

L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique

Marco Vannotti, Michèle Gennart

DANS CAHIERS CRITIQUES DE THÉRAPIE FAMILIALE ET DE PRATIQUES DE RÉSEAUX 2006/1
(N°36), PAGES 13 À 31
ÉDITIONS DE BOECK SUPÉRIEUR

ISSN 1372-8202

ISBN 2-8041-5124-7

DOI 10.3917/ctf.036.31

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-13.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique

De Boeck Université | *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*

2006/1 - n° 36

pages 13 à 31

ISSN 1372-8202

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-13.htm>

Pour citer cet article :

"L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique", *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2006/1 n°36, p. 13-31.

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Université.

© De Boeck Université. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique

Marco Vannotti¹ & Michèle Gennart²

Résumé

Rien ne brise autant l'homme dans son corps que la douleur chronique qui n'offre pas d'évidence d'un trouble physique grave ou d'une autre pathologie. Comment patient, famille et médecin font-ils face à une douleur, lorsque celle-ci n'est pas corrélée à une pathologie bio-médicale bien établie ?

Les auteurs soulignent l'importance d'un regard phénoménologique pour la pratique et, en tenant compte des répercussions de la douleur sur la vie familiale, proposent aux médecins et aux thérapeutes de fournir une aide aussi à la famille. Ce faisant ils vont aider le patient lui-même.

Abstract: The “pathic” experience of chronic pain. A phenomenological approach

Chronic pain and somatoform disorders is a illness with significant physical, psychological, family and social impacts. How do patients, family and physicians deal with suffering when it does not come with a bio-medically established pathology?

Our contribution throws a phenomenological light on chronic pain. By helping the family members to cope with the chronic pain, the physician and the psychotherapist also help the patient himself. This paper addresses the dilemma posed by chronic illness that offers no demonstrable evidence of serious physical disorders or pathology.

Mots-clés

Maladie – Douleur chronique – Famille – Approche systémique – Phénoménologie.

Key words

Chronic pain – Disease – Family – Systemic approach – Phenomenology.

1 PD, MER. Policlinique médicale universitaire, Lausanne ; formateur au Cerfasy, Neuchâtel. Suisse.

2 Dr. phil., psychologue et philosophe, DP CHUV, Lausanne ; formatrice au Cerfasy, Neuchâtel. Suisse.

Approche phénoménologique du corps

La phénoménologie est l'une des orientations majeures de la philosophie du XX^e siècle.

Le mot « phénomène » renvoie étymologiquement au verbe grec φαίνεσθαι : apparaître, se montrer. Or, *apparaître* est un mode privilégié de la *rencontre*, de l'entrée en contact du sujet et de l'objet, de leur décisive « prise de connaissance » (Heidegger, 1927). Nous ne pouvons en effet parler d'une chose, même objectivement, que si nous présupposons comme réalisable la possibilité de faire *l'expérience vivante* de cette chose, de la rencontrer « en chair et en os ». Ainsi, les phénoménologues cherchent avant tout à décrire les grands formes d'*expérience* où se réalise la rencontre primordiale entre l'homme et les phénomènes qui deviendront les thèmes matriciels de son savoir, de son parler ou de ses pratiques – corps, âme, monde, autrui, sacré, etc. Pour ce faire, ils tentent de suspendre ou de mettre entre parenthèses non seulement les théories et présupposés déjà élaborés relativement à ces phénomènes, mais même la question de savoir si ceux-ci renvoient à des entités qui existent réellement. Cherchant à revenir en deçà de toute réalité constituée, ils se focalisent sur la *relation constituante* au sein de laquelle l'homme fait l'expérience du *sens d'être* des phénomènes qu'ultérieurement, une fois leur identité cristallisée, il pourra chercher à connaître ou à traiter.

Ce faisant, l'approche phénoménologique ne prône pas une attitude introspective qui devrait se substituer à la méthode empirique objectivante. Elle ne vise pas des « contenus de conscience » supposés intrapsychiques. Elle se tourne résolument vers ce moment, le plus souvent inaperçu, où se joue et se rejoue, de façon largement pré-réfléchie, notre contact avec notre monde, nos prochains et nous-mêmes, centrant ainsi son intérêt sur *l'existence* comme mode d'être fondamentalement intentionnel ou « ex-tatique » (*ex-sistere* signifiant littéralement : se tenir hors...).

La phénoménologie a été le point de départ d'un renouvellement du paradigme de la psychologie et de la psychiatrie (Binswanger, 1971 ; Straus, 1956), de la biologie et de la médecine (von Weizsäcker, 1958 ; Buytendijk, 1951). Moins que l'unité d'une doctrine, c'est le recours à une même *méthode* qui rassemble les penseurs qui s'en réclament.

La phénoménologie est à même d'enrichir l'horizon de pensée et d'action du médecin en différents domaines, et en particulier dans l'approche de la souffrance, du corps et de la maladie dite physique (von Weizsäcker, 1958 ; Merleau-Ponty, 1945 ; Buytendijk, 1951 ; Straus, 1956).

Notre corps, appréhendé en acte, comme corps vivant, est toujours un corps *propre*, le corps-de-quelqu'un. Comme tel, il n'est pas une forme close ; il est le foyer de notre engagement au monde.

Notre corps est ce par quoi nous *sommes au monde*, noués à lui en un échange alternant les moments où nous débordons sur lui et les moments où nous nous retirons en nous-même. La conscience, la réflexion silencieuse elles-mêmes sont des modes de notre présence corporelle.

Réalisant notre présence au monde, notre corps réalise tout uniment notre présence l'un à l'autre. Par notre façon proprement humaine d'habiter notre espace corporel, nos sens, notre auto-mouvement, nous nous *accordons* même constamment, de façon pré-réfléchie, au mode de présence corporel de ceux avec qui nous sommes.

Le monde de la vie – le monde tel que nous y vivons, avant tout recul réflexif – se profile comme un horizon qui a essentiellement la forme d'un *monde ambiant* – monde qui nous environne et dont les qualités sensibles (lumière, ton des voix...), de par la communication pathique que nous nouons avec elles, déploient autour de nous une certaine ambiance ou une atmosphère. Il se profile en même temps comme un *système de significations*, système qui intègre la structure signifiante des *situations* dans lesquelles nous vivons, agissons et nous rencontrons les uns les autres, et la profusion de significations émanant de notre *corporéité*. Notre condition charnelle contribue en effet pour une part essentielle à la genèse du sens et à la constitution de la réalité telle que nous y avons accès ou telle qu'elle nous apparaît.

Approche phénoménologique de la maladie

Ressaisie en son niveau de réalité phénoménologique – non pas telle qu'on peut l'objectiver en faisant abstraction du sujet vivant qui la porte, mais telle qu'elle se réalise dans le monde de la vie avant toute intervention médicale cognitive ou pratique – la maladie peut se définir comme ce processus par lequel *le sujet subit une atteinte au départ de son propre corps*.

Comme le note Engel, des modifications peuvent survenir au niveau biologique, des cellules, des tissus, des organes, des systèmes organiques ou même du système nerveux, mais la *maladie*, le *pâtir* (constitutif de la condition de patient tout comme de la pathologie) et la patience (*patienthood*) ne deviennent des données phénoménologiques réelles qu'à partir du moment où le niveau « personne » est impliqué, c'est-à-dire à partir du moment où le sujet fait l'expérience d'un malaise ou d'une détresse, ou manifeste un comportement pouvant être interprété comme indiquant une maladie (Engel, 1980).

En son niveau de réalité phénoménologique, la maladie, en tant qu'événement de vie, atteint donc un organisme qui a en propre d'être un corps subjectivé (toujours corps de quelqu'un) et d'être un corps *socialisé* – marqué de part en part par la structure de l'échange et, plus spécifiquement, par celle de la communication intersubjective. Le principe selon lequel la maladie affecte toujours et essentiellement un *être social* signifie d'une part qu'en perturbant le fonctionnement biologique, elle atteint l'homme comme *sujet de relations*, comme partenaire actif de telle ou telle collectivité de vie. Il signifie à l'inverse – le fonctionnement biologique étant rien moins que monadique, mais participant de façon constitutive au réseau d'échange qui lie le sujet vivant à son environnement – « que l'évolution de la maladie est sensible à ce qui se passe entre le patient et le contexte intersubjectif dans lequel il s'inscrit » (Vannotti & Célis-Gennart, 1998, 1999).

La maladie altère en effet notre contact avec nos proches, notre aptitude à assumer nos fonctions coutumières dans notre milieu familial et professionnel ; elle induit une modification des rôles, un partage renouvelé des responsabilités, etc. L'irruption de la maladie, en ce sens, est un événement qui a valeur de crise non pour le seul sujet qui la vit, mais aussi pour l'entourage de ceux avec lesquels ce sujet atteint partage son existence.

Mais si la maladie produit une rupture douloureuse dans les relations coutumières entre le sujet et son environnement, elle induit aussi le plus souvent un mouvement de regroupement protecteur, stimulant chez les proches des comportements solidaires de soin et de réparation.

La reconnaissance de ce principe relatif aux conséquences de la maladie sur l'environnement est évidemment nécessaire dans le champ de la médecine et de la psychothérapie pour une approche complexe du patient et de sa famille.

L'expérience « pathique » de la maladie

La maladie n'est jamais, en ce sens, un phénomène purement biologique. Elle atteint un organisme qui, avant de pouvoir se réduire à un *corps physique*, est le corps propre d'une personne, un corps *habité*. Or, c'est toujours au départ de son corps – et ce n'est jamais qu'à travers celui-ci – que l'homme agit, ressent, pense et communique, en sorte que tout événement qui l'atteint dans son corps atteint immédiatement la base de toutes ses possibilités d'existence. La notion d'expérience pathique de la maladie condense précisément tout ce en quoi la maladie affecte ou fait pâtir le patient. Or, cette expérience, ample et complexe, déborde largement ce que l'on isole comme étant la proprioception.

Initialement, comme il a été indiqué plus haut, la maladie se présente comme une atteinte du soi au départ de son corps. Lorsque nous sommes en bonne santé et que nous « nous sentons bien », nous pouvons oublier notre corps ; nous nous appuyons sur lui pour vivre « au-delà » de lui, pour nous consacrer aux choses et aux êtres de notre monde. Dans nos jours de santé, notre corps fonctionne pour nous « dans le silence et le secret » (Buytendijk, 1951). L'expérience première de l'atteinte à la santé réside en ceci que « quelque chose » dans notre corps, sortant de la latence et s'imposant à nous avec insistance, nous perturbe ou nous fait mal. La maladie produit ainsi une singulière *division*, voire une dissociation entre « nous-mêmes » et la partie de notre corps qui nous fait souffrir. L'expérience pathique première de la maladie peut ainsi se décrire comme le fait pour le sujet d'être retourné sur une partie de son corps, d'y être à la fois *enchaîné* sans pouvoir s'en distraire et, en même temps, d'en être *aliéné*, car tout se passe comme si la partie de notre corps qui nous fait souffrir n'était plus « nous-mêmes ».

En deuxième lieu, la maladie ne se joue pas dans ce seul espace de la présence à soi. *Être malade modifie notre « monde »* – ce terme étant entendu, en un sens phénoménologique, comme rassemblant ce qui, pour chaque sujet, constitue l'Autre, ce à quoi il a proprement affaire dans son existence. Or, le caractère éprouvant de la maladie ne vient pas seulement de ce que quelque chose nous perturbe à l'*intérieur* de notre corps, mais aussi du fait que « cela » qui nous oppresse corporellement entrave ou, dans les cas critiques, interrompt carrément nos autres possibilités de réalisation, limitant ainsi notre horizon d'existence. Lorsque nous avons fort mal ou sommes très mal, nous ne pouvons plus rien faire – que ressentir douloureusement ce qui est en train de « mal aller » en nous. Une telle expérience est en outre souvent traversée par la *peur*, car ce qui va ainsi mal, tout en se déclarant « en nous », échappe à notre contrôle et laisse affleurer la menace d'une destruction ou d'une mort imminente (Lévinas, 1947).

La maladie nous éprouve donc en ce qu'elle réduit notre monde et l'appauvrit en rapprochant ses limites de la portée de notre corps – et cela en un sens mortifère, la mort seule assimilant la personne, sans plus aucun dépassement, à l'espace de son corps physique. A l'inverse, la maladie fait que notre corps « s'épaissit » ; non seulement nous ne pouvons plus l'oublier comme nous le faisons le plus souvent lorsque nous nous adonnons à nos activités quotidiennes, mais il tend à devenir lui-même une part importante de notre monde, une « chose » qui nous encombre, qui nous tourmente et dont nous ne pouvons pas ne pas nous préoccuper.

Insister sur le fait que la douleur transforme le mode de présence du corps vivant-vécu en introduisant une scission entre le soi et une part aliénée de lui-même – la part de son corps qui lui fait mal, dont il se désunit comme si elle lui était étrangère, mais qui en même temps l’obsède – c’est déjà dire que la maladie ne peut manquer d’agir sur la *vie relationnelle* du patient.

L’expérience pathique de la maladie a ainsi pour troisième espace de réalisation la relation à l’autre. Tandis que, lorsque nous allons bien, nous sommes en mesure de nous oublier, nous-mêmes et notre corps, pour nous consacrer à nos activités et aux personnes de notre entourage ; dans la maladie, la pression émanant de « ça » qui, dans notre corps, nous perturbe est telle que nous perdons une bonne part de notre aptitude à nous adonner à l’autre et à nous engager dans des préoccupations communes.

La douleur envahit les espaces intersubjectifs tout comme elle envahit l’espace du moi : elle devient alors un thème lancinant autour duquel se focalisent l’attention, les gestes et les échanges entre le patient et les membres de son entourage. Sous ses aspects les plus apparents et les plus critiques, elle transforme l’ouverture du patient vis-à-vis des autres et la réduit en un sens que l’on pourrait résumer en ces termes, certes trop schématiques : « Aidez-moi ou laissez-moi ».

Dans la mesure où elle forme la sphère d’appartenance primordiale du sujet, où elle constitue un lieu privilégié des relations d’attachement – et, par le fait même, de la polarité affective de base entre sécurité et insécurité –, la *famille* occupe bien sûr ici une place particulière. La douleur, surtout chronique, fait souffrir les proches, parfois non moins que le patient lui-même. Si elle constitue pour ce dernier une menace portée à sa propre vie, elle constitue pour les proches une menace de *séparation* et de *perte*.

La douleur : un phénomène « provoquant »

Notre pratique nous a souvent confrontés à des patients qui font l’expérience de douleurs chroniques qui ne sont pas rattachées à une pathologie somatique claire – comme pourrait l’être la douleur cancéreuse. L’on a pris l’habitude de classer ces douleurs chroniques sous la qualification de troubles « somatoformes ». Ces douleurs sont très souvent rebelles au traitement et posent une série de défis aux médecins et aux psychothérapeutes qui doivent accompagner ceux qui en souffrent.

Pour prendre en considération la complexité du phénomène de la douleur chronique – dans le domaine clinique et dans celui de la recherche –, l’approche phénoménologique nous a paru la plus pertinente.

Nous nous proposons, dans ce texte, de mener une réflexion sur la maladie et sur la pratique qui a cette dernière pour objet spécifique – la médecine – en prenant pour point de départ et pour fil conducteur un phénomène provoquant : celui de la douleur chronique inexplicée. La douleur chronique inexplicée – non expliquée par une lésion organique ou par un mécanisme physiopathologique connu – s'est vue doter d'un nom scientifique et a été classée. On l'appelle « trouble somatoforme douloureux » et on la range au nombre des maladies mentales. L'on prétend également l'expliquer.

Sur la base de notre expérience clinique auprès de patients souffrant de douleurs chroniques inexplicées, nous voudrions remettre en discussion l'appréhension devenue classique du trouble somatoforme douloureux et redonner voix à la dimension provocante du phénomène visé par ce terme : celui de la douleur.

La douleur est un phénomène universel. Elle est au cœur de toute maladie. Elle constitue, dans l'existence humaine, l'un des prototypes de la souffrance. Les patients douloureux chroniques sont les sujets qui ont le triste privilège d'avoir la douleur pour destin ; la douleur, à un moment de leur histoire, est devenue le caractère ou la tonalité de base de leur vie. Il se peut que ces sujets qui sont en quelque sorte les porte-parole de la douleur aient quelque chose à nous enseigner, à nous qui, pour vivre, avons besoin d'oublier nos douleurs et qui les refoulons quelquefois à un point tel que nous perdons le sens qui nous permettrait d'entendre la plainte des patients douloureux.

Que peuvent nous enseigner ces patients qui ont mal, mais qui n'ont rien pour les justifier d'avoir mal, ces patients qui irritent parce qu'ils n'arrêtent pas de se plaindre alors qu'on ne leur trouve rien et qui n'arrêtent pas de reparler de leur douleur lorsqu'on voudrait les entendre parler d'autre chose ? Ils nous obligent à reposer des questions simples.

En premier lieu : qu'est-ce que la maladie ? Les patients souffrant de douleurs chroniques inexplicées sont malades ; ils sont malades de douleur, mais ils n'ont pas de maladie identifiable. De qui ou de quoi doit-on dès lors dire qu'ils tombent malade ? Qui, en d'autres termes, est sujet à la maladie ? Est-ce un organe ou une fonction ? Est-ce l'homme lui-même ? Et si c'est l'homme, est-ce l'homme en tant qu'individu psychophysique ou l'homme en tant qu'il appartient à un certain monde ambiant et intersubjectif ?

Le patient douloureux somatoforme n'a peut-être pas de maladie organique identifiable, mais il a mal quelque part dans son corps, et souvent dans tout son corps ; la douleur a, chez chaque patient, un ancrage et une configuration

corporels bien déterminés. Qu'est donc le corps de l'homme pour pouvoir faire mal quelque part quand rien n'est là pour expliquer qu'il fasse mal ? Quelle est la relation réelle de l'homme à son corps ? Ou, qui est l'homme pour pouvoir avoir mal quand il « n'a rien » ?

Mais l'homme ne se borne pas à avoir mal ; il clame sa douleur. Il la clame par ses plaintes, mais surtout par sa mimique, ses postures, ses silences, par l'alternance dans sa conduite d'une inertie figée et d'un inapaisement moteur qui le fait s'agiter et tenter, en bougeant, de fuir sa douleur. Par tous ces gestes qui forment l'expression de l'expérience douloureuse, le patient jette d'une certaine façon sa douleur à la tête de ses proches. La douleur ne fait pas souffrir que le seul sujet qui la vit dans son corps ; elle fait souffrir les proches ; elle les perturbe, leur pèse, les irrite ou les paralyse.

La douleur n'est pas une simple sensation ; elle n'est pas même seulement un tourment du sujet ; elle est un tourment qui se clame et qui fait appeler à l'aide. Mais pourquoi se clame-t-elle ? Pourquoi la douleur a-t-elle besoin de se clamer ? Comment l'autre est-il impliqué dans la douleur ? Cette relation du Moi qui a mal et qui clame sa douleur à un Autre qu'il met en demeure de l'entendre – cette relation intersubjective doit-elle être prise en compte dans la tentative de comprendre ce qu'est une maladie ?

Le patient douloureux ne mobilise pas seulement ses proches ; il vient demander l'aide du médecin. Il vient exiger du médecin que celui-ci, conformément à la finalité de son art, le soulage de sa douleur.

Seulement, face aux patients que l'on dit atteints d'un trouble somatoforme douloureux, la médecine atteint un point critique. Le médecin n'est pas vraiment en mesure de comprendre ce dont souffre le patient douloureux, ni de soulager sa douleur. Tel est ce que nous appelons la dimension provocante de la douleur visée sous le nom de trouble somatoforme douloureux.

Nous sommes d'avis que l'appréhension de la douleur chronique inexplicquée qui a abouti à définir celle-ci dans les termes du « trouble somatoforme douloureux » est une appréhension qui fait l'impasse sur la dimension positivement provocante du phénomène en question.

Il importe alors à notre sens d'apercevoir les enjeux épistémologiques qui se rattachent à la conceptualisation de la douleur.

Les enjeux épistémologiques

Tandis que le patient atteint de douleurs chroniques somatoformes pense et parle en termes d'expérience vécue – et se situe donc au niveau du corps propre –, le médecin pense habituellement le corps tel que sa formation et l'orientation de l'esprit scientifique dominant lui ont appris à l'objectiver. Or, suivant que l'on adopte l'une ou l'autre de ces perspectives, le phénomène de la douleur n'a pas le même niveau de réalité. Pour le patient somatoforme – comme pour tout autre patient qui souffre – la douleur est une expérience qui l'obsède dans son corps et qui le transforme par rapport à celui qu'il était avant la survenue du mal. Pour le patient, la maladie tient sa réalité du souffrir lui-même ; l'essentiel de la maladie, en d'autres termes, réside dans sa dimension pathique, et non dans sa configuration ou son substrat ontique (Buytendijk, 1951 ; Célis-Gennart, 1994 ; Straus, 1989 ; Von Weizsäcker, 1986).

Pour le médecin, en revanche, la douleur est à considérer avant tout comme un symptôme, c'est-à-dire comme un indice qui renvoie à autre chose que soi : à une altération ou à un dommage objectif de la réalité somatique. Ce n'est pas la douleur comme telle qui est pathologique, mais la cause de la douleur. Dans cette perspective, la maladie ne tient pas sa réalité de ce qu'un homme souffre dans son corps, mais de ce que l'on peut déceler, dans un organisme, un état ou un processus qui dévie pathologiquement de la normale.

A cet égard, le malheur du patient présentant un « trouble somatoforme douloureux » réside en ceci que, dans l'état actuel du savoir médical et des techniques à disposition, l'on n'est pas en mesure d'objectiver la cause de ses douleurs. Qui plus est, à la différence d'autres troubles dont l'étiologie n'est pas encore maîtrisée, l'on n'est pas même en mesure d'objectiver le symptôme lui-même, la douleur étant un phénomène qui résiste largement à l'observation.

Or, comme Von Weizsäcker (1986) le souligne, la douleur, par rapport à d'autres tourments, a ceci de particulier qu'elle ne peut se communiquer de façon pleine ou dans son intégralité. A l'état vif, la douleur est une expérience d'une nature telle, notamment en raison de son ancrage au corps, qu'elle résiste à la description et génère, dans la relation à celui qui souffre, une zone de non-compréhension.

Les contextes ou les systèmes de référence sur lesquels le médecin et le patient se basent respectivement lorsqu'ils thématisent la douleur sont donc profondément divergents. Si nous devons proposer une définition relativiste du trouble somatoforme douloureux, nous pourrions dès lors dire que le patient qui reçoit ce diagnostic est celui qui déçoit les attentes du médecin somaticien,

ces attentes étant fondées sur une épistémologie qui réduit l'expérience vivante du sujet (le souffrir) à un symptôme (douleur localisée ou généralisée) et qui réduit le symptôme à sa cause sous-jacente.

Pour une approche intégrative du phénomène de la douleur

Pourquoi insistons-nous ainsi sur la nécessité qu'il y a à mener une réflexion sur l'appréhension devenue courante du trouble somatoforme douloureux ? Et pourquoi importe-t-il notamment de réfléchir sur l'attitude médicale à laquelle cette appréhension renvoie en sous-œuvre ? Essentiellement en raison du fait que le devenir d'une maladie (sa guérison, sa chronicisation ou son accentuation) n'est pas indépendant de l'attitude médicale, de l'agir médical et du savoir qu'il implique, bien sûr, mais aussi du faisceau de présuppositions plus ou moins tacites qui orientent autant cet agir que l'acquisition de nouveaux savoirs. L'accueil du patient et de sa plainte, la compréhension de sa souffrance, l'élaboration d'un diagnostic et la mise en œuvre d'un traitement – tous ces gestes qui ponctuent l'attitude médicale sont des gestes qui s'inscrivent dans le cadre d'une rencontre. La part que le médecin apporte en celle-ci n'est pas du seul ordre de sa subjectivité privée ; son style personnel est intérieurement marqué par son mode de pensée et par le paradigme épistémologique auquel celui-ci se réfère. C'est ainsi que Luigi Onnis (1989) peut affirmer dans son étude intitulée *Corps et contexte*, que l'interaction ou l'interinfluence qui s'établit entre les membres qui composent le système thérapeutique « ne laisse plus au thérapeute de marges possibles de neutralité : tout ce qui arrive, dans le sens du changement comme dans celui de la stabilisation des symptômes vers la chronicité, l'implique comme participant actif et co-responsable. » (p. 92).

Du symptôme au sujet vivant

Le patient vient consulter le médecin lorsque « quelque chose ne va plus » avec sa vie ; quand il a mal ou quand son corps le perturbe quelque part. Le symptôme se présente ainsi comme ayant, dès le départ, deux directions de sens. Il renvoie à un niveau de réalité que le patient ne connaît pas, mais qui n'est autre que sa propre existence organique. Le médecin est celui que le patient consulte lorsqu'il a quelque chose qui ne va pas avec cette réalité de lui-même qu'il ne connaît pas : sa vie organique. Le médecin est celui qui a l'art d'interpréter le symptôme – dont le niveau de réalité premier est peut-être

d'être un « malaise vital » – en ce qu'il signifie eu égard au (dys)fonctionnement organique. Il est aussi celui qui a les moyens d'agir au niveau biologique pour soulager ou guérir ce « malaise vital ».

Mais, ce n'est pas parce que le patient ne connaît pas son corps (parce qu'il ne connaît par exemple pas la complexité ontique de cette épaule qui lui fait mal) qu'il n'est pas son corps. Le symptôme renvoie ainsi tout uniment au sujet vivant, au « sujet du corps », à celui ou à celle qui n'a pas simplement un corps, mais dont le corps incarne la vie et qui, lorsqu'il a mal ou est perturbé dans son corps, est directement menacé dans sa vie. À ce niveau – celui où l'on suit le symptôme dans son renvoi interne au sujet qui en souffre, au patient – la maladie ne peut plus être appréhendée comme une réalité **ontique**, comme un fait ou un processus situé quelque part dans l'organisme. La maladie a ici essentiellement le caractère d'un événement critique. Elle est quelque chose qui nous arrive et nous atteint. Elle n'est pas d'abord ressentie comme un processus qui dérègle notre organisme, mais comme un procès qui nous affecte en personne, qui nous perturbe, nous interrompt, nous menace dans notre vie. Cette atteinte de l'existence même du sujet est ce que nous avons nommé la dimension **pathique** de la maladie (von Weizsäcker, 1958).

Du sujet vivant à sa sphère d'appartenance intersubjective

Mais le sujet vivant n'est pas seul. Il est toujours situé dans une collectivité intersubjective (même l'isolement ou la « désinsertion sociale » sont des façons d'être situé par rapport à une collectivité). La médecine, en tant qu'elle se fonde sur une science du vivant, doit-elle tenir compte de ce trait définitoire de la situation du sujet vivant que nous pouvons résumer comme étant sa situation sociale ? Dans la lignée de Von Weizsäcker (1958) et des médecins qui, tel Onnis (1989), ont tenté d'éclairer dans une optique systémique le problème des dysfonctionnements biologiques, nous pensons que la dimension sociale du sujet – et l'accomplissement de cette dimension dans le réseau des liens qui configurent la sphère d'appartenance du sujet – n'est pas en soi plus extérieure au fonctionnement biologique que ne le sont les fonctions dites psychologiques de ce même sujet. Il n'y a aucune raison de penser que la dimension psychologique serait plus liée au somatique que la dimension sociale du sujet. Le psychisme n'est peut-être même pas autre chose que ce métabolisme par lequel le sujet tente de s'approprier l'inconscient qu'est son propre corps, et l'autre qu'est sa sphère d'appartenance, trame sociale au sein de laquelle ses multiples liens se réalisent, se transforment et quelquefois se

déchirent, mais à l'ensemble mouvant duquel il reste, sa vie durant, noué par un lien vital.

Propositions pour une approche renouvelée des patients douloureux

Nous voudrions, dans la partie qui suit, nous risquer à formuler quelques propositions quant à la manière d'approcher de façon renouvelée le phénomène désigné sous le nom de trouble somatoforme douloureux et qui constitue peut-être la forme la plus provocante de la douleur : une douleur que l'on ne peut, dans l'état actuel de la médecine, ni expliquer ni guérir. Nous proposons en l'occurrence que l'approche des patients douloureux « somatoformes » se base sur trois postulats.

Valider le sujet

Le premier postulat peut être caractérisé indifféremment comme étant le « postulat de sincérité » ou le postulat de « validation du sujet ». Il sert à qualifier l'attitude par laquelle le médecin reconnaît comme sincères et valides les paroles et l'ensemble des actes expressifs que le patient lui adresse. Dans le contexte du « trouble somatoforme douloureux », un tel postulat implique que le médecin reconnaisse et s'abstienne de mettre en doute, sur la base de ses propres présupposés, la douleur que le patient manifeste.

Lorsqu'il est amené à mettre en doute les dires de ses patients ou l'expression de leur vécu douloureux, il porte atteinte à l'alliance thérapeutique et assombrit le pronostic.

Sans doute serait-il plus efficaces s'il pouvait se référer au *postulat de sincérité*. Ce postulat ne soutient pas que ce que disent les patients est toujours conforme à la vérité, mais que les patients ont de *bonnes raisons de dire ce qu'ils disent*. Dans la prise en charge de la douleur, il semble plus responsable et plus utile que le médecin cherche à élucider ces bonnes raisons plutôt que de vouloir soupeser l'intime véracité des propos et des modalités expressives du patient.

Appréhender la globalité du phénomène

Le second postulat revient à dire qu'il importe, dans chaque cas, de chercher à mettre au jour les multiples dimensions impliquées dans la souffrance du patient. Le patient douloureux ne souffre en effet pas « que » de

sensations douloureuses, même si ce tourment occupe souvent l'avant-plan de sa plainte. Il revient précisément au médecin d'explorer la constellation des motifs qui entourent la douleur et qui, intimement associés à celle-ci, dessinent la physionomie réelle et pleine de la souffrance.

Dans le contexte du trouble douloureux, il importe à notre sens d'étudier la souffrance du sujet dans son caractère à la fois intrinsèque et global. « Intrinsèque » signifie que l'on prend au sérieux la manière dont le patient lui-même vit et présente sa souffrance, sans mettre en doute, sur la base de nos propres présupposés, l'authenticité de sa plainte ou le bien-fondé de sa propre perception de la situation. « Global » se réfère au fait qu'il importe de chercher à mettre au jour les multiples dimensions impliquées dans la figure particulière de la souffrance en jeu.

Suspendre les préjugés étiologiques et inscrire le symptôme dans l'histoire de la vie du patient

Le troisième postulat que nous proposons cherche à répondre à la question de savoir comment approcher, dans leur cohérence interne, les multiples composantes qui font la complexité de la souffrance et de la douleur. Il pose en l'occurrence qu'il importe de resituer le symptôme dans l'histoire de la vie du patient, histoire dans le décours de laquelle ce symptôme a surgi et s'est stabilisé.

L'histoire est en effet l'élément où s'opère l'intégration des dimensions biologiques, psychologiques et sociales de l'existence. Et cela non seulement parce que le fonctionnement biologique, la vie psychique et l'existence sociale ont en commun d'être essentiellement en devenir, mais aussi parce que ces trois aspects du devenir, loin d'être indépendants, sont étroitement liés l'un à l'autre, formant précisément dans leurs interactions le cours concret et à chaque fois singulier d'une histoire de vie.

Les rapports historiques ne sont cependant pas à comprendre comme des rapports causaux. Que l'on observe par exemple dans un cas particulier, qu'un trouble douloureux « somatoforme » s'est installé au moment précis où le patient a dû faire face au deuil d'un être cher, ne nous permet pas d'affirmer que la douleur est « psychogène ». En l'affirmant, outre le fait que nous négligerions totalement la dimension sociale de l'événement, nous outrepasserions de façon indue une limite épistémologique que von Weizsäcker (1958), l'un des fondateurs de la médecine psychosomatique, a formulée en ces termes : « Il n'y a aucun moyen d'observation qui nous permette de déterminer, dans un cas quelconque, "qui a commencé", de la psyché ou du soma » – en l'occurrence, de l'élément psychique du chagrin ou de l'ensemble des modifications

physiologiques formant l'accomplissement somatique de l'accablement du deuil. Ce que la séquence historique donne à observer, c'est que le sujet fait face à un événement douloureux d'une façon telle que la part somatique de la douleur se pousse à l'avant-plan et qu'en ce sens, une « somatisation » l'emporte sur une « psychisation ».

Replacer le symptôme dans l'histoire de vie du patient implique en fait que l'on subordonne le raisonnement étiologique à un mode de considération que nous qualifions par contraste de pathogénétique (Schotte, 1990). Tandis que l'étiologie raisonne en termes d'entités séparées (soit somatique, soit psychique, soit social) – entités induisant l'une sur l'autre des rapports de cause à effet –, dans la perspective pathogénétique, le somatique, le psychique et le social ne sont plus considérés comme des réalités en soi, mais comme les dimensions constitutives du sujet (le fonctionnement biologique n'est pas, en ce sens, moins « subjectif » que le fonctionnement psychique) (von Weizsäcker, 1958).

La perspective pathogénétique cherche en outre à appréhender ces dimensions à l'état processuel, comme participant chacune, suivant une dynamique qui lui est propre, d'une seule et même histoire de vie. Ainsi, dans la compréhension pathogénétique d'une maladie, l'on n'escompte plus trouver un processus ou un fait qui serait la cause première ; toute donnée supposée telle est susceptible d'être remobilisée comme s'inscrivant à son tour dans un processus historique complexe, où les rapports de renvoi sont moins de l'ordre de la causalité nécessaire que de la motivation signifiante (Schotte, 1990).

Si nous admettons que la douleur chronique naît à la manière d'un événement historique et si nous prenons par ailleurs la mesure de la gravité du tableau clinique (chronicité de l'expérience douloureuse, ampleur et complexité phénoménologique de la souffrance), l'investigation médicale doit se poser la question de savoir à quelle crise correspond l'émergence du trouble douloureux. L'analyse d'une telle crise suppose d'une part que l'on cherche à déceler les motifs déclenchants – qui, dans le cas des douleurs chroniques, peuvent être des événements ou des processus de diverse nature (accidents de travail, deuils, séparations...). Mais de tels motifs ne suffisent pas, en soi, à expliquer le trouble. Pour comprendre à la fois le caractère critique de l'événement et la façon dont le patient y a été sensible ou y a répondu – à savoir en développant une douleur chronique – il importe de remonter plus en amont dans son histoire. Il convient en l'occurrence de se demander, d'une part, ce qui a fragilisé le sujet au point qu'il puisse succomber à une crise aussi grave (de par la souffrance qu'elle implique et de par son caractère chronique ou « insurmontable ») et,

d'autre part, ce qui a pu contribuer à préfigurer cette forme précise de crise ; qu'est-ce qui, en d'autres termes, a « pavé la voie » de la douleur (Scheidt & Bauer, 1995) ?

Mais pour comprendre la tendance à la somatisation, il importe de resituer le sujet dans son contexte intersubjectif. Une psychisation, au sens d'une élaboration symbolique, est en effet un processus qui implique la médiation d'une élaboration intersubjective, que celle-ci prenne la forme d'un dialogue, d'un rapport de soutien ou, comme dans le cas du deuil, la forme de rites répétés dans le temps. Le manque d'élaboration psychique pourrait, en ce sens, être directement coextensif de lacunes symboliques dans l'histoire intersubjectivement tissée de la collectivité, en particulier familiale, à laquelle le sujet appartient. L'on peut dès lors se demander, dans le contexte des douleurs chroniques inexpliquées, si les « trous psychiques » – ces plages de souffrance que le patient porte en lui dans son corps, mais qu'il ne peut ni penser ni dire – ne sont pas le produit de l'appropriation involontaire et malheureuse de trous dans les liens (en particulier là où il s'agit des liens précoces, c'est-à-dire de ceux qui orientent la structuration de la réceptivité).

La douleur, une rupture dans la vie de la famille

Rien ne brise autant l'homme dans son corps que la douleur chronique. Or, celle-ci affecte non le seul patient, mais aussi sa famille et les soignants qui doivent s'en occuper. Elle contraint le système familial entier à assimiler la perturbation. La manière dont le système familial fait face à la douleur de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur ses vulnérabilités et ses ressources.

Les familles des patients douloureux présentent cependant des caractéristiques particulières qui rendent leur approche malaisée. Les médecins et les psychothérapeutes sont en effet confrontés, chez de telles familles, à des tendances à la cohésion et à l'enchevêtrement – tendances que la douleur chronique, comme menace planant sur les liens, tend vraisemblablement à accentuer –, à l'évitement des conflits, au camouflage des émotions, et à la rigidité.

S'il n'y a pas d'évidence d'un trouble physique grave, si l'on n'est pas en mesure d'*objectiver la cause* des douleurs, le modèle explicatif classique de la médecine vient alors à manquer. Pour la famille aussi, l'absence de lésions certifiées par le médecin introduit un doute quant au bien fondé de la plainte. Face à ce constat, une excessive « psychologisation » de la douleur peut se révéler néfaste.

Existe-t-il alors un cadre conceptuel qui permette de se situer à l'interface entre variables biologiques, vie personnelle, contexte social du patient et vie de la famille ? Comment patients, familles et médecins font-ils face à une souffrance, lorsque celle-ci n'est pas corrélée à une pathologie bio-médicale ou psychique bien établie ? Face à celui qui est jeté dans la douleur, qui est désespérément déchiré, qui est humilié, le médecin et le psychothérapeute ont encore une vocation à remplir. Ils doivent aider le sujet qui leur est confié à trouver cette réponse *personnelle* dans laquelle le processus opaque de l'existence peut encore prendre un sens.

En tenant compte des répercussions de la douleur sur la vie familiale, on propose encore aux médecins et aux thérapeutes de fournir une aide aussi à la famille. Ce faisant, ils vont aider le patient lui-même. Les psychothérapeutes ont avantage à connaître la dimension provoquante du trouble dans la mesure où ils peuvent être appelés à intervenir auprès des patients dont le symptôme est taxé de psychogène (ce qui pourrait être en soi pathogène).

De façon schématique, nous pouvons distinguer diverses phases ponctuant les relations entre la douleur et la famille, ces phases constituant autant de moments problématiques. Ces moments nécessiteraient particulièrement d'être travaillés en coopération entre le médecin et le thérapeute systémique. En effet, l'approche médicale mérite d'être couplée avec un support psychothérapeutique articulé selon le modèle de la consultance (Tilmans-Ostyn, 2004). La co-présence d'un psychothérapeute et d'un médecin somaticien, du patient et de sa famille vise à donner à l'expérience douloureuse un espace d'élaboration et de solidarité.

Le premier moment réside dans la survenue même de la douleur dans la famille et dans la nécessité où cette dernière se trouve de composer, d'une manière ou d'une autre, avec cet événement perturbateur. L'apparition progressive et sournoise de la douleur constitue en effet un puissant « modificateur de contexte ». Cette transformation globale que la douleur initie exige une véritable *élaboration* de la part du patient et de sa famille - une élaboration qui se poursuit et se réajuste tout au long de la « carrière » de malade.

La famille doit désormais faire face à une série de tâches et de difficultés ; il lui faut assumer une tension émotionnelle qui persiste tout au long de la maladie, gérer l'incertitude qui entoure souvent l'évolution et l'efficacité – au demeurant fort modeste – du traitement lui-même.

Il lui faut en même temps tenter de reconforter le patient, tâche devant laquelle les membres de la famille se sentent souvent impuissants et inadéquats, surtout s'ils ont l'impression de ne recevoir que peu d'aide et de soutien

extérieurs. Le diagnostic d'une douleur chronique peut en outre précipiter chez le malade et dans son entourage, des angoisses existentielles qui mettent en jeu le sens et la finalité de la vie, ou un sentiment insurmontable de vulnérabilité personnelle. La douleur de longue durée d'un adulte peut aussi mettre en question la survie économique de la famille. Elle nécessite en tout cas une réorganisation des rôles et des fonctions à l'intérieur de la famille et amène en général celle-ci à transformer son style de vie : le malade ne peut plus assumer les fonctions qu'il remplissait auparavant, ou ne le fait plus que de façon partielle ou inadéquate - ce qui se répercute sur la manière dont l'ensemble de la famille fonctionne.

Le problème que la douleur pose au patient et à ses proches - la souffrance particulière qu'elle engendre, les réponses qu'elle sollicite - dépend aussi étroitement de la manière dont elle s'inscrit dans cette configuration spécifique du temps que l'on nomme le *cycle vital*. Quel âge de la vie la douleur vient-elle perturber ? Dans quelle étape de l'itinéraire familial s'inscrit-elle ? Ces variables jouent un rôle important dans l'expérience de la douleur et de son impact dans la réalité du monde de la vie, suivant une logique authentiquement systémique.

Le fait que la douleur mobilise la peur, la culpabilité, la haine, rend sans doute compte du fait qu'elle porte à son acmé une caractéristique que l'on retrouve, à un moindre degré, dans bien d'autres figures de la maladie : son caractère de tabou. Il n'est en effet pas rare que la douleur dresse d'invisibles barrières de silence à l'intérieur de la famille : les proches du patient évitent de discuter des questions sensibles qui gravitent autour de la douleur, parce qu'ils ne veulent pas surcharger le malade et craignent de se sentir eux-mêmes encore plus angoissés, coupables et désespérés ; le patient, de son côté, se tait, confirmant involontairement son impression de ne plus pouvoir bénéficier d'un contact émotionnel avec ceux qu'il aime.

Comme nous le voyons, la famille, si nous la considérons au moment où la douleur surgit, est partagée entre deux rôles distincts et contradictoires. D'une part, elle se mobilise très souvent de façon à soutenir affectivement le malade, et devient ainsi une sorte de zone-tampon où ce dernier est à même de tirer une certaine raison d'être, de trouver un sens à son existence, même diminuée, et d'éprouver un sentiment de sa valeur propre. D'autre part, et simultanément, la famille est, à l'instar du patient, touchée de façon directe par les angoisses et le stress qui lui sont imposés par la douleur et son cortège d'imprévu. En ce sens, la famille est, avec le patient, partie intégrante d'un système qui a besoin d'attention, de soutien, voire de soins.

Conclusion

Une approche phénoménologique et clinique des patients souffrant de douleurs chroniques nous invite à nous engager sur la voie d'une compréhension qui soit épistémologiquement plus fondée que celle qui recourt au dualisme corps – esprit et avance l'hypothèse d'une psychogenèse lorsque la douleur demeure non expliquée par une altération biologique. Ces patients sont des malades que l'éthique du médecin – et du psychothérapeute – impose d'évaluer et de soigner dans leur complexité. Cette attention à la complexité est l'une des conditions qui, dans le champ de la clinique, permet à la démarche thérapeutique d'être pertinente et efficace.

Nous avons formulé quelques réflexions critiques, et invité à une appréhension plus substantielle de la nature du trouble désigné par le terme de trouble somatoforme douloureux. Cette approche devrait favoriser non seulement l'appréciation de la pathologie en jeu, mais aussi permettre la manifestation de la solidarité que l'homme doit à son semblable. Parler du trouble douloureux implique en effet que l'on trouve un lieu – la consultation médicale ou psychothérapeutique – où il soit à la fois possible de rencontrer celui-ci dans ce qu'il a d'irréductible, dans le défi qu'il ne cesse d'opposer à notre pratique et où, sans avoir la prétention de toutes les consolations, il devienne néanmoins possible de cultiver l'espérance.

Références

- BINSWANGER L. (1971): *Introduction à l'analyse existentielle*. Éditions de Minuit, Paris.
- BUYTENDIJK F.J.J. (1951): *De la douleur*. Trad. franç. PUF, Paris.
- CELIS-GENNART M. (1994): *Corporéité et présence. Pour une phénoménologie de la dimension pathique du délire et de l'hallucination*. Thèse de doctorat en philosophie présentée à l'Université de Louvain.
- ENGEL G.L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry* 137 (5): 535-544.
- LEVINAS E. (1947): Le temps et l'autre. In: *Le choix, le monde, l'existence*. p. 125-196, B. Arthaud, Grenoble-Paris.
- HEIDEGGER M. (1927): *Sein und Zeit*. Niemeyer, Tübingen.
- MERLEAU-PONTY M. (1945-1989): *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris.
- ONNIS L. (1989): *Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*. ESF, Paris.
- SCHEIDT C.E. & BAUER J. (1995): Zur Psychotherapie somatoformer Schmerzstörungen im Alter. *Zeitschr Gerontol und Geriatrie* 28(5): 339-348.

- SCHOTTE J. (1990): Comme dans la vie en psychiatrie. Les perturbations de l'humeur comme troubles de base de l'existence. In: *Szondi avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. p. 173-212, De Boeck Université, Bruxelles.
- STRAUS E. (1956-1989): *Du sens des sens. Contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Millon, Grenoble.
- TILMANS-OSTYN E. (2004): Le petit prince a dit... et les anciens l'ont entendu. *Thérapie Familiale* 25(4) : 417-432.
- VANNOTTI M. & CELIS-GENNART M. (1998): Les malentendus du diagnostic de trouble somatoforme douloureux : plaidoyer pour une approche phénoménologique de la douleur. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 118: 173-83.
- VANNOTTI M., CELIS-GENNART M. (1999): L'expérience plurielle de la maladie chronique. Maladie pulmonaire et famille. *Corps et thérapie familiale, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 22:113-138, De Boeck Bruxelles.
- VON WEIZSÄCKER V. (1958): *Le cycle de la structure*. Desclée De Brouwer, Paris.
- VON WEIZSÄCKER V (1986): Die Schmerzen. In: *Gesammelte Schriften*, Bd 5. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, p. 27-47.