

Introduction

LA DOULEUR : UNE EXPÉRIENCE « RÉELLE »

Ce livre a été écrit sur la base de la thèse de doctorat soutenue à l'université Paris 8, le 10 février 2024. Ce fut un long travail de recherche et d'expérience clinique sur le traitement de la douleur, débuté dès les premières années de mon exercice professionnel dans le domaine médical, puis en tant que psychanalyste. Il s'agit d'une recherche qui inscrit son propos aux confins de la médecine, de la philosophie, de l'histoire des sciences et de la psychanalyse, pour rendre compte de ce lieu où se produit la douleur entre corps et âme, entre soma et psyché, lieu intime et *extime* qu'elle propose d'explorer. La complexité de l'expérience de la douleur est soulevée dès l'origine de son histoire, entre considérations éthiques sur le plaisir – car il peut aussi engendrer de la douleur – et considérations religieuses – faisant de la douleur le lieu d'une épreuve salvatrice. Du point de vue de la psychanalyse, le livre introduit des concepts complexes que nous tenterons de rendre compréhensibles en utilisant comme ressource le champ de la clinique, ce que l'on appelle depuis deux siècles, le champ de la pratique.

Quelques années après mes débuts dans la médecine, une jeune actrice s'est présentée à mon cabinet avec de fortes douleurs au genou qui l'empêchaient de marcher et de travailler. La douleur se propageait dans tout son corps et elle se sentait très fatiguée. Une fois les examens et tests appropriés effectués et la patiente informée qu'aucune cause n'avait été trouvée pour justifier sa douleur, elle m'a dit qu'elle ne savait pas quoi faire au sujet de l'insomnie dont elle souffrait également depuis plusieurs mois.

Lorsque je lui ai demandé ce qui lui était arrivé, elle m'a répondu que son père était décédé, mais qu'elle avait été la plus forte de la famille et qu'elle s'était occupée de tout. Je lui ai suggéré de parler de ce problème et de considérer qu'il y avait peut-être un lien. Peut-être que si elle ne parlait pas, le corps, lui, parlait.

Cette approche très élémentaire, qui fait référence au titre de la recherche, a été rapidement comprise par la patiente, ce qui lui a permis de dévoiler les circonstances de l'apparition de la douleur et d'autres symptômes, lui ouvrant ainsi la possibilité de prendre en charge ce qui lui arrivait.

Elle a répondu que trois années auparavant, sa sœur était décédée et que cela avait coïncidé avec l'annonce de la maladie de son frère, atteint du VIH. Ses cheveux sont tombés jusqu'à la rendre presque chauve, ce qui n'est pas un symptôme ordinaire pour une actrice. Son image a été gravement endommagée par la rencontre avec quelque chose d'insupportable dans son expérience de la vie, sans qu'elle ait pu en faire le deuil de manière adéquate à ce moment-là.

À cette occasion, elle a développé un phénomène psychosomatique, la calvitie. Par la suite, avec la douleur au genou et au dos, on peut dire qu'elle présentait un symptôme, sans lésion corporelle, mais qui lui causait une grande incapacité. Il a donc fallu faire le travail de deuil pour que le symptôme s'estompe, les antalgiques s'étant révélés inefficaces.

Plus tard, j'ai traité un autre patient qui m'a beaucoup ému à l'époque. C'était un patient de 60 ans atteint d'un cancer à un stade très avancé, en traitement palliatif, pratiquement incapable de sortir de son lit. Un jour, il m'a demandé quand il allait mourir, ce à quoi j'ai répondu que je ne savais pas.

Le patient a interprété cette réponse comme signifiant que la mort était imminente. Il m'a demandé de lui retirer tous ses médicaments, y compris la morphine pour la douleur, généralement essentiels dans ce genre de situation. Je ne savais pas trop quoi faire, mais j'ai accepté sa demande.

Je lui rendais visite tous les jours à son domicile et j'ai pu voir comment il est mort trois jours plus tard, sans avoir besoin de médicaments contre la douleur, en disant tranquillement au revoir à sa femme et à sa famille.

Comment expliquer cette expérience de la clinique de la douleur ? Il existe quelques théories médicales dans ce domaine, que cette thèse ne tente pas de développer, mais fondamentalement, nous n'en savons rien. Dans les pénombres mystérieuses qui habitent la frontière de l'organisme et son ancrage avec la subjectivité et le langage, du corps parlant, il est difficile de s'y retrouver, il n'y a pas de loi qui nous permette de comprendre tout ce qui se passe. Et Lacan a donné un nom, à la fin de son enseignement, à ce qui échappe à la compréhension : le réel.

Dans la clinique de la douleur, nous nous trouvons souvent dans cette zone crépusculaire, aux frontières du réel, du symbolique et de l'imaginaire, les trois dimensions qui, pour Lacan, constituent la subjectivité¹. Le concept du réel fourni par Lacan est un opérateur fondamental pour l'expérience analytique. Il est basé sur la conception qu'il y a un trou dans la compréhension du savoir, il y a toujours un trou qui fait partie de la structure de l'être parlant, et à propos de cette faille dans la structure il faut savoir comment s'y prendre.

1. Pour Lacan, le registre de l'Imaginaire se réfère aux images et perceptions qui forment l'identité du sujet, centré sur le moi et la relation spéculaire. Le registre Symbolique appartient au domaine du langage et du sens, des lois et des structures qui régulent la réalité et les relations sociales. Le Réel est ce qui échappe au langage et à la symbolisation, l'impossible à représenter ou à intégrer pleinement dans l'expérience subjective, comme le traumatisme ou la mort.

L'ABUS DES MÉDICAMENTS OPIOÏDES

La « douleur chronique » est l'un des problèmes de santé les plus importants et est à l'origine de 15 à 20 % des consultations médicales². En 2006, Breivik et ses collègues ont mené une enquête dans 16 pays européens sur la douleur et les aspects connexes de la qualité de vie et de la dépression³. On estime que la prévalence de la douleur chronique en Europe est élevée (environ 20 %) et que ses conséquences sur la subjectivité sont largement acceptées.

Dans la pratique médicale, une approche multidisciplinaire est recommandée en raison de la complexité de ces patients. Cette dimension de la subjectivité et son articulation avec le « corps de la douleur » sera l'objectif principal de cette recherche, qui sera orientée à partir des coordonnées de la psychanalyse d'orientation lacanienne.

Le surgissement de la douleur comme objet de traitement et d'étude de la pratique médicale, de l'industrie pharmaceutique et du marché culturel est un phénomène propre au xx^e siècle. On retrouve ces antécédents à l'occasion de l'abolition de la souffrance chirurgicale, produit des avancées de la médecine ainsi que de l'introduction massive des analgésiques dans la culture de la consommation du xx^e siècle.

Cette question a atteint des proportions alarmantes au cours des dernières années. De nombreux patients essaient de traiter la douleur par des dérivés d'opiacés sous prescription médicale, en développant une forte addiction à ceux-ci, ce qui a entraîné une augmentation considérable de la consommation de fentanyl, d'héroïne et d'autres drogues.

Cette réalité a créé un problème de santé de premier ordre aux quatre coins du globe, même si ce n'est que la situation américaine qui reste la plus connue. Le mauvais usage des analgésiques opioïdes qui, en théorie, sont les plus adéquats pour traiter à court terme la douleur aiguë, est devenu une épidémie⁴.

Selon le National Center for Health Statistics (NCHS) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), en 2017, il y avait 1,7 million d'Américains souffrant d'un trouble dû à la consommation de substances et aux problèmes d'addiction. En 2021, plus de 70 000 personnes sont décédées aux États-Unis à cause d'overdoses dues à des dérivés d'opioïdes synthétiques⁵, chiffre funeste incluant les morts liées tant aux analgésiques sous prescription médicale qu'aux

2. KOLEVA D., KRULICHOVA I., BERTOLINI G., CAIMI V. et GARATTINI L., *European Journal of Public Health*, « Pain in primary care: an Italian survey », vol. 15, n° 5, octobre 2005, p. 475-479, [http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki033 22.01.2025], consulté le 22 janvier 2025.

3. BREIVIK H., COLLETT B., VENTAFRIDDA V., COHEN R. et GALLACHER D., « Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment », *European Journal of Pain*, 2006, p. 287-333.

4. RADDEN P., *El Imperio del dolor*, Reservoir Books, 2022.

5. Opioid Overdose Crisis | National Institute on Drug Abuse, 21 juin 2020, [https://www.drugabuse.gov/drug-topics/opioids/opioid-overdose-crisis], consulté le 22 janvier 2025.

narcotiques tels que l'héroïne. Voici l'une des dérives possibles de la civilisation dans le traitement de la douleur.

L'approche du traitement de la douleur comporte un certain nombre d'aspects. D'une part, on peut considérer la douleur aiguë comme une manifestation d'une maladie physique dont le traitement est normalement abordé de manière efficace par la médecine. D'autre part, on a le traitement de la douleur liée aux maladies incurables, surtout au cancer. Déjà en 1890, le médecin Herbert Snow prônait l'usage généralisé de l'opium dans le traitement du cancer incurable.

Dans l'expérience clinique du traitement de la douleur, nous trouvons toujours quelque chose qui échappe à la logique de l'efficacité de la substance, du médicament ou de la lésion physique elle-même. Tout médecin expérimenté sait que la subjectivité joue un rôle décisif.

Néanmoins, l'histoire de la douleur chronique inguérissable ne coïncide pas toujours avec l'histoire du traitement de la douleur secondaire aux maladies incurables et de la douleur aiguë. La douleur chronique, sans lésion organique ou altération morphologique manifeste, a historiquement éveillé la méfiance dans le milieu médical ainsi qu'une grande tension entre ceux qui sont atteints de la maladie et ceux qui cherchent à la guérir. Les douleurs renforcent à la fois l'angoisse du malade et celle de ceux impliqués dans son diagnostic, son traitement et les soins.

LE CORPS DE LA DOULEUR ET LA SUBJECTIVITÉ

La conception de la douleur a évolué au cours de l'histoire. Le modèle biomédical simple l'a toujours attribué à une cause externe ou à une altération des neurotransmetteurs dans le système nerveux. Les bases neurophysiologiques ou génétiques qui pourraient l'expliquer ont également été étudiées. Ce modèle est aujourd'hui largement dépassé.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, Henry Knowles Beecher a servi comme médecin militaire dans l'armée américaine. Ses observations en pharmacologie clinique pendant la guerre l'ont amené à étudier des phénomènes tels que la composante subjective de la douleur. Dans son étude sur l'impact de la douleur sur les soldats, il a constaté que les soldats blessés au combat demandent moins souvent des analgésiques que les civils souffrant de blessures similaires (patients postchirurgicaux admis dans un hôpital civil). L'explication de ce comportement est que la conséquence de l'expérience qui a provoqué la douleur est différente pour les soldats et pour les civils. Il a pris des notes de ses observations des combats sur les plages d'Anzio et des horreurs de Monte Cassino, où il a poursuivi ses descriptions de la douleur et de la réanimation alors qu'il était en service pendant la Seconde Guerre mondiale, expériences qui allaient inspirer son travail futur.

Cela lui a ensuite permis d'émettre l'hypothèse que la douleur avait deux aspects : celui de la lésion tissulaire et les facteurs subjectifs et psychologiques qui influencent fortement l'expérience douloureuse⁶. Ces observations ont ouvert une nouvelle perspective, qui s'est développée sur plusieurs décennies.

Dans l'expérience clinique, on constate que la douleur n'a parfois aucun rapport avec une lésion somatique, ce qui a conduit l'Association internationale pour l'étude de la douleur, fondée en 1973, à la définir comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou même décrite en termes évoquant une lésion de cette nature⁷.

La lecture de cette définition fait observer que la douleur est une sensation ou une émotion pouvant avoir lieu même sans lésion physique responsable. Selon Sternbach, « la douleur est ce que le patient dit qu'elle est⁸ », soulignant l'importance de la nature multidimensionnelle de la douleur d'un point de vue biologique et psychologique.

La nouvelle CIM-11, publiée par l'OMS en juin 2018 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, inclut la CMI sous le code MG30.01 Douleur chronique généralisée (y compris fibromyalgie). Dans sa description, elle précise :

« La douleur chronique généralisée (DCG) est une douleur diffuse dans au moins 4 des 5 régions du corps et est associée à une détresse émotionnelle significative (anxiété, colère/frustration ou humeur dépressive) ou à un handicap fonctionnel (interférence dans les activités de la vie quotidienne et participation réduite aux rôles sociaux). La DCG est multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome de la douleur. Le diagnostic est approprié lorsque la douleur n'est pas directement attribuable à un processus nociceptif dans ces régions et qu'il existe des caractéristiques compatibles avec une douleur nociceptive et des facteurs psychologiques et sociaux identifiés⁹. »

Ce qui m'intéresse ici, ce sont les mots « expérience ou émotion sensorielle douloureuse » parce qu'ils introduisent automatiquement la dimension de la subjectivité. D'ailleurs, elle est une expérience ressentie dans le corps. La question consiste donc à savoir ce que c'est que ce nouage entre le corps, la douleur et la subjectivité.

On prendra comme référence la clinique de la fibromyalgie, diagnostic médical pour lequel la médecine n'a pas établi d'étiologie connue. Les analgésiques les plus puissants, comme la morphine, se révèlent incapables de soulager la douleur et, en même temps, ils produisent des effets secondaires considérables.

6. MENDEZ C. *et al.*, « Henry Knowles Beecher: citizen, professional and researcher », *A pathway towards integrity*, Rev. Redbioética/Unesco, 2017, p. 23-31.

7. Cette définition a été publiée pour la première fois en 1979, dans la revue *Pain*, p. 249.

8. STERNBACH R., *Pain Patients: Traits and treatment*, New York, Academic Press, 1974.

9. Cette définition a été publiée en ligne : [<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#849253504>], consulté le 24 février 2025.

Ainsi, la douleur étudiée dans ce livre sera celle que la médecine contemporaine a délimitée en un diagnostic : celui de « fibromyalgie ». Dans une première approche, cette délimitation peut tenir du paradoxe puisqu'il s'agit de douleurs apparemment sans patrie – comme le souligne François Leguil dans son rapport de soutenance de thèse – sans un organe qui, dans l'ordre étiologique, en désignerait le tissu natal. Aussi, l'hypothèse qu'on propose ici est que la douleur, celle des fibromyalgies, appartient au grand domaine des « langues du corps ». Étrange expression : « les langues du corps », incontournable pourtant, incontestable si on loge dans le champ des langues tout ce qui s'observe, ou s'entend, en tant que quelque chose s'y exprime. Si l'être parlant a un corps, ce dernier parle à sa manière, et l'expérience de la douleur renvoie à cette relation complexe entre l'être et le corps que l'on a.

LE CORPS « EMBROUILLÉ »

D'après la médecine, la fibromyalgie (SFM) est un syndrome douloureux chronique se caractérisant par : douleur musculosquelettique généralisée, augmentation de la sensibilité à la douleur, raideur, fatigue (entendue comme un épuisement continu) et sommeil non-régénérateur. Chez une grande partie de patients, il apparaît associé à d'autres pathologies telles que : syndrome du côlon irritable, céphalées de tension à prédominance postérieure, phénomène de Raynaud, paresthésies dans les membres supérieurs, sensations de ballonnement ou tuméfactions dans les mains. La clinique médicale constate de nombreuses incidences émotionnelles et affectives nécessitant souvent une consultation auprès des services de santé mentale.

Du point de vue de la psychanalyse, on pourrait parler d'un « corps embrouillé¹⁰ », d'une affectation massive du corps et de ses fonctions dont le symptôme fondamental est la douleur.

Depuis plusieurs décennies, je m'intéresse à la recherche et au traitement de la douleur. Dans un premier temps, dans le domaine de la pratique médicale, et plus tard dans celui de la psychanalyse de l'orientation lacanienne.

Le présent travail témoigne de cette expérience clinique à partir de trois postulats fondamentaux :

1. La douleur, on peut la considérer comme un langage du corps, le corps parle à sa façon, fabrique des symptômes en tout genre et, dans le cas qui nous occupe, la subjectivité occupe une place centrale, ce qui ne veut pas dire que ce soit la seule. Lorsqu'on parle de langages du corps, nous nous référons, dans un sens large et divers, au symptôme comme événement

10. MILLER J.-A., « Conversation sur les embrouilles du corps », *Ornicar?*, n° 50, Revue du Champ freudien, Paris, Navarin, 2003, p. 227-292, qui correspond à la publication des échanges tenues à Bordeaux en 1999.

de corps, aux phénomènes psychosomatiques (PPS) et aux phénomènes du corps propres aux psychoses.

2. Dans la mesure où l'on considère la douleur comme un langage du corps, il est possible d'envisager un traitement par la parole. La perspective d'une clinique de la psychanalyse est proposée en alliance avec la médecine.
3. La conception du corps dans la médecine n'est pas la même que dans la psychanalyse.

L'objectif de ce travail est double. D'une part, aborder une recherche sur la douleur chronique et la douleur en tant que symptôme fondamental de la fibromyalgie. Et d'autre part, montrer qu'il existe une orientation clinique pour la douleur de cause inconnue, à partir de la psychanalyse d'orientation lacanienne.

Pour ce faire, j'effectuerai un parcours épistémique à travers l'approche de la douleur chez Freud et Lacan, ainsi que chez d'autres auteurs contemporains, notamment les développements et lectures de l'enseignement de Lacan par J.-A. Miller, qui m'ont permis de mieux la comprendre et l'articuler.

Les preuves cliniques de l'efficacité du traitement psychanalytique seront présentées à travers des cas cliniques choisis parmi ceux que j'ai traités durant l'expérience acquise au cours des vingt dernières années.

Dans le centre de santé publique au sein duquel j'exerçais, j'ai présenté un projet de recherche et de traitement de la fibromyalgie qui a été accepté par toute l'équipe. Ce centre de santé, situé dans une zone urbaine de Madrid desservait une population de 25 000 habitants.

En fait, tout a commencé lorsque j'ai lu une circulaire du service de rhumatologie de l'hôpital de référence qui disait que les patients diagnostiqués de fibromyalgie ne devaient pas leur être renvoyés. Ce fait a attiré mon attention car, dans le domaine de la médecine, les rhumatologues ont toujours été responsables de la prise en charge de cette pathologie. Le grand nombre de cas de fibromyalgie bloquait les consultations des rhumatologues qui ne savaient pas vraiment quoi faire. La douleur ne répondait pas aux traitements analgésiques les plus puissants et la causalité de la maladie n'était pas clairement établie.

L'objectif était donc de vérifier s'il était possible de traiter la fibromyalgie à partir de l'orientation de la psychanalyse lacanienne. Il a été convenu que les patients seraient adressés à mon cabinet pour un traitement individuel, qui comprenait initialement un traitement de groupe. L'expérience du travail de groupe a été abandonnée après une courte période, lorsqu'il est apparu qu'elle était peu utile par rapport à la pertinence du traitement individuel. Ainsi, le début de cette recherche est aussi le début de mon propre cheminement de la médecine vers la psychanalyse.

La plupart des traitements, dont certains sont présentés dans ma thèse, ont duré plus d'un an. La durée des sessions était toujours variable et il n'y avait pas de limitation préalable du nombre de sessions. Dans un seul cas, parmi ceux présentés ici, des effets thérapeutiques rapides ont été observés.

Parallèlement, j'ai traité de nombreux cas cliniques diagnostiqués avec la fibromyalgie dans ma pratique privée de psychanalyste. Mon travail de recherche s'appuie donc sur l'ensemble de cette expérience clinique.

La symptomatologie présentée par les patients est très diverse, bien que le symptôme cardinal soit la douleur chronique. L'hypothèse psychanalytique consiste à rendre compte d'une logique qui permet de clarifier les cas cliniques à l'aide des outils de la psychanalyse.

Pour commencer, force est de constater que le symptôme de la douleur se présente sans être clairement classé ; ou s'il l'est, comme dans le cas de la fibromyalgie, il n'existe pas de directives thérapeutiques standardisées ou efficaces. Certains auteurs préfèrent distinguer la douleur de la souffrance, attribuant la souffrance au plan psychique et la douleur à ce qui est vécu dans le corps. Mais l'expérience clinique nous indique que la souffrance n'est pas sans le corps et, inversement, la douleur corporelle n'est pas sans souffrance subjective. Il n'y a pas de frontière qui délimite clairement ces deux registres. La douleur devient *extime* au sujet, les douleurs chroniques acquièrent ce statut d'*extimité* pour le sujet, tel un corps étranger et pourtant là, étranagement familier.

En ce qui concerne la causalité, il n'y a pas de position claire car il n'y a rien de solidement établi, ni sur le plan génétique, ni sur la neurophysiologie de la douleur, qui a fait l'objet de recherches approfondies par la médecine. Il ne s'agit pas non plus d'établir la psychogenèse comme une solution à ce problème. Peut-être s'agit-il d'une relation complexe entre l'organisme et la subjectivité qui n'a pas encore été élucidée.

Tout au long de cet ouvrage, on va s'atteler à démontrer la valeur de la parole pour traiter la douleur, et pas seulement la souffrance psychique, et par là, de mettre en évidence la dimension corporelle des mots, au sens où un mot, une parole, un discours, peuvent venir constituer une forme de remède à la douleur.

Pour terminer, je dirai que ce livre témoigne aussi d'un effort pour penser un nouveau statut du sujet, du sujet de l'inconscient comme étant un sujet qui a un corps au sein duquel il se passe des choses que le sujet ne sait pas, qu'il ne comprend pas, et qui le confrontent à une véritable épreuve. Tenter d'en dire quelque chose, suppose un consentement à savoir quelque chose. Ce nouveau sujet me semble être celui que Lacan a défini dans sa conférence à Baltimore comme « La phase sensible de l'être vivant, cette chose insondable, capable de faire l'expérience de ce temps entre la naissance et la mort, capable de parcourir tout le spectre de la douleur au plaisir, qu'en français nous appelons le sujet de

la jouissance [...] Si l'être vivant est un tant soit peu pensable, c'est avant tout en tant que sujet de la jouissance¹¹. »

Cette référence sera précieuse pour tenter d'explorer la phase sensible de l'être vivant entre douleur et plaisir.

11. LACAN J., « Conférence à Baltimore », *La Cause du désir*, n° 94, Paris, ECF/Navarin, p. 7-17.