

Journée régionale Saradol « La souffrance des soignants »
9 juin 2017

« Les mots de maux ou mille raisons de ne pas se comprendre »

Les mots que nous adressent les patients que nous accueillons dans les centres de consultation de la douleur se formulent d'abord en ces termes : une demande expresse à l'endroit du corps médical d'obtenir un soulagement de la douleur dont ils souffrent. Le médecin est convoqué à y répondre, le patient en appelle à sa science et à ses techniques. Nous ne sommes pas sans savoir qu'il y a un certain nombre de cas dans lesquels les traitements mis en place n'ont aucun effet sur le symptôme que le patient présente voire, l'aggrave considérablement.

La médecine apprend à traiter le symptôme comme un signe de dysfonctionnement et la réponse médicale vise la guérison. Cela fonctionne dans un grand nombre de cas. Mais voilà, dans notre pratique, le symptôme résiste à la logique médicale et l'on nomme cette douleur « rebelle ». Ici, tenir compte de la logique inconsciente évite bien des ravages, protège de bien des malentendus et permet au médecin de s'engager dans cette relation de soin qui l'engage de façon très particulière.

Tenir compte de la logique inconsciente, c'est ce que la pratique en douleur chronique nous enseigne. Elle nous apprend que le symptôme est paradoxalement une souffrance qui satisfait et que le patient, quoi qu'il en dise, y tient. Comment comprendre ce paradoxe et comment s'en saisir dans la rencontre avec le patient ?

Lorsque l'on tient compte de l'inconscient et de sa logique, on repère que le symptôme est autant une affliction qu'une trouvaille. Par cette voie, un plaisir trouve sa satisfaction et la pulsion un chemin pour se réaliser. Le symptôme est un outil singulier que le sujet se forge pour faire avec le réel. Autrement dit, c'est un traitement du réel et le terme « traitement » doit tout particulièrement retenir notre attention.

A la lumière de cet éclairage, on comprend que toucher au symptôme, ça n'est pas une mince affaire ! On vient mettre à mal quelque chose du désir, de la pulsion et du traitement qu'un sujet fait du réel. Sans le savoir, sans le vouloir, nous ébranlons sa solution singulière.

Lorsque le symptôme est ainsi noué, si le médecin (ou plus largement les acteurs du soin) veut diriger le patient dans le sens du bien, ce qu'il risque de réveiller, c'est la pulsion de mort et la pulsion de mort c'est un « pousse au pire » ! Nous avons une lecture clinique de ce phénomène. Par exemple, un patient énonce : « Docteur, depuis l'infiltration, c'est pire ! » Et le pire du pire survient souvent au décours d'une chirurgie qui avait fait miroiter la promesse d'une guérison totale.

Cette réaction, Freud, lorsqu'il l'a rencontrée, l'a appelée « *réaction thérapeutique négative* ». C'est une résistance inexplicable à la guérison. Plus le désir de guérir est grand (« *furor sanandi* ») plus violente sera cette réaction.

Ce qui résiste, ce n'est pas le patient (c'est là un malentendu qui souvent complique la relation thérapeutique), c'est le symptôme parce qu'il a de très bonnes raisons d'être là fussent-elles inconscientes. Ce qu'il ne nous faut pas ignorer c'est que l'inconscient dans sa dimension pulsionnelle et désirante est un roc.

Lorsque cette réaction survient, les soignants sont mis en position d'impuissance et ils risquent soit ne plus pouvoir tenir le lien avec le patient, soit de le maintenir mais au prix d'un épuisement certain.

Il y a donc sans cesse à inventer une autre voie qui permet de tenir sans s'épuiser afin de pouvoir offrir au patient qui nous rencontre la garanti de notre présence.

Si l'on s'enseigne de cette pratique et du fil qu'elle nous donne à retordre, nous traçons un chemin thérapeutique au cas par cas sur lequel l'enjeu n'est pas tant de traiter le symptôme mais de faire avec c'est-à-dire, de s'en servir !

Tout approche du symptôme et de son noyau s'accompagne d'angoisse, de déplaisir. Le transfert avec le médecin est alors un appui précieux pour supporter cet effet sans qu'il fasse ravage. Et pour que le transfert se noue, cela suppose que le médecin s'y prête.

La réaction thérapeutique négative est au cœur de tout traitement, quelque chose ne veut pas guérir. Mais si le médecin ne s'acharne pas trop à vouloir le bien de son patient (nous savons qu'il vaut mieux se garder de dire à nos patients que nous les trouvons mieux !) et consent au transfert, quelque chose se passe, une voie s'ouvre. C'est ce que notre pratique nous enseigne.

Le symptôme indique un « ça ne va pas » que nous écoutons, auquel nous nous intéressons et même nous nous y intéressons à plusieurs. Cette affaire de « douleur rebelle » nous intrigue, nous questionne, nous cherchons et allons chercher du côté du patient les réponses à nos questions. Nous lui supposons un savoir. Une parole peu à peu se déplie et c'est à chaque fois une découverte, une surprise.

La demande initiale, demande urgente de soulagement, se calme, se fait moins pressante. Cela en somme devient vivable pour le patient et pour nous aussi. Le symptôme parfois se déplace, disparaît ou conserve sa forme initiale mais des mutations s'opèrent : un homme reprend le travail, une femme peut de nouveau s'occuper de ses enfants (ou le contraire !), un patient s'apaise et devient moins agressif, un autre fait pour la première fois une rencontre amoureuse qui n'est pas un désastre. De façon singulière, la pulsion de vie gagne du terrain et c'est en la soutenant à petit pas, dans une « *fraternité discrète* » comme le dit Lacan, que nous parvenons à tenir le coup dans cette pratique qui, en nous plongeant dans la complexité de notre condition, nous humanise.

Anne-Laure Pellat-Mersaoui

CETD Groupe Hospitalier Mutualiste. Grenoble.

Bibliographie :

Jacqueline Dhéret , « La réaction thérapeutique négative », in Les cahiers de la clinique psychanalytique numéro 11, Décembre 2006.

Sigmund Freud, « Le moi et le ça », (1923), Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1981.

Jean-Pierre Klotz, « Thérapeutique du symptôme ou symptôme thérapeutique », in Mental numéro 13, décembre 2003.

Jean-Pierre Klotz, « Comment se sert-on du symptôme dans la psychanalyse ? », Conférence Montréal, 2 novembre 2007.

Jacques Lacan, « L'agressivité en psychanalyse », (1948), in Ecrits, Seuil, Paris, 1966.

Martin Pigeon, « L'éthique du bien dire », Institut Européen Psychanalyse et Travail Social, mars 2003.