

D.I.U EN PHILOSOPHIE DE LA PSYCHIATRIE

L'EXPERIENCE DE DOUTE EN CONSULTATION DE DOULEUR CHRONIQUE

JEAN HACHEZ

Comité d'organisation :

Dr. Tudi Gozé

Pr. Jean-Arthur Micoulaud-Franchi

Pr. Michel Cermolacce

Janvier-Juillet 2025

AVANT-PROPOS

Je vous propose de commencer avec une anecdote personnelle. Quand j'étais étudiant en kinésithérapie, je travaillais dans un hôpital comme technicien de surface. Un jour, alors que je nettoyais les chambres de l'étage de la psychiatrie, je me suis retrouvé dans une chambre, seul avec une patiente prise par de graves troubles de type psychotique. Je nettoyais le sol de sa chambre, passait les poussières alors que la patiente, restant alitée, poussait des petits cris, que des petits mots incompréhensibles, qui ne semblaient pas m'être adressés, lui échappaient. Je sentais bien qu'elle ne prêtait absolument aucune attention à ma présence. En fait, c'était un peu comme si pour elle je n'étais pas là, quelque chose de bien plus grand avait l'air de l'occuper entièrement. Pendant le temps que je suis resté dans cette chambre et que j'y faisais mon travail, je me souviens avoir vécu une expérience très particulière, très étrange. Quelques années plus tard, j'ai reçu en consultation kinésithérapeutique libérale pour lombalgies des patients diagnostiqués schizophrènes et qui étaient stabilisés. À chaque séance, je pouvais sentir qu'au long de la séance émergeait en moi une expérience très étrange, je me sentais « flotter », « baigner » dans une atmosphère faite de délitements, de fragmentation de la réalité.

Tout d'abord, ces premiers contacts avec la « folie » m'ont fait toucher la singularité de ce qu'une personne pouvait participer à installer comme ambiance dans une rencontre. Je réalisais que j'étais beaucoup plus « poreux » au style de présence de l'autre que je n'avais pu l'imaginer, je n'étais pas irrémédiablement « coupé », « isolé » de l'autre malgré que nos deux corps soient des entités physiques bien différencierées. Des « choses » passaient entre nous, sans que je puisse exercer un quelconque contrôle dessus. Ensuite, il semblait que quelque chose de très « typique », que je pouvais reconnaître d'une expérience à l'autre, se vivait avec les personnes dites « psychotiques ». L'expérience était très insolite, tellement singulière que je pouvais très précisément l'identifier.

Les années ont passé, je me suis formé, comme kinésithérapeute, à l'accompagnement des personnes souffrant de douleurs chroniques. En plus de mon activité clinique où j'ai pu rencontrer des patients affectés par de tels problèmes, j'ai eu l'occasion de faire des stages dans des « centres de la douleur », de rencontrer toute une série de professionnels de divers métiers de la santé spécialisés dans ce domaine. Et lors de discussions avec plusieurs d'entre eux, nous nous sommes rendus compte que nous partagions des vécus proches en présence de certains de nos patients. Une partie des patients, pas tous, semblaient partager des caractéristiques communes, des similarités dans ce qu'ils induisaient comme expérience chez nous, thérapeutes.

De mon côté, j'ai commencé à me formuler cette observation ainsi : c'était comme si, de la même façon qu'une personne souffrant d'un trouble psychotique pouvait occasionner chez moi des vécus très particuliers, certaines personnes souffrant de douleurs chroniques pouvaient induire un vécu « typique », reconnaissable parmi tant d'autres. Cet écrit est une tentative pour peut-être commencer à dire quelque chose de ce vécu qui semble être identifié par divers intervenants de la santé travaillant dans ce domaine.

Au cours de ma pratique clinique, j'ai pu croiser des patients venus me consulter pour de toutes autres raisons que leurs douleurs, mais qui par ailleurs s'avéraient souffrir de douleurs chroniques sans que cela ne paraisse trop affecter leur vie, il se faisait que c'était présent dans leur vie mais ce n'était pas central. Et dans ces situations, je n'ai jamais ressenti ce vécu si particulier mentionné plus haut. Dans cet écrit donc, je ne vais pas parler de tous les douloureux chroniques, je parlerai de certains cas particuliers qui induisent ce vécu singulier et qui semblent, entre eux, partager certaines caractéristiques dans la façon d'adresser leur plainte au soignant (et dans ce que cela crée chez lui)¹.

¹ Nous pourrions nous demander, mais ce serait l'objet d'un autre travail, dans quelle mesure notre médecine occidentale et notre système de santé encourageraient, participeraient à construire une certaine structure, une certaine forme dans la plainte chez le patient. Dans quelles mesures les promesses souvent annoncées par la science médicale, les annonces publicitaires des firmes pharmaceutiques, la façon dont nous sont enseignés nos métiers du soin, la façon dont notre médecine se considère elle-même participeraient à la création d'un certain monde dans lequel nous retrouverons certaines façons, certaines manières de venir « se plaindre » ?

INTRODUCTION

C'est à l'intersection de ma pratique clinique dans le domaine des douleurs chroniques (comme Gestalt-thérapeute et kinésithérapeute) et d'une lecture découverte par hasard qu'a débuté la réflexion qui sous-tend ce travail. Dans l'introduction de ce livre mis par chance sur mon chemin, *The Body in Pain*, l'autrice américaine Elaine Scarry, qui a travaillé sur la représentation culturelle de la douleur, a cette formule intrigante :

So, for the person in pain, so incontestably and unnegotiably present is it that “having pain” may come to be thought of as the most vibrant example of what it is to “have certainty,” while for the other person it is so elusive that “hearing about pain” may exist as the primary model of what it is “to have doubt.” Thus pain comes unsharably into our midst as at once that which cannot be denied and that which cannot be confirmed.²

Dans une situation où une personne partage son ressenti douloureux, apparaît quelque chose de paradoxal : la certitude d'un côté, le doute de l'autre. La personne qui a mal éprouve de la douleur, c'est une certitude, cela ne se négocie pas, cela est vrai. Pour la partie en face, entendre parler à propos de la douleur de l'autre n'entraîne pas quelque chose d'aussi clair et indubitable, il y aura de la perplexité, quelque chose de l'ordre de la défiance par rapport à l'expérience relatée en face.

Avant d'aller plus loin, nous devrons prêter attention à certains termes pour notre propos. Nous sommes ici en présence de mots (doute, certitude) qui nous font penser directement à Descartes. Dans le cas qui nous intéresse, les utilisons-nous dans le même sens ? Pour commencer, clarifions ce que nous entendons quand nous parlons du « doute ».

Le doute peut d'abord, suite à Descartes³, être envisagé comme un procédé méthodique pour mettre à l'épreuve ce qui se présente apparemment comme assuré. Il cherche à douter de ses « anciennes opinions » pour trouver un « indubitable » qui lui servirait de fondements en vue d'« établir quelque chose de ferme et constant dans les sciences »⁴. Plus tard, Husserl partira de Descartes et sa méthode par le doute pour développer ses recherches concernant nos vécus. Husserl doute en effet en vue de mettre en évidence la structure, et même la texture, de l'expérience égologique elle-même. Nous suspendons alors notre jugement pour nous retrouver le plus « vierge » possible face à notre expérience⁵. Nous pourrions imaginer que cette posture a des points communs avec la démarche clinique du médecin qui se retrouve face à un patient qui vient avec une plainte et pour lequel, avec lequel il va devoir dégager un diagnostic, dire « ce dont il s'agit », en s'appuyant sur une méthode qui met en doute, qui sous-pèse, qui critique chaque signe donné à lui pour peu à peu s'approcher d'un jugement qui ambitionnerait à pouvoir être « certain ».

Le doute peut également faire référence à un questionnement quant à la véracité ou la fausseté d'une énonciation et je ne réponds pas pour le moment à cette question. Quelque chose m'est dit et je ne me prononce pas quant à sa véracité ou non. Peut-être que cela ne m'est pas possible pour l'une ou l'autre raison. Et peut-être que je pourrais entrevoir, pressentir en face quelque chose qui entraîne ce doute,

² SCARRY, E., *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World.*, Oxford University Press, New York, 1985, p. 4.

³ « je pensai qu'il fallait (...) que je rejettasse, comme absolument faux, tout ce en quoi je pourrais imaginer le moindre doute, afin de voir s'il ne resterait point, après cela, quelque chose en ma créance, qui fût entièrement indubitable » in DESCARTES, R., *Discours de la méthode, Quatrième partie*, GF-Flammarion, Paris, 1992, p. 53.

⁴ « il me fallait entreprendre sérieusement une fois en ma vie de me défaire de toutes les opinions que j'avais reçues jusques alors en ma créance, et commencer tout de nouveau dès les fondements, si je voulais établir quelque chose de ferme et de constant dans les sciences. » in DESCARTES, R., *Méditations métaphysiques, Première méditation*, GF-Flammarion, Paris, 1992, p. 57.

⁵ « la seule renaissance vraiment féconde ne consisterait-elle pas à ressusciter les *Méditations cartésiennes*, non certes pour les adopter de toutes pièces, mais pour dévoiler tout d'abord la signification profonde d'un retour radical à l'*ego cogito* pur, et faire revivre ensuite les valeurs éternelles qui en jaillissent ? » in HUSSERL, E., *Méditations cartésiennes* (trad. G. Peiffer et E. Levinas), Vrin, Paris, 1969, p. 5.

auquel cas nous allons du côté du soupçon, par exemple : « J'ai des doutes quant à ses capacités à réaliser telle tâche». Au travers de ce qu'il montre de sa personne, de ses comportements, de ses gestes,, j'ai aperçu, entrevu des éléments qui me font *douter* de l'adhérence entre ce qui m'est présenté, annoncé et le résultat que j'aurai à la fin. Une notion de « soupçon » s'introduit alors.

Et le soupçon se déploie toujours face à quelqu'un, toujours dans un contexte, une relation intersubjective. Quand je vis du doute quant à la véracité de ce qu'autrui me dit, je peux douter que je me trompe mais je peux aussi *soupçonner* que je suis trompé par l'autre. Je peux soupçonner que l'on me mente. Je peux aussi soupçonner que l'autre se mente à lui-même et qu'il tente de m'entraîner dans sa propre tromperie et partant, qu'il cherche consciemment ou non à faire de moi le garant de sa tromperie de lui à lui, la caution de son propre aveuglement.

Il me semble que c'est dans le sens du doute « soupçon » (suis-je *trompé* par l'autre ?) qu'Elaine Scarry utilise dans son livre le verbe *douter* dans le contexte médical : « to hear that another person has pain is to have doubt. (The doubt of other persons, here as elsewhere, amplifies the suffering of those already in pain.) »⁶. La souffrance mentionnée entre les parenthèses n'est pas amplifiée par le doute « méthodique » de la démarche diagnostique (qui devrait plutôt rassurer le patient) mais bien par le doute « soupçon » que le patient reçoit en face de lui. Nous voyons donc bien de quel doute il s'agit pour notre propos : le doute comme soupçon.

Et aussi, comme nous nous proposons d'envisager phénoménologiquement ce doute-soupçon vécu par le thérapeute, nous tenterons de suspendre notre jugement par rapport à ce doute-soupçon, nous « douterons » de ce dernier dans le sens méthodique. Nous douterons « méthodiquement » du doute-soupçon.

Ayant lu Elaine Scarry, le neurologue parisien Nicolas Danziger⁷ expliquera ce malentendu entre patient et thérapeute par le fait que toute personne faisant face à quelqu'un qui a mal, et donc a fortiori tout soignant, est victime de multiples biais de jugement dans l'estimation de la douleur de l'autre. Selon lui, entendre la plainte d'un patient nous amènerait à nous sentir responsable, voire coupable vis-à-vis de la douleur de cet autre dès lors qu'on n'est pas capable de se la représenter correctement ou à même de la soigner. Le sentiment d'impuissance que nous ne manquerons pas d'éprouver face à la douleur d'autrui nous conduirait très facilement vers une sorte d'autoprotection, de défense face à cette plainte douloureuse (et au plus la plainte sera violemment, au plus cela activera chez le professionnel une réponse aversive intense). La première réaction défensive que nous trouverons est la sous-estimation de cette douleur : le soignant évaluera la douleur de la personne en face de lui en-dessous du score que la personne attribuera elle-même à sa douleur, il la minimisera. Et le Dr Danziger de détailler divers biais qui sous-tendent cette sous-estimation : ceux liés au sexe, à l'origine ethnique, à l'apparence physique et à l'âge du patient ; ceux liés à l'intensité de la douleur exprimée en corrélation avec la présence ou l'absence de preuve étiologique ; ceux liés à notre degré de proximité avec le patient⁸.

En tant que professionnels du soin, nous serions en fait « joués » par la situation clinique, « agis » par des biais « malgré nous », nous serions complètement pris et empêtrés dans les fils de notre subjectivité alors que nous aurions pu nous rêver objectifs.

Alors peut-être vaudrait-il la peine d'assumer l'échec de toute position objective, peut-être serait-ce intéressant d'abandonner toute tentative de vouloir expliquer ce décalage qui semblerait nous entraîner irrémédiablement vers une impasse thérapeutique, une impossibilité à se rapprocher de notre patient et de son expérience.

⁶ Ibid., p.7.

⁷ DANZIGER, N., in vidéo sur : <https://medecin-et-douleur-16e18e.huma-num.fr/regards-contemporains/regard-1/nicolas-danziger/3-la-sous-estimation-de-la-douleur-des-patients>

⁸ DANZIGER, N., *La perception de la douleur d'autrui*, in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 172, Numéro 2, Mars 2014, pp. 115-118.

Peut-être alors serait-ce pertinent d'aller chercher plutôt à comprendre ce qu'il se passe pour le soignant dans ces moments de contact avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ? Car notre hypothèse est qu'il se passe quelque chose de très significatif dans ces situations et que ces dernières mériteraient d'être dépliées. Il s'agirait de ne plus s'arrêter au constat froid d'une impossibilité d'être avec l'autre là où il est pour aller vers l'ouverture à ce qui se déroule lors de cette rencontre. Entrer dans la compréhension (et non l'explication) de ce qui se vit là, l'expérience qui est en train d'être vécue par le thérapeute et qui pourrait sans doute comporter une partie du sens de ce qui se joue pour le patient. Ce que cette situation thérapeutique particulière nous donne à vivre comme thérapeute parlerait, dirait certains parfums de ce qui se vit en face.

À ce stade, nous pourrions donc formuler une hypothèse comme suit : la situation d'une consultation en douleurs chroniques semble s'organiser autour d'un axe d'expériences paradoxales faites de certitude et de doute : une forme de certitude chez le patient, une forme de doute chez le soignant. La situation clinique se déploierait au travers d'oscillations autour de cet axe : le vrai et le faux, l'évident et le flottant, le net et l'indéterminé, ... ; et nous posons l'hypothèse que cela aurait à voir avec la problématique du patient et sa « charpente » existentielle.

I. QUELQUES ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES DE LA DESCRIPTION

Avant que nous nous attardions sur le déploiement de cette expérience, nous souhaitons revenir sur l'un ou l'autre point pour nous en dégager, pour nous libérer de pièges qui pourraient se mettre sur le chemin. Et ainsi cela précisera davantage la démarche que nous entreprenons, le point de départ que nous adoptons dans notre démarche clinique et cela marquera un peu plus la rupture de point de vue que nous entendons poursuivre.

Premièrement. De nos jours, tant dans son versant clinique que dans le versant de la recherche, le paradigme dominant notre médecine occidentale en matière de douleurs chroniques conceptualise la douleur comme un système d'alarme pour notre « maison » corps. La douleur s'enclenche s'il y a danger. En cas de douleurs dites chroniques, ce système serait déréglé : l'alarme de la « maison » ne s'enclenche plus seulement qu'en présence d'intrus de taille humaine, mais aussi en présence d'intrus de la taille d'un insecte. La métaphore du système d'alarme fait appel à tout un système de câbles (les nocicepteurs, les voies neuronales, ...) et de lieux de traitement de l'information (la « neuromatrice de la douleur » constituée de certains noyaux et zones du cerveau coordonnés entre eux et qui produisent le vécu douloureux).

Nous sommes ici dans une perspective classique en troisième personne, visant à décrire la douleur de manière objective, comme si nous ouvrions le cadavre sur la table devant nous pour en détailler les différentes structures. Tout peut donc se réduire à la matérialité du vivant, c'est « dans » cette matière que cela se passe et si nous arrivons à suffisamment influencer les échanges de « fluides » entre ces différentes structures matérielles (neurotransmetteurs, récepteurs, ...), nous progresserons vers une éventuelle guérison, ou du moins une amélioration. La douleur a donc son organe, c'est le cerveau.

Loin de nous de vouloir contester ces avancées de la science, elles sont tout autant fascinantes que d'une précision époustouflante dans leurs descriptions. Il nous semble par contre que ce paradigme ne parviendra jamais à rendre compte de ce qu'est un vécu de douleur chronique (pour cela, il faudrait envisager la douleur comme une expérience *subjective*) ni de ce qui se vit en tant que soignant dans une telle situation clinique.

Nous ne partons pas du point de vue que « la douleur est dans le cerveau » pour engager un travail thérapeutique, mais nous pensons que la douleur est l'*« occasion »* d'émergences de vécus très particuliers tant chez le patient que chez le thérapeute et que cette situation singulière mérite notre

attention et notre art pour la comprendre, la déplier et peut-être la faire évoluer. L'objet du texte présent sera d'envisager les vécus du côté du soignant.⁹

Deuxièmement. Nous ne chercherons pas non plus à vouloir « placer » la douleur dans une *psyché* ou participant à son équilibre ou bien encore comme symptôme psychique, regard qui nous semblerait être un pendant « immatériel » à la perspective « matérielle » décrite ci-dessus, où les chaînes causales entre neurones et noyaux cérébraux laisseraient place à des chaînes causales historiques et développementales et où il s'agirait de pratiquer une archéologie pour que la circulation d'autres flux (le désir, la libido, ...) s'en trouve améliorée. Nous trouvons par ailleurs ces approches très intelligentes, intéressantes et pertinentes, mais elles ne seront pas l'objet de cette recherche¹⁰.

Troisièmement. Nous avons introduit plus haut les idées de certitude et de doute pouvant être des sortes de polarités dans la situation clinique. Nous tenons à signaler qu'à nos yeux il ne s'agit pas de l'envisager en termes de croire ou ne pas croire ce que dit le patient en consultation concernant sa douleur. La question que nous posons ici n'est pas une question morale à propos du statut de véracité que nous devrions donner ou pas à l'affirmation du patient.

Il est en effet assez fréquent d'entendre des collègues proclamer qu'ils ne croient pas en la plainte de certains de leurs patients ou de remettre en cause la pertinence de venir les consulter avec un certain type de plaintes. D'autres collègues vont par contre partir du principe que « si le patient dit qu'il a mal, c'est qu'il a mal » et que donc nous devons le croire. D'autres encore vont réfléchir en termes de « bénéfices secondaires » de la plainte qui leur est adressée, ils vont alors chercher à comprendre à quoi sert la plainte.

Dans la perspective qui nous occupe ici, nous nous situons en-dehors de ces questionnements et de tout positionnement moral quant à savoir s'il faut croire ou non le patient. Remarquons au passage que nous pouvons interpréter la croyance comme une réponse disponible au thérapeute pour ne pas avoir à « sentir », à contacter le doute-soupçon¹¹. Pour cet écrit, nous nous proposons de partir de ce que la rencontre génère comme vécus chez nous thérapeute, vécus que nous allons essayer de préciser et d'utiliser comme leviers pour ouvrir la plainte qui nous est adressée.

Quatrièmement. Il s'agira de rester en-dehors de tout prescrit sur le « comment être un bon thérapeute ». Les diverses formations à notre disposition pour accéder aux métiers de soignant ou pour continuer à se former sont remplies de prescrits décisionnels et comportementaux cherchant à faire de nous de « bons thérapeutes ». Il pourrait s'agir de « guidelines » qui nous recommanderaient un certain arbre décisionnel à emprunter pour certains gestes thérapeutiques dans certaines pathologies, de conseils pour accueillir le patient et nous guider à lui signifier au mieux notre empathie ou pour lui annoncer l'un ou l'autre diagnostic ou pronostic, mais aussi pour nous aider à faire en sorte qu'il s'investisse mieux dans son traitement, etc... De très bons écrits et belles formations en communication dans le soin et de

⁹ Pour tout ce premier point, nous pouvons nous référer à la discussion transposée dans l'ouvrage co-écrit : CHANGEUX, J-P., RICOEUR, P., *La nature et la règle. Ce qui nous fait penser*, Odile Jacob Poches, Paris, 2022. Par exemple : « P. R. : Ma thèse initiale est que les discours tenus d'un côté et de l'autre (science et phénoménologie, n.d.a.) relèvent de deux perspectives hétérogènes, c'est-à-dire non réductibles l'une à l'autre et non dérivables l'une de l'autre. Dans un discours, il est question de neurones, de connexions neuronales, de système neuronal, dans l'autre on parle de connaissance, d'action, de sentiment, c'est-à-dire d'actes ou d'états caractérisés par des intentions, des motivations, des valeurs. Je combattrai donc ce que j'appellerai désormais un amalgame sémantique, et que je vois résumé dans la formule, digne d'un oxymore : 'Le cerveau pense.' » (p. 23)

¹⁰ Autour de cette perspective, nous pouvons entre autres renvoyer au livre d'un psychanalyste : BURLOUX, G., *Le corps et sa douleur*, Dunod, Paris, 2004. Par exemple : « Il y a donc une possibilité pour le psychisme de créer de la douleur. Freud l'avait découvert avec ses patientes hystériques. Mais il avait fait plus encore. Il avait compris la fonction de cette douleur : protéger la patiente d'une douleur morale plus forte encore. Le corps alors protège l'esprit. La douleur devient ainsi comme l'angoisse ou certains affects un symptôme psychique. » (p. 14)

¹¹ Voici une définition de la croyance que le dictionnaire Lalande propose : la croyance désigne « un assentiment parfait en ce sens qu'il exclurait le doute, sans cependant avoir le caractère intellectuel et logiquement communicable du savoir ». (LALANDE, A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Coll. Quadrige, PUF, Paris, 1988)

techniques relationnelles aidée par l'hypnose, en entretien motivationnel et autres existent et ont leur pertinence, nous ne le contestons pas¹².

En revanche, ici, nous ne partirons pas de préceptes venus d'ailleurs ; le lieu de description de l'expérience d'où nous proposons de démarrer est nous-même. Peu importe ce qui se dit et/ou se vit en nous, nous ne pouvons contester que cela se dit et/ou se vit et nous proposons l'hypothèse que cela mérite d'être déployé au service de la thérapeutique, que cela a sans doute à voir avec la situation clinique dans laquelle nous sommes toujours déjà immergés, que cela dit « quelque chose » qui lui est lié. Si donc, comme l'annonçait plus haut Ellaine Scarry, c'est du doute qui s'invite dans le cabinet, n'entrons pas dans des considérations morales et/ou de bienséance, mais constatons simplement qu'un vécu de doute est là, laissons-le être là et flotter, sans pour autant statuer quant à la véracité ou non du contenu de ce qui nous est dit ou laissé donné à voir. Si le patient nous fait vivre de la frustration, de l'impuissance, de l'abattement, de l'agacement, ... ce seront ces sentiments-là que nous aurons à envisager et traverser et ce sera avec ces sentiments-là que nous aurons à composer.

Il nous semble important de signaler à ce stade que je parle depuis une pratique de Gestalt-thérapeute, pratique qui suppose que nous (thérapeute) partions de ce qu'une situation nous fait vivre de particulier. Tout vécu, toute image qui nous traverse l'esprit, toute pensée qui apparaît au décours de la séance est à envisager dans une perspective de situation (les Gestaltistes parlent d'une « perspective de champ¹³ ») et à ce titre pourrait prendre un sens particulier à situer dans la thérapie et son déploiement (selon certains critères, indices, parfums que nous apprenons avec l'expérience, l'approfondissement de notre pratique et les supervisions, intervisions à mieux reconnaître et à mieux saisir)¹⁴.

II. UN CONCEPT DESCRIPTIF OPÉRATOIRE : L'AMBIANCE DOUTEUSE

Nous chercherons ici à nous rapprocher le plus possible d'une description et d'une compréhension phénoménologique de ce qui se passe pour nous lors de certaines consultations où la principale raison de ces rencontres cliniques est le fait de souffrir de douleurs chroniques. Et nous tenterons de voir dans quelle mesure pourraient être tirés de ces observations l'un ou l'autre fil concernant des situations similaires.

Je souhaite à présent ouvrir ici l'expérience du doute-soupçon. Que pourrais-je dire de ce qui est senti, perçu quand du doute s'invite en consultation ? Cela peut commencer avec quelque chose de l'ordre de la défiance, il y a un léger recul qui se fait en moi, un petit mouvement interne qui aurait presque envie de déboucher sur un subtil froncement de sourcils. Je ne peux recevoir, accepter pleinement et assimiler ce qui m'est donné à entendre, à voir. Une sorte de « non » se vit, une méfiance, une petite alarme clignote et met de l'ombre sur la scène. Quelque chose perd de son adhérence entre moi et le contenu de ce que me dit patient, ça ne colle plus. De l'inquiétude alors apparaît, du côté de ce qui n'est plus « quiet », quelque chose a basculé en moi, un équilibre s'est rompu et je me sens aller vers de l'anxiété, du désarroi. Pour contrer et/ou border cette anxiété, de la vigilance se dresse, il s'agit d'être prudent. Une forme de mise à distance se vit. Et en même temps, avec la prudence, une forme d'intérêt pour ce qui continue à se dire et à se montrer persiste. La situation évolue dans un entre-deux-chaises, elle est pétroie d'ambiguïté, je ne sais pas trop comment me situer : quelque chose est déclaré comme vrai et je ressens de la précarité dans cette vérité, je ressens du soupçon. La raison-même de ma présence en face de ce patient est de recevoir ce type de déclaration, de plainte, c'est mon métier, le patient m'a été adressé pour cette raison et en même temps, quand la plainte se déclare, de la perplexité, de l'hésitation et du soupçon émergent.

¹² Cf. par exemple : BERNARD, F. et MUSSELLEC, H., *La communication dans le soin. Hypnose médicale et techniques relationnelles.*, Ed. Arnette, Montrouge, 2015.

¹³ Issue de la théorie du champ de KURT LEWIN, enracinée elle-même dans les principes de la Gestalt Psychologie.

¹⁴ Cf. entre autres : WOLLANTS, G., *Gestalt-Thérapie. Thérapie de la situation* (trad. O. Winghart), Ed. L'Exprimerie, Bordeaux, 2016.

Nous pourrions dire avec Nicolas Danziger que le mouvement de rejet pouvant suivre ces sentiments de réticences et d'embarras serait une réaction de protection au fait que nous contactons de l'impuissance dans de telles situations, mais cela ne serait envisager qu'un seul pôle de la situation clinique : celui du thérapeute et de ce qu'il vit dans son « intra-psychique ». Or notre hypothèse est de prendre la scène dans son entièreté en compte. Un patient vient nous déclarer une plainte et cela va entraîner un « goût » particulier à ce qui se vit, ici, au milieu et au travers de nous deux, dans cette salle de consultation au moment de cette séance. L'air de la pièce dans laquelle nous baignons prendra une « teinte » particulière. Et l'hypothèse thérapeutique est que la « qualité de l'air » a à voir avec la plainte. Notre thérapeutique demande que nous envisagions ce que le patient nous fait vivre. Cela fait « partie du problème ». Le patient vient nous faire vivre quelque chose de très particulier qui a un rapport direct avec sa souffrance, qui parle d'elle d'une certaine façon et c'est un matériau dont il serait sot de se passer. Et si l'émergence de ce doute-soupçon qui est perçu par le clinicien à l'occasion de cette rencontre était une part de « ce qu'amène le patient » en consultation ?

Quelque chose se met en place dans la salle de consultation, nous sommes *immérgés* dans un paysage, dans un climat, dans une atmosphère. Dans nos métiers du soin, au fil de la journée de travail et des différentes rencontres thérapeutiques, nous pouvons témoigner de ces différents climats qui s'installent, dans lesquels nous « trempons » et qui se créent d'eux-mêmes, nous pouvons témoigner que nous les éprouvons, que nous les *goûtons*. C'est comme si chaque patient apportait quelque chose de particulier, qu'il *traîne* avec lui, qui nous est donné à être perçu lors du rendez-vous, et qui teint de façon très particulière l'expérience de notre moment passé ensemble. Bruce Bégout nous dit dans son livre *Le concept d'ambiance* :

L'atmosphère d'une situation découle souvent de l'existence d'autres hommes autour de nous. Aussi devons-nous nous demander maintenant si le relief affectif d'une situation ne dépend pas de cette présence intersubjective. (...) Toute rencontre humaine s'effectue au sein d'une atmosphère. Autrui nous apparaît toujours en fonction d'une tonalité affective qui lui préexiste.¹⁵

Le patient rentre dans la salle de consultation toujours déjà entouré, accompagné, imprégné d'un timbre, d'une touche, d'un style et d'emblée il va nous « contaminer », il va déborder et déteindre ces qualités dans ce qui nous sera donné à vivre.

A *fortiori*, donc, les individus qui, sans s'en rendre compte, par leur attitude même, dispersent autour d'eux un certain ton. (...) Le plus souvent, ce sont les hommes présents dans la situation qui portent pour nous l'atmosphère elle-même. Autrement dit, ce que nous prenons pour une ambiance médiale est très souvent à son origine une ambiance radiale, elle émane d'une source individuelle sous la forme d'une aura.¹⁶

C'est ce qui fait que nous pouvons reconnaître et identifier une situation clinique d'une autre. Alors même que, bien évidemment, nous apportons, en tant qu'humain et que « autre » pour le patient, notre note, notre touche, notre part à l'édifice de cette atmosphère, nous vivons cette dernière d'abord comme quelque chose que le patient amène vers nous, pour nous et qui lui est propre. Chaque situation thérapeutique ayant son parfum singulier et, étant néanmoins moi-même le point commun et de référence pour évoquer chacune d'elles, je perçois que le patient amène quelque chose d'unique, d'insolite. Et pour ce qui nous intéresse ici, alors même que la situation thérapeutique se crée en et par la présence des deux protagonistes, je peux toutefois éprouver la part que l'autre offre, je peux percevoir son aura. Toute personne « possède son expressivité atmosphérique »¹⁷ et je peux la *capter*, comme on capterait une station radio.

¹⁵ BEGOUT, B., *Le concept d'ambiance*, éditions du Seuil, coll. L'ordre philosophique, Paris, 2020, p. 315.

¹⁶ Ibid., p. 316.

¹⁷ Ibid., p. 317.

Mais ce que je peux dire de la situation et de l'autre, je l'ai capté au vol, pris malgré moi, absorbé. Ce n'est pas un savoir concernant l'autre que j'apprendrais dans un face-à-face, dans une relation intentionnelle. C'est de biais, par diffusion, infusion. Dans le cas qui nous occupe, « nous n'avons pas affaire à des affects intentionnels, mais à des présences auratiques qui flottent tout autour de nous et sont incompatibles avec l'en-face »¹⁸. Il ne s'agit pas d'empathie, ce n'est pas suite à un mouvement de ma conscience dirigée vers le patient que je vais, par analogie, projection ou imitation, acquérir un savoir sur lui. C'est dans l'autre sens que ça semble se passer : « l'autre m'envahit, l'aura qu'il dégage m'imprègne intimement »¹⁹. Et cela au sein d'un environnement, d'un milieu : « nous sommes absorbés dans cette présence affective qui n'est pas tant celle d'autrui que celle du monde lui-même imprégné par la présence d'autrui »²⁰. Mon expérience du monde sera teintée, influencée, contaminée par la « contribution auratique » du patient. Et *cela* sera perçu par bain, par osmose. Cette dernière affirmation, qui utilise la voie passive, serait sans doute plus juste que de prétendre, avec la voie active, que *je* percevrai, étant donné que *je* n'y peux pas grand-chose, cela *m*'étant imposé, avant même qu'un quelconque *je* fasse un mouvement de conscience vers ce qui est en fait déjà absorbé.

Bruce Bégout insiste bien qu'ici se situe la distinction d'avec l'empathie :

Là où l'empathie presuppose la distinction des individus et leurs relations, la contagion des atmosphères pose une présence médiale qui défait les dualités. Pour cette raison, les théories de l'empathie ne rendent pas bien compte du fait que les autres se répandent toujours déjà atmosphériquement autour de nous et en nous avant d'être des sphères sentimentales sujettes à interprétation.²¹

La connaissance que j'aurai de l'autre ne sera pas le résultat d'une visée vers lui, d'une conscience envisageant l'objet de sa connaissance, ce qui me placerait dans une relation duelle et toujours déjà *imperméable, hermétiquement séparé* de l'autre. Ce que je saurai de l'autre émergera d'une immersion avec son jus (et non *dans*) alors que ce dernier est toujours déjà en train de se mélanger au mien. Et pour parler de l'autre, je n'aurai pas à déterminer quel ingrédient de ce « grand jus » vient de lui mais par contre je pourrai tenir un discours sur cette imprégnation, cette présence affective du monde imbiber par cet autre.

Pour cet écrit, nous souhaitons reconnaître quelques arômes, qualités, nuances, éléments communs à ces « bains » cliniques qui semblent émerger avec certains profils de patients douloureux chroniques. Dans le climat qui point et se compose, ces divers ingrédients se présentent en tout ou en partie, en diverses proportions, en mélanges variés.

Commençons à dire quelques mots de ces paysages cliniques. Lors de la rencontre, une urgence « passive » naît souvent. Malgré un apparent calme dans la pièce de consultation, je peux sentir une forme de pression monter, pression qui s'exerce sur moi, sur mes compétences et cela me déstabilise. Ma pensée va s'affoler, je recherche en moi quelque chose de stable, un savoir auquel me raccrocher, auquel raccrocher ce qui m'est narré. J'essaie désespérément de « faire rentrer » le patient dans une des catégories à ma disposition (et me rendant bien compte de la vanité de mon opération). La demande qui m'est adressée peut me sembler énorme, elle me dépasse complètement, elle me déborde, comme une vague prête à m'engloutir et, si (ou quand) je la suis, cette demande me fera sortir de mes « bords », de mes limites. Il y a donc d'emblée dans la salle un « appel » à franchir une ligne et la tentation d'y répondre. Cette convocation ne s'impose pas de façon « active » à moi, cela émerge du contact qui se déploie dans le temps, on y « trempe » de plus en plus, malgré nous.

Et en même temps (car ces vécus parfois se superposent) qu'il y a quelque chose de l'ordre de la « demande », il y a quelque chose qui sape juste derrière, qui balaie. La notion d'échec pointe, ce qui

¹⁸ Ibid., p. 321.

¹⁹ Ibid., p. 321.

²⁰ Ibid., p. 321.

²¹ Ibid., p. 322.

fait osciller la relation, la fait basculer du côté d'un isolement, chacun chez soi, nous ne sommes plus ensemble, je me sens comme « coupé », « rejeté » par le patient. La situation semble désespérée et se remplir de lassitude. Ces éléments participent à créer un lien très délicat et fragile. Un tout petit peu pourrait entraîner la rupture. La situation peut osciller assez rapidement, ça bascule très vite dans l'air, cela installe un fond de drame dans le bain. Et je me sens pris dans ce drame qui naît, j'oscille dedans avec le patient. Le terrain que nous fréquentons est comme miné, j'observe une grande attention aux mots que je choisis, ça peut sauter à tout moment, sans doute pas ouvertement, avec éclats, mais dans le fond, le lien tenu peut se rompre en une fois et je sens alors que j'ai « perdu » le patient.

Dans l'urgence passive, je peux rencontrer aussi une couche « syndicaliste » qui participe à la pression. Comme si la vie sans douleur était un droit et que les soignants pouvaient en être tenus responsables (voire coupables) si tel n'était pas le cas. Mais également, et ça rejoint le côté « passif » de l'urgence, que le patient ne pouvait être tenu responsable de ce qui lui arrive. Cela participe à créer une tension parfois très palpable et je pourrais sentir le besoin de devoir rendre des comptes, de me justifier, de me positionner au nom des soignants en général et répondre pour tous ces échecs, car on semble m'y associer. Cela place du « eux » et « nous » dans la consultation, cela crée de la division, voire de la revanche, dans l'air. Cela pourrait donner sur une sensation de payer pour quelqu'un d'autre. La rencontre se polarise alors selon un axe victime-bourreau. Le patient est victimisé, cela oriente sa plainte et la situation appelle un sauveur, qu'en tant que soignant nous pourrions tenter d'être, nous y sommes « appelés ». Nous voyons le triangle dramatique de Karpan se dessiner²² et le piège s'annoncer. Parfois on y tombe, la lune de miel alors dure le temps du sauvetage mais le temps du bourreau n'est pas très loin. Nous pourrions également nous vivre comme la victime et le patient comme notre bourreau, les combinaisons sont multiples et le résultat est le même : c'est un piège. Il y a donc dans la situation que nous tentons de décrire une telle menace qui rôde en permanence, quelque chose semble pousser dans la direction de ce « jeu ». Il s'agira donc d'être attentif à emprunter les chemins de crête, pour ne pas dévaler, ce qui place de l'équilibrisme dans la pièce de consultation.

Le sentiment d'agacement peut régulièrement se manifester et à différents degrés. De notre côté, toutes les précautions et pièges que nous avons décrits ici peuvent contribuer à sa naissance. C'est usant et érodant d'être toujours sur ses gardes. Mais, de son côté, le patient vient nous rencontrer avec énormément de frustration et d'agacement liés à sa vie actuelle (et ses difficultés) et à son parcours de santé. Et ces deux pôles viennent encore un peu plus parfumer la scène. Nous pouvons assister des deux côtés à des incontinences de mauvaise humeur, comme des fumeroles sur le cratère d'un volcan. Et parfois, je peux être habité par la question : « Mais qu'est-ce qu'il me veut ? », reflet d'un grand sentiment d'impuissance, d'épuisement qui pourrait aller en direction de quelque chose qui s'affaisse, qui s'effondre en moi. Je peux sentir aussi que la situation est « usante », que ça tire sur la corde et que ça pourrait lâcher.

Enfin, voici un ingrédient qui participe à la structuration de l'ambiance et que je pense être très important par rapport à cet écrit. C'est comme si, alors même que tout le récit du patient se déroule au fur et à mesure des séances, quelque chose résistait en moi : je sens que je me fous un peu de ce qui est dit, je sens que ce n'est pas dans tous ces mots que ça se joue, c'est ailleurs. Comme si je ne devais pas « avaler » tout rond ce récit, comme si je ne devais pas me fier à sa valeur faciale, à ce qu'ils sont censés me dire. Souvent d'ailleurs du désintérêt par rapport à ce qui m'est dit s'invite, cela vient tout seul. Ce n'est alors pas ce que me dit le patient qui est important, c'est entre les lignes, c'est autre part que ça se passe. Je ne peux faire confiance à ce qui m'est donné à entendre, à ce qui m'est donné à voir. C'est le doute-soupçon qui se répand dans l'atmosphère : sommes-nous dans un jeu de dupes ? Le patient, par ses mots qui n'ont pas l'air de s'accrocher en moi, cherche-t-il à me duper de quelque chose, à me tromper ? Mais nous pourrions aussi le formuler ainsi : le patient cherche-t-il à se duper, à se tromper lui-même et chercherait-il par le dispositif de la consultation, via ma caution, à donner du crédit à une histoire (fausse) qu'il se raconte ? Cherche-t-il un complice qui l'aiderait à se duper lui-même, à se faire croire à lui-même quelque chose qui n'est pas vrai ? Je soupçonne du mensonge dans la salle de

²² Stephen Karpman M.D., « Drama Triangle » [PDF], sur karpmandramatriangle.com, 1968.

consultation. Je soupçonne que le thème du mensonge et de la vérité est dans l'air. Mais de quel mensonge et de quelle vérité s'agit-il ? Là se trouve, à mon avis, une belle porte d'entrée pour la thérapie.

III. VIGNETTE CLINIQUE

Afin d'illustrer ces propos, je vous propose une vignette clinique. Anne a 43 ans et fait partie du personnel d'entretien d'un hôtel de taille modeste et dont la gestion est de type « familial ». Il ne fait pas partie d'un grand groupe, il est détenu et dirigé par un homme dont le fils s'occupe de sa gestion au quotidien. Tout le personnel de l'hôtel se connaît assez bien. Le travail d'Anne consiste à nettoyer et préparer les chambres, superviser ses collègues du nettoyage, inspecter le niveau de propreté général de l'hôtel. De temps à autre, le fils du patron lui demande certaines missions de nettoyage à titre privé.

Anne souffre du syndrome des jambes sans repos depuis 20 ans et reçoit pour ça un traitement. Depuis plus ou moins deux ans, elle sent apparaître des douleurs ici et là dans son corps, douleurs qui vont et viennent un peu à leur guise, sans sembler suivre une quelconque logique et qui au début étaient plutôt à bas bruit. Il peut autant s'agir de lombalgies que de cervicalgies, de douleurs au niveau des épicondyles ou au niveau des genoux, ... Elle constate également beaucoup de fatigue et une qualité de sommeil réparateur qui diminue.

Anne se sentait fort tendue il y a un an et demi et, sous les conseils de son médecin, est allée suivre des séances de sophrologie qu'elle a ensuite décidé de compléter par des séances de kinésiologie. Au cours de ces dernières, toute une série de souvenirs familiaux traumatiques sont revenus à la surface : son père a abusé sexuellement de sa sœur pendant des années, et ce dès l'enfance et à de très nombreuses reprises, et elle a également été abusée sexuellement par lui une fois.

Anne dit que depuis ces séances de kinésiologie, elle peut parler beaucoup plus librement et ouvertement de tous ces événements, mais que par contre, les douleurs sont beaucoup plus présentes et à plus haut bruit. Elle va alors consulter des spécialistes et réaliser des examens et imageries. Rien n'est vraiment mis en évidence et un médecin évoque la possibilité d'une fibromyalgie sans clairement poser le diagnostic. C'est à ce moment qu'elle m'est adressée par sa kinésithérapeute qui se sent de plus en plus impuissante et à court de ressources pour pouvoir l'aider avec ses douleurs.

Dès la première entrevue, je peux attester que du doute-soupçon a émergé. La patiente se présente et commence à me raconter son histoire, à me dire pourquoi elle vient et de mon côté, d'emblée, quelque chose monte tout seul et s'installe, de l'ordre d'une réserve, quelque chose se met en suspens, retient une adhésion pleine à ce qui est dit, comme si ce qui m'était dit pouvait faire diversion pour autre chose : cela cache quelque chose. C'est de la suspicion qui est là. Et quelque chose se raidit en moi, dans mon esprit mais également dans mon corps, de subtiles tensions apparaissent. Je garde ces impressions pour moi, décide de ne pas m'y arrêter et les séances se déroulent.

Lors des premières séances, Anne parle de sa vie et de son travail de façon enjouée et très volontaire. On sent un dynamisme et je peux contacter cela. Elle est très volubile et je suis vite pris dans son récit, captivé par tout ce qu'elle me raconte du quotidien de sa vie professionnelle ou familiale, de ses douleurs, ... Je ne peux que constater que je suis happé par son histoire, je me vis peu à peu comme capturé, sans plus de liberté de mouvements tant physiques que psychiques. L'heure qui avance se rappelle à moi régulièrement et je constate que je dois fournir un effort pour reprendre contact avec mes sensations corporelles. Je mets mon attention sur mon assise, mon dos appuyé sur le dossier de mon fauteuil. Je me perçois comme le boxeur poussé dans les cordes et le coin du ring, devant subir les assauts de son adversaire sans pouvoir réagir. Les paroles d'Anne s'enchaînent les unes aux autres, de temps en temps j'essaye (ou j'ose ?) une petite intervention (et je perçois l'effort que cela me demande de m'extraire de je-ne-sais-quoi pour pouvoir apparaître et prononcer quelques mots). Régulièrement nous débordons le temps prévu pour les séances. C'est chaque fois une lutte intérieure qui s'engage en moi pour parvenir à couper ce qui est en train de se passer pour mettre un terme à la séance. C'est comme

une remontée d'un puits en spéléologie. Mes yeux se dirigent souvent et discrètement vers l'horloge sur le mur derrière elle, je décompte couramment le temps qu'il reste, parfois me rassurant que ce soit bientôt la fin, parfois me désespérant car nous avons encore dépassé la limite. Enfin je trouve la ressource et je coupe l'entretien, nous fixons le rendez-vous suivant et elle part. Je me sens comme dévoré, vidé, épuisé, ne sachant pas très bien ce que j'ai fait, si la séance lui a été d'une quelconque aide. Je me rassure comme je peux, me disant qu'apparemment elle a l'air de se sentir en confiance pour parler autant mais en même temps, je sais que je me leurre avec ça. Je me suis senti en fait comme assiégié.

Un jour, lors d'une séance où elle me parlait de ses difficultés au boulot, de son couple, de son corps et ses douleurs, de comment s'étaient passées les séances chez la kinésiologue, ... je décide de faire quelque chose avec ces sentiments de doute que je ressens à chaque fois, ces ambiances de soupçon que je palpe depuis le début. Je laisse être et se déployer cette suspension de mon adhésion aux dires de la patiente. Et il me vient alors à l'esprit de plus en plus clairement quelque chose de l'ordre de *je-ne-crois-pas-à-ce-que-vous-me-racontez, je-n-y-crois-pas, je-n-achète-pas-votre-histoire*. C'est depuis l'air ambiant que viennent ces impressions d'incredulité. D'un point de vue « objectif », ce qu'elle relate là de sa vie est sensé, réaliste. Il n'y a rien d'extraordinaire, d'exagéré dans son récit, il est mesuré. Néanmoins je perçois chez moi de la perplexité, une contestation qui monte, quelque chose qui se dresse et qui dit non ou du moins qui doute, qui soupçonne, qui suspend toute adhésion. Je réalise que c'est comme si de la distance se plaçait entre nous, je me vis comme à la dérive par rapport à elle, j'aurais presque envie de faire la moue de celui qui dirait « allez..., à d'autres... » en balayant la tête sur le côté. Je sens que je me dé-colle de son histoire, je vis un manque d'adhérence de mon côté, je me désengage, ce n'est plus en phase, je suis en train de quitter. Il y a quelque chose du lien qui nous unissait qui s'érode et se distend.

Tout cela crée du trouble en moi et je décide d'assumer et de prendre au sérieux ces occurrences du doute-soupçon qui affleurent ; je vais les laisser être là et qu'elles puissent se manifester et s'épanouir. Consciemment je pose l'hypothèse qu'elles ont leur raison de se présenter dans cette séance, elles appartiennent peut-être à cette situation particulière, elles ne sont pas « à moi », elles sont à « ici et maintenant ». Mais comment vais-je partager cela à Anne, sous quelle forme ? Car je pose aussi l'hypothèse qu'il s'agit d'avantage du thème autour de la vérité et du mensonge que de la véracité ou la fausseté des propos qui sont tenus ici en séance. Un thème (le mensonge) s'invite dans la situation, il pointe le bout de son nez et le fait sous une certaine forme (certaines formules se disent dans mon esprit : *je-ne-crois-pas-à-ce-que-vous-me-racontez, je-n-y-crois-pas, je-n-achète-pas-votre-histoire*). Je soupçonne que ce qui m'est dit dissimule, éclipse, étouffe la vérité. Ça se met en travers de l'accession à la vérité, ça fait obstacle. Ainsi, le doute-soupçon s'articule autour du couple vérité-fausseté. Quand je soupçonne, j'ai des raisons (ou des intuitions, ou des indices) qui me font penser que ce qui m'est dit ne correspond pas à la réalité. Et je ne le fais pas à la façon d'un jugement après en avoir délibéré, non cela émerge de la situation dans laquelle l'autre et moi baignons.

La séance se poursuit et à un moment, je ne sais plus vraiment à propos de quoi, Anne prononce dans son récit le mot « mensonge ». Je décide alors d'en profiter et de me lancer, d'oser : « Alors que vous êtes en train de me parler, vous avez prononcé le mot "mensonge". C'est étrange, mais ce mot sonne de façon très particulière à mon oreille... » (je laisse légèrement flotter). De suite, elle reprend en rebondissant sur un tout autre sujet que le dernier abordé à l'occasion duquel elle avait prononcé ce mot : « oui, mais ça c'est ce que je me suis dit pendant 19 ans avec mon mari. Je ne lui ai jamais parlé des abus de mon père jusqu'à ces séances chez la kinésiologue, là je n'ai plus pu lui cacher. Pendant 19 ans, j'ai eu la sensation, et je me le disais tout le temps, que je vivais dans le mensonge par rapport à lui ». Cette femme a vécu au quotidien pendant 19 ans avec un homme avec lequel elle était mariée et avec qui elle avait eu un enfant, en se disant en toute conscience que tous les jours elle lui mentait ; non pas qu'elle lui cachait quelque chose ou qu'elle gardait un secret, mais bien qu'elle lui *mentait*, c'était ainsi que ça se formulait en elle. Il ne s'agissait pas de « mensonge » dans le sens où elle ne disait pas quelque chose qu'elle savait par ailleurs être contraire à la vérité, mais elle dissimulait la vérité et dans ce cas-là il serait plus juste de parler de « mensonge par omission ».

Lors d'une autre séance, alors qu'elle me parle avec force détails d'évènements sur son lieu de travail, je constate qu'une partie de moi dévie. Je décide alors de laisser ce constat s'épanouir. C'était comme si un tunnel mental se créait entre le visage que je pouvais offrir à ma patiente (tentant de paraître avenant, attentif, ...) et le lieu, « derrière mes yeux », où je pressentais m'enfoncer, gagné par une forme de torpeur et d'engourdissement, mais où le peu de conscience qu'il me restait à cet endroit-là semblait comme hypnotisé et prisonnier. Il y avait un décalage qui prenait forme sous l'aspect d'une absence qui montait et prenait de plus en plus de place, mais « derrière » mon regard, alors même que ma « face » continuait à « mimer » de la présence. Cela me faisait un peu penser à ces situations sociales où on rencontre par hasard une connaissance dans la rue alors qu'on est absorbé dans nos pensées et que ces pensées continuent leurs arborescences alors même que nous prenons des nouvelles l'un de l'autre. Une partie est présente, je pose des questions à l'autre, j'entends ce qu'il me dit, pendant qu'une autre partie est absente et s'obstine à être absorbée par le déroulement de pensées qui continuent à se filer et que je ne parviens pas à lâcher. En résumé, « je ne suis pas là ». Et le thème du mensonge, de l'illusion réapparaît : je prétends être là par le soin que je donne à mon apparence, mais je ne suis pas présent, car absorbé, fasciné par un ailleurs. Je suis là, mais je ne suis pas là. Je donne l'illusion, je feins d'être là, je prétends quelque chose qui n'est pas la vérité. J'énonce une chose (ma présence) alors même que je la sais contraire à la vérité (mon absence). Et ce jour-là, dans cette situation, je ne pouvais m'empêcher d'émettre l'hypothèse que nous étions tous les deux embarqués dans des processus similaires. Durant toute la séance, alors que j'essayais de lire avec un peu plus de précisions le fleurissement de cet éprouvé, il me semblait percevoir des similitudes en face. Nous étions tous les deux embarqués dans un jeu de dupes en miroir.

À un certain moment, je décidai qu'il serait peut-être intéressant de partager quelque chose de ce que je constatais. Je lui dis : « C'est étonnant, alors que nous parlons, j'ai la sensation d'un décalage, d'une difficulté à être là. C'est comme si une partie en moi était derrière, en retrait, un peu assoupie et que cela me demandait un effort de venir vers vous et rester présent ... ». Anne me répond d'emblée : « ça c'est ce que je vis tous les jours et tout le temps ! Je suis tout le temps fatiguée, tellement fatiguée que c'est toujours une lutte pour être là et ne pas m'enfoncer. Je dois me battre sans arrêt. Je ne vais pas non plus me laisser aller... ? Alors je me bats, je vais contre cette fatigue. Je ne peux absolument pas me laisser aller... ce serait l'effondrement... ce serait insupportable. C'est comme ces gens en dépression, qui ne savent plus bouger..., qui ne savent plus rien faire..., qui sont obligés de rester enfouis dans leur lit, ça doit être horrible.... Je ne veux pas ça pour moi... Alors je me bats ! Je me force ! Je suis obligée... qui le ferait pour moi ou sinon... ? »

Remarquons ici que le thème du *mensonge* s'est intimé, s'est dissimulé dans la situation thérapeutique. À l'occasion de la séance, Anne apparaît de telle manière mais en fait, c'est quelque chose de tout à fait autre qui l'habite. Et étant en face, je ne peux accorder du crédit à ce que je vois, à ce qui semble vouloir se dire, à moins d'être *dupé*, d'être *trompé*. La duperie est un mensonge dans le fait que je suis entraîné à penser que ce qui est devant moi est la vérité alors qu'en fait il n'en est rien, ce qui se produit devant moi s'avérera par la suite être une illusion, quelque chose qui n'est pas conforme à la réalité, mais qui semble l'être.

Peut-être qu'il serait intéressant de revenir et/ou de réfléchir autour de la peur de son propre effondrement psychique, on pressent que là se joue quelque chose de très important pour Anne. D'autant plus qu'à la séance suivante, alors qu'il m'avait semblé qu'avec ce thème-là nous « tenions » quelque chose d'important, aucune mention de cet effondrement et de la peur qu'il inspire ne sera plus faite. Le sujet semble « skippé », Anne apparaît à la séance suivante « comme si de rien n'était », comme si le trouble et la sincérité de la séance précédente n'avait laissé aucune trace, qu'elle était passée à autre chose, que c'était un dossier classé. À ce stade-là, de nouveau, je ne peux réprimer un étonnement et un léger goût de *mensonge-soupçon* monter de mon côté, du genre « je-n'y-crois-pas-trop-à-ce-comme-si-de-rien-n'était ». Mais n'ayant pas encore trouvé la forme appropriée pour revenir dessus avec elle, considérons que le fruit n'est pas encore assez mûr et qu'on n'en dira pas plus dans cet écrit.

Nous le voyons, le thème du mensonge est présent et significatif avec Anne. Il semble *suer* de la situation et réapparaître à divers endroits. Il paraît faire partie du maillage de fond de l'existence de cette patiente.

Et à ce point de notre travail thérapeutique, il me semble qu'il s'agira d'avancer avec beaucoup de délicatesse, de prudence et de ne pas trop l'*exposer au grand jour*, de peur de créer de la honte chez la patiente et d'entraîner une rupture et sa fuite. Je perçois une grande fragilité dans notre lien, comme si elle pouvait disparaître à tout moment dans la nature. J'avance donc avec elle sur un chemin de crête, en veillant à ne tomber ni dans la complaisance, ni dans la brusquerie.

IV. DISCUSSION CONCLUSIVE

Comme je le mentionnais à l'avant-propos de cet écrit, dans ma pratique, il m'arrive de rencontrer des patients pour lesquels je ne me rends compte qu'indirectement qu'ils souffrent de douleurs chroniques. Ils viennent me voir pour une tout autre raison. S'ils viennent me voir avec ma casquette de kinésithérapeute, ils viennent alors pour un souci très précis : une tendinite, une entorse, une crise de lombalgie, ... et je ne ressens aucunement s'installer l'ambiance décrite plus haut. La personne vient avec une demande très spécifique et au détour de l'anamnèse ou des séances, il se fait que la personne mentionne comment la douleur est en fait très présente dans sa vie. Et je pourrais dire la même chose concernant certains patients que je rencontre avec ma casquette de Gestalt-Thérapeute.

Cela n'a évidemment pas manqué de me questionner. Que se passe-t-il de particulier avec ces personnes ? Dans ces situations, quand la personne me parle de ses douleurs, elle le fait comme si elle me parlait de son diabète, je ne sens pas de doute-soupçon monter au milieu de la pièce de consultation, je ne soupçonne pas cette personne de se duper elle-même et de me duper au passage pour que je lui serve de garant. Non, rien de tout cela. Plutôt un parfum de vérité, en fait. Un effluve de verticalité, de solennité et de profondeur semble émaner. Comme si l'expérience de la douleur était « complète », la personne ne tente plus de s'en échapper. Quelque chose est allé « jusqu'au bout », est « accompli ». Non que la douleur ne soit plus pénible, mais c'est comme si la personne avait fini de se débattre avec la douleur et de ce fait, cette dernière occupait une autre place dans sa vie, comme si la douleur était devenue moins problématique et donc, en fait, moins présente. Et de l'apaisement pouvait alors prendre place.

Nous pourrions le dire ainsi : une fois que la douleur est assumée, de l'apaisement advient. Mais que veut dire l'expression « assumer sa douleur » ? Et comment on y accède ? Ici nous posons l'hypothèse qu'il s'agit là d'un « chemin de vérité », d'une traversée vers plus de vérité de soi à soi. La personne ne se ment plus à elle-même, de sa vie elle prend plus « pour elle », elle ne dilapide plus. C'est d'ailleurs l'étymologie du mot « assumer » : « “prendre (pour soi), recevoir”, d'où “se charger de” »²³. La personne apprend à porter, à se charger (dans les deux sens) de sa douleur et ressent de moins en moins le besoin de s'en débarrasser et de tenter de la faire porter par quelqu'un d'autre. Plus de jeu de dupes, la douleur est regardée en face, la personne la traverse et en fait l'expérience complète.

Nous pourrions reprendre à nos fins la fameuse phrase de Freud : « Là où était du ça, du moi doit advenir »²⁴. La douleur émerge d'une façon telle qu'elle semble autonome, elle ne prévient pas et surgit, telle des manifestations du *ça* dans le paradigme psychanalytique. Cette irruption étant juste massive, il s'agirait d'aller ensuite *consciemment* fréquenter ces sensations qui sont données et imposées, les traverser et composer avec elles (y mettre du *moi* pourrait-on dire en psychanalyse). En pénétrant et parcourant l'expérience douloureuse, en empruntant son chemin, en la visitant et en l'éprouvant, quelque chose se parachève, se clôt et par là s'apprivoise, s'accueille et s'accepte. Et dès lors, la souffrance psychique accrochée si tenacement jusque-là à l'expérience physique de la douleur, presque instantanément diminue. Quand la personne s'affranchit des mensonges qu'elle se fait à elle-même, elle va pouvoir commencer à envisager de face ce qui lui arrive, le tragique de sa douleur, et l'acceptation de ce tragique est thérapeutique, diminue la souffrance et est source d'un apaisement.

²³ Cf. Dictionnaire de l'Académie française en ligne : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2900>

²⁴ FREUD, S., *XXXième Leçon : La décomposition de la personnalité psychique* in *Œuvres complètes, Psychanalyse, Volume XIX 1931-1936*, PUF, Paris, 1995, p. 163.