

PSYCHIATRIE DU VAL DE LOIRE



VENDREDI 19 JUIN 2015

XXX^{ème} JOURNÉE DE FONTEVRAUD

CORPS ET PSYCHIATRIE



Francis Bacon - *Etude du corps humain* - (1987) Coll. particulière

MATIN

Accueil : Professeur J.-B. GARRÉ

Professeur des Universités
Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU Angers

Professeur I. RICHARD

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Doyen de la Faculté de Médecine, Angers

Présidents de séance/modérateurs :

Professeur B. GOHIER

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Chef du Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU Angers

Professeur D. DRAPIER

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adultes, CH Guillaume Régnier, Rennes

Professeur J.-M. VANELLE

Professeur de Psychiatrie, Praticien Hospitalier, Université d'Addictologie et de Psychiatrie, Hôpital Saint Jacques, Nantes

"Ne me secouez pas. Je suis plein de larmes". Une approche de la fibromyalgie

Professeur S. CONSOLI

Professeur de Psychiatrie à l'Université Paris-Descartes et Psychiatre consultant à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Psychopathologie du refus de soins somatiques

Docteur D. SARAVANE

Praticien Hospitalier, Responsable du Centre Régional de la Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, EPS Barthélémy Durand, Étampes

Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale
Douleur et santé mentale

Docteur X. POMMEREAU

Psychiatre des hôpitaux, Chef du Pôle Aquitain de l'Adolescent, Centre Abadie, CHU Bordeaux

Du corps réel au corps virtuel : nouvelles médiations thérapeutiques en pédopsychiatrie

APRÈS-MIDI

Présidents de séance/modérateurs :

Professeur J.-B. GARRÉ

Professeur des Universités
Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU Angers

Docteur B. VERRECCHIA

Psychiatre, Docteur en Philosophie,
Directeur de programme au Collège International de Philosophie, Paris

Monsieur J.-Y. LE NAOUR

Historien, spécialiste de la Première Guerre mondiale
Science sans conscience ? La psychiatrie s'en va-t-en guerre 1914-1918
Présentation du film "Quand la Grande Guerre rend fou"

Madame I. AURIOL

Agrégée et Docteur en Philosophie, Poitiers
Dépassement de l'approche métaphysique du sens oral

Monsieur G. VIGARELLO

Historien des représentations du corps, Directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris

Le sentiment de soi. Histoire de la perception du corps

Madame F. SLIWKA

Comédienne, metteur en scène, Professeur d'Esthétique à Columbia University, Paris
L'incarnation théâtrale ou le corps en jeu, traversé, habité ou possédé par l'autre : quand des parcelles de nous résonnent et se réveillent via le chaos complexe du personnage

Vendredi 19 juin 2015

9h00 : Introduction et Exposés

12h00 : Cocktail déjeunatoire
à l'Abbaye

14h15 : Exposés

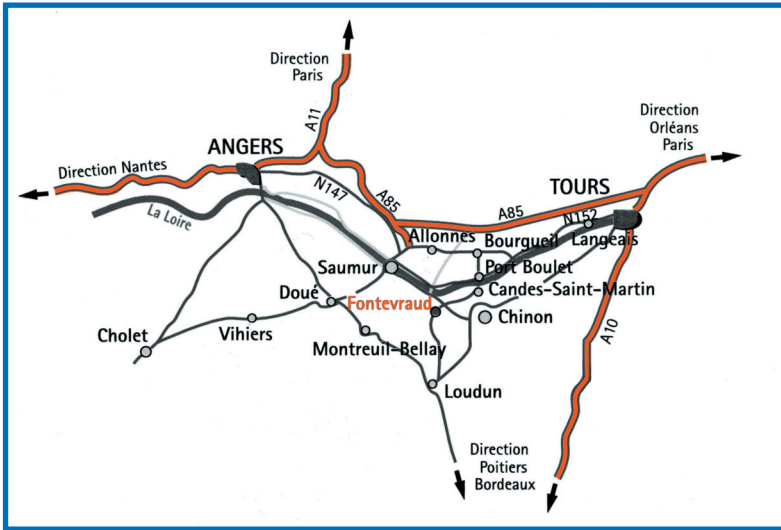
18h00 : Visite de l'Abbaye

Chaque année, la Journée de Psychiatrie du Val de Loire propose une rencontre à l'Abbaye Royale de Fontevraud autour d'un thème de travail abordé sous la forme pluridisciplinaire de lectures croisées (psychiatrie, médecine, psychologie, psychanalyse, anthropologie, sociologie, philosophie, histoire...).

La nature résolument plurielle des approches permet que ces Journées de Fontevraud, créées en 1986 par le Professeur Roger Wartel, puissent s'adresser à l'ensemble des intervenants des champs sanitaires et sociaux (médecins, psychiatres, psychanalystes, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux...), mais aussi à toute personne dont l'activité ou les intérêts s'inscrivent dans le domaine des sciences humaines et sociales.

Fontevraud a 30 ans !

- 1986 La mélancolie*
- 1987 Bouffées délirantes aiguës*
- 1988 Evénement, traumatisme, réaction*
- 1989 La faute*
- 1990 La causalité de la maladie mentale*
- 1991 La violence*
- 1992 Qu'attendent de nous les médecins ?*
- 1993 Pourquoi de nouvelles cliniques ?*
- 1994 Etre une femme*
- 1995 Autour de l'enfance*
- 1996 Le social et la psychanalyse*
- 1997 Quelle formation pour quelle psychiatrie ?*
- 1998 Les pratiques du diagnostic*
- 1999 L'enfant fin de siècle. Défi clinique et politique*
- 2000 Secret et transparence*
- 2001 La prescription. Entre science et croyance*
- 2002 Enfermements. Entre contrainte et liberté*
- 2003 La beauté : remède, maladie ou vérité ?*
- 2004 Sur le chemin. Voyage thérapeutique, voyage pathologique*
- 2005 De la mémoire et de l'oubli*
- 2006 Architecture, espaces et psychiatrie*
- 2007 Alliance thérapeutique et refus de soins*
- 2008 Déviances. Du difforme au monstrueux*
- 2009 Ivresses*
- 2010 Simulations*
- 2011 Pudeurs et impudeurs*
- 2012 Le récit clinique et ses genres*
- 2013 Transmettre*
- 2014 Hantises*
- 2015 Corps et psychiatrie*



Informations complémentaires auprès de :

Mme K. STENVOT

Mme S. ANGER

Service de Psychiatre et d'Addictologie - CHU Angers

4 rue Larrey - 49933 ANGERS CEDEX 9

Tél. : 02 41 35 32 43 – Fax : 02 41 35 49 35

fontevraudpsy49@gmail.com

Site Internet : Portail de la Psychiatrie angevine - <http://psyfontevraud.free.fr>

Comité d'organisation :

Dr P. ANGLADE, Dr C. BARRE, Dr J. BIENVENU, Dr F. BONNAL, Dr M. BRIERE,
 Dr J. BROCHET-GUEGAN, Dr L. BUSSIÈRE, Pr P. CHARDIN, Dr M. CHARLERY,
 Dr J.-J. CHAVAGNAT, Dr D. DENES, Dr A. DESORMEAUX, Dr E. DUMAS-PRIMBAULT,
 Pr Ph. DUVERGER, Dr G. FONSEGRIVE, Dr G. FOURNIS, Pr F. GARNIER, Pr J.-B. GARRE,
 Pr B. GOHIER, Dr A. GUILLEMIN, Dr Ph. HENRY, Dr D. LEGUAY, Dr V. LEON,
 Dr D. LEVY-CHAVAGNAT, Dr J.-P. LHUILLIER, Dr P.-L. MARIE, Dr D. MAZET,
 Dr R.-C. MESU, Dr I. MONNEAU, Pr J.-M. MOUILLIE, Pr D. PENNEAU-FONTBONNE,
 Mme A.-L. PENCHAUD, Dr J. PLANSON, Dr M. QUINTARD-RATOUR, Dr D. ROBERT,
 Pr Y. ROQUELAURE, Dr D. ROUSSEAU, Dr C. RUCHETON, Pr J.-M. VANELLE,
 Dr B. VERRECCHIA, Pr R. WARTEL

Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU Angers

Département de Sciences Humaines et Sociales de la Faculté de Médecine d'Angers

Pôle 7, Centre de Santé Mentale Angevin

Association Angevine pour la Recherche en Psychiatrie

Association des Psychiatres Ligériens

Psychopathologie du refus de soins somatiques

Silla M. CONSOLI

Professeur de Psychiatrie à l'Université Paris-Descartes et Psychiatre consultant à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Les psychiatres ou psychologues de liaison exerçant en hôpital général sont régulièrement sollicités pour apporter leur éclairage, voire contribuer activement à la recherche d'une issue, devant des situations de refus de soins, retardant la prise en charge, mettant à mal la bonne volonté des équipes soignantes et risquant d'aboutir à une impasse thérapeutique.

La recherche d'une psychopathologie est ainsi sous-jacente à la demande d'évaluation que nous adressent dans ces situations nos collègues les "somaticiens" ou les équipes soignantes qui font appel à nous. On pourrait formuler cette question de la sorte : ces patients ne tiennent-ils pas suffisamment à la vie pour refuser un soin qui peut, soit les sauver, soit préserver au mieux leur vie à venir ? Est-ce un comportement suicidaire, un équivalent suicidaire ? Ont-ils perdu la raison ou sont-ils "dérangés de la tête" ? Et dans des cas plus restreints, la question posée est celle-ci : ces patients ont-ils des troubles cognitifs, des difficultés de compréhension, de mémoire, de raisonnement, qui les empêchent de comprendre les enjeux et d'adhérer à un projet de soin ?

De tels appels au psychiatre de liaison relèvent malgré tout de la part de nos collègues d'un réflexe de bon sens pour donner aux patients toute leur chance d'être soignés et pour ne pas s'acquitter facilement de leur responsabilité médicale, notamment avec la loi du 4 mars 2002, loi qui stipule entre autre que tout patient a le droit de refuser les soins qui lui sont proposés. Ils témoignent de l'application du principe de bienfaisance, qui est un des piliers éthiques de la pratique soignante, ainsi que d'un comportement d'assistance à personne en danger ; mais on pourrait malgré tout y voir aussi le reliquat d'une médecine paternaliste... En effet, si les somaticiens pensent en premier lieu qu'il faut être un peu fou pour refuser ce qui est dans l'intérêt du patient, surtout en cas d'enjeu vital, c'est aussi qu'il ne leur est pas évident de se remettre en cause et d'imaginer qu'un patient ait le droit de dire non et de contester d'une manière ou d'une autre le pouvoir médical, sans que pour autant cela relève d'une pathologie mentale.

Il est vrai qu'une partie de ces situations de refus de soins somatiques relève d'un trouble mental proprement dit : ce dernier, peut être ancien, ou en tout cas antérieur au problème de santé somatique actuel, et, selon les cas, être déjà connu et repéré comme tel, ou à l'inverse, être méconnu et faire intrusion sur la scène médicale à l'occasion de la pathologie somatique et de ses contraintes thérapeutiques ; un trouble mental peut aussi se déclarer, sur un terrain vulnérable, dans le contexte psycho-traumatique de certaines annonces d'une mauvaise nouvelle somatique ou de certaines expériences de soins particulièrement lourds, car confrontant les patients à une douleur mal contrôlée, à une dépendance extrême, à la peur et

la mort. Que le trouble mental en question, notamment lorsqu'il ressort d'une pathologie de l'humeur ou d'un trouble délirant, vienne fausser la liberté de jugement du patient et compromette la relation de soins, cela va de soi et ouvre la possibilité d'une sortie de crise, une fois que son traitement spécifique aura permis de mieux le contrôler. A ce propos il importe de noter un paradoxe : ces mêmes malades mentaux plus ou moins anosognosiques en ce qui concerne leur pathologie mentale, ces mêmes malades qui s'opposent aux soins psychiatriques et se disent privés de liberté lorsqu'ils se retrouvent en service de psychiatrie, ces malades qui en service de médecine-chirurgie-obstétrique refusent les soins somatiques, peuvent se montrer compliants en ce qui concerne la prescription des psychotropes que le psychiatre de liaison va effectuer. La chance avec la cinétique d'action des neuroleptiques et antipsychotiques c'est qu'assez rapidement un effet sur la réticence ou l'activité délirante pourra être obtenu. Le problème des temporalités est plus complexe avec la prescription d'antidépresseurs chez un patient qui présente une dépression sévère, car on sait que l'on a besoin d'au moins une quinzaine de jours pour traiter le trouble de l'humeur, ce qui n'est pas toujours compatible avec l'urgence somatique.

Le deuxième problème majeur que pose la confirmation de l'existence d'un trouble mental à l'origine d'un refus de soins somatiques c'est l'effet d'étiquetage auprès des somaticiens, avec les conséquences perverses d'un tel étiquetage, à savoir qu'à partir de là un biais de raisonnement diagnostique pourra toujours être possible, les somaticiens attribuant abusivement au trouble mental plutôt qu'à une nouvelle affection somatique, un certain nombre de symptômes, mais aussi, ce qui est encore pire, le fait que les somaticiens se mettent à prescrire des traitements sub-optimaux à de tels malades, en raison de leur comorbidité, en se fondant sur leur supposé fiabilité moindre en termes d'adhérence aux soins ou sur leur tolérance plus limitée à des traitements énergiques et efficaces. D'ailleurs de tels traitements sont souvent dénommés "agressifs", car ils mettent à l'épreuve la résistance de ceux qui les endurent. L'épidémiologie comporte de nombreuses publications qui démontrent que les patients qui présentent un trouble mental sévère (essentiellement un trouble majeur de l'humeur ou une schizophrénie) bénéficient moins que la population générale de traitements appropriés (pharmacologiques ou non pharmacologiques), en cas d'une insuffisance coronaire par exemple (pratique d'une dilatation vasculaire notamment), mais bénéficient également d'un nombre moindre de séances de chimiothérapie ou d'une chimiothérapie moins performante, lorsqu'ils présentent une affection cancéreuse.

Dans ces cas de figure « classiquement psychiatriques » le psychiatre de liaison joue son rôle de spécialiste du trouble mental et le somaticien peut lui en être facilement reconnaissant : encore faut-il que la référence aisée au trouble mental n'ait pas un effet pervers de stigmatisation du patient et ne conduise pas en définitive, comme nous venons de le dire, à une perte de chances somatiques, cette fois-ci non pas de la faute de tels patients et en raison de leur indifférence, leur opposition aux soins ou leur idéation irrationnelle, mais du fait de la responsabilité des professionnels de santé et des préjugés dont ces derniers peuvent être victimes, au même titre que le corps social dans son ensemble.

Une autre partie des situations de refus de soins ne relève pas, elle, d'un trouble mental caractérisé, tout au plus de traits de personnalité pathologique attisés par les péripéties de la maladie somatique. En effet, face émergée de l'iceberg, les situations franchement psychopathologiques en recouvrent bien d'autres où, à la faveur de maladresses ou négligences diverses de la part des soignants, de décisions ou d'avis contradictoires, d'une disponibilité limitée ou de promesses faites et non tenues, on aboutit à un blocage qui ne peut s'expliquer en incriminant un quelconque trouble mental. Le rôle du psychiatre ou du psychologue de liaison est ici plus délicat, car sa médiation va venir pointer les failles d'un système de soins qui se veut théoriquement à l'écoute des besoins des patients, respectueux de leur droit à l'information éclairée et de leur droit à décider de leur sort, mais qui en pratique garde encore des réflexes de médecine paternaliste, le cas échéant sous prétexte d'assistance à personne en danger, ou avec l'excuse que constitue de manière récurrente la pression médico-économique subie par les institutions de soins (la nécessité de contrôler, par exemple, la durée moyenne du séjour hospitalier). La position de refus de la part du patient méritera, dans ces situations, d'être interprétée non pas comme une forme définitive de non-recevoir, mais comme une revendication à plus de considération, moins d'infantilisation, plus de décision véritablement partagée, bref un rappel du fait que le seul consentement qui vaille est une acceptation d'une proposition de soins qui est passée par l'étape d'un refus possible, écarté à son tour par le patient, mais seulement après s'être assuré qu'on ne le priverait pas de ce droit substantiel. Il va de soi que le rôle, ici, du spécialiste de la « liaison » n'est ni de voler au secours des équipes soignantes, dans une épreuve de force contre le patient récalcitrant, ni de plaider la cause du patient en se faisant accusateur de l'institution, mais de permettre les identifications respectives des uns aux autres et de promouvoir le dialogue et la recherche de compromis, permettant à chaque interlocuteur de sortir « la tête haute » de l'impasse.

Cette catégorie de refus de soins illustre toute la différence qui existe entre « traiter » et « soigner ». Rappelons que l'on traite une maladie, un corps réifié en objet, alors que l'on soigne une personne, un sujet. Traiter vient étymologiquement du latin *tractare*, qui signifie traîner violemment. En traitant un mal, il s'agit idéalement de l'extraire, de l'éradiquer. Il y a donc de la violence dans tout traitement et un type de rapport à l'autre qui fait disparaître l'individu en tant que personne, en le réduisant à un corps que l'on tente ainsi de réparer. N'oublions pas d'ailleurs l'utilisation dans le langage courant du mot traiter pour désigner le manque de respect et de considération : "*t'as vu comment il m'a traité ?!*".

En revanche, soigner a pris un sens médical dans un deuxième temps, après avoir essentiellement eu une signification de prévenance et de gentillesse dans les relations interpersonnelles. On dit d'ailleurs "*être aux petits soins*" avec quelqu'un, soigner a aussi le sens de faire une faveur, avoir des égards... Au fond, soigner veut dire « prendre soin » de quelqu'un au sens du terme anglais "*care*". On soigne clairement un sujet et pas une maladie. Cette opposition entre traiter et soigner renvoie aussi à la dualité des deux termes qui définissent notre profession, les termes de "*docteur*" et de "*médecin*" : les docteurs sont ceux qui savent (ceux qui sont « *doctes* ») et qui ont le pouvoir, alors que les médecins sont ceux

qui remédient, qui jouent un rôle de médiateurs et qui tentent de rétablir la meilleure harmonie possible entre l'individu, son corps altéré par la maladie et son environnement.

Daniel Marcelli, qui était lui-même intervenu à une journée que nous avons organisée en 2011 à l'Hôpital Européen Georges Pompidou sur le refus de soins somatiques, nous avait incités à réfléchir à ces deux manières, complémentaires, d'exercer la médecine et avait tout particulièrement mis en exergue la vertu du « dire non », en donnant tout son sens au *consentement éclairé*. N'oublions pas que l'acquisition du « non », donc le recours au langage pour exprimer son opposition, est considéré par René Spitz comme un troisième *organisateur* du développement psychique, chronologiquement après l'apparition du sourire et l'angoisse de l'étranger. Le non témoigne de la mise en place d'un processus de différenciation-individuation qui permet à l'enfant, par le biais d'une identification à l'agresseur ou au parent interdicteur, de s'affirmer à son tour et de ne pas être en permanence dans la soumission docile. A ce titre, chez tout adulte, il y a un fossé entre le oui de la soumission passive et le oui du consentement éclairé, qui est passé, lui, par le détour du non.

Il est fréquent à ce propos de citer Jean-Claude Ameisen.

« Consentir – nous dit Jean-Claude Ameisen – c'est avoir envisagé la possibilité du refus, puis avoir refusé de refuser. C'est avoir donné au oui l'épaisseur du non qu'il a nié. Tout véritablement oui contient la négation de son contraire. Un véritable oui n'est pas une alternative au non. C'est un oui qui fait retour sur le non, qui le submerge, qui le prend en compte et le dépasse. La noblesse du consentement, c'est l'affirmation implicite de la négation d'une négation, du refus d'un refus. » (JC Ameisen, in : Emmanuel Hirsch (dir.) : *Ethique médicale et société*, Paris, Vuibert, 2007, page 22).

Reconnaître à l'autre la possibilité de dire non est en réalité d'autant plus crucial que cet autre est dans une position de dépendance et de vulnérabilité. A ce propos, toujours Daniel Marcelli, dans son ouvrage "*Il est permis d'obéir. L'obéissance n'est pas la soumission*", paru chez Albin Michel en 2010, oppose d'une part le couple *pouvoir-soumission* et le couple *autorité-obéissance*. L'autorité s'oppose au pouvoir, nous dit Marcelli. Faire preuve d'autorité c'est être capable de s'imposer un frein, de se retenir, de ne pas faire usage de son pouvoir, que ce soit par la force ou par la séduction, ne serait-ce que la séduction d'une argumentation scientifique bien construite, et c'est octroyer à celui qui est en position de faiblesse le temps de sa propre détermination.

Je poursuivrai ma réflexion en évoquant un cas clinique suivi en psychothérapie, qui illustrera un troisième cas de figure de refus de soins somatiques, un cas qui n'implique ni un trouble mental sous-jacent, ni un dysfonctionnement d'ordre relationnel ou institutionnel, mais la réactualisation dramatique, à l'occasion d'un problème de santé mettant à moyen terme la vie du patient en jeu, de son histoire infantile et d'une souffrance longtemps soumise à une répression forcée.

Il s'agit d'un patient de la soixantaine qui assume un poste important dans le monde des affaires. On l'appellera Mr A., avec comme légende "*Une histoire d'hommes*" ou encore "*Une histoire d'homme*" ou encore "*Une histoire entre hommes*", vous verrez pourquoi.

Mr A. est marié et père d'un seul enfant de sexe masculin d'une trentaine d'années. Il m'a été adressé il y a environ 5 ans par un collègue cardiologue dans un contexte d'une nouvelle hospitalisation en cardiologie pour des douleurs thoraciques qui avaient déjà donné lieu par le passé à la réalisation de plusieurs coronarographies, toutes négatives ou alors révélatrices de lésions non significatives car banales pour l'âge. A plusieurs reprises ses crises douloureuses avaient conduit Mr A. aux urgences ou vers des consultations spécialisées dans la douleur.

Ce patient souffre par ailleurs d'une affection médicale héréditaire, rare, dont le diagnostic est difficile, et qui peut éventuellement mettre en jeu le pronostic vital. Le fils unique est d'ailleurs lui aussi porteur de cette même affection, qui a été diagnostiquée à la fin de son adolescence. C'est précisément à cette occasion que le diagnostic de cette même maladie chez Mr A. avait pu être effectué. Le père de Mr A. est mort quand lui-même n'avait pas encore trois ans. Il s'agissait très vraisemblablement d'une complication de cette maladie familiale, mais à l'époque le diagnostic n'avait pu être fait.

Dès la première rencontre avec Mr A. je suis informé du fait que depuis trois ans il souffre d'un cancer de la prostate, mais que malgré plusieurs consultations de spécialistes médicaux ou chirurgicaux, Mr A. a refusé toutes les propositions de traitement, qu'il s'agisse d'un traitement conservateur (radiothérapie ou curiethérapie) ou radical (prostatectomie totale).

Les crises douloureuses de Mr A. s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui me paraît très évocateur d'attaques de panique. Toutefois certaines de ses crises douloureuses n'ont pas un caractère paroxystique typique ; les douleurs peuvent en effet persister. En tout cas certaines douleurs peuvent survenir la nuit, en particulier à la suite de rêves mouvementés. Il existe par ailleurs plus symptômes de type agoraphobique, ainsi qu'une acrophobie (peur des hauteurs).

Ce patient présente une personnalité obsessionnelle. Il est perfectionniste, méticuleux, il a besoin de tout prévoir, il est persévérant. Existe aussi une obsession phobique de la saleté et des microbes qui lui pose des problèmes non négligeables lorsqu'il est hospitalisé et qu'il doit par exemple uriner ou aller à la selle tout en étant alité.

Mr A. reconnaît volontiers un contexte professionnel particulièrement stressant, mais décrit ce même contexte comme stimulant et source de fierté. En revanche, lors de la première consultation il ne fera pas référence au stress que peut constituer l'existence de son cancer de la prostate qui est en train d'évoluer à bas bruit et dont il sait parfaitement qu'en l'absence de toute solution thérapeutique, il risque tôt ou tard de l'emporter.

Je prescrirai pour ses manifestations anxieuses paroxystiques, alors que par ailleurs il n'est nullement déprimé, un antidépresseur de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Il le prendra, l'arrêtera, le reprendra, se plaignant des effets secondaires.

L'efficacité d'un tel traitement sera discutable. Moi-même serai perplexe devant la pertinence d'une telle prescription, d'autant que je sais que sa maladie médicale héréditaire peut aussi se manifester, entre autres, par des crises douloureuses.

En ce qui concerne le cancer de la prostate, le diagnostic ne fait pas de doute. Le dosage des PSA montre une augmentation régulière de taux franchement anormaux. Des biopsies ont été effectuées. L'imagerie suggère des lésions localisées, du moins dans un premier temps (il n'en sera pas de même lors des années ultérieures, car la capsule prostatique sera envahie). Les bilans d'extension ne révèlent cependant pas d'extension à distance, donc pas de métastases.

Mr A. a menti à ses assureurs. Il pense que s'il avait évoqué ce cancer de la prostate, il aurait pu assez vite être « mis sur la touche » dans sa boîte, or s'est vital pour lui de poursuivre son travail, travail qui lui permet de détenir et d'exercer un certain pouvoir, source, d'après ses propres dires, d'une véritable jubilation.

Pourquoi Mr A. refuse-t-il les soins qui lui sont proposés ? D'abord l'idée d'une cicatrice lui est insupportable, en tout cas une cicatrice qui porterait atteinte à son intégrité corporelle car, dit-il, il ne serait pas contre une chirurgie esthétique qui lui permettrait d'atténuer les marques du vieillissement. La prostate, ajoute-t-il, c'est une *maladie de vieux*, or il n'accepte pas de vieillir. Rien de plus *misérable*, ajoute-t-il, qu'un cancer de la prostate. Le simple fait que sa petite fille, la fille de son fils, puisse l'appeler grand-père, lui est désagréable. Toutes les complications, même temporaires, aussi de bien de la chirurgie que des traitements dits conservateurs, à savoir la survenue d'une incontinence urinaire ou d'un dysfonctionnement sexuel, lui sont intolérables. Il veut, dit-il, rester « *un homme debout* » ; ces traitements seraient pour son « arrêt de mort ». En même temps, il sait parfaitement que l'évolution va être inexorable et il sait ce qu'il lui restera à faire lors de la survenue de métastases : il a d'ailleurs acheté le livre « *Suicide mode d'emploi* ».

Alors que les lésions locales progressent et que surviennent des céphalées et des vertiges, Mr A. sera certes soulagé de savoir qu'il n'existe pas de métastases cérébrales, mais son attention se fixera immédiatement sur la présence de petites lésions de leuco-acariose, c'est-à-dire des lésions de la substance blanche, assez banales avec le vieillissement artériel, marques de vieillissement qui le confortent dans l'idée qu'il ne peut rien contre l'âge qui avance et l'usure du temps.

En 4 ans de rencontres, Mr A. jouera le jeu de l'engagement psychothérapique, intrigué par son propre fonctionnement psychique, curieux de mieux comprendre, prêt à faire des liens ou en tout cas à suivre les pistes qui lui seront proposées. Partant moi-même à la retraite j'organiserai avec soin un relais auprès d'un psychiatre-psychothérapeute libéral. J'apprendrai que le rendez-vous a été pris par Mr A. mais a été annulé au dernier moment, deux fois de suite. Je me suis permis de relancer Mr A. par mail plus d'une fois avec, la première fois, quelques mots de retour m'exprimant sa reconnaissance, puis un silence complet, alors que je sais par les comptes-rendus qui me seront adressés par les autres services de l'hôpital qu'il continue à fréquenter les somaticiens.

La biographie de Mr A nous révèle un passé fortement psycho-traumatique. Il a effectivement perdu son père alors qu'il n'avait pas encore trois ans, mais à l'époque on ne lui avait rien expliqué. On n'a pas non plus tenté de la consoler de cette perte. Non seulement la mère de Mr A. a fait le choix d'éviter que ce thème soit abordé, mais quelques années plus tard elle a suivi les conseils d'un prêtre, ami de la famille, qui avait pensé approprié que Mr A. soit mis le plus tôt possible en pension pour se forger un caractère. Il allait rester de nombreuses années dans cette pension religieuse pour garçons, se disant gêné en chaque début d'année lorsqu'il fallait décliner l'identité du père, sa profession..., gêné face aux questions posées par ses petits camarades, perdu dans ces immenses dortoirs très spartiates, pleurant seul dans son lit lorsqu'il se couchait, sans pouvoir communiquer à personne sa douleur.

La mère ne venait le chercher que de temps en temps, mais il se souvient plus des visites de la mère pour l'emmener faire ses vaccins chez le médecin, que pour l'emmener s'amuser. La mère arrivait en fin de réunion lors de réunions entre enseignants et parents et elle arrivait "trop tard" lors de la remise des prix, le jeune A. étant obligé de monter seul sur l'estrade.

Intéressé par la démarche psychothérapique, Mr A m'a livré plusieurs de ses rêves, intrigué par ce qui pouvait ainsi s'exprimer à travers eux, dans un moment de relâchement de la censure, lui par ailleurs toujours si contrôlé et si maîtrisé.

Dans un rêve, il se trouve dans un cimetière familial de province qu'il connaît bien. Tout à coup son portable se met à sonner. Il entend alors une voix d'outre-tombe et assiste à un spectacle apocalyptique : il voit en effet des dalles de tombeaux renversées ; au sol il y a des tôles ondulées sur lesquelles il essaie de marcher en tentant de ne pas perdre l'équilibre.

Dans un autre rêve, il doit entrer dans le bureau d'un client « en voiture ». Il dira d'ailleurs de lui-même à ce propos qu'il y a chez lui une dualité depuis toujours entre une façade contrôlée et retenue et une violence intérieure prête à exploser.

Encore un rêve de cimetière dans lequel il a garé de manière instable sa propre voiture. Il voit d'ailleurs près de lui un cercueil posé sur une pente inclinée, qui risque de basculer.

A côté des rêves proprement dits, Mr A peut se permettre, invité par moi, d'évoquer certaines fantaisies éveillées : il est par exemple allongé sur son lit et voit défiler des géants vêtus de manteaux noirs qui leur arrivent aux chevilles. Rappelons que sa pension était une pension religieuse...

Il me dira également qu'il a toujours été fasciné par l'archéologie égyptienne, les momies, les sarcophages. D'ailleurs, pour lui, son cancer de la prostate c'est comme un sarcophage.

De quelles pistes disposons-nous pour tenter de donner tant soit peu un sens à ce comportement a priori absurde de refus de soins et d'attente de la mort de la part de Mr A. ?

Il y a d'abord le retournement spectaculaire de la position de perte de contrôle et de passivité, qui a été la sienne pendant ces années d'enfance où il a été mis devant le fait accompli et en même temps s'est vu interdire toute expression émotionnelle et recherche de soutien.

Renversement en son contraire, c'est-à-dire en une maîtrise absolue sur son propre corps au prix de sa vie. C'est un peu comme s'il nous disait « *C'est désormais moi qui décide !* », avec une composante masochique faite d'auto-sabotage et de mortification ascétique, qu'il présente comme une source inépuisable de jouissance pour lui.

Il y a aussi dans l'attitude de Mr A. un repli mélancolique sur un objet perdu à jamais, objet absent et en même temps omniprésent, dont il est hanté en permanence : d'ailleurs il reconnaîtra lui-même être dans une sortie de dialogue permanent avec son père, lui demandant conseil dans sa tête plusieurs fois par jour pour guider ses actions. Peut-être que l'on peut comprendre ainsi l'image du sarcophage, sorte d'incorporation mélancolique du père perdu que Mr A. détient prisonnier au sein même de son corps propre et dont il assiste impassible à la dégradation inexorable.

Il y a de plus, dans l'attitude de Mr A., la réalisation du fantasme d'un temps suspendu. Fantasme qui est certes propre à tous les obsessionnels, mais qui revêt ici une coloration particulière. Tout se passe en effet comme si Mr A. voulait arrêter le temps à cet âge d'à peine trois ans où tout a basculé pour lui.

Enfin la référence à la notion de sanction, dont parle Mr A. lui-même, ne peut pas ne pas nous renvoyer à sa culpabilité œdipienne, culpabilité d'en avoir voulu au père de l'avoir abandonné ainsi alors qu'il aurait eu tellement besoin de lui, mais culpabilité sans doute aussi d'en avoir voulu au père de lui avoir transmis cette maudite tare, la maladie héréditaire, dont lui-même et son propre fils sont affublés. Et puis, faute suprême, il se trouve que désormais Mr A. a dépassé en âge son père : même s'il n'a pas eu de père au cours de sa crise d'adolescence pour s'opposer d'homme à homme à quelqu'un qui l'aurait remis à sa place, le fait est qu'il a fait mieux que son père et que cela aussi, il ne se le pardonne pas.

Quoi de commun entre tous ces cas de figure qui posent la question et soulèvent le défi d'un refus de soins somatiques ? Je commencerai par citer à nouveau Daniel Marcelli qui nous rappelle que « *si rien n'est pire que tu combattre le refus de soin* », c'est-à-dire si rien n'est pire que de vouloir forcer la liberté de choix du malade, « *rien est pire que de l'accepter* », car baisser les bras face à un malade qui refuse de se soigner, c'est malgré tout l'abandonner à son triste sort.

Dans les divers cas de figures que nous avons envisagés, se pose en filigrane la question de l'urgence. Certes la menace vitale n'est pas forcément immédiate, mais elle peut toujours finir par le devenir un jour ou l'autre. Le problème de l'urgence c'est qu'elle sert souvent de justification au fait de décider à la place du malade. Or, il ne faut pas oublier que plus une situation est urgente, plus il serait important de discuter avec le malade, pour prendre avec lui une décision thérapeutique. L'aptitude à prendre une décision urgente, à trancher dans le vif sans tergiverser, est souvent perçue par le corps médical comme le témoignage de l'expertise du médecin. Il peut parfois en être tout autrement, vu du côté du malade, pour qui une décision urgente peut signifier une précipitation qui le prive de son choix. Peut-on soigner en urgence ? On *traite* en urgence, mais on ne *soigne* jamais en urgence...

Toutes ces situations, malgré leur diversité, nous amènent à nous interroger sur les effets délétères de la vulnérabilité, qu'elle soit liée à l'existence d'un trouble mental, qu'elle soit aussi liée éventuellement à l'appartenance à un niveau socio-économique modeste, qu'il s'agisse des conséquences d'une pathologie chronique handicapante ou encore de la présence d'antécédents de maltraitance infantile réactualisés par un épisode de santé dans le présent.

Certes, un patient en position de vulnérabilité constitue un appel à notre vocation soignante et à notre besoin de réparation. Mais nous avons vu que la vulnérabilité de notre interlocuteur peut être en même temps une source dangereuse de biais de raisonnement et de perte de chances somatiques pour lui. La vulnérabilité se prête par ailleurs à des abus de pouvoir, c'est-à-dire à « traiter » le malade, en lui manquant au besoin de respect, ou en tout cas en l'infantilisant. Surtout, elle peut se retourner en son contraire, c'est-à-dire en triomphe tout puissant du négatif, nous laissant à notre tour fascinés, meurtris, avec un goût amer d'impuissance et d'incompétence.

Quelques références bibliographiques :

Ranjith G, Hotopf M. "Refusing treatment - please see": an analysis of capacity assessments carried out by a liaison psychiatry service. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2004;97:480-2.

Marcelli D. *Il est permis d'obéir. L'obéissance n'est pas la soumission*, Albin Michel, Paris, 2010

Consoli SM, Dauchy S. La notion de perte de chance chez le patient souffrant d'un trouble mental et atteint de cancer. *Psycho-Oncologie* 2010;4:1-4.

Hindmarch T, Hotopf M, Owen GS. Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *Bio-Med Central Medical Ethics* 2013;14:54.



Association Nationale Pour la Promotion des
Soins Somatiques en Santé Mentale

Avec vous, pour la Vie

DOULEUR ET SANTE MENTALE
XXX Journée de Psychiatrie du Val de Loire, 19/06

Djea SARAVANE, MSc, MD

Chef de Service-Directeur de l'Enseignement

Membre Associé CHUS Sherbrooke-Canada



**CENTRE REGIONAL DOULEUR EN SANTE MENTALE
ET AUTISME**



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

PAS DE
CONFLITS
D'INTERETS



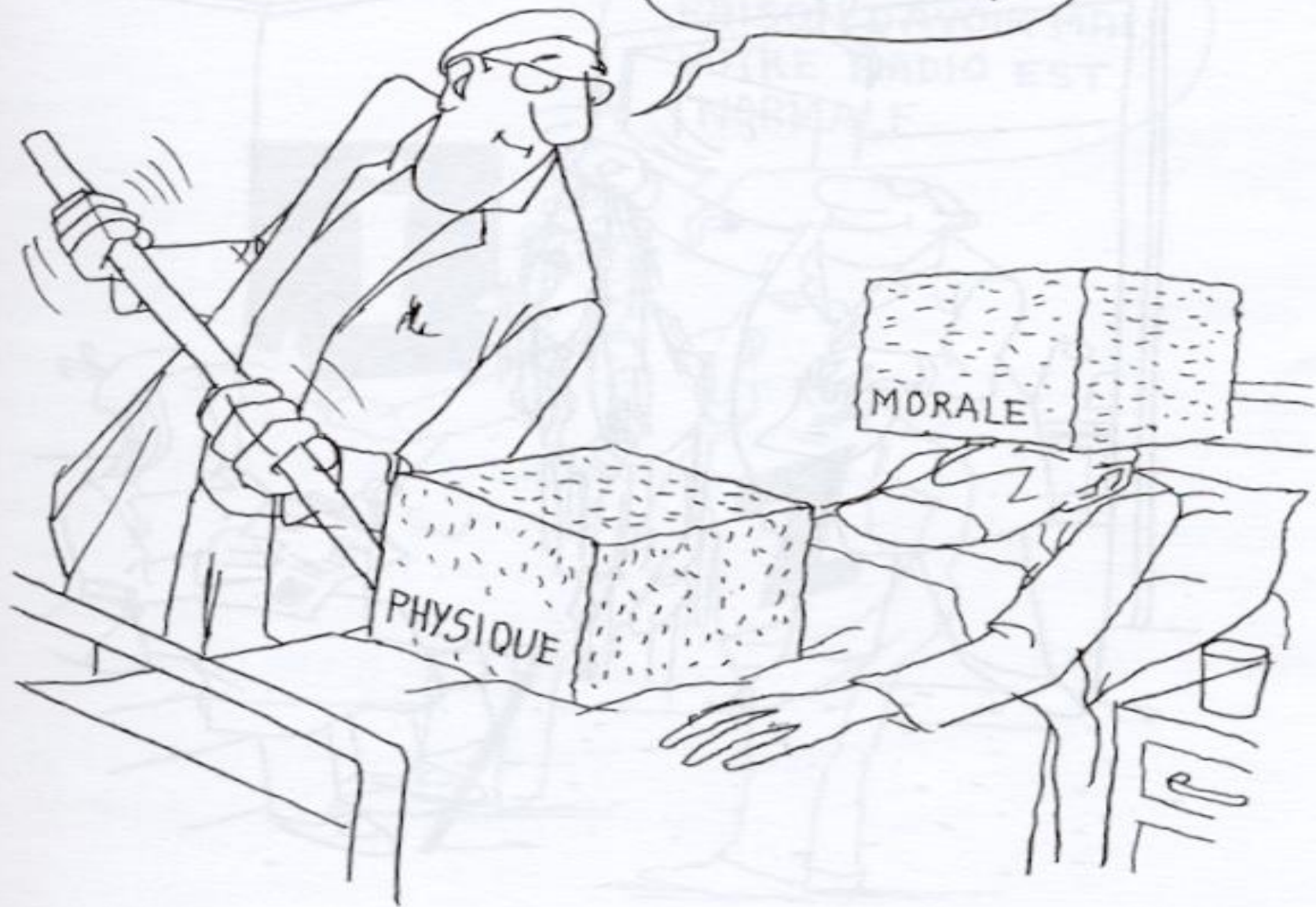
La douleur bâillonnée



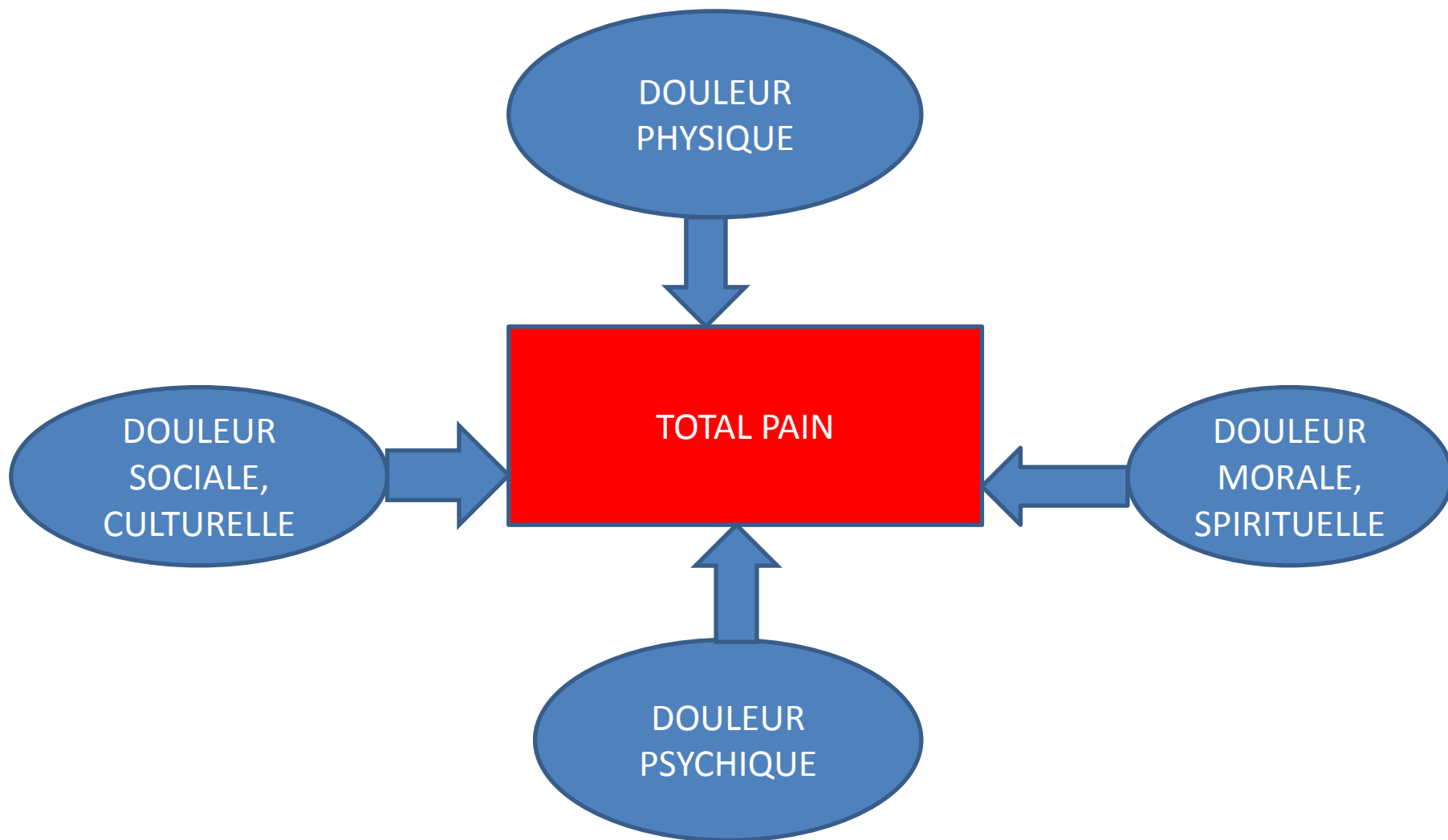
PREAMBULE

- Douleur physique vs Souffrance psychique ?
Vision dualiste: Corps vs Esprit
 - c'est une approche 'morcelante': oppositions stériles
 - Mieux vaut une approche globale et pluridisciplinaire
- On parle simplement de la douleur***

ON VA VOUS
SOULAGER



NOTION DE 'DOULEUR GLOBALE'



LES AUTEURS

- ‘ La solidité animale de la folie, et cette épaisseur qu’elle emprunte au monde aveugle de la bête, **endurcit le fou contre la faim, la chaleur, le froid , la douleur** ‘. *Foucault*
- *Il est notoire jusqu’à la fin du 18^{ème} siècle, que les fous peuvent supporter indéfiniment les misères de l’existence .Il est inutile de les protéger; on n’a ni à les couvrir, ni à les chauffer.*
- ‘**La folie, par tout ce qu’elle peut comporter de férocité animale préserve l’homme des dangers de la maladie;** elle le fait accéder à une invulnérabilité semblable à celle que la nature , dans la prévoyance, a ménagée aux animaux’. *Pinel*

PERCEPTION DE LA DOULEUR



- Anecdotes cliniques: Kraeplin, Bleuler
- Faible prévalence de douleurs chroniques dans la schizophrénie (*as t'on réellement recherché...?*)
- Utilisation de faibles doses d'antalgiques en post opératoire (*Mythe de la morphine... ?*)
- Etudes expérimentales



Pain perception in schizophrenia: No changes in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) but a lack of pain sensitization

Stéphane Potvin ^{a,b}, Emmanuel Stip ^{a,c}, Adrien Tempier ^a, Tania Pampoulova ^a, Lahcen Aït Bentaleb ^c, Pierre Lalonde ^c, Olivier Lipp ^c, Philippe Goffaux ^b, Serge Marchand ^{b,*}

^a Centre de recherche Fernand-Seguin, University of Montreal, Montreal, Canada

^b Department of neurosurgery, Faculty of medicine, University of Sherbrooke, Axe Douleur CRC-CHUS, 3001, 12^e avenue nord, Sherbrooke J1H 5N4, Canada

^c Hôpital Louis-H Lafontaine, Department of psychiatry, Faculty of medicine, University of Montreal, Montreal, Canada

Received 16 April 2007; received in revised form 31 October 2007; accepted 2 November 2007

- Lien entre santé mentale: ensemble de mécanismes excitateurs et inhibiteurs qui interagissent pour moduler l'information nociceptives et produire la perception de la douleur
- **Patients schizophrènes ressentent bien la douleur , ont un système endogène d'inhibition normal, mais ne présentent pas cette sensibilisation qui est un phénomène adaptif pour éviter la blessure suite à une stimulation persistante**

Hypothèses & procédures

1) Seuil de douleur

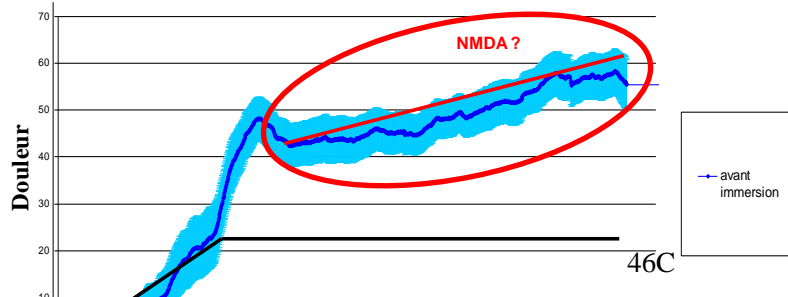


Hypo ou hyperalgésie

• Hypothèses

- 1) Hypoalgésie
- 2) mécanismes excitateurs
- 3) mécanismes inhibiteurs

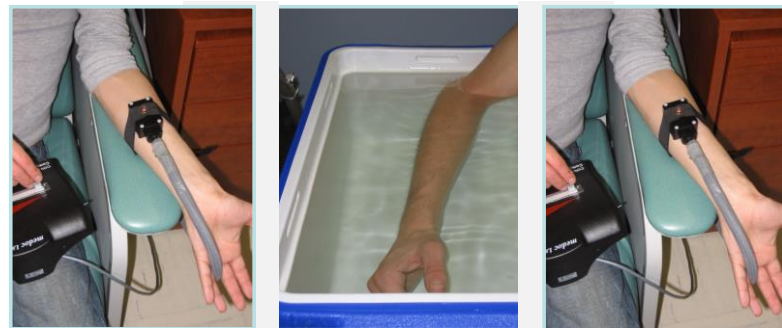
2) Sommatation temporelle



Permet de mesurer la sensibilisation centrale (spinale)

3)

CIDN



Permet de mesurer les mécanismes inhibiteurs descendant

Pas de différence de perception de la douleur thermique entre schizophrènes et sujets sains

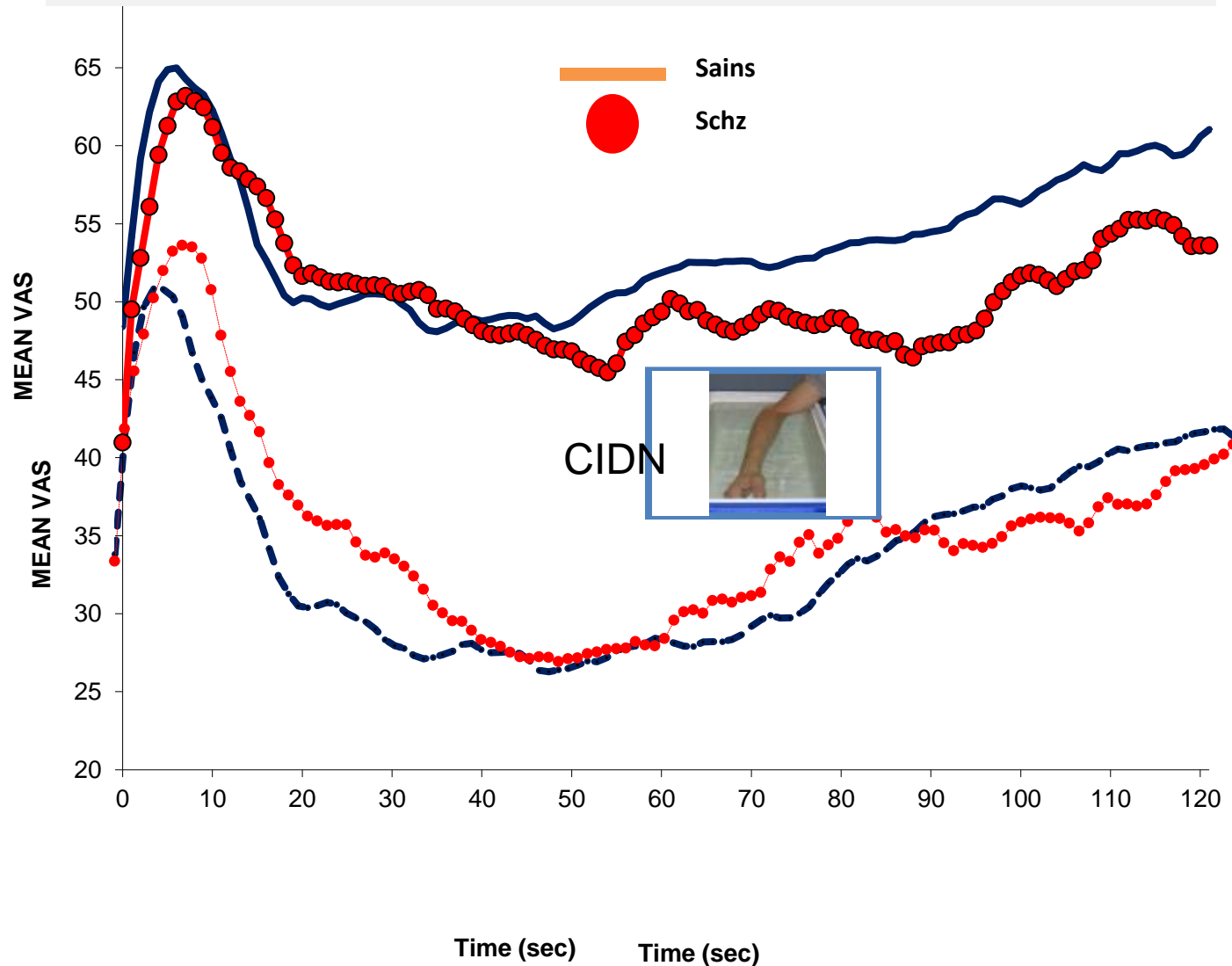
Donc, pas d'hypoalgésie !

Table 1: Pre-DNIC COVAS scores in schizophrenia patients and controls

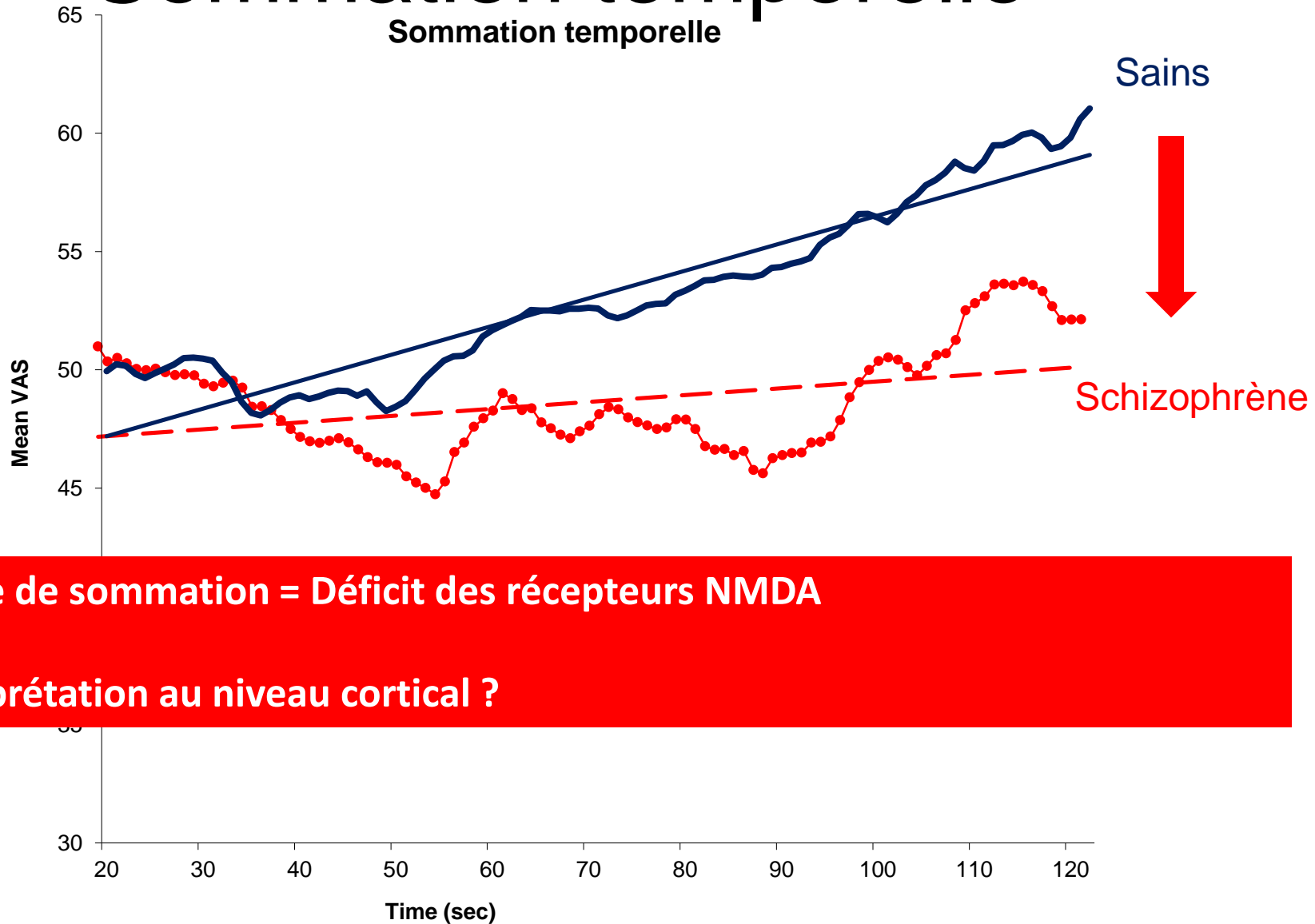
Variable	Schizophrenia	Healthy	Statistics
	Patients (n=23)	Volunteers (n=29)	
Sex	18 males 5 females	21 males 8 females	$\chi^2 = 0.234$; $p = 0.629$
Age	36.9 ± 9.0	32.6 ± 13.9	$F = 1.705$; $p = 0.198$
Ethnicity	21 Caucasian	29 Caucasian	$\chi^2 = 2.623$; $p = 0.105$
Temporal summation temperature (°C)	46.8 ± 1.0	46.7 ± 0.9	$F = 0.026$; $p = 0.873$
Cold immersion temperature (°C)	8.0 ± 1.9	8.8 ± 1.9	$F = 2.043$; $p = 0.159$

CIDN: schizophrènes =sujets sains

Donc, CIDN comparable aux sujets sains !

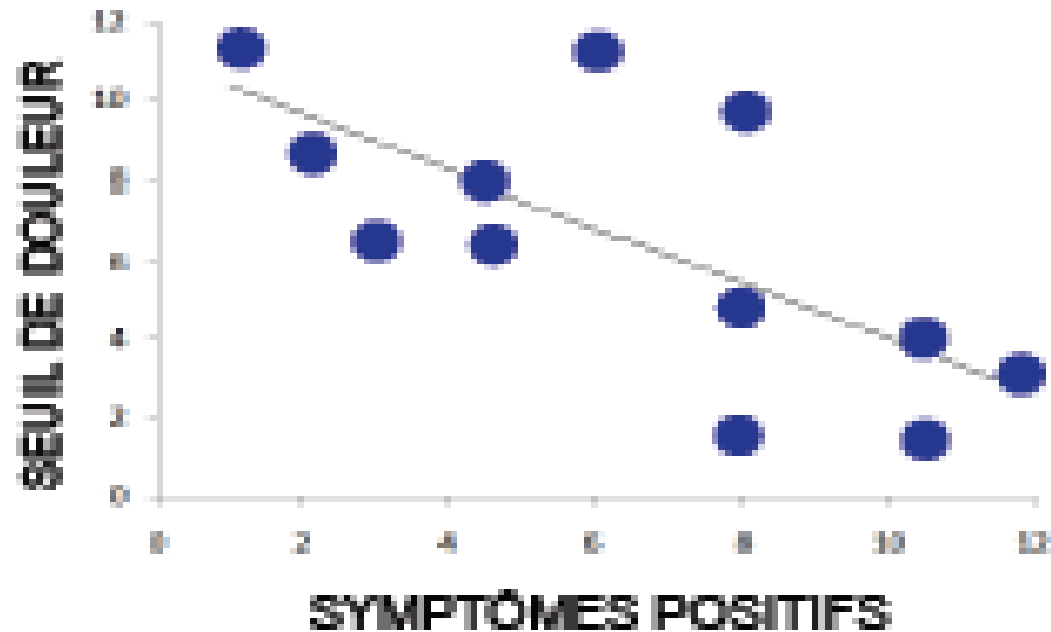


Sommation temporelle



**Absence de sommation = Déficit des récepteurs NMDA
ou
Réinterprétation au niveau cortical ?**

L'augmentation des signes positifs est corrélée avec une diminution du seuil de douleur (+ douleur)



PERCEPTION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

- Certaines pathologies psychiatriques s'expriment par une expression douloureuse particulière
- D'autres par un déni de la douleur

ON PEUT DIRE QUE LES PATIENTS:

- ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder
- Chez un patient délirant chronique, la plainte douloureuse est tout particulièrement à risque d'être négligée
- Mais le délire n'abolit pas la lucidité quant à la douleur

L'EVALUATION DE LA DOULEUR



Evaluation de la douleur



EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

Abord clinique basé sur une évaluation globale du malade et pas uniquement de la maladie.

① Interrogatoire :

- Aléatoire dans un contexte de délire ou d'hallucinations.

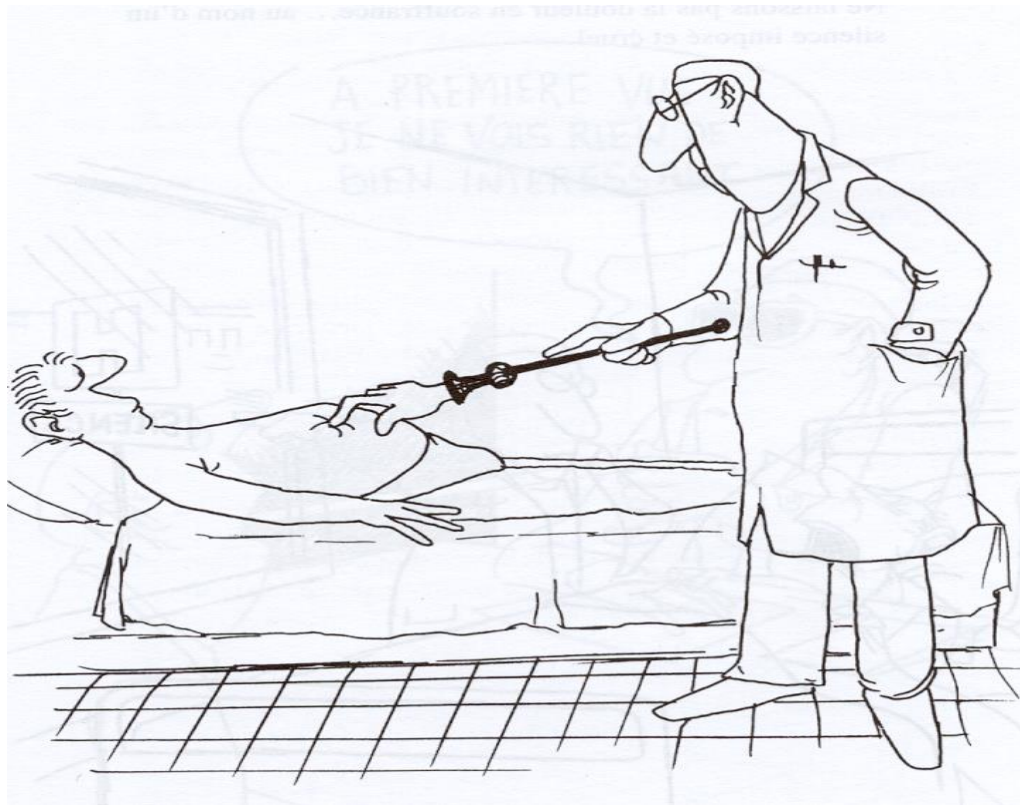
② Examen clinique

- **Procéder à un examen des patients en plaçant ses mains tour à tour sur toutes les parties du corps et en demandant au patient si ça lui fait mal.**

- **Prêter une attention particulière aux changements de comportements et d'habitudes.**

- **Au Langage spécifique du patient.**

Votre sollicitude me touche



Evaluation de la douleur en santé mentale

- Examen clinique à la recherche d'une classification (lésionnelle, périphérique, centrale...) et bilan comportemental:
 - ce qui se voit (expression faciale, position, mouvements)
 - ce qui s'entend(vocalisation, verbalisation)
 - ce qui se touche (réaction de crispation)
 - ce qui se mesure (FC, TA, FR ...)

Les mots pour le dire...et le mal pour souffrir

VOUS SOUFFREZ D'UNE PARASYMPATICO-
CEVICODORSOLOMBOSACROCOCCODISCOMUSCU.
LOSQUELETTOVISCERALGONEVROPSYCHO-
ANXIOTERMINOLATERO OMBROSOPARA-
CLOUPATHIE



LA DOULEUR:

Le langage de la douleur

- L'expression de la douleur ?
- Un langage, une expression polymorphe :
 - verbal : mots, images, comparaisons...
 - non verbal : physiologique, comportement

Fonction des ressources de l'individu : capacités intellectuelles et psychiques , capacités d'interpellation

Douleurs

- *Décoder le langage*
- *Dans leur description: 'vers sous la peau':
paresthésies*



PERCEPTION DE LA DOULEUR

- La perception de la douleur est perturbée, avec parfois des présentations atypiques, surtout chez la personne autiste dyscommunicante:
 - **Cris sans problème d'inconfort**
 - **Agressivité**
 - **Automutilation**
 - **Troubles du sommeil**
 - **Explosion violente inexplicquée**

AUTOMUTILATION



OESOPHAGITIS



APRES TRAITEMENT





EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

→ Les instruments d'évaluations :

POUR LES PATIENTS COMMUNICANTS

- **Auto-évaluation**

→ Schémas topographiques

→ Échelles unidimensionnelles :

- Échelle verbale simple
- Échelle numérique
- Faces Pain Scale

EVS – FACES PAIN SCALE

- **EVS:** Est-ce que vous avez mal?
 - 0 pas de douleur NON
 - 1 douleur modérée UN PEU
 - 2 douleur importante BEAUCOUP
 - 3 douleur très intense ENORMEMENT
- **FACES PAIN SCALE-R :**



EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

→ Les instruments d'évaluations:

POUR LES DYSCOMMUNICANTS

- Hétéro-évaluation :
 - **EDAAP**
 - **EDAAP Modifié: EDD**
 - Cette échelle englobe 3 volets:
 - retentissement somatique
 - retentissement psychomoteur
 - retentissement psychosocial

En cours d'évaluation sur le territoire national

Enfin pour les enfants la Grille de la Douleur des enfants avec Déficiences Intellectuelles : **GDEDI** est également en cours d'évaluation

AVENIR

- **4^{ème} PLAN DOULEUR: un objectif prioritaire : douleur en santé mentale et autisme mais...souffrance du plan**
- **2 JOURNEES CONSACREES AU SEIN DU CONGRES de L'ANP3SM depuis 2005**
- **PARTENARIAT PRIVILEGIE AVEC LE CHUS de SHERBROOKE et NOMINATION D'UN ASSOCIE dans l'axe DOULEUR EN SANTE MENTALE**
- **CREATION DE L'ECOLE DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE en 2009 à la Faculté de Médecine PARIS SUD**
- **CREATION d'un DIU DOULEUR EN SANTE MENTALE ET AUTISME en 2013 à la Faculté de Médecine PARIS SUD**
- **MISE EN PLACE DE COURS DE SENSIBILISATION au sein de la Capacité Douleur et des DU ILE DE FRANCE**
- **COMMANDE de L'HAS: Recommandations de bonnes pratiques sur ' Evaluation et prise en charge de la douleur en santé mentale', en cours de rédaction par le groupe d'experts**
- **OUVERTURE D'UN CENTRE REGIONAL SOINS SOMATIQUES ET DOULEUR EN SANTE MENTALE ET AUTISME LABELLISE PAR L'ARS Ile de France, labellisation nationale en cours par le Ministère , avec 2 volets: volet soins, et un volet de recherche clinique en coopération avec le Centre Hospitalier Universitaire de SHERBROOKE – CANADA: échanges de cliniciens, chercheurs post doc...**
- **QUESTION D'INTERNAT sur Douleur en santé mentale, Item 135: question obligatoire**
- **REFERENTIEL EDITE PAR LE CNUP**
- **DERNIER CONGRES MONDIAL DE LA DOULEUR DE L'IASP A BUENOS AIRES : 1^{er} WORKSHOP SUR DOULEUR EN PSYCHIATRIE depuis la création de l'IASP**
- **PERSPECTIVE DE CREATION D'UN SGI: Special Group of Interest sur douleur en santé mentale et autisme réunissant des européens, canadiens, américains et autres, avec retour des travaux au prochain Congrès mondial de la douleur au Japon en 2016**
- **MISE EN PLACE 1^{ière} JOURNEE FRANCO QUEBECOISE SUR DOULEUR EN SANTE MENTALE ET AUTISME , en septembre 2015, à Montréal**
- **FRANCE , avec le QUEBEC pour la recherche clinique, sont des LEADERS dans ce domaine spécifique**
- **CONVENTION SIGNEE AVEC L'ASSOCIATION MEDECINE PSYCHIATRY (AMP) AMERICAINE dans le cadre de l'approche globale et douleur en santé mentale**



Entrée du Centre



Le centre dans son environnement



Hall d'accueil



Salle de consultations



Laboratoire de recherche

CONCLUSION

- Lien entre douleur et santé mentale se dégage grâce aux travaux récents
- Souvent on ne laisse pas parler le patient en santé mentale de ses douleurs, dans son langage propre, de sa souffrance, de sa maladie, si son discours ne s'inscrit pas dans nos références anatomiques et organiques
- Comment permettre à nos patients de parler de la douleur au moment où ils souffrent et avec quels mots?

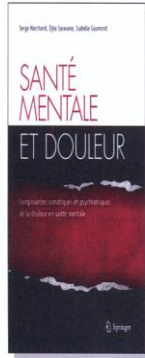
L'inconscient n'oublie pas la douleur: ' rien dans la vie psychique ne peut se perdre. Rien ne disparaît de ce qui est formé. Tout est conservé et peut réapparaître '



POUR EN SAVOIR PLUS

- Réseau National douleur en santé mentale:
site: anp3sm.com
- Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale: site:
anp3sm.com
- Congrès National Soins Somatiques et Douleur en Santé Mentale:

PARIS, 24-25-26 JUIN 2015 Contact:
info@comm-sante.com



À paraître en
septembre 2012

S. Marchand, D. Saravane, I. Gaumont (Réd.)

Santé mentale et douleur

Composantes somatiques et psychiatriques
de la douleur en santé mentale

La santé mentale et la douleur sont des problématiques complexes. De plus, elles partagent certains mécanismes neurophysiologiques qui font que l'une influence l'autre, ce qui rend encore plus complexe l'identification des caractéristiques propres à chacune. Cette dualité entre la composante somatique et psychique peut ainsi devenir un piège pour le spécialiste de la santé mentale. Il peut être difficile de dépatager l'évolution d'une pathologie douloureuse de celle de la maladie mentale dont souffre le patient.

Le but de ce livre est d'abord de façon didactique les différents aspects de la douleur en santé mentale. Les différents chapitres couvrent l'histoire, les mythes, la neurophysiologie, la perception, la mesure et la prise en charge de la douleur en santé mentale. Les problèmes les plus courants dont les troubles de l'humeur, la schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles somatoformes, le stress post-traumatique et les troubles envahissants du développement y sont couverts.

Chacun des chapitres aborde la problématique de la douleur en mettant une emphase sur les particularités des différentes populations de patients qui souffrent de santé mentale. Nous espérons ainsi offrir aux différents spécialistes qui œuvrent en santé mentale un ouvrage qui leur permettra de voir à la fois l'ampleur des problèmes de douleur en santé mentale, mais aussi leur propose des perspectives pour l'appréciation et le traitement de ces douleurs.

Serge Marchand et Isabelle Gaumont sont professeurs titulaires à la Faculté de médecine de Sherbrooke au Canada et sont des spécialistes de la neurophysiologie de la douleur. Ils exercent au Centre de Recherche Clinique Etienne Le Bel dont Serge Marchand est le directeur.

Le Dr Djéa Saravane est chargé d'enseignement à la Faculté de médecine Paris Sud, Membre associé au Centre de recherche clinique Etienne Le Bel de Sherbrooke, Canada, axe Douleur en Santé mentale. Il est également chef de Service – Praticien Hospitalier à l'hôpital de Ville-Evrard en France.

2012. Env. 250 p. Broché
ISBN 978-2-8178-0306-7 ▶ Env. 65 €



BON DE COMMANDE

Je souhaite commander ex **Santé mentale et douleur** 978-2-8178-0306-7 Env. **65 €**

Veuillez m'envoyer une facture pro forma

Règlement par carte bancaire Eurocard/Access/Mastercard Visa/Banqucard/Bank Americard American Express

No : Date d'expiration : /

A retourner à votre libraire spécialisé ou à défaut à :

Springer Customer Service Center
Haberstr. 7 - 69121 Heidelberg / Allemagne
Tél. : 00800 777 46 437 (No vert gratuit)
Fax + 49 6221 345 4229
Email : orders-HD.individuals@springer.com

Commandes en ligne sur www.springer.com

Nom _____

Adresse _____

Email : _____

Date : _____ signature :

Prix TTC en France. Dans d'autres pays la TVA locale est applicable. Prix hors frais de port.
Les prix indiqués et autres détails sont susceptibles d'être modifiés sans avis préalable.

Marchand · Saravane
Gaumont Eds.



Mental Health and Pain

Mental Health and Pain

Serge Marchand
Djéa Saravane
Isabelle Gaumont
Editors

Somatic and Psychiatric
Components of Pain in
Mental Health

Foreword by
Antonio Damasio

 Springer

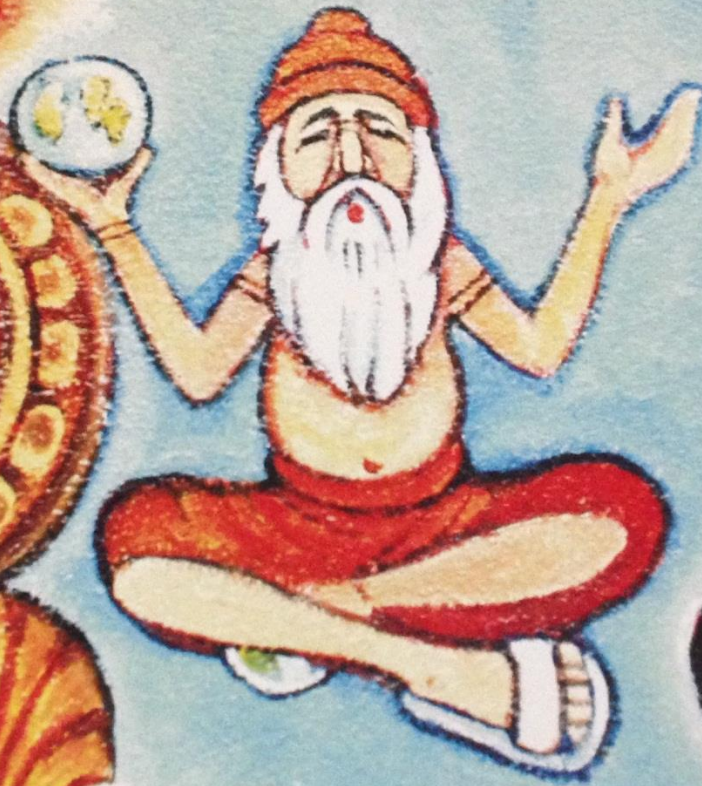
POUR EN SAVOIR PLUS

- DVD : ' Le corps en tête ' , à commander :
aude.evrard@comm-sante.com
- DVD: ' Le langage du corps', à commander :
fondation@cnp.fr
- Pour me contacter:
djea.saravane@eps-etampes.fr

Tel: 01 82 26 81 02

Google

Doesn't have all the Answers



COME TO ME



Tout ce qui recèle de la joie est divin

Dans l'ouvrage qu'elle consacre au *Pouvoir des Odeurs* et aux représentations qui ont longtemps prévalu à leur propos, Annick Le Guérer fait remarquer que les motifs philosophiques, on pourrait dire tout aussi bien les motifs métaphysiques, de déprécier l'odorat ne manquent pas : « sens primitif, instinctuel, voluptueux, érotique, égoïste, impertinent asocial, contraire à la liberté, imposant bon gré mal gré les sensations les plus pénibles, impuissant à sortir du solipsisme originaire de la subjectivité, inapte à l'abstraction, incapable de donner naissance à un art et plus encore de penser », On peut d'ailleurs trouver là autant de motifs pour réhabiliter ce sens, voire pour le promouvoir et en faire éloge, ce dont certains esprits ne se sont d'ailleurs pas privés.

Toutefois ce n'est pas à une joute que j'entends me livrer devant vous en considérant l'odorat et le goût comme deux sens à associer non seulement en vertu du statut inférieur qui leur est conjointement réservé depuis les commencements de la pensée philosophique, mais encore en vertu d'une parenté, d'une coalescence telle qu'elle engage Tellenbach, en sa qualité de clinicien phénoménologue, c'est-à-dire attentif avant tout à ce qui est en cause, à conjoindre ces aptitudes sous l'unique dénomination de « sens oral ». La concordance est si effective, qu'une bonne part de ce qui vient d'être allégué de l'odorat pourrait, sans préjudice de sa spécificité, excepté peut-être pour ce qui est de la « socialité », être imputé également au goût. Si j'évoque d'emblée Tellenbach ce n'est pas uniquement parce que je suis intimidée d'avoir à parler

notamment en présence de médecins, et même d'éminents psychiatres dont mon ami Bruno Verrecchia m'a fait l'éloge.

L'évocation de Hubertus Tellenbach me donne occasion également de préciser la nature de mon questionnement en indiquant brièvement ce qu'il n'est pas. Pas plus qu'il ne saurait être ni biologique ou neurophysiologique, ni même véritablement clinique, mon propos n'a pour objet ni les représentations, ni l'histoire de la médecine ou ni même celle de la philosophie. Je cherche simplement à atteindre le phénomène lui-même, le goût et l'olfaction comme tels et, à travers eux, la vérité du sentir. Or, c'est parce qu'il faut arracher la pensée du sentir, celle du corps en général, à maintes conceptions que les sciences ont héritées de la philosophie, que la désobstruction phénoménologique s'impose. Ainsi la désaffection de l'odorat et du goût apparaît comme le symptôme le plus aigu de la violence métaphysique qui prévaut dans les manières de penser la sensibilité tout entière et le corps de l'homme en général.

Or tenter de penser le corps et la sensibilité comme y invite cette XXXème journée de Fontevraud, voilà qui ne ressortit en rien au passé mais doit être entrepris à nouveaux frais. Le fait que plus de trois milliards d'être humains souffrent aujourd'hui de faim tandis que des habitants des pays riches, et pas toujours les mieux nantis de ces pays, souffrent d'obésité, et que d'autres encore pâtissent de désordres alimentaires tels l'anorexie ou la boulimie alerte sur la manière dont la civilisation technique traite le corps, agresse ses modalités d'existence les plus humaines : mutuelles, affectives, symboliques, et sensibles avant tout. Pareillement, la révolution informatique en ses prouesses virtuelles, renforçant l'hégémonie déjà acquise d'une vision vouée aux écrans au détriment d'autres modalités du voir, au détriment du toucher, de l'odorat et du goût, incite à quelque vigilance.

Dans une époque où prévaut l'organisation industrielle de l'agriculture et de l'élevage, conçue sur le modèle de la fabrication des produits

manufacturés, la question du sens oral comporte bien des enjeux. L'obsession de la quantité et la recherche du profit, ainsi que les gigantesques gâchis qui s'ensuivent, sont à corréler à l'expérience traumatique de la pénurie et du rationnement engendrés par les guerres mondiales et, plus fondamentalement encore, au projet du monde de l'homme moderne désormais confronté, là même où il croyait pouvoir triompher en devenant « comme maître et possesseur de la nature », à l'outrance des ravages qu'il commet.

Une certaine justesse dans le rapport de l'homme à son propre corps, à commencer par le souci de faire droit à la vérité du sentir, ne sont-ils pas, dès lors, les préalables qui augurent d'un peu plus de dignité, c'est-à-dire d'humanité ? S'il est entendu que ces préalables ne suffisent pas à pourvoir à tout, il reste qu'un effort de pensée n'en est pas moins requis. Ainsi la question du corps sentant ne rencontre la plénitude de son sens que considérée dans sa dimension historique.

S'il était donné de s'écarter d'un projet qui vise avant tout la maîtrise à travers la possession, que serait la nature ? Me transportant d'un bond, contrairement aux usages de la pensée, auprès d'une phrase de Novalis extraite des *Disciples à Saïs* j'indiquerai simplement ceci : « la nature est cette communauté merveilleuse (*wunderbare Gemeinschaft*) où nous introduit notre corps ». Ce qui touche au vif notre propre corps est appelé par Novalis « nature » en vertu d'un « communauté merveilleuse ».

Que la tonalité de fond de cette communauté, « le merveilleux », soit ainsi la même que l'étonnement admiratif, le qaumavzein qui porte l'impulsion philosophique depuis son commencement, ne relève pas d'un bienheureux hasard. S'agissant d'une communauté merveilleuse avec l'entièreté du tout, la « nature » n'a assurément rien à voir, avec ce que la connaissance scientifique dénomme ainsi. La « nature », que la science appréhende en tant que fonds disponible, est

en effet ce qui est mis en demeure de s'exposer comme un complexe prévisible de forces soumises à un calcul.

Pareillement, le corps dont parle Novalis, bien qu'il soit nommé ici « Körper », est nécessairement « quelque chose d'autre quant au foyer de son être (*etwas wesentlich anderes*) qu'un organisme animal »¹. Il en résulte que l'homme ne saurait être suffisamment caractérisé comme « animal rationnel », soit : par l'adjonction d'une raison à un substrat corporel animal. Heidegger, à l'occasion des *Séminaires de Zürich*, affirme quant à lui : « l'être-corps relève de l'être-au-monde c'est en premier lieu une entente de l'être ».

Ceci ne veut pas dire que l'entente de l'être émerge du seul corps mais plutôt que être et avoir un corps, ou pour le dire en première personne, « avoir à être le corps que j'ai » n'a de sens que pour qui accède à l'être, à l'entièreté du tout. En somme, si diverse et complexe, si aiguïlée dans l'ordre des performances que soit la sensibilité animale, il n'en reste pas moins que la sensibilité humaine est d'un ordre tout autre. Ce que l'homme sent, il le ressent aussi indissociablement. Tout sentir proprement humain se dépasse en direction d'un ressentir qui le qualifie et témoigne d'une entente de l'être, entente du monde et entente de soi qui lui sont co-originales. L'existence de sensations comme données brutes n'est dès lors qu'une abstraction construite a posteriori, et ce alors même que l'on imagine, à la suite des « empiristes », que rien ne saurait être plus « concret » ! Découvrant, par retour amont, quelques propriétés remarquables de la sensibilité orale : le goût et l'odorat, je souhaite montrer, comment le corps vulnérable de qui existe, loin de se suffire à lui-même, se trouve par avance ajusté à l'entente du monde dont le corps sentant contribue à lui faire don.

¹ Heidegger, *Lettre sur l'humanisme*, p. 58

La hiérarchie philosophique des sens a assez peu varié depuis l'Antiquité. On oppose les sens nobles qui, croit-on, peuvent se tourner vers la connaissance sans que nul plaisir ou déplaisir ne leur en imposent et qui s'exercent à distance, aux sens réputés plus sensuels, dévolus notamment à la jouissance : le goût et l'olfaction, pour ne rien dire du toucher et de son statut intermédiaire. Kant amplifie encore l'héritage de cette hiérarchie.

Aristote aborde l'odorat et le goût, aux chapitres 9 et 10 de la seconde partie de son *Traité de l'âme*. C'est lui qui a inventé l'examen séparé des sens à partir des organes de chacun d'eux et cet ordre, alors même qu'il est entièrement artificiel, puisque nos sens s'allient et entrent en exercice ensemble, soit par mutuelle résonance, soit en se corrigeant l'un l'autre, nous est devenu naturel. Dans le temps qui m'est imparti je me tournerai avant tout pour les besoins de l'exposition, vers l'odorat, du moins pour commencer.

Aristote établit d'emblée qu'il est "moins aisé d'établir des distinctions à son propos² qu'à propos de la vue et de l'ouïe dont il vient d'être question aux précédents chapitres de son traité. Il affirme même que "l'homme sent mal les odeurs"³ et qu'il les sent moins bien que beaucoup d'animaux. Cette question des performances respectives des animaux et des hommes est un lieu commun de la philosophie qui, loin de penser l'homme en regardant en direction de son humanité, le compare constamment avec l'animal. Considérée sous l'angle simplement factuel, la performance du système olfactif humain, aujourd'hui réputé capable de discerner séparément (si une dizaine de senteurs sont données ensemble et s'équilibrent, l'homme en distingue rarement plus de trois ou quatre) quatre cent mille odeurs à courte distance, apparaît effectivement moindre que celle beaucoup de beaucoup d'animaux. Le chien, pour n'évoquer que lui, accomplit des performances olfactives des millions de fois supérieures aux nôtres, du moins, d'un strict point de vue zoologique. Mais l'essentiel de ce qui

² Aristote, *Traité de l'âme*, II, 9, Pocket, p. 149.

³ *Idem*, p. 55.

est avancé par Aristote n'est pas factuel et tient plutôt au motif allégué pour expliquer « le manque de subtilité » de l'olfaction humaine. Que l'homme « ne sente aucune des choses odorantes sans éprouver douleur ou plaisir »⁴ est l'argument décisif en faveur du manque d'acuité discriminante de l'olfaction. On trouve une considération du même ordre chez Kant : « plus les sens se trouvent fortement affectés pour un même degré d'influence qui s'exerce sur eux, moins ils enseignent »⁵ remarque-t-il dans son *Anthropologie d'un point de vue pragmatique*. C'est donc le statut philosophique du plaisir sensuel et de l'affectivité qui justifie l'infériorisation de cette modalité du sentir.

C'est par rapport aux saveurs et par analogie avec elles, qu'Aristote se risque à effectuer quelque classement des odeurs. Une odeur peut être astringente, âcre, acide ou suave écrit-il dans *Le Traité de l'âme*. Par ailleurs, il rapproche les odeurs fétides, des saveurs âcres⁶. S'il existe des senteurs supposées agréables par elles-mêmes et que l'homme est seul susceptible d'apprécier comme certaines odeurs florales, la plupart des odeurs ne sont pas constamment agréables. Les odeurs de nourritures notamment, ne sont agréables, qu'à l'occasion, et pourvu que l'appétit s'en mêle, car quand l'être vivant est repu, « elles deviennent désagréables ».

Si donc l'odeur est à la fois utile, tournée vers la satisfaction de l'appétit et la préservation de la santé ou bien vouée tout aussi bien à la dignité et à la gratuité de l'inutile, si elle peut se révéler agréable ou désagréable selon les circonstances, le statut de l'olfaction est manifestement lui-même ambigu.

Le mot « odeur » en français fait référence tantôt à « l'impression particulière que certains corps produisent sur l'organe de l'odorat », comme écrit Littré, tantôt à ce que les corps odorants exhalent dans l'air : la substance

⁴ *Ibidem*, p. 55, 56.

⁵ *Idem*, p. 40, (trad. modifiée) ; S. 48 : “Je stärker die Sinne bei eben demselben Grade des auf sie geschehenen Einflusses sich affiziert fühlen, desto weniger lehren sie.”

odorante elle-même. Cette équivoque n'est pas fortuite, elle souligne admirablement une difficulté repérée par Aristote, bien que la langue grecque distingue par deux mots l'odorant et l'impression olfactive. La langue française, en revanche, suggère que l'impression prévaut, tant il reste vrai qu'une odeur est ressentie comme plaisante ou repoussante avant même d'être, quand cela est possible, identifiée.

Certains sont peut-être tentés de croire que la chimie permet de dissoudre pareil embarras ; rien n'est moins sûr. S'agissant de l'olfaction aérienne, il ressort que, pour être odorants, les corps doivent être suffisamment volatiles et cette qualité dépend notamment du poids moléculaire des substances et du type de liaison ou plutôt d'absence de liaison, en phase solide ou liquide de leurs molécules, les autres qualités requises tiennent plutôt à l'aptitude des molécules odorantes à se fixer sur la membrane réceptrice des cellules olfactives nasales aux longs cils immergés dans une mince couche de mucus. La grande volatilité de certains gaz s'oppose à cette fixation, en sorte qu'ils n'ont généralement pas d'odeur. C'est là ce qu'expose André Holley de manière beaucoup plus précise, en cherchant à expliquer pourquoi deux substances chimiques assez semblables peuvent avoir des pouvoirs odorants très différents.

D'une manière générale, les odeurs « naturelles » sont produites par des substances, qui, si elles étaient analysées chimiquement, seraient très nombreuses. Un simple arôme de café par exemple en comporte plus d'une centaine, et parmi ces constituants, les traces sont parfois plus actives que les substances majoritaires.

En dehors de l'ingestion des aliments qui fait intervenir à la fois l'olfaction et le goût, puisque les arômes aiguissent l'appétit, attirent ou ont un effet aversif puissant, et que sans eux il ne saurait y avoir de dégustation achevée, sentir une odeur c'est déceler des substances invisibles. La

correspondance entre l'odorat et la vue n'est guère évidente. En outre, comme le dit Aristote, il peut y avoir aussi une discordance entre le goût et l'odeur, une odeur suave pouvant être imputée à une substance amère par exemple.

Aristote a ainsi eu le mérite de mettre en évidence bien des données qui tiennent au phénomène lui-même et qui devraient susciter autant de questions. Je retiens avant tout le caractère non-figural des odeurs qui est un obstacle à l'invention d'une véritable nomenclature et qui révèle l'orientation à dominante visuelle des dénominations, notamment dans nos langues indo-européennes. En conséquence, la difficulté à dire, à décrire, à classer et à imaginer les odeurs n'a rien de provisoire ni de fortuit. Il faut être le poète des *Correspondances* pour aller jusqu'à dire :

« Il est des parfums frais comme des chairs d'enfants
Doux comme des hautbois, verts comme des prairies
- Et d'autres corrompus, riches et triomphants

Ayant l'expansion des choses infinies
Comme l'ambre, le musc, le benjoin et l'encens
Qui chantent le transport de l'esprit et des sens. »

Le témoignage parfois évanescent d'effluves dont la diffusion n'est jamais homogène, incite à dénommer plutôt que l'odeur même en sa dynamique, la source olfactive dont elle provient ou – ruse de parfumeur ? – dont elle pourrait provenir. Il est des odeurs de sueur, de sang, de café, de chocolat, de cannelle, de poivre, de rose, de miel, d'agrumes (la « famille » des « hespéridés ») comme, après tout, il est un bleu du ciel, un vert de l'olive ou un jaune citron... Les fragrances en usage en cosmétique ou en parfumerie sont souvent dénommées de

manière adjective, selon quelques stéréotypes, comme pour mieux en sceller le mystère. Il faut dire qu'il s'agit là de commerces et d'industries par où quelques labels disposent de marchés dont le poids économique se chiffre en centaines de milliards d'euros. Une fragrance sera dite : « ambrée, camphrée comme la lavande, mentholée, soufrée, chyprée, etc ».

La classification des odeurs dont Aristote traite par analogie avec les saveurs reste problématique. Il n'y a pas, comme il en existe pour les couleurs rétinienne ou pour les couleurs chimiques, des odeurs « primaires », odeurs dont pourraient être formées toutes les autres. Si classer le vivant consiste à identifier un règne, à le diviser en familles, subdivisées à leur tour en classes, genres, espèces pour parvenir jusqu'aux individus, il faut reconnaître qu'une telle hiérarchie est inopérante pour inventorier et ordonner la diversité des odeurs. La classification descriptive des botanistes a commencé par se fonder davantage sur les propriétés visuelles plutôt que sur les arômes, si bien qu'à l'époque classique les effets pharmacologiques des plantes ont été peu à peu éliminés au profit de leur morphologie. Significatif est qu'avant l'essor de la botanique (au XVIII^{ème} siècle), les récits des voyages de découvertes comportaient peu de notations olfactives.

C'est donc en rupture avec son époque que Kant se montre si sévère avec l'odorat « le sens organique le plus ingrat »⁷, le plus indispensable toutefois pour prévenir et préserver l'organisme de ce qui pourrait se révéler nuisible. Kant soutient que l'odorat engendre plus souvent le dégoût que le plaisir et que ses plaisirs mêmes procurent une délectation fugace sur laquelle l'éducation a peu d'influence. En outre, comme un tel plaisir exige “bon gré, mal gré” d'être partagé, puisqu'il se diffuse dans l'air ambiant, il se révèle “contraire à la liberté” et par conséquent, d'une sociabilité en tout cas moindre, que le goût. Sans chercher à atténuer les griefs de Kant, il faut formuler à ce propos quelques

⁷ Kant, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, trad. Michel Foucault, Vrin, 1979 § 22, p. 40

remarques historiques. Il n'est pas à exclure que les puanteurs nauséabondes de certains quartiers urbains et le manque d'hygiène aient contribué à sa dépréciation. Qui a voyagé en de certaines villes, pas si lointaines avant que ne soient construits les égouts dont elles sont aujourd'hui pourvues, sait de quoi je parle. En outre, surtout, avant les recherches pasteuriennees sur les micro-organismes — soit avant 1880, les hommes attribuaient aux odeurs d'immenses pouvoirs tant mortifères que curatifs ou prophylactiques et l'on imputait aux « miasmes morbides » (Baudelaire) et aux pestilences, les méfaits que nous attribuons aujourd'hui aux microbes, aux bactéries, aux virus. L'air souillé était d'ailleurs, conformément aux antiques pratiques, purifié au moyen de fumigations parfois dangereuses puisqu'elles pouvaient entraîner la mort par suffocation, voire au moyen de la poudre à canon qui détériorait au passage les édifices.

C'est pour des motifs similaires à ceux de Kant, que Maurice Pradines, dans sa *Philosophie de la sensation*⁸ rattache le goût et l'odorat qu'il caractérise comme « sens du besoin », à « l'instinct d'alimentation ». Pourtant Platon, développe une argumentation différente lorsqu'il met en évidence que les odeurs savent être agréables indépendamment de tout besoin à satisfaire et qu'elles peuvent engendrer, comme l'ouïe et la vue, de purs contentements.

Pradines soutient que l'odorat ne peut faire anticiper qu'un monde qui « est déjà nous » et non un monde « d'objets ». Il plaide en faveur d'une intellectualisation du plaisir qui irait de pair avec l'intelligence : « A mesure que l'homme devient plus intelligent, les saveurs, comme les odeurs lui deviennent davantage un plaisir de curiosité. »⁹

Il manque ainsi à la suite d'Aristote et de Kant, la dimension du sentir et du ressentir car il situe l'idéal de la sensibilité humaine dans la dimension discriminante de la connaissance dite « objective », c'est-à-dire de la perception.

⁸ Maurice Pradines, *La philosophie de la sensation*, Publication de l'université de Strasbourg, 1932, tome II, p. 112.

⁹ *Idem*, p. 121.

Cette orientation est mise en lumière par sa déclaration, si intégralement kantienne, selon laquelle, s'agissant des odeurs : « la perception la plus parfaite et la plus claire est toujours la plus légère et la plus impalpable, on ne perçoit nettement que des impressions insensibles ».¹⁰

Puisque l'odeur provoque l'attrait ou le dégoût avant même d'être identifiée, c'est assurément qu'elle détient une puissance bien à elle. Ici il faudrait avoir le loisir d'écarter maints préjugés tenaces sur la nature du plaisir sensible pour bien entendre ce qui est en cause. Il est généralement impossible de sentir sans en ressentir plaisir ou déplaisir, quel que soit le sens ou les sens concernés, il est donc abusif d'opposer des sens nobles dévolus à la seule connaissance, aux sens de la jouissance que seraient prétendument l'odorat et le goût. Aucun sens n'est voué à la seule jouissance et tous y sont cependant dévolus, encore faudrait-il s'entendre sur ce que c'est qu'une jouissance humaine ! Question qui à elle seule mériterait, pour être traitée une journée telle que celle-ci.

Ce qui apparaît, à juste titre, comme un paradoxe – « une impression insensible » – est néanmoins un lieu commun de la philosophie et des sciences. Telles ces narines médicales dressées à surprendre le moindre symptôme odorant, du temps où le diagnostic olfactif n'était pas sur son déclin, tel le chimiste, qui, au-delà du goût dans sa qualité, cherche à saisir la composition moléculaire des substances dans une visée discriminante, la perception se propose de dépasser la résonance de l'odorant et du sapide, les plaisirs et déplaisirs qui s'y déploient. Or, c'est cette polarité qui, dans son imputation à l'être-au-monde, concerne la vie sensitive.

L'odeur, pas plus que la saveur, n'est, à cet égard du moins, entièrement mesurable, ni, par ce fait même, réductible à ce qui en est livré objectivement. Au reste, même pour ce qui est de la discrimination perceptive, la recherche

¹⁰ *Ibidem*, p. 157

contemporaine montre que l'olfaction est une des sensorialités qui ne peut être imitée et assistée, ni à plus forte raison, remplacée, par des capteurs électroniques.¹¹

Loin de chercher à dépasser le sens oral pour aller vers ce qu'il connaît, il faut tenter d'accéder à ce qui le qualifie en tant que tel : atmosphère et tonalité ou comme dit le génie de la langue allemande : *Stimmung*. Le terme s'impose d'autant mieux que le parfum pénètre l'intimité. L'odeur, ne peut jamais tout à fait se commuter en chose extérieure : si l'on opte en sa faveur ou si l'on prend acte, au contraire, de ce que sa puanteur répugne, il a bien fallu que ses effluves nous traversent et ce , non d'un commun accord, mais néanmoins ensemble.

Au début de son existence le jeune humain connaît une prédominance, aujourd'hui reconnue, du sens oral. Cette précellence, bien explorée en ce qui concerne l'éthologie animale, vaut aussi *mutatis mutandis* pour le « petit d'homme » comme le confirment les premières expériences de l'enfant nouveau-né. L'être humain dont l'existence dépend des autres et instamment des premiers autres, commence son existence dans la vulnérabilité la plus grande, c'est pourquoi il est doté du talent de sentir et de ressentir intensément plaisir et douleur, accomplissant au mieux les possibilités humaines en ce domaine. Ainsi la tonalité fondamentale du « ne pas se suffire à soi-même » qui habite l'enfant, quelle que soit la nuance qui donne à chacun de ses moments de vie son climat singulier : patience, impatience, colère, joie, confiance, défiance, tendresse, aversion, est bien celle du sentir humain en général. Sentir c'est être-au-monde et y exister nativement c'est-à-dire avec une certaine vertu d'enfance.

Ainsi la précocité du sens oral, établie aussi du fait, semble-t-il, que les voies efférentes et afférentes du *lobus parolfacticus* de l'encéphale humain se myélinisent avant toutes les autres, ne fait pas pour autant de l'olfaction et de la gustation des sens élémentaires, voire « instinctifs ». Car le sens oral est

¹¹ André Holley, *Eloge de l'odorat*, Odile Jacob, Paris, 1999.

pleinement signifiant puisque c'est en lui qu'advient l'étroitesse du lien de l'enfant avec sa mère : le goût du lait et l'odeur de la mère et de son monde ambiant sont le fait maternel lui-même. Le bébé est capable de reconnaître l'odeur du sein et du cou de sa mère deux jours après sa naissance, précise Annick Le Guérer, dans *Les pouvoirs de l'odeur*.¹² Le rôle que tient l'odeur ne peut cependant être appréhendé ici en terme de « reconnaissance » puisqu'il y va de la confiance que l'enfant pourra vouer à l'atmosphère, elle-même maternante, de son monde ambiant. Ce qui, de cette manière, caractérise ce système sensoriel, c'est qu'en lui la capacité à être affecté advient de manière profuse : l'odeur en son intonation entoure, submerge, envahit.

L'odeur imprègne l'air, sa captation est inévitable puisqu'il est continuellement indispensable de respirer pour vivre. Pareillement, il est indispensable de s'alimenter. Pourtant l'irrévocabilité du sens oral ne fait pas de lui une nécessité d'ordre seulement biologique, une donnée préalable et neutre de l'humaine condition. Rien n'est proprement inféodé au seul « besoin » chez cet être de désir qu'est l'homme contrairement à ce que suggérait Pradines. Il s'agit donc bien, avec le sens oral, de l'existence de l'être humain dont le corps est la pièce maîtresse.

Même si le rapprochement du terme français « odeur » avec le latin *odium* qui signifie la haine, repose sur une étymologie fantaisiste dont Ernout et Meillet contestent le bien-fondé,¹³ l'homophonie annonce une intrication ancienne et remarquable entre le sentir olfactif et une tonalité déterminée : la haine. Celle-ci n'est autre qu'une répulsion, l'envers de l'attrait si entier auquel le sens olfactif peut tout aussi bien vouer. L'historien du Moyen Age, Piero Camporesi¹⁴ enseigne que, dans cet ordre d'idée, il convient de prendre au pied de la lettre l'expression qui se réfère au corps des saints et des saintes : « mourir en odeur de

¹² Annick Le Guérer, *Les pouvoirs de l'odeur*, Odile Jacob, 1998.

¹³ *Dictionnaire étymologie de la langue latine*, Ernout et Meillet., article : *odi, osum sum*, p. 459, «le rapprochement de *odor* n'est qu'une plaisanterie.»

¹⁴ Piero Camporesi, *La chair impassible*, trad. Monique Aymard, Flammarion, 1986.

sainteté”. Au poids de la chair pécheresse, jugée immonde et corrompue, s’oppose, par un effet de balancier, la légèreté inodore de la “chair spirituelle” des bienheureux.

Dans *Les frères Karamazoff*, Dostoïevski a lié une phase décisive de l’existence de son héros, Aliocha, à un événement qui blesse manifestement d’abord son olfaction : l’odeur de putréfaction dégagée par le cadavre du starets Zosime.¹⁵ La croyance en la sainteté de cet homme d’une indubitable grandeur a fait naître une attente de miracle que l’émanation putride offusque et dément. Une suspicion se fait jour, bientôt suivie d’une aversion agressive qui contamine la foule et ébranle Aliocha en qui s’opère une douloureuse transformation où tout vacille.¹⁶

Autant l’odeur, en son individualité irréductible, peut être la signature d’un état du monde pleinement « monde », de la beauté « cosmétique » qui favorise la confiance, autant l’aire d’association où conduit l’odeur putride entraîne du côté des immondices, c’est-à-dire de ce qui n’est qu’haïssable, de ce qui rejette et chasse loin de tout monde possible, vers ce qui est « immonde ».

L’horreur de la contamination advient en dégoût sans nuance et, de même que l’on devient hôte du plaisir de la bonne odeur, de même, on est otage, de l’abjection nauséabonde. Aussi « subodorer » est autre que « conjecturer », car à s’en tenir au mot, « subodorer » est une extrapolation de l’olfaction, une “inspiration”.

C’est là un secteur d’une relation au monde plus ample qui vient à s’accomplir par la respiration et l’alimentation. Ce qui circule dans le corps, l’air que l’on respire ou qui emprunte, en sens inverse, la voie rétronasale et le sang qui s’oxygène et se renouvelle, correspondent rythmiquement aux cycles des lunaisons, des marées, des végétaux, des saisons, à l’alternance du jour et de la

¹⁵ Dostoïevski, *Les frères Karamazoff*, trad. Marc Chapiro, Lausanne, 1956, Livre VII, chapitre I, “l’odeur délétère”, p. 467-480.

¹⁶H. Tellenbach, *Geschmack und Atmosphäre*, Otto Müller Verlag, Salzburg, 1968, traduction française, *Goût et atmosphère*, trad. Jean Amsler, Paris, P.u.f., 1983. Tellenbach consacre tout un chapitre de son ouvrage à la crise d’Aliocha dont il met au jour avec brio les attendus cliniques. p. 63-79.

nuit. Réciproquement, on peut supposer qu'une relation plus ample, voire même la tonalité décisive du rapport au monde, est susceptible de s'instaurer à la faveur de l'odeur et du goût.

Tellenbach¹⁷note que dans la *Phénoménologie de la perception*, le système sensoriel oral n'est pas considéré par Merleau-Ponty. Mais y a-t-il lieu de s'en étonner ? Il est plus surprenant qu'en étudiant le "spectre des sens", Erwin Straus¹⁸ dont l'apport est, par ailleurs, décisif en ce qui concerne le sentir, fasse l'impasse sur l'olfaction et le goût.

C'est dire que l'importance du sens oral et tout d'abord de l'olfaction, n'a rien de consensuel. Il pourrait être profitable d'établir que cette maltraitance philosophique a aussi son pendant psychanalytique...

Le charme inépuisable de l'odeur n'est jamais consommé, puisque, comme l'affirme de manière incisive le narrateur de la *Recherche du temps perdu* devant la haie d'aubépines profuses de Tansonville, il ne se laisse pas approfondir davantage :

“Mais j'avais beau rester devant les aubépines à respirer, à porter devant ma pensée qui ne savait ce qu'elle devait en faire, à perdre, à retrouver leur invisible et fixe odeur, à m'unir au *rythme* qui jetait leurs fleurs, ici et là, avec une allégresse juvénile et à des intervalles inattendus comme certains intervalles musicaux, elles m'offraient indéfiniment le même charme avec une profusion inépuisable, mais sans me laisser l'approfondir davantage, comme ces mélodies qu'on rejoue cent fois de suite sans descendre plus avant dans leur secret.”¹⁹

Le plaisir olfactif dont Proust restitue l'inflexion musicale en ces lignes doit beaucoup à l'attention qui éduque la sensibilité et en autorise l'épanouissement ; la disponibilité dont l'attention est la crête et la cime

¹⁷ *Idem*, p. 17.

¹⁸ Erwin Straus, *Du sens des sens*, Millon, Grenoble, 1989.

¹⁹ Marcel Proust, *A la recherche du temps perdu*, Gallimard, 1987, Pléiade, tome I, p. 136.

supposent un abandon, un assentiment qui avivent le plaisir en l'actualisant. Cette attention n'est pas quelque chose que l'on fait, elle est accordée à l'être humain pour autant qu'il en devient capable, étant en accord avec lui-même, en accord avec sa finitude.

Le charme et l'ascendant de l'odeur ne se laissent pas analyser en un ensemble de traits discrets, à la différence de la vue d'un bâtiment, d'un paysage ou d'une personne c'est pourquoi la singularité individuelle, la physionomie d'une certaine odeur, indépendante de toute autre, est d'autant mieux préservée. Là réside une des spécificités de la mémoire olfactive. L'odeur est la signature de la scène olfactive, des événements du passés qui y sont agrégés, pour autant qu'elle se présente à nouveau et se trouve immédiatement reconnue.

Heidegger dans *l'Introduction à la métaphysique*, établissant qu'un ancien lycée n'est pas le même pour ceux qui se contentent de le voir de l'extérieur et les élèves qui sont assis à l'intérieur, fait observer qu'on hume l'être de bâtiments de ce genre dont, écrit-il, « on garde encore souvent l'odeur dans les narines au bout de plusieurs décennies » et il conclut : l'odeur « nous restitue l'être de cet étant d'une façon beaucoup plus immédiate et véritable qu'aucune description ou visite ne peut le faire. »²⁰

L'atmosphère, la tonalité de fond de lieux du passé resurgit intacte pour transporter *in illo tempore* en ce temps-là !

Rien n'est possédé, et pourtant l'essentiel est préservé ; tapie en chacun à son insu, la scène était là, prête à resurgir dans le halo de son parfum. Et cependant, il est impossible de répéter l'odeur, de la convoquer par l'imagination, c'est elle, qui en suscitant le ressouvenir, me répète. Je ne me souviens pas, je suis souvenue, cela s'appelle : une réminiscence.

20 Heidegger, *Introduction à la métaphysique*, trad. Gilbert Kahn (modifiée) Gallimard, 1967, p. 45, *Einführung in die Metaphysik*, Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 1953, S. 26 : "Das Sein solcher Gebäude kann man gleichsam riechen und man hat oft nach Jahrzehnten noch den Geruch in der Nase. Er gibt das Sein dieses Seienden viel unmittelbarer und wahrer, als es je eine Beschreibung oder Besichtigung vermitteln können".

L'odorat et le goût sont si expressément présents qu'ils réactualisent le passé. Nul ne peut espérer se souvenir, par l'intention, des goûts ni surtout des odeurs, c'est, selon un processus inverse, leur surgissement qui, de façon moins intentionnelle, et contrairement à ce qui est dit le plus souvent, suscite la réminiscence.

Le corps sentant est l'inintentionnel comme tel. Cela est tout aussi vrai pour ce qui est de la relation, nécessairement complexe, entretenue avec les nourritures.

Même le repas le plus frugal qui régénère mes forces en répondant à cette légère sensation de fatigue annonciatrice de l'appétit, comporte un surcroît de contentement, un don gracieux qui excède ce qui est simplement profitable. Sentir c'est s'éprouver soi-même en présence de quelque chose du monde, c'est pourquoi mon existence n'est jamais simplement une auto-affection. La première phrase du chapitre 10 du *Traité de l'âme* d'Aristote dit : « quant au goût, c'est une affaire de contact ». Ceci ne signifie pas que les choses ne sont données que dans un rapport à soi-même mais, à l'inverse, que le rapport à soi advient quand ce qui est senti entre en présence, l'odeur me fait un nez, la saveur me révèle le goût et me donne d'avoir une langue, des papilles, etc. Sentir n'est pas enregistrer des sensations mais s'éprouver vivant en elles, non s'alimenter mais bien nourrir sa vie c'est pourquoi le goût n'est pas un sens isolé. L'aliment fait également partie de ces choses que l'on mange des yeux et dont on a le nom en bouche ou du moins « sur le bout de la langue ». Je connais peu de gens, si piètres linguistes qu'ils soient, qui aient eu l'occasion de déguster des rougets en Grèce et qui n'aient point retenu le nom de ce poisson en grec : mparmpouvnia.

La mastication fait accéder au goût, à l'odeur, à la consistance par les mouvements de la langue, des maxillaires, des joues, des dents, tandis qu'est humé au préalable, ce qui est ingéré par déglutition et avalément. La

participation active à l'ensemble de cette geste, qui aboutit à l'incorporation, reste une des participations au monde la plus intime qui soit.

Tous les interdits alimentaires, et individuellement, toutes les répugnances et les dégoûts confirment et réactualisent cette donnée que le bon sens incite à admettre et qu'aucune démonstration ne peut récuser : ce que je mange devient moi. Cependant, il ne s'agit pas uniquement d'apaiser la faim où s'énonce la douteuse parenté de la douleur et du plaisir, où se projette l'ombre de ce que Platon appelait les plaisirs impurs, ou plaisirs de simple réparation, et l'inquiétude du mauvais infini de l'assuétude ou, plus généralement, de l'outrance. Car, comme les troubles alimentaires graves le révèlent, c'est un désir ou une aversion pour le monde et pour soi-même qui se manifestent très sérieusement ainsi.

Que les nourritures puissent dans les troubles les plus graves, être comme autant d'ambassadeurs de la dépendance aux autres dont elles proviennent nécessairement, cela donne à entendre qu'un drame de la liberté assiège le corps de ces « artistes de la faim » (Kafka) en rébellion mégalomane contre tout ce qui est factif : vulnérabilité, unisexuation, finitude, mortalité. L'ivresse sobre de l'extrême maîtrise habite le corps des anorexiques fanatiquement tyrannisés par une dangereuse ascèse. Ainsi la nutrition n'est pas « fonctionnelle », ni un « acte biologique ».

S'alimenter c'est éprouver le goût du monde, en incorporer la consistance, comme s'il y allait là d'une vitalisation du désir. Et ce goût peut évidemment se commuer en extrême dégoût et le désir faire place à l'apathie voire à la mélancolie.

Le goût instaure une modalité spécifique de rapport au monde qui, dans l'incorporation, crée une continuelle réassurance de l'existence du monde ambiant et tout à la fois, du goûteur. L'un participe de l'autre. C'est pourquoi, une

part significative de nos rapports aux lieux et aux personnes, à nous-mêmes enfin s'édifie selon la saveur.

Dans cet élan vers le comestible, l'aliment autorise une expansion, une communion à même la chair, soutenue, augmentée et, un instant même, comblée, en tout cas éveillée et avertie par l'odeur qui, quoique déliée de son objet, entre en résonance et irradie. Weizsäcker expose que la mastication, la dégustation, l'avalement, la satisfaction esthétique et finalement la résonance en satiété sont un seul « acte biologique ».²¹ L'adjectif « biologique » reste certes trop restrictif, il s'agit de vie et d'existence tout aussi bien.

La vie embaumée déploie l'extraordinaire importance tant des odeurs que des saveurs dans la *Recherche du temps perdu* où ce thème est tissé de métaphores érotiques dont le goût constitue le présage, le plus proche avant-goût ou le terme substitutif. Ainsi le goût et l'olfaction manifestent le rapport au monde, au tout du monde, en ce qu'il a de sensuel. La singularité de chaque succulence renvoie, si minime qu'elle soit, à « l'unique accord qui admet en lui les notes fondamentales sur lesquelles notre vie est construite » comme l'écrit Proust dont le style parfumé et savoureux invente cette science du singulier, cette vérité du sentir qui, sans lui, eût été minorée et eût disparu tel un mirage.

Par là, un des mérites phénoménologiques, de l'œuvre proustienne, qui en recèle beaucoup d'autres, n'est-il pas de faire accéder le lecteur de *La Recherche* à la gratification fondatrice de l'inépuisable exercice du sentir ? Goûter tout comme humer contient une suspension de la vie d'affairement en faveur du sentir, goûter comporte un abandon. Ainsi, dans le commerce le plus quotidien, s'accomplit la relation au lieux et aux autres personnes, ce que nous savourons et humons est toujours domicilié quelque part, du côté de chez tel ou tel...

En cas de perte du goût, c'est bien le tout de l'existence qui risque de devenir insipide ainsi que, par ailleurs, la mélancolie des personnes atteintes

²¹ cité par Tellenbach *Goût et atmosphère*, op. cit., p. 14.

d'agueusie ou d'anosmie, tend à le confirmer. La charge affective de l'alimentaire en fait un moment privilégié, qui accompagne chaque grand moment « d'expansion sensuelle », c'est pourquoi le comestible est bien ce qui tient lieu à la fois « de métaphore et de métonymie » du terme charnel comme le montre Jean-Pierre Richard dans sa très belle étude intitulée *Proust et le monde sensible*²², mais sans doute est-elle aussi la manifestation d'une sensualité qui ne se saisit pas encore comme partagée en plusieurs registres. La gourmandise qui n'est point la glotonnerie, vise le désirable, et la chair n'y fait pas exception, elle qui est nourrie.

Il est d'autant moins facile de décrire ce qui, se produit alors que l'odorant, tout comme d'ailleurs la saveur, sont de nature non-figurale. L'odeur et le goût excèdent la représentation, et sollicitent l'imagination de manière plus inventive, c'est pourquoi l'ascendant qu'ils détiennent est dénié ou, à tout le moins, tenu pour ambigu. Peut-être est-ce pour cette raison que la philosophie du beau exige le sacrifice de l'olfaction et du goût. Platon déjà²³ n'estimait-il pas qu'il serait ridicule de confondre la suavité ou l'agrément de l'odeur avec ce qui doit être appelé "beau" ? Sommes-nous bien assurés pourtant qu'il faille, pour qu'il y ait de la beauté, qu'elle n'ait, comme on dit en Sologne, ni goût, ni gouasse ?

En somme, le sentir du sens oral est davantage une participation au monde que l'exercice d'une maîtrise". Le corps selon l'oralité se sent lui-même et ressent, il ne se contente pas de constater des qualités : il éprouve et s'éprouve en ce qui est senti, il existe de se sentir et de ce sentir-ci, il existe de cette insigne possibilité de ne penser à rien d'autre et, parfois même de ne penser à rien. Ce qui revient à dire que le sens oral, à ses heures, sait être contemplatif lui aussi,

²²Jean-Pierre Richard, *Proust et le monde sensible*, Seuil, 1974.

²³ Platon, *Hippias majeur*, 299 b, texte établi et traduit par Alfred Croiset, Belles Lettres, 1987 (= 1921), p 54.

dans la reviviscence d'un passé surgi de survivances secrètes et la révélation de l'instant présent arraché à l'atonie morne des savoirs insipides.

19 juin 2015, trentième journée de Fontevraud

Ingrid Auriol