

# Douleurs

*Houchang GUILYARDI*

Exposé à la journée DOULEURS ET SOURIRE organisée par le Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du professeur GUILBERT - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière. le 05 Mai 1994

Naturellement les psychiatres utilisent toujours un langage contourné, ésotérique, philosophique, voire hermétique.

Malgré mon expérience, malgré mon extrême bonne volonté, mes efforts pour rendre mes propos compréhensifs, je dois me rendre à l'évidence : elle m'a montré qu'il y a toujours un reste, et je vous demanderai de bien vouloir supporter avec bienveillance la douleur que ces termes pourraient vous infliger.

Car le langage " psy ", si vous me le permettez, c'est comme la douleur : on n'arrive pas à l'éliminer totalement. Il en reste toujours un petit quelque chose. Ou bien, si nous parvenons à éradiquer la douleur, il restera dans le corps une trace de ce qui l'a provoquée. Une marque, un souvenir, qui fait, comme disait un " ancien cancéreux guéri " que " rien ne sera plus jamais comme avant ".

Les " psys " n'utilisent pas beaucoup le terme de douleur. Les termes employés tournent plutôt autour de souffrance, affect, angoisse, anxiété.

Mais il semble que nous pouvons désigner la douleur comme l'effet d'un signal d'alarme actionné par le corps, en dehors de toute conscience à son départ.

Le corps y dénonce une atteinte, un dommage, une altération, une irritation. C'est un signal en appelant à la vigilance et à la réaction.

La sensation, et l'expression qui en est donnée en subissent de fortes variations subjectives. C'est pourquoi son évaluation est laissée à l'appréciation du douloureux et la seule mesure d'apparence objective qui en est réalisée est effectuée par le souffrant lui-même, à l'aide du déplacement d'un curseur sur une règle étalonnée de zéro à cent.

Pour ce qui concerne au minimum le service, nous pouvons séparer arbitrairement les douleurs intenses selon qu'elles présentent ou non un support lésionnel.

D'un côté les douleurs du type de celles qui se développent à partir des processus cancéreux.

De l'autre, les douleurs de type glossodyniques, sans aucun support lésionnel.

Étrangement ces deux séries apparaissent parallèles et analogues sur plus d'un point, et sont simultanément, aiguës et insistantes (pour ne pas dire aiguës et chroniques).

Dans les processus cancéreux, à partir d'une altération, elles ne laissent aucun repos. Le signal d'alarme reste bloqué comme dans ces automobiles qui nous exaspèrent au bout d'une minute. Mais leur prolongation pendant 1 heure, 15 jours, 2 mois, sans possibilité de fuite est insupportable. Cette douleur, ne correspondant plus à un signal salutaire mais à une sonnerie de tocsin, est épuisante et dégradante.

Les douleurs sans support objectivable telles les glosso- ou stomatodynies rejoignent parfois les précédentes par leur permanence et leur caractère implacable, faisant supplier certains patients de les faire cesser " ne serait-ce qu'une heure ".

Je voudrais vous dire quelques mots à propos d'un cas de stomatodynie relativement " atypique " puisque concernant un homme, assez jeune.

Ce monsieur, que j'appellerai Mr COURAGE, est un patient bien connu par nombre de personnes du service, car il raconte son problème au hasard des couloirs à toute oreille disponible.

Il va avoir 50 ans et durant les 30 années durant lesquelles il a exercé avec le plus grand plaisir, la profession d'étanchéité-couvreur, passant sa journée à déambuler sur les toits, comme non soumis aux lois de la pesanteur, n'a jamais pris un seul jour d'arrêt de maladie (... de travail !), n'a jamais eu mal ... aux dents.

Joyeux boute-en-train, jovial, il était heureux en famille, dans sa communauté, son travail et son village.

Il a cependant subi plusieurs accidents :

- 3 tendons coupés au bras (droit) qui est, depuis, affaibli, très fatigable et douloureux, il y a 15 ans.

- une plaie ouverte au pied après une chute, à peu près aux mêmes périodes, invalidante et douloureuse.

Il ne produit pourtant et n'a jamais formulé aucune plainte à propos de ces douleurs et des séquelles qui n'ont finalement pas de conséquences invalidantes dans son activité car il les supporte ou les compense.

En revanche, ce qui l'emmène dans le service après maintes consultations et tous les examens possibles jusqu'au scanner, concerne une autre chute : il a glissé sur une échelle à 3-4 mètres de hauteur, est tombé debout ; s'est cogné le menton, qu'il a pensé s'être cassé, sur le genou et y a laissé trois dents.

A la suite de l'accident dira-t-il et depuis -cela fait trois ans- il a senti " un goût ", " un liquide " qui le pique et lui brûle la gencive et l'oblige à " mordre " tout le temps. Il ne parvient plus à aller travailler, lui autrefois si actif traîne toute la journée, ne dort pas, n'a plus le cœur à plaisanter, se plaint de palpitations, de céphalées, de migraines ophtalmiques ; il pleure - ce qui ne lui était jamais arrivé.

Très soucieux il s'interroge et questionne sans cesse les autres. Il ne parle que de ça, y pense jour et nuit, épuise sa famille et les soignants.

La question que je vous poserai est la suivante : pour quelle (s) raison (s) ces accidents, ces atteintes physiques aussi douloureuses les unes que les autres, ne l'ont conduit à aucune plainte tandis que la troisième se traduit par une douleur obsédante, insupportable et se situe dans un tel contexte dépressif ?

Quelle est la différence de fonctionnement ?

Je vous épargnerai les explications théoriques ou hypothétiques qui à mon avis induisent ou produisent cela.

Je voudrais simplement vous faire le parallèle, puisqu'il s'agit ici d'une simple mise en place, avec ce que vous connaissez très bien et peut être plus spécialement les chirurgiens :

- la douleur exquise

- terme admirable - la douleur exquise est une douleur vive et nettement localisée, par exemple à la rencontre d'une ligne de fracture et d'un trajet nerveux.

Il ne s'agit pas d'autre chose ici.

À ceci près que son emplacement ne concerne pas pour nous un lieu anatomique mais un site, que nous appelons " topologique ", c'est-à-dire organisé selon une " logique topique " et, en ce lieu, s'est située une fracture.

Et là aussi je vous ferai grâce du développement théorique et dirai seulement qu'il s'agit de l'irruption massive d'un échec pour Mr COURAGE, d'une façon indéniable, ineffaçable ; une fracture de son monde, de

sa manière de concevoir le monde, de l'évidence inéluctable et incontournable d'un échec.

Cette effraction, même si les sujets qui l'éprouvent, à l'instar de Mr COURAGE ne s'en rendent pas bien compte, est effroyable et mène à une chute dépressive vertigineuse avec une dévalorisation extrême, des pensées hypocondriaques obsédantes, quasi-délirantes, monomaniaques ou monodéïques.

Toutes leurs pensées, toutes leurs paroles étant remplies par cet événement.

Cette dépression vertigineuse peut être - et c'est très généralement le cas - ralentie ou tempérée par différents parachutes :

- des options paranoïaques à type de revendication avec demande de réparation du préjudice ;

- ou bien par le symptôme justement, la douleur, ici, particulièrement exemplaire dans sa nudité exceptionnel-le, qui évite une dépression trop importante.

Car le symptôme quel qu'il soit - avec ou sans support - présente toujours deux aspects essentiels : l'alarme que nous avons évoqué, mais aussi une vie du corps. Aussi pénible soit-elle, la sensation, la douleur concerne tout de même un exercice de ce corps, une part vivante et certains glossodynamiques nous apparaissent comme s'il n'y avait quasiment plus que leur bouche qui était encore vivante en eux et se manifestait seule dans une existence morne, éteinte et vide, au milieu de leur ennui.

Dans les réflexions et les élaborations qui vont parfois suivre ce traumatisme, il n'est pas rare que certains se considèrent alors comme des nullités ayant raté leur vie ou évoquent sans cesse la nostalgie de ce merveilleux temps " d'avant " ce traumatisme.

Ce que je voulais notamment illustrer par cette observation c'est, qu'il y ait ou non support anatomique, l'existence pour chacun d'une rupture imaginaire, lors de laquelle la douleur dépasse la conscience et la maîtrise du sujet.

Le terme de désafférenciation souvent utilisé en médecine, ne désigne-t-il pas une cassure indiquant que la maîtrise est défailante tandis que l'aliénation persiste ?

Cancéreux ou pas, le malade s'y retrouve perdu et désorienté.

Hors saisie, hors mesure, c'est la panique et l'urgence invivables qui s'installent.

Celui qui le subit, l'éprouve comme une faille majeure sans pondération dans une impuissance totale, extrêmement angoissante, et la confusion.

Tout comme l'angoisse massive, ces états ne sont pas supportables longtemps et rejoignent d'ailleurs l'urgence du toxicomane.

C'est à cette place que se situent les idées de mort, les souhaits de morts et les tentatives de suicides, mais également les questions concernant l'euthanasie.

Un malade qui demande à mourir doit, à mon avis, être considéré d'abord sous deux angles : la douleur et la dépression.

Cette journée concerne le traitement des douleurs, celui-ci est abordé différemment, mais, dans le service, on ne laisse pas déferler la douleur.

Ensuite, en psychiatrie, la question de la conduite à tenir face à un sujet dépressif, a été résolue depuis longtemps : ce n'est pas parce qu'un patient souhaite mourir, ou essaye de mourir, qu'on le laisse faire, l'autorise ... ou l'aide.

Il convient d'abord d'envisager, de tenir pleinement compte de la position dépressive actuelle du malade et ses causes éventuelles.

Car le suicide et l'euthanasie peuvent représenter parmi d'autres orientations, une tentative d'éradication totale, une ablation totale et, si vous me passez le mot, une " chirurgie généralisée " : plus de malade, plus de douleur. C'est magique et absurdement sadique éventuellement.

Car autant ça peut être le cas pour l'acharnement thérapeutique dans une tentative désespérée des soignants ne pouvant se résoudre à accepter une mort, autant l'euthanasie peut aisément rejoindre une position divine, au-delà du père et de la mère : la puissance de donner ou de retirer la vie, en l'occurrence de la retirer.

La perte des repères du sujet, de ses bornes symboliques, laisse déferler la douleur qui se propage s'il ne peut lui être apporté - quoi ? - une limitation.

Il échoit par conséquent aux soignants de permettre au malade de retrouver ses marques, comment ?

Par l'action conjuguée de la parole et de la chimiothérapie, chaque fois que cela est possible.

Pas n'importe quelle parole, pas un discours qui s'étire sans intérêt ni conséquence, mais avec un authentique interlocuteur.

Car la parole potentialise les effets des antalgiques et favorise la portée suffisante de leur action, ou l'inverse : car il existe des moments dans lesquels la parole ne peut accrocher, la douleur occupant toute la conscience et tous les investissements du sujet.

Une parole envisageant le ou les points où son organisation se trouve bousculée, ou bloquée dans un souci majeur auquel il ne perçoit à ce moment-là aucune possibilité d'action, aucune solution possible.

C'est par ce point de fuite que la douleur déferle et écrase le sujet.

Notre travail ne vise pas à l'éradication de toute douleur mais à la tempérer lorsqu'elle se présente hors limite, et lui restituer son humanité. ■