

## Douleur latente de l'analgésie : silences et paroles

### Latent pain of analgesia: silences and words

G. Simonnet

© Lavoisier SAS 2018

Il est aujourd'hui bien admis que *pain changes the brain* via des processus de neuroplasticité et que la douleur constitue un événement qui s'inscrit durablement dans l'histoire d'un individu, participant par voie de conséquence à la construction de son futur, en particulier de son niveau de sensibilité à la douleur. On s'est peu interrogé par contre sur les conséquences de l'analgésie ou de situations où la douleur est peu exprimée en dépit d'agressions nociceptives caractérisées. Peut-on se contenter de considérer ce « silence de la douleur » — une sorte de « silence des organes », comme l'a suggéré le chirurgien Leriche — comme un événement neutre, un simple temps mort dans l'épreuve douleur n'engendrant aucun changement du fonctionnement cérébral ? En d'autres termes, s'il y a bien oubli momentané de la douleur, y a-t-il pour autant « retour à l'« innocence biologique » considérée comme impossible par Georges Canguilhem lorsqu'il parle de guérison ?

Le choix du thème de ce numéro « Douleur latente de l'analgésie : silences et paroles », qui peut paraître paradoxal, est le fruit de longs échanges entre une psychanalyste (Michèle Grosclaude) et un neurobiologiste (Guy Simonnet) s'interrogeant, sur la base de leurs observations respectives, sur la coexistence possible chez un individu d'une absence de douleur et d'une « mémoire en souffrance ». Le « et » et non le « ou » est ici essentiel, car il implique la coexistence de deux processus opposés. Ce questionnement a le mérite de résister à la tentation très « moderne » d'enfermer le phénomène douloureux dans un simple processus relevant uniquement de mécanismes neurobiologiques même complexes contre lesquels la pharmacologie pourrait avoir définitivement raison dans un avenir que l'on nous promet comme possible. Il propose de réintégrer l'individu comme acteur premier de son épreuve douleur. Particularité importante, il autorise et permet de se recentrer sur l'homme douloureux dans une expérience collégiale réunissant des contributions issues de domaines peu accoutumés à mettre en commun

leurs discours particuliers dans une « indiscipline » tolérante qui s'emploie à ne jamais oublier la rigueur.

Peut-on « vivre » la douleur en n'ayant pas la conscience d'être soi, à l'instar de certains individus SDF profondément désocialisés fuyant délibérément les miroirs, comme l'a observé Xavier Emmanuelli dans une sorte d'« analgésie de l'être » quand la douleur n'a plus d'adresse comme l'évoque Sylvie Quesemand Zucca dans ce numéro. Cette « analgésie d'absence » en dépit d'atteintes physiques parfois graves chez ces SDF est évoquée également par Bernard Golse chez certains autistes chez qui l'absence supposée de sensibilité à la douleur (ou ses modalités d'expression différentes) est la conséquence d'un trop long découplage angoissant entre naissance physique et naissance psychique comme le souligne le témoignage émouvant de cet enfant « *Quand je suis né, je n'étais pas là* ». Cette « douleur, laissée en souffrance en quelque sorte », suggère-t-il, ne fait que renforcer l'idée pourtant évidente, mais peut-être un peu trop absente dans notre médecine moderne hautement technologique, qu'il faut exister à son propre regard et à celui de l'autre pour exprimer de la douleur. Michèle Grosclaude s'est penchée au sens propre du terme sur ces « patients en absence », plongés dans ce qu'elle a dénommé « trou coma », cette « interruption d'existence somatopsychique » qu'elle a explorée chez de nombreux patients en réanimation durant laquelle « coexiste une apparente analgésie et une douleur psychique omniprésente intense, non réductible à de la seule souffrance psychique » et évidemment insensible aux traitements antalgiques. Cette « antalgie d'absence » n'est pourtant pas sans mémoire : « *Je n'ai pas eu mal, mais j'ai beaucoup souffert* », comme le rapportent les patients remontés de leur « trou coma ». « *Souffrir passe, avoir souffert ne passe jamais* », nous rappelle Léon Bloy que cite Patrick Giniès qui en appelle à une « anthropologie de l'homme antalgique, pendant de l'homme souffre-douleur ». Et de nous rappeler, avec le regard éclairé et lucide du philosophe, que dans nos sociétés occidentales, le dolorisme chrétien permettait de gagner des points du paradis, alors que la recherche de l'absence de douleur (analgésie provoquée) interdit le chemin de la transcendance, annihilant l'espoir des béatitudes célestes. La coexistence douleur et analgésie, le « et » plutôt que le « ou », n'est pas contredite

G. Simonnet (✉)  
Université de Bordeaux, INCIA-CNRS (UMR 5287),  
146, rue Léo-Saignat, F-33076 Bordeaux cedex, France  
e-mail : ga.simonnet@gmail.com

par une analyse neurobiologique. Nous rapportons ici (Guy Simonnet) les données de certains travaux expérimentaux effectués sur l'animal qui montrent que les antalgiques opiacés, tout comme les peptides opioïdes endogènes, induisent non seulement de l'analgésie comme attendu, mais également, et simultanément, de l'hypersensibilité à la douleur, un processus allant s'amplifiant à mesure que l'analgésie est de plus en plus pratiquée. Nous montrons ainsi que l'analgésie n'est pas seulement dépendante de la dose d'opiacé, mais est très étroitement liée à l'histoire de l'individu qui peut, pour la même dose, générer de l'analgésie ou de l'hyperalgésie ou les deux, successivement. Un tel processus, qui peut paraître paradoxal, ne l'est pas au regard de la « théorie des processus opposants » et du concept d'allostase plutôt que celui d'homéostasie, et pourrait faciliter la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique. L'analgésie n'est donc pas un simple silence, mais engage profondément et durable-

ment l'individu dans l'élaboration d'une nouvelle histoire personnelle à laquelle participent autant les épisodes d'analgésie que les épisodes douloureux. Il faut non pas renoncer à l'analgésie bien évidemment, mais réorienter les objectifs thérapeutiques vers plus d'engagement du patient, plus de contrôle interne, plus de motivation aux valeurs de la vie, plus de finalité fonctionnelle au lieu d'une priorité à l'antalgie, comme nous avertissent Jérémy Fonseca das Neves et al. Nous avons à tenir compte d'une telle attitude de prudence, voire de modestie, mais pleine d'engagement dans le cadre d'une stratégie thérapeutique moderne en évitant de succomber à une analgésie à « tolérance zéro douleur », en une sorte d'injonction sociale qui ne peut résoudre la douleur de notre condition humaine. L'analgésie relève sans doute de questions existentielles tout autant que techniques, comme nous le rappelle la philosophe Claire Marin à propos du soin dans *L'homme sans fièvre*.