

Douleur, souffrance et retour...

Docteur Jean-Yves BOUSIGUE - Cornebarrieu

LA SOUFFRANCE N'EST PAS LA DOULEUR (P. Ricoeur)

Pour Paul Ricoeur, la douleur n'est pas une simple question de médecine. C'est ce que révèle facilement l'inversion de la perspective lorsqu'on se place du point de vue du malade. Face à une médecine qui considère la douleur comme un symptôme, le banalisant dans l'espace d'une entité pathologique - maladie ou syndrome - le public tend à la regarder comme une expérience propre - en soi -, irréductible à autre chose qu'à elle-même.

C'est dire que le soignant et le malade ne communiquent pas sur le même registre. D'un côté la douleur symptôme que le public croit apercevoir chez les soignants dans la mesure où il y voit, de leur part, indifférence ou mépris de la personne; de l'autre la souffrance que les soignants refoulent volontiers hors du champ médical comme expression d'une défaillance ou d'une somatisation de la part du patient.

Justement c'est au niveau de la somatisation que se joue le rapport entre douleur et souffrance. Avec Ricoeur, "on s'accordera donc pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme de souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement..."¹ Mesurant la difficulté du problème, il ajoute après avoir remarqué que la douleur physique pure aussi bien que la souffrance purement psychique sont des cas limites, chacun n'allant pas sans un certain degré de l'autre : "si l'on n'a pas pour guide les repères nosographiques de la clinique, comment ne pas se perdre dans la litanie interminable des maux, dans le mauvais infini de la déploration?"²

Cependant on aurait tort de croire que cette problématique est récente, fruit d'un progrès de l'humanité. Dans Jacques le Fataliste - en plein XVIII^e siècle -, Diderot fait tenir à ses personnages - Jacques et son Maître - un dialogue édifiant, à propos d'une blessure au genou reçue par Jacques lors de la bataille de Fontenoy :

- "Jacques dit à son maître : Eh bien, Monsieur, qu'en pensez-vous ?

- M. De quoi?
- J. De la blessure au genou.
- M. Je suis de ton avis; c'est une des plus cruelles.
- J. Au vôtre ?
- M. Non, non, au tien, au mien, à tous les genoux du monde.
- J. Mon maître, mon maître, vous n'y avez pas bien regardé, croyez que nous ne plaignons jamais que nous.
- M. Quelle folie !
- J. Ah! Si je savais dire comme je sais penser! Mais il était écrit là-haut que j'aurais les choses dans ma tête, et que les mots ne me viendraient pas.³

Ici Jacques s'embarrassa dans une métaphysique très subtile et peut-être très vraie. Il cherchait à faire concevoir à son maître que le mot douleur était sans idée, et qu'il ne commençait à signifier quelque chose qu'au moment où il rappelait à notre mémoire une sensation que nous avions éprouvée. Son maître lui demanda s'il avait déjà accouché.

- Non lui répondit Jacques.
- Et crois-tu que ce soit une grande douleur que d'accoucher?
- Assurément!
- Plains-tu les femmes en mal d'enfant?
- Beaucoup.
- Tu plains donc quelqu'un d'autre que toi?
- Je plains ceux ou celles qui se tordent les bras, qui s'arrachent les cheveux, qui poussent des cris, parce que je sais par expérience qu'on ne fait pas cela sans souffrir; mais pour le mal propre à la femme qui accouche, je ne le plains pas : je ne sais pas ce que c'est, Dieu merci!..."³

De ce texte, se dégage l'idée que nous ne percevons la douleur d'autrui qu'à travers la représentation - renseignée par la mémoire et la culture - que nous en avons. Qui plus est, lorsque nous apprécions la douleur d'autrui sous ses manifestations, nous regardons davantage un vécu, le nôtre, qu'une réalité objective.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que les deux faces de la plainte - douleur et souffrance - sont exprimées à deux siècles de distance par

Diderot, homme des Lumières et Paul Ricoeur philosophe de la fin du XX^e siècle, attentif à la médecine et à la maladie.

Au delà de la biologie, la problématique et le questionnement perdurent, démentant par avance ceux qui croient que l'on pourra vaincre la douleur comme un ennemi que l'on combat. Projet prométhéen qui ignore les fondements anthropologiques des représentations du corps, de ses manifestations pathologiques ou non et de leurs liens avec les autres formes culturelles qui composent une civilisation.

Au ras de l'humain, il est tout autant de soulager la douleur que de reconnaître le sens que lui donne la souffrance.

EXISTER PAR SA SOUFFRANCE

"Je souffre - je suis". Exister par et dans la souffrance, comme si la souffrance offrait, paradoxalement, dans la mesure où elle est rupture, un surcroît d'existence.

Souvenons nous de ces patients qui, médicalement guéris, éprouvent toujours une sensation de mal-être. Pour eux, la disparition de la douleur perturbe leur rapport au monde, dans la mesure où leur insertion, leur statut était adossé à cette douleur. Par elle ils avaient accès au médecin, à l'infirmière, à tout une partie de la société. Peut-on imaginer une relation patient soignant qui ferait l'économie de la plainte?

"La plainte est à la fois exhalée de soi, arrachée du fond du corps, et adressée à l'autre comme demande, comme appel à l'aide. L'expérience de la souffrance est unique." La souffrance marque la crise la plus aiguë de ce que Habermas appelle l'agir communicationnel, à la façon d'une excommunication au sens le plus fort du mot, d'une exclusion à la fois des rapports de force et des rapports de symbolisation.⁴

En même temps qu'elle est unique la souffrance ne peut pas faire l'économie d'un rapport à l'environnement culturel. Le vécu de chacun de construit, aussi, dans l'interaction avec les autres, ce qui ramène le problème de la souffrance sur le terrain de l'anthropologie. Sans aller chercher dans un autre continent, comment ne pas s'interroger sur le comporte-

ment des certains groupes pourtant bien insérés, en apparence, dans notre société. Les pleurs ne sont pas toujours, loin s'en faut, à la mesure de l'intensité des douleurs. Violence de l'expérience ou manière de dire? L'expression "J'ai trop mal", peut signifier tantôt une douleur insupportable, tantôt une simple manière de dire, "une expression toute faite." Et que dire de la leçon infligée par les Wakonongo à Michael Singleton : "la souffrance individuelle est toujours fonction d'un malaise social. Qui laisse le corps social en souffrance ne viendra jamais à bout de la douleur corporelle."⁵

Il existe un droit de souffrir autrement et c'est pourquoi la douleur, dans son expression, est un leurre. Plus encore, il peut exister une véritable algophilie. Dans *La douleur*, recueil de textes publiés en 1985 - longtemps après leur rédaction -, Marguerite Duras raconte la libération dans l'attente puis les soins donnés à son mari déporté : attente douloureuse dans la crainte de plus en plus vive, mais de plus en plus indispensable comme un plaisir masochiste, de la mort de celui qu'elle n'aime plus, puis nouvelle douleur face à ce corps décharné, malade, qui est devant elle. On peut s'interroger sur le titre sous lequel ont été rassemblées, à posteriori, ces notes. Il n'en reste pas moins que cette expérience, qu'on la qualifie de douleur ou de souffrance, si elle n'a rien de physique qui pourrait justifier l'opium, nous ramène à l'individu et à son histoire.

Cas extrême où se marque radicalement la différence entre la souffrance et la douleur enfermée dans le silence des organes.⁶ Comment ignorer que les plus grandes douleurs sont muettes : "Souffre et meurs sans parler", c'est la morale proposée par Alfred de Vigny dans la mort du loup. Tout soignant à en mémoire ces malades rongés par une douleur chronique, ou envahis par une douleur aiguë, pâles, prostrés dans leur lit, économes de leurs mouvements, incapables de parler, de s'alimenter, et qui, une fois calmés, retrouvent en même temps, la parole, l'appétit, du poids et leur autonomie.

Un homme avait survécu à un cancer bronchique, mais gardait une douleur intercostale dont aucun traitement n'avait pu venir à bout auparavant. Il avait épuisé les ressources des médicaments, de la stimulation, et... d'un certain nombre de thérapeutiques parallèles. La section des racines supposées douloureuses fit disparaître la douleur instantanément. Le malade fut d'abord ravi, mais deux mois plus tard il demanda une nouvelle consultation en évoquant des sensations "bizarres" qu'il ne parvenait pas à décrire ni à comparer aux douleurs qu'il ressentait avant l'intervention. L'impression était alors qu'il avait besoin de sa douleur pour vivre. La douleur était devenue un élément structurant de sa personnalité, le cancer étant refoulé dans le non dit. Il faut dire que ce patient, à chaque hospitalisation, s'installait dans une chambre seule, déballait des

cahiers et se mettait à écrire. Avec la disparition de la douleur, tout un monde s'évanouissait ; il lui fallait refaire sa vie.

La souffrance perturbe à la fois le rapport de soi à autrui et de soi à soi, rendant par avance caduque toute tentative de prendre la douleur dans les filets de la seule raison scientifique.

Cependant, sauf à nier toute l'histoire de la médecine, on ne peut passer sous silence la représentation médicale de la douleur dans un système médical, conçu à la fois comme une anthropologie, une nosographie et une thérapeutique.

LA DOULEUR DANS L'ANCIENNE MÉDECINE

À la fin du 18^{ème} siècle, un chirurgien de l'hôpital Saint André à Bordeaux avait découvert une méthode ingénieuse pour réduire les hernies étranglées. Il procédait par l'introduction dans l'anus des malades de bougies à l'opium après avoir remarqué qu'appliqué sur les plaies et les brûlures il était aussi efficace que si on le prenait intérieurement. La technique était efficace et les malades soulignaient qu'ils avaient passé un bon moment, comme dans un rêve. Guérin, le chirurgien inventeur de la méthode, se fondait sur une représentation anatomique admise à l'époque selon laquelle le corps humain était constitué de fibres dont le resserrement entraînait l'étranglement et la douleur. En relâchant les fibres, l'opium, ouvrait l'anneau d'étranglement de la hernie permettant sa réduction, et évitant du même coup une intervention très douloureuse et presque toujours mortelle.

En fait, Guérin recherchait le moyen de traiter les hernies sans recourir à la saignée qui, poussée jusqu'à la syncope pour empêcher les malades de souffrir, les affaiblissait pour longtemps alors qu'ils avaient généralement des métiers de force. En outre, il avoue au passage qu'il était conscient du fait que certains pensaient qu'une petite dose d'opium pouvait entraîner la mort, mais que cette assertion n'était pas fondée en expérience. Au siècle des Lumières, on se préoccupait de la douleur des patients ; conscients qu'étaient les chirurgiens que leur art était cruel.

Plus généralement, l'ancienne médecine, justement critiquée par ailleurs par Molière, n'ignorait en rien la douleur, ni sa prise en charge. La douleur était l'un des principaux facteurs limitants de la chirurgie : "l'accident le plus grave après l'hémorragie". qui s'avise aujourd'hui que les anodins - ou anodyns, terme d'origine grecque désignant la privation de la douleur physique - représentaient alors une classe thérapeutique ; que la parcimonie et la crainte à prescrire de l'opium relevaient d'un système de représentation dans lequel la santé et la maladie renvoyaient à un déséquilibre des humeurs et la perte du "sentiment" - la conscience - était regardée comme l'équivalent de la mort ?

Quelques décennies plus tard, pourtant, Talleyrand interrogeait son chirurgien qui lui incisait un abcès dans le dos : "Savez vous monsieur que vous me faites mal ?", comme si le chirurgien restait étranger à la douleur qu'il provoquait par son geste. Le message du siècle précédent aurait-t-il oublié ?

L'histoire comparée de la médecine et de la douleur, parfois considérée comme celle d'une évasion, ressemble à deux lignes brisées qui tantôt s'éloignent et tantôt se rapprochent pour se recouper parfois. Sur une longue période ce qui change, c'est moins une ignorance épaisse qui se transformerait en science que le développement de la connaissance et l'évolution des savoirs.

RÉALITÉS ACTUELLES ET SCIENTIFIQUES

Le corps humain possède deux systèmes de transmission de la sensibilité vers le cerveau. L'un prend en charge les messages sensoriels, l'autre les messages douloureux, comme la perception de la douleur était ancrée en nous jusqu'au plus profond de l'anatomie et de la physiologie.

Les voies de la sensibilité tactile comportent trois neurones : Le premier part d'un récepteur périphérique spécialisé et se termine dans le tronc cérébral, son corps cellulaire se trouve dans le ganglion spinal et à l'intérieur de la moelle épinière il se trouve dans les cordons postérieurs. Le deuxième neurone croise la ligne médiane et se termine dans le thalamus. Le troisième va jusqu'au cortex pariétal ou se retrouve une représentation en "homunculus" du corps humain.

La transmission du message douloureux emprunte aussi une voie à trois neurones. Le premier ne part pas d'un récepteur spécialisé, ce qui, au passage ruine toute tentative de représentation de la douleur autres que métaphorique. La sensation douloureuse est captée par la terminaison libre du premier neurone qui se termine au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière. Là se trouve un carrefour de la transmission du message douloureux. Le deuxième neurone croise la ligne médiane et se termine dans le thalamus, puis un troisième neurone achemine le message jusqu'au cortex. Au niveau de la corne postérieure le premier neurone peut "dialoguer" avec d'autres éléments : Le motoneurone, qui intervient dans la réponse réflexe ; et des neurones qui descendent du tronc cérébral. Dès son entrée dans le système nerveux central, la sensation douloureuse subit des influences régulatrices qui tendent à contrôler son passage vers le cerveau. Selon la théorie de la porte, les influx qui parcourent les voies de la sensibilité tactile pourraient "fermer la porte" aux influx qui arrivent plus lentement sur les voies de la douleur. C'est dans cette anatomie complexe que la douleur dite du membre fantôme, trouve sa représenta-

tion anatomique : Lorsqu'un territoire est coupé de son innervation, des influx en provenance des segments voisins peuvent stimuler directement le second neurone des voies de la douleur et les transmettre au cerveau qui les traitera comme s'ils provenaient du segment séparé...

Pendant longtemps, on a cru que les nerfs n'étaient que de simples canaux qui véhiculaient passivement les esprits animaux. La découverte du neurone a posé un autre problème, qui n'a pu être résolu qu'au début du XX^e siècle : Si l'influx nerveux est un phénomène électrique, comment celui-ci franchit-il le vide entre deux neurones ? Grâce à des expérimentations chimiques on a pu démontrer que l'influx nerveux ne "saute" d'un neurone à l'autre que grâce à un messenger chimique, appelé neuromédiateur, qui agit au niveau de la zone de jonction sans contact entre deux neurones, la synapse.

On sait aujourd'hui que beaucoup de neuromédiateurs sont impliqués dans la transmission du message douloureux. En particulier, une substance peptidique découverte depuis moins de vingt ans - la substance P - est le neurotransmetteur reconnu au niveau de la

corne postérieure de la moëlle. En 1973, Snyder a découvert que le système nerveux central renfermait des molécules semblables aux opiacés, puis très rapidement - dans les années suivantes - les neurophysiologistes ont retrouvé des récepteurs aux opiacés. Ceux-ci existent bien sûr au niveau des voies de la douleur, mais encore dans de nombreuses autres régions du cerveau. "L'abondance impressionnante des récepteurs aux opiacés dans le système limbique explique les modifications émotionnelles qu'entraînent les opiacés et tout particulièrement le flash d'euphorie lié à l'injection de morphine" (Snyder). Dès lors, il n'est plus très difficile de saisir les liens que la douleur entretient avec d'autres fonctions neurologiques, non seulement la respiration qui se trouve déprimée, mais encore les comportements et la mémoire, c'est à dire tout ce qui constitue le vécu.

En définitive, l'histoire de l'opium est peut être aussi vieille que celle de la médecine. On pourrait en dire autant de la souffrance qui, comme la douleur, est aussi vieille que l'humanité et renvoie à l'anthropologie.

D'une époque à l'autre, ce qui change, c'est le

regard que nous portons sur nous mêmes et sur le monde si bien que l'ignorance que nous prêtons à nos prédécesseurs n'est bien souvent que le symptôme, inavoué, de notre propre ignorance de leur culture, et de leur mentalité et de leurs représentations.

RÉFÉRENCES

- 1- Ricoeur P. La souffrance n'est pas la douleur, Autrement, n° 142, p 59.
- 2- Ibid, p 59.
- 3- Diderot D. Jacques le Fataliste, Galimard, Folio, pp 52-53.
- 4- Ibid, p 62.
- 5- Singleton M. Du leurre de la douleur, Autrement, n° 142, p 155.
- 6- Ricoeur, op cit, p 62.

Docteur Jean-Yves BOUSIGUE
Neurochirurgien
Historien de la Médecine

Clinique des Cèdres
Château d'Alliez - Route Cox
31700 Cornebarrieu