est suffisamment rapide, l'effet de surprise, l'interprétation rapide, la mobilisation habile des investissements et contre-investissements peuvent permettre que les résistances - inévitables dans le transfert - n'aient pas ici le temps de s'établir. Il ne voit pas non plus de fatalité à ce que, n'étant pas mobilisé dans le transfert, le fantasme introverti trouve ailleurs à se fixer sur un mode symptomatique. Il ajoute encore deux éléments, dans lesquels je lis une invitation à une approche anthropologique et imaginaire de la question de la « conversion », au même titre que dans les propos de MD Sullivan sur la nécessité pour le thérapeute d'envisager la douleur comme langage, y compris dans sa dimension sociale :

« La vie est là pour solliciter l'hystérique. Ce que mobilise le transfert, la vie peut le réaliser (...) Il nous faut prendre la mesure de ces forces extérieures de mutation. (...) L'interprétation aide assurément le patient à se détacher du symptôme, mais encore faut-il que quelque chose s'offre dans la vie ou dans la cure pour que le patient abandonne ce mode de jouissance pour d'autres formations imaginaires et d'autres actions (...) La psychanalyse n'est pas une expérience en champ clos (...) elle se joue parallèlement à la vie. »

« La conversion hystérique n'est pas une fabrication de névrose. Elle constitue une attitude humaine qui a ses lettres de noblesse, un mode d'être et de vivre avec son corps que d'autres cultures ont su utiliser. Il aura fallu le poids des préjugés de la psychiatrie classique et d'une psychanalyse trop soucieuse de sa nosographie, pour obscurcir le débat entre l'expérience de la possession et le mécanisme de la conversion (...) L'expérience sociale de la possession utilise les mêmes mécanismes psychologiques que ceux de la conversion⁷⁷⁹. Le refoulement des représentations, la réalisation d'un état hypnoïde, l'emprise d'un rêve éveillé permettent à la représentation collective de l'esprit de chevaucher le sujet. Dans cette perspective, l'hystérie de conversion ne serait qu'un avatar, privé de toute fonction sociale et soumis au jeu du conflit névrotique, d'une manière d'être dont tout homme serait riche, en puissance. Elle constitue une aventure qui offre au patient une nouvelle manière de vivre. Face à un geste privé de toute finalité culturelle, elle est une invitation à d'autres formes de jouissance. »⁷⁸⁰

⁷⁷⁹ En référence à Michel Leiris, cité dans l'article par D. Wildocher dans « L'hystérie dépossédée », *op.cit.*

⁷⁸⁰ *Ibid.*

Un certain nombre de voies dissidentes s'élèvent donc au sein même de la psychanalyse : elles voient s'exprimer chez l'hystérique, pour reprendre les propos de G. Charutty, une « souffrance de l'identité féminine » dans une société qui a affirmé la suprématie de sa médecine - et de sa psychanalyse - par l'élimination du pouvoir et du savoir féminin sur le corps, et par la même a privé de toute finalité culturelle et de toute utilité sociale perçue certaines modalités du vécu corporel qui étaient devenus, au fil de l'histoire, l'apanage des femmes ; en particulier, ce qui, dans ce vécu qui est aussi connaissance et pouvoir, pouvait leur permettre de faire sens de la souffrance, de la mort, de la procréation, de nos tragédies intimes et collectives.

La médecine de la douleur, dans une certaine mesure - sans vraiment en 'avoir' une culture - tente de réconcilier les approches de Charcot et de Freud.⁷⁸¹

*

À reprendre cet historique, on voit comment l'hystérique a été, en psychanalyse comme en médecine, l'objet de nombreux travaux. On lui prête un certain nombre de questions non formulées, adressées à la médecine, ou d'une manière générale aux tenants du discours dominant et de la « brillance phallique » : la question du voir, du savoir ; du vrai et du faux ; de l'origine ; la question de l'identité féminine. Dans son rapport au médecin, vont être mises en jeu les modalités d'approche de sa surface corporelle - ce « moi-peau » source de toutes les excitations et de toutes les souffrances, autour duquel se tissent séduction, amour, et rejet - ainsi que la place du médecin qui va intervenir pour dénuder, palper, couper, percer cette peau.

Je disais plus haut que mon étude n'est pas en contradiction avec la psychanalyse : sans pouvoir les discuter de l'intérieur, n'étant pas moi-même psychanalyste, j'observe néanmoins que certaines de ses positions peuvent être, pour ce qui est de la perspective soignante, tout à fait complémentaire des questions que posent mon travail s'agissant du contexte culturel dans lequel elle est reconnue, et éventuellement nommée.

Pour toutes les raisons déjà évoquées, je ne m'aventurerai cependant pas à envisager ce que cela veut dire des problèmes propres aux personnes qui amènent les professionnels à s'interroger ainsi. Mais il y a certainement une continuité dans l'analyse que l'on peut faire

⁷⁸¹ L'épistémologie de la psychanalyse est un vaste sujet, déjà largement exploré par des auteurs tels P. Ricoeur, ou J.-J. Kress ; nous sortirions de notre objet en développant ce sujet plus avant. Voir entre autres : Ricoeur P., « La psychanalyse confrontée à l'épistémologie », *Psychiatrie Française n° spécial*, mai 1986, pp. 212-223.

actuellement des problèmes rencontrés et discutés par les professionnels à travers les siècles. Dans quelle mesure projettent-ils sur des femmes et des situations différentes des questions qui sont avant tout les leurs ? Dans quelle mesure projette-t-on sur ces professionnels des problèmes qui sont avant tout les nôtres, aujourd'hui ? Cela, personne ne le dira avec certitude. Aujourd'hui, nous racontons des histoires qui se ressemblent quand nous nommons l'hystérie et reprenons l'histoire du mot ; des histoires qui évoquent les mêmes problèmes ; sans doute notre époque contemporaine, en Occident en général et en France en particulier, nous invite-t-elle aussi à considérer ces problèmes sous l'angle de la place des femmes dans les organisations sociales et culturelles de l'amour, de la violence, de l'origine, et des « concepts » propres aux champs du savoir. L'« épidémie douloureuse » évoquée par D.B. Morris, qui concerne majoritairement les femmes, est un de ces paramètres de l'époque contemporaine auxquels la médecine est sommée, de par sa tradition philanthropique, de répondre.

*

Historiquement, comme le rappellent P. Herlem, D.B. Morris et L. Israël, les relations de l'hystérique à la médecine, ont été marquées, surtout depuis les débuts du triomphe de la biomédecine dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, et jusqu'à aujourd'hui, par l'échec médical, d'une part, et par l'excès thérapeutique d'autre part.

L'échec médical, car tant du point de vue du diagnostic étiologique que du point de vue du traitement, la relation de l'hystérique au corps médical se caractérise par l'insuccès répété de toutes les tentatives mises en œuvre. L'excès thérapeutique, car dans le cas de l'hystérie, le corollaire de cet insuccès semble invariablement être une escalade thérapeutique, c'est-à-dire le recours à des moyens diagnostiques et à des approches thérapeutiques de plus en plus 'puissants', c'est-à-dire inévitablement de plus en plus intrusifs pour le patient (**gestes invasifs**⁷⁸², chirurgie...) : intrusifs en ce qu'ils attentent de plus en plus à l'intégrité physique du sujet et à sa qualité même de sujet (patient devenant de plus en plus l'objet du discours biomédical sur son cas). C. Durif, faisant écho aux propos de P. Ricoeur, rappelle que le corps est un univers physiologique (le corps objet) et imaginaire (le corps vécu). Elle ajoute que le « nous percevons en général l'intérieur du corps comme l'univers le plus clos, le

⁷⁸² Terme utilisé en médecine pour désigner les gestes et les techniques intrusives vis-à-vis de l'intimité du patient, vis-à-vis de son intégrité corporelle, ou/et comportant un certain risque et des effets secondaires potentiels.

plus mystérieux qui soit. Pour cette raison, il est soumis avec insistance aux images et à toute la matière verbale destinée à le représenter, à se le représenter. »⁷⁸³ Ainsi, à chaque fois que l'on a le pouvoir d'enfreindre les limites du corps, on rompt quelque chose de l'image unitaire de ce corps pour la personne, et à travers lui de cette personne même. C'est un aspect important de la relation soignant-soigné. Cela met en jeu des angoisses archaïques, collectives et individuelles.

Ces pratiques sont en outre **invasives** parce qu'avec elles on s'éloigne de plus en plus du « *primum non nocere* » hippocratique, en risquant la survenue d'effets secondaires de plus en plus lourds. Les plaintes attachées à ces effets secondaires et les revendications liées aux éventuelles erreurs médicales sous-jacentes viennent alors enrichir le récit du patient, allant jusqu'à recouvrir la plainte initiale. De nos jours, avec le développement des techniques biomédicales, cette tendance à l'escalade dans les recours diagnostiques et thérapeutiques est d'autant plus lourde de conséquences - économiques et humaines - que sont multiples et puissants les moyens d'intervention. Médecin et patient trouvent moins de limites matérielles à cette escalade qu'ils n'eurent pu en trouver autrefois.

D.B. Morris rappelle que le XIX^{ème} siècle, avec les débuts de la biomédecine, a vu apparaître une dimension supplémentaire, spécifique au monde médical, dans la prise en charge de l'hystérique. C'est à partir de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle que le symptôme « douleur » est devenu particulièrement prépondérant dans les manifestations hystériques, jusqu'à en devenir, de nos jours, la plus fréquente de ses manifestations somatiques. C'est aussi au XIX^{ème} siècle que l'avènement de la médecine positiviste, avec son appétence pour l'explication lésionnelle des maladies, a consacré l'hystérie comme maladie « imaginaire ». D'Aristote à Sydenham, la douleur était une émotion et la question d'« y croire ou pas » ne se posait pas. Avec le développement de l'idéal anatomoclinique, la douleur étant devenue une sensation, et celle de l'hystérique ne trouvant pas, aux yeux des médecins, de substratum lésionnel, l'hystérique est devenu(e) suspect(e) de simulation, de mensonge, de mise en scène. L'échec thérapeutique, l'escalade thérapeutique, se sont alors inscrits dans une relation médecin-patient teintée de suspicion et d'animosité réciproque qui croissaient au fur et à mesure que croissaient le savoir et le pouvoir biomédical sur le corps, repoussant l'inconnu - et donc l'imaginaire - toujours plus loin hors de ses frontières.

Le statut de l'imaginaire dans le discours médical (et savant en général) évoluant vers une exclusion progressive, l'influence d'une conception dualiste (psyché/soma) de la maladie,

⁷⁸³ Durif C., « Corps interne et physiologie profane », *op.cit.*

donnait lieu, selon F. Laplantine, à une récupération par la psychologie et la psychiatrie de la partie ‘psyché’, incluant l’imaginaire. L’hystérie, qui avait jusqu’alors relevé du domaine médical ou religieux, devint domaine ‘psy’, et la tâche du médecin vis-à-vis de l’hystérique fut dès lors - s’il parvenait à exclure toute pathologie somatique et à poser le diagnostic - de trouver le meilleur moyen de lui ‘vendre’ le recours au ‘psy’. C’est encore ainsi qu’aujourd’hui le jeune étudiant en médecine, le jeune médecin qui n’a pas cherché de lui-même à développer une connaissance plus approfondie sur le sujet, va rencontrer l’hystérie : à ne pas trouver de cause à une plainte - le plus souvent des douleurs - il va dans un premier temps pousser, parfois très loin, les procédures diagnostiques et thérapeutiques (la chirurgie abusive n’ayant pas de caractère exceptionnel) puis, ne trouvant ‘rien’, devra tenter de ‘vendre’ au patient que c’est « *dans la tête* » - ce qui est interprété immédiatement par le patient comme une suspicion de folie ou de dérobement à une difficulté (le travail par exemple) – et lui faire accepter une consultation psychiatrique, ou psychologique.

La souffrance de ces patientes s’augmente du malaise qu’elle occasionne. Elle s’augmente aussi - peut-être surtout - des tentatives avortées d’explication auxquelles elle donne lieu et qui se concentrent trop souvent sur la personnalité de la patiente, en oubliant le système culturel dans lequel elle évolue ou, dans le meilleur des cas, en s’y arrêtant. Dans le champ de la psychanalyse, tout du moins observe-t-on l’effort méritoire d’arriver jusqu’à cette question de la culture, même si les psychanalystes s’y arrêtent, et pour cause : cela sort de leur domaine. Les médecins aussi trouvent en l’hystérique les limites de leur domaine. Mais pas la médecine de la douleur, parce qu’elle se pense et se revendique comme **culture**. Ces questions font donc partie de son domaine. Cependant, la fréquence du symptôme douleur dans tous les domaines de la biomédecine, ainsi que sa propre position, qui est au sein de la biomédecine, et la responsabilité médicale qu’elles partagent face à l’« épidémie douloureuse » contemporaine, font qu’elle ne peut se considérer isolément comme culture : c’est toute la biomédecine qui va être passée au prisme de la culture, et au sein de cette culture, des « **représentations** », des « **croyances** », et de l’imaginaire médical.

En passant sous silence le fait qu’il y a un imaginaire, et une culture médicale, on contribue à établir comme vérité scientifique une pratique médicale qui se revendique pourtant elle-même comme un *art* - bien qu’au sein de moult contradictions et paradoxes. L’émergence de l’hystérie freudienne, à la croisée des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, correspond à une époque où l’on voit la science expérimentale gagner sur le religieux. La suite de l’histoire allait voir

s'imposer les expérimentalistes, d'une part, et les idées freudiennes d'autre part ; l'institution religieuse amorce un retrait de la scène publique qui se poursuivra pendant tout le XXème siècle. Avec la victoire de la science expérimentale et de la psychanalyse, c'est aussi un certain rapport social à la connaissance, et au savoir, au féminin, à l'inceste et à la mort qui s'établit. La hantise de la mort se voit par Freud circonscrite dans l'inconscient individuel⁷⁸⁴ ; l'inceste perd son caractère d'expérience numineuse (position qui fut à l'origine de sa rupture avec K-G. Jung)⁷⁸⁵ ; le féminin, définit en creux, rejoint cependant peu ou prou la perspective involutionniste proposée jusque là par les religieux⁷⁸⁶.

Dans le processus d'« invention » de cette hystérique⁷⁸⁷, certains se sont interrogés sur ce qui, de l'apparement pathologique, relevait en fait d'une inadéquation du social et du culturel à l'attente de ces patientes⁷⁸⁸.

b. Une histoire de problèmes

1. La femme et les médecins : de la connaissance au savoir du corps ou l'élision du féminin

Les logiques propres au soigner et au guérir suivent une différenciation historiquement liée au genre.

Étymologiquement, soigner signifie en effet 's'occuper de', ou encore 'veiller sur' ; guérir, en revanche, signifie 'défendre'.

Dans un historique de la profession infirmière qui cherche jusque dans l'Antiquité les origines des pratiques de soin, J. Guillermand⁷⁸⁹ note que les premières représentations humaines (paléolithique) sont des femmes à l'enfant, déesses de fécondité. Leur nombre atteste de la fascination exercée par elles, qui s'explique sans doute par le caractère vital de cette fécondité pour la survie du groupe. Au néolithique, les représentations également nombreuses des

⁷⁸⁴

Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit.

Baudrillard J., *L'Échange symbolique et la mort*, op.cit. ; Jung C.G., *Propos recueillis par Anièla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, op.cit.

⁷⁸⁵ Jung C.G., *Propos recueillis par Anièla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, op.cit.

⁷⁸⁶ Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », op.cit. ; Houcque P., *Ève, Éros, Élohim : la femme, l'érotisme, le sacré*, op.cit. ; Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », op.cit.

⁷⁸⁷ Huberman G.-D., *Invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, op.cit.

⁷⁸⁸ Wildöcher D., « L'hystérie dépossédée », op.cit. ; Clément C., Kakar S.: *La Folle et le Saint*, op.cit.

⁷⁸⁹ Bastide R., *Le Rêve, la Transe et la Folie*, op.cit.

⁷⁸⁹ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

déeses de fertilité s'inscrivent de même dans la logique vitale des sociétés agraires. Le rôle attribué à ces figures féminines et maternelles est la protection du groupe contre les aléas d'une nature imprévisible et hostile ; elles accèdent à ce pouvoir protecteur de manière passive. La connivence perçue entre la femme et la nature, en lien avec son pouvoir de procréation, fait d'elle un intercesseur potentiel entre les communautés humaines et ces pouvoirs qui conditionnaient la survie du groupe.

Par la suite, les premières cosmogonies organisées dont on retrouve des traces écrites en Mésopotamie et en Egypte ont également leurs divinités protectrices féminines et maternelles. En particulier, Isis est parfois invoquée pour traiter les maladies, dans une continuité symbolique avec son pouvoir protecteur. Le principe curateur est l'eau, principe féminin, qui s'oppose au principe masculin destructeur qu'est le feu. Son rôle de mère est étroitement lié à ses pouvoirs protecteurs : elle soigne aussi grâce à son lait maternel.

En Grèce, ces représentations vont subir des changements très importants : ici, l'avènement de la raison s'accompagne de représentations plus actives du soin : ce qui est recherché c'est l'intelligence, qui permet de « discerner les causes et les remèdes ». Apollon, dieu masculin de l'intelligence, donne naissance à un fils, Asclepios (le futur Esculape des Romains), héros masculin divinisé, dieu de la médecine. Les médecins hippocratiques, ancêtres des actuelles pratiques biomédicales, tiennent leur compétence de héros guérisseurs de la mythologie, tous masculins, par filiation naturelle.

Que deviennent les femmes dans ce panthéon? Demeter, qui succède à Isis, est déesse agraire, de fertilité. Elle n'a pas hérité des pouvoirs curateurs d'Isis. La déesse de la santé, Igie, elle même fille d'Asclepios, n'a qu'un rôle réduit. Dans le mythe et l'épopée, les figures féminines liées au soin le sont par leur connaissance des pouvoirs curateurs des plantes (comme les femmes réelles.) Elles sont souvent ambiguës et inquiétantes, liées à des divinités néfastes, telle Brimô, « la coureuse des nuits, l'inférieure, la souveraine des morts »⁷⁹⁰. Sinon, elles figurent avant tout comme « femmes de » ou « filles de », telle « Hérarnide aux longues tresses », « première infirmière », soignant le fils - médecin - d'Asclepios dans l'Iliade.

Cette répartition des rôles préfigure celle qui sera la règle jusqu'à nos jours. On voit comment dans l'Antiquité le 'soigner' et le 'guérir' se sont progressivement différenciés en une fonction féminine et maternelle, passive, liée aux dispositions naturelles de la femme, et une fonction masculine et paternelle, active, liée à une capacité de maîtriser la nature et ses dangers par l'explication et la raison. On voit aussi comment ce qui reste de pouvoir curateur aux femmes

⁷⁹⁰ Extrait de Médée cité in Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

est conditionné à leur alliance avec des forces néfastes, par l'intermédiaire de pratiques décrites comme mystérieuses et magiques.

De l'Antiquité (avec en particulier les praticiennes de l'obstétrique en Grèce, puis la période romaine faste des femmes médecins relatée par Pline l'ancien, un siècle avant Galien⁷⁹¹) jusqu'à l'aube du XVIII^{ème} siècle, le rôle des femmes dans le soin et la guérison va demeurer une réalité manifeste même si, sous l'influence probable ou avérée de l'Élise qui a longtemps eu la mainmise sur l'écrit, bon nombre de pratiques laïques et féminines furent interdites, la trace écrite de leur existence détruite, et qu'elle sont donc largement sous-documentées.

Ces pratiques laïques et féminines sont réparties schématiquement en deux catégories : d'une part, la responsabilité de la collecte des plantes, basée sur leur connaissance empirique ; avec ces plantes, elles créent des recettes thérapeutiques ; elles soignent et guérissent aussi, souvent avec une participation ou un décorum plus ou moins ésotérique. D'autre part, elles rédigent des ouvrages à partir de ces recettes, simples et éprouvées. Ces soignantes laïques, guérisseuses, resteront le recours principal des populations rurales jusqu'aux grandes mutations du XIX^{ème} siècle, ne serait-ce que faute de médecins sur place.

Toujours selon J. Guillermand, les principales traces écrites de cette tradition de soin sont constituées par les recueils de l'École de Salerne; mais les retombées de ces travaux, en bonne partie détruits, probablement par l'Église, ne concerneront très longtemps qu'une petite minorité cultivée. On trouve également, dans la littérature épique et courtoise du XII^{ème} au XVI^{ème}, de nombreuses références à des figures féminines, toutes (à une exception près) « pucelles gentes et gaies », soignant les multiples maux des chevaliers. Certes, il s'agit de fiction, mais il est permis de penser que les descriptions recouvraient une certaine réalité de faits. En dehors de France, de nombreuses épopées, en particulier les sagas vikings, décrivent des personnages similaires, et en particulier la présence de femmes, jeunes et blondes, sur le champ de batailles.⁷⁹²

On trouve aussi deux autres types de traces écrites sur ces pratiques : d'une part, les extraits des procès en sorcellerie de la Chambre Ardente, dont l'activité atteint son apogée au XVII^{ème}, et d'autre part les témoignages concernant les premières tentatives avortées d'introduction des soignantes hospitalières laïques (les « citoyennes infirmières »). Ces témoignages très négatifs s'appuient en partie sur des faits réels, mais s'inscrivent aussi dans une réalité sociale complexe, très largement entretenue par l'Église catholique : en particulier

⁷⁹¹ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

⁷⁹² *Ibid*

une distance craintive - voire une répression active - vis-à-vis des pouvoirs de la femme et un très faible accès des femmes à l'instruction. Ils ont très longtemps marqué les mémoires et freiné la laïcisation du soin féminin.

A côté des soignantes laïques, il existe aussi toute une histoire du soin au sein des ordres religieux.

Les pratiques soignantes liées à l'organisation de l'Église (celles des monastères et celles des ordres hospitaliers) se développent à partir du IV^{ème} siècle suite à l'officialisation de cette dernière, qui tente d'organiser son action charitable. C'est ainsi que sont créés, d'abord à l'Orient de l'Empire, des lieux d'accueil pour les étrangers (*xenocomeion*) qui se spécialisent petit à petit, avec entre autres la création du nosocoméion pour l'accueil des malades. L'organisation médicale très sophistiquée de ces derniers ne pénétrera qu'au XII^{ème}-XIII^{ème} siècle en Occident, suite au brassage des croisades.

Les pratiques féminines qui vont voir le jour dans cette organisation religieuse dès le IV^{ème} siècle (avec les diaconesses) constitueront l'essentiel du soin hospitalier (avec les sœurs hospitalières), jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle. Elles s'appuieront progressivement sur une présence médicale masculine ponctuelle au départ, qui va petit à petit devenir le pivot de l'activité liée au soin. Ce n'est qu'à partir du XIX^{ème} qu'ils auront véritablement la mainmise sur la dimension médicale de l'activité hospitalière.

Dans cette organisation de l'institution hospitalière, les fonctions administratives, médicales et religieuses vont petit à petit se différencier et se séparer à la faveur de différentes dynamiques, de différents événements extérieurs à la médecine aussi. On peut ainsi noter, s'agissant des dynamiques médicales, l'influence du progrès croissant de la science médicale, à partir du XII^{ème} siècle environ - après le brassage des croisades, puis sous l'influence des lumières au XVIII^{ème} - mais surtout à partir du milieu du XIX^{ème}. Ce progrès conduit à une autorité et une présence croissante des médecins à l'hôpital. Pour ce qui est des événements extérieurs ayant contribué à ces réaménagements des pouvoirs à l'intérieur des organisations hospitalières, J. Guillermand note l'influence du traumatisme des grandes calamités – influence directe et indirecte, par l'intermédiaire des représentations de la mort et de la maladie - telles les épidémies meurtrières ou la Guerre de cent ans. Parmi les dynamiques sociales, certaines sont liées à la religion - en particulier la Réforme et la Contre-réforme, qui ont profondément modifié les représentations traditionnelles du soin en tant qu'acte de charité chrétienne, introduisant un pragmatisme qui a rendu possible une alliance entre religion et

technicité dans le soin au malade - et d'autres d'ordre politique, en particulier la Révolution française – qui a modifié les rapports entre administratifs et religieux.

Les tâches dévolues aux sœurs hospitalières, les conditions de leur exercice, leur habillement (le voile en particulier, présent dès les diaconesses en signe de « pudeur », de « modestie », de « dépendance » et de « soumission »⁷⁹³), les règles de vie qui devaient être les leurs (chasteté, modestie, pauvreté, obéissance), ont très tôt fait l'objet d'écrits, de règles religieuses ou administratives. Leur dévouement, leur abnégation, qui ont souvent fait d'elles les seules personnes présentes au chevet des malades, leur ont valu, au contraire des laïques, une immense popularité, y compris dans les cercles les plus 'éclairés' et anticléricaux du XVIII^{ème} siècle. Elles ont tout simplement été - et avec quelques raisons - jugées irremplaçables⁷⁹⁴ jusqu'à la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle. Elles seront petit à petit remplacées par des infirmières dans le courant du XX^{ème} siècle (les Soeurs de la Sagesse par exemple n'ont quitté le CHU de Nantes que vers 1975-1978). Et ceci aussi a marqué durablement les mémoires.

Cette histoire est longue, et complexe, et nous avons cheminé trop rapidement ; si je souhaitais l'évoquer, c'était pour mettre en avant divers éléments qui me paraissent importants pour la suite de notre exposé. Je m'arrêterais d'abord sur la différenciation progressive d'un savoir masculin sur le corps et d'un savoir féminin.

Les pratiques soignantes féminines sont associées, dans l'histoire, au mystère, magique ou religieux. La vocation soignante féminine s'appuie sur la charité chrétienne, et/ou sur une proximité avec la nature qui a pu être interprétée comme une inclinaison 'naturelle'.

L'inclinaison féminine 'naturelle' au soin s'inscrit, du point de vue de l'imaginaire, dans le prolongement de la fonction maternelle, et dans l'Antiquité dans le prolongement de la connaissance de la nature qui va avec l'expérience de la procréation. À partir de la Grèce antique, c'est une connaissance qui suscite la méfiance.

Quand la charité chrétienne prend, vis-à-vis de la vocation soignante, le relais de 'la nature', elle ne peut être mise en œuvre par les femmes que sous couvert de règles, et d'un ordre masculin : elles sont placées sous l'autorité de l'évêque, auquel se substituera ensuite le médecin, et dans une certaine mesure le législateur.

⁷⁹³ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

⁷⁹⁴ À l'exception notable de la période de la Terreur, durant laquelle leur soutien aux prêtres réfractaires conduit finalement à leur persécution et à des exécutions, après une tolérance initiale plus que notable des révolutionnaires pour leur appartenance religieuse

Le soin est chose passive : la femme n'a qu'à autoriser les qualités propres à sa 'nature', tout en se gardant de l'appel du malin. La guérison en revanche est un fait actif, d'intelligence, de construction.

Au sujet de la proximité du médical et du mystérieux, quand la femme est en position de professionnelle du soin ou de la guérison, J. D'Allava-Santucci ⁷⁹⁵apporte de plus amples informations : elle précise tout d'abord que dans les sociétés primitives, celles dont on trouve trace dans l'histoire de l'ethnologie et de l'anthropologie, ou celles qui existent encore, les fonctions de guérisseur sont le fait des femmes aussi bien, voire plus souvent, que des hommes. C'est particulièrement vrai quand le traitement se réfère au modèle chamanique ⁷⁹⁶(et donc à une représentation religieuse de la maladie et du soin).

Il semble que dans ces systèmes de représentations où la part belle est faite à l'efficacité symbolique, à la narration et à la solidarité de la tribu autour du malade dans la lutte contre les causes identifiées (sociales, magiques, religieuses) du désordre, la femme trouve toute sa place dans un soin actif et sa légitimité face au pouvoir de guérir. En outre, contrairement à l'histoire de notre biomédecine qui a vu les soignantes, comme les femmes médecins, devoir masquer leurs attributs féminins, voire se travestir en homme, elle décrit même une situation où c'est l'homme qui doit officier en habit féminin.

Plus près culturellement de nous, si la médecine laïque qui s'est développée en Grèce après Hippocrate, en qui beaucoup reconnaissent l'ancêtre de nos pratiques, a exclu les femmes du pouvoir de guérir, il est bon de rappeler que dans le même temps coexistait une médecine sacerdotale où les femmes étaient nombreuses à exercer comme consultantes réputées (Junon à Argos, la Pythie de Delphes, ou Poliade à Athènes), associant à des pouvoirs de devineresse et à un ministère religieux un pouvoir guérisseur. Plus tard, à l'époque où les monastères sont le lieu du soin et de la médecine, de nombreuses religieuses participent à l'intérêt naissant et conjoint pour la médecine et la théologie, telle Sainte Hildegarde. ⁷⁹⁷

On peut supposer que la durabilité, le caractère, exceptionnel dans son dévouement, et indispensable, d'une vocation charitable de nature religieuse chez les soignantes hospitalières, et ce jusqu'à une époque très récente, aient contribué à nourrir un imaginaire contemporain occidental de la femme soignante marqué par sa relation avec le religieux. L'individualisation

⁷⁹⁵ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

⁷⁹⁶ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

⁷⁹⁷ Dall'Ava- Santucci J., op.cit.

même de la profession infirmière laïque à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle est due en bonne partie à des individus très marqués voir motivés en cela par leur foi protestante (F. Nightingale, V. de Gasparin, H. Dunant).

Le dévouement nécessaire à l'exercice du soin, dans des conditions d'impuissance thérapeutique manifeste, de danger souvent mortel pour soi-même (contagion), d'absence de rétribution financière, de sévère mise à l'épreuve de la sensibilité par des tâches repoussantes, ne pouvaient s'appuyer que sur une foi solide, en l'absence de responsabilités familiales, dans l'oubli de soi, de ses émotions et de sa sexualité, toutes choses traduites par les règles de fonctionnement et de vie des sœurs hospitalières, y compris voire plus encore quand (n'étant plus cloîtrées) elles n'eurent plus « pour clôture que l'obéissance »⁷⁹⁸, sous l'influence de Saint Vincent de Paul après la Contre-réforme.

*

Dans l'historique dressé par J. Guillermand, je relève un autre point saillant : les conflits qui ont marqué l'histoire de l'institution hospitalière, à partir du XIII^{ème} siècle, entre la part relative du salut de l'âme, porté par les religieuses, et du salut du corps, porté par les médecins. Ces conflits ont reçu petit à petit l'appui du législateur (en particulier après la Révolution), s'agissant de définir les missions de l'hôpital.

Pour J. Guillermand, les religieux ne furent pas aussi opposés aux soins du corps que le suggère l'époque médiévale et la chasse aux sorcières, à laquelle du reste prirent part les médecins. Ce qui perdura, c'est le souhait des religieux que la causalité des maladies, perçue comme émanant souvent du spirituel (du péché le plus souvent), soit recherchée avant que ne soit engagés les soins du corps, et ce afin que ces derniers puissent prendre toute leur efficacité.

Dans la politique sociale des soins du corps, ce sont donc des femmes qui se sont trouvées porteuses de la dimension spirituelle et herméneutique de la maladie, porteuses aussi de ce qu'on appellerait aujourd'hui le **savoir être**. Ce sont elles aussi qui se préoccupaient d'accompagner les mourants (ce qui fut, de par la faiblesse technique de la médecine occidentale, la principale mission de l'hôpital jusqu'au XVIII^{ème}-XIX^{ème}), de les encourager à la patience et à l'endurance. Elles qui se préoccupaient d'indiquer aux malades la 'bonne'

⁷⁹⁸ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

manière de souffrir et de mourir. C'est aussi par elles, en particulier dans les grandes épidémies, que les malades n'étaient pas seuls.

Cependant, les femmes ne purent occuper cette place qu'à condition de respecter un certain nombre de règles très strictes, où la modération, la modestie, la vertu, l'obéissance, la chasteté, le port de l'habit, occupent une grande place. Également, à condition de se tenir à l'écart de tout ministère, et de la discussion autonome de la parole sacrée. Celles qui se situèrent dans une recherche individuelle de sainteté, voire dans une ascèse mystique, par l'intermédiaire du soin, furent punies, leurs pratiques interrompues (diaconesses, béguines)⁷⁹⁹. Les femmes ne purent accéder à ces fonctions qu'à condition de 'revenir dans les ordres' ou, plus tard avec Saint Vincent de Paul, de disparaître derrière une collectivité qui contrôlait étroitement et leur vie et leur pratique, d'agir donc à titre collectif et dans le contexte d'un contrôle complet des attributs sexuels féminins (dans les statuts de l'hôtel Dieu d'Angers (XII^{ème}-XIII^{ème}) il est même spécifié qu'une sœur ne doit être « ni belle, ni jeune »), et en se tenant à distance de la parole sacrée.

On voit ici comment, face à la mort, aux craintes archaïques suscitées par la maladie, l'ordre et la règle sont indispensables, protecteurs pour l'institution. Les femmes, de par les représentations attachées à leur proximité avec le divin et le mystérieux, en lien avec le pouvoir de procréer, sont sollicitées, mais dans des limites strictement définies par les hommes qui mettent en ordre et réglementent leurs pratiques, les privent de l'accès à l'écrit, les privent de l'accès à la parole sacrée, les privent aussi des attributs de leur féminité. On voit aussi comment, dans les systèmes chamaniques de représentation de la maladie, qui se caractérisent par leur rapport à la suggestion, à la narration, orale en particulier, et à l'extériorisation des causes, la présence des femmes est plus que seulement tolérée : elles sont alors des intervenants privilégiés.

Le destin de l'obstétrique, le fait qu'elle soit restée si longtemps l'un des rares domaines où les femmes ont pu exercer un savoir autonome - même si sa reconnaissance par le corps médical fut problématique et qu'il se l'appropriait finalement - atteste encore du lien entre reconnaissance d'un savoir et d'un pouvoir sur le corps chez la femme en position de praticienne, et sa capacité de procréation. Il montre aussi qu'à l'instar de ce qui s'observe dans les systèmes chamaniques, et à la différence de la théorisation abstraite et distanciée qui prévaut en biomédecine et distingue le patient du médecin, le savoir reconnu ici est aussi celui

⁷⁹⁹ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

de l'expérience propre et privée de la praticienne, qui la fait « même » que ces patientes, puisqu'elle a été ou sera probablement elle-même un jour la bénéficiaire du soin. Pour la femme, au contraire de l'homme, l'expérience est connaissance, et cette connaissance est son seul accès, sévèrement réglementé, au savoir. Contrairement aux savoirs médicaux, masculins, du corps - qui se sont réservés le pouvoir de guérir - les savoirs féminins traditionnels - à qui l'on ne concède que le pouvoir de soigner - ne passent pas par la différence, la disjonction, la distinction, mais s'appuient sur la reconnaissance et l'expérience.

*

L'histoire de la médecine, c'est en effet aussi celle de la construction d'une domination : celle des savoirs masculins sur le corps. Ils auront, à travers l'histoire, les faveurs de ceux qui détiennent le pouvoir politique et l'accès à l'écrit. Les savoirs féminins, réels ou imaginés, feront au contraire l'objet d'une répression assassine en Occident, jusqu'à aboutir à un système médical dont l'anti-féminisme⁸⁰⁰ voire la misogynie⁸⁰¹ n'est plus aujourd'hui un mystère pour personne. Les femmes n'eurent pas, ici non plus, jusqu'à très récemment, accès au savoir masculin, à l'écrit, à la 'parole sacrée'.

Dès l'Antiquité, on voit en Grèce l'interdiction de la profession médicale laïque aux femmes - à l'exception notable de l'obstétrique - et un changement radical dans les représentations du soin et de la guérison qui diminue considérablement le rôle des femmes dans le soin laïque. La faste période romaine décrite par J. Dall'Ava-Santucci, où l'on trouve de nombreuses traces de femmes médecins, a correspondu à une dynamique sociale d'émancipation de la femme. Mais la décadence de l'Empire, la fin de la famille, vit s'opposer à Rome les premiers grands chrétiens ; plus tard, on rendra leur affranchissement, qui pouvaient aller jusqu'à bouter la fonction maternelle, responsable de cette décadence⁸⁰². À partir de l'ouverture des facultés de médecine (XII^{ème}-XIII^{ème}) l'histoire de la médecine en Occident est celle d'une exclusion des femmes de l'exercice régulier et diplômé de la profession⁸⁰³.

Une connotation très négative restera en outre très longtemps attachée aux pratiques laïques féminines, s'appuyant sur des siècles de procès publics (et à fort retentissement) en sorcellerie

⁸⁰⁰ Goubert J.-P., « L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », in *Annales ESC*, septembre octobre 1977.

⁸⁰¹ Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine.*, collection « Remue ménage », Éditions Nouvelles, Montréal, 1983.

⁸⁰² Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

⁸⁰³ *Ibid.*

puis en empoisonnement, et sur l'échec cuisant et les pratiques immorales de nombreuses citoyennes infirmières de la Révolution ; ce malgré des connaissances éprouvées, une expérience ancienne, et bien qu'elles constituassent le principal recours dans les faits⁸⁰⁴, en particulier pour les couches populaires et rurales de la population, alors très largement majoritaires.

*

Le seul domaine qui resta très longtemps l'apanage des femmes fut donc l'obstétrique, et le fait que c'est là, seulement, que l'on ne leur conteste pas complètement la connaissance du corps est particulièrement notable, parmi les pays d'Europe, en France : dans l'histoire de la lutte des femmes pour l'accès à la profession médicale, alors qu'au XVIII^{ème} siècle en Angleterre on trouve des femmes chirurgiens, qu'en Italie les portes des universités sont ouvertes aux femmes, en France, seules des sages-femmes, par ailleurs éminentes, purent accéder à la reconnaissance en tant que praticiennes professionnelles du soin et de la guérison. Très décriées par l'Église dès l'époque médiévale : « personne ne fait plus de tort à l'Église que les sages-femmes »⁸⁰⁵, ces dernières n'en avaient pas moins acquis une connaissance de l'anatomie féminine sans comparaison avec celle, inexistante à l'époque, de leurs confrères masculins.

D'une manière plus générale, quand les femmes - et ce dès l'Antiquité et le Moyen Âge - eurent les moyens d'écrire des traités médicaux ou de se former à la médecine diplômée (Sainte Hildegarde de Bingen en Allemagne, au XII^{ème} siècle; Trotula di Ruggiero au XI^{ème} siècle à Salerne « *sapiens matrona, mulier sapientissima* » ; Alessandra Gilliani, Italie XIII^{ème}⁸⁰⁶), elles brisèrent le silence anatomique de la description des organes génitaux, féminins ou masculins. Ce savoir et cette curiosité leur attirèrent à un moment ou à un autre, les foudres des autorités ou le discrédit de leurs travaux. Ce fut, du reste, également le cas de leurs confrères masculins, qui tentaient à la même époque des expériences voisines ; mais contrairement à elles ils se virent réhabilités par l'évolution ultérieure de la médecine. L'Italie faisait alors déjà paradoxalement - Rome si proche - exception en Europe en termes de féminisation de la profession médicale. Leur activité, découverte, fut promptement interdite

⁸⁰⁴ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

⁸⁰⁵ Maleus Mallificarum, cité in Dall'Ava-Santucci p. 51.

⁸⁰⁶ Avec son maître, l'anatomiste Mondino de'Liucci (1270-1326), elle participa dès la fin du XIII^{ème} siècle à des activités de dissection sur cadavres

par le pape⁸⁰⁷. En France, la pratique de la chirurgie fut interdite aux femmes dès 1484, à l'exception notable des veuves de chirurgiens pour qui cela fut interdit en 1694.⁸⁰⁸

La pratique de la médecine leur fut interdite dès la fin du XVI^{ème} siècle. Les sages-femmes des villes furent, en revanche, intégrées à la même époque à la communauté des chirurgiens. Plus qu'en termes de corps professionnel, c'est en termes de communauté que l'on peut décrire cet amalgame flou - où l'on trouve aussi des barbiers - qui est toujours rejeté par la faculté, et qui ne forme plus ni école ni collège.⁸⁰⁹

Dans presque toute l'Europe à cette époque, on cherche à réglementer la profession de sages-femmes, et ce d'autant que s'installe dès le début du XVI^{ème} une concurrence masculine issue de la communauté des chirurgiens-barbiers : c'est le cas par exemple d'Ambroise Paré, qui sera considéré à l'époque comme « le restaurateur de l'art des accouchements ». Les matrones campagnardes, exclues de cette communauté, et de l'accès au savoir médical, continuent à exercer de manière empirique, et cette réglementation n'y aura pas cours. Le premier grand nom féminin de l'obstétrique sera Louise Bourgeois, qui publiera de nombreux traités et travaillera longtemps à la Cour pour Marie de Médicis, mais sera finalement mise au ban de la communauté médicale suite au décès de la belle-fille de cette dernière en couches, et ce malgré l'absence d'éléments indiquant sa responsabilité.

Elle préfigure, par sa curiosité intellectuelle et la richesse de ses descriptions cliniques, l'esprit des Lumières et les travaux de ses éminentes héritières, en particulier Marie-Louise La Chapelle et Mme Boivin. La première place sa confiance en la nature, « plus grande science », au détriment de l'utilisation d'instruments tels les forceps. La force physique nécessaire à l'utilisation de ces derniers servira, pour certains historiens de la médecine, l'appropriation de l'obstétrique par les hommes au XIX^{ème} siècle. En effet, les sages-femmes ne furent pas concernées par la lutte pour l'accès des femmes à la médecine qui eut lieu à cette époque. Pour reconnues que furent et leur pratique et leur connaissance, y compris par Baudelocque, elles n'eurent jamais le titre de médecin.⁸¹⁰ (Elles constituent cependant une profession médicale, contrairement aux infirmières, profession paramédicale).

*

⁸⁰⁷ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

⁸⁰⁸ *Ibid*

⁸⁰⁹ *Ibid* p. 66.

⁸¹⁰ *Ibid* pp. 66-75.

A partir du XIV^{ème} siècle a lieu en Europe une chasse aux sorcières qui sera menée de front par le clergé et la science médicale. Cette chasse concerne très majoritairement les femmes, jeunes ou vieilles, mais aussi des enfants (selon Ehrenreich et coll. 85% du total⁸¹¹) ; elle revêt une dimension incroyable, dont les estimations chiffrées varient beaucoup selon les sources et les méthodes; les plus prudentes⁸¹² parlent de 60 000 victimes.

Les causes sociales de ces massacres sont mal connues. D'aucuns y voient une « hystérie collective » - le choix du terme « hystérie », pour évoquer ici la haine et la panique⁸¹³ du groupe et non de la femme concernée elle-même, est intéressant. Pour certains⁸¹⁴, cette « hystérie collective » résultait de la survenue de grandes calamités, telles les épidémies mortelles de l'époque médiévale, ou la Guerre de cent ans, qui dépassaient l'imagination : face à ces malheurs, à cette violence, les femmes qui de par leur pratique pouvaient revendiquer habituellement un commerce avec le magique et le divin se trouvaient les premières accusées, d'avoir par exemple jeté des sorts vengeurs sur une communauté. Elles se trouvaient alors les boucs émissaires de cette « hystérie collective ». D'autres voient dans ces femmes, pour certaines assez organisées, les porte-drapeaux de révoltes paysannes⁸¹⁵. Pour J. Michelet, la cause est entendue : « D'où date la sorcière ? Je dis sans hésiter : du temps du désespoir. »⁸¹⁶

Au début de ce mouvement, la plupart des médecins appartiennent au clergé régulier qui s'approprie alors le savoir sur le corps. L'Église médiévale contrôle l'enseignement et la pratique médicale, avec l'appui des gouvernants. Les guérisseuses disposent à cette époque d'une connaissance des plantes, des maux et des remèdes, bien supérieure à celles des clercs médecins. L'élite a recours aux médecins pour ce qui est de la recherche de la guérison (le soin étant alors sous la coupe des monastères et des ordres hospitaliers, mais relevant de l'accompagnement aux mourants, de la charité et du salut de l'âme, non de la guérison) alors que les guérisseuses sont le recours des couches populaires. Ainsi, « l'Inquisition (la chasse aux sorcières) constitue entre autres choses un des premiers exemples d'opposition du

⁸¹¹ Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, op.cit.

⁸¹² Malrewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, R. Laffont, Paris, 2005, p. 91.

⁸¹³ Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, op.cit.

⁸¹⁴ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

⁸¹⁵ Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, op.cit.

⁸¹⁶ Michelet J., *La Sorcière (1862)*, Julliard, Paris, 1964, p. 27.

« professionnel » à admettre les capacités et le droit des « non-professionnels » à soigner les pauvres »⁸¹⁷.

Les accusations les plus couramment portées contre ces « sorcières » de l'époque médiévale étaient d'une part des délits de nature sexuelle (la sexualité, l'appétit sexuel insatiable de la femme, étant à la source de tous leurs pouvoirs), ensuite d'être organisées, et enfin d'avoir des pouvoirs magiques affectant la santé et des connaissances médicales - y compris, et même davantage encore, quand ils étaient utilisés exclusivement à des fins de soulagement. En outre, on leur reprochait la pratique de l'avortement.

La méfiance de l'Église vis-à-vis des pratiques de guérison ne s'est pas seulement exercée vis-à-vis des femmes « sorcières »: elle a concerné aussi les médecins, dont l'Église considérait qu'ils contrevenaient aux lois de la nature⁸¹⁸. Certains furent condamnés pour hérésie⁸¹⁹. Michelet déclare : « on divisa habilement le royaume de Satan. Contre sa fille, son épouse, la sorcière, on arma son fils, le médecin. L'Église qui, profondément, haïssait celui-ci, ne lui fonda pas moins son monopole, par l'exclusion de la sorcière. »⁸²⁰

Compte tenu de ce que les différents auteurs cités ici rapportent de la méfiance documentée de l'Église médiévale vis-à-vis de la femme, de ses instincts, de ses émotions, de sa capacité à procréer, il n'est pas étonnant que sa mainmise sur la médecine ait pu conduire à une exclusion du savoir féminin :

« Quand une femme pense seule, elle pense au mal »⁸²¹

Ainsi, la grossesse en particulier était alors décrite par l'Église comme le fait de porter un « homunculus » entièrement constitué, déposé tel quel par le père, et qui ne recevait aucun attribut de la mère. Le baptême, en remettant l'enfant entre les mains d'un homme, le prêtre, assurait le salut de son âme⁸²². Le savoir et le pouvoir sur le corps devait être masculin.

Dans un second temps (XV^{ème}-XVII^{ème}), après que la profession médicale eut commencé à recruter dans le civil, les médecins et l'Église firent encore alliance pour lutter contre les

⁸¹⁷ Szasz T., *The Manufacture of madness*, cité in Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit.

⁸¹⁸ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

⁸¹⁹ *Ibid.*

⁸²⁰ Michelet J., *La Sorcière*, op.cit.

⁸²¹ Maleus Malificarum, écrit en 1484 par les révérends Spengers et Kramer, cité in Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit.

⁸²² Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, op.cit.

pratiques de guérissage. Ceci fut fait au nom d'une déontologie balbutiante, et malgré une science médicale à l'époque rudimentaire, inefficace et fort ésotérique, essentiellement mystérieuse dans ses pratiques (recours fréquent à des rituels magico-religieux), qui formait ses médecins diplômés à la théologie et à la philosophie avant tout (il n'était pas rare que des médecins ne voient aucun patient dans le cours de leurs études)⁸²³. L'alliance alla jusqu'à solliciter l'appui des médecins et chirurgiens pour confirmer les 'diagnostics' de sorcellerie, y compris par des pratiques intrusives telle la recherche du *sigillum diaboli* (qui se pratiquait en enfonçant de grandes aiguilles métalliques dans le corps à la recherche d'une zone invisible et insensible à la piqure)⁸²⁴.

*

Le savoir et le pouvoir sur le corps deviendra masculin, en France, de manière particulièrement radicale au XVIII^{ème} siècle, et dans une dynamique d'élision qui ne peut qu'interroger l'observateur, comme en attestent les travaux de J.-P. Goubert⁸²⁵

La philosophie des Lumières était en opposition totale avec les croyances superstitieuses. Les médecins avaient aussi un terrain à conquérir. Les Lumières furent aveugles aux connaissances et à l'utilisation bénéfique faite par les couches populaires des connaissances des devineresses et soignantes. On trouve encore à l'époque des procès en empoisonnement, toujours sévèrement condamné. Mais ce ne sont plus des procès en sorcellerie : le « malin » disparaît. La « sorcellerie » devient « charlatanisme » et se masculinise : les femmes disparaissent aussi.

Dans l'utilisation qui en était faite, la séparation entre médecine savante et médecine populaire est alors très floue, en particulier pour les chirurgiens, qui officient plus dans les couches populaires et les campagnes. Ainsi des « charlatans » obtiennent des qualifications de chirurgiens *a minima*. Pour J.-P. Goubert, c'est en fait un mythe qui oppose médecine savante et médecine populaire : s'il y a réellement coupure entre deux arts de guérir à la fin du XVIII^{ème}, elle se situe plus dans les représentations collectives qu'au niveau du savoir médical et de la pratique sociale.

Médecins et chirurgiens se saisirent de perches tendues par le roi, qui leur demandait d'évaluer les pratiques charlatanesques dans les campagnes, pour mener une croisade contre

⁸²³ Guillermand J., *Histoire des infirmières*, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge, op.cit.

⁸²⁴ *Ibid*

⁸²⁵ Goubert J.-P., « L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », op.cit.

ces pratiques au nom de leur « irrationalité ». Il s'agissait aussi tout simplement pour eux de récupérer de la clientèle, comme le veut la logique d'expansion d'une discipline émergente qui souhaite se donner les moyens de convaincre des bienfaits de sa position. Ces praticiens de la médecine et de la chirurgie souhaitaient être reconnus par l'État comme le recours obligé. Les chirurgiens, plus proches des « charlatans » par leur pratique et leur clientèle, furent plus virulents encore à défendre la supériorité de leur savoir sur le savoir populaire. Ce qui s'est joué ici fut aussi une dynamique propre au corps professionnel des chirurgiens, désignant à l'extérieur un bouc émissaire, pour appuyer leur revendication d'une légitimité questionnable et naissante, en particulier vis-à-vis des médecins, plus éduqués, plus urbains, plus éloignés des charlatans et guérisseurs par la nature de leur pratique. Les guérisseurs et guérisseuses des campagnes firent les frais de cette quête de légitimité.

Dans les textes de l'époque, J.-P. Goubert relève deux silences troublants : les médecins de l'époque évoquent le « désert médical » des campagnes (à une époque où la France est rurale à 85%), là où en fait officiaient de nombreux guérisseurs et chirurgiens, simplement parce qu'ils ne peuvent accepter de reconnaître une quelconque valeur à la médecine empirique ; la barrière de l'argent et la nécessaire confiance en son médecin continuaient pourtant à assurer la pérennité des consultations. Les mêmes textes éludent presque complètement les guérisseuses femmes : il n'est guère question, à de très rares exceptions près, que des guérisseurs. En outre, les accusations de charlatanisme se substituent à celles de sorcellerie. Cette évolution traduit une masculinisation de l'accusation en même temps qu'elle est une élision du « malin ».

Cette évolution vers la prééminence du rationnel prend aussi naissance dans les dynamiques des couples et de la famille, et traduit un anti-féminisme médical attesté de long terme et jusqu'à nous, où se mêle ici une mythologie déguisée en revendication de savoir, la mise à distance du religieux et de l'imaginaire (« critique des pratiques « merveilleuses » qui abusent de la crédulité des gens simples »), de l'empirisme, au profit de la raison et de l'analyse logique, et mise à distance du féminin dans un même mouvement. On peut regretter que ces scientifiques qui se faisaient fort d'accorder la primauté à l'observation ne se soient pas saisis des savoirs empiriques centenaires détenus par ces guérisseurs/sseuses, simplement parce qu'ils leur appliquaient une grille de lecture qui était celle de leurs propres représentations.

*

Le XIX^{ème} siècle fut partout en Occident le siècle de la conquête pour les femmes soignantes et pour celles aspirant à faire reconnaître un accès à la fonction de médecin⁸²⁶. Ainsi aux U.S.A., dans un contexte où, contrairement à la France, la médecine académique de formation universitaire n'avait encore que très peu de représentants, et où toute pratique susceptible de guérison était la bienvenue, le première moitié du XIX^{ème} siècle fut l'occasion de luttes sociales pour le monopole de la santé. Le Mouvement Pour la Santé du Peuple, très lié aux mouvements féministes et aux luttes ouvrières, promouvait ainsi à la fois l'accès au soin pour les femmes et leur accès à la pratique de la médecine, au nom d'une revendication de compétence égale voire supérieure à celle des hommes sur les questions du corps. Cette lutte donna un temps la victoire aux pratiques 'alternatives' et donc à ces praticiennes, tout en voyant les universités fermer quasi-hermétiquement la porte aux femmes qui tentaient de se former 'à la régulière'. Selon B. Ehrenreich et D. English, ce furent les enjeux économiques et en particulier le soutien massif apporté aux médecins diplômés (et donc pas aux femmes) par les élites fortunées et leurs premières fondations de bienfaisance, qui finirent par avoir raison des alternatives « irrégulières » existantes. Elles voient dans ce processus la continuité d'une alliance des médecins avec l'élite dirigeante - Église, puis État - dans l'exclusion des femmes d'un savoir sur le corps, l'origine de ses maux, le pouvoir de guérir. Église, et État, classes dirigeantes, étant alors, ici comme ailleurs en Occident, quasi exclusivement sous autorité masculine. Elles lient ainsi luttes ouvrières et luttes pour l'émancipation de la femme.

En France, dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, apparaissent également des mouvements militants, avec là aussi une lutte ouvrière associée à une lutte féministe : c'est avant tout une lutte pour l'accès à l'instruction, des masses populaires d'une part, des femmes d'autre part. Ces luttes n'aboutiront qu'à la toute fin du XIX^{ème} siècle, l'instruction étant rendue nécessaire par l'apparition du suffrage universel. La situation des femmes dans cet accès à l'instruction - et donc le développement d'une profession infirmière laïque - restera très longtemps en retrait, sous l'influence de l'Église catholique qui lui était défavorable.

*

Dans les ouvrages que j'ai utilisés en référence, je trouve notable que quand l'auteur est un homme, médecin de surcroît, il parle des guérisseuses laïques dans une « histoire des infirmières » qui semble faire d'elles leurs ancêtres, alors qu'évoquant les mêmes praticiennes,

⁸²⁶ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

J. Dall'Ava-Santucci, dans son histoire de la médecine, y voient les ancêtres des médecins femmes. Ce peut aussi être dû au fait que s'agissant de pratiques de guérissage, la frontière entre soin et médecine est plus difficile à établir.

Les femmes ont été écartées des études médicales et chirurgicales ; elles n'ont cependant pas été écartées du lit des malades : la sensibilité, la patience, le dévouement étant 'dans la nature féminine', leur 'nature' les appelait à soigner... comme subordonnées et exécutantes.

On a vu que la médecine pouvait être avare dans la transmission explicite de contenu pédagogique, didactique, concernant les qualités personnelles requises pour son exercice. Quand elle l'a fait, au cours de son histoire, ce fut souvent pour exclure les femmes, sur les dispositions morales et émotionnelles desquelles on s'appuyait pour décrire en négatif ce qui était nécessaire à l'exercice médical. Ainsi leur infériorité physique, morale et intellectuelle, manifestée par leur trop grande fragilité, les aurait rendues inaptes à soutenir le spectacle de la souffrance et du sang et à intervenir efficacement (XIX^{ème} siècle⁸²⁷) ; ainsi, « la possession de soi-même, l'initiative, la décision, le sang-froid, le jugement »⁸²⁸ ne pouvait être à égal degré l'apanage de l'homme et de la femme, et les cycles hormonaux féminins, décrits en termes « d'influence lunaire » dans un extrait de la *Gazette Médicale* de 1884, allaient l'incapaciter plus encore. Même quand le comportement exemplaire des infirmières pendant la première guerre mondiale aura modifié cette croyance en la faiblesse féminine, c'est encore à leur prédestination originelle pour la séduction et la recherche d'un frisson d'excitation sexuelle qu'on entendra attribuer leur présence assidue auprès de « la chair pantelante des mâles. »⁸²⁹ A chaque fois, c'est un aspect du domaine psychoaffectif ou du vécu corporel des femmes qui est mis en avant comme étant un handicap pour exercer la profession médicale, alors même que cette sensibilité en fait « la soignante idéale ». Contrastant avec cette perception des faits, c'est en Russie que pour la première fois il sera suggéré que l'intuition féminine puisse, au contraire, favoriser le diagnostic. Plus tard (en 1907), un membre de la Société psychanalytique de Vienne (Wittels) affirmera (dans un article qui fit grand bruit et que la Société en question discutera, sous la présidence de Freud) à propos de l'étudiante en médecine, que « plus elle est hystérique, plus elle fera une bonne étudiante »⁸³⁰.

Il me fournit par ces propos l'occasion d'une conclusion : la sensibilité féminine, son vécu des événements corporels et en particulier sa soumission à une cyclicité hormonale qui peut modifier son humeur, son rôle naturel de procréatrice, l'ont à travers les âges vue être

⁸²⁷ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.p 97

⁸²⁸ *Ibid* p. 135.

⁸²⁹ Cité in *ibid* p. 200.

⁸³⁰ *Ibid*, p. 185.

l'occasion de discours masculins tantôt fascinés, tantôt craintifs et supérieurs ; dans ces discours, elle apparaît comme 'par nature' douée d'un pouvoir particulier et mystérieux dans le domaine de la maladie, lié à une forme de complicité avec 'la nature'. Ce pouvoir est observé aussi bien quand elle est en position de patiente que quand elle assume le rôle de soignante, de guérisseuse ou de médecin, les deux aspects de ces manifestations semblant recouvrir une certaine continuité. Ce pouvoir - dont la perception est attestée, aussi bien la vénération dont il a pu faire l'objet, que les violentes passions qu'il a déchaînées contre lui - a été utilisé dans l'Antiquité et jusqu'à nos jours, mais non sans que ne lui soient imposés de strictes règles et un contrôle portant en particulier sur la moralité et la sexualité des femmes. En témoignent par exemple l'imposition de certaines pratiques du corps, même dans des registres aussi quotidiens et intimes à la fois que l'habillement ou l'hygiène. A l'aube du XIX^{ème} siècle, qui vit l'organisation de la profession infirmière laïque, et d'une manière générale la séparation de l'Église et de l'État, ainsi que la naissance de la pratique médicale dans sa forme actuelle, l'intérêt médical pour l'hystérie apparaît comme un des lieux de ce mystère et de ce pouvoir, l'un des lieux aussi de ce contrôle.

L'arrivée des femmes, progressivement croissante, dans la profession médicale - principalement dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle - n'a pas d'emblée modifié les données de la relation femme-médecine, tant leur discours a d'abord épousé, voire dépassé, celui de leurs collègues, tant elles se faisaient elles-mêmes les avocates du « déconditionnement féminin » indispensable selon elles à l'exercice de la profession⁸³¹. Y. Knibiehler et C. Fouquet jugent qu'il est un peu tôt pour tirer des conclusions de la massification récente du phénomène (plus de 50% de femmes en première année de médecine en France en 1981, selon l'Onisep). Elles se demandent si cette arrivée en masse des femmes va être pour elles l'occasion de la création d'un nouveau langage, de nouvelles définitions.

2. Femmes objets de tentatives de guérison

Y. Knibiehler et C. Fouquet rappellent que « toutes les histoires de la médecine ignorent le fait que, jusqu'au seuil de notre temps, les médecins ont été des hommes, exclusivement. »⁸³² Elles ont montré que dans notre monde occidental, les religieux puis les médecins ont tenté, chacun leur tour, de fournir une définition de la féminité ; ces définitions furent mises au service d'un système patriarcal qui visait essentiellement à contrôler la sexualité féminine.

⁸³¹ Knibiehler Y. & Fouquet C., *La Femme et les médecins, analyse historique*, op.cit.

⁸³² *Ibid* : Toutes citations de ce paragraphe, sauf mention contraire.

Pendant des siècles, les théories concernant la féminité ne se sont appuyées que sur des représentations : la médecine arabe, par laquelle l'Occident chrétien a reçu l'héritage antique, interdisait l'examen des femmes autant que la dissection (du fait de la croyance en la résurrection). En matière de dissection, c'est en Italie que les premières ont lieu au XIV^{ème} siècle. En France, elles sont autorisées une fois par an, au début du XV^{ème} siècle ; elles sont en général réalisées sur des suppliciés, et sont entourées de tout un cérémonial religieux visant à préserver le salut de l'âme du défunt. Ce sont les chirurgiens qui pratiquent ces dissections (dont Ambroise Paré) ; or, les médecins qui étaient alors membres du clergé se voient interdire la pratique de la chirurgie ; la séparation médecine/chirurgie se met ainsi en place progressivement au Moyen Âge, pour être définitivement établie au XV^{ème} siècle, contribuant à maintenir les médecins dans l'ignorance de l'anatomie. En France, la pratique des dissections se banalisera et se généralisera au XVII^{ème} siècle.

Parallèlement à cet interdit qui pèse sur la connaissance anatomique, il existe un autre obstacle à la connaissance du corps féminin par les médecins : au Moyen Âge, la médecine des femmes reste le fait des femmes elles-mêmes ; il est considéré comme impudique, honteux pour un homme de s'intéresser à la santé des femmes. J. Dall'Ava-Santucci précise que jusqu'au XVI^{ème} siècle, aucun homme n'a pratiqué ni même vu de près un accouchement, cette pratique restant l'apanage des sages-femmes - dans le contexte d'une attitude médiévale ecclésiastique typique de la misogynie de l'époque, qui les décrit sans offrir d'alternative de meilleure qualité (les médecins proposés ayant les mêmes défauts de pratique que ceux reprochés aux sages-femmes, liés essentiellement à l'hygiène) et sans offrir de les former non plus⁸³³.

Le seul aspect que l'on peut discuter concerne la génération et, en l'absence de connaissances anatomiques, les choix théoriques sont des actes de foi. Cette honte se lève petit à petit au XVI^{ème} et au XVII^{ème} siècle, mais l'obstétrique reste du domaine des sages-femmes. C'est à l'aube du XIX^{ème} que Baudelocque le premier décida, surprenant ses contemporains, de s'intéresser exclusivement à l'obstétrique. Il fut alors confronté à deux ordres de difficultés : la pudeur des femmes, réticentes à l'examen clinique par un homme, et leur fatalisme, tant on avait seriné à ces femmes que la faiblesse et la maladie étaient inhérentes à leur constitution, indissociables de leur rôle dans la procréation.

⁸³³ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit; Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, op.cit.

Dans l'Occident chrétien, les clercs, très marqués par l'héritage d'Aristote (ils ont suivi par exemple sa croyance, contraire aux suppositions d'Hippocrate⁸³⁴, que la femme enceinte n'est qu'un réceptacle passif d'un petit homme généré par l'homme) représentent la culture initialement dominante. Ils ont donc été les premiers à définir la femme : « pour eux, depuis Saint Augustin, Saint Jérôme, Tertullien⁸³⁵, la fille d'Eve est par essence une pécheresse ; son corps n'est pour l'homme qu'une source de tentation, de perdition, dont il doit s'écarter tant qu'il peut ». Les médecins du Moyen Âge étant fréquemment membres du clergé, il n'y a pas à cette époque de discours autonome du corps médical concernant la féminité. Les débuts de la dissection, réprouvée par l'Église, ainsi que le retour aux textes antiques, ouvrent au XVI^{ème} siècle la voie d'une timide émancipation, vite recouverte par le succès de la Contre-réforme catholique au XVII^{ème} siècle, qui restaure temporairement le prestige et l'autorité des prêtres.

De la Renaissance à la Révolution, les artistes et les poètes glorifient chez la femme la beauté et ses facultés de séduction ; ils en font un objet de plaisir, de désir. Ce que leur propose l'élite masculine du temps, c'est le Jardin des Délices, pas celui de la Connaissance. La connaissance médicale stagne plutôt : les humanistes de la Renaissance, jugeant que les Arabes ont trahi l'héritage antique, boudent le Canon d'Avicenne auquel ils préfèrent les rééditions des traités hippocratiques et galéniques. Ce retour aux antiques entrave plutôt le progrès de la connaissance sans améliorer - comme on aurait pu le supposer - le sort des femmes, soignées ou soignantes. Ce n'est qu'à la fin du XVII^{ème} que les médecins de Paris réinvestissent les hôpitaux pour apprendre la médecine ailleurs que dans les livres, et que se développe un conflit des anciens et des nouveaux qui a pour objet, entre autres, la connaissance de l'anatomie et de la physiologie. L'anatomie de la femme ne fait pas exception, et en particulier les mécanismes de la reproduction. La participation de la femme à la procréation, la découverte des ovules et de spermatozoïdes, vont acquérir de haute lutte le statut de vérité scientifique. Mais l'embryologie naissante ne rétablira pas complètement l'égalité entre hommes et femmes : en considérant que tout embryon passe d'abord par un stade femelle, avant de se différencier soit en homme, soit en femme, elle vient à l'appui de la croyance qui fait de la femme un homme inachevé.⁸³⁶

Il faut également attendre le siècle des Lumières pour voir surgir un discours théorique autonome du discours religieux. Les écrits (encyclopédies...) de cette période, offrent une description de la « féminité comme nature », donnant essentiellement « une formulation

⁸³⁴ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit

⁸³⁵ Dont on connaît le texte précisant les motifs du port du voile pour les diaconesses : dépendance, soumission, humilité, modestie.

⁸³⁶ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit.

théorique à des idées reçues [...] [où] le stéréotype de la pécheresse cède la place au stéréotype de la reproductrice [...] les médecins [discernant] dans le corps féminin tous les signes d'une prédestination à la maternité », dont la faiblesse, inhérente selon eux à sa constitution. Rousseau, en s'appuyant sur le retour à l'état de nature, les voit épouses et mères. Toute tentative d'émancipation apparaît comme la transgression d'une loi naturelle, le fait de dégénérées⁸³⁷.

Les auteurs affirment que « le projet d'écarter les femmes de toute vie publique et professionnelle est d'inspiration médicale plutôt qu'ecclésiastique », résultant de l'apport d'une caution scientifique à une tendance préexistante à la domestication, la rendant ainsi « plus étroite, plus complète ».

Dès la fin du XVIII^{ème} siècle, « l'éternelle maladie des femmes est un lieu commun [...]. Sans doute quelques femmes ont-elles trouvé leur compte dans cette mythologie : elles y ont vu le moyen d'échapper à des travaux pénibles et à des soucis accablants ; mais ces avantages, d'ailleurs réservés à quelques privilégiées, ont été payés d'interdits et d'exclusions dont toutes ont souffert. Les médecins sont responsables de cette définition de la femme comme malade ; ils en font même au XVIII^{ème} siècle un modèle de la pathologie ».

Tous les auteurs de l'époque s'accordent, en outre, pour reconnaître à la femme une exquise sensibilité (au besoin, on lui conseille de la feindre), qui a néanmoins pour inconvénient de lui rendre impossible toute réflexion, toute concentration, toute maturation suffisante des idées, toute pensée d'ensemble, profonde et suivie. Rousseau trouve ainsi que l'esprit des femmes « inculte et pétillant, brille d'autant plus qu'il n'est pas étouffé d'un savoir indigeste. [...] une femme en sait toujours assez ». L'encyclopédie de Diderot et d'Alembert établit, par des patientes mesures dûment contrôlées, que le cerveau de la femme est plus petit que celui de l'homme, et en conclut qu'il est donc moins contenant en termes de données⁸³⁸. D'autres à la même époque, tel E. Georget, brillant aliéniste cité par N. Edelman⁸³⁹, trouvent un fondement scientifique, lié à la physiologie cérébrale, à la plus grande sensibilité de la femme et à sa moindre intelligence. Comme le font remarquer les auteurs, pour des hommes qui ont autant qu'eux le culte de la science, cette incapacité supposée qu'a la femme à penser est une infériorité manifeste.

La femme est par ailleurs décrite comme « naturellement » pudique, l'inhibition de ses désirs (l'intériorisation des interdits étant décrite par les auteurs comme une forme de mutilation

⁸³⁷ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit. pp. 93 et 94.

⁸³⁸ *Ibid.*, p. 61.

⁸³⁹ Edelman N., « Représentations de la maladie et construction de la différence des sexes, l'hystérie comme exemple », in *Revue de la société des études romantiques et dix-neuviémistes*, n°110, 2000, pp. 73-87.

sexuelle) lui étant dictée comme une nécessité : encore un exemple de justification physiologique qui vient à l'appui de la morale traditionnelle.

En s'éloignant du discours religieux et de ses sorcières, la médecine des Lumières a permis de réhabiliter l'être féminin dans sa spécificité ; mais « en faisant de cette spécificité un mythe redoutable, elle a trouvé de nouvelles raisons de refuser l'égalité des sexes. Aussi les médecins passent-ils sans hésitation, peut-être même inconsciemment, de la biologie à la morale, morale du couple et de la famille ». En manifestant un intérêt croissant pour les spécificités féminines, les médecins développent une dialectique force/faiblesse, intelligence/sensibilité pour décrire la complémentarité homme-femme ; cette prise de conscience a pour effet de cloîtrer la femme à l'intérieur, dans une vie protégée mais dépendante, et de la vouer au mariage et à la maternité.

A cela, Napoléon ajoutera une spécificité française : « il y a une chose qui n'est pas française, c'est que la femme fasse ce qui lui plaît ». ⁸⁴⁰ Et d'ailleurs, si l'autonomie du discours féminin a malgré tout bénéficié d'un souffle nouveau après la tourmente révolutionnaire, c'est plutôt hors la France que ces idées se répandent. ⁸⁴¹

La fin du XIX^{ème} siècle et la première moitié du XX^{ème} siècle ont été marquées par de profonds changements dans ces « définitions féminines ». Les recherches scientifiques telles celles de la Société d'anthropologie, entretiennent la croyance en une infériorité de la femme, en s'appuyant par exemple sur les mesures de la boîte crânienne. Cette même époque verra également l'avènement de l'hystérie en médecine et en psychanalyse, qui sera l'occasion de nouveaux discours sur le féminin. La médecine positiviste, scientiste, expérimentale, souhaitant être neutre, s'éloigner du discours religieux, des *a priori* et des jugements de valeur, remet en cause la définition d'une féminité universelle en lien avec la procréation. Si le discours concernant le rôle domestique de la femme a changé, sa conséquence - le contrôle - est resté la même : c'est désormais au nom de l'hygiène et du patriotisme qu'on lui enjoint de se soumettre aux recommandations des médecins et à la domestication. La deuxième moitié du XX^{ème} siècle, marquée par les évolutions dans le domaine de la maîtrise de la procréation - contraception, contrôle des naissances, médicalisation de la naissance et de la maternité - s'inscrit dans une dynamique semblable.

⁸⁴⁰ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, op.cit. p. 94.

⁸⁴¹ *Ibid*

C. Histoire critique de l'hystérie : revue de la littérature

« Que la femme soit acculée à l'hystérie pour se faire entendre, et que personne n'écoute, tel est l'horizon de ces archives. »

J.-P. Peter⁸⁴²

1. L'hystérique ou la quintessence de la femme : la critique féministe

Kniesbieler et Fouquet rappellent que l'hystérie est présentée, dans les écrits médicaux des Lumières, plus que comme une pathologie, comme la nature même de la femme.

Les médecins philosophes débattent entre deux partis : celui des partisans de la théorie utéro-ovarienne, et celui des partisans de la névrose, dont certains évoquent les causes culturelles et sociales des troubles (Pinel). Mais le praticien ordinaire, qui n'a pas de prise sur les facteurs culturels, transforme ce début de prise de conscience en des prescriptions de régime et de mode de vie et fait de l'hystérie « le châtiment d'une vie féminine mal réglée. [L'hystérie] effraie moins les hommes, mais elle contraint davantage les femmes ».

Elle est le plus souvent rapportée à la frustration sexuelle, l'hystérie restant « flatteuse pour le sexe masculin, puisqu'elle confirme à la fois la débilité des femmes et leur étroite dépendance à l'égard des hommes ». C'est ainsi qu'on explique que les couvents aient été les lieux privilégiés d'une hystérie collective, comme dans l'affaire des célèbres possédées de Loudun⁸⁴³. La femme reste perçue comme naturellement accomplie par l'accouplement et la maternité, la nature n'aimant pas le vide ; on lui prête un appétit sexuel qui ne connaît pas de trêve.

Les discours concernant les bénéfices du sperme sur la santé de la femme se multiplient, tel celui de Virey : « Il est certain que le sperme masculin imprègne l'organisme de la femme, qu'il imprègne toutes ses fonctions et qu'elle s'en porte mieux » ; le mariage est donc une condition de leur santé physique et morale. Pour les auteurs, cela revient à imposer l'idée de l'incomplétude inhérente à la féminité constituée, toujours selon Virey, « en moins », alors que l'homme est « en trop ». La femme n'est alors réellement créée que par l'homme, l'amour résultant pour elle d'un défaut alors qu'il résulte pour l'homme de surabondance.

⁸⁴² Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *op.cit.* p. 346.

⁸⁴³ Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, *op.cit.* p. 61.

Les évolutions propres au XIX^{ème} siècle sont plus amplement décrites par N. Edelman, à travers une étude centrée sur les textes littéraires.

N. Edelman⁸⁴⁴ rejoint les interprétations de Y. Kniehbieler et C. Fouquet, précisant que la femme, si elle n'est pas tenue par le cadre matrimonial et protégée par son mari, peut toujours « basculer vers l'irresponsabilité. » L'hystérie est le fait de femmes « lascives et érotiques, toute entière dominées par (leur) sexualité ». Elle peut atteindre des hommes, à la condition qu'ils soient efféminés. L'hypocondrie, qui se développe chez l'homme comme une affection en miroir de celle de la femme, est perçue comme étant le fait, chez les hommes, d'un excès de travail, et comme affectant ceux qui, artistes, poètes, littérateurs distingués, sont « doués » d'une imagination « la plus ardente » et de « la plus vive sensibilité »⁸⁴⁵. D'une manière générale, N. Edelman constate la construction fondatrice d'une différence des sexes face au vécu du corps, qui distingue la femme comme 'autre' et fait de l'homme un référentiel universel, et abstrait. Au sujet de la fonction que pourrait avoir la désignation de cet 'autre', elle cite M. Riot-Sarcey : « la représentation des femmes en une catégorie à part a pour objet de rendre la femme présente comme autre afin d'offrir à chacun la possibilité de s'identifier au même. »⁸⁴⁶

Le début du XIX^{ème} siècle est marqué par des polémiques médicales qui vont trouver dans le politique l'occasion de certaines résolutions, dont l'hystérique fera les frais. Ainsi s'opposent d'un côté les sensualistes, menés par Maine de Biran, les spiritualistes, partisans d'une théorie unitaire du cerveau, et les matérialistes, partisans d'une théorie localisatrice dans l'interprétation des maladies du cerveau. Ces derniers tendent à être anticléricaux, et leurs théories peuvent être perçues comme récusant l'existence de l'âme. Les phrénologistes, partisans d'une causalité nerveuse ou cérébrale de l'hystérie, font partie de ces derniers. Mais l'époque est à la restauration catholique, et à la réunification de la famille traditionnelle sous la tutelle patriarcale (abolition du divorce en 1816). Ces théories en pâtiront. L'hystérie restera attribuée à une surexcitation nerveuse de la matrice, tandis que les interprétations de l'hypocondrie chez l'homme continueront à y voir une maladie intellectuelle et morale.

⁸⁴⁴ Edelman N., « Représentations de la maladie et construction de la différence des sexes, l'hystérie comme exemple », *op.cit.*

⁸⁴⁵ *Ibid* p. 76.

⁸⁴⁶ Riot-Sarcey M., « De la représentation et de ses multiples usages », dans *Démocratie et Représentations*, p.138, cité in Edelman N., *op.cit.*

La deuxième moitié du XIX^{ème} siècle voit l'hystérie sortir de l'hôpital, sous l'effet des travaux de Flaubert (et du procès qui lui fut intenté pour l'écriture de *Madame Bovary*, considérée comme immorale) et de Baudelaire ; elle devient ainsi un temps symbole d'une résistance à la norme, et, en sortant de la tutelle médicale, d'une dangerosité sociale. La fonction d'ordre et l'autorité de la médecine dans la distinction des frontières du normal et du pathologique sont en train de gagner en puissance. Pour la première fois, en 1860, la possession va être mise sous le signe de l'hystérie et inscrite dans le discours scientifique. Ce sera à l'occasion des événements survenus à Morzine, qui souffrira pendant vingt ans d'une « épidémie de possession », que N. Edelman décrit en des termes qui évoquent plutôt une rébellion très locale des femmes, qui s'insurgent, refusent de travailler, se réunissent entre elles pour s'encourager à la résistance, se saisissent de la parole. D'abord considérées comme possédées, c'est finalement comme hystériques qu'elles seront dans une certaine mesure absoutes pour raisons médicales des excès immoraux où leur colère et leur désarroi les ont poussées ; mais en les absolvant, c'est aussi le silence et le discrédit que l'on fait tomber sur leur révolte.

La fin du siècle verra une certaine réhabilitation, en particulier sous la plume de P. Briquet, de la sensibilité associée à l'hystérie ; à côté de la vulnérabilité à laquelle les femmes se trouvent par elle prédisposées, c'est aussi l'occasion de « nobles et dignes sentiments dont elle seule est capable ». Dans le même temps, le rapprochement de l'hystérie avec le féminin n'en est que plus explicite : elle est quintessence de la femme, ou encore « femme trop femme ». Il est clair dans les travaux des divers historiens consultés que l'hystérie est un lieu privilégié des représentations médicales sur la femme en général, où les dangers inhérents à la sensibilité, à l'imagination, à la sexualité féminine, ont un rôle essentiel. Y. Kniebier et C. Fouquet voient dans les représentations de la femme comme « en moins » une continuité avec les théories freudiennes, où la femme reste définie par un manque - non de sperme mais de pénis - dans la continuité d'un « naïf discours phallocratique » qui se poursuit en particulier à travers tout le XIX^{ème} siècle.

*

Dans le courant des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, les liens entre la médecine et le pouvoir s'affirment. Elle acquiert une autorité, un rôle normatif et une fonction d'ordre grandissante. Les représentations liées à l'hystérie ne sont pas sans conséquences pour les femmes en général, et le filtre médical imposé sur leurs éventuelles insubordinations vient servir de prétexte à un contrôle renforcé de leurs conduites. En outre, les liens qui unissent cette

pathologie à la différenciation progressive d'une médecine matérialiste, détachée des préoccupations spirituelles ou philosophiques, font que sa médicalisation grandissante accompagne certaines revendications de neutralité spirituelle et sexuelle de la médecine qui construit un humain abstrait, neutre, sur un modèle masculin voulu universel et avant tout matériel.

C'est Freud qui, au sein de cette biomédecine émergente, prendra la relève du discours religieux en se lançant « dans l'exploration des méandres de l'âme (psyché) humaine »⁸⁴⁷. Cette biomédecine - qui se légitime progressivement depuis le XVII^{ème} en se différenciant du religieux⁸⁴⁸ - la psychanalyse s'en détachera progressivement dans le courant du XX^{ème} siècle, dans la continuité des différences entre les interprétations de Freud et de Charcot sur le sujet de l'hystérie. Pour Malarewicz⁸⁴⁹ : « Les différentes étapes de la doctrine psychanalytique, scandées dans les premières années par l'auto-analyse de Freud, peuvent être lues comme une constante élaboration des liens qui relient la clarté à l'obscurité. Or l'obscur, c'est d'abord le diable, que Freud, prenant la suite des travaux de Charcot, associe à l'inconscient. ». Certes. Mais pour l'anthropologue, qu'il se préoccupe, comme F. Héritier, des logiques de la différence du point de vue des représentations, ou des mythes et des archétypes, l'obscur, c'est aussi le féminin.

Il ne suffit pas, comme Pinel, de résorber l'âme dans la médecine, ni même de suggérer qu'il y a à l'origine des troubles des déterminants sociaux et culturels, pour que cela conduise au respect de la dignité des personnes. La médecine est une pratique : il lui faut des moyens d'action. Sans quoi, elle les invente, pour le meilleur, ou pour le pire, avec ce qu'elle a sous la main pour déterminer au plus près ce qui est 'vrai' et 'humain'. À partir de l'époque de Pinel, la vérité, sera, de manière croissante, la science du visible, qui fournit à ce point les moyens qu'ils se substitueront à la fin. Le reste disparaît. Tout simplement. Quand 'le reste' resurgit, c'est avec la psychanalyse, mais le 'reste' est alors résorbé dans l'inconscient individuel. Les tensions entre Freud et Jung, qui conduiront à l'exclusion de ce dernier, achevèrent de faire disparaître des enjeux la profondeur cryptique du mythe, et l'imaginaire collectif. Il s'y perd très notablement la capacité d'une réflexion médicale éclairée sur le traitement des femmes.

⁸⁴⁷ Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit. p. 200.

⁸⁴⁸ *Ibid* ; voir aussi Laplantine F., *La Culture du psy ou l'effondrement des mythes*, op.cit.

⁸⁴⁹ Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit, p. 200.

2. **De conversion à conversion.⁸⁵⁰, la solution psychopathologique : mystique, possession, sorcellerie...les « puissances », « pouvoirs », et « mystères » féminins à l'épreuve de la collectivité, des ordres et des lois : religieuses, légales, médicales.**

On a vu que le pouvoir féminin de guérir, à partir du moment où la chrétienté a acquis une certaine légitimité, a toujours été à la fois lié au religieux, et immédiatement suspect d'hérésie, ou de sorcellerie, dès qu'il devenait autonome de l'ordre ou s'appropriait la parole.

On a vu aussi que le pouvoir féminin de guérir est souvent représenté comme étant dans une continuité avec la connaissance, tirée de l'expérience personnelle, de la maladie, de la souffrance, ou de la procréation.

L'hystérique a, à travers l'histoire, souvent voisiné elle aussi avec l'occulte, ou le religieux, ou le mystique, ou encore le sacré, dans une nébuleuse d'archétypes, de représentations et de croyances qui voient en la femme un intercesseur potentiel entre les puissances de vie et de mort et l'humain. Celles que ces puissances semblent traverser d'une manière ou d'une autre deviennent, dans les périodes de désespoir ou de crise, des boucs émissaires dont la désignation permet de renforcer le groupe.

Le débat suscité, au XIX^{ème} et au début du XX^{ème}, par les hypothèses étiologiques de l'hystérie, tour à tour organicistes ou psychologisantes, a amené P.-A. Sollier à des propos qui nous rappellent combien la désignation de l'hystérique est non seulement l'occasion d'un discours sur le féminin, mais aussi sur la place de l'âme dans l'interprétation des désordres du corps, et donc sur le dualisme corps-âme d'une part, et d'autre part sur les rapports complexes, au sein de la médecine, entre psychologie et religion. Selon J. Decottignies, qui le cite, en voulant déraciner « la vieille conception spiritualiste qui fait de la pensée un phénomène à part se manifestant presque en dehors de l'organisme », P.-A. Sollier est bien résolu à « considérer la psychologie du cerveau et à déraciner cette vieille superstition de la dualité de l'âme et du corps »⁸⁵¹.

Plusieurs auteurs ont abordé, dans leurs travaux historiques, le fait que la reconnaissance de l'hystérie donne l'occasion aux tenants du pouvoir de réaffirmer sur la scène publique

⁸⁵⁰ Wildöcher D., « L'hystérie dépossédée », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1978, n°17, pp. 73-87.

⁸⁵¹ Sollier P.-A., *Genèse et nature de l'hystérie*, Alcan, Paris, 1897, cité in Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.*

l'autorité des organisations existantes s'agissant des rapports entre femmes, religion et mystère.

- J.-A. Malarewicz : La sorcellerie ou l'hystérie collective

J.-A. Malarewicz⁸⁵² livre une analyse historique très complète, et s'étendant jusqu'à la psychothérapie contemporaine, des liens entre possession et hystérie.

Il s'attarde en particulier sur l'histoire de sœur Jeanne des Anges. À la lecture de son analyse, il paraît manifeste que si son cas suscite autant de passions, c'est par ce qu'elle vient incarner et manifester des dynamiques collectives : un *intérêt*, une interrogation aussi. Ici, il s'agit de se montrer, le corps disponible, et de trouver une issue par la conversion. L'époque à laquelle se déroulent les faits pour lesquelles elle est passée à la postérité correspond aussi au début du 'parler de soi', de l'individu⁸⁵³. Le mystérieux s'y suffit encore à lui-même, dans un continuum entre les marques du diable et les marques de sainteté.

Ce croisement entre la personne de l'hystérique et les motifs de l'intérêt collectif qu'elle suscite à une époque donnée est une constante à travers les époques. Les « manifestations » parfois spectaculaires par lesquelles elle met en scène ou narre, à sa manière – qui serait qualifiée aujourd'hui de « théâtrale », avec une connotation péjorative qui dissimule l'utilité possible de l'analogie - semblent à leur tour renforcées par cet intérêt collectif.

Dans le premier tiers du XVII^{ème}, les femmes déviantes intéressantes, de « sorcières » ou de « possédées », deviennent « victimes » : à une époque de redistribution des pouvoirs, la femme devient victime, en général d'un homme d'Église; le rôle du diable devient moins explicite ; on passe du terrain religieux (hérésie, inquisition), à un terrain juridique et médical, « où les subtilités de la procédure vont laïciser les enjeux ». (Ce qui rejoint les propos de J.-P. Goubert concernant « l'élision du malin »).

N. Edelman s'intéresse elle aussi à cette « élision du malin » dans la deuxième moitié du XVIII^{ème} en fournissant des explications sociales à ce phénomène, et en le liant à l'émergence du spiritisme et des médiums⁸⁵⁴, majoritairement féminins. Elle voit dans cette évolution la

⁸⁵² Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit.

⁸⁵³ *Ibid*, pp. 64-65.

⁸⁵⁴ Edelman N., « Diable et médiums. Histoire d'une disparition », in : Martin J.B. & Introvigne M., *Le Défi magique, satanisme, sorcellerie*, volume 2, Presses universitaires de Lyon, Lyon 1994, pp. 317-329. Sur ce sujet voir aussi Peter J.-P., en collaboration avec la Société Française d'Hypnose, « Un savoir inexprimable ; le magnétisme entre les ambiguïtés, les refus, les indicibles étrangetés. », in *L'Écrit du temps*, Éditions de Minuit, Paris, 1988, pp. 95-107.

reconstruction des rôles sociaux des sexes du point de vue d'une représentation religieuse, catholique, du monde : au sein de ce groupe, pour un temps - avant qu'elle ne soit rejetée dans la marginalité - la femme n'est plus 'le mal', le souci de soi et la fraternité se développent.

La société du XIX^{ème} est le théâtre d'un très fort développement technique et scientifique dans le champ médical, grâce auquel les médecins acquièrent une autorité nouvelle ; J.-A. Malarewicz, N. Edelman, J.-P. Peter, rapportent aussi comment les savants font, à l'époque, face à l'occulte .

Pierre Jannet le premier, s'intéressera à l'hystérique pour tenter d'en faire une classe véritablement psychopathologique, scientifique, non sans que les liens entre mysticisme et hystérie ne soient de nouveau en question⁸⁵⁵.

C'est dans ce contexte qu'il faut analyser quelques années plus tard l'émergence de la notion d'inconscient. Freud le relie lui-même au malin, et l'hystérique aux possédées⁸⁵⁶. Le développement de ses travaux sur l'hystérie participera d'un intérêt de la communauté médicale pour les mediums et l'hypnose⁸⁵⁷.

L'ex-possédée, la victime, devient donc à la fin du XIX^{ème} siècle l'hystérique de la psychanalyse, une 'victime imaginaire', dans une certaine mesure : souffrante, oui, mais pour des raisons mystérieuses, ambivalentes, sombres, où demeurent des traces de croyances occultes, et qui reste marquée par 'la faute féminine' ; victime, peut-être... mais le soupçon de l'imaginaire est là⁸⁵⁸. Cet 'imaginaire' si difficile à définir va devenir petit à petit, au fur et à mesure que déclineront aussi les métanarratifs, religieux entre autres, la propriété de la psychanalyse et de la psychologie, perdre en dimension collective - mythologique⁸⁵⁹ - et en efficacité thérapeutique potentielle⁸⁶⁰ ce qu'il gagne en qualité de suspect, et surtout de suspect d'imposture⁸⁶¹, d'illusion, d'invention.

⁸⁵⁵ Clément C. & Kakkar S., *La Folle et le Saint*, op.cit.

⁸⁵⁶ Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit.

⁸⁵⁷

- Peter J.P. : « Un savoir inexprimable ; le magnétisme entre les ambiguïtés, les refus, les indicibles étrangetés. », in *L'Écrit du temps*, Éditions de Minuit, Paris 1988, pp. 95-107.

- Edelman N., « Diable et médiums. Histoire d'une disparition », op.cit.

⁸⁵⁸ Voir aussi à ce sujet : Rechtman R. & Fasson D. : *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, op.cit.

⁸⁵⁹ Laplantine F., *La Culture du psy ou l'effondrement des mythes*, op.cit.

⁸⁶⁰ Jung C.G., *Propos recueillis par Anièla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, op.cit.

⁸⁶¹ Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit.

- M. Mac Donald : le rôle premier des femmes dans l'établissement du christianisme.

Se penchant sur les débuts du christianisme, M. Mac Donald met en lumière le rôle important qu'on joué les femmes, en tant que - littéralement - « maîtresses de maison » et donc d'un espace privé moins accessible à la censure, dans la propagation et l'établissement du christianisme. Ce rôle important mais, dans une certaine mesure, souterrain, d'actrices de la vie religieuse a été variablement perçu par leurs contemporains. L'analyse qu'elle en fait peut se résumer par la citation suivante :

« What is clear is that the description of the hysterical female deluded by sorcery is consistent with the tendency in antiquity to see women as susceptible to religious madness, inclined towards excesses in religious activities, and suspiciously talented as religious practitioners. »⁸⁶²

- J. Maître

Dans plusieurs ouvrages historiques, J. Maître a étudié les rapports entre mysticisme, institution religieuse et féminin ; il s'est également penché sur l'hystérie - qu'il faudrait décidément mettre à chaque fois entre guillemets tant ce que recouvre le terme est à la fois toujours semblable et toujours différent - à travers le cas de Laurentine Billoquet, qui pouvait se présenter comme une mystique.

Les questions qu'ont pu soulever les mystiques femmes, tantôt renvoyées vers des accusations d'hérésie par l'institution religieuses⁸⁶³, tantôt vers la pathologie par l'institution médicale⁸⁶⁴, et la transition, dans l'histoire française, de l'une à l'autre de ces 'lois'⁸⁶⁵, ont fait l'objet de plusieurs ouvrages, et pas forcément de féministes déclarés ; tous ces ouvrages révèlent l'étonnement devant ce qui semble un refus systématique, nimbé de crainte, et se concluant par la condamnation et/ou l'élimination pur et simple de la question, de cet accès particulier des femmes à une transcendance qui s'inscrit dans le corps et qui est lu, par les institutions masculines ayant fonction d'ordre, comme une pathologie de la sexualité et/ou du désir.

⁸⁶² Mac Donald M., *Early Christian Women and Pagan Opinion: The Power of the Hysterical Woman*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, p. 86.

⁸⁶³ Maître J., *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse socio historique*, op.cit.; Vasse D., *L'Autre du désir et le dieu de la foi : lire aujourd'hui Thérèse d'Avila*, op.cit.

⁸⁶⁴ Clément C. & Kakar S., *La Folle et le Saint*, op.cit. ; Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, op.cit.

⁸⁶⁵ Maître J., *Les stigmates de l'hystérique et la peau de son évêque. Laurentine Billoquet (1862-1936)*, Anthropos, Paris, 1993.

Dans *Mystique et Féminité*, J. Maître tisse des liens particulièrement pertinents pour mon étude, entre ces interrogations, la créativité, l'amour, le chamanisme, l'idéologie : selon lui, les mystiques catholiques utilisent certains passages de l'Ancien Testament ou du Nouveau Testament pour se légitimer, mais leur demande est créative et cette créativité est absente de l'Écriture en tant que « fait dans l'univers spirituel biblique ».⁸⁶⁶ Il rapproche mystique et chamanisme du fait du rôle prévalent de l'extase comme sortie de soi : une telle expérience ne procède ni de la bible, ni « du christianisme comme issu du judaïsme »⁸⁶⁷, mais de sa rencontre avec le chamanisme, thrace notamment - lié au processus d'hellénisation du christianisme - puis au IV^{ème} siècle avec la voie mystique proposée par divers auteurs.

Dans le haut Moyen Âge, la hiérarchie céleste est accordée à la hiérarchie nobiliaire (« catholicisme féodal⁸⁶⁸ ») et également glorifiée. A partir du XIII^{ème} siècle, la perspective dionysienne battra son plein (c'est-à-dire celle qui s'appuie principalement sur la théorie suivante : ce n'est que par l'amour que l'homme devient 'un' avec Lui, au dessus de toute connaissance individuelle). À ce moment nombre de femmes, virtuoses de la vie mystique, retracent leurs expériences ; elles développent un mode de pensée original et dynamique, corroboré par l'écriture.

Mais le terme de mystique ne deviendra vraiment un substantif et un chapitre de théologie qu'au XVI^{ème} siècle, avec « l'intériorisation et l'individualisation mystique »⁸⁶⁹. L'expérience mystique, décrite depuis des siècles (voir aussi M. De Certeau), était auparavant désignée par le mot « contemplation ». L'expérience mystique est majoritairement féminine ; en revanche, son élaboration théorique est majoritairement masculine.

Au XVII^{ème}, la mystique subit une relative éclipse, en tant qu'expérience autant qu'en tant que théorie ; puis, de nouveau, la référence expérientielle devient prépondérante, avec le développement d'une « mystique affective féminine »⁸⁷⁰ et aussi une psychologisation croissante de la théorie mystique. Le point culminant de cette tendance est constitué par les écrits de Thérèse d'Avila.

« La tradition mystique, qui va du XIII^{ème} au XVIII^{ème}, est devenue un terrain de recherche théorique en psychanalyse dans notre pays. Cette préoccupation converge avec l'impact des mouvements féministes sur la problématique de la différence entre les sexes ; un certain accent est mis sur les relations originelles à la mère et leur métabolisation tout au long de

⁸⁶⁶ Maître J, *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse socio-historique*, op .cit., p. 8.

⁸⁶⁷ *Ibid* p. 9.

⁸⁶⁸ *Ibid* p. 9.

⁸⁶⁹ *Ibid* p. 11.

⁸⁷⁰ *Ibid* p. 12.

l'existence, sur le désir ou le refus de la féminité, y compris chez les hommes, sur le vécu corporel. (...) Dans l'esprit du temps la dimension expérientielle de la religion est valorisée et la tonalité mystique s'épanouit. On peut penser que l'avenir se joue dans cette zone. Une telle situation historique est favorable à des investigations.»⁸⁷¹

L'utilisation du concept d'« idéologie » telle qu'il le définit⁸⁷², au sein d'une psychanalyse qui serait aussi sociohistorique, permet de livrer d'un fait mystique une analyse théologique sans que cela ne soit incompatible avec une lecture psychopathologique : « L'interprétation théologique d'une conduite mystique peut fournir une légitimation recevable aux yeux d'un groupe dans le cadre de (son idéologie), sans pour autant que soit exclue (...) une lecture évoquant par exemple un processus inconscient qui incline vers l'anorexie mentale(...) ».⁸⁷³

- Les travaux des féministes

« En onze années de vie à l'étranger, partout j'ai vu des femmes plus avancées qu'on en voit en France. Et partout je les ai vues se servir du sacré avec plus d'intelligence que nous : en Inde, en Afrique, et même en Autriche, ce début d'Orient. D'autres femmes ont très bien expliqué les causes du retard français, la tradition misogyne de la Révolution Française, les restrictions de l'éducation des filles, une fausse conception de l'égalité républicaine, on sait tout cela désormais. Quant au sacré, c'est une autre affaire, à manier avec des pincettes. »⁸⁷⁴

Il me paraît important de dire quelque chose de ces travaux, même si cela ne va pas sans difficultés : difficultés académiques, car les travaux ayant trait au genre ont cheminé, comme mus par une nécessité intrinsèque, vers un phrasé et une méthodologie qui, soit quittent l'académie, soit y créent une nouvelle catégorie. D'autre part, la diffusion de ces travaux a, par rapport aux pays anglophones, un tel retard en France qu'ils sont parfois difficiles d'accès. Ainsi par exemple, un certain nombre d'écrits existent sur la spiritualité féminine dans l'œuvre de Jung, qu'il eût sans doute fallu consulter, mais j'avoue humblement que la complexité de l'opération m'a découragée, autant au moins que le sentiment que des arguments de ce type seraient à peine recevables dans le monde universitaire français.

En outre, la représentation générale de la lutte féministe est si guerrière, qu'elle me paraissait *a priori* contraire à l'objet même de ce travail, qui est plutôt, précisément, de quitter un mode

⁸⁷¹ Maître J, *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse socio-historique*, op.cit. p. 23.

⁸⁷² *Ibid* p. 26.

⁸⁷³ *Ibid* p. 29.

⁸⁷⁴ Clément C. in Kristeva J. & Clément C., *Le Féminin et le Sacré*, Stock, Paris, 1998, p. 9.

de pensée et d'action de tradition masculine, pour aborder autrement une question féminine. Épouser d'emblée une perspective aussi teintée d'idéologie ne me paraissait pas pouvoir guider de manière fiable un travail de recherche.

In fine, les auteurs ayant écrit sur le sujet de la femme et du sacré, comme J. Kristeva et C. Clément, ayant un fort ancrage psychanalytique, leurs travaux ne m'ont pas paru *a priori* les plus adaptés à ma direction de travail.

Pour toutes ces raisons, j'ai un peu délaissé cet axe de recherche, et ne m'y suis intéressée de nouveau qu'à la fin de cette étude, pour constater que j'avais à la fois raison, et tort, dans mes *a priori* : il me semble qu'il a été utile de faire mon chemin sans prendre les travaux féministes comme des acquis, ni me situer d'emblée dans une logique de travaux étiquetés 'genre'. En même temps, il est clair qu'un des développements possibles de ce travail serait de le confronter *a posteriori* à une revue de la littérature féministe, américaine en particulier.

En effet, mon propre travail aussi a revêtu petit à petit un aspect plus narratif qu'académique au sens traditionnel du terme, comme si pour narrer authentiquement les événements féminins il fallait aussi changer les catégories et modalités d'écriture légitimes du savoir, de la connaissance.

Comme nombre de leurs collègues, américaines en particulier, J. Kristeva et C. Clément alternent romans, essais, et travaux plus académiques. Elles ont choisi, comme « pincettes pour aborder le sacré, un mode épistolaire, un dialogue, où le « je » de la narration est omniprésent, et qui est destiné d'emblée à trouver des échos singuliers « auprès de chacune, et chacun », et à être lu dans un « esprit de confiance et de polémique »⁸⁷⁵

Pour ce qui est du contenu ayant trait à l'hystérie, leurs questionnements sont proches des miens, les liens étroits entre « transe » et « hystérie » font que l'une comme l'autre évoquent un désordre sacré, autant qu'un désordre dans l'ordonnement social et institutionnel du sacré. La femme est l'actrice privilégiée de ce désordre, tantôt bienvenu, organisé comme un des éléments du rite, tantôt malvenu, objet d'enchaînements et d'exclusion prenant des formes plus ou moins matérielles, plus ou moins sophistiquées.

- En conclusion de cette partie concernant l'histoire de la « conversion », ou de la solution psychopathologique proposée à l'expérience féminine du numineux, nous proposerons de nous référer à un texte de J.-P. Peter qui fait la synthèse des points essentiels à mon analyse ultérieure :

⁸⁷⁵ Kristeva J. & Clément C., *Le Féminin et le Sacré*, op.cit., p. 10.

Il a étudié « la violence et les singularités dans les discours du corps et sur le corps » dans les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème}. Son analyse des discours sur l'hystérie présente de nombreux points communs avec celle de N. Edelman, Y. Kniebiehler et C. Fouquet. Mais au-delà, ou plutôt - on peut le suspecter au vu de l'histoire - en continuité avec l'identité féminine, c'est aussi la recherche d'une protection contre le mystère, la violence, la mort, l'autre, qui est ici en jeu.

Il rappelle ainsi comment depuis l'Antiquité, la médecine n'a effectivement cessé d'écrire à son sujet, étonnée par la diversité, la variabilité de ses manifestations. Les conceptions de ses causes ont varié d'une époque à l'autre, en même temps que les symptômes eux-mêmes semblaient s'adapter aux idées et aux mœurs. On en a toujours fait une problématique typiquement féminine.

Mais il ajoute qu'elle avait constamment cette particularité d'apporter le désordre des fonctions, parfois gravement, sans que cela puisse être rapporté à une lésion d'organe (il a pu y avoir une hypothèse de déplacement : celui de l'utérus). L'hystérie est alors celle qui intéresse, parce qu'elle défie le savoir et qu'elle questionne « les rapports entrecroisés entre savoir et désir »⁸⁷⁶. Au XVIII^{ème} siècle, alors que la dimension du savoir scientifique prend une autorité croissante sur les pratiques médicales, à cette même époque donc qui vit l'éclatement du pouvoir féminin de guérir d'un discours médical et chirurgical en quête d'une légitimité encore bien discutable, l'hystérie va « se réinscrire dans des espaces nouveaux (...). Ces hommes, « assurés de la vérité et de leur avenir (...) sont mâles, c'est-à-dire pleins ; parmi leurs pleins, le savoir, conforté par l'horizon des progrès de la science ; pour eux le monde est, sinon dans la main, du moins à portée de leur main, c'est une exploration à la recherche de l'envers du monde ; autant dire de l'envers d'eux-mêmes. »⁸⁷⁷

Cet intérêt ne va pas sans une certaine crainte : toujours la même, celle du désir, certes, mais aussi du sensible et de l'imaginaire : les médecins craignent la contamination. « Elles pervertissent jusqu'aux médecins, les poussent à la crédulité ».⁸⁷⁸ Ils rêvent, fantasment, baignent et se complaisent dans l'émotion que leur procure leur énigme. Le vocabulaire médical prend une coloration affective dès qu'il s'agit des femmes. « La femme émeut ; on le lui fait payer en l'inscrivant dans une sphère du sentiment dont elle doit relever »⁸⁷⁹. Et cet

⁸⁷⁶ Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *op.cit.*, p. 346.

⁸⁷⁷ *Ibid* p. 341.

⁸⁷⁸ *Ibid* p. 344.

⁸⁷⁹ *Ibid* p. 342.

autre, cet envers d'eux-mêmes potentiellement contaminant, va subir de nouveau des logiques de bouc émissaire. On ne peut que s'interroger sur l'intensité et la répétition des procédures violentes dont elle fait l'objet.

À cette interrogation, il propose plusieurs réponses : d'abord, c'est celle qui dérange, celle par qui donc la violence arrive. 'Désordre' a longtemps signifié 'maladie'; mais le désordre, c'est aussi ce qui échappe à l'ordre, c'est-à-dire à la pensée rationnelle de la disjonction, à l'analyse, à la classification, à la nomination⁸⁸⁰. On retrouve ici la dimension protectrice de l'ordre (vis-à-vis de la crainte de la mort), telle qu'elle peut se manifester à travers les modalités analytiques du savoir héritées de Descartes, telle qu'elle est mise en lumière aussi par la violence libérée par le désordre. D'où des réponses par « la terreur », « un vrai théâtre de la violence (...) Nées du soupçon, les procédures du savoir visent déjà à punir. »⁸⁸¹

Si elle suscite autant de crainte, c'est parce qu'elle résiste à la maîtrise, et parce que « les dangers de la mort (sont) toujours présents dans le tumulte de ces femmes, tantôt joué, tantôt mimé, tantôt mené à son terme. ». Aussi « (parce qu') avec leur corps, leur désir, leur malheur (elles) parlent hors des protections savantes (hors de nos prudences), de la vie et de la mort. Parlent de nous. » En résistant aux modalités d'une protection établie par la différenciation elle nous expose par ce « nous » à ce « même » dont la nécessaire éviction entraîne les logiques de bouc émissaire, d'autant plus si ce qui rassemble les acteurs d'une action médicale est précisément le fait, commun, de leur mortalité.

Régis Debray, écrivait en 2005 un chronique ayant trait à un événement survenu à Lyon la même année : il s'agissait d'un rassemblement des grandes religions, et surtout des trois monothéismes, qui visait à proclamer la nécessité d'un « humanisme de paix ». Dans son analyse, il témoignait à sa manière de la permanence, à l'époque actuelle, de l'angle mort que constituent les femmes et le féminin dans ce qui peut sembler une étrange entente entre visions religieuses et scientifiques du monde - étrange, mais pas contre nature, s'agissant de la science biomédicale en particulier.

Pour ces deux institutions - la médecine et l'Église- si proches et si lointaines, le sexe féminin reste, de tous les 'autres' avec lesquels le monde contemporain amène chacun à devoir composer, celui qui est à la fois le plus proche, et celui dont l'altérité - si la crainte qu'elle

⁸⁸⁰ Amourous C., *Des Sociétés natives: ordre, échanges et rites humains dans la vie institutionnelle*, op.cit.

⁸⁸¹ Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », op.cit., p. 344.

gènère doit se lire à la hauteur du refoulement collectif dont elle fait l'objet - est tout à la fois la plus puissamment inquiétante et la moins manifeste :

« (...) le sexe féminin reste, malgré l'originalité catholique à cet égard, le mal aimé du Dieu unique. (...) (Mais) le machisme n'est pas une exclusivité abrahamique. Pas de fixation. Ce sont aussi des hommes qui écrivent l'histoire des sciences (...). Le déconcertant, m'a-t-il semblé (...) c'est notre point aveugle. Rendre la lumière suppose d'ombre une morne moitié ? (...) Que dans les lieux mêmes du dialogue le plus essentiel, à l'initiative du plus ouvert et du plus lucide des avant-postes de conscience chrétienne, le monologue masculin, avec ce qu'il implique de fermeture à notre alter ego majoritaire, puisse aussi peu s'apercevoir et s'entendre lui-même - voilà une leçon d'humilité intellectuelle qui déborde l'orbite des religions révélées et nous concerne tous, croyants et incroyants. »⁸⁸²

3. Approche anthropologique

“Both language and social practice [...] have established a firm association between women and hysteria”⁸⁸³

On voit bien à travers cette revue de la littérature comment la rencontre entre le médecin et l'hystérique a pu être le lieu d'expression privilégié des représentations sociales concernant la 'nature féminine', et la consultation médicale un lieu de manipulation symbolique visant à contrôler cette féminité.

Dans les différentes définitions médicales de la nature féminine exposées plus haut, et appartenant à une époque où la connaissance biomédicale ne permettait pas d'apporter des arguments scientifiques à l'appui de leurs croyances, les médecins ont laissé libre cours à leur imaginaire. On pourrait penser que la biomédecine a permis de repousser au loin ces croyances. Mais si l'on se place dans une perspective anthropologique, il est possible de lire, dans les discours les plus scientifiques en apparence, des représentations qui demeurent très voisines de ces anciennes croyances : c'est un imaginaire inquiet, mêlant fascination et peur envers la mystérieuse 'matrice', désir d'appropriation et de contrôle.

⁸⁸² Debray R., « Un humanisme unisexe ? », chronique, *Le Monde des religions*, novembre-décembre 2005, p. 19.

⁸⁸³ Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

Se penchant sur la gynécologie et l'obstétrique actuelle, A. Dutruge⁸⁸⁴, dans une perspective anthropologique, nous montre en effet qu'il est possible d'analyser ainsi certaines des pratiques médicales actuelles, et leur caractère rituel en particulier, à l'aune des croyances que l'on retrouve dans de multiples groupes humains concernant la sexualité féminine. Le « vagin denté » est peut-être la représentation la plus connue et la plus caricaturalement craintive de la sexualité féminine. Mais toutes les pratiques, médicales ou non (telle l'épisiotomie), d'infibulation ou/et de clitoridectomie, s'inscrivent, comme nous le montre A. Dutruge, dans cet imaginaire craintif et fasciné ; les pratiques de contraception et d'IVG peuvent aussi, indépendamment de leur intentionnalité de départ, devenir l'occasion d'une tentative d'appropriation par le corps médical de la fertilité féminine, qui est partagée par de multiples sociétés.

Comme le fait remarquer D.B. Morris, l'hystérie a de tout temps été l'occasion d'une expression particulièrement riche pour l'imaginaire masculin. Il semble que l'utérus, dépeint comme la source de l'irrationalité féminine, soit plus que tout autre organe capable de semer de l'irrationalité dans le discours masculin : il en veut pour exemple l'image du « petit animal autonome » hippocratique, transmise, dit-il, sans l'ombre d'une pensée critique par Platon lui-même. À l'origine de maladies féminines, l'utérus est aussi, pour les anciens, comme pour les médecins philosophes des Lumières, à l'origine de la nature féminine même : la versatilité, l'émotivité, les appétits charnels immodérés de la femme, qui contrastent tant avec le calme raisonnable où les auteurs classiques croient voir une caractéristique du genre masculin, sont aussi dus, pour eux, à l'utérus.

Concernant la métaphore de l'utérus migrateur, P. Herlem⁸⁸⁵ avance l'hypothèse suivante : « Ce qui fut si longtemps représenté de cette manière concerne peut-être ce que la femme hystérique manifeste de la présence en elle d'un corps étranger - et s'il est un corps étranger à l'homme, au médecin, c'est bien l'utérus. » L'utérus, et par lui, l'hystérie, en viendrait à concentrer tout ce qui chez la femme est perçu comme étranger à l'homme : étranger donc inconnu, mystérieux.

D.B. Morris trouve les spéculations platoniciennes presque innocentes comparées aux tentatives thérapeutiques mises en œuvre au XIX^{ème} siècle - et dont on trouve encore des traces dans les années 1920 aux États-Unis - pour traiter l'hystérie, que ce soit par

⁸⁸⁴ Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, op.cit.

⁸⁸⁵ Herlem P., *L'Hystérie hier, aujourd'hui et encore*, op. cit.

cautérisation clitoridienne (traitement de la nymphomanie par un neurologue, N. Friedrich, 1825-1882) ou par ovariectomie (un gynécologue, A. Hegar, 1830-1924). Il nous fait remarquer - ce qui rejoint les propos d' Y. Knibiehler, C. Fouquet et A. Dutruge - qu'indépendamment de l'intentionnalité thérapeutique de ces **gestes**, le fait qu'ils puissent être inscrits dans un imaginaire craintif concernant la sexualité féminine - avec son corollaire : la nécessité de mettre en place une forme de contrôle à son égard, dont on trouve la trace dans de multiples cultures - ne doit pas passer inaperçu.

D'une manière certes moins physiquement agressives, d'autres, de par les moyens mis en œuvre pour soulager les souffrances de l'hystérique, se sont également rendus complices d'un système de contrôle patriarcal que de nombreux auteurs féministes de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle jugent responsables de l'existence même de la souffrance hystérique. Ainsi, le célèbre neurologue spécialisé dans les pathologies féminines au XIX^{ème} siècle, Silas Weir Mitchell, prescrivait-il une « cure de repos » consistant en : un alitement obligatoire, un isolement complet des amis et de la famille, un régime riche en graisse, l'interdiction complète de toute forme d'activité y compris la lecture ou la couture, et l'obligation d'assister régulièrement à des enseignements concernant les devoirs domestiques de la femme et ses obligations morales⁸⁸⁶. L'une de ses patientes, Charlotte Perkins Gilman, qui a écrit son histoire, raconte dans son ouvrage de 1892 intitulé *The Yellow Wallpaper* comment il la laissa rentrer chez elle, après son traitement avec les recommandations suivantes :

"Live as domestic a life as possible. Have your child with you all the time... Lie down an hour after each meal. Have but two hours' intellectual life a day. And never touch pen, brush or pencil as long as you live."⁸⁸⁷

Une illustration beaucoup plus récente de la médecine tentant de définir la féminité par l'hystérie nous est donnée par L. Israël - qui, je le rappelle, est médecin - dans son traité de 1989 intitulé *L'Hystérique, le Sexe et le Médecin*⁸⁸⁸ : il a beau se pencher sur l'hystérie masculine, tout au long de son ouvrage le médecin y est représenté comme un homme et, hormis le chapitre concernant l'hystérie masculine, l'hystérique y est représenté comme une femme... versatile, voyante, bruyante, énervante, comédienne, irraisonnée et irraisonnable, entraînant fréquemment le médecin - presque malgré lui semble-t-il ! - dans des relations

⁸⁸⁶ Cité in Morris D.B., *The Culture of pain*, op.cit.. Je précise que bien que je n'ai pas mis de guillemets, c'est une citation ; mais la traduction est de moi.

⁸⁸⁷ Cité in Morris D.B., *The Culture of pain*, op. cit.

⁸⁸⁸ Israël L., *L'Hystérique, le Sexe et le Médecin*, op.cit.

sexuelles illicites, et son mari vers la mort, causant des accidents de voiture... Il y dresse un portrait somme toute fort peu avantageux de la femme hystérique et lui attribue un pouvoir... de séduction hypnotique, de vie et de mort (l'« hystérie meurtrière »)... qui n'est pas sans rappeler les représentations craintives et fascinées de la féminité dont on trouve la trace dans l'histoire et l'anthropologie de notre biomédecine. Si l'on songe aux suppositions qu'il fait quant à la fréquence de cette 'pathologie' dans la population générale - nombre d'entre elles n'arrivant pas, pour une raison ou une autre, jusqu'à la consultation médicale, ou n'étant pas alors diagnostiquées comme hystériques - il semble licite de se demander si ce qu'il livre là n'est pas, plus qu'une définition de l'hystérie, sa définition de la féminité. On en vient à se demander ce que l'attitude de l'actuelle biomédecine vis-à-vis de l'hystérie, si elle épouse tant les représentations de la sexualité féminine qui ont traversé l'histoire et qui semblent répandues dans diverses sociétés humaines, peut contenir de désir de contrôle de la sexualité féminine.

*

Parallèlement à ces rapports médecine-féminité, il est une autre question indissociable de l'histoire des rapports de la médecine avec l'hystérie : celle des rapports de la médecine avec le religieux et avec l'imaginaire.

À l'instar des mises en garde adressées au « chercheur qui prend le corps pour objet » par L. Boltanski ou D. Lebreton, P. Herlem commence par adresser à mots couverts une mise en garde à quiconque chercherait à définir le terme d'hystérie, rappelant que le propre de l'hystérie semble être de « susciter chez l'autre une parole de maîtrise visant à organiser ce qu'elle manifeste, et d'autre part d'échapper toujours en quelque façon à cette parole ». Évoquant la disparition du terme du DSM III, ou l'affirmation de Lasègue en 1878 comme quoi la définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée et ne le serait jamais, il se fait l'écho et le rapporteur de l'aura de magie qui entoure ce terme et que ne démentent pas les échecs répétés de la science à expliquer la pathogénie d'un certain nombre de ses manifestations somatiques. Pour lui, l'adresse faite à travers l'histoire par l'hystérie au discours dominant, quel qu'il soit, est une adresse « d'énigme et de mystère [...] puisque par elle est posée toujours l'énigme de la condition humaine : pas moins que l'origine, origine du langage, du lien étrange unissant et séparant le langage et le corps ».

Concernant la médecine hippocratique, il rappelle les liens intimes qui unissaient cette dernière aux cultes d'Apollon et de Dionysos, et comment l'interprétation des troubles

hystériques s'est ainsi trouvée intégrée à la fois dans le monde culturel, religieux et médical. La catharsis qu'appliquera Freud des siècles plus tard à la psychanalyse fait référence au culte d'Apollon, « dieu cathartique » ; au cours de ce culte, la Pythie entre en transe, et P. Herlem suggère que cette transe n'est peut-être que la mise en scène « du mystère d'elle-même et de l'hystérie en elle [...] inscrite dans un récit mythique au dieu duquel sont attribués la possession, l'état second et l'extase, l'hystérie est en cette époque sacrée sans doute bien intégrée, positive, et au plus près du mystère accepté et célébré comme tel ».

Il met ainsi en évidence un écheveau de discours religieux, mythiques, philosophiques et thérapeutiques autour de l'hystérie, qui se répondent à travers les siècles. Concernant sa dernière suggestion, on pourrait en déduire qu'à une époque et en des lieux où « le mystère » n'est ni accepté ni célébré - comme dans notre monde hospitalier biomédical en règle générale - l'hystérie pourrait avoir fort à faire pour trouver sa place. Et si l'énigme que pose l'hystérique au corps médical était celle de son rapport au sacré, et par lui à la religion et à la féminité, en tant que tenante d'un pouvoir créateur autonome dans lequel s'insère, sans le recouvrir complètement, le pouvoir de procréer ?

Une approche comparatiste, peut éclairer ce questionnement. La culture irlandaise en particulier possède une figure féminine aux multiples facettes, la Cailleach, qui est un archétype d'un pouvoir créateur autonome féminin. Cet archétype a résisté tant à l'invasion des Celtes, dont le panthéon - essentiellement mâle - avait subi des influences indo-européennes, qu'au catholicisme - avec ces archétypes féminins de la « servante du Seigneur » ou de la « mère des douleurs » - et a continué jusqu'à fort récemment à servir de puissante ressource pour l'imaginaire irlandais, des femmes comme des hommes. Dans la tradition populaire irlandaise, la souveraineté et la puissance de cette figure, « suprême matrice en forme de voûte » est associée aux paysages, que ce soit par sa nature sauvage, indomptable et grandiose, que dans ses aspects profondément nourriciers et fertiles. Elle est associée aussi, et inspire le rôle, de trois figures féminines qui furent jusqu'au début du siècle au centre de la vie communautaire irlandaise : la *caioner* (qui accompagnait les décès par la récitation de longs poèmes improvisés), la sage-femme et littéralement la « femme sage » *wise woman* (sorte de conseillère) : « Ainsi, dans la culture ancestrale irlandaise, la créativité féminine, conçue comme proactive, est considérée comme étant la source d'où émergent à la

fois la forme générale de l'univers physique et la sécurité et le bien-être de l'ordre social en période d'agitation. »⁸⁸⁹

A l'instar –bien qu'avec plus de nuances - de C. Clément et S. Kakkar, qui proposent de relier, à travers le « cas Madeleine Le Bouc » et sa rencontre avec P. Jannet, l'existence même de la catégorie psychopathologique de l'hystérie à un contexte collectif où le pouvoir symbolique est aux mains des hommes - alors que les mêmes symptômes, dans un pays comme l'Inde où le pouvoir symbolique (distingué du politique) est aux mains des femmes, donne lieu à une valorisation au titre de l'expérience mystique, il semble légitime de se demander dans quelle mesure la culture française, et en son sein les institutions qui détiennent le pouvoir symbolique, a contribué et contribue encore à l'invention de l'hystérie, pour reprendre le terme de G. Didi-Huberman. C'est une question voisine que s'est posé, par exemple (on peut voir aussi sur ce sujet les travaux de M. Leiris sur la possession), R. Bastide, quand il a interrogé les liens entre hystérie et possession, et qu'il rapproche la catégorie pathologique de l'hystérie d'un désintérêt collectif pour « la biographie nocturne et les leçons du rêve ». ⁸⁹⁰

G. Charuty s'est penchée sur les représentations de l'hystérie, d'un point de vue anthropologique. Mais quand elle l'a fait, c'est dans le contexte bien particulier de l'utilisation profane du terme, dans des villages campagnards reculés, au début du XX^{ème} siècle, ce qui est assez éloigné de notre problématique. C. Mestre, de son côté, a observé, d'un point de vue ethno-psychanalytique, ce à quoi pouvait donner lieu une conversion hystérique survenant dans un hôpital malgache, interrogeant de nouveau les liens entre possession et hystérie dans le contexte particulier d'un hôpital à la croisée des cultures. ⁸⁹¹

Là encore, il conviendrait de mettre des guillemets, on le voit, au terme hystérie tant il ne semble avoir de réalité que dans l'efficacité et dans le moment du récit auquel il donne lieu, tant il convient à chaque fois de préciser le contexte d'émergence de ce terme, faute de pouvoir autrement en délimiter le sens.

⁸⁸⁹ O'Crualaoich G., "The Eternal Female", *Signes* n° 20 « Spécial Irlande », Dutertre S. et Perrin J. (dir.), Le Petit Véhicule, Nantes, 1996, pp. 6-9. Toutes citations ci-dessus afférentes à l'Irlande.

⁸⁹⁰ Bastide R., *Le Rêve, la Transe et la Folie*, op.cit.

⁸⁹¹ Mestre C., « De la possession à l'hystérie: conversion médicale dans un hôpital malgache », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 2, n°3, 2001, Le Seuil, Paris, pp. 495-508.

L'histoire précédemment tracée nous invite à penser que l'imaginaire médical de l'hystérie a trait à ce qui, de l'humain, reste dans l'ombre ; à ce qui, du féminin, est effrayant ; à ce qui, du sexe féminin, est différent du sexe masculin dans l'expérience du numineux - une immanence, une corporalité, une 'nature' qui lui permettent d'incarner le passage de la vie à la mort, de la mort à la vie, par l'intermédiaire de la sexualité et de la procréation. C'est ce même pouvoir de procréation, intimement lié bien sûr à l'utérus et au sang, qui a conduit les sociétés, de manière universelle, à tenter de contrôler les femmes, à attribuer le pouvoir aux hommes, et à confier à ces derniers les rôles des institutions ayant fonction d'ordre, ainsi que l'exclusivité de l'accès au sang.⁸⁹²

L. Scubla, rejoignant ici dans une large mesure les propos de F. Héritier, invite en effet à s'interroger sur ce qui, dans la répartition différentielle des rôles entre les hommes et les femmes, a trait au nécessaire équilibre de l'accès au sang : donné au femme par naissance et par nature, il doit être socialement et culturellement construit pour les hommes. La très forte prévalence masculine des professions chirurgicales, les obstacles considérables et de tous ordres que rencontrent les femmes désirant accéder à cet exercice, ne semblent pas indiquer que la culture française, et en son sein le monde médical en particulier, échappe à cette règle.⁸⁹³

4. Approche imaginaire : l'hystérique ou la « femme intéressante ».

- J. Decottignies

Decottignies s'appuie dans son étude sur le point de vue de Babinski, disant que « l'hystérie n'existe pas comme telle ». Ce qui est évoqué ici est la complexité de sa dénomination, qui évoque une physiopathologie en elle-même problématique et contestée à l'époque concernée. Il voit une continuité de cette problématique de la dénomination dans la disparition du terme hystérie des nosographies psychiatriques nord-américaines à vocation universelle.

Se penchant sur l'époque de Charcot, c'est-à-dire la fin du XIX^{ème} et le début du XX^{ème}, J. Decottignies évoque « une époque privilégiée où l'art et la science contribuèrent à la promotion d'un simulacre »⁸⁹⁴.

⁸⁹² Héritier F., *Masculin/féminin : la pensée de la différence*, op.cit.

⁸⁹³ Scubla L., « Hiérarchie des sexes et hiérarchie des savoirs, ou Platon chez les Baruya », op.cit.

⁸⁹⁴ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », op.cit., p. 20

Il retient des travaux de Charcot, à l'image de G. Diddi-Huberman⁸⁹⁵, la volonté d'un « spectacle », d'un « théâtre », d'un « faire voir », ou encore d'une « exhibition », en tout cas « d'un appareil narratif qui sollicite le regard au détriment de la spéculation » et qui a eu pour effet de permettre à la femme d'exister. Ce que nous laisse en héritage cette modalité de la désignation de l'hystérique, ce sont avant tout « des textes et de images », un « thésaurus » qui s'inscrivent dans cette préoccupation du faire voir, comme en témoigne l'initiale quasi-absence de théorie dans ses recueils.

Rejoignant la position épistémologique de J. Maître⁸⁹⁶, ce à quoi il fait référence est le « testament idéologique de Charcot ». Quand la médecine rencontre le fait religieux et le féminin, ses positions peuvent être interprétées sur le plan de l'idéologie. C'est dans cette mesure que J. Maître pense qu'il peut y avoir complémentarité entre une lecture psychanalytique, qui éclairerait la dimension individuelle des raisons de l'adhésion à cette idéologie, et une lecture sociologique ou anthropologique, qui pourrait en mettre en lumière leur part collective. C'est cette dimension idéologique qui fait interface entre l'individuel et le collectif.

Or J. Decottignies retrouve dans les dynamiques du « clan Charcot » tous les éléments d'une « chapelle » alimentant une « doctrine » (plutôt celle des disciples que de Charcot lui-même): « l'exiguïté relative du clan », le « consensus absolu entre les adeptes du maître », la « communion dans une même émotion » face au spectacle proposé, la complicité enfin.

Littérature et médecine se rejoignent alors dans un intérêt concomitant et en partie non concerté, même s'il évoque le lien fort entre Charcot et l'opinion publique, et le retentissement direct important qu'eurent ses travaux sur cette dernière, comme jamais selon lui dans l'histoire de la médecine.

A quoi va cet intérêt concomitant ? À un programme, celui de généraliser un intérêt pour la femme hors son statut d'épouse et de mère. Or la réalité qui est ici donnée à voir, et présentée à l'intérêt collectif, est « exclusivement corporelle » et la lecture donnée celle d'une « nature en crise.»⁸⁹⁷

Or pour lui, « les figures d'une féminité dans tous ses états préexistent dans l'imaginaire masculin » ; les idées promues par Charcot n'étaient de ce point de vue ni nouvelles ni

⁸⁹⁵ Huberman G.-D., *Invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, op.cit.

⁸⁹⁶ Maître J., *Mystique et Féminité. Essai de psychanalyse sociohistorique*, Le Cerf, Paris, 1997.

⁸⁹⁷ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », op.cit., pp. 13-14.

appelées à disparaître rapidement. Il rejoint la position de L. Israël, évoquant l'encombrement dont souffre tout discours sur l'hystérie : celui des fantasmes d'homme. Si l'hystérique est une femme « intéressante », l'ironie de ce terme s'adresse plus à celui qui est séduit et intéressé qu'à celle qui est dite par lui séductrice ou intéressante.

Cet imaginaire, donc, concerne avant tout le féminin. En cela, comme nous l'avons vu précédemment, Charcot et ses disciples, malgré des principes établis tardivement (1885) mais professés, ne diffèrent pas de la tradition dans laquelle ils s'inscrivent : celle qui fait de l'hystérie une « exagération » des potentialités de toute femme, toujours présentes chez elle, du fait de sa « sensibilité particulière » (Briquet). Plus ou moins en sommeil chez la femme hors la crise, l'hystérie se développe comme une perversion de sa sexualité livrée au désordre. L'hystérie se présente alors comme un modèle de ce que serait cette sexualité à l'état naturel, livrée à elle-même, forcément violente. En attestent les cas décrits, quasi toujours féminins, y compris dans les ouvrages ayant pour vocation de défendre la thèse d'une hystérie masculine ; en atteste également, selon J. Decottignies, l'ambivalence d'un discours qui, reprenant celui de Briquet, ne peut attribuer l'hystérie à l'homme qu'après un passage par la féminisation : pour être hystérique, il faut d'abord qu'il soit affecté « à la manière d'une femme », que le féminin ait gagné sur la masculin. Distinguant l'hystérie de cause émotive, à prévalence fortement féminine, de l'hystérie traumatique, plus volontiers masculine, il ne fait que « rétablir la femme dans sa spécificité »⁸⁹⁸. En outre, il a à cœur de sélectionner ces « modèles masculins » dans des classes qui sont, au-delà de la virilité apparente et recherchée de leur profession manuelle, du même bord que les femmes pour ce qui est du rapport au savoir et au pouvoir. En outre, il reste évident que l'hystérie féminine, plus bruyante, plus spectaculaire, est plus intéressante, et constitue le modèle.

Ceci est d'autant plus vrai en pratique que l'intérêt manifeste de Charcot et de ses disciples va moins à la validité de la catégorie nosographique de l'hystérie qu'à ce que le spectacle de ces femmes révèlent de la nature féminine. Au-delà de l'intention, ce qui est mis en lumière par J. Decottignies est l'effet de telles pratiques : « montrer du doigt l'être féminin »⁸⁹⁹. J. Decottignies ne voit rien moins qu'un alibi dans l'équivoque d'un discours globalisant sur l'hystérie masculine, d'autant plus que la suite des événements montra qu'il ne fut pas suivi d'effet : les travaux ultérieurs, de Colin, Pitres, Janet, Sollier, ou encore les études sur l'hystérie de Freud, ne concernèrent que des femmes.

⁸⁹⁸ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.*, p. 25.

⁸⁹⁹ *Ibid* p. 27.

J. Decottignies relève la profusion et le flou des termes désignant tour à tour « la passion », « l'émotion », les « impressions », la « sensibilité », l'« impressionnabilité », l'« éréthisme » ou l'« irritabilité », toutes choses essentiellement féminines pour les différents auteurs et soumises, dans l'hystérie, à « exagération » ou encore à « exaltation ». Citant Briquet : « La femme est faite pour sentir, et sentir, c'est presque l'hystérie. »

Dans cette attention au « sensible », J. Decottignies voit la manifestation d'une « sourde connivence »⁹⁰⁰ avec les hypothèses organicistes qui, en rattachant la maladie au corps, légitimaient son observation, et en particulier celle du corps de la femme, dont la beauté, ou encore la séduction, reposeraient dans les fantasmes masculins sur cette exquise sensibilité. Et cet imaginaire, que nous possédons tous, il faut bien, en l'occurrence, le qualifier de médical, tant il a servi, pas tant la théorie mais « l'observation et la relation des symptômes », c'est-à-dire la perception et la narration du désordre et de la plainte. Face à l'hystérie, la médecine ne se montre pas indemne d'un imaginaire qui intervient à chaque étape de la perception et de la narration, et de l'interaction avec les patients, et qui appartient à l'ensemble plus vaste de l'imaginaire collectif.

Or l'imaginaire en question ne fait pas mystère, si l'on peut ici utiliser cette expression, de ses liens avec la tradition : la fameuse question de la sensibilité ou de son inverse, l'anesthésie, si centrale aussi en médecine de la douleur, est ici directement et manifestement corrélée à la recherche du *sigillum diaboli* par les chirurgiens alliés de l'Inquisition. Quand l'inquisiteur enfonce l'aiguille, désigne et punit, Charcot aussi pique, bien que moins profondément, puis marque et photographie. On voit comment le prétexte de la science expérimentale, si clairement affiché par Charcot, peut aussi libérer l'imaginaire en lui donnant le masque de la légitimité et de la vérité, comme il sert d'alibi aux manipulations nécessaires à l'expérimentation diagnostique et thérapeutique, toutes très connotées sexuellement : la « compression ovarienne », ou la délivrance d'éther ou de nitrite d'amyle catalysant ou déclenchant les délires érotiques, ou encore l'utilisation faite de la suggestion ou de l'hypnose.

Dans tous les cas, l'hystérique garde son secret. Un secret, c'est forcément une séduction pour autrui, une curiosité. Insondable, énigmatique, inexplicable (et donc « démoniaque » pour les médecins de la Salpêtrière), le silence en l'hystérique, que Decottignies rapproche du maléfice de taciturnité des sorcières, est aussi pour lui « le refus généralisé qu'elle oppose à toute

⁹⁰⁰ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.*, p. 30.

requête issue de l'ordre social. Et tout d'abord l'exigence d'intelligibilité, revendication première et légitimation *sine qua non* du discours médical »⁹⁰¹. Ce qui peut, selon L. Israël, devenir refus de « la réduction de sa sexualité à sa génitalité », c'est-à-dire de la confusion entre son désir féminin et l'attente du social, la maternité. De même, guérir, c'est risquer de réintégrer l'ordre de l'intelligible : c'est donc également inacceptable.

Mais au-delà de cette exploration des déterminants sexuels et plus ou moins lubriques des intentions des uns et des autres, ce qui interroge J. Decottignies, c'est l'importance de la recherche artistique, picturale, esthétique chez Charcot, qui ne se dissimule pas de chercher à fixer la beauté d'une pose par la photographie. C'est aussi cette recherche qui a permis la convergence des intérêts des médecins et des littérateurs. Restituant cette quête dans le contexte temporel de sa survenue, il s'extrait de la dimension du jugement moral pour considérer plutôt le « mystère ontologique », celui qui contiendrait une justification de la différence homme-femme, et pour préciser qu'à l'époque de Charcot bien des changements dans cette énigme qui concerne l'être, et pas seulement la femme ou l'homme, laissaient le philosophe face à l'absence de sens, avec pour seul recours le phénomène esthétique comme seule justification éternellement renouvelée pour l'être et le monde : or quand l'esthétique est seule justification de l'être au monde, c'est avant tout par « la conscience, tout négative, qu'il n'y a pas de justification . »⁹⁰² Cette formation d'une nouvelle conscience esthétique comme conscience tragique de l'absence de sens, c'est-à-dire la révolution nitzschéenne, il en fait la manifestation du grand désarroi épistémologique de l'époque. Et la date de 1872, qui vit simultanément Charcot s'installer à la Salpêtrière et Nietzsche publier *La Naissance de la tragédie*, est pour lui date symbolique.

C'est parce que la femme, rencontrant la médecine dans son rapport au religieux, va rencontrer et matérialiser des idéologies - peut-être concourir à la production de nouvelles idéologies - dans ce laboratoire social qu'est l'hôpital, en particulier dans le cas de disciplines émergentes, (plus qu'un miroir du social, il est aussi le lieu de la mise au *travail* des dynamiques du social dans la matière de l'individu), qu'il y a alors conflit, et demande de reconnaissance réciproque.

De l'idéologie préexistante, l'historique précédemment déroulé donne une idée déjà bien établie, et montre qu'elle se nourrit d'archétypes : la femme, mise à l'écart du savoir et du

⁹⁰¹ Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », *op.cit.*, p. 50.

⁹⁰² *Ibid*, p. 52.

pouvoir sur le corps. La femme, dans une connivence avec la nature devenue l'occasion d'une crainte et d'une méfiance. La femme, à régler, à mettre en ordre, pour contenir sa violence perçue, son inclinaison naturelle et incontrôlée en l'absence d'une présence masculine, à « exagérer » sa « sensibilité », son « impressionnabilité », à « sortir de ses gonds », jusqu'à sombrer dans des alliances occultes avec le malin.

Quant aux inventions idéologiques que de telles rencontres peuvent susciter, je rejoins les positions de J. Decottignies pour dire avec lui que de telles modifications ne peuvent concerner la femme, seule, mais au-delà, l'harmonie des contraires, fondement de toute mythologie.

- J.-P. Peter

Je reprends maintenant le texte de J.-P. Peter, déjà cité plus haut dans l'analyse historique, pour en dégager sous forme de liste ce qu'il donne à penser de l'imaginaire médical et, par delà, collectif, imaginaire dans lequel s'inscrit la désignation d'une femme comme hystérique.

Tout d'abord, lui aussi note les liens indéfectibles entre narration, théâtralité « qui compte », et le moment de cette désignation, qui est aussi impuissance du médecin à faire se rencontrer utilement pour la patiente, savoir, théâtralité et narration :

« Mais que saurons-nous jamais d'une possible supercherie ? Elle compte moins en fin de compte que ce qui est ostensiblement joué »⁹⁰³

« Le corps est un lieu où une narration s'imprime ; aussitôt le savoir ne sait plus qu'être sourd et aveugle. Alors il juge, il tranche. Il règne. »⁹⁰⁴

Ensuite, cette désignation renvoie à différentes catégories qui sollicitent puissamment l'imaginaire de l'homme-médecin impliqué :

- **L'aliénation** : la femme est tour à tour creuse, résonnante, possédée, perméable (au discours médical, au diable) ; c'est aussi un couloir : « pour être d'une certaine façon dépourvues d'identité propre (elles ne sont) que des femmes, c'est-à-dire pas vraiment des

⁹⁰³ Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *op.cit.*, p. 344.

⁹⁰⁴ *Ibid* p. 342.

individus, pas tout à fait un homme »⁹⁰⁵. À d'autres moments, c'est « une glaise molle : tout y marque, un rien s'efface »⁹⁰⁶

Les médecins, au contraire, sont « pleins : parmi leurs pleins, le savoir, conforté par l'horizon des progrès de la science »⁹⁰⁷

- **L'altérité** : femme=malade : « malade parce que femme »⁹⁰⁸ :
- **La mère et le mystère** (de l'intérieur du corps féminin, de la nature)

Il cite un médecin qui appelle l'hystéricisme le « mal de mère ».

« La femme se comprend, se résume et s'absorbe dans son sexe. Un sexe non pas en tant que genre. En tant qu'organe. (...) La féminité les fascine. Et tout les ramène au mystère de ces ventres féconds. (...) Non sans efforts, (l'accouchement est passé) lestement sous contrôle masculin. Combien, en revanche, la gestation continuait à ce moment à échapper à tout regard ! Surtout, il y a les règles - l'absolu du secret. »⁹⁰⁹

La sexualité y est représentée comme un danger pour la procréation.

- **Connivence avec la nature** : « puissance tellurique, symbiose féminine avec la nature (...) tout germe en elle (...) ne cesse pas d'engendrer du vivant »⁹¹⁰. Animalité.

- **Duplicité et tromperie**
- **Monstruosité** : tantôt sorcière, tantôt sirène, ou ogresse.

« La vraie nature des femmes se révèle, et confirme du même coup la nécessité où l'on était de les maîtriser sans répit. »⁹¹¹

- **vapeur** : rencontre de l'eau (principe féminin) (la femme est froide et humide) et du feu (principe masculin).

- **épidémie et contamination** : du médecin, épuisé par sa fascination même, à en perdre la santé ; contaminé aussi, perverti par sa nature fantasque, elle le pousse à la crédulité, à l'émotion, à l'imaginaire, au rêve ; des autres femmes, puisqu'elles semblent se passer le mot, et leurs symptômes survenir en vagues épidémiques.

- **Violence** : Le médecin face à l'hystérique « met en scène un vrai théâtre de la violence »⁹¹²

- **La mort** :

⁹⁰⁵ Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *op.cit.*, p. 345.

⁹⁰⁶ *Ibid* p. 346.

⁹⁰⁷ *Ibid* p. 341.

⁹⁰⁸ *Ibid* p. 342.

⁹⁰⁹ *Ibid* p. 341.

⁹¹⁰ *Ibid* p. 345.

⁹¹¹ *Ibid* p. 342.

⁹¹² *Ibid* p. 344.

Les « dangers de la mort, toujours présents dans le tumulte de ces femmes, tantôt jouée, tantôt mimée, tantôt menée à son terme. »⁹¹³

- **Ordre et désordre**

Les mystères du corps féminin démentent les ordres du sacré, démentent le médecin même, c'est pourquoi il la brutalise « Car le corps de la femme est et doit être possédée par le discours médical. Par lui, tout en est dit. »

- **fonction d'ordre (protecteur) du savoir médical, et dangers du travail médical ; désignation d'un bouc émissaire :**

« A l'autre bout de la chaîne, les médecins. De leur côté ils jouaient également quelque chose d'eux-mêmes, et tout spécialement leurs rapports entrecroisés au savoir et au désir. Ils ont eux-mêmes pris des coups, et avec eux, nous les prenons aussi ; comme eux nous sommes, jouant, joués : sur le terrain précisément ou d'autres (hystériques ou non), avec leur corps, leur désir, leur malheur, parlent hors des protections savantes (hors de nos prudences), de la vie et de la mort. Parlent de nous. »⁹¹⁴

« Nées du soupçon, les procédures du savoir visent déjà à punir »⁹¹⁵.

Il voit en l'hystérique un bouc émissaire.

« Et c'est toujours une raison pour nous d'y regarder encore, qu'en cette circonstance ait commencé de prendre forme et justifications la violence concrète des rapports politiques de la médecine aux corps des irréductibles vivants »⁹¹⁶

- P. Houcque : de l'hystérie prémoderne et moderne vue à travers les mythes et les archétypes

P. Houcque décrit le mythe de la chute chez les involutionnistes, représentés entre autre par la religion catholique, en particulier dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle.

Dans ce mythe, la femme séductrice attire vers la chair et empêche la rédemption. La femme, c'est la lune (cycles-procréation-pouvoir), la chair, la terre. La chair, c'est aussi le sensible et la passion. Céder à la chair est une chute, vers le matériel, perçu comme inférieur au spirituel.

⁹¹³Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *op.cit.*, p. 347.

⁹¹⁴*Ibid* p. 347.

⁹¹⁵*Ibid* p. 344.

⁹¹⁶*Ibid* p. 347.

Dans ce mythe, le héros, le guerrier, représente, avec l'ascète, la virilité pure. Il ignore le principe, féminin qui veut sa perte. La séductrice, c'est la sirène qui entraîne la perte du héros. On reconnaît aisément dans notre biomédecin à la fois ce héros, et cet ascète (qui se prive de nourriture, de sommeil, pour remplir sa noble mission).⁹¹⁷

La femme, pure, est mère ou amante, mais au service de l'homme : elle doit contribuer à sa transcendance en allant vers lui, en se soumettant à lui pour remettre les choses dans l'ordre naturel antérieur, pour l'aider (on reconnaît ici l'infirmière, et avant elle la sœur hospitalière) et non en l'attirant vers elle.

L'égoïsme et l'autonomisation sont décrits, dans ces théories, comme une autre chute. L'égoïsme (Nahash) est intérieur à l'humain, une potentialité. En le mettant à l'extérieur, c'est-à-dire en le manifestant, l'homme procède à une première distinction, une séparation, une division originelle qui pèche d'abord d'être une division : c'est par là qu'elle est en continuité avec la séparation bien/mal qui amène sa chute.

En effet, le diable, étymologiquement, c'est le diviseur (à noter que les spirites, très majoritairement des femmes, nient l'existence du diable.)

C'est aussi par ce principe néfaste de la division que mettre en en ordre, distinguer, séparer, c'est s'approprier la connaissance et donc c'est encore chuter. (D'où la lutte entre savoir scientifique et Église).

Le principe spirituel suprême, originel, est solaire et donc masculin. Quand la lune établit sa suprématie spirituelle, c'est encore la chute. (D'où l'exclusion des femmes du sacré).

La rédemption ne peut être, dans ce mythe, que cérébrale et collective, (à l'exception des héros, qui peuvent être désignés d'en haut pour des missions individuelles).

Cette vision de la chute va de pair avec une organisation pyramidale du pouvoir, un système de castes.

Il oppose à ces mythologies involutionnistes celles qu'il qualifie d'évolutionnistes, qui représentent l'homme, la religion, la civilisation comme issus du bas et cheminant vers le haut. Elles sont critiquées par les involutionnistes comme des autojustifications *a posteriori*

⁹¹⁷ F. Duparc a ainsi décrit les femmes les rapports des médecins avec les femmes hystériques comme teintées par la « peur des sirènes » : cf Duparc F., « La peur des sirènes, de la violence à l'angoisse de castration chez la femme », *Revue française de psychanalyse*, vol. 50, n°2, 1986, pp. 697-726.

d' « esclaves » (castes inférieures, le dernier stade de l'involution avant la mort) parvenus qui visent à les maintenir dans le pouvoir acquis.

Dans le mythe involutionniste, à l'origine était le Verbe, éternelle copulation de l'âme et de l'esprit.

Guérir, c'est vaincre la chair ; dans une logique involutionniste, c'est une forme de rédemption. C'est pourquoi il n'est pas concevable que les femmes puissent y contribuer. Guérir ne peut se concevoir que comme un retour vers le spirituel qui doit passer par le cérébral, avec l'aide de héros dont l'ascèse marque encore plus la virilité. La séduction, la passion, le sensible, s'y opposent, ainsi que céder à la chair, toutes choses auxquelles la femme est prédisposée. Néanmoins, au fur et à mesure que la connaissance scientifique, qui sépare et ordonne, prend de l'ampleur, en général et en médecine en particulier, elle s'oppose à l'Église, sans pour autant changer son discours sur la femme.

On comprend mieux la « crise épistémologique » évoquée par J. Decottignies concernant la fin du XIX^{ème} et les travaux de Charcot, dont l'hystérie est emblématique : il s'agit de la place de la femme dans les procédures de la connaissance et de la rédemption/guérison : la médecine est arrivée à une croisée de chemins où elle ne peut pas poursuivre cette dynamique évolutionniste du progrès et de la connaissance sans donner un autre rôle à la femme, sans s'y intéresser autrement que ne le voudrait la perspective involutionniste à laquelle l'Église catholique adhère. Et ce n'est pas seulement du rôle de la femme dont il s'agit, J. Decottignies le dit aussi, mais de la manière dont vont peut-être converger les principes féminins et masculins, en se modifiant donc l'un et l'autre.

Inscrire ces questions dans la perspective du mythe de la chute permet de prendre la mesure de la profondeur de la crise qu'elles manifestent, et de comprendre mieux aussi la violence dont ces femmes ont été et sont l'objet. Car la médecine a peur, et elle hésite. La profondeur du changement inquiète les médecins, fait ressurgir un imaginaire, inconscient, qu'ils perçoivent et maîtrisent mal, des craintes archaïques... comment aller vers ces femmes pour connaître et non pour être séduit ? Est-ce possible ? Ces médecins sont aussi, pour la plupart, de tradition catholique.

Ils sollicitent médiums, spiritisme, hypnose, toutes disciplines développées au XVIII^{ème} quand disparaissaient les sorcières et le diable, signe avant-coureur (on peut le dire vu l'ampleur du phénomène), dans le monde de l'ésotérisme et de l'occulte, d'une reformulation de la

tradition, de la place des femmes dans cette reformulation, et d'une approche différente de la connaissance, puisque le diable, grand diviseur, n'est plus.⁹¹⁸ Ce mélange fait l'objet de nombreux débats, et médiums, magnétiseurs... entraînent l'hystérique dans leur discrédit.

Mais le débat n'est pas clos, ni à l'époque, ni maintenant.

C'est finalement par Eros que l'on passera, oui, avec Freud, pour qui chez l'Homme, toute activité est sexuelle. C'est pourtant encore au seuil de faire le lien entre sexualité et spiritualité qu'il reculera, évinçant, entre autres, les travaux de Jung. Ceux-ci trouveront un renouveau dans une filiation inattendue : celle des psychothérapies nord-américaines, issues entre autres des travaux de Bateson sur la communication, en particulier les approches de P. Watzlawick, et de Milton Erickson. Elles se trouvent être très utilisées en médecine de la douleur, mais amalgamées à tort avec les approches cognitivo-comportementalistes dans les conflits virulents qui les opposent encore aux héritiers de Freud, conflits dont on peut se demander en quoi ils ne reposent pas encore sur le même jeu de valse-hésitation concernant la place du féminin et du spirituel dans l'évolution de l'humain.

Parmi les désaccords qui vont conduire à la séparation de Freud et de Jung, il en est un qui concerne l'inconscient : source naturelle de connaissances bénéfiques luttant contre les ruses du conscient pour Jung, domaine du sombre, voire du malin, usant de la ruse et de la prestidigitation pour Freud, il est dans les deux cas rattaché à l'imaginaire féminin et maternel. Pour Jung, parce qu'il est nature et nourriture ; pour Freud, parce qu'il est le domaine du malin, lié au féminin, à aborder donc avec méfiance pour se déjouer de ses ruses. Il y a là une différence fondamentale, que l'on retrouve aujourd'hui entre les approches psychothérapeutiques plus ou moins directement dérivées des travaux jungiens, qui sont autant d'invitations à faire confiance aux ressources de l'imaginaire, et les approches psychothérapeutiques héritées de la psychanalyse qui perpétuent la méfiance recommandée par Freud vis-à-vis de l'inconscient, avec des conséquences non négligeables sur l'amplification du soupçon dont est généralement entachée la souffrance morale⁹¹⁹, pour les femmes en particulier.

⁹¹⁸ Edelman N., « Diable et médiums. Histoire d'une disparition », *op.cit.*

⁹¹⁹ Voir :

- Kress J-J., « Le psychiatre devant la souffrance », *op.cit.*
- Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*

Selon P. Ricoeur, « le sentiment que tout mal n'est pas mal de faute, mal « moral » », est pourtant le « chemin (sur lequel) il faut aider l'autre qui souffre à s'engager ». Or, si ce chemin peut s'avérer aussi dur à trouver, tant pour le patient que pour le soignant, c'est aussi parce qu'ils portent tous deux un long et lourd héritage chrétien, celui de la souffrance comme rétribution, celui qui vise à « justifier toute souffrance comme valant punition, *poena*. »⁹²⁰. Et qui plus que la Femme est, dans la chrétienté, porteur de La Faute ? Quelle circonstance théâtralise mieux que la crise hystérique son inéluctable jugement ?

L'hystérie de la psychanalyse freudienne est une figure en demi-teinte d'une reconnaissance pour les femmes du statut de personne : souffrante, oui, on le lui accorde, et c'est un progrès indéniable ; mais encore coupable, et coupable entre autres de ce lien avec une 'nature' dont on soupçonne, par son caractère féminin, la ruse et les détours. La place faite à la femme, au sensible et à l'imaginaire, dans la définition de l'humain restera incertaine et globalement inférieure dans la théorie analytique, définie en 'moins', mêlée de mythologie guerrière, de représentations craintives du féminin, d'une hésitation sur la place du diable...

Les débats entre Charcot et Freud ont été une des formulations de ces hésitations de la médecine face aux dynamiques sociales conflictuelles représentées par les positions involutionnistes et évolutionnistes, qui réveillèrent les mythes.

Le débat reste ouvert. Quelles organisations, manifestant quelle idéologie naîtront des métamorphoses de l'idéal ? La médecine est un des lieux sociaux - peut-être le lieu essentiel - de mise au travail de ces métamorphoses : elle s'adresse au corps *et* à la faiblesse de la chair *et* à la souffrance *et* à la mort. Le corps dont elle parle est incarnation de l'humain, de sa chute, de sa rédemption, de son idéal.

La médecine de la douleur est un lieu de ce débat, entre autres de par le choix des théories psychothérapeutiques de référence. Les mythes s'affrontent encore, dans les conflits qui opposent médecin, et 'psy' de telle ou telle tendance. L'hystérique, que l'on y rencontre fréquemment, incarne aussi ces dynamiques conflictuelles là, et de nouveau la médecine fait face à Eros, à la différence masculin/féminin, au mystère ontologique, à la violence qui se déchaîne parfois autour de ces questionnements archaïques.

La 'nature féminine' : compétence/incompétence, force/faiblesse, objet de crainte/de pitié, objet en tout cas de multiples discours, de toutes natures, par les institutions ayant fonction d'ordre : institution légale, médicale, religieuse. Le XVIII^{ème} siècle a certes vu l'avènement du

⁹²⁰ Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *op.cit.*, pp. 17-18, toutes citations ci-dessus.

mythe fondateur de Pinel, décrit par J. Pigeaud ; c'est aussi le début d'une ère d'autorité nouvelle pour la médecine, autorité sur le vrai, efficacité face à la crainte de la mort, prédictions plus exactes concernant l'avenir du symptôme ; c'est aussi le moment où émerge l'hystérique de la psychiatrie, qui deviendra objet de la psychanalyse, et dont l'hystérique du médecin procède parce qu'elle est le produit d'un folk-lore qui entremêle discours écrits, savants, transmission orale, pratiques.

Le mot hystérique surgit, dans l'histoire, pour nommer un mystère qui parle autant, sinon plus, de l'observateur que de l'observé. C'est le nom donné par l'imaginaire médical au mystère en général, et le mystère est d'abord féminin, lié à la nature de la femme incarnée dans son utérus. En s'appropriant ce terme, la psychanalyse a permis des avancées dans le respect de ces femmes, mais là aussi elle pêche par la résorption du collectif dans l'individuel ; quelque chose du mythe est passé sous silence. Alors que dans l'imaginaire médical - que connaissent les médecins, que connaissent les patientes - le mythe est bien vivant, et appelle une organisation d'égale puissance.

2. La culture 'qu'elle est', avec la culture **'qu'elle a', au sein de la culture 'dans** **laquelle elle est'.**

Comme revenant en arrière dans le temps, je vais maintenant prendre à rebours, pour observer dans quel écheveau d'échanges symboliques se produit aujourd'hui la désignation de l'hystérique, la filiation logique domaine sacré - donc pratiques rituelles - donc narratifs mythiques - donc contenus imaginaires⁹²¹.

Je commencerai ainsi par me poser dans le champ de l'imaginaire, en étudiant d'abord les représentations, puis les mythes, puis les « pratiques crypto-rituelles » ou rites qui en constituent la manifestation. Je ferai ensuite des propositions concernant la fonction de la désignation de l'hystérique, en même temps que la nature, ou plutôt le 'texte' des échanges symboliques en biomédecine en général et en médecine de la douleur en particulier.

⁹²¹ Wünnenburger J. -J., *Le Sacré, op.cit.*

Étudiant les représentations, mon attention se portera vers ce qu'elles dessinent d'espace sacré, de représentation religieuse du monde⁹²².

Ma proposition essentielle est de problématiser autrement l'échec du soin dans le cas de l'hystérie, à partir de l'intérieur de ce qui se passe dans « l'enclave mythique » que constitue l'espace du soin médical de la douleur. Pour cela, il m'a fallu éviter les schémas de pensée préétablis, qui tendraient à réduire le subjectif, l'inconnu et l'imprévu là où précisément il importe de les prendre en compte. J'ai fait le choix d'être essentiellement descriptive d'une relation de soin du type de celle qui aboutit à la désignation de l'hystérique, de chercher à comprendre les problèmes qui s'y posent au médecin, et de comparer ces descriptions avec la manière dont d'autres cultures s'organisent pour répondre à ces mêmes problèmes.

L'un de ces problèmes résulte de la rencontre entre les modalités féminines du vécu et de la plainte corporels, de leur imaginaire et de leurs représentations des causes et des solutions, avec l'imaginaire et les représentations masculines de ce qu'ils devraient être, et permet donc de questionner dans l'ici et maintenant les propositions de D. Wildocher et de G. Charutty concernant une identité féminine en souffrance, privée d'utilité sociale.

Déterminer si le féminin et le masculin sont ici nature ou culture me paraît hors de propos ; s'agissant des pratiques du corps et de l'imaginaire afférent, ils ne peuvent qu'être à la fois l'un et l'autre. Du point de vue de l'imaginaire, on voit dans l'histoire du terme hystérie l'importance de la rencontre entre le principe 'eau', principe féminin associé à son pouvoir guérisseur, et le principe 'feu', masculin et destructeur, dont on peut se demander dans quelle mesure leur rencontre n'est pas à l'origine des fameuses « vapeurs » rattachées, à travers les siècles, à l'hystérie. On observe également la permanence, dans l'imaginaire médical, de conceptions craintives du féminin. La femme y apparaît bien souvent comme un être dont l'hypersensibilité, la fragilité structurelle - qui est aussi malléabilité et perméabilité - la capacité imaginative, associées à une séduction incontrôlée, produisent, tant chez l'observée que chez l'observateur, une confusion temporelle et spatiale, qui n'est pas sans rappeler la confusion qui vient à l'appui de l'interprétation par les religieux de l'Époque médiévale et de la Renaissance des pouvoirs des sorcières.⁹²³

⁹²² Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

⁹²³ Maleus malificarum in Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, R. Laffont, Paris, 2005, p. 36.

Une des formulations possibles de ce problème est celle des limites du normal et du pathologique, concernant les comportements féminins. La question est particulièrement pertinente en médecine de la douleur : à l'instar de la psychiatrie du *Surveiller et Punir* de Foucault, elle est dans une position sociale, et soumise à des attentes et des enjeux économiques, sociaux, et politiques, tels, qu'elle est en permanence menacée de glisser vers un instrument de contrôle social. Utilise-t-elle, à l'instar de ses prédécesseurs, ce pouvoir pour contrôler une féminité inquiétante ?

Un second problème est la définition dualiste du corps et de l'âme. Le folk-lore médical de l'hystérique, c'est l'histoire d'une femme qui vient habiter, telle la Pythie dans le culte apollinien, l'interface entre les représentations biomédicales et les représentations religieuses du corps, et renvoyer notre médecine à ses savoirs et pratiques désacralisés, désexualisés, ou plus exactement, on l'a vu, masculinisés.

La médecine de la douleur réorganise, comme on peut le voir à travers la rencontre avec l'hystérique en particulier, les savoirs et pouvoirs du corps et de l'âme, et la politique sociale du genre qui leur est afférente, d'une manière qui renvoie l'anthropologue à la question du chamanisme. Celui-ci en effet est une pratique de guérissage plus volontiers féminine, narrative et suggestive, associant soin et guérison, médecine et religion. Dans « L'efficacité symbolique »⁹²⁴, C. Lévi-Strauss s'interroge sur la limite du normal et du pathologique, en ce qui concerne ceux que certaines sociétés appellent chamans, et que d'autres appellent fous, ou encore psychotiques. Dans le cas du chamanisme, comme dans l'hystérie, il n'y a pas, entre soignant et soigné, de limite nette, mais une continuité et une comparaison. Le chaman peut être porteur d'un symptôme qui en biomédecine le désignerait comme 'à soigner' ou 'à guérir', et qui d'ailleurs a pu par le passé le désigner comme 'à soigner' ou 'à guérir' pour un autre chaman, mais ce 'soin' ou cette 'guérison' furent aussi l'occasion d'une initiation à la fonction de soignant. *A contrario*, la biomédecine actuelle s'est construite sur une dialectique de la différence qui distingue et sépare patients et soignants, et en particulier les médecins.

L'hystérie amène la médecine, par le miroir qu'elle lui tend, à s'organiser face au « même », or R. Girard⁹²⁵ nous enseigne que le rejet du « même » est ce qui fonde les logiques de désignation du bouc émissaire et de sacrifice dans les rites, ces derniers ayant pour fonction de faire baisser la violence collective. La médecine de la douleur en revanche autorise le

⁹²⁴ Lévi-Strauss C., « L'efficacité symbolique », *op.cit.*

⁹²⁵ Girard R., *La violence et le Sacré*, *op.cit.*

« même », et cela a des conséquences particulièrement notables s'agissant du destin des femmes reconnues comme les hystériques du folk-lore.

*

Nous avons déjà vu que dans une relation biomédicale traditionnelle entre médecin et patient, beaucoup - y compris parmi les plus érudits, et en particulier en sciences sociales - pensent qu'il n'y a pas « échange ». L'asymétrie de la relation médecin patient en termes de savoir technique, le pouvoir qui en découle pour le médecin, et la vulnérabilité pour le patient, leurs paraissent prévaloir sur toute autre forme de réalité.

Le médecin ne ferait, dans cette représentation de la relation médecin-patient, que délivrer telle une machine le savoir qu'on lui a transmis, sans rien donner de lui-même qui soit plus symbolique.

Je crois, pour ma part, qu'il y a bien échange, technique, et symbolique. Celui qui fait le don le plus important est le patient : il donne son corps, sa vie même, son origine du mal, qu'il soumet au bon vouloir, aux catégories et organisations du savoir médical, en vertu du pouvoir technique et symbolique qui est conféré à la médecine par la société et la culture.

Si le don du patient est au premier plan, le don, au moins symbolique, de son corps, le médecin l'a déjà fait : au 'corps' médical, à sa 'corporation' : il a donné son corps propre, au sens de Ricoeur, ou de Durif. Celui-là même où sont en large partie inscrites les premières relations mère-enfant et par là, les archétypes - dont il a 'perdu connaissance' quelque part dans le courant de son initiation (cf. la faille épistémologique évoquée par J.-J. Kress). Il en a 'perdu connaissance' par le biais d'un certain nombre de rites qui accompagnent de manière croissante sa progression vers la professionnalisation.

Ces rites, qui ont toujours été mis en place par des hommes, conduisent à ce qu'il se détache progressivement de ses sensations corporelles, ainsi que du langage profane qui y est attaché et qui relie le corps objet de la médecine au corps sujet de la culture. Ses expériences physiques sont au fur et à mesure déliées de ce qu'elles ont de connu et de commun à sa culture pour être liées à la place aux rituels de sa corporation, dans un compagnonnage silencieux. Le 'reste', ce qui se perd, ce qui tombe dans la faille, c'est l'imaginaire, objet désormais de son désintérêt. Il saura bien reconnaître cet 'autre', « *l'imaginaire* », quand il le

rencontrera chez les patients, et en particulier chez les femmes, qui lui seront plus ‘autre’ encore.

Cette organisation fondatrice va se rejouer à chaque fois que le médecin met en scène son accès ‘différent’ au corps du patient, à sa surface ou à son intérieur, qu’il répète les gestes pratiqués lors de son initiation, et que le silence se fait⁹²⁶, marquant, comme le dit Bateson, l’accès au secret et au sacré⁹²⁷. L’espace où a lieu la rencontre acquiert ainsi un statut différent, mystérieux, il devient sacré au sens d’Eliade⁹²⁸, c’est-à-dire que c’est là qu’est le seul « réel », et ce « réel » ne se résume pas au désir ou à la sexualité conçus comme individuels. Pour laïque qu’apparaisse l’institution médicale, elle est aussi pénétrée d’organisations et d’un imaginaire qui renvoient au sacré, à l’ordre du monde, au numineux.

*

Il y aurait donc, dans tous les cas de figure, une forme d’échange dans la relation médecin-patient. Cet échange est, du côté des médecins, fortement soumis à la médiation du collectif, du social, du culturel, des ‘corps’ constitués de la science, de la médecine et de la loi, et donc très indirect.

Il convient néanmoins de ne pas perdre de vue que le don de son corps par le patient est également indirect : il ne le fait pas directement à la personne du médecin, mais à ce qu’il représente dans l’institution, telle que là encore l’ont défini la loi, la médecine, et en son sein la science. En outre, il y a aussi un paiement de sa part, lui aussi organisé par la loi et la société, en France en particulier.

Sans cette interface sociale et culturelle, collective, indispensable, il n’y aurait pas d’autorisation à cette « folie » décrite par A. Dutruge qu’est l’accès au corps d’autrui dont bénéficient les médecins, leur privilège exclusif selon la loi. Cette « folie » est assortie d’obligations de moyens, définies par la science expérimentale et depuis peu, par l’éthique. Tous les tracasseries réglementaires auxquels sont soumis les professionnels des médecines parallèles et autres médecines à exercice particuliers (nomenclature légale), toutes les condamnations pour exercice illégal de la médecine n’auraient pas lieu d’être si le ‘don de leur corps’ à une personne privée était possible, hors la sexualité. Dans le cas de la

⁹²⁶ Heath, C., « La conduite du patient pendant l’examen médical ou comment un « objet » reste « sensible » », *op.cit.*

⁹²⁷ Bateson G. & Bateson M.C., *La Peur des anges*, *op.cit.*

⁹²⁸ Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, *op.cit.*

sexualité, il est d'ailleurs très fortement soumis à la médiation de la culture et du social, parfois du légal (prostitution, homosexualité, condamnation des comportements déviants) ; dans le cas de la médecine, itou.

Si l'on ne perçoit pas qu'a lieu cet échange, médié par la société et la culture, et qui fait donc aussi l'objet d'organisations symboliques, du don du corps contre don du corps en médecine, il n'est pas possible de mesurer que dans toute relation de soin corporel, dans toute intervention à visée de mieux être sur le corps d'autrui (y compris les pratiques telles le yoga par exemple), se crée quelque chose de la « *communitas* » évoquée par Turner.

Les acteurs, professionnels et patients, se rencontrent autour de ce qu'ils ont de plus commun : le corps ; ou plutôt, cet « embodiment », cette « expérience » du corps, évoquées par T.J. Csordas, qui sont pour lui le « fondement existentiel du moi et de la culture, »⁹²⁹ L'expérience de la douleur rend ce corps-là incontournablelement présent à l'individu concerné ; d'une manière plus générale, l'expérience de notre commune vulnérabilité passe par ce corps-là et crée la « *communitas* » : le corps ainsi défini est une des manifestations les plus nues, dans nos sociétés occidentales complexes, cloisonnées, stratifiées, très différenciées, de ce que les humains sont unis par un « lien essentiel et générique sans lequel il ne pourrait y avoir aucune société »⁹³⁰. D'ailleurs, quand survient une *communitas*, qu'elle soit spontanée ou idéologique, elle se manifeste de manière privilégiée par la mise en œuvre d'un appel au changement culturel et social dans la morale du corps.

Mais la biomédecine est une institution ; elle ne se situe pas dans la marge où advient la *communitas* ; seule « l'enclave mythique » de la relation médecin-patient, et l'hospitalisation, sont un moment de marge, un temps suspendu, où elle peut advenir. Tout l'exercice théorique, rituel, et réglementaire de la biomédecine, toutes les organisations et les tensions institutionnelles et interprofessionnelles, consistent précisément en un processus constant - et pas toujours couronné de succès - d'organisation de la puissance considérable et mystérieuse qui jaillit de l'expérience de la *communitas*, de manière à ce qu'elle ne soit que temporairement marginale : de manière à ce qu'elle ne donne pas lieu aux dérives propres aux *communitas* durablement marginales. A un moment ou un autre, ces dernières sombrent inévitablement dans une recherche d'autorité absolue : à « trop de *communitas* » va répondre un « trop de structure ».⁹³¹ C'est cet équilibre que vont sans cesse rechercher les

⁹²⁹ Csordas T.J., *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, op.cit.

⁹³⁰ Turner V., *Le Phénomène rituel, structure et contre structure*, op.cit.

⁹³¹ Turner V., *Le Phénomène rituel structure et contre structure*, op.cit.

professionnels ; c'est le prolongement anthropologique de ce que les psychologues appellent la « défense du sujet ». Sauf qu'ici les enjeux de cette défense ne sont pas simplement le libre-arbitre de l'individu, ni son « désir » ou sa sexualité, mais la violence fondamentale, dont la sexualité n'est qu'une des manifestations⁹³² .

*

Voici ce que R. Girard dit du rite :

« Étant donnée l'importance fondamentale qu'a la métamorphose de la violence maléfique pour toute communauté humaine et l'impuissance également fondamentale de toute communauté à pénétrer le secret de cette métamorphose, les hommes sont voués au rite et le rite ne peut manquer de se présenter sous des formes à la fois analogues et très différentes. »⁹³³

« (...) les rites demeurent efficaces, en vérité, tant qu'on ne cherche pas à les penser sur le plan d'une efficacité purement sociale, tant qu'ils constituent réellement une imitation de la crise primordiale. L'efficacité du rite est une conséquence de l'attitude religieuse en général ; elle exclut toute forme de préméditation et de « planning » que nous avons tendance à imaginer derrière des types d'organisations sociales dont le fonctionnement nous échappe. »⁹³⁴

Il ne m'intéresse donc pas, comme du reste je l'avais évoqué en introduction, de débusquer ici une quelconque théorie du complot du pouvoir médical contre le patient impuissant. Les rapports de pouvoir dont il est question ici sont bien les rapports communs qu'entretient une société avec ce qui a pouvoir sur elle, c'est-à-dire la violence maléfique, au sens de R. Girard, c'est-à-dire aussi ce qui rend inévitables le religieux, le rite, le sacrifice, quelque dégradées ou mixtes que puissent en être ses formes, quelque scientifiques que puissent en être ses théories : R. Girard, comme du reste F. Laplantine, a largement montré que toutes les théories qui organisent le rapport d'une communauté à la violence fondamentale (dont le mal, le malheur, la maladie, la mort, sont des manifestations) puisent dans des modèles similaires, reproduisent des schémas présents, par exemple dans la nature - comme la purification d'un

⁹³² Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

⁹³³ *Ibid* p. 173.

⁹³⁴ *Ibid*. p. 427.

agent extérieur nuisible - qui s'organisent ensuite de manière plus ou moins sophistiquée dans les discours et les pratiques.

*

En médecine de la douleur, telle que je l'ai vue être exercée au CETD, s'agissant des patientes reconnues comme hystériques - par elle ou auparavant - et telle qu'en parlent les médecins interrogés, ou les autres acteurs en coulisses, il semble qu'il y ait, de la part des médecins, dans le moment de la relation, un don à la patiente qui a la particularité de chercher à rejoindre en importance symbolique celui que fait cette dernière.

Ce don est porté et mis en scène par le collectif des professionnels, et fait 'à la situation' plus que directement à la patiente elle-même. Il est associé à une démarche qui vise à limiter le don fait par la patiente, qui dans le cas de l'hystérique tend à être perçu tantôt comme excessif, tantôt comme insuffisant –comme si elle ignorait ce qu'il convenait ici de donner (ou bien : dans quelle mesure ?) : ainsi, le médecin répond à Mme M qui se disait déterminée à « *aller jusqu'au bout* » : « *jusqu'au bout...de quoi ?* », ainsi dit-il aussi à Mme V : « *il n'est pas attendu ici que vous repoussiez vos limites* ».

Le don que doit consentir le médecin m'apparaît consister en une 'dé-différenciation' qui est aussi une 'dés-immunisation': il s'agit ici d'accepter de ressembler à la patiente, et donc se mettre en danger. Là où partout ailleurs en biomédecine prévaut une dialectique de la différence initié-profane⁹³⁵, manifestée de mille manières jusque dans l'organisation géographique des lieux, le médecin de la douleur se met, vis-à-vis de la patiente, en position plus symétrique.

On peut noter, entre autres, la symétrie des tâches qui leur incombe : le praticien doit emmener la patiente sur un chemin initiatique de souffrance par lequel il est lui-même passé, et repassera avec elle. Il doit consentir, pour elle, et avant elle, le « **changement** », ou encore, les « *deuils* », c'est-à-dire les pertes que la patiente va devoir consentir pour aller mieux. Parmi ces pertes, le renoncement à la quête du voir, du savoir et du pouvoir sur l'origine du mal, tels qu'ils sont organisés par leur apprentissage du corps mort et le savoir scientifique, n'est pas des moindres. Une autre grande perte est la perte des organisations

⁹³⁵ Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, op.cit.

antérieures de la maîtrise du temps - qui sont une lutte contre sa fuite - et donc, du point de vue imaginaire, de la mort.

Parfois les médecins décrivent eux-mêmes leur démarche comme un « *sacrifice* », s'agissant en particulier de pratiquer des **gestes** d'effraction cutanée à la demande des patientes. Le don consiste ici à accepter la « *position du bourreau* » (entretien avec X) sollicitée plus ou moins explicitement par la patiente, afin de rejouer quelque chose de la violence originelle, de la « crise primordiale ». Cette crise primordiale est à la fois celle du médecin (dans son initiation et le mythe fondateur de sa corporation) et celle de la patiente (dans son histoire de douleur, dont on a vu qu'elle comportait inévitablement un caractère initiatique). L'un et l'autre vont partager ce moment mais - et ce mais est essentiel - mettre en parole aussi, avec la patiente, la charge symbolique (sexuelle, imaginaire) de l'expérience de l'effraction cutanée, de cette violence souvent fondatrice qu'a été leur mutilation (Mme G, Sylvie, Mme U) par le corps médical, faisant elle-même souvent écho à une dépossession antérieure de leur corps propre dans le courant de leur vie affective (Mme B). Ils vont sacrifier leur silence, et donc leur propre initiation.

Le médecin de la douleur va renoncer à une partie des protections rituelles que sa corporation biomédicale a mises en œuvre dans son initiation, répondant aux incitations de la culture et du social, pour le protéger de la contamination et de la mort. Il va accepter de repasser avec la patiente par un cycle de perte de, et de retrouvailles avec, son « corps propre » : perdre son corps propre en repassant par des procédures d'effraction cutanée qui ont été l'occasion privilégiée de cette perte dans son initiation. Le retrouver en mettant en œuvre ces procédures sans le silence qui les accompagne rituellement (cf. entretien avec X) : qu'elles soient au contraire entourées, avec la contribution précisément séquencée de tous les acteurs de la pluridisciplinarité, d'une mise en scène telle qu'elles permettent la représentation et la parole, que le corps y retrouve son statut habituel de support des émotions, des mémoires et des imaginaires qu'il perd dans l'action biomédicale, pour le médecin comme pour le patient.

Ce don, encore, consiste à partager le pouvoir de la parole - de cette parole si particulière, sacrée - avec d'autres, membres de corporations différentes, patientes, familles... même si cela ne va pas sans conflit, sans ambivalence, sans hésitations.

Pour finir, ce don consiste à sortir de sa « neutralité sacrée ».

*

De son côté, la patiente est, d'une certaine mesure 'en avance' sur le don : si elle arrive ici, c'est qu'elle porte déjà une existence largement 'sacrifiée', au sens courant du terme : dans laquelle elle a tant donné de sa personne qu'elle n'a plus de ressource... ; mais sacrifiée...à quoi ? Souvent, il apparaît effectivement qu'il y a de sa part une forme de sacrifice à une personne, à une idéologie - parmi lesquelles une certaine idée de l'amour ; ce sacrifice est à peine connu d'elle-même : pas totalement inconscient, il serait plus juste de dire qu'il est un de leur plus intime secret ; ce qui en revanche reste souvent inconnu d'elles-mêmes c'est la part de ce secret dans l'envahissement de leur vie par la douleur. Ceci apparaît en revanche clairement aux soignants et fait partie du registre interprétatif de leurs troubles⁹³⁶.

*

Quant ce 'sacrifice' est destiné à une personne, il s'agit souvent d'un parent ou d'un grand parent décédé vis-à-vis de qui elles semblent soit payer une dette, soit œuvrer à maintenir, par la similitude de leur histoire douloureuse, un lien. Quand il s'agit d'une idéologie, cela se manifeste par la réticence à mettre en place des adaptations nécessaires à leur évolution physique au nom de cette idéologie (ne pas dépendre, ne pas montrer aux autres...), bien qu'après l'interrogatoire il apparaisse clairement qu'elles en comprennent la nécessité. Que parmi ces idéologies, il puisse y avoir une certaine idée de l'amour, cela fait partie des problèmes : qu'est-ce qu'une femme pourrait bien avoir à dire 'd'intéressant', pour une médecine essentiellement masculine, et compte tenu de son histoire, sur cette question ?

Quand il s'agit d'un parent décédé, ce qu'elles demandent alors implicitement aux professionnels, c'est de résoudre le problème de santé de telle manière qu'elles puissent continuer soit à payer leur dette, soit à maintenir un lien avec le défunt ; ceci peut revenir à respecter leur idéologie, puisque celle-ci peut aussi être héritée du parent décédé. A cela, la biomédecine répond traditionnellement par l'irritation et le rejet, le sentiment d'être face à une demande impossible ou à de la mauvaise volonté. C'est que l'accompagnement du deuil nécessite des aménagements temporels, relationnels et symboliques dont les professionnels, en particulier les médecins, ne jugent pas nécessairement qu'ils relèvent de leurs compétences

⁹³⁶ Robin B., Nizard J., Houart C., Gélugne F., Bocher R., Lajat Y., « Place du psychiatre dans un centre de traitement de la douleur. Intégration de la lésion psychique douloureuse », *op. cit.*

ou de leur mission. La patiente se trouvant dans une situation symétrique (elle se sent elle aussi face à une demande impossible - le renoncement qu'on attend d'elle - ou à de la mauvaise volonté - accompagner le deuil ou la souffrance 'devrait' faire partie des missions de la médecine), le conflit escalade.

La tâche des soignants de la médecine de la douleur avec ces patientes va alors constituer à mettre au *travail* ce lien avec le passé, ce qui équivaut bien souvent à un rendre possible un *travail* de deuil (Mme M, Mme V, Mme B, Mme A, Mme U). Ce *travail* peut se décliner sur deux axes qui interviennent de manière complémentaire, plus ou moins simultanée, en fonction aussi de ce à quoi consentent les patientes.

D'une part, évoquer le passé, la tristesse et la violence de cette mort ; évoquer indirectement et avec précaution les rapports chronologiques qu'elle entretient avec la chronologie douloureuse (déclenchement, aggravation, passage à la chronicité...) ; tisser avec la patiente un récit qui lui permette d'exprimer à sa juste mesure la portée symbolique qu'a eu cet évènement, y compris si cela est l'occasion d'une parole de colère vis-à-vis des pratiques médicales qui ont entouré cette mort. Bien souvent, ce *travail* n'a pas été fait auparavant, et la patiente est restée comme suspendue dans une période de deuil infinie ; la « fonction » de sa plainte douloureuse semble alors être de porter ce deuil. La tâche de soignants va ici aller dans le sens d'une expulsion des morts au sens rituel : c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'effacer l'évènement ni la mémoire de la personne décédée, mais de donner à cette mémoire une place qui ne soit pas une entrave douloureuse à la vie de la patiente, par l'entregent d'une reconnaissance collective, d'un portage collectif de cette mémoire, traduit en faits, en paroles, en écrits.

D'autre part, il va falloir littéralement 'faire vivre' à la patiente des expériences de mieux-être, de ce que serait leur vie sans cette douleur qui les afflige, afin que leur soient révélés d'autres possibles. Elles peuvent ainsi mesurer tout le prix qu'elles (et leur entourage) payent pour la prolongation de ce deuil, au nom d'une dette, ou d'une idéologie où elles ne peuvent qu'assumer le rôle de coupable, de martyre ou de victime.

A cet égard, l'histoire de Mme B, de ses céphalées post-opératoires, qui renvoient à la tête bandée de sa mère morte, est éloquente. En même temps, ce lien, présent d'emblée par l'envahissement de sa demande par cette histoire de vie, et présent d'emblée à mon oreille extérieure de médecin, n'aura été formulé explicitement que très tardivement, et encore, parce que les évènements se précipitaient.

Si la première partie du travail leur a permis de croire que la mémoire de la personne décédée ne serait pas dissoute par leur **changement** d'attitude, qu'il y aurait 'départ' mais pas 'effacement', elles peuvent alors faire d'autres choix... qui sont aussi d'autres sacrifices : sacrifier l'idéologie et/ou le lien tel qu'il est 'connu' pour une autre idéologie, et/ou une autre forme de lien, non encore connue d'elle. Sacrifier le connu pour l'inconnu. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la confiance réciproque soit un préalable aussi indispensable à la **prise en charge**.

D'autres fois - et parfois en même temps - il n'y a pas eu décès, mais leur 'sacrifice' se fait au nom d'un secret partagé, tel qu'un inceste, ou une autre violence dont elles ont été victimes de la part d'une personne censée leur apporter quelque chose qui s'apparente à l'amour, et leur douleur est alors sourdement porteuse d'une vengeance, dont elles ne semblent pas mesurer qu'elles sont les premières à pâtir (Sylvie, Mme G) C'est alors qu'il faut mettre au *travail* la question de l'amour. Ce n'est pas le plus simple.

*

La symétrie de la rencontre entre ces médecins et les patientes accueillies au CETD au titre de l'hystérie va donc jusqu'à une symétrie dans le sacrifice, un sacrifice dont l'objet, ou le destinataire - si tant est qu'il doive y en avoir un - n'est pas connu des protagonistes eux-mêmes. Mais il en va du sacrifice comme des autres aspects de la médecine de la douleur présentant des analogies avec le religieux : la méconnaissance des médecins de la douleur vis-à-vis de ce sacrifice n'est, ici aussi, que partielle : deux des médecins entendus en entretien y ont fait explicitement référence, et j'ai, en coulisses, recueilli des propos qui vont dans le même sens.

Afin de répondre à ma question de départ concernant la fonction de l'hystérique, je vais à présent approfondir ma lecture anthropologique. Dans un premier temps, j'étudierai les aspects religieux, mythologiques, tragiques, du narratif et de la *praxis* qui président à l'échange symbolique sur lequel elle appuie son efficacité thérapeutique, protectrice et ordonnatrice - pour les patientes, pour elle-même, et peut-être, plus largement, pour le social. Nous verrons ensuite comment ce narratif s'articule avec des pratiques qui présentent de fortes analogies avec les rites.

Pour finir, c'est en m'appuyant sur les analyses de J. Pigeaud et de R. Girard concernant le tragique, et les organisations culturelles de la violence et du sacré, que j'apporterai à ma question de départ la réponse qui me paraît, au terme de mon terrain et de mon analyse, la plus pertinente, et celle qui rend compte le plus largement des dynamiques observées.

a. Représentations

1. On est fondé à voir en médecine de la douleur un système de représentation chamanique.

Depuis quelques années, des sociologues (C. Herzlich...) et anthropologues (F. Laplantine ...) de la santé se penchent sur les représentations de la santé en incluant patients et médecins dans un même système⁹³⁷.

S'appuyant sur le concept de représentation, F. Laplantine met ainsi en évidence une première classification en deux groupes de représentations présentes dans le champ sanitaire et social français actuel. L'un est très largement dominant et légitimé socialement ; il est à rapprocher de la théorie ontologique :

« [Il] procède à une étiologisation, une ontologisation, une externalisation du mal-maladie, privilégie (...) l'espace sur le temps, le substantialisme sur le relationnel, le dualisme sur le monisme médical et l'interprétation de la maladie en termes d'altérité et non d'altération. »⁹³⁸

L'autre, à rapprocher de la théorie dynamiste, a plusieurs variantes mais on retrouve certaines constantes dans la démarche du thérapeute :

« La maladie n'est pas le contraire de la santé, car il n'existe pas de maladie en soi, pas plus d'ailleurs que de santé en soi, mais des réactions heureuses ou malheureuses, génératrices de plaisir ou de douleur, qui sont autant de façons originales de s'adapter à des situations toujours inédites. Enfin, à ces interprétations du pathologique comme dysfonctionnement de

⁹³⁷

Augé M. & Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Les Archives Contemporaines, Paris, 1984.

Herzlich C., « Représentations sociales de la santé et leur dynamique dans le champ social », in Doise W. et Pazlmonari A. (dir.), *L'Étude des représentations sociales*, pp. 157-170.

Herzlich C. (dir.), *Médecine, Maladie et Société*, EPHE & Mouton, Paris, 1970.

Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit. ; « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », op.cit.

⁹³⁸ Laplantine F., « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », op.cit., p. 301.

l'être humain, correspondent des thérapies fondées sur une action régulatrice qui accordent la priorité aux potentialités propres du sujet malade. Si en effet la maladie n'est pas due, comme précédemment, à un accident, c'est-à-dire à une cause fortuite venue du dehors, le traitement dans ces conditions devra faire corps avec le malade, et la guérison ne dépendra plus (ou plus seulement) de l'extérieur : elle ne visera plus, comme précédemment, à attaquer l'agresseur (car vouloir l'anéantir, ce serait aussi risquer de tuer le sujet) mais à aider ce dernier à se défendre [...]

« Le malade est son propre thérapeute. [...]

« Si [tout cela] est vrai, alors non seulement il n'y a plus de substantialisme morbide [...] mais c'est la notion même de maladie qui disparaît, et corrélativement de thérapie en tant qu'opposition frontale à cette dernière. »

Il ajoute la note suivante :

« Ce qu'il me paraît important de souligner ici, c'est l'ambiguïté ou si l'on préfère le caractère insolite et insolent de cette seconde position qui ne peut être que marginalisée, c'est-à-dire rejetée à la périphérie du système social, dans une culture qui, comme la nôtre, a massivement opté pour l'efficacité immédiate contre l'accompagnement lent et graduel des processus de maturation, pour la distinction radicale des rôles et des statuts de soignants et de soignés contre leur permutation possible, pour la clarté et l'univocité des signes contre l'opacité et l'équivocité des symboles. »⁹³⁹

Cette remarque me paraît importante. Le recours à ces concepts montre que la relation médecin-patient est une représentation agie, et ce en lien avec la codification culturelle du rapport au corps dans lequel elle s'inscrit, en particulier, ici, dans sa dimension temporelle (efficacité versus maturation lente). Elle met aussi en évidence la marginalité et l'ambiguïté de la position de la médecine de la douleur tant vis-à-vis de la biomédecine que vis-à-vis des patients et de la société. On la reconnaît aisément dans la seconde proposition, bien qu'elle puisse aussi, le cas échéant, et en lien avec les représentations majoritaires dans la 'culture dans laquelle elle est', s'appuyer sur la première.

*

⁹³⁹ Laplantine F., « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », *op.cit.*, pp. 301-302.

L'herméneutique de la douleur, en médecine de la douleur, est sujette à controverse. L'ambivalence du discours et la complexité des théories contribuent à la confusion du tableau, et il n'est pas aisé de démêler les représentations qui sont à l'œuvre, concernant le sacré d'une part, et le féminin d'autre part. Les travaux de F. Laplantine concernant les représentations de la santé apportent dans cette confusion un éclairage non négligeable, en particulier concernant la place du sacré.

« Y: C'est très mystérieux, c'est très mystérieux. [...] On parlait de magie tout à l'heure, mais je pense que la seule analogie possible, c'est le patient qui va voir un sorcier. Parce que rencontrer un algologue, c'est justement, de par toutes les compétences qu'on a évoquées, rencontrer quelqu'un qui sait plein de choses, et euh, euh... comment dire... qui peut faire des choses incroyables. Enfin je crois qu'il y a quand même probablement beaucoup ça dans la rencontre, euh... entre les patients dits douloureux et les algologues. Nous on peut... et des fois on nous le dit, on est un peu des sorciers, les psychothérapeutes, ou les psychiatres, mais, quand même, souvent les gens nous disent : "mais toute façon je sais bien que rien qu'en parlant ça va pas tout changer ma vie et puis que vous n'avez pas les solutions" donc euh... Euh, je pense que même nous qui sommes souvent dans les... l'imaginaire populaire, un peu assimilés à des sorciers, c'est rien à côté d'un algologue : l'algologue euh... il détient l'usage des poisons, hein, des drogues, des... cocktails, des formules... et... il peut avoir la... L'habileté pour accéder à des choses, personne n'y a jamais accédé avec... Ce que ça peut... euh... vouloir dire à d'autres niveaux de signification, euh... Il y a probablement... certainement quelque chose de... [...] Je pense qu'il n'y a pas de... peut-être à un certain niveau, pas de rencontres plus angoissantes que... euh... un douloureux avec un algologue. »

Entretien avec Y

Si l'on reprend les descriptions et analyses ci-dessus concernant la médecine de la douleur et que l'on tente, avec F. Laplantine, d'identifier dans lequel de ses modèles étiologiques ou thérapeutiques on se trouve, il apparaît que :

- Pour ce qui est des modèles étiologiques :

Ni dualiste ni lésionnelle, pas spécifique, plus préoccupée de temps que d'espace, elle répond certes plus au modèle relationnel ou fonctionnel qu'au modèle ontologique, mais n'est pas à l'abri des oscillations entre ces deux opposés, selon que la douleur de tel patient semble relever d'un mécanisme « psychologique dominant » ou « lésionnel », et parfois aussi pour s'adapter à la demande du patient.

Le modèle relationnel a trois variantes, qui représentent tour à tour la maladie comme la rupture d'un équilibre entre l'homme et lui-même, entre l'homme et le cosmos, ou entre l'homme et le milieu social. S'agissant de médecine de la douleur, la participation des 'psy', en particulier l'influence de la psychanalyse, tendrait à l'inclure dans le premier. La mise à distance quasi dogmatique du discours religieux (punition divine, douleur rédemptrice...) exclut la seconde option. L'influence de la systémie familiale (où l'individu malade n'est que le porteur d'un symptôme d'une maladie du groupe), la pression sociale demandant le retour à la normalité de ses individus dissidents, comme s'ils mettaient à eux seuls en péril la survie du groupe, l'attention portée à la fonction de la douleur dans l'environnement proche ou social du patient, rattachent préférentiellement la médecine de la douleur à la représentation d'une rupture de l'équilibre entre l'homme et le social.

Il est intéressant de constater que du point de vue de l'anthropologue la perspective systémique est à ranger parmi les « formulations magiques et sorcellaires » de la maladie (où les symptômes seraient comme des sorts à faire retourner à l'expéditeur), tandis que le contexte social actuel tend à imprimer une « formulation religieuse » à la réflexion sur la douleur chronique (où un seul met en péril la survie du groupe, ce qui appelle réparation, sauf à subir un châtement divin).

Les modèles additifs/soustractifs n'apportent, il me semble, rien de plus à l'analyse.

Le couple endogène/exogène met en avant une des complexités de la médecine de la douleur. De ce point de vue, elle est multiple : elle combine dans sa « *boîte à outil* » des représentations endogènes (du côté de la psy), des représentations exogènes (du côté de la biomédecine), et des systèmes de représentation mixtes (rééducation, ostéopathie...). On a vu que chacune des professions impliquées était le représentant institutionnel d'une « origine du mal », et que cette désignation allait de pair avec la désignation d'un lieu sacré, mystérieux, le lieu du réel, dans une partie différente de la personne physique (le corps, l'intérieur du corps et le sang, le cerveau, « la tête » où réside, en physiologie profane, l'inconscient) ou globale (la parole du corps, le corps en tant qu'incarnation du sens). C'est une des particularités de la médecine de la douleur, due à l'organisation de l'origine du mal, que d'emmener ainsi les patientes à travers une galerie de lieux mystérieux et bien délimités où résident divers « maux ».

Le couple maléfique/bénéfique est éclairant : dans notre culture - et le discours des patients se fait bien souvent l'écho de telles représentations - la maladie est le plus souvent perçue

comme le mal absolu, sans aucune signification existentielle, et à ce mal absolu répond la positivation absolue de la biomédecine. Le *travail* du patient et du médecin en médecine de la douleur consiste, on l'a vu, à « *modifier son regard* » sur sa douleur. Cette « *modification de regard* » se veut laïcisée - il ne s'agit surtout pas d'y voir la possibilité d'une rédemption, en particulier - mais elle n'en consiste pas moins en une tentative « **créative** », pour qu'émerge un sens positif, une valeur positive, « **bénéfique** » de l'expérience : que ce soit, comme je l'ai entendu dire, l'occasion de hiérarchiser ses priorités, de régler ses comptes avec le passé ou une vie familiale en souffrance, de revoir une orientation professionnelle délétère : il s'agit toujours de faire, si possible, d'un maléfice un bénéfice. Or, nous dit F. Laplantine : « l'affirmation que la maladie a un sens positif, une fonction irremplaçable, et qu'elle est une valeur en elle-même, nous renvoie à une perception convaincue de la cohérence du social, c'est-à-dire à une interprétation totalisante qui ne peut être le fait que d'une pensée religieuse, même si cette dernière se présente, comme c'est le cas aujourd'hui, comme une religion laïcisée. »⁹⁴⁰

Cette pensée religieuse qui voit dans la maladie un bénéfice a plusieurs formulations possibles. Toutes ne sont pas autant marquées du sceau de la religion que celle qui, me semble-t-il, permet la plus fidèle théorisation de la médecine de la douleur. Cette formulation voit dans la maladie l'occasion d'un « salut » possible ; elle présente deux variantes : l'une, dite « descendante », témoin d'une élection par une force divine, correspondrait à la maladie rédemptrice - être élu pour participer à la rédemption du Christ serait le bénéfice du malade. Dans l'autre, dite « ascendante », ou « modèle chamanique », l'âme est partie et la maladie est l'occasion d'un voyage spirituel vers les retrouvailles avec son âme, voyage dans lequel le chaman accompagne le « patient ». Accompagner le patient sur un long chemin, celui de sa guérison ou de son mieux-être, un voyage initiatique à plus d'un égard, un voyage où l'on apprend à se connaître... et qui vise à retrouver son âme, voici une métaphore qui me paraît rendre compte des représentations des médecins de la douleur vis-à-vis de leurs propres pratiques, et en particulier de la nature symétrique du *travail* du patient et du médecin. La proximité de cette représentation avec celle, chrétienne, ascendante, de la rédemption, rendant la confusion possible, pourrait justifier de la force des dénégations émanant des médecins de la douleur vis-à-vis de l'héritage chrétien.

⁹⁴⁰ Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, op.cit.

- Pour ce qui est des modèles thérapeutiques, dont F. Laplantine nous apprend qu'ils ne correspondent pas forcément aux modèles étiologiques qui semblent dans un lien logique avec eux, on retrouve, en l'occurrence, les mêmes systèmes de représentations à l'œuvre que dans les modèles étiologiques. Parmi les quatre couples d'opposés désignés par F. Laplantine - additif/soustractif, excitatif/sédatif, allopathique/homéopathique, exorcistique/adorcistique - c'est le quatrième qui est le plus à même de rendre compte du discours de la médecine de la douleur.

Le couple allopathique/homéopathique permet de rendre compte en partie des tensions entre la psychanalyse et les thérapies comportementales : la première, en se basant sur la réactivation des problèmes, effectue une sorte de thérapie par le semblable correspondant au modèle homéopathique ; dans le second cas à l'opposé, l'utilisation du renforcement négatif constitue pour F. Laplantine un recours au « contraire » qui l'apparente à l'allopathie, ce qui pourrait d'ailleurs expliquer qu'elle ait les faveurs des biomédecins, traditionnellement allopathes. On a vu néanmoins que la réalité est moins caricaturale, et que la thérapie comportementale peut être un moyen de permettre la mise en place secondaire d'une approche plus « homéopathique ». Il n'en reste pas moins vrai que cette opposition rend compte au moins de certaines controverses qui peuvent opposer médecins et analystes.

Mais c'est donc le couple adorcisme/exorcisme qui se rapproche le plus des représentations mises en avant et agies par les médecins de la douleur. Dans le modèle exorcistique « le soignant est un combattant engageant une véritable guerre contre la maladie qu'il cherche à extraire du corps ou de l'esprit de son client et à anéantir ; [dans...] l'adorcisme⁹⁴¹, [...] il devient au contraire l'assistant et l'initiateur du malade »⁹⁴².

Dans « l'adorcisme absolu », le pan de la culture qu'est le sacré sert directement à l'interprétation de la maladie. À moins de considérer la psychanalyse comme un discours relevant du sacré, et de sélectionner les cas de figure où elle exerce une influence dominante sur les choix thérapeutiques, ce modèle me paraît trop radical pour rendre compte de l'ambivalence et de la complexité de la médecine de la douleur.

En revanche « l'adorcisme relatif », précisément fondé théoriquement sur l'ambivalence fondamentale de la maladie et de la santé (« il n'y a plus de substantialisme morbide »), ni complètement négative pour la première, ni complètement positive pour la seconde, nous

⁹⁴¹ Néologisme attribué par F. Laplantine (« Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », *op.cit.*) à L. de Heusch in *Pourquoi l'épouser*, Gallimard, Paris, 1971.

⁹⁴² Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, *op.cit.*

paraît plus approprié. Un exercice thérapeutique de ce type conjuguera écoute et éventuellement utilisation du symptôme (à qui l'on peut donc reconnaître une fonction, que l'on peut choisir de maintenir) ; il suivra, avec le malade, « le long chemin qui conduit du symptôme à son origine enfouie » ; la guérison ne sera alors pas de l'anti-maladie, la thérapie ne sera pas un retour à l'état antérieur. Un partenariat se tisse entre thérapeute et patient, qui cheminent ensemble dans un voyage initiatique. Le patient est responsabilisé, ses ressources mobilisées. Il est « son propre thérapeute [...] c'est lui-même qui se guérit ».⁹⁴³

Le prisme anthropologique montre que la médecine de la douleur se situe indubitablement dans une représentation religieuse du monde. Ses modalités d'action se rapprochent essentiellement de l'adorcisme relatif du chamanisme. Rien d'étonnant donc à ce que les descriptions de C. Lévi-Strauss⁹⁴⁴ concernant l'efficacité symbolique du traitement chamanique soient très proches de ce que peut apporter l'utilisation thérapeutique de la métaphore et de l'imaginaire, que j'ai vu pratiquer, à divers degrés, quotidiennement en médecine de la douleur.

2. Catharsis⁹⁴⁵ et chamanisme

Parmi ce qui évoque, en médecine de la douleur, des représentations de soin propres aux systèmes chamaniques, ce qui reste à notre avis le plus complexe, tant en pratique médicale qu'en théorie médicale, psychologique ou anthropologique, reste le rapport au conflit et à la violence.

En effet, les représentations de la maladie en elle-même sont mixtes, mal élucidées par les acteurs eux-mêmes, au point qu'ils renoncent au régime de la causalité linéaire, de représentations endogènes et exogènes : endogène, en ce qu'il y va aussi des comportements et des choix de la patiente que d'aller mieux, de son évolution « psycho-affective », et d'une part de « mystère » qui lui revient ; exogène, en ce que s'il est permis de croire que l'extirpation chirurgicale apportera un mieux, on la pratiquera ; que si l'éradication de tel ou tel germe pathogène est nécessaire, on la mettra en place ; endogène et exogène à la fois, quand la cause est aussi liée à la fois à des traumatismes, des violences perçues émanant de

⁹⁴³ Toutes citations précédentes : Laplantine F., « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », *op.cit.*, p. 302.

⁹⁴⁴ Lévi-Strauss C. : « L'efficacité symbolique », *op.cit.*

⁹⁴⁵ R. Girard l'a écrit « Katharsis ». Comme je l'ai déjà évoquée avec l'orthographe de J. Pigeaud : « Catharsis », j'en reste à ce choix.

l'extérieur, combinés à la manière dont les patients vont intégrer ces traumatismes dans leur récit de vie pour en faire un narratif positif ou un narratif négatif.

C'est ce dernier *travail* qui est particulièrement complexe : la combinaison du « *sortir de la position de victime* » avec la reconnaissance des traumatismes et injustices antérieures - dont nous avons vu qu'ils sont bien réels. Il s'appuie sur l'extériorisation, entendu ici au sens des thérapies narratives utilisées dans le soin : non pas l'extériorisation de la cause, ni l'extériorisation de la responsabilité, mais l'extériorisation du *mal*, en ce qu'il n'appartient à personne en particulier, et à tous à la fois.

Le mal (comme dans « mal, maladie, malheur ») participe du *mystère* qui revient à la patiente; il n'en est pas moins représenté comme quelque chose qui ne relève pas de sa culpabilité, d'une part, et contre quoi il est de la responsabilité de l'équipe de lutter collectivement, avec la patiente qu'elle va porter et épauler pour peu qu'elle se responsabilise et adopte un narratif positif, d'autre part. Ce mal contre lequel on va lutter est aussi étendu dans son rayon d'action que la médecine de la douleur l'est dans ses outils : injustices diverses, violences, conflits, précarité, maladies au sens biomédical, maladie ou troubles divers au sens psychologique, désadaptation fonctionnelle, désorganisation du mode de vie, inadaptation du travail... tout ce qui est *désordre* tombe sous sa coupe.

La patiente est ainsi comme possédée par le mal des sociétés humaines, « *envahie* » par sa douleur dont on va tenter de la « *déshypnotiser* », comme s'il fallait effectivement la libérer d'un mal qui le possède. Les ruses, la dialectique du dissimulé et du dévoilement, mises en place par l'équipe, ne sont pas destinées à tromper la patiente elle-même mais le mal qui l'habite et modifie ses comportements. Quand on va « *mobiliser ses ressources* », on va solliciter chez la patiente ce qui n'est pas sous l'emprise du mal. Ces ruses ont pour but d'extirper, pas tant le mal lui-même, que la patiente de son emprise, afin qu'elle reprenne pied dans une vie adulte responsable. En revanche, si des techniques d'extirpation du mal - en particulier celles ressemblant à des techniques antérieurement utilisées et jugées responsables de la crise actuelle - peuvent contribuer à « *déshypnotiser* » la patiente, à la convaincre, entre autre par la suggestion - dont le pouvoir est largement évoqué en coulisses par l'équipe, concernant en particulier les actes faisant effraction cutanée - de son départ, elles seront aussi utilisées.

Selon R. Girard, « à côté de l'usage religieux et de l'usage chamanistique, « intermédiaire entre les deux », il y a un usage proprement médical du terme catharsis.

Il évoque, comme J. Pigeaud, cet usage médical : « un remède cathartique est une drogue puissante qui provoque l'évacuation d'humeurs ou de matières dont la présence est jugée nocive. Le remède est fréquemment conçu comme participant de la même nature que le mal ou susceptible au moins d'en aggraver les symptômes et de provoquer, ce faisant, une crise salutaire dont la guérison émergera. Il constitue, en somme, un supplément de mal qui pousse la crise au paroxysme et provoque l'expulsion des agents pathogènes avec la sienne propre. »⁹⁴⁶

Dans ce registre d'action, on peut reconnaître ce qui constitue l'essentiel de l'action de l'équipe du CETD de Nantes au début de l'hospitalisation (surtout le trois premiers jours) : en replongeant la patiente dans son histoire douloureuse par la parole, les infirmières espèrent bien obtenir la catharsis des larmes et la libération du « *nœud* » de la souffrance, préalable purificateur nécessaire à l'initiation d'un nouveau voyage. L'équipe entière collabore à cette dynamique, en rajoutant de l'eau (perfusions intraveineuses) ou en précipitant la crise primordiale ; diminution des médicaments **antalgiques** dépendogènes au prix d'un sevrage douloureux, effractions cutanées (les aiguilles de l'acupuncteur), reproduction de la douleur (l'ostéopathe et sa pratique réflexologique, les kinésithérapeutes)... afin que sourde la parole porteuse du mal, et le mal avec lui. S'il résiste, on ira (Mme V, Mme M) jusqu'à pratiquer des **gestes** chirurgicaux à ce moment là, en l'occurrence des infiltrations, c'est-à-dire des injections de liquide directement sur les sites douloureux, au prix d'une mise en scène d'une relation bourreau-victime qui renvoie tant la patiente que le praticien à un sacrifice symétrique.

Toujours selon R. Girard, le dénominateur commun aux diverses pratiques d'extériorisation du *catharma* est la souffrance aigüe mais salutaire propre à assurer la guérison d'une maladie. Le *catharma*, c'est cet objet (ou, initialement d'un point de vue historique, cette personne) qui, par suite d'une « transposition physique de la dualité sacrée »⁹⁴⁷, est à la fois le mal à extirper et sa solution.

Catharsis et *catharma* ont revêtu plusieurs sens à travers l'histoire et les cultures ; l'un des sens de catharsis est : menstruation ; le terme *catharma* désigne aussi « l'occupation par excellence du héros mythique ou tragique »⁹⁴⁸.

⁹⁴⁶ Girard R., *La violence et le Sacré*, op.cit., p. 430.

⁹⁴⁷ Ibid. p. 431.

⁹⁴⁸ Ibid p. 431.

Elargissant son analyse des analogies entre biomédecine et chamanisme sur la question du *catharma* et de la catharsis, R. Girard rappelle que la « purification », la purge, est un phénomène qui existe dans la nature, et qui a servi de modèle d'interprétation secondaire pour désigner des solutions trouvées à l'irruption du mal, du désordre, de la violence, modèle d'interprétation qui est bien commun à de nombreuses cultures, et dont la détermination médicale ou chirurgicale, pour sophistiquée qu'elle soit, n'en est qu'une parmi tant d'autres, inscrites dans le même arbitraire :

« C'est parce qu'elle est sollicitée par le miracle de l'unanimité refaite que la pensée conçoit le modèle, dans une observation conjointe du naturel et du culturel, et elle recourt ensuite à ce même modèle un peu partout sans que nous soyons capables encore, même aujourd'hui, de dégager l'arbitraire du non-arbitraire, ni surtout l'utile de l'inutile, le fécond de l'insignifiant, en particulier dans le domaine psychopathologique ». Ainsi, il prend modèle sur la vaccination et ses rappels, qui sont autant d'« opérations bénéfiques » obtenues en repoussant « l'intrus maléfique » en introduisant « un peu », de manière préventive, exactement comme dans les rites ; les rappels de vaccin ne sont eux aussi, par analogie, que des répétitions sacrificielles. Et s'il est facile de rire des clystères de Molière, on rit moins des vaccinations, car leur efficacité est scientifiquement prouvée... sans que cela n'enlève rien au fait qu'au terme de déplacements, de substitution métaphoriques, la pensée scientifique ait de nouveau puisé dans une modélisation identique à la pensée archaïque. Le mode de pensée reste le même, et « nous découvrons à nouveau dans la pensée scientifique une fille de la pensée rituelle »⁹⁴⁹

*

Nous avons vu que terme de catharsis a aussi été appliqué par Aristote à la fonction du tragique, de la tragédie grecque. Voici ce qu'en dit R. Girard : « En décrivant l'effet tragique en termes de catharsis, il affirme que la tragédie peut et doit remplir au moins certaines des fonctions dévolues au rituel dans un univers où celui-ci a disparu. » La mise en scène théâtrale du destin tragique du *catharma*, qui bouleverse l'unanimité de l'audience, la « purge de ses passions » et provoque chez les spectateurs une forme de catharsis individuelle et collective salutaire. R. Girard avance que le théâtre, en particulier tragique, fonctionne comme une espèce de rituel pour ses spectateurs.

⁹⁴⁹ Girard R., *La violence et le Sacré*, op.cit. p. 434.

La tragédie est pour lui différente du mythe, et du rite, en ce qu'elle ne propose pas réellement de solution autre que la vertu cathartique du théâtre. Pour R. Girard, au sein du narratif qu'elle développe, il y a des références mythologiques, mais elle est d'inspiration plutôt anti-rituelle : là où le mythe conclut toujours par la désignation d'un bouc émissaire, différent, sur qui se déplacent dans un même mouvement la violence et le sacré, et trouve la résolution de la crise dans son sacrifice, la tragédie se saisit du mythe comme d'une « archéologie » pour mettre en scène le caractère pathétiquement vain, et pourtant inextricablement humain, de la solution rituelle sacrificielle.

Le sacrifice originel, et sa répétition dans le rituel, est la mise en scène sans fin rejouée, et inscrite dans le corps autant que dans la méconnaissance de son rationnel - condition de son efficacité - de la résolution d'une crise qui est avant tout mimétique (l'abolition de la différence par la mise en place d'une rivalité mimétique de l'ordre du désir, l'exacerbation de la violence réciproque qui est une autre *mimesis* : l'escalade symétrique des vengeances, et *in fine* la disparition de la différence) par la désignation d'un être différent qui est comme le double monstrueux des protagonistes de la crise.

Cependant, la violence est contagieuse, fluide, et échappe sans cesse à la connaissance au moment où l'on croit la saisir : avec la tragédie, le déplacement se poursuit : puisqu'elle est théâtre, « culture », ou encore « esthétique », elle reste « différente », mais, créant du « même », elle s'auto-désigne comme problème et solution dans une véritable dynamique rituelle et, de surcroît, sacrificielle.

b. Mythes

Toutes les formes rivales du 'savoir' sur l'humain à l'époque moderne « entretiennent avec le mythe un rapport ambigu, étant à chaque fois aussi démystificatrices que mythiques, mythiques dans le mouvement même d'une démystification, jamais illusoire assurément mais toujours limitée à l'autre mythe. Les mythes de la démystification pullulent comme des vers sur le cadavre du grand mythe collectif dont ils tirent leur subsistance. »⁹⁵⁰ C'est ainsi que, par exemple, la médecine et la psychanalyse rivalisent de démystifications réciproques.

⁹⁵⁰ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op. cit. p. 302.

Mais là où la médecine de la douleur se propose de faire réellement une différence, c'est qu'elle n'entend pas tout démystifier : elle s'accorde sur le fait qu'il y a mythe dans tout cela, mais qu'après tout, s'il est efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ? Elle n'échappe pas, ce faisant, à la règle qui veut qu'elle soit elle-même un autre mythe, et c'est ce mythe, tel qu'il apparaît dans ses organisations et ses narrations, que nous allons tenter, non de démystifier, mais de raconter.

1. En biomédecine

- L'âme, le corps, la mort, les femmes : de quelle tradition imaginaire le monde biomédical est-il porteur ?

Historiquement, nous avons vu que ce sont les femmes - les religieuses hospitalières, de la diaconesse primitive aux religieuses jusqu'à la fin du XIX^{ème}) qui ont géré ce dialogue à l'hôpital, sous le strict contrôle de la religion et de son ordre (règles, non-accès à la mystique individuelle et à la parole sacrée). Puis ce fut la psychanalyse (XX^{ème} siècle), dans le maintien d'une répartition dichotomique (âme ou psyché-soma) des rôles, avec pour corollaire un mouvement d'élimination de la dimension numineuse de l'existence humaine, de la puissance de l'imaginaire collectif et des mythes.

Or, de quelle tradition imaginaire les acteurs de la médecine de la douleur, patients inclus, sont-ils porteurs ?

G. Ernst⁹⁵¹ rappelle que les Grecs s'intéressent à la vie, et donc éventuellement au mourir et aux divinités aux pouvoirs mortifères (Érinyes, Kères...), mais pas au trépas, à l'après-mourir. Il cite ainsi Épicure : « La mort (*Thanatos*, le trépas) n'est rien pour nous ». Là aussi, cette tradition grecque préfigure celle qui sera la règle en biomédecine pendant des siècles : la biomédecine a appris à lutter contre le mourir, laissant l'après-mort aux religieux, plus précisément aux sœurs infirmières. Ces deux organisations se sont longtemps disputé, pour des raisons idéologiques, l'accès au malade : le soin de l'âme doit-il prévaloir sur celui du corps ? Initialement envisagée comme une priorité pour la guérison, le soin de l'âme est

⁹⁵¹Ernst G., "Mort", *op.cit.*

« (...) la mort est toujours un mythe. Ce mythe parle peu chez les Grecs et chez les Romains, où la Mort n'est que la divinité qui accueille les morts. Hésiode (*Théogonie*) la nomme *Moros* et la fait fille de la nuit qui engendre également, outre *Hypnos*, dieu du sommeil bienfaisant, *Thanatos*, le trépas. C'est lui, et non *Moros*, qui est le vrai dieu de la Mort. » p. 1369.

devenu, avec les progrès techniques, une mesure de soulagement, de plus en plus optionnelle à mesure que la médecine prenait le pas sur la religion dans l'organisation de l'accueil et du devenir des malades à l'hôpital. Ces disputes trouvèrent, à la croisée des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, une issue, avec la laïcisation de la profession infirmière, et plus largement, de la société ; le soin infirmier devint le lieu privilégié d'exercice de la « neutralité sacrée » évoquée par H. Dunant. Encore aujourd'hui, le souci de neutralité est un dogme présent dans toutes les bouches quand on évoque avec les infirmières leur clinique relationnelle. Ce qu'elles entendent par là est cependant bien difficile à faire préciser par les intéressées.

Concernant la situation contemporaine vis-à-vis du mythe de la mort, G. Ernst évoque un désintérêt qui va jusqu'au « déni de la mort ».

Il évoque (p 1381), en s'appuyant sur tous les travaux historiques, sociologiques, anthropologiques existants, la « déritualisation » et la « désocialisation » du mourir ramené à un évènement concernant uniquement les proches du mort et non le groupe, comme en témoignent les diverses procédures de mise à distance des morts dans les hôpitaux, aussi bien par les familles que par les soignants, dont les infirmières remarquent d'autant plus le caractère culturellement déterminé qu'elles sont confrontées à des patients issus de cultures et de religions différentes et agissant donc différemment, comme les Musulmans par exemple⁹⁵². La mort survient aujourd'hui le plus souvent en milieu médical. La médicalisation du mourir contribue à la désocialisation et à la déritualisation évoquées par G. Ernst. Dans le même temps, et d'une manière qui ne manque pas d'être paradoxale, « un nouveau mythe est en train de naître, celui de la Médecine. Il a son dieu, cet homme en blanc, magicien qui prolonge la vie le plus longtemps possible et rend le mourir indolore. » Ainsi, parfois à son corps défendant, le médecin, est aujourd'hui affublé, de par son savoir et pouvoir sur le mourir et la douleur qui y est associée, d'attributs divins. Le trépas, l'au-delà, n'en sont pas moins passés sous silence, compte tenu de sa tradition et de l'imaginaire médical, silence d'autant plus assourdissant dans cette situation paradoxale. Quand, dans la vie du patient, la douleur n'accompagne pas le mourir mais l'après-mourir, la situation n'en nécessite que plus d'invention.

La biomédecine est héritière, du point de vue imaginaire, de la tradition grecque d'une guérison activement recherchée par la raison discriminante. L'émergence de cet imaginaire

⁹⁵² Foulon M., « Le Cadre face aux rites de passage des soignants », *op.cit.*

médical⁹⁵³ a été concomitante de la disparition d'un imaginaire du soin féminin, passif, bienfaisant, résultant de liens entre féminin et nature manifestés dans la fécondité et la procréation : c'est la victoire d'Apollon sur Isis ; c'est la naissance d'Asclepios, amené à la vie du ventre d'une mère morte, morte par la punition d'Apollon pour avoir aimé un autre que lui. Ceci aussi est un « mythe fondateur » de la biomédecine, une violence fondatrice au sens de R. Girard, qui ne peut pas manquer d'interroger sur ses conséquences pour les femmes douloureuses, qui vont inévitablement se trouver aux mains de biomédecins en position d'initiateurs, et donc susceptibles, sans même le savoir - et encore plus efficacement puisqu'ils en méconnaissent les enjeux⁹⁵⁴ - de leur faire rejouer quelque chose de ce mythe fondateur.

C'est aussi l'époque de l'émergence d'un imaginaire de la puissance féminine comme menaçante et néfaste, qui perdurera à travers les siècles, de la Grèce à l'Occident chrétien, et trouvera sa confirmation dans les excès des soignantes laïques, sorcières, citoyennes infirmières, pour ne permettre un soin féminin légitime que sous le strict contrôle des ordres religieux : contrôle de son accès à la parole sacrée, parole-pouvoir, mise à distance du pouvoir de guérir, et abandon de la sexualité.

Cette définition sexuée des rôles soin = femme, guérison = homme, s'inscrit dans un imaginaire maternel pour le premier (soigner = veiller sur) et guerrier pour le second (guérir = défendre). Les délimitations des rôles propres aux sœurs hospitalières, outre la soumission à une règle (de St Augustin ou St Benoît) et à un ordre (le clergé), a donné lieu, à plusieurs moments de son histoire, à un débat parallèle, celui des rapports entre guérison du corps et guérison de l'âme, les sœurs se faisant reprocher d'accorder, par prosélytisme, la priorité à la guérison de l'âme. Ce débat ne trouvera, du point de vue du rôle des infirmières, une issue que grâce à des pionnières (F. Nightingale, V. de Gasparin) et pionniers (H. Dunant) protestants ; F. Nightingale fera triompher son approche pragmatique, et H. Dunant un principe bien étrange mais qui reste aujourd'hui la marque de l'éthique soignante et médicale : celui de « neutralité sacrée ». Et pourtant, peut-on être à la fois « neutre » et « sacré » ? Ce principe, énoncé initialement en termes politiques et guerrier (neutralité vis-à-vis des camps s'opposant dans une guerre), a trouvé une extension en termes religieux dans le principe de laïcité appliqué au soin.

La médecine de la douleur, on l'a vu, n'est pas neutre. Elle professe un certain nombre de valeurs : une certaine manière, complexe, de combiner auto et hétéronomie :

⁹⁵³ Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, op.cit.

⁹⁵⁴ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

L'épanouissement personnel. La créativité féminine. La résolution ou l'abandon des conflits. La levée du secret. Mais d'où vient donc cette tradition dans laquelle elle s'inscrit, et dont on a vu qu'elle présente certaines analogies avec le bouddhisme, et plus encore avec les systèmes chamaniques ? En remettant en cause les rapports respectifs soin/guérison, masculin/féminin, âme/corps, médecine/religion, établis par des siècles d'évolution médicale, la médecine de la douleur propose une révolution radicale qui ne peut que s'accompagner de modifications des mythes médicaux et soignants concernant la mort, le mourir, l'après-mourir.

- le mystère, l'énigme, le masculin et le féminin : la Sphinge

Du point de vue de l'imaginaire, c'est la rencontre d'Œdipe et de la Sphinge qui incarne le mieux les rapports ambigus entre les êtres humains et l'énigme de leur destinée, (naissance, vieillissement, souffrance, mort...) telle qu'elle se manifeste en particulier à travers l'énigme du temps. Les rapports entre savoir et pouvoir (sur le corps, la mort et les maladies), féminin et religion, tels que des siècles d'histoire du soin et de la médecine nous l'ont montré –et donc avec l'hystérique - sont parfaitement illustrés par l'évolution du mythe de la Sphinge.

C'est pourquoi il nous semble important ici, pour bien saisir quelle est la tradition imaginaire du monde biomédical au moment d'aborder la révolution apportée par la médecine de la douleur, d'accorder une place à l'histoire du mythe de la Sphinge, tel qu'il est décrit par Lise Revol⁹⁵⁵. C'est à elle que j'emprunte les données qui vont suivre.

Dans le *Dictionnaire des mythes féminins*, elle rappelle tout d'abord la dualité originelle du mythe : le Sphinx égyptien, figure mâle du dieu soleil et du pouvoir royal, et la Sphinge grecque, monstre féminin, incarnent tous deux l'énigme par excellence : l'énigme de la destinée humaine. Dans de nombreuses langues, les deux figures mythiques se confondent, seulement distinguées par le genre qui leur est attribué. Cette distinction se fait en fonction de critères variables selon le temps et le lieu. Le français seul introduit la distinction sémantique entre Sphinx et Sphinge. En suivant les variations du mythe, c'est aussi l'évolution des représentations de l'énigme de la destinée humaine que l'on suit, dans leur dimension sexuée⁹⁵⁶ comme dans leur dimension théologique.

⁹⁵⁵ Revol L., « Sphinx/Sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, op.cit, p. 1733.

⁹⁵⁶ L'adjectif «gendered», utilisé dans les études dites « de genre » en langue anglaise, n'a pas d'équivalent en français. Le terme « générique » ne renvoie pas nécessairement au masculin et au féminin. J'ai donc choisi, quand je ne pouvais pas formuler la phrase autrement, d'utiliser le terme « sexué », bien qu'il soit contestable

Le Sphinx en Égypte représente avec majesté les mystères ineffables de la naissance et de la résurrection du dieu solaire, et inspire le respect. En Grèce, la figure de la Sphinge va au contraire servir les préjugés misogynes concernant la bestialité des femmes. A l'énigme grandiose, mâle, de la naissance et de la mort, représentée par le Sphinx, se juxtaposent les aspects négatifs de l'énigme : « ignorance, erreur, aveuglement, cruauté instinctive » auxquels est attribués, à travers la Sphinge, un genre féminin (genre n'étant pas ici entendu au sens grammatical).

Les versions grecques du mythe méritent d'être détaillées, car c'est aussi du mythe d'Œdipe qu'il s'agit, ce même mythe qui fera l'objet de toute l'attention des freudiens, la Sphinge n'y trouvant que fort peu de place. La rencontre entre Œdipe et la Sphinge est un combat, dont Œdipe sort vainqueur ; c'est de cette victoire qu'il tient, avant de rencontrer les déboires 'familiaux' auxquels il doit aujourd'hui sa célébrité, le statut de héros. Le XX^{ème} siècle a oublié que bien avant de se trouver au cœur d'une tragédie familiale, il aura, dans sa jeunesse, été établi comme l'emblème de la victoire de l'intelligence humaine sur la bestialité assortie au genre féminin.

Dans la version la plus complète du mythe, la Sphinge est donc un monstre féminin hybride, mi-animal mi-humain, séductrice dangereuse, sanguinaire, qui tient Thèbes sous son emprise : Elle a posé aux gens de la ville une énigme :

« Il est sur terre un être à une voix, ayant
Deux et quatre et trois pieds ; seul il change parmi
Ceux qui vont sur le sol, en l'air et dans la mer ;
Mais quand il marche en s'appuyant sur plusieurs pieds,
C'est alors que son corps a le moins de vigueur. »

Chaque jour les thébains réunis en assemblée tentent en vain de résoudre l'énigme ; la Sphinge étrangle et dévore sur le champ ceux qui échouent. Survient Œdipe, qui trouve immédiatement la réponse ; « furieuse qu'un humain ait percé ses secrets, la Sphinge se serait alors elle-même précipité dans l'abîme. »

Freud n'a pas eu la primauté de l'éviction de la figure de la Sphinge : déjà, les textes grecs ultérieurs, en ne lui accordant qu'un rôle secondaire par rapport aux autres péripéties du mythe oedipien, participent du suicide mythique de la figure. La victoire de l'intelligence,

puisqu'il renvoie au sexe biologique et non au genre, culturellement déterminé, plutôt que d'utiliser un néologisme.

faite homme, sur la bestialité et la cruauté, faites femmes, n'en est que plus complète. Et la raison discriminante, masculine, de percer les mystères de la destinée humaine.

Le mythe, dans sa version latine, reconnaîtra en revanche le lien entre ces événements : la victoire de sa jeunesse sur l'énigme de l'humain ne protège pas Œdipe de l'énigme de sa propre destinée, dont le caractère tragique est même interprété comme la vengeance post-mortem de la Sphinge.

A travers le Moyen Âge, la lecture du mythe de la Sphinge s'inscrit « dans une perspective édifiante et chrétienne » : elle incarnera la survivance du paganisme, l'obscurité et la bestialité du monde préchrétien. À la Renaissance, elle devient symbole de cécité spirituelle - destin ironique quand on songe au « rôle prophylactique de la Sphinge antique (...), gardienne des tombeaux et des trônes » - ailleurs, de l'imbécillité, ou encore « du supplice cruel du doute et de l'irrésolution » face au royaume positif et puissant du savoir à conquérir.

L'auteur précise que la conception négative de la Sphinge jusqu'à l'aube du XVIII^{ème} siècle n'a rien à voir avec un « refus intellectuel de la notion d'énigme. Bien au contraire, c'est au cours de ces mêmes siècles que se développe « la nécessité d'une tradition occulte, voilant sous ses mystères une révélation accessible aux seuls initiés. Or cette interprétation ésotérique possède un emblème propre, héritier d'une tradition sacerdotale millénaire : le Sphinx, monstre mâle, de style égyptien. L'ambivalence fondamentale de la notion d'énigme, voilement et dévoilement du sens, sagesse et ignorance, trouve ainsi un écho symbolique dans l'ambiguïté du mythe. C'est en fonction de cette dualité de l'énigme que se répartissent les rôles entre le mythe féminin et le mythe masculin. La Sphinge incarne le versant négatif de l'énigme : ignorance, stupidité, cruauté bestiale ; le Sphinx représente son versant positif : savoir sacré, sagesse initiatique, grandeur divine. »⁹⁵⁷

Le parallèle entre l'évolution de cette figure mythique et l'organisation de l'accès au savoir, au pouvoir et à la parole des femmes de chair et de sang de ces siècles est édifiant. La cruauté qu'on lui attribue vient justifier, sans doute, dans l'imaginaire, le caractère sanguinaire de la répression que subiront celles qui, par leurs actes, s'opposeront à cette différenciation sexuée des savoirs et des pouvoirs sur le destin de l'Homme. De même, on peut faire correspondre le

⁹⁵⁷ Revol L., « Sphinx/Sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, op.cit., p. 1738.

caractère animal, instinctif, de cette figure imaginaire, avec le contrôle et les règles imposées aux femmes qui sont autorisées à voisiner avec la parole sacrée.

Dans le courant du XVIII^{ème} siècle, 'siècle des Lumières', le mythe connaîtra de nouvelles péripéties : « Condamnée pendant des années pour n'être point le Sphinx », on va désormais lui reprocher de « l'être trop » : à une époque où le Sphinx lui-même est récusé en ce qu'il représente « la froideur et la rigidité de l'édifice religieux », elle se voit balayée du même mouvement : « la figure de l'obscurité se transforme aisément en symbole de l'obscurantisme. Elle incarne conjointement l'illusion sacerdotale et les chimères de l'imaginaire, cibles principales d'un nouvel humanisme intellectuel et rationaliste. »⁹⁵⁸ Ce mouvement va encore s'accroître au début du XIX^{ème} siècle, au cours duquel Œdipe va devenir « le parangon du scientisme triomphant de l'obscurité archaïque des dieux et des croyances (...) Hegel montre ainsi dans son Esthétique comment Œdipe a réussi d'un concept, précisément, l'Homme, à réduire la profondeur cryptique du « symbole même du symbolisme », le Sphinx. Produit de l'esprit scientifique, le concept analytique élucide tous les mystères et démystifie les puissances monstrueuses. Le geste d'auto-désignation oedipien illustre donc le passage de l'hétéronomie à l'autonomie, du symbolisme inconscient de l'énigme au symbolisme conscient de la solution (...) »⁹⁵⁹

Le mythe retrouve un nouvel élan dans la deuxième partie du XIX^{ème} siècle : privé, depuis les Lumières, de son aura théologique, il développe sous l'égide de la Sphinge une signification nouvelle, en lien avec les mouvements littéraires et philosophiques de l'époque (romantisme, attrait pour l'Orient...) : celle d'une expression immanente de la transcendance, qui s'inscrit dans des conceptions vaguement panthéistes et qui substitue aux mystères de l'univers (Père tout- puissant) ceux de la Nature (Terre-Mère). « L'inconnu se féminise », conclut Lise Revol. Sa nature hybride prend une connotation positive, en ce qu'elle incarne la parfaite harmonie des contraires. Plus que féminine, elle est d'ailleurs androgyne. « A travers l'union entre le masculin et le féminin, l'androgyne illustre en effet la nostalgie d'une unité profonde entre le spirituel et le matériel, entre l'esprit et le corps, entre Dieu et l'Homme. »⁹⁶⁰

Mais « cette tentative de sacralisation du féminin échouera face à la misogynie des décadents » : la conception de la « destinée faite femme » conduit la Sphinge à devenir

⁹⁵⁸ Revol L., « Sphinx/Sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, op.cit., op.cit., p. 1739.

⁹⁵⁹ *Ibid* p. 1739.

⁹⁶⁰ *Ibid* p. 1740.

l'image emblématique de la femme fatale, « douée du pouvoir suprême de vie et de mort sur les hommes. (...) La nature hybride du monstre ravive dans l'imaginaire post-romantique et décadent les liens fantasmatiques entre l'Amour et la Mort, entre Eros et Thanatos. »⁹⁶¹ La conception qui se développe alors reste dans « la perspective judéo-chrétienne du péché originel (...) ». Le message de la Sphinge devient : « toute connaissance à un prix : celui de la souffrance et de la Mort. (...) La Sphinge participe d'une symbolique antithétique qui oppose la femme idéale, ange de virginité, à la femme satanique, séductrice et débauchée. »⁹⁶² C'est ainsi que de « figure de l'absolu romantique » la Sphinge subit un « retournement symbolique » qui en fait le témoin de la culpabilité sexuelle des auteurs d'une époque décadente, sans résoudre l'aporie illustrée par la pauvreté du choix unique laissé à la féminité : « c'est l'aboutissement d'un mouvement qui, voulant se servir du féminin pour réhabiliter le mystère de la Sphinge pour reprendre le flambeau du Sphinx, refuse à la femme toute expression spontanée. C'est un surnaturel d'artifice qui est ainsi construit par le dénigrement du naturel ; « le mystère se dégrade en énigme de pacotille », et l'on en vient à dénoncer l'énigme du féminin qui n'est plus que vacuité, mensonge, illusion. La Sphinge se fait cliché, perd sa majuscule et « n'a plus de secret pour personne »⁹⁶³.

Ces mouvements, qui semblent sans cesse s'épuiser pour en revenir au même point pour ce qui est du statut négatif du féminin dans l'imaginaire, et de l'impossibilité de lier transcendance et féminité tout en prenant en compte l'expression spontanée des femmes, annoncent cependant un changement fondamental dans l'appréhension de l'inconnu : « L'inquiétante étrangeté ne procède plus de l'autre mais du même. La fatalité, en se féminisant, s'est humanisée. (...) La Sphinge est bien désormais le double de l'homme. »⁹⁶⁴ L'évolution des mentalités à travers l'histoire voit l'énigme devenir le propre de l'homme. Dans cette conception, on retrouve une tendance déjà vue dans les formulations latines de la légende : la rencontre d'Œdipe avec la Sphinge détermine son destin ultérieur, mais cette fois en tant que principe interne : « La sphinge incarne certes plus que jamais l'Altérité menaçante et incompréhensible, l'éternel (le) inconnu sur le bord de la route. Mais cette altérité fait désormais partie de l'histoire individuelle. Autre que l'homme autrefois, autre de l'homme aujourd'hui, la Sphinge s'est intériorisée. »⁹⁶⁵

⁹⁶¹ Revol L., « Sphinx/sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, op.cit. p. 1741.

⁹⁶² *Ibid* p. 1742.

⁹⁶³ *Ibid* p. 1743.

⁹⁶⁴ *Ibid* p.1743.

⁹⁶⁵ *Ibid* p. 1745.

« Emblème de la disgrâce du paganisme dans les siècles chrétiens, puis figure du mensonge métaphysique détruit par l'esprit scientifique des lumières, la Sphinge cristallise à la fin du XIX^{ème} l'inquiétante étrangeté de la féminité. Il appartient au XX^{ème} siècle de déceler dans cette énigme l'ombre de la psyché. »⁹⁶⁶

L. Revol rappelle que bien avant Freud, les écrivains du XIX^{ème} ont pressenti l'existence de l'inconscient, tel un monstre, féminin, « tapi au fond de la conscience ». Freud, pour sa part, s'intéressera à Œdipe et peu à la Sphinge, qui sera en revanche l'objet de l'attention de K.G. Jung. Dans la théorie jungienne, le mythe de la Sphinge incarne à la fois la mère toute puissante et le père, en une figure archaïque, la « mère phallique », qui préexisterait dans l'imaginaire enfantin à la distinction des genres. Cette interprétation renoue avec le caractère androgyne et hybride de la Sphinge des romantiques. La Sphinge est alors « la condensation du parricide et de l'inceste (exprimée dans son caractère séduisant), la représentation synchronique de la diachronie œdipienne. »⁹⁶⁷ Ainsi le voisinage étymologique entre angoisse et Sphinge autour du verbe « étrangler » prend tout son sens.

Mais cette nouvelle formulation du mythe, dévoile aussi, à l'instar de son exploitation antérieure par la littérature ou la philosophie, la place de la psychanalyse dans la réponse à la question de l'énigme de l'humain au XX^{ème} siècle :

« Dans un mouvement qui résorbe le collectif dans l'individuel, la quête d'une cause première métaphysique se cristallise dans la question de l'origine. Là encore, le mystère de l'Humanité laisse place à l'énigme de l'homme, l'ontogenèse récapitule la phylogenèse. »⁹⁶⁸

Elle ajoute : « À l'issue de ce parcours, on peut se demander ce qu'il reste de l'énigme originelle. La Sphinge de la psychanalyse apparaît en effet dans une fonction paradoxale, étant simultanément le dernier avatar du mystère et l'ultime recours du rationalisme (...) Nommée et classée dans un système, elle procède d'un effort de rationalisation de la psyché (...) La psychanalyse propose à son tour la signification de la Sphinge, le mot prétendu de l'énigme. »⁹⁶⁹ La psychanalyse propose des explications du fonctionnement psychique, des modèles inspirés de la pensée scientifique.

Arrivant, pour finir, à l'époque contemporaine, elle précise qu'à la décharge de la psychanalyse et de ses efforts explicatifs, « la marge de manœuvre intellectuelle (...) est assez mince. Entre la tentation de l'irrationnel, angoissant pour certains, absurde pour la plupart, et

⁹⁶⁶ Revol L., « Sphinx/Sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, op.cit., p. 1733.

⁹⁶⁷ *Ibid* p. 1745.

⁹⁶⁸ *Ibid* p. 1745.

⁹⁶⁹ *Ibid* p. 1746.

la fidélité à une rationalité démystificatrice, la place du mythe est à redéfinir (...) dans un monde désenchanté. » S'appuyant sur l'œuvre de Cocteau ou des surréalistes, elle souligne elle aussi que l'issue, pour le mythe de la Sphinge, se dessine aujourd'hui « à la croisée des chemins de l'amour et de la poésie » ; que le réenchantement mythique procède d'un réinvestissement affectif de l'art et de la vie. Elle conclut en disant que la « Sphinge incarne en définitive la nécessité de ne jamais ignorer l'interrogation merveilleuse de l'altérité, cette énigme qui n'a pas d'autre mot que ceux pour la dire. »⁹⁷⁰

C'est précisément là que se situe la médecine de la douleur dans son rapport à ses « sphinges ». Cette analyse du mythe, tel que l'inconscient collectif le décline dans les différents lieux où il se manifeste, montre précisément à quel point la médecine de la douleur est en phase avec l'imaginaire contemporain, et comment, avec les outils dont elle dispose, elle propose à ses « sphinges » des solutions qui y sont puisées. Cela illustre à la fois le fait que les hystériques sont, pour la médecine, 'ses' sphinges, et les mouvements collectifs qui donnent sens aux solutions qui leur sont proposées.

*

La biomédecine gagnerait en humanité à considérer les liens inévitables entre ses pratiques et les pratiques religieuses, et à questionner la « neutralité sacrée » derrière laquelle elle abrite son acédie, et contribue ainsi à celle de l'époque. En particulier, des figures de la transcendance féminine resteraient à inventer dans notre culture méditerranéenne très imprégnée du panthéon gréco-romain, puis de christianisme, de judaïsme ou d'islam. Certes, inventer de toute pièce une mythologie n'est pas chose simple, ni dépendante de la seule volonté, et surtout pas de la volonté politique. Mais à ne pas nommer les difficultés, on ne se donne pas les moyens de les résoudre, et l'on voit qu'en donnant simplement du temps, et la parole aux femmes, soignantes, patientes, des issues apparaissent. Le mythe ne mourant pas, mais dormant seulement, il est à espérer que la féminisation de la profession médicale, conjuguée avec un brassage culturel intense, créera de nouveaux rêves, de nouvelles histoires, et de nouvelles issues.

La fonction de l'hystérique en biomédecine apparaît comme étant de rejouer sans fin la rencontre d'Œdipe et de la Sphinge. Énigme du temps, de la destinée humaine, incarnée par le

⁹⁷⁰ Revol L., « Sphinx/Sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, op.cit., pp. 1746-47.

féminin, objet des tensions entre ‘savoir’ religieux et ‘savoir’ scientifique, elle a fait les frais de siècles de dysharmonie masculin/féminin, entre autres entre imaginaire et analyse. Il semble qu’aujourd’hui, si la violence et la mort portées par une Érinye assoiffée de sang et aveuglée par l’élan de sa vengeance - dont elle ne voit pas qu’elle en paye aussi le prix- continuent à constituer une limite à une prise en charge possible, la troisième proposition amenée par la médecine de la douleur : ne pas dévoiler l’énigme, mais chercher seulement à vivre en harmonie, apaise nombre de patientes.

2. Réinvention du mythe en médecine de la douleur

- La mort - le tragique

Si l’on reconnaît des figures mythologiques dans l’imaginaire qui est à l’œuvre en médecine de la douleur, ce qui frappe plus, c’est l’acceptation d’une certaine modalité de leur mise en scène : le tragique.

« La tragédie est ce qu’elle sera toujours, le lieu et le moment symbolique ouverts à la démesure et à la mort »⁹⁷¹

Comme le dit Y, les récits des patients douloureux sont plus « *tragiques* » encore que ceux qu’il entend en psychiatrie tout venant.

Comme il le dit encore, l’une des particularités de la médecine de la douleur c’est que le médecin de la douleur rentre dans ce récit. Lui laisse libre cours. L’écoute. Participe.

Nous avons vu plus haut l’omniprésence, en médecine de la douleur, de la préoccupation de mort, tant chez les patients que dans les organisations mises en place par les soignants.

Ce que propose la médecine de la douleur, comme le rapporte très clairement Y, c’est une entrée dans cet espace ; une entrée co-naissante et com-préhensive, au risque donc du partage de l’expérience tragique. « La mort » dont il s’agit ici n’est pas tant, nous l’avons vu plus haut, que « le mourir », ou plutôt la lutte contre lui, qui intéresse tant la biomédecine, mais « l’après-mourir », *Thanatos*, le trépas, l’espace où pour certains résident les ancêtres, les dettes à leur payer, les héritages ou les missions qu’ils nous ont laissées... qui contribuent, qu’on le veuille ou non, à l’élaboration de notre récit de vie, et particulièrement chez les

⁹⁷¹ Ernst G., “ Mort », *op.cit.*, ici p. 1369.

hystériques rencontrées au CETD. La mort qui intéresse les professionnels du CETD, c'est celle avec laquelle on dialogue de son vivant, celle qui inscrit le présent dans un passé et un futur qui va au-delà de l'individu isolé, celle aussi qui est un grand organisateur du sens imprimé au récit que l'on se fait de sa vie... ce qui, dans la mort, est mystère, et définitivement méconnu.

Or, ceci a lieu dans un contexte culturel dont on peut dire qu'il est moins que sûr qu'il propose un étayage collectif suffisant à un tel voyage pour les médecins et les soignants. G. Ernst, évoquant les formes contemporaines du mythe de la mort, décrit une époque de « la mort du mourir dans les mentalités », ou de son effacement, une époque où le désir de dialoguer avec le mythe, désir qui le fonde, n'est plus.

*

Parmi les « *nœuds* » que les soignants et les médecins de la douleur vont chercher à atteindre, pour les dénouer, avec les patients douloureux chroniques, il y a ces récits qui concernent la mort d'un proche, d'un parent, d'un enfant né ou à naître mais déjà investi, récits que les patientes ont tenté de partager avec le monde biomédical, sans y parvenir. Le refus, le silence auxquels elles se sont alors heurtées, l'insistance avec laquelle elles ont continué à demander, ont souvent trouvé un aboutissement dans leur désignation comme hystérique. Il y a pourtant une certaine cohérence à se tourner, pour l'élaboration de ces décès, vers le monde médical où ils ont eu lieu ; mais leurs récits tombent dans le néant du silence médical sur la mort, dans l'absence de dialogue avec le mythe, qui rendent ces décès inélaborables. Bien souvent dans ces situations, quand le médecin ou/et l'équipe parviennent à sortir ces décès du silence dans le lieu même de leur survenue, c'est un moment important du chemin du patient vers un mieux-être. Ce qui n'est pas surprenant : parmi les fonctions du rite funéraire, celles de « thérapie des endeuillés, (...) premier pas vers l'apaisement » est bien connue.

Mais une équipe médicale et para-médicale peut-elle créer de toute pièce, dans une société qui ne s'y prête pas, un dialogue mythologique avec la mort, qui vise d'une certaine manière à réparer la dépression liée à l'absence de rite funéraire ? À moins qu'il ne s'agisse 'que' d'oser lever le silence sur des formes nouvelles, plus ou moins abouties du rite, et du mythe de la mort, tel qu'il a été vécu, sans être explicité, par les patientes dans le milieu médical ? En effet, la mort, elle, ne meurt jamais ; le mythe de la mort existera tant que les hommes existeront ; c'est le plus universel des mythes, et il n'attend pas : pour G. Ernst, la mort ne fait

de nos jours que dormir, mais « elle dort mal et son sommeil s'entend. Les vivants se réveillent, se souviennent instinctivement des images du passé, et tout aussi instinctivement, en créent des nouvelles. » A l'hôpital, haut lieu de la mort contemporaine, comment les vivants pourraient-ils dormir sur leurs deux oreilles ? La première enclave de résistance à l'oubli du mourir, le noyau même du mythe est d'ailleurs, toujours pour G. Ernst, la biologie. Ainsi, les patientes ne s'y trompent pas, qui demandent à la biomédecine, qui assiste le mourir, qui a le pouvoir de retarder ou d'adoucir le mourir, d'assurer aussi la « thérapie des endeuillés », de les accompagner dans un dialogue mythologique avec la mort, par le récit et par le rite.

*

Essentiellement, c'est là la révolution, la subversion, le changement de paradigme que propose la médecine de la douleur : entrer dans l'espace du tragique, c'est-à-dire dans un « dialogue mythologique avec la mort ». C'est ce dialogue qui se joue dans l'espace de mystère qu'ils acceptent de pénétrer, c'est cette dimension qu'ils acceptent d'ouvrir au dialogue dans l'« enclave mythique » propre à toute rencontre entre médecin et patient douloureux, c'est cette mythologie à laquelle ils se confrontent.

C'est « ce moment symbolique ouvert à la démesure et à la mort » qui naît dans l'enclave mythique de la relation médecin-patient évoquée par J.-P. Peter. Citant V. Jankélévitch, G. Ernst, dans le « dictionnaire des mythes féminins », rappelle que « le concept de mort (...) est absolument aporétique »⁹⁷² ; amenant avec lui la terreur et le néant, il n'est pas rationalisable. C'est pourquoi il échappe largement à la psychanalyse freudienne. « Elle est accessible, en revanche, au lyrisme et à l'image. Il se pourrait même qu'elle ne tienne qu'en images (...) La mort est toujours un mythe. »⁹⁷³ Accepter d'entrer dans un rapport authentique, c'est-à-dire narratif et non logico-scientifique, avec un patient douloureux chronique, c'est accepter de s'engager, à ses côtés, dans une dialogue mythologique avec la mort.

Dans cette expérience, les patientes font face à leurs terreurs, à leurs dragons, aux figures mythologiques, archétypes et images porteuses de mort ; les médecins et l'ensemble de l'équipe, aussi. Il est aisé de reconnaître, dans les patientes qui font trop mal, ou trop peur, les

⁹⁷² Ernst G., « Mort », *op.cit.*, ici p. 1369.

⁹⁷³ *Ibid*, p. 1369.

figures féminines de la vengeance (nous pensons ici à Sylvie : les Érinyes sont porteuses de la vengeance des trahisons d'ordre familial ; elles vengent, en particulier, le meurtre de la mère ; on les représente parfois avec les yeux injectés de sang) et de la colère, les ouvrières du mourir que sont les Érinyes, les Kères, ou les Furies. Ce sont ces monstres avec lesquels l'équipe doit ruser, ces monstres féminins qui 'possèdent' les patientes.

La mort, l'imaginaire de la mort est présent et manifeste pour les uns et les autres à travers la préoccupation permanente du temps et du rythme dans le vécu des uns et des autres, et le caractère central des tâches liées au temps parmi les tâches symétriques des soignés et des soignants.

En travaillant le temps, il ne s'agit, pour la médecine de la douleur, de rien moins que fonder une mythologie qui donnerait au temps une autre place, centrale cette fois-ci, et qui changerait le temps. Plus question de mettre en avant la lutte contre le temps (toujours plus rapide, toujours plus efficace, ne pas 'perdre de temps' dans sa lutte contre le mourir) mais la capacité à l'attente, à la lenteur, et l'attention portée à un rythme équilibré entre agitation et repos, nuit et jour, plaisir et peine. Toute la prescription du médecin de la douleur pourrait se résumer à ce **changement** du rapport au temps, prescription que le médecin s'applique d'abord à lui-même.

Or, la lutte contre le temps, c'est, dans l'imaginaire, et dès les inscriptions corporelles précoces des grands archétypes, avec la résistance aux changements imposés par l'extérieur, la structure de base qui vient servir de socle à la lutte contre le mourir.

*

Comment, au sein des théories et pratiques médicales, construisent-ils ce possible ?

L'équipe entière participe à l'élaboration d'un dialogue mythologique avec l'après-mourir, afin de pouvoir, à l'instar des chamans, construire autour du patient un récit collectif qui lui permette de reconstruire un tissu narratif déchiré, déchiré d'abord dans leur vie par la transgression (dont l'inceste) et la mort, et ensuite, collectivement, par l'élision de la mort, et du tragique.

Comment se construit cette collaboration ? Quelle est la place de chacun, et des femmes en particulier ? À quelles figures mythologiques les médecins doivent-ils faire face ? Quid de la protection des médecins et soignants ? Peut-on impunément porter un tel projet sans le soutien de la société où il se situe ?

Qu'est-ce que cette compréhension des enjeux tragiques apporte à notre lecture concernant le passage opéré par les hystériques en son sein, et celles qui refusent ce passage, mettant en jeu les limites de la médecine de la douleur ?

- La narration et le tissage

Nous avons vu, dans le recueil de terrain, que la **pluridisciplinarité** fournit, à de nombreux égards, l'occasion d'un tissage de la parole. Les métaphores du *lien*, du *nœud*, du *fil* ou du tissage, sont sans cesse présentes dans le narratif, tant entre professionnels que dans le narratif construit avec les patients. Le caractère tissé de la parole est une des conditions de son efficacité symbolique, et probablement, bien que partiellement méconnue, dans ses implications imaginaires, des acteurs eux-mêmes, l'une des raisons de l'attachement mystérieux autant que dogmatique à une **pluridisciplinarité** dont les modalités restent largement ouvertes à l'interprétation, à l'empirisme et à l'intuition.

Or, que nous apprend G. Durand s'agissant de l'imaginaire du tissage ?

Tout d'abord, que le tissage et le filage sont associés au temps : au devenir, et au temps cyclique marqué par les phases et le rythme lunaire :

« Les instruments et les produits du tissage et du filage sont universellement symboliques de devenir », ce qui est encore confirmé par l'étymologie du terme, qui renvoie à « destin ». Toujours dans ce registre du langage, il note qu'en latin, « les mots qui signifient « inaugurer », « commencer » (...) sont des termes relatifs à l'art du tissage ».

En outre, les divers personnages mythiques - des femmes - associés au tissage comme au filage ont un caractère lunaire. La fileuse, avec son rouet, « est maîtresse du mouvement circulaire et des rythmes, comme la déesse lunaire est dame de la lune et maîtresse des phases ».

Le symbolisme de la fileuse est rattaché au « mouvement rythmique et au schème de la circularité ». Ce qui apparaît ici, c'est, faisant écho à ce que le médecine de la douleur doit accepter de perdre - la maîtrise de la fuite du temps - une autre manière de maîtriser le temps : « La possession du rythme secret du devenir n'est-elle pas déjà gage de possession de l'évènement à venir ? »⁹⁷⁴

⁹⁷⁴ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., pp. 369-372.

Il ajoute que, là où le changement est surdéterminé négativement, le tissu au contraire, l'est positivement. Le fil est symbole de lien, de lien qui rassure, de liaison, symbole de continuité - cette même *continuité* dont les patientes font l'éloge s'agissant des pratiques et paroles de l'équipe. Le tissu s'oppose à la discontinuité, à la rupture, au hiatus, il est réparation, comme dans la métaphore utilisée par Ricoeur s'agissant de la souffrance.

G. Durand cite même G. Canghulem, sur ce même thème : « Le tissu est fait de fils, c'est-à-dire ordinairement de fibres végétales. » Et G. Durand poursuit ainsi : « L'isomorphisme du végétal et du tissu, inclus dans le schème de la continuité, est donc flagrant, et s'oppose au séparatisme de la cellule. Contrairement à la fragile cellule le tissu est fait pour être palpé, froissé, et l'épistémologue ne peut résister à l'attrait d'une image aquatique qui vient surdéterminer encore la continuité du matérialisme tissulaire (...) »⁹⁷⁵

Sur ces thèmes du végétal, du liquidien, et du lunaire auxquels renvoie le tissu, il précise ailleurs que : « le symbolisme végétal contamine toute méditation de la durée et du vieillissement (...). Il est (...) très souvent explicitement choisi comme modèle de métamorphose. »⁹⁷⁶

Citant Ehrenreich⁹⁷⁷, il ajoute : « la divinité lunaire est toujours en même temps divinité végétale, de la terre, de la naissance et des morts ».

Il apporte en outre une précision intéressante, qui confronte la suprématie du mythe solaire, masculin, d'Apollon à l'efficacité du mythe féminin, lunaire : « Le cycle naturel de la fructification et de la végétation saisonnière nous semble réglé par l'année solaire, mais cette solarisation n'existe que pour une réflexion qu'a suffisamment rationalisée l'astronomie. Dans une représentation naïvement imaginative le cycle des saisons et la rythmique agricole (une métaphore de l'attente et de la maturation fréquemment utilisée par le médecin-chef est celle de « planter une graine, et attendre ») sont d'abord reliées à la lune. Seul le rythme lunaire a la lenteur tranquillisatrice propice à l'instauration d'une philosophie agricole. »⁹⁷⁸

⁹⁷⁵ Toutes citations de Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., pp. 369-372.

⁹⁷⁶ *Ibid*, pp. 340-342.

⁹⁷⁷ Ehrenreich, *Allgemeine Mythologie*, in Durand, *ibid*, p. 341.

⁹⁷⁸ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit. p. 339. Cette « suprématie du mythe solaire, masculin, d'Apollon » n'est effectivement pas universelle ; elle apparaît liée au panthéon gréco-romain. On l'observe en Occident, mais en Chine et au Vietnam par exemple le rythme est celui de l'année lunaire avec des cycles de douze années lunaires.

De grands thèmes se dégagent donc déjà de l'abondance des métaphores liées au tissage, et du reste à la maturation végétale, au CETD : le narratif, son contenu autant que son organisation, ce même narratif dont le CETD fait une des conditions de son efficacité, fait sans cesse référence à un imaginaire surdéterminé positivement, qui a trait à la métamorphose, à une maîtrise du temps qui n'est pas fuite mais respect de ses cycles - y compris dans la mort - et qui confère cependant une certaine capacité à la prophétie. Cet imaginaire est largement placé sous l'égide de divinités féminines et lunaires, et marqué par la continuité ; il s'oppose en cela d'une part à l'imaginaire masculin et solaire, et d'autre part à la discontinuité d'une représentation « cellulaire » de ce qu'est un tissu - représentation ô combien biomédicale.

La riche mythologie du cercle associé aux techniques du tissage est aussi, notablement, associée, dans l'imaginaire, aux techniques du voyage, dont on a vu qu'elles constituaient une métaphore des techniques de guérison dans les systèmes de représentation chamaniques, et qu'elle était utilisée aussi au CETD.

- Les femmes, le féminin et la mort : Perséphone

Nous avons constaté dans l'étude de terrain toute l'importance qui était accordée au travail infirmier, respecté dans son autonomie et sa spécificité, marquée par la continuité, la « micro-temporalité », l'intuition et l'oralité.

La compétence infirmière a pourtant, ailleurs en biomédecine, bien du mal à être reconnue pour ce qu'elle est, sans devoir subir une transformation qui en fait un 'savoir médical miniature' et dénature son rôle. Les récentes décisions - contestées - concernant la création d'un Ordre infirmier peuvent être interprétées symboliquement comme allant dans ce sens, en ce qu'ils copient pour le 'corps infirmier' la structure du 'corps médical'.

Dans *Ma vie, Mes rêves (...)*, K.G. Jung écrit ceci : « le cratère est un principe féminin qui n'a trouvé aucune place dans le monde patriarcal de Freud. Certes, Freud n'est pas le seul à souffrir de ce préjugé (...) ». Ce cratère, emprunté à l'alchimie, est un récipient mélangeur, le vase de la métamorphose en esprit, ou encore « une sorte d'utérus du renouvellement spirituel et de la renaissance »⁹⁷⁹.

Les mythes féminins comportent, à côté des figures monstrueuses et maléfiques évoquées plus haut, d'autres, bénéfiques ou ambivalentes, mais douées de pouvoirs de renaissance et de

⁹⁷⁹ Jung, C.G., *Propos recueillis par Anièla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées, op.cit.*, p. 323.

métamorphose. Il nous semble que la biomédecine s'en est trop longtemps méfiée : il suffit de se référer pour cela à l'historique dressé précédemment. La médecine de la douleur semble, pour sa part, s'être résolue à en tirer parti, en valorisant et en légitimant chez les infirmières des compétences qui renvoient à ces figures mythiques, et que la pluridisciplinarité va mettre en scène, avec, et devant les patientes.

Ainsi en va-t-il en particulier du mythe de Perséphone

Perséphone est déesse du rythme... cyclique des saisons, dans l'oscillation nuit/jour qui répond à hiver/été et aussi à mort/vie. Elle symbolise la mort, étape nécessaire pour se régénérer et revivre ; cet hiver est la purification de l'âme (« *il faut qu'elle parle* » « *il faut qu'elle se déprime* »), la catharsis. La purification est nécessaire au salut des âmes, à la métempsychose aussi.

Au CETD faire parler a valeur de purification, jusqu'aux larmes, et les infirmières rivalisent d'adresse, privilégiant le secret de la parole nocturne, pour aboutir à ce résultat. La purification par l'eau, la catharsis recherchée, c'est aussi le moment des larmes, vécu comme un soulagement, une étape nécessaire que l'on va nommer « *lâcher-prise* ».

L'injection, la perfusion, dont on connaît sans l'expliquer le pouvoir magique, renvoie au sang, et à l'effraction cutanée, certes, mais aussi à l'eau, à ses vertus purificatrices et à son « irrémédiable féminité »⁹⁸⁰.

C'est aussi par Perséphone qu'amour et enfer se rencontrent; puisqu'elle est l'épouse d'Hadès (Pluton) qui l'a enlevée pour l'épouser, et qu'elle finit par aimer.

Voici ce qu'en dit G. Durand : elle ne fait pas qu'osciller ; c'est une figure unificatrice dans la dualité entre la vie et la mort. Perséphone incarne la résurrection et le triomphe sur la mort. Elle ramène aussi dans la vie le souvenir de la mort : elle symbolise, dans la vie, la rupture de la vie. La voie de la salvation et du salut représentée par cette figure passe soit par le dévouement, soit par le sommeil, soit par la sublimation de la poésie. Perséphone détient le secret de l'équilibre du monde, placé sous le signe du verbe. Son enlèvement est ressenti comme une perte de la parole.

⁹⁸⁰ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., p. 106

On a vu toute l'importance qu'a pour les infirmières - et pour les patientes - leur présence nocturne, et les particularités difficiles à préciser de la parole à laquelle la nuit donne lieu : « *on ne dit pas la même chose* ». Elles alternent jour et nuit, leur présence se caractérise par sa continuité ; cela est très visible dans le cas de Sylvie : seules leurs transmissions écrites peuvent rendre compte du déroulement quotidien des événements. Des propos ou des incidents qui, pris isolément, pourraient sembler sans importance, c'est-à-dire sans signification diagnostique ni implication thérapeutique particulière, prennent un tout autre relief quand ils sont restitués dans la continuité de leur fil narratif, témoin de leur attention à la « micro-temporalité » évoquée par Millet.

Leurs propos témoignent bien d'une réalité : affective, corporelle, pas nécessairement élaborable théoriquement ni rationalisable, mais non moins réelle.

En outre, les infirmières impressionnent car elles ont aussi - dans leur pratique quotidienne et dans l'histoire de leur profession, bien plus souvent que les médecins - côtoyé la mort, surmonté la peur de la mort (et de la contagion) pour retourner à la vie, comme Perséphone. Malgré la brutalité, la violence des circonstances dont elles sont témoins, elles ne semblent pas se départir de leur douceur. Cela fait partie de leur fonction, et de leur histoire (les sœurs, la peste, etc...). Elles vivent en partie dans le monde de la vie, en partie dans le monde de la mort. A l'instar de l'image popularisée de Florence Nightingale, elles représentent une présence féminine dans l'enfer guerrier du mourir, et à travers cette présence, chacun trouve, ou s'attend à trouver, qui une mère, qui une épouse... de la charité, de la bienveillance, de l'amour - osons le mot - survivant dans cet enfer.

F. Martel, surveillante infirmière, propose dans la revue *Recherche en Soins Infirmiers*⁹⁸¹ une analyse de l'épuisement professionnel des soignants en lien avec la difficulté à porter une parole qui leur soit propre. Saisies entre des impératifs parfois paradoxaux d'« humanité » et de « scientificité », tenues de respecter les prescriptions médicales et d'assurer la sécurité des malades, les infirmières tendent à supprimer de leurs transmissions ce qui ne reproduit pas un format médical ; leur parole propre, le recueil des données de soin, sont très subjectifs, peu scientifiques. « Le domaine de l'information soignante reste celui des transmissions orales ». S'agissant du passage à l'écrit, elles rencontrent bien souvent des difficultés qui ont à voir avec leur autonomie et leur légitimité, dans un système de soin donné : « L'absence d'une conception de soin adaptée aux spécificités du client rend aléatoire la prise en compte de leurs

⁹⁸¹ Martel F : « Concepts de soins et outillage infirmier ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ? », in *Revue de recherche en soins infirmiers* n° 24, Mars 1991, pp. 4 -17

besoins(...) en l'absence d'une philosophie de soins qui les sensibilise au respect des besoins de leurs clients, sans une démarche qui les aide à recueillir et analyser ces données, sans référence à un savoir entretenu, la prestation infirmière repose souvent sur une opinion ou un ressenti qui, pour être parfois valables, n'en sont pas moins difficiles à retranscrire. (...) pour prendre le moins de risque possibles dans le domaine des soins que leur délègue le corps médical, elles recopient sans cesse les prescriptions. Mais pour ce qui est de leur rôle propre, elles évaluent mal leur responsabilité et abandonnent plus facilement ce domaine de soins. Logiquement se met en place le cercle vicieux de l'absence de risque qui prive de liberté, freine la créativité, empêche l'autonomie et met en insécurité. »⁹⁸²

Selon F. Martel, le dossier de soin infirmier est un véritable outil de soin. Il porte aussi, réellement autant que symboliquement, les traces de la place accordée aux soins infirmiers dans un service, et à travers ces soins, à ce qui est dit et ressenti par les patients, aux aspects subjectifs de ce qui se joue dans la relation de soin. L'infirmière est la gardienne de cet espace, et le dossier écrit est l'outil qu'elle a pour en défendre la spécificité, l'autonomie et la liberté.

En poursuivant l'analogie avec Perséphone, on voit toute l'importance du verbe dans la profession infirmière et sa relation au patient. On voit aussi combien l'épanouissement d'un verbe créatif, témoignage authentique de la réalité subjective du patient, est étroitement tributaire d'une conception générale du soin dans l'institution concernée, qui lui fasse la place.

Manifestement, le CETD de Nantes accorde une grande place de légitimité et d'autonomie à cette parole et à ces spécificités ; ce qui permet que les patients à leur tour écrivent des courriers, leur histoire, voire des poèmes.

Troisième analogie avec Perséphone, déjà introduite avec la question du cycle de vie et de mort, la question du rythme : on a vu qu'au CETD de Nantes, dans certains cas - plus la patiente est ou a été reconnue comme hystérique et plus cela sera le cas - la conception infirmière du rythme qu'il convient d'imposer à la **prise en charge** est celle qui est élue.

⁹⁸² L'emploi du terme « client » peut paraître surprenant dans la bouche d'une infirmière, et encore plus, peut-être, d'un cadre infirmier. C'est cependant une évolution adoptée par certains, rares en France, qui témoignent encore de l'importance du langage et des catégories dans les stratégies de soin, et qui ont pour vocation de préserver la place du sujet, de rappeler aux soignants qu'ils ont le devoir d'être à l'écoute de la personne. Plus fréquente est la mutation des « patients » en « usagers ». L'article ne précise pas où l'auteur exerce.

« Incarnant donc la métempsychose de l'âme, la mort devient promesse d'une vie future par le port, en soi, de cette mort inéluctable à la vie. »⁹⁸³ Les infirmières⁹⁸⁴ apparaissent, dans cette analogie avec Perséphone, comme les interlocutrices privilégiées d'un dialogue mythologique avec la mort. Que Perséphone soit 'leur' mythe est particulièrement notable quand il est autorisé à s'épanouir et à délivrer ses fruits, comme c'est le cas au CETD à travers l'importance donnée à leur parole, à la continuité de leur présence. Quand leur institution veut bien « croire » à leur capacité à *travailler* au corps les imbrications de la vie et de la mort chez une même personne, à les « dénouer », et les autoriser, même à mots couverts, à utiliser l'eau et la nuit à des fins d'efficacité symbolique, l'analogie avec Perséphone se confirme dans l'aboutissement de leur œuvre sous forme de verbe créatif, de rythme, et de métempsychose.

- Thanatos, Hypnos, Moros

Dans les mêmes moments où s'établit une profession infirmière laïque légitime, et où l'Église se sépare de l'État, c'est-à-dire à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, l'avènement de la psychanalyse sera l'occasion de débats et de clivages sur la question du religieux ; ainsi, en particulier, entre Freud et K.G. Jung. Ce dernier décrit le conflit en ces termes : selon Freud, l'inconscient est pervers, menteur ; pour K.G. Jung, il est nature et ressource. Pour K.G. Jung, la psychanalyse doit pouvoir éveiller les patients à ce qui est « différent, et meilleur », et « comment pourraient-ils en devenir capables sinon en découvrant quelque chose qui puisse leur servir d'appui ? »⁹⁸⁵. C'est le numineux, tel qu'il se manifeste par exemple dans l'inceste et le sacrifice, qui va donner l'occasion de la rupture entre Freud et K.G. Jung. Celui-ci s'intéresse, entre autres, à la « signification psychique de l'inceste comme symbole ». Il écrit : « ma préoccupation essentielle était d'approfondir la sexualité au-delà de sa signification personnelle et de sa portée de fonction biologique, et d'expliquer son côté spirituel et son sens numineux. »⁹⁸⁶. Je répète ce qu'il dit du « cratère » alchimique, le vase de la métamorphose en esprit : « le cratère est un principe féminin (...) une sorte

⁹⁸³ Doudoumis A., « Perséphone », Dictionnaire des mythes féminins, Le Rocher, Monaco-Paris, 2002, pp. 1539-1546, ici p. 1542.

⁹⁸⁴ Je mets ce terme au féminin, eut égard à la très forte tradition et prévalence féminine de cette profession, qui comporte, à l'inverse de ce qui se passe en médecine, de plus en plus d'hommes. J'ignore comment ces hommes vont inventer leur rôle. Quand je parle de la profession infirmière, je ne décris pas ce qu'est cette profession par nature, seulement ce qu'elle est à ce jour par tradition et dans les faits.

⁹⁸⁵ Jung, C.G., *Propos recueillis par Aniela Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, op.cit. p. 267.

⁹⁸⁶ *Ibid* p. 270.

d'utérus du renouvellement spirituel et de la renaissance (...) » ; il ajoute : « qui n'a trouvé aucune place dans le monde patriarcal de Freud. »⁹⁸⁷

En France, ce sont, malgré les réticences initiales, les travaux de Freud qui vont laisser leur empreinte, les travaux de K.G. Jung étant largement passés sous silence.

Pour K.G. Jung, chacun doit, pour élaborer un récit de vie qui permette de sortir de la souffrance, s'efforcer d'élaborer une représentation de ce que sera la vie après la mort. Pour lui, l'être humain doit s'attacher de son vivant, à penser *Thanatos*, à s'en forger une représentation - c'est là la condition du 'bien vivre' et du bien mourir' : sa philanthropie. Les travaux de K.G. Jung, médecin qui a tenté de s'affranchir de l'imaginaire gréco-romain de la guérison, et d'aborder avec ses patients l'univers mythologique de la mort, apparaissent donc comme une ressource possible pour avancer ensemble dans la tragédie.

En outre, il apparaît clairement, à entendre les enjeux de la polémique entre ces deux maîtres, à quel point la psychothérapie est aussi une anthropologie, et une idéologie.

Nous avons vu que parmi les auteurs de référence en médecine de la douleur, sur la question non de la psychogenèse des troubles, mais de la « gestion » de la difficile relation entre le médecin et le patient douloureux chronique, nombreux sont ceux qui ont été influencés par les travaux de K.G. Jung ; l'hypnose est, pour eux, un outil thérapeutique majeur face à la douleur chronique. L'hypnose conversationnelle, à laquelle plusieurs des professionnels y exerçant sont formés, est régulièrement pratiquée au CETD..

Dans la tradition grecque, la Nuit est mère de *Moros*, *Thanatos*, et *Hypnos*. Dans l'enclave mythique, au risque du tragique, où s'engage le médecin de la douleur, l'hypnose apparaît comme un des outils sur lesquels il s'appuie pour aborder *Thanatos*, et la Nuit.

Sur mon terrain, le rôle-clef de la sociothérapeute - dont je rappelle qu'elle est également musicothérapeute, hypnothérapeute, et oblate bénédictine -, malgré le statut de bénévole qui fut durablement le sien, prend tout son sens. La place faite à la parole nocturne des infirmières, également.

⁹⁸⁷ Jung, C.G., *Propos recueillis par Anièla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées, op.cit.* p. 323.

- Hermès, l'harmonie des contraires, le cycle, les rites, les sacrifices

Nous venons de voir que le cycle - et d'abord celui de la vie et de la mort, est une figure imaginaire majeure dans le narratif mythique qui accompagne l'exercice de la médecine de la douleur et légitime ses pratiques. Nous avons vu également que de bien des manières, le fil continu de la présence infirmière, alternant nuit et jour, vie et mort, est à l'origine aussi d'un autre fil continu, celui de la parole, de l'oralité, et renvoie au mythe de Perséphone, dite aussi : « la jeune fille », ou « la fille ».

Mais à côté de cette « fille », apparaît une autre figure, maîtresse également : celle du « Fils », c'est-à-dire Hermès, le dieu messager, maître de l'écrit, et aussi le dieu psychopompe, qui voyage aussi du royaume d'Hadès au royaume des vivants - entre autres dans le mythe de Perséphone.

Là où le biomédecin s'appuie clairement sur la mythologie solaire d'Apollon, le médecin responsable du CETD, premier collaborateur des 'infirmières-Perséphone', présente avec Hermès de multiples analogies dans la fonction qui est la sienne, y compris dans ses aspects sacrificiels.

- ✓ La première et principale de ses analogies renvoie à la fonction principale du médecin-chef : faire, envers et contre tout, la synthèse des contraires.

« Hermès apparaît toujours comme un précipité dramatique et anthropomorphe de l'ambivalence, une traduction temporelle de la synthèse des contraires, surdéterminé par le processus de la genèse végétale (...) »⁹⁸⁸

G. Durand définit ainsi le « drame agro-lunaire » qui préside à la naissance d'Hermès, « le Fils » : la lune, par son aspect cyclique, est une figure ambivalente ; elle porte la mort, autant que la vie ; elle est aussi attachée à l'androgynat primitif. Cette cohabitation des contraires défie la raison, même la raison primitive, et c'est de ce défi qu'est né « le mythe du Fils », qui va porter le crime, et « laver » ainsi d'une certaine manière l'image de la mère. Il est le substitut masculin de la déesse-mère. Il a aussi commis un crime originel : il sera l'amant de sa mère.

⁹⁸⁸ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit. p. 351.

Ce « Fils » est un être ambigu, qui participe de la bisexualité. Il naît d'un mariage divin, de la réconciliation des contraires, il est aussi médiateur divin. C'est une figure complexe, qui assumera diverses formes à travers l'histoire.

✓ La seconde analogie a trait à la métamorphose, au devenir, à la sublimation de l'être

Dans l'alchimie, toujours dans les travaux de G. Durand, la figure d'Hermès trismégiste, est « le principe même du devenir, c'est-à-dire, selon l'hermétisme, de la sublimation de l'être »⁹⁸⁹

G. Durand tisse des liens entre mythologie grecque et égyptienne et relie l'étymologie ainsi constituée par lui du nom « Hermès » à « mêler, adoucir par le mélange », soit à « rassembler en un seul, totaliser ». Une autre interprétation de ses interprétations étymologiques renvoie à « mouvement », ou encore à « courir, couler ».

G. Durand conclut : « le Trismégiste est donc bien la trinité symbolique de la totalité, de la somme des phases du devenir. »

Hermès est Fils de Zeus et de Maïa, la Grande Mère des cabalistes. L'alchimie représente ce fils dans l'œuf, à la conjonction du soleil et de la lune (...) Le fils (devient) son propre père et souvent, le roi avalant son propre fils. (...) L'alchimie ne tend pas à réaliser l'isolement mais le *conjunctio*, le rite nuptial auquel succèdent la mort et la résurrection. De cette *conjunctio* naît le Mercure (Hermès latin) transmué. Le fils est assimilé au Christ, au produit du mariage médiateur dont on retrouve d'ailleurs des traces dans les légendes relatives à la naissance du Bouddha.»⁹⁹⁰

« Plus tard, Mercure (...) se sublimera en partie en Saint Michel, messenger du ciel et psychopompe, et en partie se dégradera en diable. »⁹⁹¹

*

Les travaux de G. Durand sont contestés parmi les érudits - ils font autorité pour certains, sont refusés par d'autres. Il a installé, en France, « l'anthropologie de l'imaginaire » à l'Université. Sa position consiste à tisser des liens entre les différentes mythologies existantes ou ayant existé, afin de dégager des constantes universelles autant qu'intemporelles, des archétypes.

⁹⁸⁹ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit. p. 347

⁹⁹⁰ *Ibid* p. 348.

⁹⁹¹ *Ibid* p. 349.

La mythologie apparaît extrêmement complexe du point de vue historique - ne serait-ce que parce que chaque figure prise séparément à déjà de multiples histoires, différentes selon les sources et les époques - ouverte à de multiples interprétations, et donc à de multiples contestations.

En outre, ce qu'est même la mythologie est discuté. La multiplicité même des interprétations a du sens, et la forme n'en modifie pas nécessairement l'effet, ou le noyau d'efficacité – la vérité importe peut-être moins, ici aussi, que ce qui est effectivement raconté. Pour d'autres – les tenants de l'anthropologie de l'imaginaire, entre autres – la recherche d'une vérité historique ne sature pas ses significations, et elle ne prend son sens que dans une appropriation, individuelle et collective, qui mêle présent et passé, introspection et érudition ; pour ceux-ci, la 'vérité' sur la mythologie est indissociable de son efficacité : le mythe ne s'explique pas, il se comprend, il se vit, de l'intérieur.

La logique de ce travail consiste aussi en une tentative de constituer un ensemble cohérent, pouvant rendre compte du fonctionnement et de l'efficacité des observations complexes rassemblées, quitte à recourir à l'analogie, à la métaphore, à l'imagination poétique, à la traduction. Avec l'anthropologie et l'histoire, j'essaye, non pas d'expliquer la cause ou l'origine unique d'un phénomène et de démontrer que ce que je dis est vrai, mais de formuler des hypothèses qui permettraient de rendre compte ou de comprendre les effets – plutôt que les causes – de ce qui est observé dans un temps et un lieu donné, en me plaçant du point de vue – intérieur – de l'expérience des personnes concernées, dont je fais partie. Or celle-ci engage, nous l'avons vu, l'imagination, la créativité, la subjectivité, la narration., la traduction.

Les interprétations et analyses de G. Durand fournissent des analogies troublantes – des 'traductions entre mythe et démystifié' – entre les différentes figures d'Hermès telles qu'il les décrit, et la fonction du médecin responsable dans l'ordonnancement rituel de la pluridisciplinarité, de son tissage narratif, de son efficacité symbolique puisant dans la mythologie collective. Cette fonction s'appuie essentiellement sur sa capacité – dans la narration et dans les faits – à faire cohabiter les contraires pour produire des réponses « *créatives* », du mouvement, et un narratif positif.

En outre, comme le remarquait l'un des psychiatres du service : les patientes nous rappellent, à tous, nos mères ; que dire alors de ce « Fils » qui lave la mère, en portant sa faute, sinon qu'il se sacrifie un peu ?

- ✓ À ces analogies s'en ajoute une troisième, qui a trait au temps

L'autre grande fonction du médecin responsable est de parvenir à domestiquer, sans angoisse, un temps représenté comme cyclique.

« Le but suprême de l'alchimie serait bien d'engendrer la lumière (...) ou mieux d'accélérer l'histoire et de maîtriser le temps⁹⁹² ». Mais ici, comme plus haut avec la roue de la fileuse, absoudre de la loi du temps ne signifie pas lutter contre le temps, mais s'intégrer dans le cycle du temps.

- ✓ En outre, le mythe d'Hermès et les archétypes que G. Durand y attache peuvent constituer un fondement mythologique pour les dynamiques sacrificielles que j'ai observées :

En effet, « sont isomorphes de ce mythe (d'Hermès) dramatique toutes les cérémonies initiatiques qui sont des liturgies, des répétitions du drame temporel et sacré, du temps maîtrisé par le rythme de la répétition. L'initiation est plus qu'un baptême : elle est un engagement, un envoûtement (...) elle est plus qu'une purification baptismale, elle est transmutation d'un destin. (...) L'initiation comprend presque toujours une phase mutilante ou sacrificielle qui symbolise au second degré une passion divine (...) (Cette phase) correspond à l'intention marquée de souligner une victoire momentanée des démons, du mal et de la mort »⁹⁹³

« Le sacrifice humain est universellement pratiqué dans les liturgies agraires »⁹⁹⁴

Et il conclut : « Le sacrifice marque une intention profonde non pas de s'écarter de la condition temporelle par une séparation rituelle mais de s'intégrer au temps, fut-il destructeur (...) et de participer au cycle total des créations et des destructions cosmiques. »⁹⁹⁵

« Tout sacrifice est un échange, est sous le signe de Mercure (...) C'est dans le pouvoir sacramentel de maîtriser le temps par un échange vicariant et propitiatoire que réside l'essentiel du sacrifice. La substitution sacrificielle permet, par la répétition, l'échange du passé contre l'avenir, la domestication de Kronos (...) Il est remarquable à ce propos que les

⁹⁹² Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit. p. 349.

⁹⁹³ *Ibid* pp. 351-52.

⁹⁹⁴ *Ibid*, p. 353.

⁹⁹⁵ *Ibid*, p. 354.

mythes que nous venons de décrire lient toujours sacrifice et prédiction (...) Par le sacrifice l'homme acquiert des droits sur le destin, et possède par là une force qui contraindra le destin et par suite modifiera au gré humain l'ordre de l'univers.»⁹⁹⁶

*

Ce détour par les travaux de G. Durand sur l'anthropologie de l'imaginaire a permis de repérer des analogies troublantes et convergentes entre la lecture qu'il fait de figures appartenant à la mythologie collective, et les conditions de l'efficacité symbolique de la médecine de la douleur telles que les explicitent les professionnels eux-mêmes, sans toutefois pouvoir toujours s'en expliquer.

Il y a, d'abord, l'harmonie des contraires - parmi lesquels les moindre ne sont pas la vie et la mort - et une représentation circulaire, cyclique, des causes comme du temps. Il y a une façon de vivre le voyage du temps qui n'a rien n'avoir ni avec la fuite brouillonne de l'agitation, qui est aussi fuite et crainte de la mort, ni avec le destrier d'Apollon, mais avec une manière d'être lent, d'attendre la maturation, et d'accepter le temps, y compris s'il le faut au prix d'un sacrifice qui en théâtralise le refus temporaire. Il y a le soleil, mais aussi la lune, il y a l'élément aquatique, il y a le végétal. Il y a le cycle, le rythme, le rite.

Il y a la collaboration du masculin et du féminin, représentée à la fois dans la figure d'Hermès, et dans la manière dont les figures d'Hermès et de Perséphone avancent ici main dans la main, tissant les possibles d'un devenir qui est métamorphose, métempsycose, sublimation, et qui va se décliner dans la parole écrite, orale, poétique.

Dans *Ma vie, Mes rêves*, K.G. Jung écrit ceci : « Le principe féminin a joué dans la philosophie hermétique de l'alchimie un rôle primordial, égal en dignité à celui de l'homme. Dans l'alchimie, un des symboles féminins les plus importants était l'alambic, la cornue, dans laquelle devait s'exécuter la transformation des substances »⁹⁹⁷; il en rapproche le cratère-« utérus », évoqué plus haut.

On est bien loin ici, semble-t-il, de l'utérus dévorant, sanglant, impur. Ceci dit, dans le domaine de l'imaginaire, des archétypes et des symboles, l'ambivalence n'est pas rare, un même élément pouvant alternativement se révéler bénéfique, ou maléfique. Il reste cependant notable que là où en biomédecine, l'utérus est, en tant que symbole et comme l'ensemble du

⁹⁹⁶ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit. pp. 356-58.

⁹⁹⁷ Jung, C.G., *Propos recueillis par Anièla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, op.cit., p. 323.

féminin, largement surdéterminé négativement - l'hystérie en est un exemple - , les particularités de la médecine de la douleur vis-à-vis du féminin incluent aussi la capacité d'appréhender la symbolique utérine dans ses diverses facettes, y compris positives.

Cette mythologie que nous venons de décrire illustre également l'attitude radicalement différente qu'a la médecine de la douleur vis-à-vis de la mort. De manière plus troublante, plus effrayante aussi, elle dirige notre regard vers le sacrifice, et la mutilation. Elle évoque la possibilité que la symétrie du *travail* du médecin et du patient aille jusqu'à une symétrie dans le sacrifice.

Hormis les circonstances, déjà décrites, où la question du sacrifice peut 'planer', en coulisses ou à demi-mot au CETD, il en est d'autres qui nous ont paru d'une violence inouïe pour chacun des protagonistes impliqués : c'est celle où les patients, comme Sylvie, demandent l'amputation d'un membre trop douloureux, ou/et devenu trop monstrueux. Il arrive que cela soit pratiqué.

G. Durand décrit l'époque moderne comme étant soumise à une forme d'affaiblissement du tragique sacrificiel. Le sacrifice lui-même « s'euphémise », dit-il, et « n'est plus qu'un simulacre » ; des joutes et des luttes fictives contre le mal apparaissent, déformées (...) » ; il dit observer une « trahison du sens tragique du sacrifice, intégré dans le cycle dramatique »⁹⁹⁸. D'autres auteurs font état de préoccupation voisine : l'affaiblissement du mythe, en particulier le désintérêt pour le mythe de la mort ; la dégradation du rite ; la confusion entre mythologie et tragédie, ou drame et tragédie... en fait, la question qu'ils évoquent tous revient à celle de la relation qu'entretient l'époque contemporaine avec la violence fondamentale, dont la mort n'est jamais que la manifestation la plus extrême, et le sacré.

De toutes les institutions ayant encore quelque autorité, la biomédecine a toute raison d'être l'un des lieux où cette relation se manifeste le plus explicitement. Et l'on voit qu'en son sein, la médecine de la douleur construit un chemin enclavé, composite, complexe, qui fait une large part à l'empirisme, à l'intuition, qui met résolument en jeu ce en quoi la relation médecin patient est un échange, et aussi un échange symbolique - elle répond ainsi à ce à quoi la reconnaissance de l'hystérique l'appelle. Ce chemin est bien distinct de celui pris par le reste de la médecine, et valorisé par la société en général : si tout rite s'appuie sur la répétition

⁹⁹⁸ Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, op.cit., p. 355.

d'un mythe fondateur, le sien est différent de celui de la biomédecine, qu'il s'agisse du mythe fondateur évoqué par J. Pigeaud, ou du mythe de la naissance d'Apollon ; la figure de l'hystérique apparaissant comme le produit de ces deux mythes, ce changement ne peut que changer les réponses qu'apporte la médecine de la douleur à sa reconnaissance.

La biomédecine semble sans cesse répéter la rencontre d'Œdipe et de la Sphinge, et sa résolution sacrificielle dans la désignation d'un bouc émissaire, la Sphinge elle-même. Celle-ci est comme le double monstrueux d'Œdipe, et derrière lui, de toute la communauté des humains avides de résoudre par le savoir l'énigme de la destinée humaine, et de maîtriser le passage du temps.

A contrario, la médecine de la douleur met en place un théâtre composite, d'inspiration tragique, qui puise dans la mythologie deux de ses figures principales : Hermès et Perséphone. Là où la mythologie biomédicale a besoin de son bouc émissaire, la médecine de la douleur se satisfait de la catharsis tragique qu'elle opère, non sans devoir, au passage, s'auto-désigner comme mal et solution, dans un geste qui est encore sacrificiel. La mise en scène systématique, toujours réitérée de la pluridisciplinarité, en particulier lors du « *grand théâtre* » de la visite, comme dans la solution « *artistique* » énoncée en commun lors du staff, et rédigée dans le courrier, est une manière de rejouer sans cesse les interactions entre les héros du mythe fondateur dont elle tire son théâtre tragique, son archéologie rituelle, et son auto-désignation sacrificielle et cathartique.

Il est anecdotique, peut-être, mais l'image est évocatrice, de préciser que si le caducée biomédical français est celui d'Esculape, en Amérique - et l'influence de la médecine et de la psychothérapie américaines sur la médecine de la douleur, née aux USA, inventée par un médecin américain, est très prégnante, entre autres en tant qu'elle est une écriture - le caducée des médecins est celui d'Hermès : celui là même qui fut formé du bâton d'or que lui donna son demi-frère, Apollon, en échange de sa Lyre, et de deux serpents qui s'enroulèrent autour en sens inverse, alors qu'Hermès cherchait, avec le bâton, à les séparer dans leur lutte.

c. Rites

Revenons un instant aux faits de terrain, avant d'aborder les rites. Voici par exemple une synthèse possible du cas de Mme U.

Dans son cas apparaît toute l'importance de la première consultation, qui est le lieu d'une dialectique de l'occultation et du dévoilement, l'occasion de jouer aussi un peu 'au chat et à la souris', de ruser : elle nous demande, dans une certaine mesure, de déjouer le piège dans lequel elle est prise, mais qu'elle est prête aussi à défendre bec et ongle : il est si lié à ce qu'elle perçoit comme son identité, ce qui fait qu'elle est ce qu'elle est, qu'elle ne peut nous laisser y avoir accès sans quelques garanties qui sont loin de n'être que scientifiques et techniques, et qu'elle ne peut elle-même suffisamment nommer, ou extérioriser pour les demander simplement. S'ensuit une sorte de lutte, où il faut savoir ruser avec ce 'mal' que nous voulons l'un et l'autre déjouer, et qui est cause aussi de sa propre ambivalence, voire de la violence de certains propos.

D'emblée, sa seule réelle demande explicite est de retrouver un *équilibre* entre vie diurne et vie nocturne. Dans le même temps, et bien qu'elle puisse par moments s'en défendre, elle est manifestement satisfaite que cette consultation puisse être le lieu d'une mise en récit des deuils qui ont marqué son existence, et auxquels est fortement liée son identité, intra et extra-familiale : ce qu'elle est, ce qu'elle se perçoit être, sa vision du monde, les choix existentiels qu'elle a pu faire.

Approchant de l'âge de la ménopause, vieillissant tout simplement, elle pense que certains de ces choix vont devoir être revus ; elle a le sentiment d'un passage nécessaire vers un « *autre chose* », dont il apparaît nettement qu'elle croit qu'il doit avoir trait pour elle à la liberté, au temps et au rythme, et à ses valeurs.

Ce passage remet en jeu les récits qu'elle a construits à partir de ses deuils, c'est-à-dire aussi la perception de l'existence qu'elle a construite du fait de l'expérience directe et précoce qu'elle a eue de la mort de ses très proches. Les récits de mort et les violences, les sens et non-sens de la mort ont une place essentielle dans le récit qu'elle se fait elle-même de sa vie. Vivre le passage qu'elle pressent ne peut se faire sans remettre les ingrédients de sa vie dans 'son' « cratère du commencement primordial », le « mythe fondateur » de sa vie, à un niveau individuel.

Face à ce passage, elle est manifestement attentive à ce qui va être porteur d'une efficacité symbolique. Les professionnels à qui elle a affaire ne la contredisent pas, et acceptent de s'engager sur la voie d'un échange symbolique.

L'hospitalisation sera l'occasion d'une recherche d'*équilibre/dosage* des contraires - nuit/jour, plaisir/peine, mouvement/inactivité, douleur infligée/douleur soulagée - et aboutira à une certaine harmonie, manifestée par un discours positif, et la possibilité aussi d'un nouvel apprentissage : être en désaccord sans être en conflit. Pendant l'hospitalisation, la fonction de contenance de l'institution, manifestée largement par la présence continue des infirmières dans un rôle maternant, a joué un rôle de réassurance essentiel.

*

« Si le passage constitue toujours une expérience redoutable, c'est parce qu'on ne peut pas affirmer, au départ, qu'il s'agira simplement d'un passage. On sait ce qu'on est en train de perdre, on ne sait pas ce qu'on va retrouver (...) Accueillir le changement, c'est toujours entrebâiller la porte derrière laquelle rôdent la violence et le chaos»⁹⁹⁹ rappelle R. Girard, s'agissant des rites de passage et de leur rapport aux rites en général.

La vie d'un être humain est, selon A. Van Gennep, marquée par des mouvements permanents qui le voient passer d'un « cercle magique » à un autre, de l'intérieur de l'un à l'extérieur d'un autre puis à son intérieur. En résumé, le sacré se fondant sur la différence absolue, à chaque passage d'un état à un autre (de l'enfant à l'adulte, du statut de femme à celui de mère...) on passe d'une différence à l'autre, et l'on est alternativement l'initié ou le profane :

« Ainsi, tour à tour, selon qu'on se place en un endroit ou un autre de la société générale, il y a un déplacement des « cercles magiques ». Celui qui passe, au cours de sa vie, par ces alternatives, se trouve, à un moment donné, par le jeu même des conceptions et des classements, pivoter sur lui-même et regarder le sacré au lieu du profane, ou inversement. De tels changements ne vont pas sans troubler la vie sociale et individuelle ; et c'est à en amoindrir les effets nuisibles que sont destinés un certain nombre de rites de passage. »¹⁰⁰⁰

Plus une société est civilisée, ajoute-t-il, et moins les espaces entre les différents états sont cloisonnés, plus les portes sont larges, plus les passages matériels se font facilement. Cependant, il me semble qu'un certain nombre de passages essentiels continuent à susciter chez les individus un appel aux organisations sociales du changement d'état. Comme ces changements d'états se manifestent souvent dans le corps, s'agissant des femmes en

⁹⁹⁹ Girard, *La Violence et le Sacré*, op.cit., p. 422 et p. 425.

¹⁰⁰⁰ Van Gennep A., *Rites de passage*, op.cit.

particulier (puberté, procréation, ménopause), c'est souvent dans le lieu de la consultation médicale que se manifeste cet appel. Et ce que dit le médecin est alors interprété, qu'il le veuille ou non, comme une réponse qui est aussi sociale et culturelle, ce que d'ailleurs elle est sous le masque de la vérité scientifique. Mais sa portée symbolique est désormais tue, dégradée, mixte dans ses formes et ces incitations idéologiques, nettement moins perceptible aux acteurs eux-mêmes en tant qu'organisation collective de nature culturelle.

La médecine de la douleur, de par les propriétés initiatiques de la douleur, universellement utilisées, de par la focalisation de son intérêt sur le « **changement** » - **changement** qui concerne largement un rapport initiatique à « comment bien vivre avec le malheur » - et le « *deuil* », également de par son acceptation empirique des dynamiques « *symboliques* » ou « *mystérieuses* » à l'œuvre, a toute chance d'avoir organisé quelque chose de l'ordre du « passage ». Ceci a de surcroît toute chance d'être encore plus manifeste concernant des patientes dont l'appellation folklorique de « *hystérique* » renvoie inéluctablement à l'organe par lequel leur vie est marquée de ces passages physiques. Par quoi va donc « passer » l'hystérique en médecine de la douleur ?

*

Voici, en résumé, la séquence-type d'une prise en charge

- Il y a tout d'abord, une phase qui 'teste' la « *motivation* » et la « *maturation* ».

Cette phase, préliminaire à l'admission en hospitalisation dans l'unité, est constituée par :

- les démarches faites par la patiente vis-à-vis de son médecin. C'est l'occasion de connaître le médecin en question, et d'observer comment la patiente gère les conflits éventuels avec lui.
- Elle doit aussi remplir un certain nombre de questionnaires **d'auto-évaluation**, chez elle, seule.
- Parfois, a lieu un début de prise en charge **en ambulatoire** auprès d'intervenants libéraux - en particulier s'agissant de la kinésithérapie et de la psychothérapie, ce qui donne au CETD l'occasion d'être clair quant au caractère systématique de ces techniques . C'est en soi un test de motivation à la mobilité physique et psychique.

- S'ensuit une longue phase d'attente (3 à 6 mois si il n'y a pas de malentendus) - qui teste le rapport au temps, et la « *maturation* » - avant la première consultation à l'hôpital (au rez-de-chaussée).
- Celle-ci est le lieu et le moment de mises au point essentielles. Elle donne l'occasion à la patiente de raconter comment elle a vécu les divers 'tests', ce qui participe à l'évaluation de sa « *motivation* » et de sa « *maturation* ». Cette évaluation se complète aisément en recueillant les données d'**anamnèse** - c'est-à-dire le récit de la patiente s'agissant de son histoire de douleur - et son histoire de vie. Cette première consultation étant le plus souvent pauvre en examen clinique, une première « *graine est plantée* » s'agissant des rapports de l'âme et du corps dans cette médecine là. Elle a pour objectif explicite d'évaluer la douleur et son **retentissement** (bilan **algo-fonctionnel**). Il s'agit aussi d'expliquer, pour la patiente, ses attentes, et pour le médecin, les modalités de la prise en charge, et de se mettre d'accord sur la suite, quand c'est possible. Un premier courrier est dicté, devant et avec la patiente, qui reprend les données de la consultation, de la décision finale, des prescriptions.
- Suite à quoi, soit la patiente est exclue, soit un accord de non-violence mutuelle est trouvé entre les parties. Alors, si cela s'avère nécessaire (c'est-à-dire si la patiente n'est pas déjà assez « *mûre* » pour agir seule, ou/et si le contexte médical dans lequel elle évolue ne s'y prête pas, ou/et si elle n'a pas déjà « *tout compris* »), on décide ensemble d'une admission à l'hôpital deux ou trois mois plus tard, pour laquelle la patiente sera convoquée directement par le secrétariat du CETD, dont l'une des compétences principales est de gérer toutes les plaintes ayant trait au temps : d'apaiser, d'expliquer, d'encourager le cas échéant à « la patience et à l'endurance ». Dans l'intervalle, la patiente verra - c'est systématique et imposé - la psychologue pour l'aider à « **définir ses objectifs** ».
- Vient ensuite une phase d'hospitalisation dans l'unité douleur.

Celle-ci est située au quatrième étage. L'hospitalisation dure deux semaines, ponctuée par la sortie à domicile du vendredi soir au lundi matin. Cette phase se déroule selon une séquence fixe, comme suit :

J1 :

Matin : arrivée, accueil administratif au rez-de-chaussée, montée par l'ascenseur ; procédure d'accueil rapide par les infirmières, installation dans la chambre, départ des accompagnants éventuels. Passage du médecin en présence de l'infirmière et, quand cela lui est possible, de la kiné. Premières prescriptions. Si le patient s'est d'emblée mis au lit en pyjama, on lui explique qu'il n'y est pas obligé et qu'il peut garder ses habits de ville.

Après-midi : temps très important pour les infirmières : long entretien d'écoute et d'explications pour compléter l'entretien du matin ; en général mise en place d'une perfusion, qui réduit la mobilité ; le plus souvent les patients restent plus au lit ces premiers jours de ce fait.

Soir : Intervention de l'ostéopathe-acupuncteur, souvent tard (entre 21h00 et 23h00, ce n'est pas rare : il vient après sa journée de travail en libéral)

J2 :

Matin : grande visite avec le médecin-chef, les divers étudiants, l'infirmière de la patiente, la kiné, la psychologue, parfois la sociothérapeute, le rééducateur. Le médecin s'assoit dans l'angle opposé au lit de la patiente, près de la fenêtre, lui faisant face, le dossier sur les genoux. Les autres acteurs se disposent le long des murs, formant à peu près un demi-cercle qui aurait pour diamètre la ligne tendue entre le médecin et la patiente. La patiente, le plus souvent, est invitée à s'asseoir. Elle est parfois d'emblée assise dans le fauteuil juste à côté du lit. C'est en général à cette occasion qu'a lieu l'examen clinique le plus poussé, conduit à quatre mains par le médecin-chef et le rééducateur, selon le scénario biomédical habituel : déshabillage partiel ou total, prises de postures diverses, mouvements, palper, douleur infligée par des mouvements contraints...

Après-midi : kinés et psychologue et sociothérapeute (systématique)

J3 : visite de l'interne et de l'infirmière.

J4 : médecin du travail, à l'extérieur de l'unité +/- médecin-conseil, assistante sociale

J5 : bilan, médecin+infirmière +/- famille (conjoint)

W.E. à domicile

J6 : retour du W.E. et bilan de la tentative de réintégration :

J7 : visite +/- psychologue

J8 : visite de l'interne et de l'infirmière. +/- sociothérapeute

J9 : +/- sociothérapeute, ostéopathie dans un cabinet de consultation au rez-de -chaussée, consultation psychiatre idem, discussion au staff.

J 10 : visite de sortie. Rédaction à cette occasion du courrier final, dicté devant la patiente. Prescriptions. Recommandations, évaluations des deux semaines par le médecin et la patiente. Accord définitif sur les **objectifs** à atteindre d'ici la prochaine rencontre.

À noter : les kinés passent aussi souvent qu'ils peuvent, ils sont là tous les jours, l'alternance de leur travail n'est pas fixée, on ne sait pas quand ils sont là. Ils n'ont pas non plus, contrairement à la psychologue, d'indicateur spécifique de leur présence. Ils travaillent avec les patientes dans leur chambre, dans la salle de kiné, dans les couloirs où ils évaluent leur périmètre de marche en un temps donné, dans le parc qui entoure l'hôpital. Les infirmières passent tous les jours selon un rythme établi : matin, midi, soir, nuit, pour distribuer les médicaments...et pour parler le cas échéant. Elles viennent en plus quand elles sont appelées, ou pour des tâches spécifiques. Elles privilégient le temps nocturne pour la parole. La psychologue passe en général le mardi après-midi et le vendredi matin, mais le temps passant, elle a rendu de moins en moins systématiques ses passages, ne se limitant petit à petit qu'aux seuls patients demandeurs. Elle est sortie du rite en tant que séquence systématique. L'ensemble de la séquence qui suit s'inscrit donc dans la matrice permanente et, idéalement, continue de la présence infirmière et kinésithérapique, du tissage de la parole des unes, et du *travail* de la parole du corps, des autres.

- Réintégration définitive avec le retour à domicile, à la vie normale, mais où il est entendu qu'elle doit « *gérer différemment* ». Elle sera revue en consultation pour vérifier la solidité des apprentissages à intervalle de trois mois, six mois ou un an, et pendant une durée variable, en fonction de son autonomie dans cette gestion. Parfois intervient ultérieurement une seconde hospitalisation, si l'équilibre trouvé est rompu. Ce n'est pas fréquent.

*

Rites de passage

Il est possible de distinguer, dans cette séquence systématique, la structure tripartite des rites de passage tels que les a définis A. Van Gennep : une phase préliminaire, une phase liminaire, et une phase post-liminaire ou d'agrégation. Cela apparaît comme la structure de base de la prise en charge.

Cependant, la réalité est plus complexe : si l'on se base sur la seule analyse de A. Van Gennep, ce sont les rites de séparation, de purification, de préparation à l'agrégation et d'agrégation qui sont les plus explicites et les plus distincts. La séparation a lieu pendant la phase préliminaire. La phase de marge correspond en majeure partie à un travail de purification (première semaine), mais elle est aussi ponctuée de divers moments qui rejouent la séparation et l'agrégation. Il s'agit de se séparer de quelque chose et de s'agréger immédiatement à autre chose. Survient ensuite une préparation à l'agrégation (week-end et deuxième semaine), puis l'agrégation elle-même : retour à la vie normale, parfois après une rencontre avec les proches de la patiente en sa présence. Cette phase est marquée par l'élaboration d'un long récit du déroulement de la phase de marge, fait par oral avec la participation de la patiente, puis retranscrit à partir de la cassette par la secrétaire. Ce récit sera adressé au patient et à tous les correspondants médicaux dans un délai très bref après la sortie, ce qui est rare à l'hôpital.

À côté de cette structure de base qui imite celle des rites de passage, on retrouve des analogies frappantes avec d'autres dynamiques rituelles, sur lesquelles nous allons maintenant revenir plus en détail : pour les lieux et les rôles des protagonistes, nous verrons les cérémonies du premier de l'an décrites par Eliade ; nous verrons les propos de divers auteurs concernant la mort rituelle des mystes ; pour la séquence, nous évoquerons le rite d'Éleusis tel qu'il est décrit par A. Van Gennep, ce qui ne manque pas d'intérêt puisqu'on y retrouve Demeter et Perséphone ; pour ce qui est de la part destinée aux survivants dans les rites funéraires, nous verrons les travaux de A. Van Gennep ; pour l'exégèse, nous verrons les rites mis en place chez les Ndembu pour traiter l'infertilité chez les femmes, tels que les a décrits V. Turner.

*

Exemple des cérémonies du premier de l'an décrites par Eliade

Rite	Hospitalisation au CETD
Extinction des feux	Arrêt activité professionnelle, arrêt de l'agitation, eau (traitement IV), mise au lit trois jours, mis à distance des rapports familiaux, des conflits éventuels.
Expulsion du mal et des péchés	Raconter, livrer (y compris les fautes perçues), dénouer petit à petit; rejouer - théâtre- les conflits anciens, le mythe fondateur médical ; archéologie du rite médical ; sacrifices (effractions cutanées)
Retour des morts	Début du processus de la catharsis : évoquer les deuils, les dettes avec des parents décédés, les liens entre la douleur et ces deuils. Si besoin, pour le déclencher, descente aux 'enfers' du bloc.
Renversements des comportements habituels	Au lit pour les agités, debout pour les 'mous', d'une manière générale faire le contraire de ce qu'on fait d'habitude puisque ça ne marche pas, s'agissant du temps, du mouvement et de la douleur en particulier.
Orgie	Autre processus possible de la catharsis : exacerbation des comportements déviants pour les patients dans le conflit (Sylvie) ou la séduction. Expression des excès de passion contenus.
« Expression exemplaire de la fin d'un mode d'être...ignorance...irresponsabilité » faire table rase par une mort symbolique.	<i>Deuil</i> de la position de victime- réparation des injustices et/ou passer à autre chose. <i>Récadre</i> ferme par le médecin : « <i>je vois le danger de la mise en échec : c'est vous qui faites</i> ». Proposition de départ si la prise en charge ne convient pas (voir plus loin mort rituelle des mystes)
Allumage du nouveau feu	Rééducation- adaptation professionnelle - <i>dosage</i> et <i>équilibre</i> - définition des objectifs communs - rencontre du conjoint.
Départ des morts	Aboutissement de la catharsis : <i>deuils</i> (des anciens conflits..., des contentieux, des dettes) ; libération des dettes et des ponts que la douleur incarne, avec des parents décédés...
Répétition des actes par lesquels les dieux ont créé le monde (cosmogonie)	Prescription : mise en œuvre de « la balance des plaisirs et des peines ». Programme <i>équilibré</i> et <i>dosé</i> . Les 4 axes. Théâtralisation par la pluridisciplinarité (visite, séquence des différents intervenants) : médecin-psy et médecin-infirmière surtout, du nouveau mythe fondateur. Collaboration Hermès-Perséphone, le fils et la fille. Tissage.
Prédictions solennelles du temps	Information sur l'évolution possible en fonction des choix du patient (courrier de fin d'hospitalisation surtout)
Naissance à une nouvelle vie, qui est spirituelle. Création.	<i>Créativité</i> . <i>Mystère</i> . 'nouveau' temps, cyclique. Prescription de musicothérapie, de chorale, d'une <i>activité de plaisir</i> .

*

Mort rituelle des mystes

Que l'on s'appuie sur les travaux d'Eliade, de A. Van Gennep, ou de Turner, on retrouve toujours au début de l'initiation un passage par une mort symbolique, une mort rituelle, suivi d'une renaissance, mais 'autre', à un 'autre état'. Cet autre état est, dans le cas du passage à l'âge adulte, un état de responsabilité vis-à-vis du groupe, qui s'appuie sur la révélation qui a eu lieu pendant l'initiation des mystères de la vie spirituelle, assorti à un apprentissage des valeurs du groupe.

La mort rituelle peut être matérialisée de diverses manières : d'une part, par une certaine disparition au monde connu : les mystes sont envoyés dans des lieux de réclusion, à distance de leur lieu d'habitation usuelle. La mort peut-être symbolisée aussi par le type de lieu où ils vivent alors (des huttes, symbolisant le ventre du monde...ou sous terre : la matrice tellurique). La nuit, les ténèbres jouent de ce point de vue un rôle particulier. En outre, à divers degrés, le myste perd tout ce qui le relie à la structure sociale, pour reprendre le terme de Turner : toute marque de statut social, toute forme de pouvoir ou de droit et jusqu'à son nom parfois.

Il peut aussi subir un certain nombre de rites de purification ou de séparation qui ont pour but de marquer la perte du statut 'd'avant', et de les laver aussi de ce que leur statut comporte d'impur.

Dans les cas de rites funéraires, ou de rites thérapeutiques rapportés à l'emprise d'une ombre morte (comme chez les Ndembu) sur un vivant, cette période de purification et de séparation va conduire à l'expulsion des morts.

Une patiente qui est hospitalisée de manière programmée est aussi incluse dans un lieu de marge, qui est de surcroît, on l'a vu, un lieu « sacré » au sens d'Eliade. Comme dans toute hospitalisation, la patiente qui *entre* quitte sa famille, son travail, et d'une manière générale toutes ses responsabilités sociales et professionnelles, pour une durée plus ou moins longue. Les premiers jours, elle laisse à l'accueil son identité, son nom - elle devient un numéro d'IPP¹⁰⁰¹ et un code barre - se dévêt et passe un pyjama- parfois le pyjama anonyme de l'hôpital. Elle confie aux infirmières ses biens précieux qu'elle n'aurait pas laissés chez elle avant son départ, ses médicaments aussi - témoins de son autonomie antérieure à se traiter. Il

¹⁰⁰¹ Numéro de son dossier dans le classement informatique de l'hôpital. C'est grâce à ce numéro que le patient est reconnu par les différents services, s'il doit aller faire des examens pendant son hospitalisation par exemple.

n'y a pas de différence de statut social visible entre les patients, à l'exception des personnes en grande marginalité chez qui cela se voit ; tous bénéficient en outre de soins intégralement remboursés par l'association de la Sécurité sociale et d'une mutuelle. Et la déontologie médicale veut qu'on accueille chacun indépendamment de sa richesse et de sa classe. D'emblée, on est perfusé, *prélevé*, interrogé pour être mieux classé. L'être ainsi dépouillé est-il si différent des mystes du rituel ?

En médecine de la douleur, le protocole est similaire en grande partie, mais il y a tout de même des différences notables qui marquent, je pense, le fait qu'il meurt aussi au 'reste' de l'hôpital, au monde médical tel qu'il l'a connu jusque là.

C'est-à-dire qu'il meurt 'juste assez' à sa vie sociale, en rejouant le rite habituel, pour théâtraliser la déconstruction de ce dernier. C'est-à-dire encore, qu'il meurt 'juste assez' à sa vie sociale pour utiliser la puissance du rite médical habituel, afin d'avoir suffisamment d'autorité et d'efficacité symbolique lorsqu'on va lui proposer d'inverser ses comportements habituels. Afin d'avoir le pouvoir de l'étonner, en profondeur. Et étonnés, ils et elles le sont.

La patiente va ainsi être rapidement encouragée à se vêtir de ses habits de ville, à sortir de la position confinée au lit et de la régression. On lui laisse, si elle le souhaite, ses médicaments. Elle est encouragée si besoin à conserver l'autonomie pour la toilette et les repas.

De même, là où le myste comme le patient de la biomédecine est réduit au silence, et perd toute autorité, le patient douloureux est au contraire encouragé à faire entendre sa voix, à se positionner.

Là où il meurt à sa vie sociale, c'est dans l'inversion des comportements habituels, décrite par Eliade - et ces comportements sont ceux de sa vie sociale ainsi que de sa vie 'de patient' : à celui qui bouge trop, on enjoint de se reposer ; à celui qui ne bouge pas assez, on demande de se mettre debout et de faire de l'exercice... à celui qui croit tout ce que dit le médecin, on enjoint de s'exprimer, voire de contester ; à celui qui refuse tout en bloc, on demande de faire confiance...

La valorisation du temps nocturne pour la parole fait aussi partie de ce qui crée cet espace-temps particulier où la 'mort rituelle' est possible : dans la vie sociale habituelle, on ne discute pas, au cœur de la nuit, en pyjama, avec de parfaits inconnus.

*

Si l'on se réfère à la liste établie par Turner¹⁰⁰² des attributs de la liminarité, qui s'opposent aux statuts sociaux habituels, on observe de même que la patiente de biomédecine en a tous les attributs, y compris la continence sexuelle (si d'aventure, dans une chambre de patients, des manifestations amoureuses un tant soit peu explicites - un baiser un tant soit peu passionné, ou le fait que les deux conjoint s'allongent, même tout habillés, sur le lit du patient ou de la patiente - sont toujours cause d'un intense scandale chez les infirmières).

En revanche, la patiente de la médecine de la douleur conserve la parole, et le droit de s'inquiéter de son apparence personnelle, ainsi, pourrait-on résumer, que de toute forme de préoccupation créatrice, esthétique ou imaginative. Elle est aussi encouragée à s'autonomiser pour ce qui est du soin.

Cependant, par le fait même que le CETD soit situé dans un hôpital biomédical et exerce sous son autorité ; parce qu'il distribue, aussi, la même nourriture, (dont on aurait tendance à oublier l'importance rituelle si on ne faisait pas appel au comparatisme, tant la pauvreté de la nourriture hospitalière est passée dans les mœurs) ; par le fait même que ces aspects de la prise en charge étonnent et « *déstabilisent* » délibérément les patientes, dans la mesure où ils sont différents de ce qui se passe dans le reste de l'hôpital, de l'expérience et des représentations qu'ils en ont ; pour toutes ces raisons, donc, l'important, ou l'efficace ici , n'est pas seulement le contenu de ce qui change - bien que cela le soit, aussi - mais le *fait* que cela change, tout court. C'est-à-dire qu'il y a là une séparation dans la séparation : la mort rituelle, le dépouillement des statuts propres à la liminarité, est une séparation en soi : de sa vie habituelle, du monde extérieur ; mais il y a là aussi une séparation des conditions dans lesquelles ont antérieurement eu lieu des séparations ayant eu des significations voisines, pour soi, ou pour ses proches.

En outre, pour ce qui est du contenu de ce qui change, la différence d'avec les rituels antérieurs porte sur la parole, le sensible, l'esthétique, l'expression de la créativité et de l'imagination. Ces changements sont absolument délibérés de la part des professionnels : en atteste le fait que tout ce que ce contenu manifeste - la liberté de parole, l'encouragement au sensible, le moindre anonymat - va continuer à être une part importante de l'initiation qui vient de débiter. Cependant ils en méconnaissent en partie la portée symbolique : ils agissent

¹⁰⁰² Turner V., *Le Phénomène rituel structure et contre structure*, op.cit., p. 106.

empiriquement, par intuition, plus que motivés par un 'savoir' ; ils ne s'en expliquent d'ailleurs pas : ils savent, et cela suffit.

La patiente ne meurt à sa vie antérieure que dans la mesure de ce qui était contraire au nouveau mythe fondateur : c'est pourquoi elle doit aussi mourir à son statut antérieur de patiente de la biomédecine.

Certaines patientes - telle Mme V - ont du mal avec cette « mort rituelle », et luttent. Autant la médecine de la douleur propose de procéder autrement, autant elle ne fait pas exception à la nécessité de la mort symbolique : la résistance de Mme V va amener une précipitation des actes de purification et de séparation (infiltrations, dont une chirurgicale au bloc opératoire), dans le but manifeste - au vu du soulagement de chacun *a posteriori* - est la catharsis, qui permet de faire partir les morts qui la hantent. Selon A. Van Gennep, par la mutilation (terme générique qui inclut tout marquage corporel durable, tout percement de l'enveloppe corporelle), on « sort l'individu mutilé de l'humanité commune » : on le sépare, et en même temps on l'agrège immédiatement et définitivement à un groupement autre de personnes similairement mutilées¹⁰⁰³. La manière dont la médecine de la douleur procède aux effractions cutanées - avec la parole, et une attention à la douleur provoquée - sépare la patiente de son statut antérieur dans la biomédecine, et l'agrège à un autre : celui de patiente de la médecine de la douleur.

Peut-être pense-t-on que j'extrapole trop librement. J'invite à revoir l'exemple de Sylvie, avec son escalade de violence et de la difficulté de l'endiguer : on voit la violence de ce qui arrive quand ces procédures n'ont pas pu avoir lieu. À l'opposé, on voit le rôle qu'elles ont pu jouer dans le cas de Mme V ou de Mme M, par exemple. L'eau de la purification est aussi symbolisée par les larmes de la catharsis attendues par les infirmières ; on a vu ce qu'il en était dans le cas de Mme V ; à l'opposé, aucune larme n'est sortie de Sylvie...sauf : des larmes de sang.

*

¹⁰⁰³ Van Gennep A., *Rites de passage*, op.cit. p. 103.

Initiation

« Pour les individus, vivre c'est sans cesse se désagréger et se reconstituer, changer d'état et de forme, mourir et renaître. C'est agir puis s'arrêter, attendre et se reposer, pour recommencer ensuite à agir, mais autrement. »¹⁰⁰⁴

Parmi la multitude de rites d'initiation évoqués par A. Van Gennep, celui qui présente le plus d'analogies, par sa séquence, avec les pratiques du CETD est le rite d'Éleusis :

En premier lieu, on assemble les candidats ; sont alors mis de côté « ceux dont les mains sont impures ou qui s'expriment de manière inintelligible ».

Ceux qui restent pénètrent dans le temple en effectuant en entrant un rite de purification par l'eau.

Ensuite survient un rite de séparation suivi d'un rite de purification : les néophytes sont emmenées, en courant, vers la mer, où il se baignent. Ils se baignaient avec chacun un porc.

Ensuite, ils retournent au temple où a lieu un sacrifice - fin du premier acte.

Ils attendent ensuite deux jours dans une retraite, avec des tabous alimentaires etc...

Puis retour au temple, en procession, en portant des objets à caractère sacré ; nombreuses stations en cours de route, toutes à caractère agraire.

Ensuite, entrée à l'intérieur de l'enceinte, interdite au profane, au moins les jours de mystères. De l'initiation elle-même on sait peu de choses, mais elle comportait un « voyage à travers une salle divisée en compartiments sombres représentant chacun une région des enfers ; la montée d'un escalier ; l'arrivée dans des régions vivement éclairées où sont exhibés les objets du culte ; une représentation de l'enlèvement de Chorée/Perséphone avec des éléments inconnus des profanes, non compris dans la légende qui avait cours dans le vulgaire¹⁰⁰⁵ »

Cette séquence pourrait avoir directement inspiré la séquence du passage en médecine de la douleur : sélection, en fonction de l'impureté (en médecine de la douleur : pas la féminité ou l'utérus mais le mal représenté par l'attachement au 'pourquoi' du corps mort, avec son cortège de colères et de violences) ou de l'inintelligibilité (impossibilité de mettre en ordre le discours : Mme F), purification et séparation, sacrifice, retraite avec une alimentation particulière, puis présentation des lieux sacrés, théâtralisation des mythes associés.

¹⁰⁰⁴ Van Gennep A., *Rites de passage*, op.cit. p. 272.

¹⁰⁰⁵ *Ibid.* p. 129.

Quand le médecin parle de l'hospitalisation comme d'une occasion d'ouvrir la « *boîte à outil* », de voir défiler les différents intervenants, dont on a vu qu'ils représentaient chacun un lieu sacré de l'origine du mal, assorti d'un pouvoir propre sur le mourir ou l'après-mourir... ne peut-on y voir quelque analogie avec le fait d'être guidé à travers une salle cloisonnée en différentes régions des enfers ?

En outre, la mise en scène, je dirai la théâtralisation, tant on veut le montrer, de la collaboration médecin-infirmière, raconte aussi une partie de l'enlèvement de Perséphone : sa résolution ; c'est en effet Hermès qui, dans son rôle de messager, a permis qu'un compromis soit trouvé entre Zeus, Hadès et Demeter, autorisant le retour cyclique de Perséphone au monde des vivants et à la lumière.

*

Rite funéraire

A. Van Gennep précise d'emblée que contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce ne sont pas les rites de séparation qui prennent le plus de place dans les rites funéraires, mais surtout les rites de marge et d'agrégation, en particulier les rites d'agrégation des morts au monde des morts.

Les rites d'agrégation des morts au monde des morts ne peuvent, dans le cas de la médecine de la douleur, qu'être pauvres, puisqu'ils se déroulent en l'absence du mort dont il est question.

En revanche, les rites de marge concernant les vivants sont intéressants à étudier.

Dans l'analyse de A. Van Gennep, le deuil est en soi une phase de marge, différemment organisé selon les cultures, mais qui, comme toute marge, se caractérise par un non-temps, un temps suspendu. On y accède grâce à des rites de séparation, et on en sort par des rites de levée du deuil, qui sont aussi des rites de levée de toutes les interdictions et de toutes les règles, avec un retour à la vie antérieure.

Pendant le deuil - la marge - les vivants et les morts constituent une sorte de communauté spéciale, située entre le monde des vivants et des morts, et dont les vivants sortent plus ou moins vite selon l'étroitesse de leur parenté antérieure avec le mort. Pendant la marge, la vie sociale, comme le temps, est suspendue pour tous ceux qui sont atteints, et d'autant plus

longtemps que leur lien de parenté avec le mort était plus étroit. Le mort est alors, dans la plupart des communautés, dans une sépulture transitoire, dont il ne sortira vers sa sépulture définitive qu'au terme d'un nouveau rite funéraire, parfois suivi à distance d'un ou plusieurs rites de commémoration successifs.

Dans tous ces rites, il est admis qu'ils sont à la fois utiles pour le mort, et pour les vivants :

« Les individus pour qui n'ont pas été exécutés les rites funéraires, de même que les enfants non baptisés, ou non dénommés, ou non initiés, sont destinés à une existence lamentable, sans pouvoir jamais pénétrer dans le monde des morts, ni s'agréger à la société qui s'y est constituée. Ce sont les morts les plus dangereux ; ils voudraient se ré-agréger au monde des vivants et, ne le pouvant, se conduisent à l'égard d'eux comme des étrangers hostiles. Ils manquent des moyens de subsistance que les autres morts trouvent dans leur monde, et par suite doivent s'en procurer aux dépens des vivants. En outre, ces morts sans feu ni lieu éprouvent souvent un âpre désir de vengeance. Ainsi les rites de funérailles sont en même temps des rites funéraires à longue portée : ils aident à débarrasser les survivants d'ennemis éternels. »¹⁰⁰⁶

Il précise aussi que les rites d'agrégation des survivants, en particulier le repas qui marque la fin du deuil, ont pour but de « renouer entre tous les membres du groupement survivant, et parfois avec le défunt, la chaîne qui s'est trouvée brisée par la disparition de l'un des chaînons. »¹⁰⁰⁷

Tout se passe comme si les patientes douloureuses chroniques - qui perçoivent le temps comme suspendu, dont tant font remonter, sans nécessairement faire le lien elles-mêmes, le début des troubles ou de leur aggravation au décès de tel ou tel proche, dont la vie est tant marquée par la mort - étaient suspendues dans un deuil infini, qui interrompt leur activité sociale et le temps, et qu'il convient alors de renouer avec elle la chaîne brisée, qui les relie à leur vie antérieure, comme du reste la terminologie spontanément employée par les professionnels du CETD le signifie assez clairement.

Du même coup, la purification, les rituels de séparation - en particulier vis-à-vis des croyances antérieures en la biomédecine, dans les mains de laquelle est souvent décédé le défunt, dans des conditions qui ont contribué à la peine de la patiente - qui culminent dans la catharsis, l'expulsion du mal et des morts, et précèdent le « renouage » ou le « retissage », puis la levée des règles antérieures avec l'établissement, par la même institution, d'une

¹⁰⁰⁶ Van Gennep A., *Rites de passage*, op.cit. p. 230.

¹⁰⁰⁷ *Ibid* p. 235.

nouvelle règle qui fait la part belle au plaisir... apparaissent, par analogie, comme des rites funéraires *a posteriori*, à visée thérapeutique.

Toutes les patientes n'en relèvent pas. Mais il est intéressant de noter que la médecine de la douleur s'intéresse vivement à celles qui sont dans ce cas, et à cet aspect de leur situation - cf les « secrètes ». Le « *secret* » dont s'entourent les « **dépressions masquées** » peut être interprété, non comme une 'résistance' à l'autorité du médecin, mais comme la manifestation de l'universalité du tabou qui entoure la période de deuil, et le maintien dans la durée d'une période de rupture avec la vie sociale habituelle, faute d'interlocuteur efficace pour les en faire sortir.

Il ne suffit pas, en effet, pour être efficace, de dire ou manifester que c'est *dans la tête*, ou qu'elles sont « *déprimées* » : à ceci elles résisteront. Il faut aller à la rencontre des morts, de la mort. L'expérience de la mort d'un proche n'est pas *dans la tête* ; c'est inscrit dans « *l'imaginaire* », oui. Un imaginaire que nous avons en commun, qui impacte le corps autant que *la tête* ; pour que l'un et l'autre - médecin et patient - agissent de manière « responsable » l'un vis-à-vis de l'autre, de soi-même, et des autres en général, il va falloir « *imaginer* ».

*

Rites thérapeutiques adressé aux femmes et à leur 'utérus'

V. Turner s'est intéressé plus particulièrement aux rites mis en place par les Ndembu pour traiter les problèmes d'infécondité chez les femmes. Son travail m'a intéressée à plusieurs titres.

D'une part, ils s'adressent aux femmes affectées dans leurs organes reproductifs, et donc proche de nos hystériques, au moins du point de vue symbolique : l'utérus auquel nous les associons est similairement relié au sang et à la reproduction.

D'autre part, dans les descriptions de Turner, les femmes souffrant de tels problèmes se trouvent aussi incarner des dynamiques sociales conflictuelles. En l'occurrence elles ont trait à des prescriptions sociales contradictoires entre matrilinearité et virilocalité. Leurs maux sont directement interprétés par les Ndembu comme résultant de ce conflit. De ce fait, se forme

autour de la souffrance du couple une communauté qui vise à réduire la tension conflictuelle, par le rite.

En outre, les femmes qui souffrent de cette affection sont perçues comme ayant trahi, dans une certaine mesure, leur lignée maternelle, et comme s'étant trop rapproché à ses dépens de la lignée de l'homme : leur mari. Elles ont trop vu le « feu » de l'homme. Le rite est ainsi teinté de propiation ; elles sont à la fois victimes - du conflit social - et dans une certaine mesure coupables. Auraient-elles, pour reprendre les propos de l'une de nos psychiatres s'agissant d'une hystérique, besoin, qu'on « *les castrer un peu* » ?

Le rite qui doit amener la résolution des tensions comporte une triade. Du côté de l'origine du mal : l'ombre, qui peut être indifféremment homme ou femme, mais qui est un ancêtre de la lignée matrilineaire rappelé par un membre vivant de la famille matrilineaire pour punir la femme. Le second protagoniste est la sorcière. Le troisième et dernier est le Mvwengi, figure de pure masculinité, qui est aussi l'artisan de son malheur puisque c'est son attirance trop forte vers lui qui amène ses troubles.

A cette triade maléfique répond une triade bénéfique : le médecin, dont l'action bénéfique va tenter de répondre à l'action maléfique de la sorcière. La femme elle-même, qui répond dans la réalité matérielle à l'ombre. Le dernier protagoniste est son mari, qui répond dans la réalité matérielle au Mvwengi.

La plupart des pans du rite, des objets sacrés utilisés, et des protagonistes, sont aussi ambivalents : tantôt ils sont maléfiques, tantôt ils sont bénéfiques. Ce n'est pas qu'ils changent de nature, mais ils sont dotés de pouvoirs magiques qui peuvent être utilisés de diverses manières : c'est parce qu'il est maléfique que tel pouvoir, quand il se retire ou est vaincu, devient bénéfique. En l'absence de pouvoir maléfique initial, il n'y a pas de bénéfice à attendre de son retrait.

Le médecin détermine le lieu de départ du rite, choisi par analogie avec l'interprétation du trouble : ici un terrier bouché qu'il va falloir déboucher. Autour de ce point de départ se détermine un cercle sacré où se déroule l'action.

L'ordonnancement de la **pluridisciplinarité** commence aussi par un accord, avec la patiente, sur une analogie pour le trouble qui rend possible une analogie pour sa résolution. C'est typiquement le *travail* de la métaphore thérapeutique pratiqué par les psychothérapeutes et les médecins. C'est le *travail* qui résulte du *changement de langage*, de « *douleur* » à « *gêne* ».

Il faut se départir de l'analogie inspirée de l'anatomie du corps mort, ou de la « douleur rédemptrice », et inventer ensemble une analogie qui a trait, soit à la vie - amour, après-mort, mouvement, temps, ou rythme, créativité et création. On part pour cela, soit directement des métaphores proposées par la patiente pour sa douleur : étau, contracture... soit du ressenti global : tristesse, épuisement, sentiment d'inutilité, solitude, crainte du vieillissement...

L'analogie qui résulte le plus souvent de ce *travail* est une rupture, ou une brèche entre un 'avant et un 'après' ; les professionnels vont lui proposer une analogie pour la résolution qui a trait au tissage et au fil. Parfois, c'est un nœud (qui peut se dénouer) ou une tension (qui peut se dénouer ou se desserrer) - c'est souvent alors l'analogie temporaire de l'équipe, faute de mots (cf les « secrètes », Mme M et Mme V). D'autres fois c'est un *déséquilibre*, ayant trait au temps, au mouvement ou au rythme. Parfois c'est une combinaison : le « hors-temps » est à la fois rupture et temps.

En fonction de l'analogie choisie pour le trouble, tel ou tel acteur déterminera le cercle constitué par les autres intervenants. C'est aussi ce cercle qu'on observe pendant la visite autour du médecin-chef : il s'assoit le premier, muni du dossier, près de la fenêtre, en face de la patiente. A ce moment là, il est clairement signifié qu'il s'agit de conserver, mais aussi de mettre en ordre, en écrit et en lumière, les paroles. On a vu avec Mme A que les acteurs peuvent se répartir ensuite de manière variable, le médecin - un homme - se mettant parfois délibérément en retrait pour placer les femmes devant : le médecin femme (moi en l'occurrence) ou la psychologue.

C'est ce cercle aussi que souvent le médecin dessine de sa main pour expliquer l'intervention des uns et des autres aux patientes, en marquant du bout de ses doigts réunis la place de chacun.

Chez les Ndembu, au cours du rite, le rouge figure le sang, la femme, et le plus souvent l'origine du mal, même s'il peut se transformer en force bénéfique de par son pouvoir magique. Le blanc, *a contrario*, figure la pure masculinité (analogie avec la blouse). Le mouvement symbolise la vie, et le repos, la mort. (Là encore, l'analogie est forte).

Le rite n'a pas pour objectif de rendre l'ombre bénéfique ; il a pour objectif de supprimer l'influence maléfique qu'elle a sur la personne de la femme.

La médecine de la douleur travaille aussi sur ce qui influence la douleur, et comment la patiente peut en retour influencer sa douleur. On ne fait pas partir la douleur, on

augmente la résistance à la douleur, ou encore les contrôles, c'est-à-dire ce qui permet d'influencer sa douleur dans le sens du soulagement. On ne travaille pas directement sur le mal, comme pour le transformer - attitude lésionnelle - on se **décentre de la douleur** - et le patient doit impérativement en faire autant. On cherche à ce que la patiente ait les moyens de s'en protéger. La douleur acquiert ainsi un statut ambivalent, conforme à l'analogie de « *parole du corps* » souvent utilisée par les patientes pour la décrire. Comme dans certains arts martiaux, on va utiliser son énergie pour s'en défendre.

Le *travail* lésionnel, lutte directe contre le mal, constitue un des actes de la **prise en charge**. Mais il n'est entrepris qu'à la condition expresse que le décentrage ait d'abord eu lieu : une fois la patiente plus forte que lui, on peut alors s'attaquer directement à lui - mais seulement dans une certaine mesure. La vigilance du médecin est là pour vérifier que cet équilibre est maintenu.

Pendant tout le rite, des spectateurs et des initiés entourent la scène en chantant. La musicothérapeute danse à sa manière tout autour de ce cercle, aidant tantôt l'un, tantôt l'autre; mais surtout, elle a 'en plus' l'expérience, la musique, et la religion, et l'humour.

*

« L'expression symbolique de l'intérêt collectif pour le bien-être d'un individu malheureux, associé à la mobilisation de choses « bonnes » pour cette femme, et la connexion du destin de l'individu avec des symboles de phénomènes cosmiques liés à la vie et à la mort - est-ce que tout cela se résume pour nous à quelque chose de simplement inintelligible ? »¹⁰⁰⁸

Ainsi s'exprime V. Turner. J'emprunte sa question, et la pose à mon tour.

In fine, c'est aussi la méthode de V. Turner, et son champ d'application qui m'a paru intéressante, parce qu'elle permet de sortir du strict cadre des sociétés sans écriture.

Il remarque, comme R. Girard, la difficulté qu'ont eu les chercheurs en sciences sociales à s'intéresser aux pratiques religieuses pour elles-mêmes : c'est-à-dire, sans exclure d'emblée l'expérience d'une « force surhumaine » à l'inspiration même des organisations rituelles, sans

¹⁰⁰⁸ Turner V., *Le Phénomène rituel structure et contre structure*, op.cit., p. 48.

la laisser dans l'ombre où elle ne fait que gagner en mystère et en puissance, rendant la dynamique voulue scientifique parfaitement contreproductive.

C'est-à-dire également, sans réduire la rationalité des organisations religieuses à des dimensions politiques ou économiques, sans non plus calquer nos catégories sur les catégories des peuples observés, ce qui ne peut se faire qu'en recueillant, comme V. Turner, l'exégèse des protagonistes eux-mêmes.

Ce désintérêt a été justifié, selon V. Turner, dans les travaux de certains de ses illustres prédécesseurs, par l'étroitesse des rapports entretenus par le religieux avec « la nature imaginative et émotionnelle » (Morgan), ou encore par l'« insensibilité à la musique du religieux » commune à ces chercheurs (Weber).

De nombreux chercheurs semblent en outre considérer qu'il y a des structures d'esprit trop différentes de la nôtre parmi les peuples primitifs pour rendre intelligibles leurs pratiques à nos yeux. Ce à quoi V. Turner répond « qu'en matière de religion, comme d'art, il n'y a pas de peuples « plus simples » ; il n'y a que des peuples ayant des technologies plus simples que la nôtre. La vie imaginative ou émotionnelle est toujours et partout riche et complexe (...) La question n'est pas celle des structures cognitives différentes, mais celle d'une structure cognitive identique qui articule une grande diversité d'expériences culturelles. »

Son investigation sera donc empirique, et basée sur le recueil de terrain, et des exégèses rendues par les protagonistes eux-mêmes. Dans la culture Ndembu, la pauvreté de la narration mythologique a aussi contribué à ce qu'il adopte cette posture. Cette posture fut une inspiration pour mon propre travail.

Dans le rite Ndembu, traiter, c'est aussi initier : le rite thérapeutique se confond ici avec le rite d'initiation. Il s'agit d'apaiser des ombres affligeantes qui sont elles-mêmes d'ex-souffrantes, d'ex-initiées, des morts qu'il faut ramener à la paix. La communauté se fait autour de la souffrance. Le rite en lui-même a une structure tripartite telle que l'a décrite A. Van Gennep dans ses rites de passage.

L'étude de l'exégèse indigène des symboles l'amène au constat suivant : chaque objet utilisé, chaque pan du rite, chaque action, a une double explicitation : matérielle, et immatérielle ; il renvoie symboliquement à autre chose qu'à lui-même, ce dont sont parfaitement conscients les protagonistes. La part d'immatériel est partiellement accessible à l'explication. Ces objets, ces actions sont autant de « points de repères » dont l'usage rituel est métaphorique : « Ils

relient le monde connu des phénomènes perceptibles au royaume inconnu et invisible des ombres »¹⁰⁰⁹.

Il serait bien difficile de ne pas reconnaître dans tout cela des éléments du rite pratiqué au CETD : rite de passage autant que rite pour apaiser les morts - en particulier des ombres faisant planer la maladie sur ce que nous appelons « l'utérus », du fait d'une 'faute' de la femme qui est traditionnellement représentée comme une trop grande envie de masculin (que ce soit l'appétit sexuel évoqué dans l'histoire de la médecine, ou l'envie de pénis évoquée par la psychanalyse), c'est aussi un rite d'initiation. Il vise à apaiser les tensions sociales conflictuelles incarnées par des femmes aux prises avec des injonctions sociales paradoxales, au point d'être vouées à la transgression.

Elles suscitent autour d'elle, au CETD, une communauté de souffrance comprenant un protagoniste qui est un idéal de masculinité : le médecin, un autre qui est un idéal de féminité : l'infirmière, et un certain nombre de 'sorciers' détenteurs des secrets de l'immatériel, et tente un portage collectif. Il ne s'agit pas d'aplanir les contraires mais d'apaiser les tensions conflictuelles qui résultent de leur organisation sociale par des pratiques à fort contenu métaphorique, utilisées comme telles et partiellement explicitées comme telles, ayant des vertus cathartiques autant pour la communauté des observateurs et des initiés, pour la société au sens large, que pour les patientes elles-mêmes qui acquièrent du même coup un statut d'initiales qui reste ambivalent.

Si « la condition d'une hiérophanie est de faire d'une réalité matérielle, un symbole », comme le dit JJ Wunenburger¹⁰¹⁰, on voit que les supports matériels (*dossier unique*, blouse), les événements matériels (procédure de **pré-admission**, temps collectifs, effraction cutanée systématique à l'admission et plus ou moins renforcée dans les jours qui suivent, parole nocturne...) à qui sont explicitement et implicitement conférés un poids et une efficacité immatériels, ne manquent pas. On voit aussi que parmi ces « réalités matérielles » prenant valeurs de hiérophanie, il en est qui sont l'apanage, parmi les professionnels, des femmes, qui accèdent ainsi à des fonctions sacrées, à des fonctions d'initiales. L'usage qui est fait de leur parole, le poids symbolique qui lui est conféré en autorisant son passage à l'écrit, et en permettant que son efficacité perçue ait un statut équivalent à celle du médecin, constitue symboliquement un accès des femmes à la parole sacrée dont on a vu dans l'historique qu'il avait toujours été sévèrement interdit et puni, en particulier quand il concernait le corps.

¹⁰⁰⁹ Turner V., *Le Phénomène rituel structure et contre structure*, op.cit. p. 23.

¹⁰¹⁰ Wunenburger J. -J., *Le Sacré*, collection « Que sais-je ? », op.cit.

En outre, le personnage de la sociothérapeute-musicothérapeute-oblate, dont les outils musicothérapeutiques incluent, entre autres, des chants grégoriens, est là pour rappeler que le CETD n'est certes pas « insensible à la musique du religieux ».

- Tous ces apports théoriques et comparatistes ayant été faits, voici comment l'on peut décrire le rite de passage au CETD :

1. La phase préliminaire et le début de la phase liminaire : séparation, purification, expulser et/ou apaiser le mal

- Identifier l'ennemi commun – le mal – qui l'envahit, et menace de nous envahir

Dans le dictionnaire des mythes féminins, évoquant la tradition grecque, G. Ernst rappelle que dans la tragédie et l'épopée, à une seule exception près, on ne représente pas Thanatos qui est une présence qui s'incarne dans les personnages. Pour lui, sa présence n'en est que plus pesante. En outre, le caractère flou, ambivalent, toujours incomplet et mal délimité du mythe de la mort en est une constante, qui témoigne de la difficulté à se la représenter.

Cela répond bien à la dialectique du secret et du dévoilement en médecine de la douleur, qui donne le sentiment que le médecin ruse avec un ennemi qui avance masqué, qui s'incarne dans le patient, l'emporte, mais ne le résume pas.

Avec la mort, dans sa dimension maléfique, il faut ruser, et le médecin sollicite dans cet objectif la collaboration du patient. Si le patient s'y refuse et persiste à incarner un imaginaire mortifère (Mme A, Sylvie), le médecin renvoie le patient à ses choix, en mettant en avant explicitement si nécessaire sa propre vulnérabilité : « *nous avons aussi nos propres limites* » ; « *nous avons besoin que vous nous aidiez à vous aider* » ; « *même les médecins ont besoin d'encouragements* » etc...

On se représente, plus facilement que les trépas et *Thanatos*, ses cruelles suivantes, les ouvrières du mourir : les Furies, les Kères, les Érinyes, toutes féminines. Une prise en charge qui n'aboutit pas à une nouveau 'diagnostic' d'hystérie est un dialogue mythologique où patient, médecin, soignants arrivent ensemble face à Tanathos, et retissent, après l'avoir 'dénoué', un tissu narratif qui inclut un dialogue apaisé avec lui; une prise en charge qui tend

vers un nouvel appel à l'hystérie, traduit l'échec de ces étapes préalables, et l'on se retrouve face aux Sirènes, Kères et autres Érinyes.

Il faut faire face à la mort, ensemble. La mort, c'est certes le mal, le royaume des morts, les enfers ; mais elle fait aussi partie de la vie : on ne va pas la faire disparaître. On va tenter un dialogue apaisée avec elle, qui ne se réduit pas à la lutte contre le mourir, et ne peut qu'être collectif.

- Mettre de l'ordre, de la loi : séparer la personne de l'ennemi : reconnaître un ennemi commun à l'extérieur de la personne.

Dans l'évolution du mythe des Érinyes, MP Hervagault¹⁰¹¹ évoque deux processus parallèles : celui de l'intériorisation et celui de la laïcisation, qui a transformé petit à petit ces figures mythiques en production d'un esprit atteint par la folie, symptôme du remords et d'une culpabilité débordante :

« (...) le processus de laïcisation et d'intériorisation est engagé : non seulement (les Érinyes) sont absentes de la scène, mais elle sont devenues les hallucinations d'Oreste en folie, symptômes cliniques parmi d'autres (...), vision subjectives et symboles de remords, à Méléna qui lui demande la source de son mal, Oreste répond : « la conscience de mon crime. »

Et effectivement, le refoulement du numineux dans la pensée médicale puis dans la théorie freudienne ont conduit à un paradoxe : ayant intériorisé les démons qui la hante, impuissante à puiser dans l'imaginaire collectif pour trouver des issues, la personne soumise aux Érinyes - la violence de la haine, de la colère, de la vengeance - comme du reste aux autres figures mythiques, se sent d'autant plus coupable qu'elle se sent seule à assumer la responsabilité de cette violence.

Ce n'est qu'en extériorisant le coupable, en reconnaissant à la haine et à la vengeance la part qui l'inscrit dans une dynamique extérieure qui dépasse sa propre culpabilité, qu'elle peut retrouver un champ de responsabilité, et donc un champ d'action.

Revenir vers des figures plus archaïques antérieures à l'intériorisation, c'est aussi revenir sur le processus de laïcisation. Or la laïcisation de ces figures est inséparable de leur féminité :

¹⁰¹¹ Hervagault M.P., « Érinyes (Furies) », in Brunel P. (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris 2002, pp. 652-665, ici p. 656.

c'est parce qu'elles sont femmes que l'Église, et « la Gaule », les verra petit à petit perdre leur statut de divinité avec leur majuscule, à l'instar des Harpies, et rejoindre le rang des diverses viragos, langues de vipères...¹⁰¹²

La confrontation à la loi, d'une manière générale, vise à rétablir le réel des faits, et à distinguer ce dont on est éventuellement coupable (les faits), de ce dont on ne peut être tenu pour responsable (son inconscient, ses émotions, son imaginaire... qu'on ne contrôle pas). En rétablissant la loi et les faits, on permet à la personne de distinguer l'imaginaire des faits, et ainsi de tenir à distance les démons qui la hantent. La loi - les catégories - médicale a aussi ses vertus, pour peu qu'elle accepte de revenir sur la laïcisation et la féminisation des figures de la vengeance et de la haine, et de considérer à nouveau qu'elles appartiennent à l'imaginaire collectif - donc aussi à l'imaginaire du médecin.

- Définir ensemble les moyens de la lutte.
 - o Relative pauvreté de l'examen clinique (séparation des croyances antérieures)
 - o Se mettre d'accord sur l'origine du mal (séparation des croyances antérieures). Déterminer le lieu du mystère : préparer une éducation spirituelle. (préparation à l'agrégation)
 - o Responsabiliser - donc imaginer : préparer un *travail* de passage à l'âge adulte, avec un apprentissage de valeurs qui va s'inscrire dans le corps.
 - o Miser sur l'efficacité du symbolique et de la narration (préparation à l'agrégation- les petits mystères)
 - o Valorisation de l'exercice physique (purification-séparation) ; prescription du travail kinésithérapique de préférence en piscine (purification).

2. La marge

- Grands axes
 - o Séparer et purifier des croyances antérieures (eau, mutilation), en particulier celles ayant trait aux pratiques biomédicales dont les patientes ou dont leurs morts ont fait l'expérience.

¹⁰¹² Hervagault M.P., « Érinyes (Furies) », *op.cit.*

- o Incarner le sens par la parole du corps.
- o Thérapie des endeuillés : en lien avec l'après-mort et les ombres des ancêtres. Rétablir la chaîne rompue par le deuil pour libérer la patiente du deuil. Aller interroger les ombres pour les apaiser, au prix du sacrifice. Mettre en scène la résolution pacifique des dynamiques conflictuelles qui les maintiennent éveillées, en s'appuyant sur les figures imaginaires d'Hermès et de Perséphone.
- o Tissage narratif permanent qui constitue une matrice contenant, maternelle et réparatrice, un cratère où sont replongées les patientes et leurs expériences primordiales, les violences fondatrices.
- o Maintenir l'ordre et l'organisation (les programmes, les tâches, les objectifs réalistes). Dé-confusionner = organiser, rendre la vie possible
- o Eliade : remettre sans fin les événements dans le cratère initial des mythes fondateurs. Ici la révolution du « mythe des deux douleurs » vers celui de la douleur « une » (gate control) associé au dogme de la pluridisciplinarité. A chaque prise en charge on rejoue cette scénographie
- o Initier aux valeurs du groupe (« comment vivre avec le malheur), responsabiliser - valorisation : germination, embryologie (*« on va planter une petite graine, laisser la germer, on verra ce qu'elle donne »*). Révélation = partager les secrets des « docteurs » ; les soignants de la douleur ne sont pas avares d'explications sur les aspects scientifiques de leur travail. Responsabiliser : autonomie et hétéronomie : s'agissant de la colère, de la vengeance : un *travail* complexe dont nous avons mis du temps à comprendre pourquoi il nous paraissait si central et si subtil. C'est le subtil équilibre entre auto et hétéronomie dans la colère suscitée par l'injustice, la trahison... le juste ce qu'il faut de sentiment d'être victime, tout en restant responsable.
- o Trouver des solutions du côté de l'art, de la créativité, de l'esthétique, du monde sensible, de la poésie.

- Séquence

J1 : réaffirmer l'ordre, l'organisation, la loi (le matin), en présence des infirmières
 Purifier (intra-veineuse : eau posée par femme. Parole). Intervention de

l'ostéopathe acupuncteur et perfusion : double effraction cutanée, associée à la parole : analogie avec le sacrifice (rejouer la violence fondatrice) et avec le rite de séparation (mutilation). En outre, la perfusion entraîne des conséquences pratiques, qui sont une relative immobilité, un temps de repos parfois forcé, une certaine régression, au sens d'une mise en position infantile qui est une manière de rejouer le « mythe fondateur » au sens à la fois du mythe individuel (l'enfance) et du passage d'une 'société secrète', la biomédecine, avec ses pratiques et ses croyances, à une autre, la médecine de la douleur, avec d'autres pratiques et d'autres croyances. Mais l'immobilité est découragée, au-delà d'un temps de repos bref accepté.

D'emblée, exercice physique (vélo d'appartement dans le couloir)

J2 : matin visite : mise en scène de la pluridisciplinarité. Le jeu de la blouse. Rapport écrit-oral : le jeu du dossier. La loi domine. Examen clinique, par ou pour un tiers : le rééducateur. Organisation, ordre. Le patient et le médecin et le dossier au centre du cercle.

Après-midi kinés (parole du corps) et psycho (au départ systématique puis à ceux qui le demandent : sorti du rite en tant que séquence systématique) et musicothérapeute (systématique)

J3 : creux - parole seule, surtout écoute et tissage narratif (infirmière, interne)

J4 : séparation/préparation à l'agrégation : rencontre avec les intervenants socioprofessionnels. Renaître autrement : nouvelles lois, nouvelles croyances, nouveaux comportements. Si des effractions cutanées doivent avoir lieu (infiltration...) c'est souvent entre J3 et J5.

J5 : bilan, médecin+infirmière, +/- rencontre avec le conjoint. Parfois, exclusion.

W.E. : préparation à l'intégration

J6 : retour du week-end et bilan de la tentative de réintégration : maintien de la loi ? Transgressions ? Narratif positif ? Harmonie homme-femme ? conflits ?

J7 : nouvelle visite, nouvelle mise en scène de la pluridisciplinarité. Préparation à l'agrégation.

J8 : tissage parole, infirmière, interne

J9 : psychiatre, staff pluridisciplinaire. Etat d'avancée de la violence et des conflits.

NB : selon l'un des psychiatres, s'exprimant en coulisses : le première semaine on fait du « *maternage* », la deuxième on est plus dans une dynamique « *paternelle* » : on prépare la réintégration. C'est là qu'intervient le psychiatre. Il est là pour voir si il y a encore ruse (« le soupçon »). Toute la subtilité est que la ruse ne soit ni dans la personne du patient, ni dans un inconscient pervers (Freud) - dans les deux cas l'équipe se retournerait contre lui - mais dans une figure extérieure au patient, dont il est, et nous sommes, victimes. Il dit lui-même : le patient doit lui rester sympathique.

J 10 : visite de sortie, avec l'infirmière, +/- rencontre avec le conjoint. Evaluations des **objectifs** atteints et à atteindre ; critères : harmonie masculin-féminin, narratif positif, maintien de la loi.

3. Réintégration.

- o Narratif positif : du narratif négatif (pour G. Ernst¹⁰¹³ « une des manifestations du dialogue contemporain avec le mourir ») au narratif positif : ce n'est possible qu'après avoir repris autrement le dialogue avec le mythe de la mort sur le terrain des deuils effectifs. Sortis du silence, les patients peuvent réinvestir un narratif positif qui propose de faire pour défier le néant.
- o Harmonie masculin-féminin (résolution des conflits réels et symboliques) et harmonie des contraires en général : « *dosage* » et « *équilibre* ».

Dans le cas de Mme V, comme dans celui de Mme M, de Mme A, de Sylvie, de Mme U... la part d'expulsion du mal et d'éducation spirituelle est nette : il s'agit de vaincre les monstres féminins du mourir, mais pas par la violence, car répondre à la violence par la violence, c'est déjà se laisser contaminer. Non, il faut refuser de se battre, et se laisser porter par l'équipe dans une autre voie. L'hétéronomie propre aux phases liminaires est là pour rendre cela

¹⁰¹³ Ernst G., « Mort », *op.cit.*, ici p. 1384.

possible. Il y a d'abord appartenance et hétéronomie. On puise dans les ressources imaginaires qui permettent de sortir de l'emprise violente, on en appelle à d'autres forces spirituelles féminines, celles qui connaissent l'après-mourir : Perséphone, la parole et la poésie.

*

Pour conclure cette partie consacrée au rite, je vais faire un détour par les travaux de R. Girard¹⁰¹⁴, s'agissant de la fonction du rite.

Ce que R. Girard montre, c'est que le rite est une mesure d'organisation de la violence fondamentale. C'est sa fonction.

Pour R. Girard, la violence fondamentale résulte du désir mimétique : le « même » crée le danger pour le corps social. Le désir mimétique est d'abord à l'origine du 'premier' conflit. Ensuite, en l'absence d'organisation vouée à réguler la violence née du « même » et du désir mimétique, les conflits - vengeances et autres « blood feuds » - s'installent eux-mêmes dans une escalade qui est aussi symétrique, à l'image d'une « vendetta » réciproque autant qu'éternelle. Ainsi, le « même » est à la fois l'origine et le garant de la continuité de la violence. C'est le danger que craint toute société : par lui naît et est entretenue la violence fondamentale.

Il existe deux types d'organisation sociale de la violence : l'une est dite par lui « curative » : il s'agit alors de mettre en œuvre la vengeance publique ; c'est le système légal. L'autre est dite par lui « préventive », et c'est le rite. Le rite qui, en dehors du moment de la crise collective, met en scène l'expulsion du « même », un « même » que dans le théâtre du rite on aura pris soin de déguiser en être suffisamment différent, pour qu'il soit possible de déchaîner contre lui la violence du groupe.

C'est pourquoi le religieux est au fondement de toute société. Ce n'est pas la religion qui a besoin du rite : c'est la société qui a besoin du rite, et par suite du religieux pour en raconter une exégèse qui rencontre en efficacité narrative l'efficacité de sa pratique.

Le rite replonge ses acteurs dans la crise primordiale, la violence originelle, qui est narrée et jouée, en s'appuyant sur le mythe fondateur qui la narre.

Pour accomplir sa fonction vis-à-vis de la violence fondamentale, pour que cela 'fonctionne', le rite propose une solution, qui est la désignation d'un bouc émissaire - c'est le « sacrifice rituel » présent dans tous les rites - de passage, d'initiation... sans distinction. Ce bouc

¹⁰¹⁴ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

émissaire sera choisi pour incarner ce même que l'on va déguiser en différent, pour mieux expulser le mal. Il n'est pas choisi pour sa culpabilité, au sens moral ou légal du terme. Il est choisi parmi les plus faibles, les plus isolés : ceux qui ne seront pas susceptibles - ni leurs proches - de réciprocité : de reprendre le cycle des vengeances infinies. Il est choisi aussi en fonction de la plus ou moins grande possibilité pour la violence de se déplacer, tel un fluide, vers lui : plus il évoque l'impureté, plus cela est possible. Le sang, autre fluide, est ainsi marqué du sceau de l'impureté. Les femmes faibles, isolées, impures par nature - par le sang, sont souvent choisies comme boucs émissaires.

Ce bouc émissaire, qui porte dans le moment du rite sacrificiel tout le mal : qui en est l'objet maléfique, devient objet bénéfique dès que la crise a trouvé sa solution. Les personnages susceptibles de voir se déplacer la violence sur eux sont ainsi, comme la femme du rite Ndembu, ambivalents : victimes et coupables, tantôt maléfiques, tantôt bénéfiques. Ils ont - pas par nature, mais de par ce que le groupe projette sur eux - un pouvoir magique de provoquer la crise, et de la résoudre - pouvoir qui est largement indépendant de leur désir ou de leur volonté. R. Girard ne dit pas si certains, ou certaines, y trouvent leur compte.

R. Girard nous dit aussi que si nos sociétés occidentales disposent de systèmes 'curatifs', ce n'est pas pour autant qu'il n'y persiste pas ces rites, mêmes dégradés, mêmes privés de leur narratif mythologique. Car leur nécessité est profondément inscrite dans les nécessités vitales des sociétés.

En refusant de voir ceci - en particulier en cherchant à tout prix à démystifier : à ne pas vouloir entendre la puissance des mythes - on ne parvient pas pour autant à les priver de puissance. Seulement, on se prive des moyens de les comprendre, et de les organiser autrement. En méconnaissant, on donne de la puissance au rite, puisqu'il se nourrit de méconnaissance.

Ce que nous apprend R. Girard vient éclairer le sens du passage des *animaux dénaturés* de Vercors, cité en introduction : les organisations de la violence sont, par nature et par loi, totales : elles sont plus fortes que les passions individuelles. Ce n'est pas tel ou tel discours - pas plus la médecine que la psychanalyse - qui est total : c'est l'adhésion, vitale et nécessaire, de l'ensemble du corps social aux catégories produites par les institutions ayant fonction d'ordre. Elles résonnent avec de telles craintes - fondamentalement la crainte de la mort - chez tout un chacun, qu'elles ont un écho qui laisse, en soi, peu de place au libre arbitre. C'est

encore plus vrai si elles ont le pouvoir d'infliger la douleur, ou pouvoir de vie et de mort, ou pouvoir sur la souffrance.

R. Girard nous apprend aussi que notre hystérique du folk-lore, femme, désignée par son utérus - l'organe du sang; détentrice par son sexe et par la nature de sa plainte de « lucidités rivales » sur la vie et la mort ; « même » que le médecin, nous l'avons vu, à tant d'égard - et surtout s'agissant des territoires de l'humain (« *l'imaginaire* » dont il veut se débarrasser par crainte, précisément, de la mort) dont elle vient incarner la persistance, l'insistance ; faible et isolée, le plus souvent ; notre hystérique est un bouc émissaire idéal. Une femme qui gêne, on peut la déguiser en hystérique - ce « même » devenu « différent » - et elle fera un bouc émissaire idéal, d'autant plus si elle gêne pour des raisons qui présentent suffisamment d'analogies avec l'hystérique du folk-lore.

R. Girard nous apprend encore que le théâtre tragique puise aussi dans la mythologie, et 'rejoue', dans une certaine mesure, les rites, dont il constitue une archéologie. Mais il ne propose pas de solution en termes de bouc émissaire - il n'y a pas de sacrifice rituel réel, juste une mise en scène. Il n'en est pas moins thérapeutique, « médical » pour le groupe, qu'il soulage par la catharsis tragique.

Il dit aussi que la violence est fluide, se déplace. Que dénoncer telle ou telle organisation de la violence, c'est encore faire violence, et rentrer dans une rivalité mimétique qui amène la violence sur soi, prochain bouc émissaire.

*

J'écrivais en introduction de l'ensemble de cette étude que j'aurai recours à l'anthropologie pour me défaire des catégories savantes établies par les écrits médicaux.

Je pense pouvoir dire, après avoir exposé un certain nombre de rites, qu'il existe - par delà les catégories et les mots utilisés - une continuité dans le « noyau de culture » : dans l'imaginaire véhiculé et opéré par les rites et les organisations biomédicales, s'agissant en particulier de la fonction de l'hystérique : « comment ça fonctionne », « ce qui est fonction de sa désignation », et « à quoi elle sert ».

Dans la figure folk-lorique de l'hystérique, la biomédecine tient son bouc émissaire idéal, mais à travers la biomédecine, c'est toute la société qui le tient.

Bien sûr, la biomédecine ne va pas s'exprimer en termes de mythologie et de bouc émissaire, pas explicitement. Mais R. Girard nous apprend aussi que la méconnaissance des raisons des organisations rituelles est un des éléments qui en conditionnent l'efficacité.

C'est ainsi qu'elles sont totales ; c'est ainsi aussi que R. Girard devient total en les évoquant : lui aussi va contenir en lui-même ses théories, et les contradictions de ses théories.

Alors quoi ? N'y a-t-il pas d'issue ? Ne peut-on évoquer ces questions sans devenir soi-même, totalisant, totalitaire ? Sans faire violence ? Sans retourner vers soi la violence ?

Si. Il reste, comme le dit J. Pigeaud, l'art. Le théâtre tragique, qui ne protège pas tant le social de la violence que de la mélancolie. La poésie. L'écriture.

J'indiquais plus haut que ce noyau de culture existait « par delà les catégories ». Mais les catégories importent. Elles importent en tant qu'écriture. Elles importent, pour peu que l'on reconnaisse au mot son pouvoir poétique : que les mots ne soient pas orphelins de l'art. Qu'ils ne deviennent pas eux-mêmes instruments de la méconnaissance qui fait le lit du rite.

J'écrivais en introduction que la médecine de la douleur est une pratique dangereuse : c'est une « lucidité rivale » pour les organisations de la violence qui sont en place. Elle est, dans l'institution, marginale, un peu faible et isolée. Elle est particulièrement isolée en tant que système de représentation de la maladie et du traitement, puisqu'elle ne procède pas du même système de représentation que le reste de la biomédecine. Elle est elle-même, comme l'hystérique, au cœur de dynamiques sociales conflictuelles : elle a accepté d'en faire 'son problème', de se responsabiliser : de porter, à l'instar des personnages du rite Ndembu, ces dynamiques sociales conflictuelles, pour dégager ses patientes de la trop forte culpabilité qu'elles portent, alors qu'elles sont aussi victimes. C'est un travail d'équilibriste. C'est un travail dangereux. Si elle bascule à son tour dans la méconnaissance, elle peut à tout moment voir se déplacer vers elle la violence, et devenir à son tour bouc émissaire. Si elle échoue dans son théâtre tragique, elle peut sombrer dans la mélancolie, et ses acteurs, ses patientes, et la société qui observe, avec elle.

Sa force, c'est son 'juste assez' de connaissance des enjeux symboliques ; sa force, c'est son 'juste assez' de mythologie : si elle démystifie, c'est surtout la grande démystificatrice en personne : la biomédecine elle-même. Elle ne démystifie pas les dynamiques de soin et de guérison 'en général'. Sa démystification 'du mythe médical de la démystification' sert précisément à mettre en jeu de nouvelles mythologies, efficaces celles-là, et reconnues

comme telles. Cette reconnaissance ne passe pas par un investissement croyant de la pensée magique, mais par une attention portée à l'écriture, par un retour à ce que J. Pigeaud appelle la « poésie du corps », par un *travail* des catégories, par un intérêt créatif pour la narration, le récit, le théâtre. C'est sa sensibilité artistique, sa créativité, qui la sauve. Pour l'instant.

*

Dans le dictionnaire des mythes féminin, A. Moreau et M. Dancourt¹⁰¹⁵ retracent l'histoire du mythe, et/ou de la tragédie, de Médée. De puissance bienfaisante (associée à la magie, au soin, à la nature) elle devient puissance malfaisante au contact de la civilisation grecque ; malfaisante, entre autres, par son lien avec l'Orient « barbare ». Aux différentes époques que traverse le mythe, le sens attribué à son crime, qui défie la raison : l'infanticide, varie : tantôt involontaire, tantôt voulu par vengeance, tantôt pour assumer un rôle politique... Quand, au XX^{ème} siècle, des auteurs féminins étudient Médée, elles font parfois des enfants les acteurs de leur propre mort.

Avec l'opéra, elle devient figure de la division (littéralement : le diable) et celle qui sème la discorde. Cette exilée apparaît souvent, aux différentes époques observées par les auteurs, comme un bouc émissaire.

Seule la Grèce antique fournit de Médée une allégorie évoquant l'ambivalence maternelle : mère hyper-protectrice, mère étouffante, mère criminelle. Les autres discours s'adressent, non pas à la mère, mais à la femme.

Les auteurs observent également l'ambivalence sexuelle de la figure de Médée : pour certains anciens, elle chercherait à être un homme ; pour d'autres, elle n'est ni femme, ni homme.

Figure possédée par la douleur de la blessure amoureuse, figure possédée par la haine et la colère, Médée commet le crime impensable de l'infanticide. Mais qui a tué la mère en Médée ?

Il me semble que pour comprendre le conflit, intérieur, dans lequel est prise Médée, ses « passions » qui sont plus fortes que ses « résolutions », il faudrait aussi comprendre que ses « résolutions » ne peuvent qu'être prises dans un autre conflit, extérieur celui-là, dans des

¹⁰¹⁵ Moreau A et Dancourt M., « Médée », in Brunel P. & F. Mancier (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris, 2002, pp. 1280-1295.

tensions conflictuelles qui résultent du fait qu'elle est exilée. Coupable et victime, elle a rompu avec la culture de son père, et ses « résolutions » sont soumises aux injonctions paradoxales résultant du brassage de deux systèmes culturels : celui de son père « barbare » et celui de son mari - dont on peut penser qu'ils sont différents s'agissant de leur réponse à la violence fondamentale (l'arrêt des vengeances symétriques), et peut-être aussi s'agissant de déterminer ce qui relève de la « passion » ou de la « résolution », en particulier chez une femme et chez une mère. Peut-être incarne-t-elle aussi, dans le mythe, et dans la tragédie, quelque chose des tensions conflictuelles entre ces systèmes.

CONCLUSION : fonction de **l'hystérique dans le système de sens** **construit en France pour faire face à** **la souffrance et à la mort**

« Messieurs les talibans »¹⁰¹⁶

Je n'ai pas souhaité produire à mon tour une pensée totale de ce qui est à l'œuvre dans la reconnaissance de l'hystérie, sa désignation éventuelle, et les stratégies conséquentes. Je n'ai pas souhaité expliquer. Je n'ai pas souhaité contempler, avec une complaisance ambiguë, l'énigme de l'hystérie. Je n'ai pas souhaité voir l'origine, voir pour maîtriser. La toucher, à la rigueur, et rentrer avec elle dans un dialogue créatif, voir ainsi défiler à mes côtés les dialogues existants.

Je n'ai pas souhaité recouvrir de nouveau l'hystérie de mots pour mieux cacher l'absence des femmes de chair et de sang derrière le personnage créé pour elles. Je n'ai pas souhaité déshabiller, mais regarder l'habit, pas démystifier, mais écouter les mythes. J'ai voulu traduire, redonner aux mots leur histoire, fut-elle mythologique, leur efficacité, fut-elle artistique.

Raconter les mots, mais aussi leur enchevêtrement avec les pratiques, l'ensemble de ce folklore au sein duquel émerge une figure, reconnaissable entre toute par les initiés : celle de l'hystérique. Comprendre quelle était sa fonction dans ce folklore.

Ce ne fut pas un exercice aisé. Je souhaite avoir réussi. Je pense - j'espère - qu'arrivant au terme de cette lecture, chacun aura compris les motifs de ces choix.

L'hystérique est porteuse d'une plainte qui renvoie à une origine invisible ; il n'y a pas d'origine visible pour son mal dans le corps matériel, et toutes les technologies contemporaines, si puissantes s'agissant de voir à l'intérieur du corps, n'y changent rien.

¹⁰¹⁶ Je cite ici de nouveau M. Serres, «Abécédaire. 'F' comme « faiblesse » », *op.cit.*

En la reconnaissant, l'initié reconnaît la limite de son champ : le corps - en fait le corps mort de l'anatomie. J'écrivais en introduction qu'il reconnaît, dans le même mouvement, les limites de la « philanthropie médicale » : à partir de cette limite, il n'y a plus pour lui de devoir philanthropique. En fait, je pense que l'on peut aller plus loin : l'exclure de son champ de compétence fait partie des impératifs constitutifs des modalités mêmes de sa « philanthropie », en ce qu'elle implique une définition de l'humain 'aimable' par le médecin.

La médecine de la douleur, disais-je aussi, propose une écoute vierge, autant que faire se peut, de catégories savantes préalables ; mais pas vierge d'histoires, ni de mots, ni surtout de culture. Parmi ces catégories, notablement, celle de l'hystérie tend à disparaître. Grâce à cette disparition - et à tout ce qu'elle emporte avec elle, pas tant dans l'oubli que dans la métamorphose - cette médecine peut être aussi concernée par la souffrance que par la maladie, même avec les femmes.

Changer les mots change le récit, la manière en particulier dont il lie le présent au passé, au futur. Changer les catégories change la loi, le sens, les stratégies ; les culpabilités appartenant au passé, les prédictions à l'avenir. Changer les mots change le temps. La perception du temps. L'imagination du temps. L'angoisse du temps.

L'écriture, c'est une musique, c'est un rythme. C'est encore le temps.

Ce changement permet de soulager ces femmes, au moins en partie - ne serait-ce qu'en leur permettant d'appartenir, puisqu'on ne leur refuse pas le statut de malade - ce qui est le préalable de l'autonomie attendue d'elles, comme de toute autonomie. Il permet aussi de soulager les professionnels. Peut-être même permet-il de soulager la société, qui assiste de mille manières à ce théâtre de la philanthropie et de l'avenir de l'homme qu'est la médecine. En tout cas, elle l'espère : elle attend.

*

Comment la médecine de la douleur fonctionne-t-elle avec l'hystérie ? Qu'est-ce qui est fonction de cette reconnaissance ?

Le premier acte qui suit cette reconnaissance, c'est la vigilance par rapport aux mots, la métamorphose des catégories ; le mot hystérie est tu, déconstruit, éparpillé. Les problèmes demeurent. Ils s'appellent maintenant problèmes des professionnels, problèmes du médecin en particulier. Certains sont nommés ; ce sont les problèmes pratiques, que l'on appelle plutôt

« *difficultés* ». D'autres non. Je reconnais en ces derniers la crainte et la pitié de la tragédie antique. L'amour, aussi.

Les moyens sont tout de suite nommés. Parmi eux, un mot qui jusque-là faisait partie des problèmes fait désormais partie des moyens : l'« *imaginaire* ».

*

Auparavant, ce n'était pas le problème du médecin, non, bien sûr : l'« *imaginaire* », c'est ce qui n'existe pas ! Comment cela pourrait-il être un problème pour lui ? Non, c'était celui de la patiente.

Scénette inventée (toute ressemblance avec des faits ayant existé...) :

-Le médecin, doctement, parle avec ses collègues : « L'origine de son mal, c'est - comment dire...- qu'elle imagine qu'elle est malade et que cela suffit à la rendre malade, par ce qu'elle est trop perméable à l'imaginaire - nature des femmes... Mais voyez-vous, comme 'ça' (j'entends : l'imaginaire) n'existe pas, ce doit être qu'elle le veut bien. Elle se convainc elle-même qu'elle est malade. Alors de deux choses l'une : soit elle joue la comédie pour obtenir quelque chose, soit elle est folle. Probablement un peu des deux ! Ah, les femmes ! »

-Puis il rentre dans la chambre, et, armé de mots savants, s'adresse à la patiente et à ses proches, de préférence dans un jargon incompréhensible, et conclut : « Et voici pourquoi votre fille est muette ».

*

Rire est salvateur. Mais je ne voudrais pas simplifier, ou caricaturer. La philanthropie médicale est une réalité, que je respecte, et une réalité difficile. Que celui ou celle qui sait être philanthrope quand il a à charge la souffrance et la mort pour toute une société jette aux médecins la première pierre.

Ah non, mesdames les infirmières, posez ces cailloux ! Vous avez à charge la souffrance et la mort, certes, mais comme auxiliaires : vous n'êtes pas en première ligne de la lutte contre le mourir. Vous n'êtes pas le héros de la mythologie, ce blanc vainqueur du mourir.

*

Cela, c'est une autre affaire. Une affaire d'hommes.

J'évoquais plus haut les problèmes auquel le médecin doit faire face quand il reconnaît l'hystérie, problèmes que je reconnais à mon tour - je suis médecin - bien qu'ils ne portent pas ces noms en médecine de la douleur : celui de la crainte, et de la pitié.

La crainte, c'est, ici comme dans la tragédie, comme dans le rite, fondamentalement la crainte de la mort. Le médecin doit être protégé du mourir, qu'il fréquente souvent, contre lequel il lutte : c'est pourquoi il est institué, rituellement, théâtralement, comme différent. S'il était « même », il serait en danger de contamination.

La pitié, c'est cette émotion qui renvoie à un jugement : l'injustice, ainsi qu'à une crainte. Cette crainte nous renvoie aussi à nous-mêmes, parce qu'injuste, arbitraire, ce qui atteint l'autre pourrait nous atteindre aussi.

Je suis passée par la plaisanterie au sujet des infirmières, pour rappeler que les organisations sociales, les institutions ayant pour fonction de répondre à ces craintes ont été construites pour et par des hommes. Ce sont des affaires d'homme.

Mais pour rappeler aussi que cette masculinisation fait partie du rite, du mythe, et du théâtre : dans les faits, les femmes, qu'elles aient été soignantes, guérisseuses, ou simplement mères, disposent sur tous ces sujets d'une expérience, d'une pratique, et d'une « lucidité rivale ». Elles ont, par nature et par tradition, la « conception », là où les hommes n'auront jamais que « le concept ».

Par la crainte, par la pitié, par le fait qu'elle est femme, déshabiller l'hystérique de sa catégorie qui protège le médecin - en l'instituant comme différente en même temps que « *l'imaginaire* », son domaine, est réduit, intériorisé, laïcisé, démystifié - c'est faire face autrement à la crainte. C'est prendre le risque d'être renvoyé, non à la différence, mais au même : celui de la mort, celui de l'arbitraire, celui de la rivalité.

*

Le propre des organisations de la violence, ces institutions totales, c'est l'arbitraire, précisément. R. Girard évoque le caractère insupportable pour l'« angélisme scientifique » de la cohabitation du « vrai » avec « l'arbitraire ».¹⁰¹⁷

La biomédecine ne fait pas exception ; pourtant, que cela soit insupportable à son « angélisme scientifique » n'y change rien : elle comporte aussi une part d'arbitraire. Il faut à la

¹⁰¹⁷ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

philanthropie médicale un « concept » pour la vie, un autre pour la mort, un autre pour l'humain, et encore un autre pour la vérité... la médecine n'a pas d'autre choix que d'être arbitraire. Elle n'a que le choix de l'assumer, pour le rendre plus doux, pour être moins « totale », par l'art et par l'imaginaire.

C'est la voie courageuse qu'a choisie la médecine de la douleur. C'est 'comme cela qu'elle fonctionne', et c'est ceci qui se met en place, en général avec les patients douloureux chroniques, mais plus nettement encore en fonction - en conséquence - de la reconnaissance de l'hystérique.

En effet, avec une telle catégorie, avec tout ce qu'elle véhicule, c'est plus nécessaire encore, tout du moins si elle souhaite authentiquement étendre sa philanthropie, sa définition de l'humain, aux femmes. Non parce que les femmes seraient par nature attachées au registre de l'imaginaire - cela je n'en sais rien - mais parce qu'elles le sont par la culture et par la loi des catégories médicales.

*

Comment la médecine de la douleur fait-elle ? Cette question n'a pas de réponse univoque. C'est pourquoi j'ai attaché de l'importance aux récits des cas cliniques, chacun donnant à entendre un récit, une histoire.

Elle puise dans le rite. Elle puise dans le théâtre tragique.

Elle y puise pour proposer un voyage, comme dans les systèmes chamaniques.

Elle va donc narrer et mettre en scène les ressources mythologiques collectives existantes, comme les aventures - en bonne partie médicales, et que les médecins ont donc traversées aussi - qui ont amené les patientes jusqu'ici, pour inventer à chaque fois une nouvelle histoire. Or notre société est complexe. Ce qui a été vécu, l'a été dans des systèmes à la technicité sophistiquée, à la puissance mythologique dissimulée, aux organisations rituelles tues. Il va falloir endosser par moments le pouvoir sacré conféré au biomédecin pour rejouer une partie de ces scènes, afin de réactiver la puissance de **changement** qui est attendue, puisqu'elle n'est pas accessible à la connaissance.

Ce faisant, le médecin de la douleur n'est cependant pas plus magicien - ou charlatan - que les biomédecins, il l'est moins : il n'a, lui, qu'une méconnaissance partielle du caractère

symbolique de l'efficacité des pratiques, de leur caractère rituel. Il en perçoit assez le caractère symbolique pour ne pas être seulement, ou pas constamment, hypnotisé par lui : pour le mettre un peu à distance, ce qui est nécessaire pour en faire de l'art.

Il prend au sérieux l'imaginaire, certes, mais cela n'a rien de magique ! Quand il demande, à la « dame en noir », si elle ne serait pas par hasard « tombée d'une échelle quand elle était petite » - et de quelle taille l'échelle s'il vous plaît - ou quand il demande au « tambour de ville » si ça le « gratouille », ou si plutôt ça le « chatouille », et plus ou moins avec « de la tête de veau-vinaigrette », ce n'est pas pour asseoir son pouvoir et se moquer de leur crédulité, c'est pour comprendre leur régime de cause, leur interprétation narrative de l'origine du mal, pour se saisir avec eux des métaphores utiles à leur soulagement.

C'est aussi pour choisir des moyens adaptés à la réalité des patients : éviter la tête de veau-vinaigrette à l'avenir, puisque ça gêne, même si on ne sait pas pourquoi, et trouver d'autres moyens que l'échelle pour nettoyer la fenêtre d'en haut, si l'échelle est trop angoissante. Ou si vraiment il n'y a pas d'autre moyen que l'échelle, proposer une aide psychothérapeutique pour faire face à l'angoisse suscitée - et assumer qu'il n'en maîtrisera pas l'efficacité.

Rien de magique là dedans. Et surtout moins de charlatanisme qu'à leur proposer, par exemple, la chirurgie comme une solution miraculeuse s'agissant de la lombalgie chronique. En médecine de la douleur, il y a bien souvent moins de charlatanisme à parler qu'à agir, contrairement à ce que laisse entendre l'origine du mot charlatan. Mais il y a aussi une technicité de la parole, et un art de la parole, qu'elle soit orale, ou écrite.

Le vrai charlatanisme, n'est-ce pas plutôt cela : parler n'importe **comment**, écrire n'importe **comment** ?

*

Ce qui reste, pour moi, très mystérieux, c'est comment ces médecins - qui n'ont pas, le plus souvent, connaissance des rites du premier de l'an ou des rites d'Éleusis décrits par M. Eliade, ou des rites Ndembu décrits par V. Turner, pas plus que des mythologies d'Hermès ou de Perséphone, d'Apollon ou d'Isis - vont produire, avec la collaboration des patientes, des récits et des pratiques qui présentent avec eux autant d'analogies.

Ils connaissent leur mythe fondateur, le « mythe des deux douleurs », le caractère mythique de l'enclave de la consultation médecin-patient face à la douleur. Ils les connaissent, parce qu'ils sont initiés aux grands et petits mystères de la médecine. Ils les 'savent' un peu, aussi, parce

que la médecine de la douleur en parle, parce qu'elle produit un savoir et des organisations qui déconstruisent explicitement le dualisme.

Mais ils n'ont pas de savoir anthropologique ou mythologique spécifique - pas en règle générale, tout du moins.

Il faut croire que R. Girard, décrivant l'universalité du rite, n'a pas tout à fait tort : sans doute n'y a-t-il pas, dans l'imagination humaine, dix mille manières d'organiser des passages et des initiations. Il y a des structures de base, et ensuite des variations.

Il faut croire aussi, comme le disait G. Ernst, que le mythe ne meurt jamais, mais qu'il dort, seulement, de n'être pas explicité. Qu'il est toujours prêt à se réveiller.

La médecine de la douleur va donc puiser dans le mythe. Mais pas n'importe lequel : dans la mythologie qu'il met en œuvre, il y a de la place pour des mythes féminins de la vie et de la mort. Il y a le temps, cyclique. Il y a l'efficacité du tissage. Il y a le verbe. Il y a la poésie. Il y a le voyage. Et il y a, très centrale, l'harmonie des contraires.

*

La médecine de la douleur va également puiser dans la tragédie : il semble que ce soit sa manière à elle d'éviter la solution rituelle du bouc émissaire.

Elle va donc plutôt chercher la catharsis tragique. Là où le rite biomédical visait à protéger du mourir, les organisations de la médecine de la douleur observées au CETD tendraient ainsi plutôt à protéger de la mélancolie¹⁰¹⁸.

Les bénéficiaires de la catharsis sont la patiente, ses proches, les professionnels, la société qui observe... cette catharsis profite à tous. Elle soulage les tensions résultant de la crainte - de la mort - et de la pitié - crainte de l'arbitraire - ainsi que des dynamiques sociales conflictuelles qui président à leurs organisations institutionnelles parmi lesquelles les lucidités rivales. Elle soulage par la *praxis* tragique, elle soulage par le verbe.

Or la figure folk-lorique de l'hystérique incarne précisément tout cela.

Ce faisant, la médecine de la douleur ne soulage pas tant les femmes elles-mêmes, qu'elle ne les débarrassent d'un rôle qui les condamne soit au silence, soit à la transgression, soit à sortir de leur culture.

¹⁰¹⁸ Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine- La Manie, op.cit.*

*

Ce faisant, il convient cependant de noter qu'elle joue un jeu dangereux : la « fonction de l'hystérique », comme je le précisais plus haut, cela signifie aussi : 'ce à quoi elle sert'.

Elle sert à la biomédecine en tant que bouc émissaire idéal pour son rite.

Elle sert à la médecine de la douleur parce qu'ayant été bouc émissaire, elle a acquis, nous apprend R. Girard¹⁰¹⁹, les propriétés ambivalentes des personnages sacrés du rite, tantôt maléfiques (dans leur rôle de bouc émissaire), tantôt bénéfiques (puisqu'par eux est venue la solution).

C'est par ce qu'elle est munie de cette qualité bénéfique du bouc émissaire qu'elle sert à la médecine de la douleur : elle a le pouvoir de transformer la violence maléfique en violence bénéfique.

Or, telle est l'idéologie de la médecine de la douleur.

Or, ceci est un jeu dangereux : la médecine de la douleur doit garder ses distances avec le rite, continuer à ne pas le méconnaître complètement, sauf à voir la violence se déplacer vers elle, et devenir bouc émissaire à son tour. Il ne faut pas trop méconnaître le rite.

Comme dans toute société, la médecine est une 'fabrication de personnes' ; elle les fabrique pour la société. Elle définit, dans le processus de cette fabrication, des règles et des lois qui organisent la violence, décident, sans qu'elle en ait connaissance, de ce que sera 'leur' arbitraire de la vie et de la mort, du 'matériel' humain et de 'l'immatériel' humain. Cet arbitraire est enfoui dans le secret, le sacré, le tabou.

La médecine de la douleur oppose à cela une lucidité rivale. Sans doute la société l'y incite-t-elle : le « droit des patients ». La « libération de la femme ». L'« épidémie douloureuse », et son coût social et économique. Mais 'la société' peut aussi être ambivalente. La 'société' ne croit pas volontiers les femmes, et les femmes, hésitent, trop souvent, à se croire elles-mêmes. 'La société' peut aussi manquer de courage. La 'société' manque, constamment, de temps.

*

¹⁰¹⁹ Girard R., *La Violence et le Sacré*, op.cit.

Dans son ouvrage biographique : *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*¹⁰²⁰, au chapitre « Voyages », K.G. Jung s'exprime ainsi :

« Quand je voyage en Afrique pour trouver un lieu psychique extérieur à l'Européen, mon désir inconscient est de retrouver en moi cette partie de la personnalité devenue invisible à l'Européen (...) Pour l'Européen - que la raison détermine pour la plus grande part - beaucoup de ce qui est humain reste étranger, et il s'en glorifie quelque peu sans remarquer que cela se fait aux dépens de l'intensité de sa vie, et que, en conséquence, la partie primitive de la personnalité est condamnée à une existence partiellement souterraine(...) Il nous faut toujours un point de vue hors de l'objet de nos préoccupations pour placer efficacement le levier de la critique. Cela est tout spécialement vrai quand il s'agit de faits psychologiques, car nous y sommes naturellement impliqués bien plus subjectivement que dans aucune autre science. Comment, en effet, pourrions-nous prendre conscience des particularités nationales si nous n'avions jamais eu l'occasion de regarder du dehors notre propre nation ? (...) Je ne comprends l'Angleterre qu'à partir du moment où, en tant que Suisse, je discerne où je ne suis pas adapté à son ambiance. L'Europe, le plus grand de nos problèmes, je ne la comprends que lorsque je vois où moi, Européen, je suis en marge du monde. J'ai fait la connaissance de nombreux Américains et j'ai beaucoup voyagé en Amérique (...) ; c'est à ces circonstances que je dois une grande part de ma compréhension et de mes critiques à l'adresse du caractère Européen. »

Plus loin, au sujet du même « Voyage », il rapporte cet extrait d'entretien avec un Indien Pueblo :

- « (...) Les blancs désirent toujours quelque chose, ils sont toujours inquiets, ne connaissent point de repos. Nous ne savons pas ce qu'ils veulent. Nous ne les comprenons pas, nous croyons qu'ils sont fous ! »

Je lui demandai pourquoi donc il pensait que les blancs étaient tous fous.

Il me rétorqua :

-« Ils disent qu'ils pensent avec leurs têtes »

-« Mais naturellement ! Avec quoi donc penses-tu ? » Demandai-je, étonné.

¹⁰²⁰ Jung, C.G., *Propos recueillis par Aniëla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, op.cit., pp. 388-392.

-« Nous pensons ici », dit-il, en indiquant son cœur. Je tombai dans une profonde réflexion. Pour la première fois de ma vie, me sembla-t-il, quelqu'un m'avait donné une image du véritable homme blanc (...) Cet Indien avait trouvé notre point vulnérable et mis le doigt sur ce à quoi nous sommes aveugles. »¹⁰²¹.

J'ajouterai une nuance : l'Europe n'est pas si unifiée que cela. Je dois moi-même une large partie de mes inspirations, de mon « levier critique », à l'Irlande, pays d'Europe, à sa poésie, à sa mythologie féminine et à ses femmes, de chair et de sang. L'Irlande diffère, de ce point de vue, nettement de la France.

Elle n'en a pas pour autant résolu le problème de l'amour. Il faut, pour cela, l'harmonie des contraires.

Si la médecine de la douleur pouvait être entendue, par 'la société' française, dans son invention d'une philanthropie médicale qui inclut dans 'son' humain, et l'amour, et l'art, je dis que ce serait une bonne chose, pour toutes et tous. Disant cela, je ne fais qu'énoncer un autre « lieu commun ».

Pour conclure ce travail, j'ai souhaité rendre, non pas à César, mais à la Cailleach Bhéarra, ce que je lui dois, en citant cet ancien poème irlandais, dans sa traduction et adaptation anglaise par Brendan Kennelly (que j'ai moi-même adaptée et traduite en français).

The lament of the old woman of Beara /La complainte de la vieille femme de Beara

The sea crawls from the shore	La mer rampe vers le large
Leaving here	Laissant là
The despicable weed,	L'algue méprisable,
A corpses' hair.	Les cheveux d'un cadavre.
In me	En moi
The desolate withdrawing sea.	La basse mer et son désarroi

¹⁰²¹ Jung, C.G., propos recueillis par Anièla Jaffé. *Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, p. 393.

The old woman of Beara am I
Who once was beautiful.
Now all I know is how to die.
I'll do it well

Look at my skin
Stretched tight on the bone.
Where kings have pressed their lips
The pain, the pain.

I don't hate the men
Who swore the truth was in their lies.
One thing alone I hate
Women's eyes.

The young sun
Gives its youth to everyone
Touching everything with gold.
In me, the cold.

The cold. Yet still a seed
Burns there.
Women love only money now.
But when
I loved, I loved
Young men.

Young men whose horses galloped
On many an open plain
Beating lightening from the ground.
I loved such men.

And still the sea
Rears and plunges into me.
Shoving, rolling through my head
Images of the drifting dead.

Je suis la vieille femme de Beara
Belle des temps anciens
Mourir désormais est mon seul savoir
Je le ferai bien

Regardez ma peau
Tendue sur mes os qui affleurent
Sur elle se posèrent des baisers royaux
La douleur, la douleur

Je ne hais pas les hommes
Qui mentirent en jurant sur leur âme.
Je ne hais qu'une chose
Les yeux des femmes.

Le jeune soleil
Donne à tous jeunesse pareille
À chaque chose une touche d'or octroie
En moi, le froid.

Le froid. Pourtant un germe encore
Brûle là.
Les femmes n'aiment que l'argent désormais
Moi quand
J'aimais, j'aimais
Les jeunes hommes.

Les jeunes hommes aux fringants chevaux
Galopant par les vastes plaines
Des éclairs jaillissant du choc de leurs sabots
Ces hommes là je les aimais

Et la mer cent fois
Recule et plonge en moi
Charriant, roulant en image dans ma tête
La dérive des squelettes.

A soldier cries
Pitifully about his plight.
A king fades
Into the shimmering night.
Does not every season prove
That the acorn hits the ground?
Have I not known enough of love
To know it's lost, as soon as found?

I drank my fill of wine with kings
Their eyes fixed on my hair.
Now among the stinking hags
I chew the cud of prayer.

Time was the sea
Brought kings as slaves to me.
Now I near the face of God
And the crabs crawl through my blood.

I loved the wine
That thrilled me to my fingertips;
Now the mean wind
Stitches salt into my lips.

The coward sea
Slouches away from me.
Fear brings back the tide
That made me stretch at the side
Of him who'd take me briefly for his bride.

Un soldat pitoyable
Pleure sur sa destinée
Un roi s'efface
Dans la nuit étoilée
N'est-ce pas que chaque saison prouve
Que le gland tombe au sol ?
N'ai-je pas assez connu l'amour
Pour savoir qu'il se perd dès qu'il prend son
envol ?

Avec les rois de vin me suis repue
Leurs yeux rivés sur ma crinière.
Parmi les puantes harpies aujourd'hui
Je ronge mon chapelet de prière.

La mer autrefois
M'apportait comme esclaves des rois
De la face de Dieu j'approche maintenant
Et les crabes rampent dans mon sang.

J'aimais le vin
Qui donnait à mon corps la fièvre
Maintenant le vil vent
Coud le sel à mes lèvres

La mer sans bravoure
Me quitte d'un pas lourd
La peur rappelle la marée
Qui me vit allongée au côté
D'un tel qui brièvement m' faisait son
épousée.

The sea grows smaller, smaller now.
Farther, farther it goes
Leaving me here where the foam dries
On the deserted land.
Dry as my shrunken thighs.
As the tongue that presses my lips.
As the veins that break through my hands.

La mer semble petite, petite, maintenant.
Plus loin, plus loin elle se rend
Elle me laisse avec l'écume séchée
Sur la terre où il n'y a plus rien
Sèche comme mes cuisses décharnées
Comme la langue qui presse mes lèvres
Comme les veines qui percent mes mains.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Akrich M. et Dodier N., « Présentation », in Akrich M. et Dodier N. (dir.), *Techniques et Cultures: les objets de la médecine*, La Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 1995.
- 2- Allaz A.-F., *Le Messager boiteux*, Médecine et Hygiène, Paris, 2003.
- 3- Alcalay M., Duplan B., Roche J.-F., Debiais F. & Mallen G., « Facteurs psychologiques et lombalgies », *Revue française de rhumatologie*, n° 65, 1998, pp. 68-79.
- 4- Allen S., « Reliefs ou la crise du concept », in Decottignies J. (dir.), *Physiologie et Mythologie du féminin*, Presses Universitaires de Lille, pp. 57-134.
- 5- Amanzio M., Pollo A., Maggi G., Benedetti F., « Response Variability to Analgesics: a Role for Non-Specific Activation of Endogenous Opioids », *Pain*, 2001 Feb 15;90(3):pp. 205-215.
- 6- Amourous C., *Des Sociétés natives: ordre, échanges et rites humains dans la vie institutionnelle*, Méridien Kliensick, Paris, 1995.
- 7- Amourous C. (dir.), *Que Faire de l'hôpital*, L'Harmattan, Paris, 2004.
- 8- Anzieu D., *Le Moi-peau*, collection « Psychismes », Paris, Dunod, 1995.
- 9- Arendt H., *La Crise dans la culture* (1954), collection « Idées », N.R.F., Gallimard, Paris 1972.
- 10- Artois R., « Mal de dos : le traitement privilégie le maintien de l'activité », *Le Monde*, 14-15 avril 2002.
- 11- Aubert A., *La Douleur, originalité d'une théorie freudienne*, collection « Voix nouvelles en psychanalyse », P.U.F., Paris, 1996.
- 12- Augé M., *Non-lieux: introduction à une anthropologie de la surmodernité*, la librairie du XX^{ème} siècle, Le Seuil, Paris, 1992.
- 13- Augé M. & Herzlich C. (dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Les Archives Contemporaines, Paris, 1984.
- 14- Bachelard G., *L'Air et les Songes*, Corti, Paris 1943.
- 15- Bacigalupo A.-M., « Les chamanes mapuches et l'expérience religieuse masculine et féminine », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 22, n° 2, pp. 123-143.
- 16- Baldo E. & Pascal M., « De la consultation somatique à la consultation psychiatrique: le passage », SOFRED 1999.
- 17- Balint M., *Le Médecin, son Malade et la Maladie* (1957), collection « Bibliothèque scientifique », Payot, Paris 1996.
- 18- Bastide R., *Sociologie et Psychanalyse*, P.U.F., Paris, 1949-50.
- 19- Bastide R., *Le Rêve, la Transe et la Folie*, collection « Points essais », Flammarion 1972, Le Seuil, Paris, 2003.
- 20- Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, collection « La couleur des idées », Le Seuil, Paris, 1995.
- 21- Baszanger I., « Douleur, travail médical et expérience de la maladie », *Sciences sociales et santé*, vol 7,2, 1989, pp. 5-34.
- 22- Baszanger I., « Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation: le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, XXXI-2,1990, pp. 257-282.
- 23- Baszanger I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVI-4, 1986, pp. 3-27.

- 24- Baszanger I., « Entre comprendre et soigner: les débuts des centres de la douleur en France », *Rapport pour l'ATP « santé, maladie et société »*, CNRS/ Ministère des affaires sociales (MIRE), 1987.
- 25- Bates M., Ranklin Hill L., Sanchez Ayendes M., "The effect of the cultural context of health care on treatment and response to chronic pain and illness", *Social science and medicine*, 45, 1997, pp. 1433-1447,
- 26- Bateson G. & Bateson M.C., *La Peur des anges* (1987), collection « La couleur des idées, Le Seuil, Paris, 1989.
- 27- Baudrillard J. & Bollon P., « L'échange symbolique et la mort (entretien) », *Magazine littéraire*, n°193 mars 1983, pp. 80-85.
- 28- Baudrillard J., *L'échange symbolique et la mort*, collection «Bibliothèque des sciences humaines», N.R.F., Gallimard, Paris, 1976.
- 29- Ben Debba M., Torgerson W.S. & Long D.M., « Personality Traits, Pain Duration and Severity, Functional Impairment and Psychological Distress in Patients with Persistent Low-back Pain » , *Pain*, n° 72, 1997, pp.115-125.
- 30- Benkimoun P., « L'Inserm propose une évaluation contestée des psychothérapies », *Le Monde* du 26/02/2004.
- 31- Benoist J., « L'efficacité thérapeutique, entre le biologique et l'anthropologique », *La Revue du praticien médecine générale*, 1996, n°84, pp. 59-64.
- 32- Benoist J., « La maladie, entre nature et mystère », conclusion de Massé R. et Benoist J. (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris 2002.
- 33- Bensignor M., Bourgeois P. & Memran N., « La pluridisciplinarité: un mythe ou un humanisme? », *Actes du congrès SFD-SOFRED 15-17 juin 2000*, MCO Éditions, Marseille, pp. 71-77.
- 34- Bergeret J., *La violence fondamentale, l'inépuisable Œdipe*, Dunod, Paris, 1996.
- 35- Besançon G., *Qu'est-ce que la psychologie médicale? Actualité et nécessité*, collection « Les empêcheurs de penser en rond », Institut Synthélabo Pour Le Progrès De La Connaissance, Le Plessis-Robinson, 1999.
- 36- Boccard E. & Deymier V. (dir.), *Pratique du traitement de la douleur*, Institut Upsa de la Douleur, Paris, 2006.
- 37- Boltanski L., « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, n°1, janvier-février 1971, pp. 205-233.
- 38- Bonica J. J., *The Management of pain*, Lea & Febiger, Philadelphie/Londres, 1953.
- 39- Bonnet D., « Thérapeutique » in Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, P.U.F., 1991, pp. 707-708.
- 40- Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991.
- 41- Bourdieu P. et Maître J, introduction à: Maître J. et Billy A., *L'Autobiographie d'un paranoïaque: l'abbé Berry (1878-1947) et le roman de Billy, Introïbo*, collection « Anthropos », Économica, Paris, 1994.
- 42- Boureau F., Luu M., Doubrère J. F., « Effet placebo et douleur », in Queneau P. et Osterman G. (dir.), *Le Médecin, le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994, pp. 263-271.
- 43- Boureau F. et Moulin J.-F., « Douleur chronique et psychiatrie », *Psychiatrie*, 37-677-A-40, 2000, 13 p., Elsevier, Paris.
- 44- Bouveresse J., *Philosophie, mythologie et pseudoscience, Wittgenstein lecteur de Freud*, collection « Tiré à part », L'Éclat, Paris, 1991.
- 45- Breton A., Miller C., Fisher K., « Treatment Helpfulness of a Group for Women with Chronic Pain and Sexual Difficulties: a qualitative analysis. », *Abstracts IASP*, octobre 2004.

- 46- Breton S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un corps?*, Musée du Quai Branly & Flammarion, Paris, 2006.
- 47- Bruchon-Schweitzer Marilou & Quintard Bruno (dir.), *Personnalités et maladies, stress, coping et ajustement*, Dunod, Paris 2001.
- 48- Brunel P. & F. Mancier (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris, 2002
- 49- Brunel P., *Mythopoétique des genres*, P.U.F., Paris, 2003.
- 50- Butler J., « Performative Acts and Gender Constitution : an Essay in Phenomenology and Feminist Theory », in Conboy K., Medina N., Stanbury S. (dir.), *Writing on the body: female embodiment and feminist theory*, Columbia University Press, New York, 1997.
- 51- Cahagne V. & Guyard H., « Douleur et médiation culturelle », *Revue de l'algologie*, Vol II, 4, 2003, pp. 139-141.
- 52- Cailleau F., « Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique », *Cahiers de psychologie clinique* 2009/1 - N° 32, pp 75 – 87.
- 53- Canguilhem G., *Le Normal et le Pathologique*, collection « Quadrige », P.U.F, Paris, 1993.
- 54- Canguilhem G., « Qu'est-ce que la psychologie ? » in *Cahiers pour l'analyse*, ENS UCAM 1966.
- 55- Carr D. B., Loeser J. D., Morris D. B. (dir.), « Narrative, Pain and Suffering », *Progress in pain research and management*, vol. 34, IASP Press, Seattle, 2005.
- 56- Cassel J., « Différence par corps: les chirurgiennes », Molinier P. et Grenier-Pezé M. (dir.), *Variations sur le corps, Cahiers du genre* n° 29, L'Harmattan, Paris 2000, pp. 54-81.
- 57- Castella C., *L'Évangile sanitaire, l'intérêt de la prévention*. Documentaire produit par Momento, diffusé sur Arte en 2001. Disponible en ligne sur [http:// www.vodeo.tv](http://www.vodeo.tv)
- 58- Cats Baril W. & Frymoyer J. W. , « Identifying Patients at Risk of Becoming Disabled because of Low-back Pain. The Vermont Rehabilitation Engineering Center Predictive Mode », *Spine*, 1991, vol. 16, pp. 605-607.
- 59- Cathébras P. « La douleur chronique comme construction sociale », *Courrier de l'algologie* (2), n°4, octobre-novembre-décembre, 2003, pp. 144-9.
- 60- Charron R. et Montello M. (dir.), *Stories matter : the role of narrative in medical ethics*, Routledge, N.Y., 2002.
- 61- Cicourel A., « Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 60, 01/11/1985, pp. 79-89.
- 62- Cicourel A., *Le Raisonnement médical, une approche sociocognitive* (1987), collection « Liber », Le Seuil, Paris, 2002.
- 63- Chaory K., Rannou F., Poireau S., « Intérêt de l'évaluation des peurs, croyances et attitudes d'évitement dans la lombalgie commune », *La Lettre du rhumatologue*, n° 300, mars 2004, pp. 3-4.
- 64- Charpentier F. (dir.), *Labé L., Œuvres poétiques, & du Guillet P., Rymes*, N.R.F., Poésie/Gallimard, Paris, 1983.
- 65- Charutty G., *Folie, mariage et mort, pratiques chrétiennes de la folie en Europe occidentale*, collection « La couleur des idées », Le Seuil, Paris, 1997.
- 66- Charutty G., « La folie, entre histoire et anthropologie », *Terrain*, n° 8 - *Rituels contemporains* (avril 1987), [En ligne], mis en ligne le 21 juillet 2005. URL : <http://terrain.revues.org/document3156.html>. Consulté le 29 mai 2006.

- 67- Chiffolleau A., Nizard J., et al., « La fibromyalgie, maladie ou syndrome?Actualités diagnostiques et thérapeutiques. » Article disponible en ligne à cette adresse : <http://www.rhumato.info/Documents/Livres/fibromyalgie.pdf>.
- 68- Clément C. & Kakar S.: *La Folle et le Saint*, Le Seuil, Paris, 1993.
- 69- Conboy K., Medina N., Stanbury S. (dir.), *Writing on the body: female embodiment and feminist theory*, Columbia University Press , N.Y., 1997.
- 70- Cosnier J., « Douleur, émotion et communication », *Douleur et Analgésie*, n°1, 2003, pp. 23-28.
- 71- Cosnier J., Brossard A., *La Communication non-verbale*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, 1984.
- 72- Cosnier J., Grosjean, M., Lacoste M. (dir.), *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1993.
- 73- Csordas T.J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos*, 18 , 1990, pp. 5-47.
- 74- Csordas T.J., « Medical and Sacred Realities: Between Comparative Religion and Transcultural Psychiatry », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1985, 9, n°1, pp. 103-16.
- 75- Csordas T.J.(dir.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- 76- Cupa D., « Avant propos », *Champ psychosomatique : douleur et souffrance*, n° 19, 2000, pp. 5-12.
- 77- Dall'Ava-Santucci J., *Des Sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, Calmann-Levy, Paris, 1989.
- 78- Darcourt G., « Souffrance et thérapeutique », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 275-288.
- 79- Dauzat A., Dubois J., Miterrand H., *Nouveau Dictionnaire étymologique et historique*, Librairie Larousse, Paris, 1971.
- 80- Debray R., « Un humanisme unisexe ? », chronique, *Le Monde des religions*, novembre- décembre 2005.
- 81- Debray R., « Point de vue : Zoé et Zorro, le néo-bon et le néo-con », *Le Monde*, 24 septembre 2007.
- 82- Decottignies J., « L'hystérique ou la femme intéressante, poétique de la crise », in Decottignies J. (dir.), *Physiologie et mythologie du féminin*, Presses Universitaires de Lille, Lille, 1989, pp. 57-134.
- 83- Decottignies J. (dir.), *Physiologie et mythologie du féminin*, Presses Universitaires de Lille, Lille, 1989,
- 84- De Georges P., « Le destin du symptôme », *Trames, actualités de la psychanalyse*, n° 30-31, avril 2001, pp. 101-110.
- 85- Dejours C., *Le Corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*, Payot, Paris, 2001.
- 86- Delumeau J. (dir.), *Le Savant et la foi*, collection « Champs Présence », Flammarion, 1989, Paris
- 87- Delvecchio-Good M.J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A. (dir.), *Pain as a human experience: an anthropological perspective*, University of California press, Berkeley, 1992.
- 88- De Shazer S., *Keys to solutions in brief therapy*, Norton, N.Y., 1985.
- 89- Devereux G., *De l'Angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Paris, 1980.
- 90- Domenach J. M., « La douleur et le philosophe », in Queneau P. et Ostermann G. (dir.), *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.

- 91-Doudoumis A., « Perséphone », *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris 2002, pp. 1539-1546.
- 92-Duparc F., « La peur des sirènes, de la violence à l'angoisse de castration chez la femme », *Revue française de psychanalyse*, vol. 50, n°2, 1986, pp. 697-726.
- 93-Duparc F., « Perte d'objet, perte d'amour », *Douleur*, P.U.F., Paris, 1986.
- 94-Durand G., *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire* (1969), Dunod, Paris, 1992.
- 95-Durif C., « Corps interne et physiologie profane », *Corps, Maladie et Société, Ethnologie française*, XXII, 1992.
- 96-Durif C. et Balvet D.: « Un sanctuaire, le cabinet médical », *Bulletin d'Ethnomédecine*, n° 16, 1982, pp. 15-21.
- 97-Dumezil G., *Mythe et Epopée I, l'idéologie des trois fonctions dans les épopées des peuples indo-européens*, P.U.F., Gallimard, Paris, 1968.
- 98-Dutertre S., Nizard J., et al: « Pourquoi un accueil transculturel au sein des centres de traitement de la douleur ? », *Douleur et Analgésie*, août 2004, pp. 187-189.
- 99-Dutruge A., *Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine*, collection « Connaissance des hommes », L'Harmattan, Paris, 1994.
- 100-Duviard D., *Groix, l'île des thoniers : chronique maritime d'une île bretonne*, Atelier Alpha bleue, Paris, 1992.
- 101-Edelman N., « Représentations de la maladie et construction de la différence des sexes, l'hystérie comme exemple », in *Revue de la société des études romantiques et dix-neuviémistes*, n°110, 2000, pp. 73-87.
- 102-Edelman N., « Diable et médiums. Histoire d'une disparition », in Martin J.-B. & Introigne M. (dir.), *Le Défi magique, satanisme, sorcellerie*, volume 2, Presses Universitaires de Lyon, Lyon 1994, pp. 317-329.
- 103-Ehrenreich B. & coll., *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, collection « Remue ménage », Éditions Nouvelles, Montréal, 1983.
- 104-Eisenberg L., « Disease and Illness: Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, n° 1, 1977, pp. 9-23.
- 105-Eliade M., *Le Sacré et le Profane*, collection « Folio essais », Gallimard, Paris, 1957.
- 106-Eliade M., *Initiation, Rites, Sociétés secrètes*, collection « Folio essais », Gallimard, Paris, 1959.
- 107-Engel G.L., « Psychogenic Pain and the Pain-prone Practice », *American Journal of medicine*, n°26, 1959, pp. 899-918.
- 108-Ernst G., « Mort », in Brunel P. (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris, 2002, pp. 1367-1387.
- 109-Fagot-Largeault A., *Médecine et Philosophie*, P.U.F., Paris 2010.
- 110-Ferrell B.R., Novy D., Sullivan M.D. et al., « Ethical Dilemmas in Pain Management », *The Journal of pain*, vol.2, n° 3 (June), 2001, pp. 171-180.
- 111-Ferragut E., *La Dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*, Masson, Paris, 1994.
- 112-Fischer G.-N. (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Dunod, Paris, 2002.
- 113-Fleury C., *La Métaphysique de l'imagination*, collection « Diasthème », Écarts, Paris, 2000.
- 114-Flor H., Fydrich T., Turk D.C.: « Efficacy of Multidisciplinary Pain Treatment Centers: a Meta-analytic Review », *Pain* n°49, 1992, pp. 221-230.
- 115-Fondras J.-C., « La douleur, entre objet et sujet », *Douleur*, vol. 6, n°1, 2005, pp. 23-27.

- 116- Foucault M., *Naissance de la clinique* (1963), collection « Quadrige », P.U.F., Paris, 1997.
- 117- Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique* (1972), Gallimard, Paris, 1977.
- 118- Foucault M., *Surveiller et Punir*, collection « Tel », Gallimard, Paris, 1975.
- 119- Foulon M., « Le cadre face aux rites de passage des soignants », *Revue de recherche en soins infirmiers* n° 63, décembre 2000, pp. 52-72.
- 120- Freud S., *Au Delà du Principe de plaisir* (1920), Payot, Paris, 1981.
- 121- Freud S. & Breuer J., *Études sur l'hystérie* (1895), P.U.F., Paris, 1985.
- 122- Freud S., « Pulsions et destins des pulsions », *Métapsychologie*, in OCF-P, t. XIII, 1914-15, P.U.F., Paris, 1988.
- 123- Freud S., « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies organiques et hystériques », in *Résultats, Idées, Problèmes I*, P.U.F., Paris, 1985.
- 124- Gaines A.D. & Farmer P., « Visible Saints: Social Cynosures and Dysphoria in the Mediterranean Tradition », *Culture, Medicine and Psychiatry* 10, 1986, pp. 295-330.
- 125- Galloway-Young K., *Presence in the flesh: the body in medicine*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts & London, England, 1997.
- 126- Gary R., *Les Racines du ciel*, Gallimard, Paris, 1956.
- 127- Gendre D., *Analyse et Évaluation d'une consultation de médecine psychosomatique au sein du service de médecine interne du CHU de Nantes : Étude de 72 cas entre 1995 et 2000*, thèse de médecine générale soutenue en mars 2001 à la faculté de Nantes, sous la direction du Dr T. Ponge et la présidence du Pr. Barrier.
- 128- Giniès P. et Bosviel J., « Étude prospective sur les violences physiques, sexuelles et psychosociales subies dans l'enfance chez les patients douloureux chroniques hospitalisés en centre de traitement de la douleur », poster présenté au 4^e congrès annuel de la SFETD, Montpellier 2004.
- 129- Girard R., *Des Choses cachées depuis la fondation du monde*, collection « Biblio essais », Grasset-Fasquelle, Paris, 1978.
- 130- Girard R., *La Violence et le Sacré* (1972), collection « Pluriel », Hachette littérature, Paris, 1990.
- 131- Girard R., *Le Bouc émissaire*, Grasset, Paris, 1982.
- 132- Girard R., *Mensonge romantique et vérité romanesque*, Grasset, Paris 1961.
- 133- Godeau E., « Dans un amphithéâtre, la fréquentation des morts dans la formation des médecins », *Terrain*, 20, 1993, pp. 82-96.
- 134- Godelier M., « Océanie, début de siècle. Un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant. Analyse comparative de quelques théories culturelles de la procréation et de la conception », *Ethnologies comparées* n° 6, Printemps 2003, en ligne: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>.
- 135- Goffman E., *Les Rites d'interaction*, Éditions de Minuit, Paris, 1974.
- 136- Goffman E., *Stigmates, les usages sociaux des handicaps* (1963), Éditions de Minuit, Paris, 1975.
- 137- Goubert P., « L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », in *Annales ESC*, septembre-octobre 1977.
- 138- Guillermand J., *Histoire des infirmières, Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix Rouge*, France Sélection / Croix rouge, Paris, 1988.
- 139- Gresle F. et coll., *Dictionnaire des sciences humaines, Sociologie, Psychologie Sociale, Anthropologie*, Nathan, Paris, 1990.
- 140- Hamilton E., *La Mythologie, ses dieux, ses héros, ses légendes* (1940), Marabout, Alleure (Belgique), 1987.

- 141- Hamon H., *Femmes et cancer, récits de maladie*, L'Harmattan, Paris, 2010.
- 142- Hardy-Dubernet A.-C., « Femmes et médecine : vers un nouveau partage des professions », *Revue française des affaires sociales* 2005/1 (N°1).
- 143- Heath C., *Body movement and speech in medical interaction*, collection « Studies in emotion and social interaction », Cambridge University Press, Cambridge, 1986.
- 144- Heath, C., « La conduite du patient pendant l'examen médical ou comment un « objet » reste « sensible » », in *Soins et communication, approche interactionniste des relations de soin*, Cosnier & Grojean & Lacoste (dir.), pp. 77-83.
- 145- Helle B., *Possession et chamanisme: les maîtres du désordre*, Flammarion, Paris, 1999.
- 146- Héritier F., *De la Violence: séminaire de Françoise Héritier, Opus*, O. Jacob, Paris, 1996.
- 147- Héritier F., *Masculin/Féminin : la pensée de la différence*, O. Jacob, Paris, 1996.
- 148- Herlem P., *L'Hystérie hier, aujourd'hui et encore*, collection « Psychanalyse », Césura, Lyon, 1994.
- 149- Herzlich C., « Représentations sociales de la santé et leur dynamique dans le champ social », in Doise W. et Pazlmonari A. (dir.), *L'Étude des représentations sociales*, pp 157-170.
- 150- Herzlich C. (dir.), *Médecine, Maladie et Société*, EPHE & Mouton, Paris, 1970.
- 151- Hervagault M.P., « Érinyes (Furies) », in Brunel P. (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris 2002, pp. 652-665.
- 152- Hilbert R.A., "The Acultural Dimension of Chronic Pain: Flawed Reality Construction and the Problem of Meaning", *Social Problems*, vol. 31, 1984, pp. 365-378.
- 153- Honneth A., *Lutte pour la reconnaissance*, Le Cerf, Paris, 2000.
- 154- Houcque P., *Ève, Éros, Élohim ; la femme, l'érotisme, le sacré*, Denoël/Gonthier, Paris, 1982.
- 155- Houseman M., « Une perspective anthropologique sur la douleur chronique », *Douleur*, vol. 5, n°2, 2004, pp. 105-107.
- 156- Huberman G.-D., *Invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Paris, 1992.
- 157- Huber P., « Rassurer: un aspect thérapeutique de la relation médecin malade », *Annales de médecine interne*, vol. 146, n°1, 1995, pp. 3-7.
- 158- Inserm, *Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ? Expertise collective*, INSERM, Paris, 1995.
- 159- Israël L., *L'hystérique, le Sexe et le Médecin*, collection « Médecine et psychothérapie », Masson, Paris, 1976.
- 160- Israël L., *Le Médecin face au malade*, Dessard, Bruxelles, 1968.
- 161- Jackson J., "Chronic Pain and the Tension Between the Body as Subject and Object", in Csordas T.J. (dir.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994, pp. 201-228.
- 162- Jackson J., "After a While No One Believes You: Real and Unreal Pain" in Delvecchio-Good M.J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A (dir.), *Pain as human experience*, University of California Press, Berkeley, 1992.
- 163- Jackson J., "The Rashomon Approach to Dealing with Chronic Pain", *Social Science and medicine* vol. 38 n° 6, 1994, pp. 823-833.
- 164- Jodelet D. (dir.), *Les Représentations sociales*, collection « Sociologie d'aujourd'hui », P.U.F., Paris, 1989.

- 165- Jung, C.G., *La Vie symbolique. Psychologie et vie religieuse* (1963), Albin Michel, Paris, 1989.
- 166- Jung, C.G., *Propos recueillis par Aniëla Jaffé. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées*, collection « Folio », Gallimard, Paris, 1973.
- 167- Julliard A., « Champ et concepts de l'anthropologie religieuse », in Martin J.-B. et Laplantine F. (dir.), *Corps, Religion, Société*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1991, pp. 27-55.
- 168- Keefe F.J., Affleck G., France C.R., Emery C.F., & al., "Gender Differences in Pain, Coping, and Mood in Individuals Having Osteoarthritic Knee Pain: a Within-day Analysis.", *Pain*, 110, 2004, pp. 571-578.
- 169- Keefe F.J., Lefebvre J.C., Egert J.R., Affleck G., Sullivan M.J., & Cadwell D.S., "The Relationship of Gender to Pain, Pain Behaviour, and Disability in Osteoarthritis Patients: the Role of Catastrophizing", *Pain*, 87, 3, (2000), pp. 325-359.
- 170- Kennelly B., "The Lament of the Old Woman of Beara", in Fitzmaurice G., *Love of Ireland: poems from the Irish*, Mercier, Cork, 2008.
- 171- Keogh A., Zachariae R., & Ardent Nielsen L., "Dispositional Anxiety and the Experience of Pain: Gender-specific Effects", *European Journal of Pain*, 7, 5, 2003, pp. 387- 482.
- 172- Keogh E., Hatton K., & Ellery D., "Avoidance Versus Focused Attention and the Perception of Pain: Differential Effects for Men and Women", *Pain*, 85, 1-2, 2000, pp. 225-255.
- 173- Keogh E. & Herdenfeldt M., "Gender, Coping and the Perception of Pain", *Pain*, 97, 3, 2002, pp. 195-201.
- 174- Keogh E., McCracken L., Eccleston C., "Do Men and Women Differ in their Response to Interdisciplinary Pain Management?", *Pain* n° 114, 2005, pp. 37-46.
- 175- Kerouac M., *La Métaphore thérapeutique et ses contes. Études éricksonniennes*, M.K.R., Québec, 1996.
- 176- Kirmayer L.J., "Mind and Body as Metaphors : hidden values in biomedicine". in Lock M., Gordon D. (dir.), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1988.
- 177- Knibiehler Y. & Fouquet C., *La Femme et les médecins, analyse historique*, Hachette, Paris, 1983.
- 178- Kolek M., « Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes », in Bruchon-schweizer & Quintard B. (dir.), *Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod 2001
- 179- Kress J.-J., « L'efficacité de la plainte », in *Psychologie médicale*, vol. 21, n° 3, 1989, pp. 305-307.
- 180- Kress J.-J., « Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion », *Psychiatrie française*, n° 3, juillet 1988, pp. 87-93.
- 181- Kress J.-J., « Le psychiatre devant la souffrance », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 75-89.
- 182- Kress J.-J., « Aspects éthiques du consentement à la psychothérapie », *Annales de psychiatrie*, vol.13, n°2, 1988, pp. 85-89.
- 183- Kristeva J., Clément C., *Le Féminin et le Sacré*, Stock, Paris, 1998.
- 184- Lacarrière J., *Dictionnaire amoureux de la mythologie*, Plon, Paris, 2006.
- 185- Lacoste M., « Le travail du malade dans la consultation hospitalière », in Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (dir.) : *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soin*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1993.

- 186- Lahire B.: « L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu », *Sciences humaines*, n° 91, février 1999.
- 187- Lantenari V. et Ceccon J., *Médecine, Magie, Religion et Valeurs*, L'Harmattan, Paris, 1997.
- 188- Laplantine F., *La Culture du psy ou l'effondrement des mythes*, collection « Epsos », Privat, Toulouse, 1975.
- 189- Laplantine F., *Les Trois Voies de l'imaginaire*, Éditions Universitaires, Paris, 1974.
- 190- Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Étude symbolique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, Paris, 1986.
- 191- Laplantine F., Présentation de *Corps, Religion, Société*, Martin J.-B. et Laplantine F. (dir.) : *Corps, Religion, Société*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1991.
- 192- Laplantine F., « Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie », in Jodelet D. (dir.), *Les Représentations sociales*, collection « Sociologie d'aujourd'hui », P.U.F., 1989, pp. 297-317.
- 193- Laroche F., « Approche cognitivo-comportementale des lombalgies chroniques », *Synoviale*, n°129, mars 2004, pp. 34-37.
- 194- Lavilatte-Couteau M.-J., « Un face-à-face avec la douleur. Aperçu de la pensée chirurgicale française dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle », in Lenoir R. et Tsikounas M. (dir.), « Le corps à l'épreuve », *Société et Représentation*, n° 2, avril 1996, CREDHESS.
- 195- Lebreton D., *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris, 1995.
- 196- Lebreton D., « Sur quelques relations entre douleur et identité », *Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 119, 1999, n° 4, pp. 259-264.
- 197- Lebreton D., *La Sociologie du corps*, collection « Que sais-je? », P.U.F., Paris, 2000.
- 198- Lebreton D., « Entre douleur et souffrance : une anthropologie des limites », *Confrontations psychiatriques* n° 42, 2001, pp. 201-217.
- 199- Lebreton D., « Le recours au corps en situation de souffrance », *Douleur*, vol. 5, n° 5, 2004, pp. 283-287.
- 200- Leriche R., *La Chirurgie de la douleur*, Masson, Paris, 1937.
- 201- Levinas E., *Éthique et Infini* (dialogues d'Emmanuel Levinas et Philippe Nemo), collection "L'espace intérieur", Fayard, Paris, 1982.
- 202- Levi-Strauss C., « L'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale*. Press Pocket, Plon, Paris, 1958, pp. 213-234.
- 203- Levi-Strauss C., *Les Structures élémentaires de la parenté*, P.U.F., Paris, 1949.
- 204- Logan H., Gedney D., « Sex Differences in Forehead Cold Pressor Pain Test-retest Stability », Abstract, IASP, octobre 2004.
- 205- Loux F., *Les Panseurs de douleur*, Paris, Le Seuil, 1991.
- 206- Loux F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Interéditions, Paris, 1990.
- 207- Lyotard J.-F., "Answering the Question: What is Postmodernism?" in *The post-modern condition: a report on knowledge* (1979), University of Minnesota Press, Minneapolis, 1984.
- 208- Mac Cracken L., "Learning to Live with Pain: Acceptance of Pain Predicts Adjustments in Persons with Chronic Pain", *Pain*, n° 74, 1998, pp. 21-27.
- 209- Mac Donald M., *Early christian women and pagan opinion: the power of the hysterical woman*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.

- 210- Magnon R., *Les Infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*, Masson, Paris, 2001.
- 211- Maître J., *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse sociohistorique*, Le Cerf, Paris, 1997.
- 212- Maître J., *Les Stigmates de l'hystérique et la peau de son évêque. Laurentine Billoquet (1862-1936)*, Anthropos, Paris, 1993.
- 213- Maître J., *L'Autobiographie d'un paranoïaque. L'abbé Berry (1878-1947) et le roman de Billy Introïbo*, Anthropos, Paris, 1994.
- 214- Maître J. et Michelat G. (dir.), *Religions et Sexualité*, L'Harmattan, Paris, 2003.
- 215- Maître J. et Lautman F. (dir.), *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris 1995.
- 216- Malarewicz J.-A., *La Femme possédée: sorcières, hystériques et personnalités multiples*, R. Laffont, Paris, 2005.
- 217- Malinowsky B., Jankélévitch S.: *La Sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*, Payot, Paris, 1976.
- 218- Mantz J.-M., « Douleur et éthique », in Queneau P. et Ostermann G. (dir.), *Le Médecin, le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.
- 219- Marchat P., *La Médecine déchirée*, collection « Questions de santé », Privat, Toulouse, 2001.
- 220- Martinez C., *Le Cœur cousu*, N.R.F., Gallimard, Paris, 2007.
- 221- Martin J.-B. & Laplantine F. (dir.), *Corps, Religion, Société*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1991.
- 222- Martel F., « Concepts de soins et outillage infirmier ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières ? », *Revue de soins infirmiers*, n° 24, Mars 1991, pp. 4-17.
- 223- Martiskainen de Koenigswarter H., *Discursive Matrixes of Motherhood: Cultivating Decency and Emotion in Finnish and French Mother-talk, Doctoral dissertation*, December 2006. University of Helsinki, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology, and University of Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines (France), Faculty of Social and Human Sciences .
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosio/vk/martiskainendekoenigswarter/>
- 224- Massé R. et Benoist J. (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Karthala, Paris, 2002.
- 225- Mauss M., *Sociologie et Anthropologie*, collection « Quadrige », P.U.F., Paris, 1950.
- 226- Mead M., *L'Un et l'Autre sexe* (1948), collection « Folio essais », Denoël-Gonthier, Paris, 1966.
- 227- Mead M., *Mœurs et sexualité en Océanie*, collection « Terre humaine poche », Plon, Paris, 1963.
- 228- Merleau-Ponty M., *Le Visible et l'Invisible*, Gallimard, Paris, 1964.
- 229- Mestre C., « Les métaphores de la maladie. Analyse ethnopsychanalytique de la plainte corporelle », *Prismes*, n° 28, 1997, pp. 130-139.
- 230- Mestre C., « De la possession à l'hystérie: conversion médicale dans un hôpital malgache », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 2, n° 3, 2001, pp. 495-508.
- 231- Mestre C., « Mémoire du corps », *L'Autre*, n°1 (1), 2000, pp. 109-119.
- 232- Mestre C., El khadir A., « Douleur chronique et migration ». Texte en cours d'élaboration qu'il m'a été donné de consulter.
- 233- Michelet J., *La Sorcière* (1862), Julliard, Paris, 1964.

- 234- Millet L., « La clinique : histoire, théorie et pratique » (conférence), *Revue de recherche en soins infirmiers*, n° 34, septembre 1993, pp. 5-13.
- 235- Moreau A et Dancourt M., « Médée », in Brunel P. & Mancier F. (dir.), *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher, Monaco-Paris, 2002, pp. 1280-1295.
- 236- Morice W., *Approche psychiatrique d'un syndrome douloureux chronique: la fibromyalgie*, thèse pour le D.E. de Dr. en médecine, qualification. en psychiatrie, soutenue le 05/04/2002, Président. Mr le Pr. G.Besançon, directeur Mr le Dr B. Robin.
- 237- Morin E., *conférence sur le thème de « l'Incertitude »* à l'université permanente de Nantes, le 29/03/06.
- 238- Morinis A., "The Ritual Experience: pain and the transformation of consciousness in ordeals of initiation", *Ethos* 13 n°2, 1985, pp. 150-174.
- 239- Morris D.B., "Ethics Beyond Guidelines: culture, pain and conflict", in Dostrovsky J.O., Carr D.B., Koltzenburg M. (dir.), *Proceedings of the 10th word congress in pain research and management*, vol. 24, IASP Press, Seattle 2003, pp. 37-48.
- 240- Morris D.B., "Ethnicity and Pain", *Pain clinical updates*, 2002, 9(4), pp. 1-4.
- 241- Morris D.B., "Narrative, Ethics and Pain : thinking with stories", in Montello M., Charon R (dir.), *Stories matter : the role of narrative in medical ethics*, Routledge, N.Y., 2002, pp. 196-218.
- 242- Morris D.B., *The Culture of pain*, University of California Press, Berkeley, 1993.
- 243- Moulin J.-F. & Boureau F., « Douleur chronique et psychiatrie », *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, Elsevier, Paris, 36-677-A-40, 2000.
- 244- Mouchet C., *Les Femmes de douleur*, Presses Universitaires de Franche Comté, Besançon, 2007.
- 245- Mucchielli A., *Les Méthodes qualitatives*, collection, « Que sais-je ? », P.U.F., Paris, 1991.
- 246- Neruda P., *Le Mémorial de l'île noire* (1964) suivi de *Encore* (1969), traduit de l'espagnol par Couffon C., collection « Poésie », N.R.F., Gallimard, Paris 1977.
- 247- Neuwirth L., *Prendre en charge la douleur*, rapport du Sénat n° 138 pour la commission des Affaires sociales, annexe au procès-verbal de la séance du 12 décembre 1994.
- 248- Nietzsche F., *La Généalogie de la morale* (1887), III, aphorismes 23-25, Nathan, Paris, 1985.
- 249- Nizard J., *Service médical rendu aux lombalgiques chroniques rebelles par un centre de traitement de la douleur*, Mémoire de D.E.A. : Méthodes d'analyse des systèmes de Santé, Rennes 1, Lyon 1, 2000
- 250- O'Cruaíoch G., *The Book of the cailleach- stories of the wise-woman healer*, Cork University Press, Cork, 2003.
- 251- O'Cruaíoch G., "The Eternal Female", *Signes* n° 20 « Spécial Irlande », Dutertre S. et Perrin J. (dir.), Le Petit Véhicule, Nantes, 1996, pp. 6-9.
- 252- Ondaatje M., *The Cinnamon peeler, collected poems*, Bloomsbury, London, 2004.
- 253- Ostermann G., « Douleur et souffrance », in Queneau P. et Osterman G. (dir.), *Le Médecin, le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994, pp. 10-25.
- 254- Paille F., Queneau P., Larbre J.-P. & Wahl D., « Principes essentiels du traitement de la douleur », in *Le Médecin, le Malade et la Douleur*, Masson, Paris, 1994, p. 369.
- 255- Pain L., "Trace mnésique de la douleur dans le système limbique", *intervention au 4^e congrès annuel de la SFTED*, 2004.

- 256- Parsons T., « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » (1955), in Herzlich C. (dir.), *Médecine, Maladie et Société*, pp. 169-189.
- 257- Parot F., « Le tout psy », *Mythologies d'aujourd'hui, n° spécial du Nouvel Observateur*, Juillet-Août 2004, pp. 32-33.
- 258- Perin M., *Le Chamanisme aujourd'hui*, collection « Que sais-je? », P.U.F., Gallimard, Paris, 1995.
- 259- Peter J.-P., « Équivoques dans le continent de la douleur : discours, conduites et perceptions. », *Conférence donnée au congrès de la SETD*, le 23/11/2002 (cours supérieur « douleur et émotion »).
- 260- Peter J.-P., « Silence et cris, la médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliision », in *Le Genre humain. Politiques de l'oubli*, Le Seuil, Paris, 1988, pp. 177-194.
- 261- Peter J.-P., *De La Douleur, observations sur les attitudes de la médecine pré moderne envers la douleur*, Quai Voltaire Histoire/ Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris, 1993.
- 262- Peter J.-P., « Entre femmes et médecins, violences et singularités dans les discours du corps et sur les corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XVIII^{ème} siècle », *Ethnologie française*, 6, n°3-4, 1976, pp. 341-8.
- 263- Peter J.-P., en collaboration avec la Société Française d'Hypnose : « Un savoir inexprimable; le magnétisme entre les ambiguïtés, les refus, les indicibles étrangetés. », in *L'Écrit du temps*, Éditions de Minuit, Paris, 1988, pp. 95-107.
- 264- Picard J.-F., « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », *Médecine/Sciences*, 1996, n°12, pp. 97-102
- 265- Pigeaud J., « Médecine et morale dans l'Antiquité-les fondements philosophiques de l'éthique médicale : le cas de Rome », in *Entretiens sur l'Antiquité classique*, tome XLIII, n°VII, Fondation Hardt, Vandoeuvre-Genève 1997.
- 266- Pigeaud J., *La Maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Les Belles Lettres, Paris, 2006.
- 267- Pigeaud J., & Manela Y.(dir.), Éditorial, *Psychiatrie française*, vol. XXXII N°3.01 (*Manie*), décembre 2001, pp. 3-8.
- 268- Pigeaud J., « La réflexion de Celse sur la folie », *Psychiatrie Française* vol XXXII 3/01, (*Manie*), décembre 2001, pp. 42-74.
- 269- Pigeaud J., « Éditorial », *Psychiatrie Française* n°2.98, juillet 1998, pp. 3-8.
- 270- Pigeaud J., « La naissance de la psychiatrie », *Psychiatrie française* n°1, 2008, pp. 7-26.
- 271- Pigeaud J., *Poésie du corps*, collection « Manuels », Payot & Rivages, Paris, 1999.
- 272- Pigeaud J., « La Rhétorique d'Arétée », in Jouanna J. et Leclan J. (dir.), *Cahiers de la Villa Kerylos*, n°15 (actes du colloque : « La médecine grecque antique »), diffusion de Boccard, Paris, 2004.
- 273- Pigeaud J., Introduction et notes pour: Euripide, *Les Bacchantes*, édition bilingue, collection « Classiques en poche », Les Belles Lettres, Paris, 1998.
- 274- Pigeaud J., *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine, la manie*, collection « Études anciennes », Les Belles Lettres, Paris 1987, pp. 162-183.
- 275- Pinkola-Estès C., *Femmes qui courent avec les loups : histoires et mythes de l'archétype de la femme sauvage*, Poche LGF, Paris, 2001.
- 276- Popper K., *The Self and its brain*, Springer International, Berlin, 1985.

- 277- Porée J., « La sensation douloureuse existe-t-elle ? Neurophysiologie, psychologie et phénoménologie. », in Queneau P. et Ostermann G. (dir.) *Le Médecin, le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.
- 278- Pouchelle M.-C., *L'Hôpital corps et âme*, Seli Aslan, Paris, 2003.
- 279- Pouchelle M.-C., « Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme » in Lautmann F. et Maître J. (dir), *Gestions religieuses de la santé*, collection « Santé, sociétés, cultures », L'Harmattan, Paris, 1995, pp. 247-299.
- 280- Pouchelle M.-C., « Ici on ne fait pas de cadeaux, partage du temps et don de soi à l'hôpital », *Ethnologie française*, 4, pp. 540-550.
- 281- Pouchelle M.-C., *Infections nosocomiales et culture hospitalière*, conférence.
- 282- Pradelles de Latour C.H., « Matrilinéarité, sexualité et magie : un contre exemple », in Maître J. et Michelat G. (dir.), *Religions et Sexualité*, L'Harmattan, Paris, 2003.
- 283- Prieur C., « L'affaire Marie L. révèle une société obsédée par ses victimes », *Le Monde*, 22-23 Août 2004.
- 284- Pulman B., « Psychanalyse et anthropologie » (partie historique), in Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991, pp. 606-608.
- 285- Queneau P. et Ostermann G., *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris, 1994.
- 286- Radat F., « Souffrance et douleur. Les aspects psychiques de la douleur chronique, une approche bio-psycho-sociale », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 40-44.
- 287- Radat F., « La comorbidité psychiatrique chez le douloureux chronique », *Confrontations psychiatriques*, n° 42, 2001, pp. 45-47.
- 288- Rechtman R. & Fassin D., *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris, 2007.
- 289- Revol L., « Sphinx/Sphinge », in *Dictionnaire des mythes féminins*, Le Rocher 2002, pp. 1733-1748.
- 290- Rey R., *Histoire de la douleur en médecine*, collection « Histoire des sciences », La Découverte, Paris, 1993.
- 291- Rich B.A., « A Legacy of Silence : bioethics and the culture of pain », *Journal of medical humanities*, vol.18, n° 4, 1997, pp. 233-259.
- 292- Ricoeur P., « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, n° spécial, mai 1992, pp. 9-18.
- 293- Ricoeur P., « La psychanalyse confrontée à l'épistémologie », *Psychiatrie française* n° spécial, mai 1986, pp. 212-223.
- 294- Ricoeur P., in Changeux J.P., Ricoeur P., *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, collection « Poche », Odile Jacob, Paris, 1998.
- 295- Robin B., Nizard J., Houart C., Gélugne F., Bocher R., Lajat Y., « Place du psychiatre dans un centre de traitement de la douleur. Intégration de la lésion psychique douloureuse. », *Douleur et Analgésie* n° 3, 2003, pp. 161-167.
- 296- Roheim G., *Psychanalyse et Anthropologie* (1950), collection « Tel », Gallimard, Paris, 1967.
- 297- Rosenberg S., Alcalay M., Duplan B., Legrand D., « Facteur de risque de la lombalgie: synthèse », *Revue française de rhumatologie*, 65 (3 bis), 1998, pp. 88-92.
- 298- Rosset C., *Le Réel et son Double*, Gallimard, Paris, 1976.
- 299- Rossi E.L., *Psychobiologie de la guérison : influence de l'esprit sur le corps*, collection « Reconnaissances », coédition Desclée de Brouwers/Hommes et Perspectives, Marseille, 1994.

- 300- Rossignol M., Suissa S. & Abenham L., "Working Disability due to Occupational Back Pain: Three Year Follow-up of 2300 Compensated Workers in Quebec", *Journal of occupational medicine*, 1998, n° 30, pp. 502-505.
- 301- Roudinesco E., *La Part obscure de nous-mêmes, une histoire des pervers*, Albin Michel, Paris, 2007.
- 302- Roustang F., *La Fin de la plainte*, Collection « Poche », Odile Jacob, Paris, 2001.
- 303- Saint Girons B., *Le Pouvoir esthétique*, Manucius, Houilles, 2009.
- 304- Santiago-Delafosse M., « Douleur chronique : enseignements psychanalytiques dans la pratique du psychologue clinicien. », *Psychologues et Psychologies*, n° 133, pp. 3-6.
- 305- Sapir M., « La formation relationnelle : hétérogène et minoritaire », *Revue de Psychosomatique*, 26, 1991, pp. 13-18.
- 306- Sapir M., « Douleur et souffrance », *Champ psychosomatique* n°19, L'Esprit du Temps, Le Bouscat, 2000.
- 307- Sapir M., *Formation à la relation soignant-soigné. Mythe et réalité*. La Pensée Sauvage, Grenoble, 1989.
- 308- Schofferman J., Anderson D., Hines R., Smith G. & Keane G. : "Childhood Psychological Trauma and Chronic Refractory Low-back Pain", *Clin. J Pain*, 1993, Dec; 9(4), pp. 260-5.
- 309- Scubla L., « Hiérarchie des sexes et hiérarchie des savoirs, ou Platon chez les Baruya », *Cités*, 9, 2002, pp. 13-24.
- 310- Scubla L., « Procréation, philosophie et religion », *Le Temps de la Réflexion*, II, 1981, pp. 507-516.
- 311- Searle J., *La Redécouverte de l'esprit*, Gallimard, Paris, 1995.
- 312- Segalen M. (dir.), *Rites et rituels contemporains*, Nathan, Paris, 1998.
- 313- Segré M. (dir.), *Mythes, rites, symboles dans la société contemporaine*, collection « Logiques sociales », L'harmattan, Paris, 1997.
- 314- Ségur & Szalewa, *Le Roi des méduses*, collection « Conquistador », Delcourt, Paris, 1997.
- 315- Semprun J., *L'Écriture ou la Vie*, Gallimard, Paris, 1994.
- 316- Sériès C., « Le SPID existe-t-il ? », in Queneau P. et Osterman G. (dir.), *Le Médecin le Patient et sa Douleur*, Masson, Paris 1994, chapitre 36.
- 317- Serres M., «Abécédaire. 'F' comme « faiblesse » », *Le Monde Magazine* du 6/11/2010.
- 318- Skevington S., "Investigating the Relationship between Pain, Discomfort, and Quality of life, using the WHOQOL", *Pain*, 76, 1998, pp. 395-406.
- 319- Smart C., *Feminism and the power of law*, Routledge, collection "Sociology of law and crime", London, 1989.
- 320- Smith P., « Rite », in Bonte P. & Izard M., *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991.
- 321- Sontag S., *La Maladie comme métaphore. Le SIDA et ses métaphores* (1977 et 1978), collection « Choix essais », Christian Bourgois, Paris, 1993.
- 322- Strauss A., Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, collection « Le travail humain », P.U.F., Paris, 1999.
- 323- Strauss A., Isabelle Baszanger (dir.), *La Trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, collection « Logiques sociales », L'Harmattan, Paris, 1992.
- 324- Sullivan M.D., "Ethical Principles in Pain Management, *Pain medicine*, 1, 2000, pp. 274-279.

- 325- Sullivan M.D., "Finding Pain Between Minds and Bodies", *Clin J. Pain*, 17,2001, pp. 146-156.
- 326- Thomas L.V., *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris, 1975.
- 327- Touboul P & Levine E., *Le Corps*, collection « Poche essais », Flammarion, Paris, 2004.
- 328- Turner V., *Le Phénomène rituel structure et contre structure* (1969), P.U.F., Paris, 1990.
- 329- Tustin F., *Le Trou noir de la psyché. Barrières autistiques chez les névrosés* (1986), collection « La couleur des idées », Le Seuil, Paris, 1989.
- 330- Unruh A M., Ritchie J. & Merskey H., "Does Gender Affect Appraisal of Pain and Pain Coping Strategies?", *Clinical Journal of Pain*, 15, 1, 1999, pp. 31-40.
- 331- Valat J.-P., « Épidémiologie des lombalgies », *Revue française de rhumatologie*, n° 65, 1998, pp. 172-174.
- 332- Valat J.-P., Goupille P., Védère V., « Lombalgies : facteurs de risque exposant à la chronicité », *Revue française de rhumatologie*, 64, 1997, pp. 203 - 208.
- 333- Vallet O., *Qu'est-ce qu'une religion, héritage et croyances dans les traditions monothéistes*, collection « Espaces libres », Albin Michel, Paris, 1999.
- 334- Van der Weide W.E., Verbeek J.A.H.M., Van Dijk F.J.H., "In balans, op weg naar richtlijnen voor social-medische begeleiding bij rucklachten. Tijdschrift voor bedrijfs"-en *Verzekeringsgenmeskunde* 1995; 3: pp 220-225.
- 335- Van Gennep A., *Rites de passage* (1909), Picard, Paris, 1981.
- 336- Vase L., Riley J., Price D.: "A Comparison of Placebo Effects in Clinical Analgesic Trials versus Studies of Placebo Analgesia.", *Pain*, 2002 Oct;99(3), pp. 443-52.
- 337- Vasse D., *L'Autre du désir et le dieu de la foi : lire aujourd'hui Thérèse d'Avila*, Le Seuil, Paris, 1991.
- 338- Vaysse, J., « La sémiotique des gestes centrés sur le corps et leurs implications langagières dans le site médical », *Sémiotica*, , 1991, pp. 319-340.
- 339- Vega A., « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, 15(3), pp. 103-130.
- 340- Vega A., « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie française*, n°XXIX, 1999, pp. 100-110.
- 341- Vergez B., *Le Monde des médecins au XX^e siècle*, Complexe, Bruxelles, 1996.
- 342- Volim E., "The Epidemiology of Low-back Pain in the Rest of the World", *Spine*, 1997, pp. 1747-1754.
- 343- Wajeman G., *Le Maître et l'Hystérique*, Navarin/Le Seuil, Paris, 1982.
- 344- Walentowitz, Saskia, « La vie sociale du fœtus, regards anthropologiques », *Spirale*, n°36, pp. 119-135.
- 345- Wall P.D.: "The Placebo Effect: an Unpopular Topic", *Pain*, n° 51, 1993, pp.1-3.
- 346- Watslawick P., *Le Langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*, Point Seuil, Paris, 1980.
- 347- White M. et Epston D., *Les Moyens narratifs au service de la thérapie* (1999), collection « Le Germe », Satas, Bruxelles, 2003.
- 348- Wildöcher D., « L'hystérie dépossédée », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n°17, 1978, pp. 73-87.
- 349- Wünenburger J. -J., *Le Sacré*, collection « Que sais-je ? », P.U.F., Paris, 1981.
- 350- Zola, I.K., « Culture et symptôme : analyse des plaintes du malade » (1966), in Herzlich (dir.), *Médecine, Maladie et Société*, pp. 27-41.

ANNEXES

Annexe 1 : documents utilisés au CETD

- 1- Questionnaire d'autoévaluation
- 2- *Dossier douleur*, dans le format qui a servi au recueil des cas cliniques présentés (a subi des modifications depuis)
- 3- Document affiché dans les chambres

Annexe 2 : autres questionnaires (utilisation en soin et/ou pour la recherche clinique)

- 1- QSA
- 2- Echelle de Dukes
- 3- Questionnaire de Dallas
- 4- Questionnaire Eiffel
- 5- FABQ
- 6- WHOQOLQ-BREF (World Health Organization quality of Life Questionnaire, version abrégée)

Annexe 3 : deux articles (extraits), deux abstracts

- 1- Keogh E., McCracken L., Eccleston C., "Do Men and Women Differ in their Response to Interdisciplinary Pain Management?", *Pain* n° 114, 2005, pp. 37-46.
- 2- Rosenberg S., Alcalay M., Duplan B., Legrand D., « Facteur de risque de la lombalgie: synthèse », *Revue française de rhumatologie*, 65 (3 bis), 1998, pp. 88-92.
- 3- Abstract: Volim E., "The Epidemiology of Low-back Pain in the Rest of the World", *Spine*, 1997, pp. 1747-1754.
- 4- Abstract : Schofferman J., Anderson D., Hines R., Smith G. & Keane G. : "Childhood Psychological Trauma and Chronic Refractory Low-back Pain", *Clin. J Pain*, 1993, Dec; 9(4), pp. 260-5.

Annexe 4 : exemples d'enseignement.

- 1- Dr M. Bensignor
- 2- Dr A. Vallée

Annexe 1

DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : FEUILLET DESTINÉ AU PATIENT

Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours), nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants. N'oubliez pas de répondre à toutes les questions.

Date : ... / ... / ...

Nom :

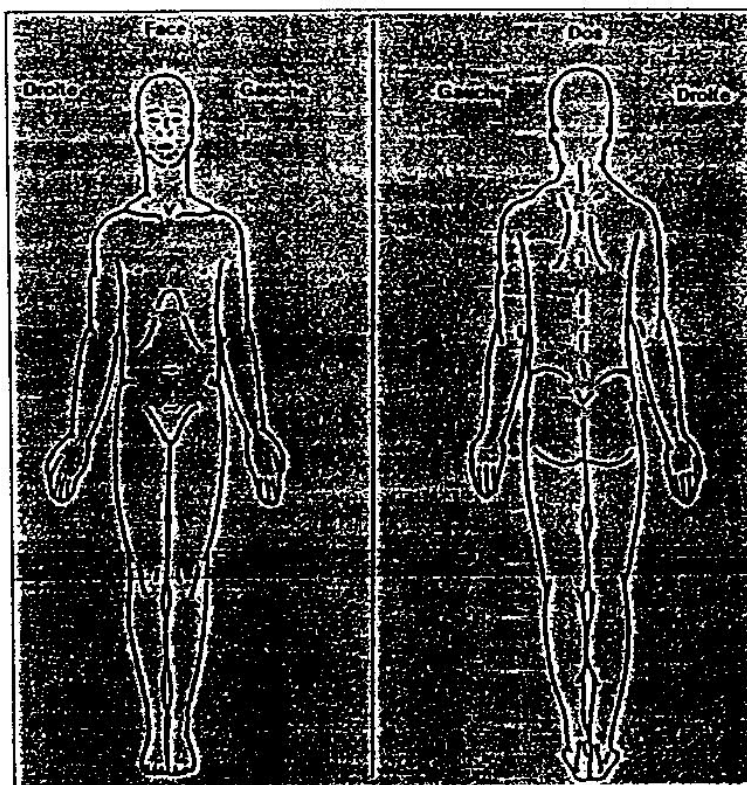
Prénom :

1^{RE} PARTIE : SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



2^e PARTIE : MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR (UTILISER L'ÉCHELLE 1, 2 OU 3)

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur vous sont proposées. Les réponses à une seule échelle sont suffisantes. Essayez de remplir l'échelle 1, en cas de difficultés essayez de remplir l'échelle 2, et en cas de difficultés remplissez l'échelle 3.

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous.



Une extrémité correspond à la « douleur maximale imaginable »

Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

L'autre extrémité correspond à « pas de douleur »

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

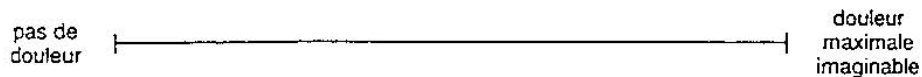
Douleur au moment présent :



Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :



Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :



3^E PARTIE : QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

4^e PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et surlignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

		Je me sens tendu ou énervé :
3		la plupart du temps
2		souvent
1		de temps en temps
0		jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
3		oui, très nettement
2		oui, mais ce n'est pas grave
1		un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0		pas du tout
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		autant que par le passé
1		plus autant qu'avant
2		vraiment moins qu'avant
3		plus du tout
		Je me fais du souci :
3		très souvent
2		assez souvent
1		occasionnellement
0		très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps

5^e PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR
SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

6^e PARTIE : MESURES DE L'INTENSITÉ DU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Trois échelles de mesure de l'intensité du soulagement vous sont proposées. La réponse à une seule échelle suffit.

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

pas de soulagement	soulagement maximal

ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE

Pas de soulagement	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Soulagement maximal

ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Soulagement	Scores
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES
Hôpital G. et R. LAENNEC 44093 SAINT HERBLAIN cedex 01
PHRC Lombalgiques chroniques

CENTRE D'EVALUATION et de TRAITEMENT DE LA
DOULEUR

Pr Y.LAJAT - Dr J. NIZARD - Dr Y.MEAS - Dr B. RIOULT- Dr B. ROBIN-
Dr JM. LANOISELEE- Dr F.CHATELIER
☎ 02 40 16 51 73 secrétariat - BIP Dr NIZARD : 26 313
☎ 02 40 16 51 83 hospitalisation ; Cadre Infirmier : M.P. BIZET

Nom : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____
Profession : _____

Arrêt de travail (depuis le) : _____
Périodes d'arrêt de travail l'année écoulée : _____

ALD : _____ **Invalidité :** _____

Situation familiale : _____
Profession du conjoint : _____
Enfants : -
 -
 -

Lieu de vie : _____

Consultation douleur initiale : Médecin : _____ **Date :** _____

Adressé (e) par : _____
Correspondants : _____
Médecin traitant : _____

Médecins spécialistes : _____

Psychiatre : _____
Kinésithérapeute : _____
Médecin du travail : _____
CPAM : _____ **Médecin conseil :** _____

N° sécurité sociale : _____

MOTIF :

1. **Douleurs**
 - 1.1. **Rachis :**
 - Cervical
 -
 - Dorsal
 -
 - Lombaire
 - 1.2. **Membres :**
 - Supérieurs :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

- Date apparition Douleurs :
- Date de passage à la chronicité :
- Date de diffusion des douleurs :

-

-

-

-

-

-

-

ANTECEDENTS CONTRIBUTIFS :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Psychologiques :

- Allergiques :

- Familiaux :

TRAITEMENTS ANTERIEURS ET ACTUELS

Rédacteur : Externe en Pharmacie

I. TRAITEMENTS ANTERIEURS

1. Médicaux (doses)	Durée	Efficacité (TB, B, M, Echet)	Tolérance (Signaler effets indésirables)
<u>1.1 Médicaments</u> <u>a. Antalgiques</u> - Palier I - Palier II - - - - Palier III - - <u>b. Co-Analgésiques</u> - Anti-Dépresseurs - Anti-Epileptiques - Kétamine - Autres			
<u>1.2 Infiltrations</u> - - - - -			

2. <u>Traitements fonctionnels</u>	Méthodes	Efficacité (TB, B, M, Echec)	Tolérance (Signaler effets indésirables)
2.1 <u>Kiné ambulatoire</u> - - - - -			
2.2 <u>Centres de Rééducation</u> - - - - - -			
2.3 <u>Corset(s)</u> - - - -			
2.4 <u>TENS</u> - - -			
2.5 <u>Thérapies complémentaires</u> - Ostéopathie/médecine manuelle - Acupuncture - Mésothérapie - Autres			

3. <u>Abords psychologiques</u>	Méthodes	Efficacité (TB, B, M, Echec)	
- - - - - - - -			
4. <u>Structures de lutte contre la douleur</u>	Méthodes	Efficacité (TB, B, M, Echec)	Tolérance (Signaler effets indésirables)
- - - - -			
5. <u>Abords professionnels</u>			
- Dossier COTOREP - Adaptations de poste - Formations - Invalidité			

II. TRAITEMENT A L'ENTREE : Rédacteur : Externe en Pharmacie, équipe soignante

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

DESCRIPTION DE LA DOULEUR INITIALE

* EVA initiale : Fourchette mois : (à) Moyenne :

* DUREE D'EVOLUTION (en mois) :

* TYPE : ☐ caractère impulsif
 ☐ caractère neurogène

* HORAIRES : ☐ continues
 ☐ paroxysmes
 ☐ composante nocturne (nombre réveils :)

* SITUATION D'EXCEPTION DOULOUREUSE (mieux-être) :

-
-
-
-
-

* FACTEURS AGGRAVANTS :

-
-
-
-

II. TRAITEMENT A L'ENTREE : Rédacteur : Externe en Pharmacie, équipe soignante

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

DESCRIPTION DE LA DOULEUR INITIALE

* EVA initiale : Fourchette mois : (à) Moyenne :

* DUREE D'EVOLUTION (en mois) :

* TYPE : ☐ caractère impulsif
 ☐ caractère neurogène

* HORAIRES : ☐ continues
 ☐ paroxysmes
 ☐ composante nocturne (nombre réveils :)

* SITUATION D'EXCEPTION DOULOUREUSE (mieux-être) :

-
-
-
-
-

* FACTEURS AGGRAVANTS :

-
-
-
-

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL INITIAL

* **EVA GLOBALE** (Activités de la Vie Quotidienne) :

* **PERIMETRE DE MARCHE** (en mètres) :

* **TEMPS PASSE AU LIT** (en heures) :

* **POSITION ASSISE** (heures) :

* **POSITION DEBOUT** :

* **CONDUITE AUTOMOBILE** (km) :

* **SOULEVEMENT** (kg) :

* **ORTHESES, FAUTEUIL ROULANT** :

* **ACTIVITES PREFEREES/ABANDONNEES** :

-

-

-

-

-

* **DEROUILLAGE MATINAL** (heures) :

RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE INITIAL

I. RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE INITIAL

1.1 TROUBLES DU SOMMEIL

- EVA sommeil (sur 10) :
- Troubles endormissement :
- Eveils nocturnes :
- Réveil précoce :

1.2 ELEMENTS CLINIQUES

-
-
-
-
-

1.3 ELEMENTS ANXIEUX

1.4 ELEMENTS DEPRESSIFS

1.5 CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES /ELEMENTS ADDICTIFS

1.6. CROYANCES/COMPORTEMENTS DOULOUREUX

1.7. RETENTISSEMENT SEXUEL

EXAMENS CLINIQUES

Préciser dates, noms examinateurs

✱

*

*

✱

*

✱

✱

✱

✱

*

✱

✱

✱

✱

EXAMENS COMPLEMENTAIRES CONTRIBUTIFS**I. IMAGERIE**

-
-
-
-
-
-
-

II. EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

-
-
-
-
-
-

III. BIOLOGIE / DIVERS

-
-
-
-
-
-
-
-

ABORD FONCTIONNEL : Rédacteurs : kinésithérapeute

TECHNIQUES	RESULTATS : efficacité, tolérance
I. KINESITHERAPIE : Protocoles - - - - - -	
II. TENS : Protocoles - - - - - -	
III. ORTHESES, CONTENTIONS, AUTRES - - - - -	

ACUPUNCTURE ET THERAPIE MANUELLE
Dr Y. MEAS

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

**THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES
ET ACTIVITES EXTRAPROFESSIONNELLES
Dr J. ARTAGNAN**

ABORD MEDICO-SOCIAL
Médecin Conseil et Assistante Sociale

Dates, Intervenants :

1

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

•

—

2

ABORD PSYCHOLOGIQUE C. CHIFFOLEAU

I. DEMANDE ET MOTIVATION

-
-
-
-
-

II. OBJECTIFS DE SOINS NEGOCIES

2.1 Baisse des prises médicamenteuses

-
-
-

2.2 Fonctionnels

-
-
-

2.3 Sociaux

-
-
-
-
-

2.4 Professionnels

-
-
-
-

— — — — —

STAFFS PLURIDISCIPLINAIRES**Date****Intervenants (barrer les absents)****J.Nizard
Psychiatre
MP Bizet
C.Chiffolleau****B.Rioult
S. Dutertre
Kiné****Y.Méas
J.Artagnan
Infirmier (e)**

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

EVOLUTION LORS DE L'HOSPITALISATION

DATES	EVALUATIONS	PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES
		<u>I. ABORD MEDICAL</u>
		1. <u>Médicamenteux</u>
		-Antalgiques
		-AINS
		-Co-Analgésiques
		2. <u>Infiltrations</u>
		<u>II. ABORD FONCTIONNEL</u>
		1. <u>Kinésithérapie</u>
		- Massages / Physiothérapie
		- TENS
		-Corset
		2. <u>Entretien physique</u>
		3. <u>Centre de Rééducation</u>
		4. <u>Thérapie manuelle</u>
		<u>III. ABORD PSYCHOLOGIQUE</u>
		-
		-
		-

EVALUATION A LA SORTIE DU CENTRE

I. DOULEUR

- EVA sur 10 :
- Composante nocturne :
- Autres caractéristiques :

II. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

- EVA sur 10 :
- Périmètre de marche (en mètres) / Test marche des 5 minutes:
- Cycloergomètre :
- Temps d'inactivité (en heures) :
- Shirado :
- Sorensen :

III. ETAT PSYCHOLOGIQUE

- EVA sommeil sur 10 :
- Symptômes anxieux :
- Symptômes dépressifs :
- Entourage socio-familial :

IV. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE SORTIE

-
-
-
-
-
-

V. AMELIORATION

- % d'amélioration estimé par le patient :
- % d'amélioration estimé par le médecin :

EVALUATION A 6 MOIS**I. DOULEUR**

- EVA sur 10

- Composante nocturne

- Autres caractéristiques

II. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

- EVA sur 10

III. ETAT PSYCHOLOGIQUE

- EVA sommeil sur 10

- Symptômes anxieux

- Symptômes dépressifs

IV. ETAT SOCIO-PROFESSIONNEL**V. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX****PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES****II. ABORD FONCTIONNEL**

1. Kinésithérapie

- Massages, physiothérapie

- TENS

- Corset

2. Entretien physique

3. Centre de Rééducation

4. Thérapie manuelle

III. ABORD PSYCHOLOGIQUE**IV. ABORD SOCIO-PROFESSIONNEL**

VI. AMELIORATION

- % Amélioration estimé par le patient
- % Amélioration estimé par le Médecin

VII.COMMENTAIRES

EVALUATION A 12 MOIS**I. DOULEUR**

- EVA sur 10
- Composante nocturne
- Autres caractéristiques

II. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

- EVA sur 10

III. ETAT PSYCHOLOGIQUE

- EVA sommeil sur 10
- Symptômes anxieux
- Symptômes dépressifs

IV. ETAT SOCIO-PROFESSIONNEL**V. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX****PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES****II. ABORD FONCTIONNEL**

1. Kinésithérapie
 - Massages, physiothérapie
 - TENS
 - Corset
2. Entretien physique
3. Centre de Rééducation
4. Thérapie manuelle

III. ABORD PSYCHOLOGIQUE**IV. ABORD SOCIO-PROFESSIONNEL**



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROCHIRURGIE CENTRE D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

OBJECTIFS DE VOTRE PRISE EN CHARGE

CHEF DE SERVICE
PROFESSEUR Y. LAJAT

PROFESSEUR Y. LAJAT
Responsable du Centre d'Evaluation et
de Traitement de la Douleur
email : youenn.lajat@chu-nantes.fr

DOCTEUR J. NIZARD
Rhumatologue, Gériatre et Algologue
téléphone : 02 40 08 33 33 - BIP 26.313
email : julien.nizard@chu-nantes.fr

DOCTEUR MEAS
Acupuncteur
Médecine Manuelle

DOCTEUR R. BOCHER
DOCTEUR B. ROBIN
Psychiatres

DOCTEUR J.M. LANOISELEE
Médecin Rééducateur

DOCTEUR F. CHATELIER
Consultation de
Pathologie Professionnelle (Pr CERAUT)

DOCTEUR M. MEILHAN
Médecin Conseil

Mme BENKARA
Assistante Sociale

Mr. M. FOURNEAU
Mme C. DANGLOT-RIGAULT
Kinésithérapeutes

Mme C. CHIFFOLEAU
Psychologue

☎ SECRETARIAT HOSPITALIER

☎ 02 40 16 51 73
FAX : 02 40 16 52 03

☎ SECRETARIAT UNIVERSITAIRE

☎ 02 40 16 51 75
fax : 02 40 16 51 65

☎ HOSPITALISATION AILE NORD

02 40 16 51 83
cadre infirmier : Mme M.P. BIZET
02 40 16 51 79

Un programme pluridisciplinaire de qualité ne se conçoit que sur une durée suffisante qui doit se poursuivre au moins **six à douze mois**. Votre motivation personnelle est essentielle.

1° AMELIORER VOS CAPACITES MOTRICES :

C'est un critère **essentiel** : il s'agit selon les cas d'augmenter le périmètre de marche, de diminuer le temps d'inactivité et de pouvoir être capable d'effectuer davantage de tâches personnelles, familiales et professionnelles.

2° LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR N'EST PAS SYNONYME DE DISPARITION DES DOULEURS :

Une diminution de 20 à 30% (résultat obtenu dans la plupart des études concernant les douleurs chroniques rebelles) peut vous permettre d'atteindre les objectifs suivants.

3° AMELIORER VOTRE QUALITE DE VIE :

Humeur, sommeil, relations aux autres, meilleure gestion de sa maladie.

4° DIMINUER LES MEDICAMENTS RESPONSABLES DE DEPENDANCE :

Morphine et médicaments psychotropes seront progressivement diminués voire arrêtés à chaque fois que cela sera possible.

5° FAVORISER VOTRE RETOUR AU TRAVAIL OU LA REPRISE D'ACTIVITES EXTRAPROFESSIONNELLES ET DE LOISIR

Grâce, notamment aux interventions des médecins de Pathologie Professionnelle et des médecins conseils de Sécurité Sociale selon le cas

6° APLANIR SI NECESSAIRE LES CONTENTIEUX (sécurité sociale, invalidité...) AFIN D'ENVISAGER VOTRE PROBLEMATIQUE DE FACON PLUS SEREINE

PRENDRE CONSCIENCE DE CES OBJECTIFS CLAIRS, PRECIS ET LIMITES, C'EST AUSSI VOUS ENGAGER DANS LA VOIE DU CHANGEMENT ET LIMITER LES RISQUES D'ECHEC.

IL CONVIENT DONC DE NE PAS ETRE « POLARISE » SUR LA SEULE AMELIORATION DE LA DOULEUR.

Annexe 2

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4

Cotation : 0=Absent/Pas du tout

1=Faible/Un peu

2=Modéré/Moyennement

3=Fort/Beaucoup

4=Extrêmement fort/Extrêmement

A	Battements	☐
	Pulsations	☐
	Élancements	☐
	En éclairs	☐
	Décharges électriques	☐
	Coups de marteau	☐

B	Rayonnante	☐
	Irradiante	☐

C	Piqûre	☐
	Coupure	☐
	Pénétrante	☐
	Transperçante	☐
	Coups de poignard	☐

D	Pincement	☐
	Serrement	☐
	Compression	☐
	Écrasement	☐
	En étau	☐
	Broiement	☐

E	Tiraillement	☐
	Étirement	☐
	Distension	☐
	Déchirure	☐
	Torsion	☐
	Arrachement	☐

F	Chaleur	☐
	Brûlure	☐

G	Froid	☐
	Glace	☐

H	Picotements	☐
	Fourmillements	☐
	Démangeaisons	☐

I	Engourdissement	☐
	Lourdeur	☐
	Sourde	☐

A à I : critères sensoriels

J	Fatigante	☐
	Énervante	☐
	Éreintante	☐

K	Nauséuse	☐
	Suffocante	☐
	Syncopale	☐

L	Inquiétante	☐
	Oppressante	☐
	Angoissante	☐

M	Harcelante	☐
	Obsédante	☐
	Cruelle	☐
	Torturante	☐
	Suppliciante	☐

N	Gênante	☐
	Exaspérante	☐
	Pénible	☐
	Insupportable	☐

O	Énervante	☐
	Exaspérante	☐
	Horripilante	☐

P	Déprimante	☐
	Suicidaire	☐

TOTAL :**J à P** : critères affectifs

Illustrant les différentes composantes de la douleur, le QDSA (version française du Mac Gill Pain Questionnaire-MPQ) permet essentiellement une évaluation qualitative de la douleur chronique, en particulier la douleur neuropathique.

Le QDSA nécessite, pour le patient douloureux un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il en existe une version abrégée.



QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE (ECHELLE DE DUKE)

1 - Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

☐₁ Excellente ☐₂ Très bonne ☐₃ Bonne ☐₄ Médiocre ☐₅ Mauvaise

Les questions suivantes cherchent à décrire votre santé telle que vous la ressentez :	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas mon cas
2- Je me trouve bien comme je suis	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
3- Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4- Au fond, je suis bien portant	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5- Je me décourage trop facilement	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6- J'ai du mal à me concentrer	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7- Je suis contente(e) de ma vie de famille	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8- Je suis à l'aise avec les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
9- Vous auriez du mal à monter un étage	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10- Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
11- Vous avez eu des problèmes de sommeil	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12- Vous avez eu des douleurs quelque part	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
13- Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
14- Vous avez été triste et déprimé(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
15- Vous avez été tendu(e) et nerveux (se)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
16- Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite...)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
17- Vous avez eu des activités de groupe (réunions, activités religieuses, association, etc....) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées, etc....)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	Oui, 1 à 4 jours	Oui, 5 à 7 jours
18- Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident...)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.) Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.					
Nom :		Prénom :		Sexe : F ☐ M ☐	
Date :					
A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).					

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout		parfois			tout le temps
0 %					100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)		moyennement		je ne peux pas sortir du lit	
0 %					100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)		moyennement		je ne peux rien soulever	
0 %					100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant	presque plus		plus du tout	
0 %					100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)		moyennement		je ne peux pas rester assis(e)	
0 %					100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)		moyennement		je ne peux pas rester debout	
0 %					100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)		moyennement		je ne peux pas dormir du tout	
0 %					100%

Total X 3 = -----% de répercussion sur les activités quotidiennes

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

ÉCHELLE D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE pour L'ÉVALUATION DES LOMBALGIES (EIFEL)

Si vous êtes cloués au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là ☐

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit.

Une liste de phrases vous est proposée.

Ces phrases décrivent certaines *difficultés* à effectuer *une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire*.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes *aujourd'hui* à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte *aujourd'hui*, cochez-là

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même *aujourd'hui*

	Question	Oui	Non
1	Je reste pratiquement tout le temps à cause de mon dos	☐	☐
2	Je change souvent de position pour soulager mon dos	☐	☐
3	Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos	☐	☐
4	A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison	☐	☐
5	A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers	☐	☐
6	A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer	☐	☐
7	A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil	☐	☐
8	A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place	☐	☐
9	A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude	☐	☐
10	Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos	☐	☐
11	A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller	☐	☐
12	A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise	☐	☐
13	J'ai mal au dos la plupart du temps	☐	☐
14	A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit	☐	☐
15	J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos	☐	☐
16	A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)	☐	☐
17	Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos	☐	☐
18	Je dors moins à cause de mon mal de dos	☐	☐
19	A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller	☐	☐
20	A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée	☐	☐
21	A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison	☐	☐
22	A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.	☐	☐
23	A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude	☐	☐
24	A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps	☐	☐
	Oui=1, Non=0	Total	/ 24
	<i>Plus le score est élevé, plus le retentissement du mal de dos est important</i>		



Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68

Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)

**THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
QUALITY OF LIFE (WHOQOL) -BREF**

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

WHOQOL-BREF

The following questions ask how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. I will read out each question to you, along with the response options. **Please choose the answer that appears most appropriate.** If you are unsure about which response to give to a question, the first response you think of is often the best one.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last four weeks**.

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1.	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2.	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last four weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3.	To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?	5	4	3	2	1
4.	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	5	4	3	2	1
5.	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6.	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7.	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8.	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9.	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about how completely you experience or were able to do certain things in the last four weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10.	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11.	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12.	Have you enough money to meet your needs?	1	2	3	4	5
13.	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14.	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
15.	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16.	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17.	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18.	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19.	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5

20.	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21.	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22.	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23.	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24.	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25.	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to how often you have felt or experienced certain things in the last four weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26.	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	5	4	3	2	1

Do you have any comments about the assessment?

[The following table should be completed after the interview is finished]

		Equations for computing domain scores	Raw score	Transformed scores*	
				4-20	0-100
27.	Domain 1	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a. =	b:	c:
28.	Domain 2	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26) □ + □ + □ + □ + □ + □	a. =	b:	c:
29.	Domain 3	Q20 + Q21 + Q22 □ + □ + □	a. =	b:	c:
30.	Domain 4	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a. =	b:	c:

* See Procedures Manual, pages 13-15

Annexe 3



Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management?

Edmund Keogh*, Lance M. McCracken, Christopher Eccleston

Pain Management Unit, Royal National Hospital for Rheumatic Disease and University of Bath, Bath, UK

Received 19 March 2004; received in revised form 9 November 2004; accepted 15 November 2004

Abstract

Women report more pain than men. It also seems that gender may moderate responses to pharmacological agents used to combat pain, suggesting that men and women differ in treatment efficacy. Recent research suggests that gender differences may also exist in response to interdisciplinary pain management interventions. We, therefore, report data from a treatment-outcome program at a UK Pain Management Unit. The sample consisted of 98 chronic pain patients (33 males; 65 females) who completed a series of measures relating to pain and distress at three different time points: immediately prior, on completion, and 3 months following an interdisciplinary pain management intervention. The pain management intervention consisted of a 3- or 4-week residential program that aimed to enhance daily functioning, and which involved physiotherapists, occupational therapists, a nurse, physicians, and clinical psychologists. Analyses revealed that the pain management intervention produced improvements in a range of domains of outcome for both men and women, and that such effects were sustained at 3 months following treatment. However, although both men and women exhibited significant post-treatment reduction in measures of current pain intensity and with one measure of pain-related distress, at 3 months following treatment men showed similar reductions as at post-treatment, whereas for women there were no significant differences from pre-treatment scores. This suggests that gender may play a role in reports of pain and distress following interdisciplinary chronic pain management. However, the current results are different from those previously reported. We discuss potential reasons for such differences.

© 2004 International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Keywords: Pain; Gender differences; Treatment; Management

1. Introduction

Gender differences exist with respect to experience and perception of pain (Berkley and Holdcroft, 1999; Fillingim, 2000). Women report more pain, in more bodily areas, with greater frequency and for longer duration when compared to men (Unruh, 1996). Explanations for such gender differences have included differences between men and women's emotional and coping responses to pain. Women not only report greater emotional distress, but may also use more emotion-focused problem solving which may be less

on pain up to date
beneficial in the long term (Robinson et al., 2000; Tamres et al., 2002).

There are also suggestions that men and women differ in responses to pain interventions. For example, there are gender differences in the adverse effects associated with a range of drugs, including pain-modification agents (Ciccone and Holdcroft, 1999). More recently, evidence has been presented to suggest that males and females differ with respect to the analgesic efficacy of certain drugs (Fillingim, 2002; Fillingim and Gear, 2004; Miaskowski et al., 2000). This has led to the suggestion that some analgesics may need to be administered selectively to men and women.

Men and women may also differ in response to non-pharmacological approaches. Experimental pain induction studies with healthy adults demonstrate that women fail to benefit, as men seem to do, from certain pain coping

* Corresponding author. Address: Department of Psychology, University of Bath, Claverton Down, Bath BA2 7AY, UK. Tel.: +44 1225 383671; fax: +44 1225 386752.

E-mail address: e.m.keogh@bath.ac.uk (E. Keogh).

instructions (Keogh and Herdenfeldt, 2002; Keogh et al., 2000). Of greater clinical relevance is the possibility that gender plays a role in predicting outcome following multidisciplinary pain management (Edwards et al., 2000, 2003a,b; Hansen et al., 1993; Jensen et al., 2001; Krogstad et al., 1996; McCracken and Houle, 2000). For example, Krogstad et al. (1996) examined gender responses to treatment (counselling, muscle exercises, stabilization splint) in temporomandibular joint disorder. They found that before treatment women reported greater pain intensity than males, and at 2 years following treatment, women reported less pain whereas males did not. Subsequently, Jensen et al. (2001) compared a behaviourally based rehabilitation intervention with a treatment as usual control. At 18 months follow-up, the treatment was found to have a prolonged beneficial effect on early retirement and health-related quality of life in women, but not men.

Although it is believed that gender differences may exist in responses to rehabilitation interventions, and that differences in emotional responses may underpin these, few studies have directly investigated gender in the context of determining treatment efficacy. The primary objective of this study was to investigate whether gender moderated the effects of an interdisciplinary rehabilitation intervention. We focussed on tracking changes in a range of variables (i.e. pain, distress, disability) before, after and at 3-months following the intervention in a group of chronic pain patients. Based on previous studies (Jensen et al., 2001; Krogstad et al., 1996) we predicted that:

1. women would generally report higher levels of pain and greater emotional distress when compared to men at the first time point;
2. the pain intervention would significantly improve self-reported pain and pain-related behaviours;
3. women would show greater improvements in pain, disability and distress than men.

2. Methods

2.1. Design

A repeated measures mixed-groups design was employed, with the between-groups factor being gender (male vs. female) and the within-groups factor being time of testing (pre- vs. post-intervention vs. 3-month follow-up). The dependent variables were measures of pain, distress and disability.

2.2. Sample

All participants in the current study were chronic pain patients referred to the Royal National Hospital for Rheumatic Diseases in Bath, UK. Patients reported pain for at least 6 months prior to entering the pain management program, and had no known psychiatric conditions that would interfere with the intervention. Because of the nature of referrals at the interdisciplinary pain

management unit, patients are diagnostically complex, with a history of multiple diagnoses. The best consensus of medical opinion suggests the patients are most accurately classified as suffering with a 'chronic pain syndrome'.

Of the 143 patients initially recruited, 13 voluntarily discontinued or were discharged from the program early. Of the remaining, 98 participants attended a follow-up appointment at 3 months, during which final data were obtained. Analysis was conducted to examine group differences in terms of core demographics (age, years of education, time of work, pain duration, and medication use) between those who attended and those who failed to attend the follow-up session. No group differences were found. Additionally, chi square analysis failed to reveal any significant differences in frequency of males and females in those who attended follow-up and those who did not. All further analyses were conducted on those participants who attended the follow-up assessment session only.

Of the 98 patients who attended the follow-up session, there were 33 males and 65 females, aged between 20 and 71 years (mean = 44.32; SD = 11.63). The majority of patients described themselves as white (98%), and 13% reported either full- or part-time employment, with the majority (72%) not working because of their pain. Patients also reported being in pain between 16 and 685 months, with the average duration being 146.70 months (SD = 142.90 months).

2.3. Pain intervention

Patients received group-based interdisciplinary treatment in a 3-week residential program, 4-week residential program or 3-week hospital-based format. Patients are assigned to treatment groups by a clinical psychologist based on interview, observation, and psychometric assessment, of their levels of psychological distress and physical disability. Specifically, we assign patients to the hospital-based services if they are not independently self-caring, cannot ambulate 200 yards, and/or cannot walk up 8 stairs—based on observation and patient report. We assign patients to 4-week treatment if they show severe physical disability but do not require hospital-based treatment and/or if they show other psychological features or complications that suggest 3 weeks of treatment may be inadequate such as symptoms of depression that are greater than the mild range requiring frequent reassessment, co-morbid psychiatric conditions that may interfere with normal therapeutic process, or interpersonal problems that make group work more challenging. The majority of patients who do not require hospital or 4-week treatment are admitted onto the 3-week course.

Although all patients did not receive exactly the same standardized intervention, as would be expected in a randomized controlled trial, our aim within this study was to examine gender-related effects in a real clinical setting, which arguably has high ecological validity. While patients get treatment of different lengths, they are getting a uniform treatment experience in that the level of treatment is matched with their level of distress and disability. Session content is the same regardless of program length. Specifically, the aim of all treatment formats was to enhance daily functioning and was informed by acceptance and commitment therapy (ACT) developed by Hayes et al. (1999) and is described elsewhere (McCracken et al., in press). Physiotherapists, occupational therapists, a nurse, physicians, and clinical psychologists conducted the treatment. After the initial phase of

Table 2
Longitudinal hierarchical mediated regression analysis predicting pain at follow-up (T3) from gender and distress

Dependent variable	Baron and Kenny's (1986) mediation test	Hierarchical regression step	Predictor	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4
Pain T3	1	1	Pain T2	0.633***	0.611***		
		2	Gender		0.222**		
Distress T3	2	1	Distress T2	0.410***	0.363***		
		2	Gender		0.315***		
Pain T3	3 and 4	1	Pain T2	0.628***	0.606***	0.611***	0.523***
		2	Gender		0.226**	0.227**	0.075
		3	Distress T2			-0.013	-0.161*
		4	Distress T3				0.495***
			ΔR^2 at each step	0.394***	0.050**	0.000	0.174***

T2, post-intervention scores; T3, 3 month follow-up scores; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

the regression procedures described by Baron and Kenny (1986) for determining mediation. Following Holman and Wall (2002) we used a longitudinal mediated hierarchical regression approach, entering post-intervention scores (Time 2) at the first step, followed by scores at follow-up (Time 3) (see Tables 2 and 3). This method is considered more appropriate than using difference scores due to problems with reliability (see Cohen et al. (2003)).

The first analysis was conducted on distress as a possible mediator. The first step in determining mediation is to ensure that the predictor variable (gender) is related to change on the dependent variable (pain at follow-up, controlling for post-treatment pain levels). Regression analyses indicated this relationship does exist, supporting the first requirement for mediation (see Table 2). The second step is to see whether the predictor variable is related to change on the proposed mediating variable (distress). Again, regression analysis indicates this is the case. The final requirement is to demonstrate that the mediating variable (distress) is related to the dependent variable (pain), when controlling for the independent variable (gender). Complete mediation would be indicated if gender no longer predicts change in pain, once change in distress is entered into the regression equation. We test for this by entering both the predictor variable (gender) and the mediating variable (distress), into the same equation. When we do this,

we find that gender no longer significantly explains variance associated with the pain index, indicating that change in distress acts as a complete mediator. A similar analysis was conducted using catastrophizing as the mediator, with a similar pattern of results found (see Table 3).

In order to statistically test whether the proposed mediators carry the influence of gender on pain, Baron and Kenny (1986) suggest, as a second phase in testing for mediation, using a modification of the Sobel test (1982). This procedure involves multiplying the path coefficient from the predictor to the mediator, by the path coefficient from the mediator to the outcome, whilst controlling for the predictor. This product is then turned into a z score, and if significantly different from zero, then there is an indirect effect of the predictor on the outcome, via the mediator. In this study, the Sobel test was significant for both distress ($z = 3.01$, $P < 0.005$) and catastrophizing ($z = 1.99$, $P < 0.05$). This suggests that distress and catastrophizing mediate the effect that gender differences have on increases in current pain reports following treatment.

4. Discussion

This study confirms that the pain management intervention produced improvements in a range of domains of

Table 3
Longitudinal hierarchical mediated regression analysis predicting pain at follow-up (T3) from gender and catastrophizing (helplessness scale)

Dependent variable	Baron and Kenny's (1986) mediation test	Hierarchical regression step	Predictor	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4
Pain T3	1	1	Pain T2	0.633***	0.611***		
		2	Gender		0.222**		
PCS T3	2	1	PCS T2	0.665***	0.640***		
		2	Gender		0.201*		
Pain T3	3 and 4	1	Pain T2	0.648***	0.630***	0.630***	0.577***
		2	Gender		0.184*	0.184*	0.118
		3	PCS T2			0.002	-0.209*
		4	PCS T3				0.347**
			ΔR^2 at each step	0.420***	0.034*	0.000	0.060**

T2, post-intervention scores; T3, 3 month follow-up scores; PCS, pain catastrophizing scale; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

outcome for both men and women, and that such effects were sustained at an average of 3 months following treatment. However, differential effects of gender were also found in a limited set of outcomes. Current pain reports, pain-related distress and amount of reported rest were found to drop in both males and females following treatment, although complete reduction was only maintained at the 3-month follow-up point in men. Women exhibited a return towards baseline levels on these three measures. Furthermore, there was also evidence to suggest a similar female-only reduction in performance on the behaviourally based sit-to-stand task at follow-up. These results support the prediction that gender may moderate responses towards an interdisciplinary pain management intervention.

The fact that gender may moderate responses to pain treatment interventions has only recently received attention. As such, only a few studies exist to compare the current results. Within human drug-treatment studies there is evidence to suggest that men and women may respond differentially to certain analgesics (Fillingim, 2002; Fillingim and Gear, 2004). Furthermore, within more psychologically based interventions, there is also evidence that gender may play a role (Hansen et al., 1993; Jensen et al., 2001; Krogstad et al., 1996). However, there are inconsistencies in the results found. For example, both Jensen et al. (2001) and Krogstad et al. (1996) found that women, but not men, benefited more from an intervention, whereas Hansen et al. (1993) found that for low-back pain, men benefited the most from physiotherapy, whereas women benefited from back exercises.

Although the poverty of evidence does not allow confident conclusions one explanation for such differences could be linked to the therapeutic approach adopted. Unlike previous studies the current intervention was based on ACT, which adopts an experiential approach focusing on behavioural flexibility and change in the presence of painful or potentially discouraging experiences (McCracken et al., 2004). The earlier interventions have tended to focus on the control of unwanted thoughts and feelings. Given that experimentally men and women differentially respond to control- and acceptance-based pain coping instructions (Keogh et al., 2000; Keogh et al., in press), this may in part account for some of the differences reported here.

A related question is whether reductions, or increases, in self-reported pain following treatment are of clinical importance. As mentioned above the ACT-informed treatment described here does not generally have pain reduction as a goal. In fact, it works from the notion that patients can function with pain present, and can focus their effort on behaviour change that improves their functioning. Furthermore, in most of CBT treatments (see systematic review by Morley et al. (1999)) no explanation is offered for the robust finding of approximately 20% pain reduction, which is often considered a corollary of other changes (such as more activity, better fitness, better overall coping). Thus, although gender differences in treatment effect for pain and distress

were found, more research is needed to determine whether such differences are of actual importance in terms of day-to-day performance.

Interestingly, increases in pain-related distress between completing treatment and 3-month follow-up were found to mediate the relationship between gender and increases in current pain reports at follow-up. The helplessness component of catastrophizing may also serve as a mediator of pain increases following treatment. Previously, research has demonstrated that catastrophizing mediates gender differences in pain in both experimental (Sullivan et al., 2000) and clinical settings (Keefe et al., 2000). Sullivan et al. (2000) not only found that catastrophizing mediated gender differences in cold pressor pain responses, but that it was the helplessness subscale that was the key mechanism. However, Sullivan et al. (2001a,b) suggests that when examining the role of catastrophizing, levels of depression (distress) need to be accounted for due to overlap in measures. Together this suggests that pain-related distress, and possibly catastrophizing, are part of the reason why women might have differential responses to pain management when compared to men. Further research is required to investigate the separate roles of distress and catastrophizing.

If the current findings are genuine effects, then there are a number of potential implications. Gender can be profitably examined as a potential predictor of pain experience, and in particular, pain following treatment. This study adds to a growing body of research indicating that men and women do not always respond to pain and the treatment of pain in the same way (Fillingim, 2000). However, it is perhaps too early to say exactly how gender-specific interventions can be tailored to address these potentially important differences. Evidence is certainly converging to suggest that accounting for gender differences may increase the overall effectiveness of treatments. However, there is little guidance on how to achieve this, as additive to the overall effects.

A second implication is the need to determine the mechanisms behind such gender differences. The current investigation suggests that distress and catastrophizing may be important mechanisms in treatment outcome for pain experiences. We consider it important to determine the wider mechanisms by which such differences may exist, which we believe will include biological (e.g. hormonal, anatomical, genetic, etc.), psychological (e.g. learning) and social factors. For example, it is possible that different social (home) circumstances that men and women return to following treatment may play a role in how well such treatment is maintained. Replication of these findings with a range of outcome data from other interdisciplinary interventions is needed, as is research that includes the specific examination of gender as a predictor of outcome, rather than as is all too often the case, statistically controlled for.

One potential concern with the current findings was that gender differences were found on single item measures and not on commonly used scales such as the BDI and PASS. Although considered valid (Chochinov et al., 1997; Jensen,

need for perspective
shelly

whether day-to-day differences between and to uses in a comparison of each has different (2000) et al. gender was the analysis when session gap in distress, a why managed to minimize the reliability and in is to a women pain in ups too ns can differ- that overall distance acts. ne the current ing may or pain ne the exist. nonai ght and social urn to i such with a inter-specific or than r. as that es and PASS. casen.

2003; McKenzie and Marks, 1999) one could ask why we should pay any attention to single items when these established scales did not show any gender differences. We believe that since differences were found between measures this in itself is an important methodological issue, even if it is unclear why this should be so. We certainly believe that this difference points to the need to carefully consider the methods used. Indeed, it is not uncommon to see both types of measure used in research, often with the assumption that they are measuring similar constructs.

A second concern is associated with statistical power. Given that missing data resulted in a smaller sample size for some measures one reason why gender differences were not found could be due to type 2 errors. If so, then it is possible that gender effects for some measures were small, and had a larger sample been recruited a stronger pattern of effects may have been found. Whilst possible, gender-related effect sizes within healthy individuals have been estimated to be medium, with numbers around 40 per group being recommended (Riley et al., 1998). Given that treatment effect sizes are expected to be larger than one would expect for experimental pain, the numbers reported here were considered adequate. Further investigation will help to determine the reliability of results found here.

A final issue to be considered is the fact that the design of the current study did not involve the experimental manipulation of any variable or the inclusion of a non-intervention control group, and so no definite conclusion can be made with respect to causality. Ideally, it would be preferable to have included a waiting list control group to determine whether the observed gender differences that occurred over time were due to the pain intervention. Following acceptance onto the program, patients must wait a number of months prior to starting the intervention. Given that few (if any) patients fail to turn up because their pain has improved, this suggests that such changes following the intervention are probably due to the intervention rather than because patients recovered naturally. We have also previously reported no change in outcome measures during 4 month waiting interval pre-treatment, and so it would seem likely that change originates from treatment (McCracken et al., in press). However, we accept that the current results should be interpreted in light of this important limitation, and future studies should aim to consider the inclusion of a control group.

In sum, gender may play a role in reports of pain and distress following an interdisciplinary chronic pain management program. This study also points to potential mechanisms by which such gender specific changes in pain report exist. What is unclear, however, is whether such gender effects have any real long-term relevance, and so further research needs to determine the extent to which such clinically relevant gender differences exist in chronic pain management. Nevertheless, we believe that the current study adds to the growing literature on gender differences in

pain, as well as improving the knowledge base of differences between men and women.

References

- Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51:1173–82.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;(4):561–71.
- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;29:787–805.
- Berkley KJ, Holdcroft A. Sex and gender differences in pain. In: Wall P, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. 4th ed. London: Churchill Livingstone; 1999. p. 951–65.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. 'Are you depressed?' Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997; 154:674–6.
- Ciccone GK, Holdcroft A. Drugs and sex differences: a review of drugs relating to anaesthesia. *Br J Anaesth* 1999;82:255–65.
- Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LA. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences*. 3rd ed. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2003.
- Edwards R, Augustson EM, Fillingim R. Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clin J Pain* 2000;16:46–53.
- Edwards R, Augustson EM, Fillingim R. Differential relationships between anxiety and treatment-associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *Clin J Pain* 2003a;19:208–16.
- Edwards RR, Doleys DM, Lowery D, Fillingim RB. Pain tolerance as a predictor of outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain: differential effects as a function of sex. *Pain* 2003b;106:419–26.
- Fillingim RB, editor. *Sex, gender and pain. Progress in pain research and management*, vol. 17. Seattle, WA: IASP Press; 2000.
- Fillingim RB. Sex differences in analgesic responses: evidence from experimental pain models. *Eur J Anaesthesiol Suppl* 2002;26:16–24.
- Fillingim RB, Gear RW. Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings. *Eur J Pain* 2004;8:413–25.
- Geiser DS. A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment centre. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno; 1992.
- Hansen FR, Bendix T, Sskov P, Jensen CV, Kristensen JH, Krohn L, Schiøtler H. Intensive, dynamic back-muscle exercises, conventional physiotherapy, or placebo-control treatment of low-back-pain—a randomized, observer-blind trial. *Spine* 1993;18:98–106.
- Harding VR, Williams AC, Richardson PH, Nicholas MK, Jackson JL, Richardson IH, Pither CE. The development of a battery of measures for assessing physical functioning of chronic pain patients. *Pain* 1994;58: 367–75.
- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behaviour change*. New York, NY: Guildford; 1999.
- Holman DJ, Wall TD. Work characteristics, learning-related outcomes, and strain: a test of competing direct effects, mediated, and moderated models. *J Occup Health Psychol* 2002;7:283–301.
- Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *J Pain* 2003;4:2–21.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain* 1994;58:387–92.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Fisher LD. Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain* 1999;83:157–62.

- Jensen JB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L, Nygren AL. A randomized controlled component analysis of a behavioural medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain* 2001;91:65–78.
- Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, Affleck G, Sullivan MJ, Caldwell DS. The relationship of gender to pain, pain behaviour, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain* 2000;87:325–34.
- Keogh E, Bond FW, Hamner R, Tilston J. Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold pressor pain experiences of healthy men and women. *Eur J Pain*; in press.
- Keogh E, Herdenfeldt M. Gender, coping and the perception of pain. *Pain* 2002;97:195–201.
- Keogh E, Hatton K, Ellery D. Avoidance versus focused attention and the perception of pain: differential effects for men and women. *Pain* 2000;85:225–30.
- Keppel G, Wickens TD. Design and analysis: a researcher's handbook. London: Prentice Hall; 2004.
- Krogstad BS, Jokstad A, Dahl BL, Vassend O. The reporting of pain, somatic complaints, and anxiety in a group of patients with TMD before and 2 years after treatment: sex differences. *J Orofac Pain* 1996;10:263–9.
- McCracken LM, Houle T. Sex-specific and general roles of pain-related anxiety in adjustment to chronic pain: a reply to Edwards et al. *Clin J Pain* 2000;16:275–6.
- McCracken LM, Zayfert C, Gross RT. The pain anxiety symptom scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain* 1992;50:67–73.
- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004;107:159–66.
- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behav Res Ther*; in press.
- McKenzie N, Marks I. Quick rating of depressed mood in patients with anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1999;174:266–9.
- Miaskowski C, Gear RW, Levine JD. Sex-related differences in analgesic responses. In: Fillingim RB, editor. Sex, gender, and pain. Seattle, WA: IASP Press; 2000. p. 209–30.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1–13.
- Riley JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain* 1998;74:181–7.
- Robinson ME, Riley JL, Myers CD. Psychosocial contributions to sex-related differences in pain responses. In: Fillingim RB, editor. Sex, gender, and pain. Progress in pain research and management, vol. 17. Seattle, WA: IASP Press; 2000. p. 41–68.
- Sobel ME. Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In: Leinhardt S, editor. Sociological methodology. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1982. p. 290–312.
- Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524–32.
- Sullivan MJL, Tripp DA, Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cogn Ther Res* 2000;24:121–34.
- Sullivan MJ, Rodgers WM, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain* 2001a;91:147–54.
- Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001b;17:52–64.
- Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS. Sex differences in coping behaviour: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Pers Soc Psychol Rev* 2002;6:2–30.
- Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996;65:123–67.

FACTEURS DE RISQUE DE LA LOMBALGIE : SYNTHÈSE

Sylvie ROZENBERG, Michel ALCALAY, Bernard DUPLAN, Erick LEGRAND

Mots clés : Lombalgies - Ostéoporose - Hernie discale.

Key words: Low back pain - Osteoporosis - Disk herniation.

De nombreux facteurs peuvent favoriser la survenue d'une lombalgie. Les littératures française et anglo-saxonne sont riches de références dans ce domaine. L'objectif du travail de ce groupe a été de faire le point sur les données bibliographiques existantes en 1996. En effet, la prévention de cette pathologie particulièrement fréquente, invalidante et coûteuse nécessite l'identification de ses facteurs de risque. Cette mise au point permet de plus d'actualiser les connaissances et ainsi de confirmer ou d'infirmier des idées reçues concernant la lombalgie.

FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS D'ORIGINE BIOMÉCANIQUE ET PHYSIOLOGIQUE ET LOMBALGIE [1]

Les principales causes de douleurs rachidiennes sont liées à la fatigue des muscles qui maintiennent la posture au travail, à des lésions musculaires secondaires à des efforts trop importants ou prolongés, et à des lésions des disques inter vertébraux et des articulations interapophysaires postérieures. Les circonstances dans lesquelles ces anomalies peuvent être observées sont : 1) la manutention manuelle qui augmente le risque de lombalgie pour les efforts de soulèvement répétés réalisés jambes tendues pour lesquels le risque relatif est de 7,20 alors que ce risque est de 1,90 si les genoux sont fléchis, 2) l'exposition à des vibrations, dont l'association est trouvée dans plusieurs études épidémiologiques portant sur des conducteurs d'engins, des caristes, des chauffeurs livreurs, des voyageurs de commerce. L'association exposition à des vibrations au long cours et ports de charges fréquents majore le risque de lombalgies. Pour les voyageurs de commerce, les plaintes sont significativement associées au temps de conduite et au caractère plus ou moins confortable et ergonomique des sièges.

Pour certains de ces facteurs, la prévention primaire passe par la réduction de l'intensité de la contrainte vibratoire et la limitation du poids des charges. Il n'existe pas actuellement d'examen complémentaire qui permettent de prédire le risque de survenue d'une lombalgie et donc d'évaluer, a priori, l'aptitude à un poste de travail. Les meilleurs indicateurs prédictifs de douleurs rachidiennes sont les données de l'interrogatoire et la relation au travail (absence de bien être, absence d'épanouissement au travail).

FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX ET LOMBALGIE [2]

Les contraintes psycho-sociales au travail sont susceptibles de favoriser des pathologies ostéo-articulaires par un effet direct sur l'intensité des contraintes mécaniques, par une augmentation de la tension des muscles génératrice de fatigue musculaire, enfin en favorisant l'apparition de troubles somatiques. Dans plusieurs études, il semble exister une association significative entre la lombalgie et la monotonie du travail. Les études qui se sont intéressées à l'effet de la contrainte de temps n'ont par contre pas noté d'association entre ce facteur et la lombalgie. Les données concernant les effets de mauvaises relations au travail (peu d'entraide entre les collègues, faible soutien de la hiérarchie) sur la lombalgie sont controversées. Il en est de même de l'insatisfaction au travail. Le développement de problèmes médico-légaux semble constituer un facteur de chronicisation des lombalgies professionnelles. Plusieurs études font apparaître une association entre les symptômes de stress au travail - nervosité, tension, troubles du sommeil, anxiété - et les problèmes de dos. En revanche, le lien entre fatigue et douleurs lombaires apparaît beaucoup moins important.

Rev. Rhum. [Ed. Fr.], 1998, 65 (3 bis), 88 S-92 S

GROSSESSE ET LOMBALGIE [11]

La prévalence des lombalgies est d'environ 50% au cours de la grossesse. L'existence de lombalgies avant la grossesse constitue un facteur de risque de lombalgies pendant la grossesse. La multiparité et à parité égale, le jeune âge des femmes semblent également des facteurs de risque. La pratique d'une activité physique avant la grossesse diminue le risque de lombalgies pendant la grossesse. Le rôle de la prise de poids et des changements posturaux (hyperlordose et déséquilibre musculaire) n'a jamais été clairement établi. Les lombalgies du post partum sont fréquentes. Les facteurs de risque repérés sont les antécédents de lombalgie, le jeune âge et un poids élevé.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ET LOMBALGIE [12]

Les antécédents familiaux de lombalgie constituent un facteur de risque de lombalgie, dont ils **doublent le risque relatif**. Il semble exister une prédisposition familiale aux hernies discales. La prévalence des lombalgies chez les enfants est plus importante lorsqu'il y a un parent lombalgique et encore plus importante lorsque les deux parents le sont. Les facteurs d'environnement semblent plus importants que les facteurs génétiques.

OSTÉOPOROSE ET LOMBALGIE [13]

Après 60 ans chez la femme, l'ostéoporose vertébrale constitue un réel facteur de risque de lombalgies.

Le tassement vertébral récent est responsable une fois sur deux d'une lombalgie aiguë. En l'absence de traitement le risque de récurrence fracturaire et donc de récurrence douloureuse est élevé (environ un patient sur trois) dans les deux années qui suivent cet épisode initial. Les patients ostéoporotiques sont ensuite susceptibles de présenter des douleurs rachidiennes chroniques liées à la survenue de nouvelles fractures, à l'aggravation des tassements préexistants, à la réduction de la taille, à l'apparition de troubles statiques rachidiens et tout particulièrement d'une cyphose dorsale et enfin à une augmentation des contraintes articulaires postérieures. Dans la majorité des études réalisées au cours de l'ostéoporose postménopausique, les rachialgies chroniques sont plus fréquentes chez les patientes que chez les témoins. Le risque de survenue de lombalgies, d'autant plus grand que le nombre des tassements vertébraux et le degré de déformation vertébrale sont élevés, est également majoré par le caractère récent (inférieur à 4 ans) des fractures rachidiennes. Par contre de telles conclusions, bien que probablement valables pour l'ostéoporose masculine également, ne sont pas encore formellement établies dans le sexe masculin.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET LOMBALGIE [14]

L'étude des relations entre psychisme et lombalgie peut se faire selon deux approches différentes mais non exclusives l'une de l'autre : l'approche objectivante et l'approche psychosomatique. Si l'on se réfère aux études ayant recours à la psychométrie et aux autres démarches objectivantes de la structure et du fonctionnement psychologiques, un certain nombre de facteurs peuvent être retenus comme facteurs ou marqueurs de risque d'apparition de la lombalgie chronique. Les facteurs purement psychologiques (personnalité hystérique, présence de symptômes psychosomatiques, besoin d'utiliser épisodiquement des tranquillisants) sont moins nombreux et dotés d'un risque relatif (RR) plus faible que les facteurs psycho-sociaux (bas niveau social, bas niveau d'instruction, absence de plaisir au travail, mauvaise communication avec les collègues). Par contre, les facteurs psychologiques apparaissent plus nettement comme facteurs ou marqueurs de mauvais pronostic de la lombalgie traitée (y compris chirurgicalement) : hypochondrie, hystérie, tendance à la somatisation, dépression (avec un RR à 15 concernant les mauvais résultats du traitement chirurgical), personnalité orale, et traumatismes psychologiques de l'enfance. Ces données confirment des travaux plus anciens. Plusieurs auteurs ont pu prédire avec un taux d'exactitude important la réponse au traitement et le délai de reprise du travail en utilisant les tests psychométriques dont le Minnesota Mind Psychosocial Index (MMPI). Nous retiendrons néanmoins que si la force de ces études réside précisément, outre leur caractère prospectif, dans leur caractère objectivant des composantes psychologiques d'un sujet, on ne peut occulter le fait que cette objectivation concerne toujours un vécu éminemment subjectif, avec une définition non univoque des composantes étudiées et un renvoi permanent à la question du normal et du pathologique dont les frontières sont loin de faire l'unanimité.

Les études issues de l'approche psychosomatique du sujet lombalgique s'attachent, au contraire des démarches objectivantes, à la dimension subjective de la lombalgie et sont caractérisées par l'impossibilité de produire des résultats statistiques et d'isoler des facteurs de risque, du fait même de l'approche individuelle psychodynamique qui les caractérise. Leur intérêt est d'autoriser la compréhension et la communication de la dimension psychologique des phénomènes relationnels observés autour du symptôme douloureux lombaire, mais aussi de permettre l'abord psychothérapique du lombalgique.

Volim E. : « The epidemiology of low back pain in the rest of the world, *Spine*, 1997, pp 1747-1754.

Study Design. A criteria-based review of the literature.

Summary of Background Data. The literature on the epidemiology of low back pain is accumulating, but for the most part studies are restricted to high-income countries, which comprise less than 15% of the world's population. Little is known about the epidemiology of low back pain in the rest of the world.

Objectives. To address the imbalance in the literature and to review the relatively few studies on the epidemiology of low back pain in low- and middle-income countries. Rates from these studies are contrasted with rates from selected high-income countries. In reviewing the literature, a hypothesis is tested: low back pain rates are higher in low-income countries than in high-income countries, not only because hard physical labor is more prevalent in low-income countries, but also because, unlike high-income countries, hard physical labor for older workers in low-income countries often is unavoidable.

Methods. Among other sources, articles for the review come from a search of the MEDLINE bibliographic database, with "back pain" and individual low- and middle-income countries entered as key words. To avoid recall biases, findings specifically on point prevalence are reviewed.

Results. Within the categories of low-income and high-income countries, low back pain rates vary twofold or more. In comparisons between these categories of countries, rates on the whole are higher among the general populations of selected high-income countries than among rural low-income populations; specifically, rates are 2-4 times higher among Swedish, German, and Belgium general populations than among Nigerian, southern Chinese, Indonesian, and Filipino farmers. Within low-income countries, rates are higher among urban populations than among rural populations and still higher among workers in particular worksites, referred to as "enclosed workshops."

Conclusions. The disparity in low back pain rates *within* categories of countries, high-income and low-income, calls attention to the high proportion of studies on the epidemiology of low back pain that are methodologically questionable. Recommendations are offered to improve the methodologic quality of this type of study. Conclusions may be drawn from comparisons between studies, although, in the absence of set methodologic standards, they are tentative. The considerably lower rates among populations of low-income farmers compared with rates of the affluent populations of selected northern European countries indicate that, contrary to the hypothesis proposed here, hard physical labor itself is not necessarily related to low back pain. The higher rates in urban low-income populations as compared with rates in rural low-income populations and the sharply higher rates among workers in enclosed workshops of low-income countries suggest a disturbing trend: low back pain prevalence may be on the rise among vast numbers of workers as urbanization and rapid industrialization proceed.

Key words: biomechanical; epidemiology; industrialization; low back pain; low income; third world.

Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain.

Schofferman J, Anderson D, Hines R, Smith G, Keane G.

Clin J Pain. 1993 Dec.9(4); pp: 260-5.

San Francisco Spine Institute, California.

OBJECTIVE: To examine the correlation between childhood psychological trauma(s) and refractory back pain in patients with and patients without prior spine surgery. **DESIGN:** Retrospective chart review survey of 101 consecutive patients who had undergone multidisciplinary evaluation for refractory back pain. **SETTING:** Private practice, tertiary care spine center. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Each psychological risk factor (physical abuse, sexual abuse, emotional neglect or abuse, abandonment, and chemically dependent caregiver) was rated as present or absent. Spinal pathology was graded as significant or not significant. **RESULTS:** There were 56 patients with failed back surgery syndrome, 28 men and 28 women, with a mean age of 43 and mean pain duration of 45 months. There were 45 patients with no prior surgery, 26 men and 19 women, with a mean age of 43 and mean pain duration of 33 months. In the failed back surgery syndrome group, 27 (48%) had three or more risks and 39 (70%) had two or more. When the 12 patients with significant pathology are not considered, 24 of the remaining 44 (55%) patients had three or more risks. In the group with no prior surgery, 26 (58%) had three or more risks and 38 (84%) had two or more. When the five patients with significant pathology are not considered, 24 (60%) had three or more risks. **CONCLUSIONS:** Multiple childhood psychological traumas may predispose a person to chronic low back pain. In patients in this setting with refractory low back pain with or without prior lumbar spine surgery, three or more childhood psychological risk factors are prevalent, especially in patients with minimal structural pathology.

Annexe 4

1- Notes prises pendant l'enseignement du Dr M. Bensignor (journée du REDO juin 2001)

La relation médecin- patient (RMP)

« * Premier problème : rendre la douleur communicable

C'est l'intensité de l'expression de la douleur et non la gravité de la maladie qui détermine le choix de l'analgésie. C'est une des différences entre la médecine de la douleur et les autres médecines.

* Deuxième problème : notre conception cartésienne

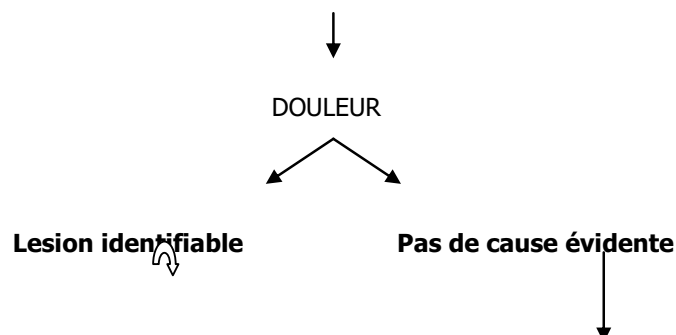
Selon cette conception, la douleur est un système d'alarme dont la fonction est de signaler une lésion corporelle.

Définition de la douleur selon l'IASP : Cette définition oblige à réagir à un système corps-esprit-environnement avec circulation d'information donnant naissance à sa souffrance.

La douleur est au sens fort une expérience psychosomatique. L'expérience douloureuse n'existe pas sans affect ou émotion ; réciproquement, l'esprit à lui seul ne peut pas non plus générer la douleur.

*Troisième problème : Nos représentations médicales

Nociception et/ou dysfonction du système nerveux et/ou organisation psychique particulière et/ ou échange particulier avec l'environnement (représentations culturelles)



Exteriorisation de la cause



Douleur légitime



- * soutien social**
- * reconnaissance médicale**
- * compassion**



PRISE EN CHARGE

*** suspicion**

*** culpabilisation**



REJET

**Quelle que soit sa formation on a tendance à se situer dans l'un ou dans l'autre.
En effet à ce tableau correspondant les représentations médicales suivantes :**

Lesion identifiable

+

Traitement efficace

=

Bon médecin

+

Bon malade



**PRISE
EN
CHARGE**

Pas de cause évidente

et/ou

Echec du traitement

=

Mauvais malade

+

Mauvais médecin



**REJET MUTUEL
OU
ESCALADE IATROGENE**

*Facteur de chronicisation

En posant la question

« pourquoi la douleur dure? »

Anxiété ?

Dépression ?



" comment la douleur fait pour

durer ?"



INTERIORISATION

DYNAMIQUE

DU PROBLEME



- * Pas acceptable socialement
- * culpabilisation du patient
- * altération de la RMP

POTENTIEL

DE

CHANGEMENT



- * Comportement
- * Interactions sociales
- * Exteriorisation
- * Déculpabilisation.

*Base de la RMP

1/Evaluer le problème

2/Fixer objectifs: contrat.

Les objectifs doivent être déterminés en termes fonctionnels (le contrat thérapeutique est ainsi appuyé sur du concret) mesurables, réalistes.

3/A partir de la négociation d'objectif on peut négocier les moyens

NB : notre rôle est-il de réparer un patient pour le renvoyer à sa fonction ?

Le rôle peut-être d'aider à obtenir une IPP¹⁰²²

P. Watzlawick : « Si vous ne savez pas où vous voulez aller, vous arriverez probablement ailleurs »

4/prendre en compte les représentations :

- modifier le regard

On ne peut qu'accompagner ce changement : c'est le patient qui se change ; notre rôle peut- être de mobiliser les ressources du patient ou les nôtres pour ce changement.

- mobiliser les ressources

Si il n'est pas vrai que la douleur est « dans la tête » seulement, ce qui l'est c'est que le processus de guérison part toujours du système nerveux central: il faut s'occuper de la tête car c'est par elle que vous allez guérir.

- orienter vers des solutions, des objectifs.

A ce sujet, attention à l'EVA qui est orientée vers le problème : en quelque sorte « plus le patient met un chiffre élevé et plus il est intéressant. » Il faut s'en servir comme d'un outil d'induction vers des objectifs.

¹⁰²² Incapacité Professionnelle Partielle : taux d'incapacité professionnelle résultant de la pathologie calculé dans le cadre d'une expertise et donnant lieu à des compensations financières visant à compenser le manque à gagner.

Attention au vocabulaire : « quand » et non pas « si » : quand vous serez amélioré de 50%, qu'est-ce qui va changer ?

Quand un objectif est atteint, en fixer un autre ; exemple d'une phrase du Dr Servillat : « je veux bien continuer à vous suivre mais il faut me montrer que ça vous sert à quelque chose » »

2- Notes prises pendant l'enseignement du Dr Vallée (journée du REDO juin 2001).

L'apport des thérapies stratégiques

« **Nouer le contact :**

- *les mots, les expressions, les métaphores du patient*
- *demandez qu'il vous aide à comprendre*
- *demandez des détails*

Convaincre le patient qu'il peut quelque chose pour lui-même :

- Les progrès déjà faits
- Mettre en doute l'immuabilité des troubles
- Les exceptions
- Les ressources insoupçonnées

Anticiper :

- Aidez-les à imaginer l'amélioration : soyez précis, concret, restez dans les détails, demandez ce qu'en percevra l'entourage.
- On peut utiliser l'étape précédente : « imaginez que votre résistance à la douleur augmente... »
- **« Racontez-moi votre vie quand ça ira mieux » ; ouvrir les différents tiroirs de la vie, sans rien suggérer. Initialement, les patients vont souvent raconter leur vie sans douleur puis petit à petit ils vont inclure un aménagement vis à vis d'une douleur résiduelle possible.**
- **Cette anticipation va leur donner une trame, un référentiel.**

Un petit pas sûr vaut mieux qu'une guérison :

- **Fixer un objectif avec le patient ; rester réaliste, modeste, concret ; parler en terme d'augmentation de la résistance à la douleur plus qu'en terme de diminution d'intensité de la douleur.**
- Ne jamais donner d'antalgiques avant d'avoir fixé un objectif, car la prescription de l'antalgique doit être fonction de l'objectif ; exemple : pour atteindre tel objectif (faire le tour du pâté de maison avec son chien), 20 à 30 % de diminution de la douleur sont nécessaires ; alors on va donner des médocs juste ce qu'il faut pour arriver à cet objectif, pas au delà.
- Objectif 'réaliste et modeste' : Quelle est la plus petite chose que vous pourriez réaliser qui vous ferait remarquer que la douleur diminue ? n'accepter jamais un objectif décrit en terme de diminution de la douleur

A quoi ça sert :

- Le patient peut se représenter le médicament comme un **outil** qui l'aidera à augmenter ses ressources (pas de passivité, donc)

- Un objectif limité est plus facile à atteindre et ne met pas en doute la compétence du médecin (si on se disqualifie, on n'est plus le sujet « supposé savoir » nécessaire à la structure névrotique).
- Un objectif en terme de résistance va orienter vers une notion de **qualité de vie** qui laissera souvent de côté le débat sur la douleur elle-même . »