



**Gérard Ostermann**

Professeur de thérapie, Médecine interne, Psychothérapie. Président du Collège régional des alcooliques aquitains, Bordeaux.

## Charles Jousselein : Conscience et douleur

Pour Charles Jousselein, praticien hospitalier en soins palliatifs et algologie, exerçant au CHU Bichat à Paris, et responsable du pôle éthique de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la douleur est une expérience radicalement subjective : il est toujours question d'une mise en péril de notre être, de notre existence. Le lien entre conscience et douleur ne fait pas de doute. Mais si la conscience est nécessaire à la perception de la douleur, cela n'est pas suffisant.

*Comment ne pas être spontanément d'accord avec Shakespeare qui affirmait que jamais ne vécut philosophe qui put, en patience, endurer le mal de dents. Le patient que je reçois en consultation pose trois paquets sur la table : 1) j'ai mal ; 2) je souffre ; 3) j'ai tel comportement. Et à partir de là une relation va se construire. Il est communément admis qu'une personne subit des douleurs seulement si elle est consciente : conscience en soi. Mais, qu'est-ce que la conscience ? La conscience est présence à soi, relation à soi et en même temps présence et relation au monde. L'idée toute simple qu'aurait, en la matière, le sens commun (dans lequel je m'inclus), serait que la douleur implique nécessairement la conscience, et que plus de conscience signifie aussi plus de douleur. Comment abordez-vous, Charles Jousselein, la question de la conscience et de la douleur ?*

Voilà deux notions complexes parce qu'humaines. Comme vous, j'utilise le terme « conscience » tel que le définit la célèbre formule de John Locke : "consciousness is the perception of what passes in a Man's own mind [la conscience est la façon



dont un homme perçoit ce qui (se) passe dans son propre *mind*] <sup>1</sup>". Plus près de nous, Emmanuel Lévinas parlait bien de cette relation à soi et aux autres : « conscience implique présence, position-devant-soi, c'est-à-dire la "mondanité", le fait-d'être-donné. Exposition à la saisie, à la prise, à la compréhension, à l'appropriation<sup>2</sup> ». J'ajoute que la conscience n'est pas une chose, ne peut pas constituer un contenu ou un psychisme ; la conscience est

radicalement subjective. Il est question de notre être et de notre être au monde.

La douleur est aussi, à mon avis, une expérience radicalement subjective : il est toujours question d'une mise en péril de notre être, de notre existence. Vous dites très justement que votre patient, posant ses trois paquets, dit trois fois « je » : j'ai mal, je souffre, j'ai tel comportement. L'être échappe à la connaissance et la fonde. C'est la subjectivité. Dans une situation de passivité, nous recevons une modification dont nous ne sommes pas l'origine. Notre être supporte une manière d'être dont il n'est pas la source, « Seulement pour supporter, encore faut-il que j'existe et, de ce fait, mon existence se situe toujours au-delà de la passivité<sup>3</sup> ». Vivants, nous « n'échappons » pas à notre être, notre existant, notre subjectivité. L'expérience douloureuse se formule toujours par un « je ».

Quant à relier le plus de conscience avec le plus de douleur, j'y adhère, mais je me garderais de rechercher un coefficient de proportionnalité entre ces deux phénomènes. Nous sommes au sein du vivant, de l'être.

La douleur est une expérience humaine, traversée périlleuse, du moins non sans danger potentiel, toujours unique et singulière, non reproductible à l'identique : c'est toujours une première fois, aussi bien sous l'angle de la conscience que de la douleur. Le lien entre conscience et douleur ne fait pas de doute. Mais n'oublions pas que si la conscience est nécessaire à la perception de la douleur, cela n'est pas suffisant.

*Vous sous-entendez qu'il convient alors de bien distinguer la douleur, comme expérience vécue en première personne, des processus neurophysiologiques qui l'accompagnent. Je voudrais revenir un peu sur la conscience. Comme vous l'avez habilement suggéré, définir la conscience, c'est une autre histoire ! La définition de Steven Laureys est circulaire, comme d'ailleurs celle de Locke (on définit la conscience par la perception et la perception... par la conscience). Il me semble que la première référence pertinente sur cette notion est Edmund Husserl. C'est de lui que vient le sens moderne de la notion d'intentionnalité, qui lui est liée. L'intentionnalité est, pour Husserl, la structure générale de la conscience ; c'est « cette propriété qu'a toute conscience d'être conscience de quelque chose ». Par-là, Husserl veut casser la représentation psychologique de la conscience comme une boîte à images. La conscience, montre-t-il, est un mouvement pour sortir de soi ; c'est la première acception, dynamique, de la notion d'intentionnalité. La seconde est d'ordre sémantique : la conscience est « donatrice de sens » ; c'est d'elle que le monde et les objets reçoivent leur signification et leur valeur. Il ne faut pas confondre, par conséquent, intentionnalité et réflexivité. Gottfried Wilhelm Leibniz l'avait formulé avant Husserl avec sa théorie des « petites perceptions » et avait appliqué notamment cette idée à notre conscience du temps : le présent, écrit-il, est « lourd de tout le passé et gros de tout l'avenir ». Cela fait que la conscience n'est pas transparente à elle-même : la part d'ombre, en*

*elle, l'emporte sur « les régions illuminées ». Ce n'est pas sans conséquence, remarque Leibniz, pour la liberté car on n'est jamais entièrement éclairé, s'il en est ainsi, sur les motivations de ses choix et de ses conduites. Quant à la douleur, il n'en parle pas, mais cela permet de lui donner une existence plus profonde et plus étendue que ne le laissent supposer les définitions que l'on peut mettre en avant : la douleur peut être là, au fond, tapie dans l'ombre, alors même qu'elle n'est pas actuellement perçue comme telle ; et lorsqu'elle est actuellement perçue comme telle, ce n'est pas comme un moment du temps ou une partie de notre vie mais bien comme ce qui fait du temps ou de la vie tout entier et un monde de douleur.*

*Comment percevez-vous cette notion d'intentionnalité dans le champ de la douleur ?*

Selon Husserl, chaque perception possède des horizons qui embrassent d'autres possibilités perceptives ; trait essentiel de l'intentionnalité : « à chaque perception appartient un halo de perceptions passées, qu'il faut concevoir comme une potentialité de souvenirs susceptibles d'être rappelés [...] »<sup>4</sup>, comme tapie dans l'ombre, pour reprendre votre image. Les différentes perceptions du corps humain, notamment la douleur, concernent la chair avec ses structures somatiques spécifiques dédiées à la douleur : c'est le corps *Körper*. Mais pas seulement, sinon au risque de nier notre cogito. C'est-à-dire que la chair est aussi simultanément pensante, *Leib*. Maurice Merleau-Ponty le dit autrement : « [...] entre ma sensation et moi, il y a toujours l'épaisseur d'un acquis *originaire* [...] »<sup>5</sup>. Au sein de chaque sensation douloureuse, dans le sédiment de cet acquis, l'histoire singulière de chaque sujet interfère avec les circonstances et les enjeux en présence. Nous savons aujourd'hui l'importance de la mémorisation de la douleur et comme vous le dites, à aucun moment il n'est question d'un acte réflexif ou d'entendement, mais d'une expérience. Notre corps, simultanément *Körper* et

*Leib*, est le véhicule de l'être au monde, il est pour nous-même le pivot du monde. C'est la « mondanité » de notre conscience, pour reprendre les propos de Lévinas.

*Ni visible, ni audible, ne pouvant prendre aucune apparence, la douleur ne se situe pas dans le domaine public au sens décrit par Hannah Arendt. La douleur ne se situe pas dans la réalité. Mais ce n'est pas parce que la douleur n'est pas dans la réalité qu'elle n'est pas réelle (du latin *Res*, son essence, son statut ontologique). Un psychanalyste dirait, au contraire, que la douleur est l'épreuve du réel, par opposition à l'imaginaire et au symbolique (et la douleur, en effet, se refuse de prime abord à l'image et au symbole). Charles Jousselein, que penser de l'incommunicabilité de la douleur ?*

Du latin *communicare*, mettre en commun, communiquer possède plusieurs sens : mettre quelque chose en commun, être en relation avec quelqu'un. La douleur étant à mon avis radicalement subjective, son objectivation et sa mise en commun entre plusieurs personnes me semblent difficilement possibles. Communiquer la douleur prise pour objet entre un émetteur, sujet qui la subit, et un récepteur ou destinataire, sujet cherchant à recevoir s'avère une démarche d'autant plus illusoire que le monde des hommes, sujets, et le monde des objets restent séparés. Ils ne peuvent pas se confondre. Poser les questions suivantes, « Combien avez-vous mal ? », ou « Quelle est l'intensité de votre douleur ? » met le patient douloureux en difficulté, puisqu'il lui est impossible de communiquer sa douleur, au sens d'objectiver son éprouvé. Ce phénomène se remarque aisément dans la perplexité et l'hésitation du malade à répondre à la question posée. L'incommunicabilité de la douleur et son caractère radicalement subjectif, d'une part, l'influence des très nombreux facteurs tels que gestes, attitudes, circonstances, enjeux et échanges intersubjectifs lors de la rencontre, d'autre part, ne permettent



### Douleur, tu perds ton temps

Charles Jousselein  
Desclées de Brouwer  
Coll. « La méridienne »  
2005 - 118 p.

Telle est l'injonction que reprend à son compte le docteur Charles Jousselein en s'inspirant de Montaigne. La souffrance de longue durée, celle qu'on nomme chronique, altère le temps de vivre, ronge l'individu qui en souffre. Il s'épuise et épuise son entourage.



### La douleur à bras-le-corps

Gérard Ostermann  
Patrice Queneau  
Pierre Grandmottet  
Éditions Médicis  
2007 - 176 p.

Longtemps ignorée, la douleur du patient est aujourd'hui mieux prise en compte. Elle est cependant insaisissable et subjective, revêtant pour chacun une forme propre : de la douleur-alliée, signal d'alarme d'un dysfonctionnement, à la douleur-enennemie, subie jour après jour... Aujourd'hui, grâce aux avancées des neurosciences, la douleur n'est plus une incon-

>>>

pas de réduire par analogie la douleur à un chiffre lors d'une auto-évaluation.

*En quoi La douleur est-elle le sentiment le plus privé, le plus intime de nous-mêmes, comme le suggérait Hannah Arendt ?*

Merci de reprendre ce propos de Hannah Arendt dans *Condition de l'homme moderne*<sup>6</sup> alors qu'elle relie, comme vous le disiez, la réalité à l'apparence publique dans un chapitre où l'auteure montre les limites entre l'espace privé et public. Limites qui aujourd'hui se déplacent nettement comme nous le constatons au nombre de personnes qui font part de leur vie privée en public à l'aide du téléphone portable qui ne nous quitte plus ! Au sein de l'espace privé, Arendt évoque un espace intime et illustre cette notion en donnant l'exemple de la douleur qui est le sentiment le plus intime parce qu'il est le plus difficile à transmettre. Pour étayer cette notion, revenons à la communicabilité de l'expérience douloureuse alors que nous l'observons sous un autre angle : celui d'une construction socioculturelle signifiante. Pour ce faire, je propose volontiers un parallèle entre l'expérience douloureuse et la maladie en m'appuyant sur les écrits de Georges Canguilhem<sup>7</sup> décrivant la notion de normal et de pathologique. La maladie, la douleur, le normal, le pathologique n'ont pas de sens si la conscience humaine, de la personne malade, de la personne douloureuse, des observateurs et des soignants, est mise de côté. C'est d'un homme vivant dont il est question ; vivant dans un milieu qui peut changer et auquel il devra s'adapter pour vivre. Les pathologies sont influencées, voire provoquées, par le milieu dans lequel vit la personne et sa façon de s'y adapter. La maladie, de même que la douleur, n'est pas seulement un ensemble de symptômes. Ce sont des expériences individuelles intimes qui se déploient au sein du « vivant de nous-même » alors que nous sommes toujours en relation avec les autres. À l'instar de ce que dit Michel Foucault de la maladie<sup>8</sup>,

nous pouvons dire que la douleur est branchée sur la vie elle-même, se nourrissant d'elle.

La douleur est maladie modifiant notre vie ; elle fait irruption et change notre façon d'être au monde jusqu'à parfois faire événement, c'est-à-dire apportant un changement qui modifie sans retour possible notre aventure au monde parmi les hommes. La douleur est une expérience intime insaisissable pas seulement organique et psychique, mais aussi celle d'un être humain chargé de social, d'histoire et de culture en relation avec les autres hommes. La douleur doit être abordée avec toute sa complexité vis-à-vis des contraintes et des exigences sociales. Chacun s'adaptant comme il le peut. De multiples exemples l'attestent : telle la fibromyalgie en Occident ; le Sangu dormias, le sang dormant, chez les Portugais du Cap-Vert ; le Sheng-fing shuairi désignant la « neuras-thénie » en Chine, etc.

*Que pensez-vous de l'évaluation de la douleur dans la mesure où vous parlez de l'incommunicabilité de la douleur ?*

Parce qu'elle est radicalement subjective, vive, vivante, la douleur n'est communicable qu'à travers l'expérience, elle-même subjective, de l'activité artistique ou la mise en récit. Dans ce dernier cas, la parole, elle-même expérience subjective, décrit l'expérience subjective de la douleur, avec tous les risques de l'erreur, de l'échec, de la difficulté voire de l'impuissance à dire ; dimensions essentielles de l'être-au-monde, de l'être avec autrui.

En revanche, tout être humain au monde, quel qu'il soit, jeune ou âgé, malade ou en bonne santé, quelle que soit la qualité de ses possibilités de communication, est transformé par la douleur. C'est de cette façon qu'il communique sa douleur. Il montre aux autres ce qu'il subit en lui donnant une apparence publique. C'est par la médiation de notre être, dont notre corps pivot du monde, dans une transformation par laquelle nous sommes saisis d'une certaine dis-

tance et étrangeté à nous-mêmes, que la douleur peut se montrer et se communiquer au monde.

*La douleur se montre, d'où l'intérêt en clinique de l'hétéro-évaluation de la douleur.*

L'hétéro-évaluation n'échappe pas non plus aux circonstances et enjeux lors de l'observation de l'autre. La façon dont un Pakistanais « montrera » qu'il subit des douleurs abdominales sera différente de celle d'un Inuit du Groenland. Toutefois, un observateur issu de la même culture ne se trompera pas. L'évaluation, quelle qu'elle soit, dépend habituellement plus de l'évaluateur que du phénomène évalué ; donc ici du regard et de l'attention portée à celui qui souffre. Autrement dit, méfions-nous de l'indifférence et de la banalisation, méfions-nous de nous-mêmes professionnels. Après avoir salué et fait connaissance avec notre patient, notre première tâche de soignant consiste à l'écouter et à le regarder. Retenons-nous quelques instants d'interroger, de compter, d'évaluer et de noter même si c'est pour suivre scrupuleusement une procédure qui satisfera l'encadrement, les visiteurs de la Haute autorité en santé et la direction de l'hôpital. L'observation et l'attention à l'autre est une des grandes qualités de la plupart des soignants ; c'est souvent après avoir observé une attitude différente chez un patient que les soignants proposent de mettre en œuvre une évaluation. En réalité, ils ont à ce moment-là déjà fait une hétéro-évaluation. Utiliser l'hétéro-évaluation permet de surcroît de valoriser une compétence qui se trouve déjà chez les professionnels du soin.

La douleur se montre et c'est ainsi qu'elle devient communicable ; au risque de l'écoute, de l'attention et de l'observation des soignants, quels qu'ils soient. Sartre le décrit dans la possibilité que possède le regard d'effondrer la subjectivité de l'autre, le regard regardé<sup>9</sup>.

Pour faire un lien entre la vie, la société, la douleur, la maladie, permettez-moi une remarque supplémentaire afin d'étayer le caractère



vivant de la douleur. Cette dernière est vive au sens d'un phénomène vivant participant à l'adaptation de l'homme à son milieu. Prenons l'exemple des douleurs qui persistent longtemps, deviennent chroniques selon la terminologie en vigueur dans le monde médical actuel ; au-delà de trois à six mois. En pratique quotidienne, de tels patients sont fréquemment rencontrés. Souvent marginalisés au sein de leur famille et de la société, altérés, ils ne sont plus les mêmes. Le surgissement de la douleur a fait événement. Ces patients se plaignant depuis longtemps de douleur sortent de la norme socialement admise : cela n'est plus dans l'ordre des choses, ils sont en porte-à-faux.

*Devant de telles douleurs, la médecine, impuissante à soulager, allègue de douleurs dites rebelles.*

Ce terme *rebelle* montre le caractère vivant de la douleur qui à l'évidence n'est pas une chose, quelque chose, mais un je-ne-sais-quoi qui vit. Si la douleur se rebelle, c'est qu'elle entre en guerre, *bellum*, guerre, en latin. Si la douleur peut se rebeller, c'est bien qu'elle est vivante, vive, permettant à chaque individu, dans sa singularité et avec son caractère subjectif de l'utiliser pour se battre. Pour quoi ? Contre quoi ou qui ? Si la douleur était seulement une chose, un objet, un influx, une différence de potentiel, elle ne pourrait pas agir de la sorte. Pour se rebeller, il faut être du monde du vivant.

Par ailleurs, reprenons ce que dit Claudine Herzlich de la maladie et de son rapport au social pour le rapprocher de la douleur maladie : « La maladie objective un rapport conflictuel au social<sup>10</sup> ». Lorsque les médecins parlent de douleur rebelle, ils évoquent ce conflit plus particulièrement avec le pouvoir médical et ses techniques. Vivante et rebelle, la douleur dérange l'institution, la science et ses techniques. Celui qui n'est pas soulagé par les techniques médico-chirurgicales mises en œuvre, échappe à la norme. Des dispositifs institutionnels sont mis en place pour réagir. Chaque établissement de santé a depuis quelques années l'obliga-



tion de créer des Clud : comité de lutte contre la douleur. Ces comités doivent se réunir régulièrement afin d'élaborer des procédures et des protocoles de lutte contre la douleur.

Il me semble que chercher à objectiver la douleur, la réduire à un symptôme mesurable, lui opposer des comités et des protocoles est une lutte illusoire et indifférente à la dimension subjective et vivante de la douleur. Dans une bien moindre mesure, mais du même ordre me semble-t-il, la *banalité du mal* dont parlait Hannah Arendt se retrouve aussi dans la difficulté de prendre en charge un patient douloureux. C'est-à-dire au cours d'une ren-

contre toujours imprévisible au risque de notre indifférence. L'objectivation de la douleur risque-t-elle d'induire un sentiment d'abandon, de mépris chez l'être douloureux ? Cela mérite un débat.

Il me semble que chercher à objectiver la douleur, la réduire à un symptôme mesurable, lui opposer des comités et des protocoles est une lutte illusoire et indifférente à la dimension subjective et vivante de la douleur

1 - Balibar, E., (2004) Conscience, in Cassan, B., (sous dir.) *Vocabulaire européen des philosophies*. Paris : Seuil, p. 267.

2 - Lévinas, E. (1991) La conscience non intentionnelle, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris : Grasset, p. 136.

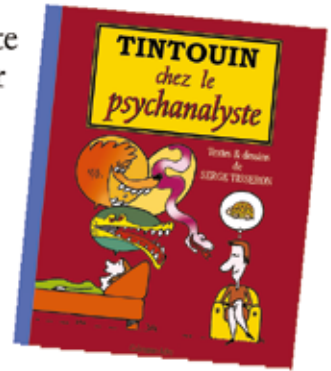
3 - Sartre, J.-P., (1943/2004) *L'être et le néant*. Paris : Gallimard, coll. « Tel », p. 24.

4 - Husserl, E., (1947/2001) *Méditations cartésiennes*. Paris : Vrin (trad. E. Lévinas), p. 83.

5 - Merleau-Ponty, M., (1945/2009) *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, coll. « Tel », p. 250.



Célèbre pour ses recherches sur Tintin, les secrets de famille et les images, le psychiatre et psychanalyste Serge Tisseron est également capable d'un humour dévastateur dont témoigne sa thèse de médecine en bandes dessinées. Il porte ici un regard décapant sur les confidences de six patients imaginaires...



## RETROUVEZ LES DANS SES ALBUMS

QUAND MON  
COUSIN AVAIT  
DOUZE ANS



IL VOULAIT TOUJOURS  
ME MONTRER SES  
SOLDATS DE PLOMB



MOI, JE ME DEMANDAIS  
S'IL REMARQUAIT QUE  
MES SEINS POUSSAIENT...



QUAND MON  
COUSIN AVAIT  
QUATORZE ANS



IL DISAIT QUE SA VIE  
N'AVAIT PAS DE SENS  
S'IL N'ÉTAIT PAS UN HÉROS



MOI, JE PENSAIS QUE  
ÇA SERAIT BIEN DE  
FLIRTER ENSEMBLE...



QUAND MON  
COUSIN AVAIT  
DIX-HUIT ANS



IL DISAIT QU'UNE SEULE  
CHOSE COMPTAIT À SES  
YEUX, LA RÉVOLUTION



MOI, JE PENSAIS QUE  
JE SERAIS HEUREUSE DE  
ME MARIER AVEC LUI ...



MAINTENANT, MON  
COUSIN DIRIGE  
UNE BANQUE, ÇA  
L'ACCAPARE BEAUCOUP



IL DIT QU'IL FAIT  
ÇA POUR CONNAÎTRE  
LE CAPITALISME  
DE L'INTÉRIEUR



MAIS MOI, JE ME DEMANDE  
COMBIEN D'HISTOIRES IL  
VA ENCORE INVENTER POUR  
NE PAS S'INTÉRESSER À MOI !

