

UNIVERSITE PARIS EST MARNE LA VALLEE

en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master 2 P et R
Philosophie pratique,
« Ethique médicale et hospitalière »

Parcours professionnel et recherche

LA PLAINTÉ

Véronique BLANCHET

4 septembre 2010

Responsable pédagogique : Eric FIAT

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 3
CHAPITRE PREMIER: Définitions et usage de la plainte	
Terminologie	p. 6
Signification dans l'usage courant.....	p. 7
Usage de la plainte	p. 8
CHAPITRE 2 : La plainte et le droit	
Déposer plainte	p. 11
Les plaintes contre les médecins	p. 12
CHAPITRE 3 : La plainte expression de douleur	
Faut-il différencier la douleur et la souffrance ?	p. 15
Question de mots	p. 17
Question de maux mis en mots	p. 18
Douleurs sans plainte, plainte sans douleur	p. 20
Facteurs culturels	p. 22
CHAPITRE 4 : La plainte expression de souffrance	
La souffrance	p. 24
Une rencontre avec l'autre	p. 25
Un écart entre la plainte et la souffrance	p. 26
Lien entre la souffrance et la plainte selon Paul Ricœur	p. 27
De l'excès dans la plainte	p. 28
La plainte du mélancolique, un paradigme de toute plainte	p. 29
Plainte et sentiment d'exister	p. 30
Paradoxe du plaignant	p. 31
Plainte et plaisir	p. 33
Plainte et recherche de sens	p. 34

CHAPITRE 5 : La plainte dans la relation médecin - malade

La plainte en médecine	p. 35
Plainte appel de rencontre	p. 38
Plainte ou récit ?	p. 39
Plainte et hostilité	p. 40
Réagir à la plainte	p. 41
Sentiment d'impuissance	p. 42
Plainte appel à l'action	p. 43
Les effets de la plainte sur le médecin	p. 43
Plainte et métaphysique	p. 45
Répondre à la plainte ?	p. 45
Faire taire la souffrance ou son expression ?	p. 47
Intolérance à la souffrance ?	p. 48
CONCLUSION	p. 50
INDEX NOMINUM.....	p. 53
BIBLIOGRAPHIE.....	p. 54

« La philosophie est une façon de répondre au monde par le sourire
plutôt que par la plainte. »

Raphaël Enthoven,

France Culture, avril 2009

INTRODUCTION

« Madame le docteur,

Je vous ai rencontrée à l'hôpital et je dois vous revoir en mars. J'ai commencé la psychanalyse, mais celle-ci ne m'apporte pas de soulagement immédiat bien sûr. La douleur s'est au contraire intensifiée et je n'ai plus de répit de la nuit et de la matinée qui suivait. Les douleurs crâniennes en particulier m'empêchent de dormir. Je joins un petit compte-rendu fait il y a quelques jours, pour faire le point avec ma généraliste.

J'ai par ailleurs repris contact avec ma précédente thérapeute parce qu'il me semble que sa méthode (1/2 heure parole et 1/2 heure relaxation-hypnose) est plus efficace à court terme (séance bénéfique aujourd'hui).

Symptômes actuels :

Douleurs augmentent au fil de la journée. Difficulté à tenir ma tête – à casser la nuque. Gêne liée à un port de tête avancée.

Douleurs = crâne, nuque, épaules, trapèzes, tempe, mâchoires côté gauche.

Mastication difficile (impossible avec viande, pain...).

Douleurs et fourmillements mâchoires sous les yeux.

Gêne mâchoire (mâchoire qui claque parfois en position allongée). Faiblesse musculaire.

Hypersensibilité du crâne (de plus en plus au fil de la journée) et parfois du visage (impossibilité de le toucher). Sensation de pression. Parfois impression que les muscles du visage se tétanisent.

Gêne visuelle du côté gauche.

Grande fatigue.

Impossibilité d'appuyer le dos et le crâne (côté gauche) donc impossibilité de s'asseoir dans un fauteuil, de dormir sur le dos... (Voiture impossible).

Vertiges toute la journée si je dors sur le dos ou sur le côté gauche.

Sommeil difficile car impossible de me retourner et douleur derrière le crâne.

Sueurs nocturnes.

Impression de mal position (épaules rentrées tournées vers l'intérieur, tête qui part en avant pieds écartés).

Parfois le soir (tard) difficultés à mâcher, déglutir et même parler ainsi qu'à fixer.

Je tenais à vous informer de nouveaux symptômes et de l'augmentation de la douleur car la vie devient insupportable, la vie sociale quasi inexistante et je me sens très isolée et incomprise par mon entourage.

Sincères salutations,

Madame X »

Cette lettre est présentée par un médecin lors d'une réunion pluridisciplinaire de discussion de dossiers. Il avait reçu la patiente en consultation quelques jours auparavant. Elle lui avait été adressée par son médecin généraliste pour un avis sur la prise en charge de la douleur. En effet, la patiente, malgré tout ce que ce médecin lui avait proposé, continuait à se plaindre de ses douleurs et il ne savait que faire.

Pendant la lecture de cette longue description, les professionnels écoutent attentivement. Peu à peu, ils commencent à s'agiter sur leur chaise, ils se mettent à sourire, à échanger des regards. La lecture terminée, les commentaires et les plaisanteries fusent : « Elle est complètement psy ! », « Elle est grave ! », « C'est complètement incohérent ce qu'elle raconte ». Ce n'est que dans un deuxième temps que les échanges se recentreront sur l'analyse de la situation, lorsque quelqu'un fera remarquer que cette patiente est en souffrance.

Cette longue plainte fait écho aux plaintes que nous entendons dans notre pratique de médecin dans les consultations de douleur chronique et de soins palliatifs.

Ce constat est ainsi une invitation à nous interroger sur la plainte et sur les effets qu'elle produit sur les soignants. De quoi se plaint-on ? Quelles sont les caractéristiques et les significations de la plainte ? Quelle place la plainte occupe-t-elle en médecine ? Quel est son rôle dans la relation médecin-malade ? Celui qui se plaint est-il victime ou bourreau ? Qu'y-a-t-il de si irritant dans la plainte ? Pourquoi provoque-t-elle des réactions de rejet ou de fuite ? Que fait-on de la plainte de l'autre ? Peut-on en finir avec la plainte ? Doit-on la faire taire ? Peut-on y répondre ?

Pour aborder ces questions, nous commencerons par étudier la signification de la plainte et la terminologie qui lui est associée.

CHAPITRE PREMIER

Définitions et usages de la plainte

Terminologie

Le mot plainte, employé dès le XI^e siècle en ancien français, recouvre trois significations différentes : une expression de douleur ou de peine, une expression de mécontentement, la dénonciation d'une infraction à la justice au sens de porter plainte (XVIII^e siècle). La plainte (douleur) est une expression de souffrance qui se manifeste de manière variée : une parole, un cri, un gémissement¹. La plainte (mécontentement) est une protestation, un pleurnichement, une réclamation, une récrimination, une vitupération, une jérémiade. Enfin, la plainte est définie en terme juridique comme étant « l'acte par lequel une personne qui s'estime victime d'une infraction en informe le procureur de la République, directement ou par un service de police (ou de gendarmerie). Elle permet à la victime de demander à l'autorité judiciaire la condamnation pénale de l'auteur (peine d'emprisonnement, d'amende, ...) »². Déposer plainte est une demande de réparation ou la reconnaissance d'un dommage.

Les autres langues utilisent des mots différents pour ces trois sens. En anglais, *moan*, *groan* correspondent au sens de gémissement et *complaint* correspond à celui de plainte. Porter plainte se traduit par *to lodge a complaint*. Il n'existe pas de véritable équivalent en anglais du mot *plainte* comme expression de mécontentement. De même, en italien, on retrouve *lamento*, *gemito* dans le sens d'expression de douleur. Une accusation devant la justice se dit *querella* (*querelare* : porter plainte contre quelqu'un), ou *denuncia*.

Les verbes *se plaindre* et *plaindre* sont associés à la terminologie de la plainte. Le verbe *se plaindre* (verbe pronominal) recouvre également les trois

¹. *Dictionnaire*, Larousse, Paris, 1986 ; E. Baumgartner, *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*, Paris, « le livre de poche », collection encyclopédies d'aujourd'hui, 1997, p. 596.

². <http://vosdroits.service-public.fr/>.

sens. Le malade *se plaint* aux infirmières (il exprime sa souffrance ou sa peine par des plaintes). *Se plaindre* signifie également *râler, rouspéter*. Les Français d'ailleurs ont la réputation d'exceller dans cet exercice. On exprime à quelqu'un son mécontentement ou sa protestation au sujet de quelque chose, de quelqu'un. Enfin, on se plaint à la justice dans le but d'obtenir une réparation, un dédommagement à un préjudice qu'on a subi.

Pour traduire *se plaindre* en anglais, on utilise soit le verbe *to moan*, gémir, ou *to complain*, protester. Pour se plaindre de maux de tête, un anglais utilisera les termes *to complain of headache* ; un italien, *lamentarsi per i mal di testa* ; un espagnol, *quejarse de dolores de cabeza*. Pour se plaindre à quelqu'un de quelque chose, l'anglais utilise *to complain to somebody about something*, l'italien les verbes *lagnarsi, lamentarsi, reclamare*.

Plaindre, verbe transitif, signifie avoir de la peine pour quelqu'un, éprouver de la compassion. Il vient du latin *plangere*, se frapper la poitrine en signe de deuil. Il est usuel en ancien français au sens vieilli *de déplorer la mort de quelqu'un ou de déplorer un évènement*. Les verbes italiens *compatire, simpatizzare*, ou espagnols, *compadecere, simpatizar*, sont plus explicites pour exprimer la compassion. Il n'y a pas d'équivalent en anglais, on dira *to feel sorry for, to pity*.

Le français utilise donc un seul mot, là où d'autres langues en utilisent plusieurs.

Ceci nous amène à formuler une hypothèse : lorsque la plainte résiste à l'efficacité des traitements, le médecin n'entend plus que le mécontentement ou la récrimination contenu dans la plainte. Il devient sourd à sa souffrance.

Signification dans l'usage courant

La plainte n'est pas un concept identifié : c'est un mot utilisé dans la vie courante et dans diverses disciplines, le droit, la médecine, la psychanalyse sans recouvrir de définition précise au-delà du sens commun. Il n'existe pas, par exemple, d'entrée « plainte » dans les dictionnaires de psychanalyse ni dans les dictionnaires de sociologie, de philosophie, ou de droit. Quand la notion est évoquée, c'est à travers des articles portant sur d'autres sujets. Par exemple, le *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, coordonné par Monique Canto Sperber, évoque ainsi la plainte dans la sous partie « soi et l'autre » dans l'article

intitulé « Mal, souffrance, douleur » : « Expression élémentaire de la souffrance qui est aussi la forme élémentaire de la parole : voici la plainte³ ».

La réjouissance ou le contentement, la satisfaction, le bien être s'oppose au mécontentement, à la récrimination, à la douleur (ou à la souffrance) exprimés par la plainte. Mais quelle terminologie trouver pour dire : *expression de contentement, expression de satisfaction, expression de bien-être* ? Les mots manquent.

Usage de la plainte

La plainte – dont certains disent qu'elle est le propre de l'homme – fait partie de nos vies quotidiennes. Qui peut se vanter de passer une journée sans entendre quelqu'un se plaindre ? On se plaint de tout et de rien, de la vie chère, d'avoir trop de travail, de ne pas en avoir assez, de son voisin bruyant, de ce qu'on a, de ce qu'on n'a pas, d'être trop jeune, d'être trop vieux... La simple question : « Comment allez-vous ? », dont on fait usage par politesse, peut aussi ouvrir les vannes d'un flot de plaintes, de récriminations qui font regretter parfois de l'avoir poser. Telle la célèbre chanson interprétée par Gaston Ouvrard en 1932, « Je ne suis pas bien portant⁴ ». Mais s'il est un sujet de plainte dont nous sommes tous friands, c'est bien du temps qu'il fait. La « météo » est une source intarissable d'inspiration. On se plaint aussi bien de la pluie que du beau temps : il fait trop chaud, trop froid, trop humide ou il y a trop de vent. On râle et on critique les prévisions des services météorologiques. Serions-nous des éternels insatisfaits ?

« La plainte est partout, elle inaugure la relation médecin - malade, comme elle l'accompagne et la met parfois en échec, elle peut constituer un syndrome à elle seule ; elle déborde la médecine, s'étend vers le judiciaire où elle change de forme, mais elle constitue aussi une attitude banale, dans la vie courante⁵ ».

La plainte est donc partout. Elle est présente dans la poésie, la peinture, la littérature. En musique, par exemple, le *lamento* est un chant qui exprime la

³. Jérôme Porée, « Mal, souffrance, douleur. », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris : PUF, « Quadrige », tome 2, 2004, p. 1183.

⁴. « J'ai la rate /Qui s'dilata, J'ai le foie /Qu'est pas droit, J'ai le ventre/Qui se rentre, J'ai l'pylore/Qui s'colore, J'ai l'gésier /Anémié, L'estomac/Bien trop bas, Et les côtes/Bien trop hautes... ».

⁵. Jean-Jacques Kress, « L'efficacité de la plainte », *Psychologie médicale*, 1989, 21, 3 : 305-307.

tristesse ou la douleur. On la retrouve sur les tombes sur lesquelles sont inscrits « des regrets éternels » pour exprimer la douleur de la perte de l'être cher. Notons, d'ailleurs, qu'un certain nombre de statuts communaux interdisaient au XIII^e siècle les plaintes et lamentations lors des funérailles. Les obsèques protestantes du XVI^e siècle faisaient appel à des pleureuses chargées de manifester la plainte des proches. On l'entend également chez « les travailleurs » qui se plaignent de leurs conditions de travail à travers les différents moyens d'expression de notre monde moderne : journaux, radio, télévision, internet.

Cette exaspération de la plainte n'est-elle pas l'apanage des pays riches et le revers de la médaille des états de droit ? « Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation⁶ ». A partir de cet extrait de *la déclaration universelle des droits de l'homme*, écrite après la deuxième guerre mondiale avec la découverte des horreurs perpétrées par les nazis, chacun est en mesure de se plaindre si ses droits élémentaires ne sont pas respectés. « Les sociétés modernes libérales ont une anthropologie qui valorise la subjectivité et l'individu. L'individualisme libéral tend à accentuer des logiques de recentrement sur la valeur positive de la satisfaction personnelle, de l'accomplissement, de la vie heureuse, ce que les théoriciens du libéralisme (politique et économique) ont formalisé par l'idée d'intérêt⁷ ». Nos sociétés modernes ont développé l'intérêt pour le corps et la bonne santé qui s'affichent dans les campagnes publicitaires. « Dans une culture où les conduites naturelles, la vie normale ou désirable et les vérités indiscutables sont de moins en moins évidentes, le corps devient le lieu de sa certitude et de son identité. Le corps a en effet quelque chose d'évident, de tangible⁸ ».

⁶. Article 2.1 de la déclaration universelle des droits de l'homme. Nations Unies 1948.

⁷. Marc Grassin, « Souffrance et société libérale », *Revue de Médecine Périnatale*, Masson, 2010, 2:43-47.

⁸. Éric Gagnon, « Figures de la plainte : la douleur, la souffrance et la considération », *Médecine et sciences*, Québec, 2005, vol. 21, n° 6-7, p. 648-651.

Les pays occidentaux dans leurs promesses de satisfaction, voire de bonheur comme cela est inscrit dans la constitution des Etats Unis⁹, induisent la plainte. Tout pouvant être source d'insatisfaction, tout peut-être motif de plaintes.

La plainte a donc un caractère ubiquitaire et elle est aussi expression, manifestation. Quelles sont les autres caractéristiques de la plainte en l'étudiant dans le droit, dans les champs de la douleur et de la souffrance ?

⁹. « Nous tenons pour évidentes pour elles-mêmes les vérités suivantes : tous les hommes sont créés égaux ; ils sont doués par le Créateur de certains droits inaliénables ; parmi ces droits se trouvent la vie, la liberté et la recherche du bonheur. Les gouvernements sont établis parmi les hommes pour garantir ces droits, et leur juste pouvoir émane du consentement des gouvernés. Toutes les fois qu'une forme de gouvernement devient destructive de ce but, le peuple a le droit de la changer ou de l'abolir et d'établir un nouveau gouvernement, en le fondant sur les principes et en l'organisant en la forme qui lui paraîtront les plus propres à lui donner la sûreté et le bonheur ». Déclaration d'indépendance américaine, 4 juillet 1776.

CHAPITRE DEUX

La plainte et le droit

Déposer plainte

La plainte au sens juridique n'est pas définie en tant que telle mais le « Code de procédure pénale » donne des indications sur sa prise en charge dans les articles 40 à 40-4 : « Le procureur de la République reçoit les plaintes et dénonciations et apprécie la suite à leur donner. Il avise le plaignant du classement de l'affaire ainsi que la victime lorsque celle-ci est identifiée. » (Code de procédure pénale, article 40). L'action de porter plainte a pour conséquence la mobilisation du procureur de la République qui « décide s'il est opportun : 1°) soit d'engager des poursuites ; 2°) soit de mettre en œuvre une procédure alternative aux poursuites [...] ; 3°) soit de classer sans suite la procédure dès lors que les circonstances particulières liées à la commission des faits le justifient. » (Code de procédure pénale, article 40-1).

Pour obtenir réparation du préjudice, le dépôt de plainte ne suffit pas : il faut se constituer partie civile¹⁰.

La plainte déclenche ainsi l'action publique, qui est prise en charge par le procureur de la République territorialement compétent. Différents acteurs participent à ce processus : *la victime*, qui a subi l'outrage ; *le plaignant*, qui demande réparation et qui n'est pas forcément la même personne que la *victime* ; et le *procureur* de la République en tant que représentant de l'institution. Selon les suites du processus, d'autres acteurs interviennent, comme l'avocat de la partie civile, l'officier de police judiciaire, ou le bâtonnier de l'ordre des avocats.

La victime est souvent exclue du processus car c'est le parquet qui se saisit lui-même : « il le fait souvent lorsqu'il y a trouble de l'ordre public, [...] lorsqu'il a connaissance d'actes répréhensibles et que la victime n'a pas enclenché de

¹⁰. <http://vosdroits.service-public.fr>.

procédure. Dans ce cas, dès l'origine, la victime est presque niée du processus, elle s'exclut elle-même¹¹ ». Ainsi, « c'est l'Etat qui est considéré comme ayant subi un outrage, et la réparation est due à la société, à l'Etat comme garant de l'ordre public¹² ». « Il n'est pas question de penser que la personne qui vient de déposer plainte auprès du procureur de la République, ou auprès de la police et de la gendarmerie, puisse être considérée autrement que comme un témoin de la perturbation de l'ordre public par un auteur. Cette personne enclenche l'action du ministère public¹³ ».

Mais la victime peut aussi ne pas déposer plainte dans certains cas, soit parce qu'elle est mineure soit parce que la peur, la honte ou la souffrance est trop importante pour que la personne concernée, *la victime*, fasse la démarche (viol, femmes battues). « Ce qui construit le processus de la déploration, c'est bien la mise en mouvement de la souffrance. Or, toutes les souffrances n'accèdent pas spontanément à la plainte, qu'elles soient illégitimes, ou encore totalement informelles ou indicibles¹⁴ ».

Les plaintes contre les médecins.

La médecine aux Etats Unis, est l'objet d'une judiciarisation importante qui peut parfois aller jusqu'à l'absurde. Tel ce médecin attaqué en justice pour avoir pratiqué un accouchement avec des forceps au motif que ses parents pensaient que c'était pour cela qu'il travaillait mal à l'école. Cela retenti sur la relation médecin malade mais aussi sur l'accès aux soins. En effet, les procès ont un coût financier (et moral) qui se répercute sur les modalités d'exercice de la médecine.

Même si la France est loin de subir la judiciarisation des nord Américains, des plaintes sont régulièrement déposées auprès de Conseil de l'ordre des médecins. Les modalités sont définies par le code de déontologie et le code de

¹¹. Gina Filizzola, Gérard Lopez, *Victimes et victimologie*, Paris, PUF, 1995, p.92-93. Cité par : Olivia Foli, *Plaintes, normes et intégration*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en sociologie, Université de Paris Dauphine, Paris, le 7 février 2008, p.18.

¹². Olivia Foli, *id.*

¹³. Gina Filizzola, Gérard Lopez, *op.cit.*, p. 67-68.

¹⁴. Jean-François Lae, *L'instance de la plainte. Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Descartes et Cie, 1996, p.14 ; cité par Olivia Foli, *op.cit.* p. 19.

santé publique¹⁵ : toute personne majeure peut déposer plainte au conseil de l'ordre et ceci sans délai de prescription. Une conciliation est proposée automatiquement.

L'erreur diagnostique est le premier motif de plainte, rapporte un groupe de travail de l'académie de médecine « L'intérêt du public pour la médecine, les moyens dont il dispose pour en prendre connaissance explique ses exigences. Il n'admet pas l'erreur. Le *Principe de Précaution* illustre indirectement l'intolérance du public à l'erreur. Il est de ce fait considéré avec la plus grande attention par les responsables politiques et influence inévitablement le comportement des médecins¹⁶ ».

La récente affaire de « l'arrêté Perruche » en est une illustration.

En effet, les malades sont de plus en plus exigeant vis à vis des médecins et ne comprennent pas leurs hésitations diagnostiques. Ils veulent savoir et comprendre. Les plaintes sont souvent abandonnées lors de la conciliation quand les médecins reconnaissent leur erreur et qu'ils donnent des informations. Plus

¹⁵. Article 1 (article R.4127-1 du code de la santé publique) : « Toute personne peut porter plainte contre un médecin devant l'Ordre. Le conseil régional peut être saisi par un conseil départemental de l'Ordre, un syndicat médical du ressort de la région, le ministre de la santé, le préfet, le procureur de la République ou le Conseil national de l'Ordre. Lorsque la plainte émane d'un particulier, elle chemine par le conseil départemental (art. L.4123-2 du code de la santé publique - ancien art. L. 395). Lorsqu'elle émane d'un médecin inscrit au tableau de l'Ordre, elle peut être adressée directement au conseil régional. Il n'existe pas de délais pour saisir l'Ordre, aucune prescription n'étant prévue. La saisine de la juridiction professionnelle ne fait obstacle à aucune action judiciaire de droit commun. Un médecin peut, pour les mêmes faits ou accusations, être jugé par un tribunal et devant l'Ordre. La juridiction ordinale n'est alors liée par les décisions des juridictions de droit commun qu'en ce qui concerne la matérialité des faits. Elle prononce librement les sanctions qu'elle inflige, qui sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer, radiation du tableau de l'Ordre). Depuis la loi du 4 mars 2002, la conciliation est obligatoirement proposée dans le mois qui suit la réception de la plainte. Dans ce cas 2 possibilités : la conciliation aboutit : la plainte disparaît ; ou alors la conciliation ne peut avoir lieu ou n'aboutit pas, un constat de carence ou un procès verbal de non conciliation est établi. Si la plainte prospère, elle fait l'objet d'un examen en séance plénière par le Conseil Départemental qui dans tous les cas doit la transmettre à la Chambre disciplinaire de première instance et qui de plus peut décider en son nom propre d'être lui même plaignant à l'encontre du médecin. Il devra alors être représenté à l'audience de la Chambre disciplinaire de première instance. Cependant, un médecin chargé d'un exercice public (par exemple un médecin des hôpitaux, un médecin-conseil de la sécurité sociale) ne peut être traduit devant le conseil régional de l'Ordre à l'occasion des actes de sa fonction publique que par le ministre de la santé, le directeur départemental de la santé ou le procureur de la République (art. L. 4124-2 du code de la santé publique - ancien art. L.418) ».

¹⁶. Pierre Godeau, « Le diagnostic en médecine. Histoire – Mise en œuvre présente – Perspectives », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Paris, 2006, 190, n°7, 1533-1535.

qu'une indemnisation financière, c'est le plus souvent une demande de considération qui est réclamée.

Le grand public confond ainsi le droit à l'accès aux soins avec un droit à la santé. La santé est un état physiologique et non pas un droit accordé à certain. Ce vœux pieux traduit sans doute le sentiment d'injustice que la survenue de la maladie entraîne (« Pourquoi moi ? »), mais aussi l'idée que la médecine est toute puissante.

Déposer plainte, que cela soit contre un médecin ou dans la vie civile, est donc une demande de réparation ou de la reconnaissance d'un dommage. Ces significations de la plainte se retrouvent-elles dans le champ de la douleur et de la souffrance ?

CHAPITRE TROIS

La plainte expression de douleur

Faut-il différencier la douleur et la souffrance ?

On oppose souvent la douleur qui serait physique à la souffrance qui serait psychique. Cela renvoi au débat anthropologique sur le dualisme corps et *psyche*. « Mais la douleur pure, purement physique, reste un cas limite, comme l'est peut-être la souffrance supposée purement psychique, laquelle va rarement sans quelque degré de somatisation »¹⁷, nous fait remarquer P. Ricœur. Le langage souvent les confond : on parle de la douleur du deuil et on dit souffrir d'une rage de dent. La distinction entre douleur et souffrance existe certes dans une représentation « idéal-type », mais elle est difficile à maintenir dans les faits.

J. Porée discute trois raisons qui pourraient justifier cette distinction¹⁸ entre la douleur et la souffrance. La première raison, dit-il, tiendrait « à la dualité interne de la sensibilité » : les sensations (odeurs, couleurs, sons ...) ne sont « pas de même nature que les émotions, la passion ou le sentiment global que nous avons de notre personne ». Le deuxième argument serait que la douleur est réduite à une sensation physiologique, « un état ponctuel en lui même vide de signification », alors que la souffrance est « une expérience personnelle riche d'implications éthiques, métaphysiques et religieuses ». La troisième raison serait « d'ordre étiologique ». En effet, dit-il, « elle (cette raison) paraît s'imposer dès que l'on s'enquiert de la cause du mal ». Mais, il conclue pourtant : « Cette troisième raison, pas plus que les deux autres, ne suffit à fonder, entre la douleur et la souffrance une différence que l'on a de meilleures raisons de rejeter ».

¹⁷. Paul Ricœur, « La souffrance n'est pas la douleur », *Souffrances, corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Autrement, 1994, p.59.

¹⁸. Jérôme Porée, *idem*, p. 1179-1180.

Paul Ricœur, dans son article « La souffrance n'est pas la douleur »¹⁹ choisit de réserver « le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement²⁰ ». Mais il justifie ce choix en précisant la place dont il parle, c'est à dire ni en tant que clinicien ou psychiatre mais à partir d'une position phénoménologique.

Même, si la présupposition de Paul Ricœur « que la clinique et la phénoménologie se recroisent dans la sémiologie, dans l'intelligence des signes du souffrir²¹ » nous semble justifiée et valide, elle porte pourtant en elle-même une limite lorsqu'il s'agit pour le médecin de passer de la compréhension du souffrir à la proposition thérapeutique. En effet, le médecin a le souci de ne pas passer à côté d'une action thérapeutique²² qui soulagerait le patient. On ne traite pas de la même façon une crise d'angoisse et une crise de migraine. Une analyse est nécessaire pour distinguer la douleur de la souffrance dans leurs registres respectifs, somatique et psychologique, car les réponses thérapeutiques ne sont pas les mêmes. Les questions qui se posent au médecin sont : « Quelles sont les retentissements somatiques de cette crise d'angoisse sur ce patient ? » ou à l'inverse : « Quel est le retentissement psychologique de la douleur chez ce patient lombalgique ? », plutôt que de savoir s'il s'agit de douleur ou de souffrance. Cette intrication du somatique et du psychologique, d'ailleurs établie par la définition internationale de la douleur²³, n'est pas sans conséquence pour les malades. « Je viens vous voir pour savoir si je ne suis pas folle, nous disait une malade. Ils (les médecins) ne trouvent pas ce que j'ai. Les examens sont tous normaux. Il paraît que c'est psychologique ! ». En effet, il est parfois difficile d'admettre que, d'une part ce qui ne se voit pas existe bien, et que, d'autre part, ce qui est du registre du psychologique n'est pas équivalent à « folie ».

Mais pour la commodité de notre propos, nous utiliserons les termes « douleur » et « souffrance » dans le sens proposé, ci-dessus, par Paul Ricœur.

¹⁹ . Paul Ricœur, *id.*

²⁰ . *Ibid.*

²¹ . *Ibid.* p.58.

²² . Proposition thérapeutique entendue dans un sens large, qui ne se limite pas à la prescription de médicaments.

²³ . « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable... ». *International Association for Study of Pain.*

Question de mots

Dans l'usage courant, on parle de plainte douloureuse. Le terme *douloureux* est un adjectif qui a deux sens : le premier, le plus utilisé, signifie *qui provoque une douleur, une souffrance morale ou physique*. Ce qualificatif est utilisé par celui qui a mal pour désigner une partie de son corps : « Ma jambe est douloureuse ! », ce qui veut dire « ma jambe me fait mal ». Le deuxième sens de douloureux est : *qui exprime la douleur*. Par exemple « un regard douloureux ». Dans cette signification, il est plutôt utilisé par les personnes extérieures à celui qui souffre et parler de *plainte douloureuse* serait en quelque sorte un pléonasme.

Le terme *douloureux* est substantivé dans le jargon médical. On parle de « douloureux chroniques » par exemple. On désigne alors des patients qui présentent des douleurs qui durent plus de trois à six mois²⁴. Mais quand on parle de malade douloureux, dans quel sens ce qualificatif est-il employé ? Cela signifie-t-il que le malade exprime de la douleur ou qu'il provoque de la douleur ? Les malades douloureux feraient-ils souffrir les cliniciens ?

Jean-Jacques Kress souligne plusieurs ambiguïtés de la plainte : ambiguïté dans son expression, ambiguïté de son objet. « Voici la difficulté, au même titre qu'elle peut être expression vocale inarticulée ou formule déployée dans le langage, au même titre la plainte peut concerner la réalité corporelle ou toute l'étendue de l'existence²⁵ ». En effet, d'une part, la plainte, peut se réduire à des cris ou au contraire se construire dans un discours élaboré. D'autre part, « l'objet de la plainte » peut concerner une partie du corps ou bien un mal être.

²⁴. Définition donnée par la IASP (*International Association for Study of Pain*).

²⁵. Jean-Jacques Kress, « L'efficacité de la plainte », *Psychologie médicale*, 1989, 21, 3, p. 305.

Question de maux mis en mots

La plainte exprime la douleur par le langage. Hubert Guyard²⁶ considère que « la douleur mise en mots n'est déjà plus la douleur à l'état brut, mais une douleur mise à distance, une douleur filtrée par une grille verbale, c'est à dire par des rapports entre mots²⁷ ». Il fait remarquer que pour concevoir et exprimer une douleur « il faut à la fois une grammaire (qui contient en elle tout les mots qui peuvent exprimer une douleur avant même sa survenue) et l'application de cette grammaire à la réalité de l'objet douleur devenue réalité physiologique²⁸ ». Cette grammaire préexiste à la survenue de la sensation ou de la perception de la douleur. Mais la douleur dite résulte de la formulation que le patient peut en faire. « La plainte douloureuse suppose une verbalisation de la douleur ; cette verbalisation transforme la douleur immédiatement ressentie pour en faire une douleur dite, c'est à dire une douleur médiatisée par le langage²⁹ ».

H. Guyard a étudié la plainte douloureuse à partir à partir de la théorie de la médiation proposée par le linguiste Jean Gagnepain qu'il présente ainsi : « Partant du langage, cet auteur, a cherché à y observer distinctement les types de contraintes qui caractérisent les comportements humains. Certes le langage est fondamentalement une façon de raisonner logiquement en formulant des phrases grammaticales cohérentes. Mais il n'est pas humain de ce seul point de vue. Ce même langage est aussi, en tant que langue, toujours produit par une certaine société à une certaine époque. Il relève donc d'une explication socio-historique, différente des explications grammaticales ou sémantiques évoquées précédemment. En outre, il manifeste les affects, le désir et les jugements, conscients ou pas, de l'être affectif et moral qui s'exprime. Enfin, lorsqu'il est écrit, il témoigne aussi de l'ingéniosité de l'écrivain et du lecteur qui utilisent un outillage complexe, crayon ou clavier, une feuille ou un écran³⁰ ».

Hubert Guyard résume la théorie de la médiation comme étant « l'ensemble des processus grâce auxquels l'homme implicitement analyse sa

²⁶. Hubert Guyard est professeur en science du langage et consultant dans le service de neurologie et à l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur chronique du CHU de Rennes.

²⁷. Hubert Guyard, *La plainte douloureuse*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 160.

²⁸. *Idem*, p. 31.

²⁹. *Ibidem*, p. 9.

³⁰. *Ibidem*.

représentation, son activité, son être et son vouloir, à travers un réseau de signes, d'outils, de personnes et de normes qui ne se manifestent que réinvesti³¹ ». Il transpose la grille d'analyse de la rationalité de J. Gagnepain à la plainte douloureuse, à savoir : « une conceptualisation logique, une production technique, une reconnaissance sociale, une épreuve morale ». Mais, dit-il, il ne s'agit pas d'appliquer cette grille à la plainte, mais de « considérer la plainte douloureuse comme le résultat d'une grille d'évaluation déjà à l'œuvre dans sa propre élaboration³² ». La plainte est déjà une analyse. Il s'agit de retrouver dans la plainte les éléments de son élaboration avec cette grille.

Ainsi, la douleur logiquement conceptualisée correspond au symptôme, la douleur techniquement produite à un dysfonctionnement, une douleur socialement reconnue à un handicap, une douleur moralement endurée à une épreuve.

Cette douleur multidéterminée ne peut être comprise, selon H. Guyard, sans les quatre systèmes (logique, technique, social, moral) qui implicitement l'analysent :

- Un système de valeur grammaticale ou sémantique (le Signe). « Se plaindre, c'est introduire une causalité dans l'élaboration logique du symptôme. Humainement il n'y a pas de douleur sans cause³³ ». Il s'agit bien pour le médecin de trouver la cause de la douleur, ou au moins son mécanisme, et pour le malade de comprendre ce qu'il a pour pouvoir mieux se le représenter. Mais dans bien des cas la cause imaginée par le patient diffère de la réalité ou de celle énoncée par le médecin.
- Un système de dispositifs techniques (l'Outil) « Se plaindre c'est construire le thermomètre susceptible de lire l'efficacité des traitements pris³⁴ ». Des outils d'autoévaluation³⁵ sont proposés au patient.
- Un système de position sociale (la Personne) : « Se plaindre n'est socialement jamais neutre (...) c'est introduire un principe de responsabilité dans la prise en

³¹. Jean Gagnepain, *Du vouloir dire. Traité d'épistémologie des sciences humaines, Tome 1, Du signe. De l'outil*. Bruxelles, De Boeck Université, 1993, p. 18. Cité par Hubert Guyard, *La plainte douloureuse*, Rennes, presses universitaires de Rennes, 2009, p. 30.

³². *Ibidem*, p. 39.

³³. *Ibidem*, p. 38.

³⁴. *Ibidem*.

³⁵. Les principaux outils d'autoévaluation de la douleur sont l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) et l'échelle verbale simple (EVS). Mais il existe également des échelles d'évaluation remplies par les soignants à partir de l'observation des comportements des malades.

charge médicale de la douleur³⁶». La douleur est aujourd'hui médicalisée et a fait l'objet de plusieurs plans de la part du ministère de la santé pour améliorer sa prise en charge.

- Un système de valeurs morales (la Norme) : « Se plaindre c'est introduire un principe de culpabilité (ou de critique) dans le fait d'avoir à souffrir une douleur, surtout lorsque celle-ci est inutile³⁷ ». C'est la recherche du sens.

J-J Kress propose « d'appeler *l'efficace de la plainte* ce qui face à la plainte, porte vers des questions radicales, place le sujet en regard des raisons même de son existence. Le patient en vient parfois à formuler lui-même ces questions : « *Pourquoi moi ? Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ?* ». Bien que cette situation puisse être sous-tendue par la référence à la culpabilité : « *Qu'ais-je fait pour mériter cela ?* » ce qui serait encore une tentative pour construire des raisons explicatives, elle est en fait plus radicale et concerne le destin même du sujet, la cohésion de son existence, son rapport à l'ordre du monde³⁸ ».

La douleur est le moteur qui pousse à se plaindre. Pourtant, il existe des douleurs sans plainte et des plaintes sans douleur.

Douleurs sans plainte, plainte sans douleur

Chez les patients douloureux chroniques, la douleur est parfois calmée (ou supportable) sans que la plainte s'arrête pour autant. Elle se porte sur ce qui n'est plus possible de faire par exemple. Un deuil est nécessaire. Dans le cas d'accident de travail, la plainte persiste souvent tant que la procédure n'a pas aboutie.

Nous ne sommes pas égaux face à la douleur. En effet, si on imaginait une même cause de douleur d'intensité identique appliquée à des personnes différentes, celles-ci n'en auraient pas une perception similaire (pour des raisons neurophysiologiques). Mais, au delà de sa perception ou de sa personnalité, un sujet manifeste, exprime sa douleur de manière toujours unique. Chacun a son style. La question du sens donné à la douleur, le milieu social, la culture notamment les références religieuses et les représentations symboliques colorent l'expression de la plainte douloureuse.

³⁶. *Ibidem.*

³⁷. *Ibidem.*

³⁸. Jean-Jacques Kress, *idem.*

Certains continuent à travailler malgré leur douleur, sans se plaindre alors que d'autres s'arrêtent. David Le Breton fait remarquer que dans les milieux les plus démunis, endurer le mal physique sans se plaindre est un moyen de ne pas donner d'indice sur la dégradation de son corps, qui est aussi un outil de travail, et c'est un moyen de rester digne en montrant que l'on garde la maîtrise de soi. « Le sentiment d'impuissance éprouvé devant une structure sociale où l'on peine à trouver sa place, est relayé ici par une forme de revanche prise sur son propre corps devenu lieu de souveraineté personnelle. (...) Quand on est dépossédé de tout, il reste au moins son propre corps pour attester de son existence aux yeux des autres³⁹ ». Ainsi, dans les milieux ouvriers, « il n'est pas légitime de « trop s'écouter ». On « prend sur soi » plutôt que de perdre une journée de travail et de consulter le médecin⁴⁰ ». La douleur est alors prise en charge socialement : « l'ouvrier doit se montrer fort dans le cadre du travail, mais une scène lui sert d'exutoire en dehors : celle du café, où la plainte s'exprime auprès des pairs sur un ton humoristique⁴¹ ». Mais on pourrait faire les mêmes remarques concernant les professions libérales.

Les facteurs culturels et les représentations symboliques qui leurs sont associés colorent également la plainte. Ceux-ci peuvent entraîner une incompréhension de la part du médecin. « L'expression individuelle de la douleur se coule au sein de formes ritualisées nourrissant l'attente des témoins. Quand une souffrance affichée paraît hors de proportion avec la cause et déborde le cadre traditionnel, on soupçonne la complaisance ou la duplicité⁴² ». Les patients occidentaux expriment plutôt leur mal-être en termes psychologiques, les nord-africains ou les turcs par exemple en catégorie physique. Ils emploient un langage subjectif et métaphorique et feront appel à des expressions tel que « *Mon cœur est sombre. Mes reins sont morts. Mes poumons essayent de quitter mon corps. Ma tête bat contre un mur* ». Les soignants n'ont pas toujours la clé pour déchiffrer les métaphores utilisées par des patients immigrés. Des consultations de médiation culturelle sont mises en place pour traduire ces plaintes et leurs représentations.

³⁹. David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995, p. 131.

⁴⁰. *Idem*, p. 133.

⁴¹. *Ibidem*, p. 156-157.

⁴². *Ibidem*, p. 108.

Cela permet d'éviter les stéréotypes comme « le syndrome méditerranéen » ou « l'hypochondrie juive ». Le risque de stigmatisation n'est jamais loin.

Facteurs culturels

Des travaux ont été réalisés pour étudier les facteurs culturels dans l'expression de la douleur. L'étude de Mark Zborowski⁴³, en sociologie médicale, porte sur les composantes culturelles de l'expérience de la douleur de quatre vingt un patients de trois groupes ethniques aux Etats Unis : des Américains d'origine italienne, d'autres d'origine juive, et d'autres issus de familles protestantes implantées de longue date aux Etats-Unis. Les Américains d'origine juive et italienne réagissent à la douleur de manière très émotionnelle et sont sensibles à des seuils de stimulation douloureuse très bas, les Américains « de souche » tendent beaucoup plus à la minimiser. La signification attachée à la douleur diverge entre ces différents groupes : pour les « Italiens », l'expérience a surtout un sens immédiat, leurs plaintes sont très vives mais elles s'apaisent dès que la douleur cesse et celle-ci leur laisse peu de souvenirs. En revanche, les préoccupations des Américains d'origine juive concernent les conséquences à long terme. Leur anxiété est tournée vers l'avenir, et elle ne s'efface pas lorsque la douleur a disparu. Quant aux Américains de souche, leur attitude est très pragmatique : ils acceptent mieux l'hospitalisation que les membres des autres groupes et pensent qu'il faut coopérer avec le personnel.

L'étude d'Irving Zola⁴⁴, sociologue, publiée dans les années 1960 aux Etats-Unis, porte sur les styles de plainte en fonction des cultures. L'auteur compare les attitudes de cent quarante quatre patients hospitalisés d'origines italienne et irlandaise. Les patients Italiens tendent à exprimer plus de plaintes et de manière plus diffuse. Ils insistent sur la douleur ressentie et soulignent que leur humeur et leurs relations avec autrui sont perturbées. Les Irlandais se plaignent peu et indiquent plus souvent des localisations précises pour leurs symptômes. Ces études ont eu le mérite de sensibiliser les soignants à la dimension culturelle de la douleur et donc de la plainte. Mais elles peuvent aussi induire le risque de ne pas de ne pas tenir compte des variabilités individuelles ou d'avoir des *a priori* en

⁴³. Mark Zborowski, « Cultural components in response to pain », *Journal of social issues*, Wiley, 1952, 8, 1-30.

⁴⁴. Irving Zola, « Culture and symptoms. An analysis of patients presenting complaints. », *American Sociological Review*, 1966, 31, 615-630.

écoutant l'expression de la plainte voire de stigmatiser le plaignant sans l'entendre.

Ces différentes modulations de la plainte douloureuse par les facteurs culturels, sociaux, symboliques modifient également la plainte lorsqu'elle exprime une souffrance psychique.

CHAPITRE QUATRE

La plainte expression de souffrance

La souffrance

La plainte est aussi « le langage de la souffrance » précise le psychanalyste Benjamin Jacobi. « Ce trajet du corps à la parole, du cri au langage de la souffrance désigne pour l'essentiel le parcours du discours de la plainte⁴⁵ ».

Le médecin et philosophe Viktor Von Weizsäcker, dans son article « Les souffrances »⁴⁶, expose la difficulté à objectiver la souffrance et la décrit comme étant en même temps un état et un processus, quelque chose qui persiste, mais aussi quelque chose qui exige d'être liquidé : « Ma dent est encore la *mienne*, tant qu'elle me fait souffrir, et je n'ai pas encore réalisé sa pure qualité d'un « cela ». Deux possibilités restent ouvertes : soit elle guérit et elle redevient entièrement ma « propriété », ou « il faut l'arracher », auquel cas elle n'est plus qu'une « possession » qui peut changer de possesseur – même au sens juridique. Justement : le fait que cette distinction soit encore en suspens, montre clairement qu'une pensée purement objective du « cela » (la pensée spécifique des sciences naturelles) est *incapable* de penser *correctement* ce qu'est la souffrance, c'est-à-dire une décision *encore en suspens* entre le moi et le *cela* ⁴⁷ ». Il introduit la notion de « travail de souffrance » et décrit trois attitudes face à la souffrance : *l'objectivation, la dépendance, la contrainte pulsionnelle*. *L'objectivation* est comparable à l'attitude des stoïciens qui refusent la plainte en rationalisant la douleur : « C'est ainsi que Marc Aurèle dit de la douleur : « ce qui est intolérable tue, ce qui dure est tolérable. L'intelligence peut, en se reprenant, conserver sa

⁴⁵. Benjamin Jacobi, « La plainte », *Souffrances: corps et âmes, épreuves partagées*, Autrement, Paris, n°142, février 1994, p.116.

⁴⁶. Viktor von Weizsäcker, « Les souffrances », « Die Schmerzen », *Die Kreatur*, Jahrgang I, Heft III, 1926, traduit par Jean Greisch et Françoise Todorovitch, p. 315-335.

⁴⁷. *Idem*, p. 321.

sérénité, et le principe directeur (*hègemonikon*) n'en est pas rendu pire. Quant aux parties que lèse la douleur, si elles le peuvent, qu'elles s'expliquent sur elle !⁴⁸ ». Dans une attitude de *dépendance*, poursuit Viktor Von Weizsäcker, « ou bien ma souffrance me terrasse, et je suis comme liquéfié par elle, rempli par elle jusqu'à ras bord, entièrement livré à son emprise, ou bien elle devient ma sœur et ma compagne, elle fait route avec moi et elle meut et stimule ma vie, elle est mon aiguillon et la source de ma force, à laquelle je ne veux pas renoncer⁴⁹ ». Viktor von Weizsäcker explique ainsi la *contrainte pulsionnelle* : « Une troisième forme de décision sera de savoir si j'accepte cette souffrance ou si je *veux* l'éliminer : mû par une pulsion, je peux l'engendrer et l'entretenir en me torturant moi-même, mûr par une autre pulsion, je peux également n'écouter aucune autre voix que celle qui m'ordonne de la repousser et de la chasser par tous les moyens. Enfin, la souffrance nous oblige à prendre encore une autre décision essentielle : la montrer, ou la cacher. Elle nous fait crier, mais elle nous réduit aussi au silence ; elle nous met en fureur, ou elle nous paralyse. On se lamente ou l'on se replie, on recherche de la compagnie et de la sympathie, ou la solitude et à se faire oublier. À l'obligation de « se tourner vers » ou de se détourner correspond ici l'obligation de montrer ou de cacher⁵⁰ ».

Une rencontre avec l'autre

Une autre caractéristique de la plainte est qu'elle s'adresse toujours à quelqu'un. Elle peut varier en fonction de la personne à qui elle s'adresse. L'expérience clinique montre que les malades se plaignent aux infirmières ou aux aides-soignantes mais répondent qu'ils n'ont pas de douleur au médecin qui les interroge. Ou inversement.

Le cri ou le gémissement sont-ils, alors, dans registre de la plainte ? « On crie quand on a le doigt coincé dans la porte, mais se plaint-on ? Pas nécessairement. Le cri inarticulé ou le juron ne se superposent pas toujours à la plainte, ne peuvent s'y confondre. A l'inverse, le gémissement le plus inarticulé peut être reconnu comme une plainte lancinante. (...) Ce qui fait la spécificité de la plainte, c'est qu'elle est figure d'interpellation, d'interlocution, qu'elle est

⁴⁸. Marc Aurèle, *Pensées pour moi-même*, suivi du *Manuel* d'Epictète, trad. Mario Meunier, Garnier-Flammarion, VII, 33. Cité par Viktor von Weizsäcker, *idem*.

⁴⁹. Viktor von Weizsäcker, *Ibidem*.

⁵⁰. *Ibidem*.

reconnaissance et invocation de l'autre ⁵¹». *A contrario*, le corps seul ne peut faire office de plainte : il faut la médiation de la parole pour suggérer la plainte. Dans cette perspective, B. Jacobi cite des exemples extrêmes de non-plainte : « les enfants psychotiques paraissent ignorer la douleur physique et restent inaptes à la transformer en plainte », « des adultes en phase de mélancolie grave laissent, sans émettre la moindre plainte à ce propos, leurs corps à l'abandon, à la déliquescence⁵² ».

La plainte permet la rencontre avec l'autre. « Une des fonctions de la plainte est de restaurer des liens face à l'expérience de l'isolement, de la rupture et de la séparation », la plainte est « un passage du biologique au symbolique, du somatique au langage⁵³ ». En d'autres termes, sans la plainte, la sensation serait brute, l'individu s'exprimerait par un cri ou un gémissement. Mais la plainte se réduit aussi à des cris et des gémissements lorsque l'intensité de la souffrance est trop importante.

Un écart entre la plainte et la souffrance

L'expérience dans le corps précède la plainte et en mettant en discours l'expérience subjective, la plainte ouvre un espace entre cette expérience et le sujet qui la vit. C'est ce que souligne B. Jacobi quand il annonce que la plainte n'est possible que s'il y a une distance entre le sujet et son expérience : « Parce qu'elle est discours, elle [la plainte] s'instaure dans un état minimal entre le sujet et l'objet de la plainte. Cet écart institué par le langage disparaît dans le cri et reste inaccessible dans le silence. Un sujet submergé par la douleur ne paraît pas en mesure de se plaindre. L'accomplissement de la plainte implique la présence d'une première – même infime – prise de distance entre l'être et son expérience⁵⁴ ». L'absence de plainte marque le début d'un renoncement et inquiètent les soignants. Un malade qui râle ou qui se plaint est certes plus difficile à côtoyer, mais il est une personne bien « vivante » psychiquement.

Mais si la plainte est figure d'interpellation et de reconnaissance, pour qu'il y ait plainte, il faut qu'il y ait intérêt narcissique pour le corps. La plainte, selon

⁵¹. Benjamin Jacobi, *Ibidem*, p. 119.

⁵². *Ibidem*.

⁵³. *Ibidem*, p. 118.

⁵⁴. *Ibidem*, p. 124.

Jacobi, est entreprise de restauration narcissique dans la régression de la maladie.

Lien entre la souffrance et la plainte selon Paul Ricœur

Concernant le lien entre la souffrance et la plainte, Paul Ricœur prend pour guide les repères nosographiques de la clinique en qualifiant la souffrance et ses degrés afin, dit-il, de sortir d'un « embarras méthodologique »⁵⁵. Cette graduation permet d'envisager les raisons pour lesquelles la souffrance peut se heurter au langage, et donc influencer la plainte. Sans cette précaution, que souligne Paul Ricœur, nous serions confrontés au risque de nous perdre dans « la litanie interminable des maux, dans le mauvais infini de la déploration⁵⁶ ». Il « propose de répartir les phénomènes du souffrir » selon deux axes orthogonaux : l'axe *soi-autrui* d'une part, car « le souffrir se donne conjointement comme altération du rapport à soi et du rapport à autrui » ; l'axe *agir-pâtir* d'autre part, car « la souffrance consiste dans la diminution de la puissance d'agir » et « seuls des agissants peuvent être aussi des souffrants⁵⁷ ». Sur l'axe *soi-autrui*, Ricœur souligne le paradoxe de la souffrance : d'un côté, le sentiment d'exister s'intensifie « Réduit au soi souffrant, je suis plaie vive⁵⁸ », et d'un autre côté, le souffrir provoque une crise de l'altérité que l'on peut résumer par le terme de séparation. Ricœur décrit quatre degrés : d'abord un sentiment d'insubstituable (le souffrant est unique) ; puis l'expérience de l'incommunicabilité ; à un degré plus intense, l'autre est perçu comme un ennemi ; enfin au plus haut degré le souffrant s'interroge : « pourquoi moi ? ». Denis Vasse, caractérise également la souffrance comme processus de séparation mais séparation d'avec nous mêmes. « La souffrance nous sépare d'avec nous-mêmes. Elle nous divise. Mieux vaudrait dire qu'elle est cette séparation, cette division même depuis l'origine. Cette division fait planer dès le début l'ombre de la mort⁵⁹ ». Sur l'axe *agir-pâtir*, Ricœur utilise ici la grille de lecture qu'il a développée dans *Soi-même comme un Autre*⁶⁰ à savoir les « quatre niveaux d'efficacité : celui de la parole, celui du faire au sens

⁵⁵. D'après Paul Ricœur « La souffrance n'est pas la douleur », *Souffrances, corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Autrement, 1994, p.59.

⁵⁶. *Idem*.

⁵⁷. *Ibidem*.

⁵⁸. *Ibidem*, p.60.

⁵⁹. Denis Vasse, *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, 1983, p. 30.

⁶⁰. Paul Ricœur, *Soi-même comme un Autre*, Paris, Points Seuil, 1990.

limité du terme, celui de la narration, enfin celui de l'imputation morale⁶¹ ». Ainsi le souffrir, affecterait le pouvoir dire, le pouvoir faire, le pouvoir se raconter c'est à dire mettre en récit, et le pouvoir de s'estimer soi même. Cet axe *agir-pâtir* croise par conséquent l'axe du rapport à soi et à autrui, car l'atteinte du sujet dans sa capacité à dire et à faire a un impact sur la constitution de l'identité personnelle et sur « l'impuissance à s'estimer soi-même ». Ricœur explique que la souffrance a un impact sur les fonctions de l'expression (impuissance à dire) : « Le souffrir se somatise de façon élective au niveau de la mimique et plus particulièrement dans l'espace du visage ; ainsi son expression se replie-t-elle sur le cri et les larmes. Une déchirure s'ouvre entre le vouloir-dire et l'impuissance à dire. Et c'est dans cette faille que le vouloir-dire se forge néanmoins le chemin de la plainte (...). La plainte est à la fois exhalée de soi, arrachée du fond du corps, et adressée à l'autre comme demande, comme appel à l'aide.⁶² ».

De l'excès dans la plainte

La plainte paraît souvent excessive à celui qui l'entend. Excessive car elle dépasse toujours un peu la souffrance, en distance et en intensité, car elle se situe dans un écart avec la peine. « De quelque désespoir qu'une âme soit atteinte, la douleur est toujours moins forte que la plainte » souligne Jean de la Fontaine (La Matrone). Paul Ricœur retient que la plainte est, presque par essence, suspecte d'exagération et de délire : « Cette manière qu'a la plainte de friser le délire témoigne peut-être de la nature profonde de la récrimination, oscillant sur le seuil invisible entre la dénonciation du mal et le délire de persécution⁶³ ». Ce caractère se retrouve dans la plainte du mélancolique.

La plainte du mélancolique, un paradigme de toute plainte

La figure typique du plaignant décrite par la psychanalyse est celle du mélancolique, théorisée par Sigmund Freud dans *Deuil et mélancolie*⁶⁴. La caractérisation de cette névrose est un état de perpétuelle insatisfaction sur soi et

⁶¹. Paul Ricœur, « La souffrance n'est pas la douleur », *op. cit.*, p.61.

⁶². *Ibidem*, p.62.

⁶³. *Ibidem*, p.65.

⁶⁴. Sigmund Freud, « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Galimard, Folio essais, 2009, p.145-171.

sur le monde : « Qui est né mélancolique tête la tristesse en tout événement⁶⁵ ».

En usant de la plainte pour interpeller son entourage, le mélancolique cherche à faire partager son ressenti. Il est primordial pour lui que l'entourage cautionne son discours, alors même qu'il prétend mériter ce qui lui arrive : « ils [les sujets mélancoliques] ne se contentent pas de multiplier les autoreproches, de se plaindre indéfiniment d'eux-mêmes, mais semblent également tenir à faire partager l'indignité dont ils s'accablent. (...) Pourtant dans le même temps, et quelquefois par-dessus tout, ils tiennent à ce que tous leurs interlocuteurs entrent dans..., adoptent leur système de représentations, leur mode d'explication⁶⁶ ». Le délire mélancolique est tel qu'en cas d'incompréhension, le sujet entretient une logique d'autodestruction : « L'incompréhension dont il se sent l'objet, le rejet qu'il avait perçu, ou qu'il réussit à susciter, alimentent son discours d'autodestruction. A l'épreuve d'un sort mille fois mérité s'ajoute désormais celle d'une incapacité avérée à se faire comprendre⁶⁷ ».

Pour B. Jacobi, la quête mélancolique met en évidence la représentation d'un « moi grandiose » et d'une recherche sans fin d'emprise sur le monde : « La plainte portée contre, les condamnations sans réplique qu'elle implique, pourraient dessiner une fonction fondatrice de la plainte : de continuer l'œuvre d'un moi grandiose, ou plutôt témoigner de l'extrême souffrance à y renoncer. *Plus que la perte de l'objet, c'est la perte de l'emprise sur l'objet qui pourrait nourrir la plainte* ⁶⁸ », (souligné par l'auteur). Finalement, la plainte du mélancolique se nourrit de sa difficulté à accepter ses imperfections et les limites de son emprise sur le monde. Tel un chant d'accompagnement, elle s'associe à la conscience de la perte et devient complainte. La plainte aurait alors à voir avec une tentative d'évitement de la castration : « S'accepter limité dans son emprise sur le désir de l'autre, de l'objet aimé, peut être compris comme une épreuve de castration. Celle-ci pourrait être un autre terreau favorable au développement de la plainte, elle pousse alors sur l'aveu refusé d'une forme de castration. Se plaindre revient alors, en partie, à tenter indéfiniment l'évitement de la castration⁶⁹ ».

⁶⁵. Sigmund Freud, 1873, *Lettre à Emil Fliess*, cité par Benjamin Jacobi, *Les mots et la plainte*, Paris, Erès, 1998, p. 11.

⁶⁶. Benjamin Jacobi, *Les mots et la plainte*, Paris, Erès, 1998, p.17.

⁶⁷. *Idem*.

⁶⁸. *Ibidem*, p. 18.

⁶⁹. *Ibidem*, p. 20.

Chez le mélancolique, la plainte est obscène dans le sens où elle cache toute autre réalité et où elle envahit la relation aux autres : « il s'épanche auprès d'autrui de façon importune, trouvant satisfaction à s'exposer à nu⁷⁰ ». En conséquence il est quasiment impossible de l'arrêter, et l'environnement (familial, soignant, etc.) est confronté à la difficulté d'adopter une réaction adéquate : que l'entourage conforte ou rejette la plainte, le mélancolique ne trouvera pas la paix. « Un propos obscène empêche de considérer l'ensemble d'un discours, il attire son destinataire et masque, cache, obscurcit le reste des énoncés. (...) Les propos plaintifs (...) sont avant tout à l'avant scène, ils empêchent de considérer tout autre chose⁷¹ ». Dans la figure extrême de la mélancolie, comme la détresse est infinie et auto-entretenu, la plainte amène à un enfermement sur soi-même. Le sujet est absorbé par son mal-être : « la plainte devient le vecteur invisible d'une sorte de captation du sujet par lui-même, captation si absolue qu'elle l'entraîne à se couper du monde⁷² ».

Plainte et sentiment d'exister

Si la plainte conduit à un enfermement sur soi, elle a aussi une fonction importante pour l'être, et même pour la survie de l'être : elle lui procure le sentiment d'exister. La plainte a en effet pour fonction de maintenir l'emprise sur le monde du mélancolique qui, nous l'avons vu, se sent limité et refuse de renoncer à l'omnipotence. Elle procède d'une « activité de liaison » entre, d'une part, les épreuves du réel (qui signifient la finitude), et d'autre part, la volonté de maîtrise du réel. Ainsi, « la plainte viserait à rassembler ce qui est épars, éclaté dans le psychisme d'un sujet. (...). Elle entre alors au service d'une restauration de l'être⁷³ ». On peut alors considérer la plainte comme une histoire subjective que le sujet se raconte sur lui-même. Cela lui permet de construire ou de maintenir une certaine cohérence subjective, de mettre en lien les diverses expériences éparses qu'il a engrangées. Ce travail de narration sur soi-même par soi-même procure par sa répétition un sentiment de continuité de l'être, voire de continuité de son existence. « Rappelons-le : une vie, c'est l'histoire de cette vie, en quête de

⁷⁰. Sigmund Freud, *idem*, p.152.

⁷¹. Benjamin Jacobi, *Ibidem*, p. 21.

⁷². *Ibidem*, p. 22.

⁷³. *Ibidem*, p. 49.

narration. Se comprendre soi-même, c'est être capable de raconter sur soi-même des histoires à la fois intelligibles et acceptables, surtout acceptables », insiste Paul Ricœur⁷⁴. La plainte est, dans les cas extrêmes, le dernier accès à la subjectivité. « Cette ardeur plaignante pourrait bien s'énoncer pour reconstruire – et c'est un travail toujours repris – une subjectivité qui espère, par l'inventaire interminable de ses impacts, s'assurer de sa continuité, de sa permanence, voire de son existence. La plainte est alors organisée comme un ordre de mobilisation, pour faire accourir, sans empêcher le plaignant de continuer à courir. Elle n'est pas déclinée pour être soulagée, mais pour permettre à celui qui la vit et la dit de continuer à être⁷⁵ ». La continuité du récit peut d'ailleurs être trouvée collectivement. B. Jacobi rapporte un exemple d'émergence d'une plainte collective à propos des réunions du personnel soignant en contact avec des malades gravement atteints. Le chœur permet de faire entendre ce qui n'a pu émerger autrement : « Ce qui n'a pu sourdre d'un énoncé fugace va, dans la réunion des voix en un seul chant, trouver la solennité. Fondamentalement le chœur est œuvre de résonance, figure d'échos réunis. Il est enfin marqué d'une qualité de certitude irréversible⁷⁶ ».

Paradoxe du plaignant

On peut donc évoquer le paradoxe du plaignant : s'il a besoin d'un interlocuteur pour déployer son récit, en réalité ce récit s'adresse avant tout – et peut-être exclusivement – à lui-même. Ainsi la plainte s'étend sur deux terrains complémentaires et inséparables : l'environnement du plaignant et le plaignant lui-même. D'une part, l'action sur l'environnement permet au plaignant de conserver son sentiment d'emprise sur le monde, qui en même temps n'arrête pas de lui échapper : « L'appel aux autres semble fait pour reconstituer sans répit une subjectivité qui n'en finit pas de s'échapper. On a l'impression que ce qui est régulièrement obtenu par le recours de la plainte ne tient pas, ne se conserve pas à l'intérieur d'une subjectivité qui n'arrête jamais de se chercher dans et par les autres⁷⁷ ». D'autre part, le sujet redoute la dépossession de cette dynamique car il

⁷⁴. Paul Ricœur, *op. cit.*, p. 63.

⁷⁵. Benjamin Jacobi, *op. cit.*, p. 85.

⁷⁶. *Ibidem*, p. 76.

⁷⁷. *Op.cit.*, p. 83.

crain de perdre le sentiment d'exister s'il abandonne le registre plaintif. « Le plaintif lui-même est installé, totalisé dans sa plainte et, sans objet, sans motif de plainte, il redoute de disparaître comme sujet. Il n'est sujet qu'en ayant des sujets de plainte. Si être soi-même est être dans la plainte, quand les objets de plainte et leurs destinataires viennent à manquer, le sujet de (dans) la plainte s'évanouit avec eux. C'est du moins ce qu'il redoute au plus haut point ⁷⁸ ».

L'angoisse de ne plus avoir d'emprise sur l'entourage et de disparaître en tant que sujet si on abandonne le registre plaintif nourrit un cercle vicieux dans le fonctionnement psychique, qui renforce toujours plus l'isolement du plaintif. Le mélancolique a le sentiment d'exister dans l'enfermement. En se plaignant, il entretient son « fond narcissique ». En visant la reconnaissance et en recherchant l'attention, le plaintif entretient le déni de la réalité : « Fondée peu ou prou, l'histoire de la plainte commence donc toujours par la fermeture sur soi et se poursuit avec le déni de la réalité pour s'achever en exigences et en revendications qui viennent frôler la paranoïa ⁷⁹ ». La répétition de la plainte est comme un arrêt dans le temps qui permet au sujet de ne pas remettre en cause son mode de fonctionnement : « Un événement qui est venu rompre le cours de mon existence et mon système relationnel présent, exigerait tant de modifications et de fatigues que je ne puis m'y résoudre. Je préfère nier que quelque chose ait eu lieu. (...) Le regard qui plus tôt était posé sur le monde environnant se fige. Mais puisque l'événement insiste, je dois trouver un autre moyen d'y échapper : je regrette son apparition, je déplore les faits, je veux, espère et revendique un temps autre et un autre espace que ceux qui pèsent sur moi désormais. Je ne peux me les approprier et m'en rendre responsable de quelque manière. C'est donc à l'autre que doit en être attribuée la faute : le destin, la société, l'hérédité, les géniteurs. La plainte en vient à porter plainte et à se répandre en accusations ⁸⁰ ». On peut alors penser que la plainte acquiert une forme autonome et se détache de l'objet énoncé par le sujet comme étant la cause de sa plainte. Finalement, tout se passe comme si le sujet souffrait de son entêtement à souffrir. La plainte est alors une litanie incessante, et la guérison (psychique) à travers le cadre thérapeutique peut disparaître de l'horizon du mélancolique. La survenue d'un malheur visible peut, *a contrario*,

⁷⁸. *Idem*.

⁷⁹. François Roustang, *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob Poches, 2001, p. 12

⁸⁰. Benjamin Jacobi, *op. cit.*, p. 10.

soulager le mélancolique. B. Jacobi cite, à ce propos, le cas d'un patient qui, en cours de psychanalyse, a contracté une affection physique : la gravité de celle-ci l'a, dans une certaine mesure, soulagé puisqu'elle lui a permis d'obtenir « la compassion, l'attention, l'amour que sa plainte mélancolique avait jusqu'alors exigé (...) : l'obscénité de la plainte n'avait plus lieu d'être puisque la catastrophe était visible ⁸¹ ».

Plainte et plaisir

Le cercle vicieux est également nourri par la complaisance : « La plainte par nature fait sans cesse renaître l'écart et celui-ci engendre à son tour une augmentation de la peine ; on entre alors dans un cercle infernal qui éloigne peu à peu de la première réalité de la douleur et qui ouvre, dans la complaisance, sur une dépression chaque jour plus irrémédiable ⁸² ».

La plainte peut aussi avoir un lien avec le plaisir : plaisir narcissique, plaisir de la cohérence du récit sur soi, mais aussi plaisir du témoignage d'amour que peut exprimer la plainte : « se plaindre de (à) quelqu'un de ce qu'il est, de ce qu'il fait, de ce qu'il nous fait, peut constituer la trame la plus solide de ce qui reste d'une relation d'amour. On se plaint en effet de celui (de celle) à qui l'on tient (...) On sait combien, à l'inverse, dire : « *je n'ai pas à me plaindre de* » indique souvent le désarroi d'un sujet sur le point de découvrir le crépuscule d'un investissement amoureux, le début d'un deuil ou d'un renoncement ⁸³ ».

Plainte et recherche de sens

La plainte est le signe du désir d'exister et d'espérer. L'expression de ce désir peut être paradoxal puisque fondées sur la désolation ; mais la plainte est l'indice que la vie est encore possible : « La recherche du sens et des causes indique le maintien et une certaine vigilance de l'être. Dire son désespoir stipule encore la survivance fragile d'un espoir pour soi et dans l'autre. Certains patients abîmés par l'excès de souffrance préfèrent abolir la pensée de la souffrance (dans le silence, dans l'autisme, dans l'auto agression suicidaire entre autres), ils courent

⁸¹. *Idem*, p. 83.

⁸². François Roustang, *op. cit.*, p. 10.

⁸³. Benjamin Jacobi, « La plainte », *Autrement*, 1994, », *op. cit.*, p. 125.

alors le risque de cesser à la fois de souffrir et d'être ⁸⁴ ». L'arrêt total de la plainte signifierait « la mort du désir de l'autre, du désir de vivre face au manque à être actuel et à venir ⁸⁵ ». La plainte serait ainsi un élément indispensable au changement du sujet : elle constituerait « le préalable à une reconnaissance, à une accommodation à ses propres manques. Se plaindre revient alors à désirer dans la conscience de ce qui fait défaut ⁸⁶ ».

Quelle place la plainte occupe-t-elle dans la relation médecin - malade ?

⁸⁴. *Idem*, p. 122.

⁸⁵. *Ibidem*, p. 125.

⁸⁶. *Ibidem*, p. 126.

CHAPITRE CINQ

La plainte dans la relation médecin - malade

La plainte en médecine

La plainte est une constante dans la clinique, quelle soit médicale, chirurgicale ou psychanalytique. En effet, la plainte tient une place centrale : elle est le premier motif de consultation. On va consulter un médecin pour se plaindre de « quelque chose qui ne va pas ». C'est à partir de la plainte que le médecin oriente son interrogatoire pour faire un diagnostic. Il cherche à faire coïncider les éléments contenus dans le discours du malade à son corpus théorique afin d'orienter son diagnostic. En effet, l'interrogatoire et l'examen clinique constituent le socle sur lequel se bâtit un diagnostic. « La démarche intellectuelle consacrée par l'usage permettant d'identifier une maladie à partir de la hiérarchisation des symptômes recueillis à l'interrogatoire du patient et des signes constatés au cours de l'examen clinique reste le processus de base de la médecine quotidienne⁸⁷ ». Par définition, établir un diagnostic c'est « l'art de reconnaître les maladies par leurs symptômes et de les distinguer les unes des autres ». (Littré). Le mot provient du grec διάγνωση, diagnose, à partir de δια-, dia-, par, à travers, séparation, distinction et γνώση, gnóse, la connaissance, le discernement. Il s'agit donc bien de discerner la maladie à travers ce qui est présenté par le patient tout en distinguant les maladies les unes des autres.

Dès les premiers moments d'une consultation, un décalage inévitable se met en place entre le discours du malade et l'écoute du médecin. Il y a une double traduction. Celle du patient qui met en mot ce qu'il ressent, celle du médecin qui opère un tri dans ce qui est dit et le traduit en jargon médical. En effet, le malade tente de représenter son ressenti. Les mots choisis, les analogies utilisées sont

⁸⁷. Pierre Godeau, *op.cit.*

souvent éloignés d'un discours rationnel médical mais sont colorés par la personnalité du patient et les facteurs culturels. « Toute maladie est un phénomène signifiant et l'activité médicale est toujours interprétative. Le médecin interprète les symptômes ressentis par son patient et les retraduit dans les catégories du savoir médical fondées sur des notions biologiques. Le malade, de son côté, possède son propre point de vue concernant son état et s'est forgé, à son propos, un « modèle explicatif » ; celui-ci peut être en partie individuel mais il est aussi enraciné dans la culture⁸⁸ ». Le médecin pose des questions déjà orientées vers le diagnostic qu'il évoque. Il laisse de côté ce qui parasite le discours du patient à ses yeux, c'est à dire l'expression de douleur ou de souffrance, qui est l'expression de sa subjectivité. Chacun semble poursuivre un but différent : le malade se faire entendre, le médecin faire un diagnostic. « La plainte du malade occupe alors une position tout à fait particulière, dans le sens où elle a un statut privilégié d'indice et de point d'entrée, mais aussi car elle se constitue en énigme très difficile à résoudre. Cette difficulté naît d'une part de l'aléa dans les sensations et les propos du malade : [le travail médical] s'exerce sur des personnes : les individus ne sont pas des disquettes qui livrent leurs données « objectives », ils ont leurs idées ... ils peuvent en changer, résister, ils ont leurs émotions, leurs peurs et leurs espoirs, ils ont leur histoire...⁸⁹ ». La variabilité est d'autant plus grande que le patient a un long vécu de la douleur et un sentiment d'échec de la médecine face à son cas. Les malades consultent ainsi de nombreux médecins pour se faire entendre et leur vocabulaire s'enrichit de termes médicaux ce qui irrite souvent le praticien et vient renforcer le sentiment « non entente » du côté du médecin et du côté du malade.

Ce décalage nécessaire et utile au médecin lui permet donc de poser un diagnostic, c'est à dire de faire entrer les éléments du discours du malade dans la rationalité médicale. Pourtant, comme le fait remarquer Georges Canguilhem : « Lorsque le médecin a substitué à la plainte du malade et à sa représentation subjective des causes de son mal, ce que la rationalité contraint de reconnaître comme la vérité de sa maladie, le médecin n'a pas pour autant réduit la

⁸⁸. Philippe Adam, Claudine Herzlich, , *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, 1994, Nathan, coll. « 128 Sociologie » p. 61 ; cité par Olivia Foli, *op. cit.*

⁸⁹. Isabelle Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, 1995, Seuil, coll. « La couleur des idées », p. 236.

subjectivité du malade. Il lui a permis une possession de son mal différente⁹⁰ ». Le malade, en effet, entend la représentation que le médecin lui en fait tout en continuant à percevoir ce qu'il ressent : « En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade⁹¹ ».

L'évaluation⁹² de la douleur en est une illustration. Elle consiste à caractériser une douleur pour orienter le choix des traitements. Les évaluations répétées sont nécessaires mais non suffisantes. Elles permettent d'avoir une approximation de la douleur du patient mais pas de connaître son ressenti. « La douleur n'est pas physiquement mesurable (...) De l'expérience subjective que constitue la douleur nous ne connaissons que le reflet : mouvement de retrait, grimace, réactions végétatives, et nous ne connaissons réellement de la douleur des autres que ce qu'ils en disent »⁹³. Il y a là une double impossibilité de représentation : pour le malade de communiquer sa perception, pour le soignant de traduire les expressions du malade en quelque chose qui correspond à sa propre représentation de la douleur, représentation qui est construite, elle-même, à partir de ses connaissances et ses expériences personnelles. Cette double traduction est aporétique. Nul ne peut connaître ce que je ressens. Je ne peux communiquer à l'autre ce que je ressens tel que je le ressens. Oublier cette impasse qui constitue l'essence même de la douleur (ou de la souffrance), c'est s'exposer à nier ou à annuler la douleur de l'autre. Les médecins comme les infirmières expriment souvent cette difficulté. Comment croire à la réalité de la douleur d'un malade alors qu'il sourit et qu'il sort dehors fumer une cigarette, après avoir « coter sa douleur » à 10 sur l'échelle numérique⁹⁴ ? On en conclue que « le malade n'a pas vraiment mal ».

⁹⁰. Georges Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 2002, p. 409.

⁹¹. *Idem*.

⁹². La grille de questionnement pour l'évaluation de la douleur correspond schématiquement à quatre questions : où, quand, comment, combien ? Où le malade a-t-il mal ? (Pour connaître les localisations de la douleur) ; quand a-t-il mal ? (Pour déterminer l'horaire de la prise des antalgiques) ; comment ? (Pour définir les mécanismes de la douleur et les traitements qui correspondent) ; combien ? Pour avoir une indication de l'intensité de la douleur et choisir la puissance des antalgiques (paracétamol, codéine, morphinique fort) et leur posologie.

⁹³. Rey R., *Histoire de la douleur*, Paris, La découverte, 1993, p. 391.

⁹⁴. Echelle numérique : outil d'autoévaluation de la douleur. Le malade donne un chiffre entre 0 et 10 pour indiquer l'intensité de sa douleur entre 0 = pas de douleur, et 10 = la douleur maximale qu'il peut imaginer avoir.

Plainte appel de rencontre

La plainte, nous l'avons dit, est le mobile de la rencontre avec le médecin. Elle en est aussi la fondation. « L'appel au médecin vient du malade⁹⁵ ». Selon Michel Morange⁹⁶, « la thèse de Georges Canguilhem, qui pourrait se résumer par la phrase *il n'y a pas de maladie sans un sujet qui en porte témoignage*, remet ainsi le malade au cœur de la médecine. Il ne peut y avoir en effet de médecine sans une relation entre un médecin et un malade ».

Mais J-J Kress souligne l'ambiguïté de l'appel par la plainte : « Si on admet que la plainte est dite pour être entendue, elle comporte dans son intention un appel à l'autre, elle se place dans le domaine de l'intersubjectivité. Néanmoins elle concerne un manque, une atteinte, un dommage pour l'intégrité de celui qui se plaint. En d'autres termes, elle apparaît tendue paradoxalement entre l'altérité dans l'appel et le narcissisme quant à l'objet de sa préoccupation. Tout se passe comme si la plainte devait se faire entendre lorsque l'économie narcissique ne suffit plus et qu'il y a lieu d'en appeler à l'autre dans cet appel ce qui pose la question de l'autre dans cet appel »⁹⁷.

Victor Von Weizsäcker parle de *rencontre* qu'il distingue de la relation. « Celle-ci implique une dualité des partenaires, objectivés et séparés, alors que la *rencontre* se situe au niveau d'un entre deux, à partir duquel se différencieront les pôles d'un dialogue. Il distingue deux types de rencontres. Tout d'abord, ce qu'il appelle la rencontre *numérique* qui implique une séparation puis le dialogue et qui s'appuie sur des catégories de connaissances spécifiques : causalité, interaction, espace-temps mathématisé. Il la distingue donc de la rencontre *sphérique*, qui est de l'ordre d'une improvisation dynamique⁹⁸ ».

Weizsäcker considère la *rencontre* de l'homme malade comme le

⁹⁵. Georges Canguilhem, « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique » (1943), suivi des « Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique » (1963-66), dans *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, collection Quadrige, 2009, p. 153.

⁹⁶. Michel Morange, « Retour sur le normal et le pathologique » *Philosophie et médecine en hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2008, p.157

⁹⁷. Jean-Jacques Kress, *op. cit.*, p. 306.

⁹⁸. Cité par Philippe Bernier, « Anthropologie du pathique », Thèse de doctorant en science de l'éducation, Louvain.

phénomène originaire [*Urphänomen*] de toute anthropologie médicale⁹⁹. Weizsäcker critique la conception d'un homme évoluant de façon autonome dans un emboîtement spatial et temporel. Selon lui, nous vivons *à travers* le monde, dans ce qu'il appelait « le commerce » : l'*Umgang*. Ce terme est un concept-clé de sa pensée qui décrit la réciprocité à la base de la co-constitution du sujet et du monde. L'*Umgang* est le registre au fondement même de la rencontre.

V. V. Weizsäcker, tout comme Ricœur, insiste sur l'importance du recueil des données biographiques et du récit. Ce récit de vie [*Lebensgeschichte*] apporte de nombreux éléments concernant le patient, et permet de mieux comprendre sa demande¹⁰⁰. Fondras suggère même que « la fin de la plainte peut passer par le récit de la souffrance¹⁰¹ ».

Mais le récit est-il équivalent à la plainte ?

Plainte ou récit ?

Fondras décrit trois formes de plainte qui peuvent s'associer : « La plainte à propos du corps, la plainte de la relation au monde, à soi, aux autres, la plainte de n'être pas de ne pas être entendu, relative à la manière dont la plainte est elle-même reçue, qui renforce à son tour les deux premières ». Il en ajoute une quatrième : « La réparation non seulement au sens juridique et financier de la réparation du dommage corporel, mais au sens symbolique d'une reconnaissance du préjudice par la société¹⁰² ».

Quelles sont les caractéristiques qui font appeler *plainte* le discours du malade ? Son caractère interminable ou répétitif ? Son contenu ? Rappelons que dans les trois acceptions du mot plainte il y a : expression de douleur, expression de mécontentement, demande de réparation en justice.

Mais le critère le plus pertinent est peut-être l'embarras que l'on ressent lorsque l'on est exposé à la plainte. J-J Kress propose deux explications à cet embarras : « L'autre de la plainte, celui à qui elle s'adresse, est en proie, on le sait,

⁹⁹. Raphaël Célis, « L'éthique médicale et clinique de Viktor von Weizsäcker ». Article non référencé.

¹⁰⁰. d'après V. von Weizsäcker, *Gesammelte Schriften 10, Pathosophie*, Baden-Baden, Suhrkamp, 2005, p. 272 ; cité et traduit par Béatrice Birmelé, *Médecin - patient : une relation problématique*, Thèse pour obtenir le grade de docteur en philosophie, 2 décembre 2009, Université Paris-Est Marne-la-Vallée.

¹⁰¹. J-C Fondras, *la douleur*, Paris, Les belles lettres, 2009, p.178.

¹⁰². J-C Fondras, *id.*, p.17.

au trouble et à l'embarras, car la plainte est embarrassante, on aimerait mieux ne pas l'entendre. L'ambiguïté de la plainte entre le corps et le langage entre le narcissisme et l'altérité, est une des sources de l'embarras qu'elle déclenche chez l'autre¹⁰³ ». La deuxième explication est dans le caractère accusateur et hostile de la plainte.

Plainte et hostilité

J-J Kress propose de considérer la plainte du mélancolique comme paradigme de toute plainte pour en analyser les effets dans la relation. « Pensons au mélancolique, ce plaignant par excellence, et à l'interprétation que propose Freud, en une formule d'autant plus frappante qu'elle est marquée par l'allitération en langue allemande *Seine Klagen sind Anklagen*, (Ses plaintes sont des accusations¹⁰⁴) »¹⁰⁵. Freud fait remarquer que « si l'on écoute patiemment les multiples plaintes portées par le mélancolique contre lui-même, on ne peut finalement se défendre de l'impression que les plus sévères d'entre elles s'appliquent souvent très mal à sa propre personne, tandis qu'avec de petites modifications elles peuvent être appliquées à une autre personne que le malade aime, a aimée, ou devrait aimer¹⁰⁶ ». Kress souligne que le caractère hostile de la plainte est perçu même par ceux qui n'ont pas connaissance des théories de Freud : « La plainte du mélancolique est une accusation, elle est pétrie d'hostilité, cette hostilité concerne un objet d'amour des premiers temps, coupable d'avoir abandonné celui qui maintenant se plaint en s'en prenant à son propre moi identifié à l'objet de ses reproches et de ses accusations. Le malaise figé que déclenche en nous la plainte mélancolique lorsque nous y sommes exposés est en rapport avec l'intense hostilité qui la sous-tend comme si nous la percevions même sans avoir connaissance du mécanisme de l'interprétation freudienne¹⁰⁷.

Réagir à la plainte

Cette hostilité perçue dans la plainte explique peut-être certaines des réactions de celui qui l'entend. Le malaise et l'embarras peuvent se traduire par

¹⁰³. Jean-Jacques Kress, « L'efficacité de la plainte », *op. cit.*, p. 305.

¹⁰⁴. Sigmund Freud, *op. cit.*, p. 154.

¹⁰⁵. Jean-Jacques Kress, *idem*, p. 306.

¹⁰⁶. Sigmund Freud, *idem*, p. 153-154.

¹⁰⁷. *Ibidem*.

des rires, nous l'avons vu, mais ils peuvent provoquer également la fuite ou une fin de non recevoir.

La première phrase que m'adresse Madame X que je rencontre dans le cadre de la consultation de la douleur, est : « Je viens vous voir pour savoir si je ne suis pas folle ! ». Elle m'explique qu'elle a vu de nombreux médecins, réalisé des examens qui sont tous normaux. « On » lui avait dit qu'elle avait une fibromyalgie¹⁰⁸ et qu'on ne pouvait rien pour elle.

Cette vignette clinique illustre combien il est important pour le malade de sentir qu'on le croit. « En travaillant aussi directement sur l'expérience de la personne et donc au niveau de la subjectivité, le médecin doit établir qu'il croit à la douleur du malade, et même parfois explicitement qu'il ne pense pas que la personne est « folle ». Sa marge d'imprécision dans la formulation de son avis est d'autant plus étroite qu'il a impliqué le malade en tant que personne dans la définition de son problème de douleur, et que celui-ci peut jusqu'à un certain point l'entendre comme une mise en cause de sa responsabilité directe dans son problème, et non plus seulement celle de son organisme, de son système nerveux, etc.¹⁰⁹ ».

La tentation est grande de dire à l'autre de se taire. Mais, une des caractéristiques de la plainte réside dans le fait qu'elle s'amplifie quand on tente de la faire taire. « Reprocher à celui qui se plaint de ne jamais s'arrêter de se plaindre n'arrête jamais une plainte, le plus souvent, au contraire, elle la renforce, l'alimente¹¹⁰ ». La dynamique de la plainte est comme celle d'un ressort : plus on le comprime, plus il a de force lorsqu'il peut se déployer ; plus on réprime la plainte, plus elle a d'amplitude lorsqu'elle peut s'exprimer.

Les malades vont ainsi, de consultation en consultation, se plaindre et raconter leur histoire. Une patiente détenait ainsi le recors d'avoir déjà consulté cinquante deux médecins ou autres praticiens (ostéopathes, kinésithérapeutes...) dont elle avait soigneusement établi la liste et les résultats de leur intervention. Elle nous avait prévenu d'ailleurs : « J'attends de vous un miracle ! »

¹⁰⁸. Le syndrome fibromyalgique se caractérise par des douleurs diffuses dont la cause n'est pas connue.

¹⁰⁹. Elisabeth Baszanger, *op. cit.*, p. 278.

¹¹⁰. Benjamin Jacobi, 1998, *op. cit.*, p. 21.

Sentiment d'impuissance

Les plaintes interminables procurent un sentiment d'impuissance dont le médecin essaie souvent de sortir par des propositions techniques, des examens complémentaires. « La plainte, indice de la souffrance, comporte un appel à l'acte destiné à soulager l'une, à éteindre l'autre. Mais le médecin en formation constate bien vite que l'acte médical n'y suffit pas, que cet acte ne sature pas l'appel et la demande de la souffrance et qu'en réponse à cet appel il ne peut que proposer ce que le savoir et la technique ne lui ont pas apporté : l'agencement de la relation. Le savoir médical reste muet devant ce qui, de la souffrance excède et épuise ses réponses, si bien que les limites mêmes de sa technique suscitent la mise en jeu de la personne du médecin¹¹¹ ».

Paradoxalement, loin de le rassurer, ce savoir médical confirme le patient dans une position de malade, ce que souligne le médecin et psychanalyste Marie-José Del Volgo : « Toute plainte, authentique demande d'amour, se trouve sustentée par l'inconnu du désir ; dans toute demande où la souffrance s'exprime, il s'agit bien de cette insatisfaction, en conséquence la réponse technique instrumentalisée, peut difficilement traiter le patient comme ordonnateur de son désir, elle l'hypostasie comme support obligé d'une maladie¹¹² ».

Plainte appel à l'action

Pour tenter de sortir de ce malaise, on passe à l'action. « Les effets de la plainte sur celui auquel elle s'adresse consistent donc à susciter le trouble et le malaise, mais au-delà à déclencher l'efficacité d'une conduite, d'une tendance à agir en sorte de faire cesser la plainte par l'action sur son objet¹¹³ ». Kress parle ainsi du registre instrumental de la plainte qui commande toute l'activité médicale. « La situation semble obéir ici à un montage relationnel, à un circuit comportemental partant de la souffrance, passant par son expression dans la plainte, arrivant au malaise qu'éprouve son destinataire et aboutissant de sa part à l'acte adéquat pour soulager la souffrance, ce qui ferait cesser la plainte (...). La

¹¹¹. Jean-Jacques Kress, « Le psychiatre devant la souffrance ». Conférence XIe journées de l'Association Française de psychiatrie, Paris, *Psychiatrie Française*, numéro spécial, 92, 21-24. Cité par G. Osterman, « Douleur et souffrance », *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris, Masson, 2000, p. 450.

¹¹². Marie-José Del Volgo, *La douleur du malade*, Toulouse, Erès, Actualité de la psychanalyse, 2003, p. 18.

¹¹³. Jean-Jacques Kress, « L'efficacité de la plainte », *op.cit.*, p. 306.

plainte possède la capacité de produire des effets dans la réalité, elle fait agir autrui en vue du soulagement. La plainte fait partie de ce registre de la parole qui aboutit à l'acte¹¹⁴». La plainte peut alors se résoudre par le traitement du symptôme. Mais qu'en est-il des plaintes « auxquelles ne peut correspondre aucune action, ni même aucune attitude qui puisse soulager. Quels sont les effets de ces plaintes là ? Que se passe-t-il lorsque nous sommes appelés seulement à entendre la plainte en sa répétition monotone sans réponse adéquate possible ? Car ces plaintes possèdent la propriété particulière de se répéter, d'insister à la mesure même de l'absence d'acte et de réponse instrumentale, et aussi la propriété de s'adresser tout particulièrement au médecin¹¹⁵ ».

Les effets de la plainte sur le médecin

Ces plaintes monotones et répétitives s'adressent, en effet, particulièrement au médecin, même si celui-ci pense souvent que le malade ferait mieux d'aller voir un psychologue ou un psychiatre mieux formé pour l'écouter. Kress décrit ainsi les effets de ces plaintes sur le médecin : « L'impossibilité de réponse ou de l'acte produit sur nous un effet d'immobilisation, de pétrification ; le temps se ralentit, les pensées s'arrêtent, les intérêts psychiques se figent, nous nous sentons tenus du dedans par une tension immobile et pourtant attentive¹¹⁶ ». Certes, poursuit Jean-Jacques Kress, « nous (les psychiatres) sommes plus aptes à entendre la plainte du mélancolique lorsque nous pouvons penser qu'il se maltraite en commémoration d'une ancienne et toujours douloureuse perte, ou à accueillir l'insistance de l'hypochondriaque lorsque nous savons que l'organe est pour lui l'ambassadeur de sa question narcissique, ou encore pour le névrosé post-traumatique, lorsque nous pouvons comprendre que sa nostalgie de l'état antérieur est la reconstruction illusoire d'une harmonie qui n'a jamais existé¹¹⁷ ». Mais il reconnaît aussi qu'il existe des « situations où placés face à la plainte, ni la formation clinique, ni la théorisation organisatrice n'offre de recours, tant pour

¹¹⁴. *Ibidem.*

¹¹⁵. *Ibidem.*

¹¹⁶. *Ibidem.*

¹¹⁷. *Ibidem.*

une stratégie thérapeutique que pour une compréhension aussi hypothétique soit-elle¹¹⁸ ». Il ne reste que la possibilité d'être en *position de témoin*.

J-J Kress résume ainsi : « l'efficacité de la plainte se manifeste selon deux versants, ou mieux, deux étapes : celle de l'acte, de l'émergence d'une conduite dans la réalité, apte au soulagement, celle de la répétition, de l'immobilité, de l'arrêt des mouvements psychiques lorsque la réponse instrumentale vient à manquer et relève de l'impossible. Les deux étapes sont en fait interpénétrées et toute plainte contient, certes en germe, l'entier développement vers cette situation de prise à témoin, qui est celle du médecin¹¹⁹ ». Cette position de témoin est quelque fois la seule position tenable pour le médecin pour ne pas rompre la relation avec le malade et l'abandonner.

Ce patient de vingt huit ans, présente des douleurs au niveau du flanc droit qui durent depuis plusieurs années. Ses douleurs sont permanentes d'intensité moyenne. Elles ne l'empêchent pas de travailler mais il a dû arrêter le sport. Il a consulté de nombreux médecins généralistes et spécialistes. On peut dire, qu'à part la chirurgie, il a eu toutes les explorations possibles (scanner, radio, échographies, endoscopies, IRM, analyses biologiques). Tous ces examens sont normaux. Les traitements antalgiques ne lui procurent aucun soulagement. Docile, il a bien voulu rencontrer un psychiatre et il a pris un traitement antidépresseur pendant un an. Il s'est rendu chez un psychanalyste pendant un an et demi. Rien n'y fait. La douleur et la plainte sont identiques à elles-mêmes. Les psychiatres et les médecins somaticiens ont conclu à une plainte hypochondriaque pour les uns, à une plainte fonctionnelle pour les autres. Le psychanalyste interprète son mal être par le fait qu'il n'accepte pas son homosexualité.

Depuis six ans, il vient tous les deux à six mois adresser sa plainte. Il dit : « C'est toujours pareil. Comment se fait-il qu'on ne trouve pas ce que j'ai ? ». La consultation consiste à écouter sa plainte et à vérifier qu'il ne présente pas de signes somatiques objectivables. On peut alors, tout en reconnaissant les limites de la médecine, lui assurer qu'il n'a pas de maladie grave évolutive. Cela ne fait d'ailleurs pas taire sa plainte pour autant. L'objectif thérapeutique se limite à surveiller l'évolution de ses douleurs, à limiter les explorations dont il est très demandeur et à être en position de témoin de sa souffrance.

¹¹⁸. *Ibidem.*

¹¹⁹. *Ibidem.*

Plainte et métaphysique

De cette position de témoin, dans laquelle nous place le « plaignant », nous pouvons percevoir la dimension métaphysique de la plainte : « La plainte apparaît ainsi comme une disposition humaine fondamentale, prenant son origine en deçà de tous les motifs dont elle paraît faire son objet, elle vient du cœur de la cassure originaire, qui caractérise l'humain et dont bien des religions rendent compte au même titre que les théorisations psychanalytiques notamment, faisant état de la pulsion de mort ou de la coupure en rapport avec l'avènement du langage. Et c'est parce que les réflexions se portent vers ces zones où pointe la métaphysique que j'ai proposé pour les effets de la plainte le terme « *efficace* », adjectif substantivé, d'usage désuet, qui appartient au vocabulaire de la théologie¹²⁰ ».

J-J Kress propose d'appeler l'*efficace de la plainte*, le questionnement qu'elle provoque sur le sens de son existence même. Il se réfère à l'histoire biblique de Job¹²¹, pour illustrer et « pour confirmer que l'effet de la plainte amène à en appeler à l'ordre du monde, appel qui est destiné à rester sans réponse qui soit du domaine de l'intelligible. C'est de cet appel qu'est témoin celui qui est placé face à la plainte¹²² ».

Répondre à la plainte ?

L'embarras que provoque la plainte incite celui qui l'entend, nous l'avons vu, à trouver des solutions. François Roustang prétend d'ailleurs, par le titre éponyme de son livre¹²³, que la fin de la plainte serait possible.

L'écoute, l'empathie, la compassion sont les attitudes qui sont souvent recommandées.

Pourtant, Denis Vasse propose de plonger dans *le silence de l'écoute* : « Devant la souffrance – ou en elle – l'attitude ouverte à la vérité en appelle à la

¹²⁰. *Ibidem*.

¹²¹. Le livre de Job raconte le parcours d'un homme pieux et fidèle, qui a servi Dieu toute sa vie, et qui est riche et heureux. Pourtant, sans que Job n'en connaisse la raison, Dieu lui envoie des épreuves qui vont le plonger dans la déchéance matérielle et physique, et dans des souffrances atroces. Job perd également sa femme et ses enfants. D'abord, Job s'interdit la plainte. Puis il arrive un moment où il ne peut plus supporter les épreuves que Dieu lui envoie et il commence à se plaindre. S'en suit une longue série de plaintes tout au long du livre. Job implore un signe de Dieu qui lui permettrait de donner un sens à ses souffrances.

¹²². *Ibidem*.

¹²³. François Roustang, *Op. cit.*.

suspension du savoir ou de l'immédiate compréhension (...). Il (le vrai silence) nous délivre des déductions scientifiques comme de l'émotion inflationniste qui leur est attachée¹²⁴ ». D. Vasse questionne l'attitude de la compassion et ce quelle provoque chez celui à qui elle s'adresse : « Bernanos a perçu l'ambiguïté de la compassion immédiate, celle qui justement, n'autorise pas ce silence¹²⁵ ». Il le cite : « Il faut se taire. Il faut se taire aussi longtemps que le silence me sera permis. Je sais bien que la compassion d'autrui soulage un moment, je ne la méprise point. Mais elle ne désaltère pas, elle s'écoule dans l'âme comme à travers un crible. Et quand notre souffrance a passé de pitié en pitié, ainsi que de bouche en bouche, il me semble que nous ne pouvons plus la respecter, ni l'aimer¹²⁶ ».

Jacobi souligne également l'inefficacité de la compassion ou de la neutralité vis à vis du *plaintif* : « La compassion s'avère tout aussi vaine que la neutralité : la première encourage le plaintif, la deuxième l'exaspère. Reconnaître la valeur, l'opportunité de la plainte ne peut, bien souvent, qu'en réactiver le cours. La compassion est un affluent de plus pour le fleuve tranquille ou grondant des plaintes permanentes. (...) La neutralité ou l'indifférence auront – sur le fond – un effet comparable, le plaintif n'a de cesse de faire abandonner à celui qui la tient, la position d'indifférence ou de neutralité ; il peut alors choisir d'augmenter le volume, la tonalité, la vigueur de ses plaintes ou ajouter à leurs motifs infinis celui suscité par l'indifférence dont il ne peut supporter d'être l'objet¹²⁷ ».

Marie-José Del Volgo propose une manière d'écouter qu'elle nome « l'instant de dire ». Ce dispositif « permet d'accueillir la plainte du patient dans sa vérité subjective sans avoir à l'engager dans un traitement précis de la part subjective de sa plainte et de sa souffrance qui lui appartiennent en propre¹²⁸ ».

Quoi qu'il en soit, le savoir médical et la technique ne sont pas d'une grande aide pour le médecin qui devra aussi avoir recours à « ses dispositions personnelles », s'il ne veut pas à son tour abandonner le malade et fuir devant la

¹²⁴. Denis Vasse, *op. cit.* p. 38.

¹²⁵. *Idem*, p. 39.

¹²⁶. Georges Bernanos, *Le journal d'un curé de campagne*, Paris, Plon, 1936, p.319 ; cité par Denis Vasse, *ibidem*, p.39.

¹²⁷. Benjamin Jacobi, *Les mots et la plainte*, *op. cit.*, p. 22.

¹²⁸. Marie-José Del Volgo, *op. cit.*, p. 39.

plainte qui se répète¹²⁹. Ces ressources, dont parle J-J Kress, sont celles qui se cultivent dans l'analyse de sa pratique comme le proposait M. Balint¹³⁰, ou dans les formations. « Les plaintes confrontent chaque clinicien à l'essence de son choix professionnel, de son désir d'écouter, d'analyser de guérir¹³¹ ».

Faire taire la souffrance ou son expression ?

Ce désir d'écouter, cette envie (consciente ou non) d'aider l'autre, poussent les professionnels de santé à agir pour supprimer la souffrance. Mais, à trop vouloir la supprimer, on risque aussi de faire taire l'homme qui cherche à l'exprimer, comme l'illustre la situation suivante :

Madame D. a quatre vingt deux ans. Elle a été hospitalisée pour une altération de l'état général. Elle présente des complications cardiaques et infectieuses graves (endocardite). Devant la gravité de son état qui empire, malgré les traitements médicaux, la chirurgie est récusée. La patiente est fatiguée, s'exprime peu avec les soignants. Elle reçoit la visite de son mari tous les jours.

Ses deux enfants ont été informés de la décision de ne pas faire de chirurgie et de la gravité de la situation. Ils ne souhaitent pas « d'acharnement thérapeutique » et sont d'accord avec cette décision. Pendant les jours qui suivent, l'état de Madame D s'aggrave encore. L'équipe mobile de soins palliatifs est appelée. Son mari est mort d'un infarctus une semaine auparavant. Les enfants ont demandé à ce que l'on n'annonce pas cette « mauvaise nouvelle » à la patiente. L'équipe soignante est mal à l'aise vis à vis de cette requête. Le comportement de la patiente change alors : elle ouvre les yeux quelque soit la personne qui entre dans sa chambre, elle gémit en la fixant dans les yeux et elle pleure.

La question de l'interprétation de cette plainte se pose. Les infirmières ont rempli des grilles d'évaluation de la douleur. Elles en ont conclu que la malade n'avait pas de douleur physique, d'autant plus qu'il n'existe pas de cause évidente de douleur. La famille est très éprouvée de voir leur mère ainsi. Le médecin, après quelques jours, prescrit de la morphine. La malade dort alors profondément et ne manifeste plus de plainte.

¹²⁹. D'après, J-J Kress, « L'efficacité de la plainte », *op. cit.*, p. 307.

¹³⁰. Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 2003.

¹³¹. Benjamin Jacobi, « La plainte », 1994, *op.cit.*, p. 126.

Une discussion se met en place avec le médecin. Il explique que le symptôme a disparu et que la patiente ne souffre plus. Mais, si elle dort, on ignore si elle a des cauchemars, si elle est angoissée. Et s'il n'y a pas de douleur physique pour quoi prescrire un antalgique comme la morphine qui donne des effets secondaires comme les hallucinations ? Le médecin en convient et s'interroge alors : si les plaintes de la malade n'étaient pas une manifestation douleur mais une expression de souffrance morale, comment traiter ce symptôme si ce n'est en le faisant disparaître ? ... Après un long échange, le médecin convient que la plainte est encore une façon pour la malade de communiquer avec les autres et d'être encore sujet. Il admet que « traiter » cette souffrance consiste peut-être simplement à être là pour la recevoir. La prescription de morphine est arrêtée, et on laisse la malade se réveiller. On lui propose des anxiolytiques qu'elle refuse de prendre et elle continue à exprimer sa souffrance de la même manière. Elle sera transférée quelques jours plus tard dans un service de moyen séjour.

Intolérance à la souffrance ?

Notre société moderne présente une certaine intolérance à la souffrance. Marc Grassin affirme même que « l'intolérance à la souffrance est cosubstantielle aux sociétés libérales modernes¹³² ». La souffrance est devenue inacceptable. Les familles exigent de la médecine qu'elle garantisse l'éradication totale de la souffrance en particulier au moment de la mort : « Je ne veux pas qu'il souffre ». Les médecins subissent des pressions des proches et même du personnel paramédical pour que le malade soit endormi, comme si mourir en dormant était une mort idéale. Mais pour qui ? Cette représentation de la « mort apaisée », sans manifestation, ni possibilité de parole est dominante dans notre société qui a même légiféré sur ce point.

A la suite du dispositif juridique relatif aux droits des malades et à la fin de vie (la loi n° 2005-310 du 22 avril 2005), le CNOM (conseil national de l'ordre des médecins), a proposé, en février 2009, une modification de l'article 37 du code de déontologie médical. Cette modification portait sur la question des

¹³². Marc Grassin, *op. cit.*

limitations et arrêt de traitement. Une troisième partie était ajoutée dont la rédaction initiale était la suivante :

III- Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5, dans les conditions prévues au I et au II du présent article, et lorsque la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, le médecin a recours aux traitements antalgiques et sédatifs permettant d'assurer la dignité de la fin de vie du patient. Il veille également à ce que l'entourage du patient reçoive un soutien approprié ».

Ce texte, dans cette première formulation, ordonnait donc aux médecins d'endormir les malades avant leur décès. Après l'intervention de plusieurs sociétés savantes médicales le texte a été légèrement modifié en ajoutant le mot « notamment » : « *le médecin a recours notamment aux traitements antalgiques et sédatifs ...* », ce qui laisse plus de choix au médecin pour évaluer la situation.

Ce texte ambigu traduit bien le souci du législateur de répondre à l'angoisse du public et au fameux *principe de précaution*. « L'homme moderne libéral vit sur la promesse que la culture libérale moderne et le projet politique qui l'accompagne lui ont faite : le monde sera un monde sans souffrance ou, à défaut, un monde qui s'efforcera de lutter contre¹³³ ». Même s'il s'agit là d'une utopie, cette idée est profondément inscrite dans notre imaginaire : la souffrance a cessé d'être admise comme une condition anthropologique acceptable pour être appréhendée comme un échec, une anormalité, une défaillance de la société qui n'a pas su canaliser et empêcher la souffrance ou, pire encore, qui n'a pas voulu le faire¹³⁴. Mais, faire taire la plainte en empêchant son expression n'éteint pas pour autant la souffrance.

« Ne voir dans la souffrance qu'un symptôme à réduire sans davantage prêter l'oreille à ce qui cherche à s'y dire avec tant d'insistance, revient à se comporter en apprenti sorcier ou en grand prêtre d'une société qui nie la mort tout autant que le désir de l'homme¹³⁵ ».

¹³³. *Ibidem*.

¹³⁴. D'après M. Grassin, *ibidem*.

¹³⁵. Denis Vasse, *op. cit.*, p. 43.

CONCLUSION

L'étude de la plainte à travers différentes disciplines fait apparaître un certain nombre de caractéristiques. Elle est d'abord expression, manifestation. Elle fait partie du langage de l'homme souffrant, mécontent ou en demande de réparation de ses droits. L'expression de la plainte est l'indice de la présence d'un *sujet agissant*, sujet qui entretient une distance minimale nécessaire avec la souffrance endurée pour réussir à s'exprimer. En droit, cette distance est importante puisque le *plaignant* n'est pas toujours la *victime*.

Une plainte s'exprime toujours en fonction de la subjectivité de la personne et de facteurs culturels et sociaux. Il existe autant de formes de plaintes que de sujets qui la manifestent.

La plainte s'adresse toujours à quelqu'un. Elle est un appel dont le destinataire est *l'autre de la plainte*. Cet autre n'est pas forcément l'interlocuteur mais peut-être aussi celui qui l'énonce, celui-ci s'adressant alors à lui-même. C'est le cas dans la mélancolie, l'hypocondrie, la dépression. La plainte a pour fonction, alors, de régénérer le sentiment d'exister. Elle peut également s'adresser à Dieu.

La plainte ne laisse pas indifférent. Elle provoque un embarras qui peut se traduire par différentes gammes d'émotion chez l'autre : agacement, compassion, lassitude... Elle porte l'autre à l'action ce qui se traduit, en médecine, par la mise en œuvre du savoir et de la technique pour soulager la souffrance.

La plainte, manifestation de souffrance devient intolérable lorsqu'elle persiste et qu'elle souligne alors l'impuissance à *éteindre l'une et soulager l'autre*¹³⁶. Lorsqu'elle se répète inlassablement, elle nous place en *situation de témoin* qui est la seule position tenable pour rester en relation avec l'autre.

A trop vouloir faire taire la plainte, on risque de faire disparaître le sujet qui l'exprime. En médecine, la plainte est le point d'appel de toute relation, de toute rencontre entre le médecin et le malade. Elle vient aussi interroger le

¹³⁶. D'après J-J Kress, *op. cit.*

médecin sur ses choix professionnel. « Chaque praticien ne peut que se plaindre de ne pas être saisi par des plaintes. Elles ne peuvent que l'avertir d'un désinvestissement ou d'un investissement difficile, improbable. Il ne peut que se plaindre tout autant d'être atteint trop souvent au plus vif de son être par les plaintes de ceux qu'il tente d'entendre. C'est dans l'espace entre absence de plainte et l'excès de leur déversement qu'il est tenu de se mouvoir¹³⁷. »

¹³⁷. Benjamin Jacobi, *ibidem*, p. 126.

INDEX NOMINUM

Adam, 35.
Baszanger, 35, 40.
Birmelé, 38.
Canguilhem, 36, 37.
Célis, 38.
Del Volgo, 41, 46.
Foli, 11, 35.
Fondras, 38, 39.
Freud, 28, 39.
Gagnon, 9.
Godeau, 12, 34.
Guyard, 17, 18, 19.
Grassin, 8, 47, 48, 49.
Herzlich, 35.
Jacobi, 23, 25, 28, 20, 30, 31, 32, 33, 40, 46, 51.
Kress, 8, 16, 19, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 50.
Le Breton, 20, 21.
La bible, 44.
Morange , 37.
Osterman, 41.
Porée, 7, 14.
Rey, 36.
Ricœur, 14, 15, 26, 27, 30
Roustang, 31, 32, 45.
Vasse Denis, 27, 45, 49.
Von Weizsäcker, 23, 24, 38.
Zborowski, 21.
Zola, 21.

BIBLIOGRAPHIE

Adam Philippe, Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, coll. « 128 Sociologie », 1994.

Balint Michael, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 2003.

Baszanger Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 1995.

Baumgartner E., *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*, Paris, « le livre de poche », collection encyclopédies d'aujourd'hui, 1997.

Bernanos Georges, *Le journal d'un curé de campagne*, Paris, Plon, 1936.

Bernier Philippe, « Anthropologie du pathique », Thèse de doctorant en science de l'éducation, Louvain.

Birmelé Béatrice, *Médecin - patient : une relation problématique*, Thèse pour obtenir le grade de docteur en philosophie, Université Paris-Est Marne-la-Vallée, 2 décembre 2009.

Canguilhem Georges, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 2002.

Canguilhem Georges, « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique » (1943), suivi des « Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique » (1963-66), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, collection Quadrige, 2009.

Célis Raphaël, « L'éthique médicale et clinique de Viktor von Weizsäcker ». Conférence mars 2004. Article non référencé.

Del Volgo Marie-José, *La douleur du malade*, Toulouse, Erès, Actualité de la psychanalyse, 2003.

Foli Olivia, *Plaintes, normes et intégration*, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en sociologie, Université de Paris Dauphine, Paris, le 7 février 2008.

Fondras J-C, *La douleur*, Paris, Les belles lettres, 2009.

Freud Sigmund, « Deuil et mélancolie », *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2009.

Gagnon É., « Figures de la plainte : la douleur, la souffrance et la considération », *Médecine et sciences*, Québec, 2005, vol. 21, n° 6-7, p. 648-651.

Godeau Pierre, « Le diagnostic en médecine. Histoire – Mise en œuvre présente – Perspectives ». Rapport du groupe de travail de l'académie de médecine, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Paris, 2006, 190, n°7, 1533-1535.

Guyard Hubert, *La plainte douloureuse*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.

Grassin Marc, « Souffrance et société libérale », *Revue de Médecine Périnatale*, Masson, 2010, 2:43-47.

Jacobi Benjamin, *Les mots et la plainte*, Paris, Erès, 1998.

Jacobi Benjamin, « La plainte », *Souffrances: corps et âmes, épreuves partagées*, Autrement, Paris, n°142, février 1994.

Kress Jean-Jacques, « L'efficacité de la plainte », *Psychologie médicale*, Masson, 1989, 21, 3 : 305-307.

Kress Jean-Jacques, « Le psychiatre devant la souffrance », Paris, *Psychiatrie Française*, numéro spécial, 1993, 92, 21-24.

Le Breton David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.

Morange Michel, « Retour sur le normal et le pathologique », *Philosophie et médecine en hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2008.

Osterman G., « Douleur et souffrance », *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris, Masson, 2000.

Porée Jérôme, « Mal, souffrance, douleur. », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, « Quadrige », tome 2, 2004.

Rey R., *Histoire de la douleur*, Paris, La découverte, 1993.

Ricœur Paul, « La souffrance n'est pas la douleur », *Souffrances, corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Autrement, 1994.

Ricœur Paul, *Soi-même comme un Autre*, Paris, Points Seuil, 1990.

Roustang François, *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob Poches, 2001.

Vasse Denis, *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, 1983.

Von Weizsäcker Viktor, « Die Schmerzen », *Die Kreatur*, Jahrgang I, Heft III, 1926, p. 315-335.

Zborowski Mark, « Cultural components in response to pain », *Journal of social issues*, 1952, 8, 1-30.

Zola Irving, « Culture and symptoms. An analysis of patients presenting complaints », *American Sociological Review*, 1966, 31, 615-630.

Expression de douleur ou de souffrance, expression de mécontentement ou encore revendication de la réparation d'un dommage en justice, la plainte est partout dans notre quotidien.

Elle tient une place particulière en médecine : elle est le socle sur lequel s'articule la consultation. Appel à l'action, la plainte interpelle l'autre autant dans sa fonction professionnelle que sur le plan personnel.

Quels sont les caractères de la plainte et ses modes de manifestations ? Quelles sont les significations de la plainte ? Traduit-elle seulement la douleur, la souffrance ou le mécontentement ? Quelles réactions provoque-t-elle chez celui qui l'écoute ? Quelle place tient-elle dans la relation médecin-malade ? Comment faire avec les plaintes interminables ?