

EBAUCHE DE SYNTHÈSE

Reverse engineering process

Liminalité des expériences de la douleur

**Aux médecins
Aux patients**

**Aux scientifiques en neurosciences
Aux thérapeutes**

Claude Spicher¹ & David Le Breton²

Liminaire

La base de cet article est tirée de : TENIR. Douleur chronique et réinvention de soi aux Editions Métailié. Selon le principe de cette rubrique, il sera repris pendant une année par des auteurs différents avec l'accord final – ou non – des auteurs précédents.

L'individu en proie à la douleur chronique souffre, mais il est aussi en souffrance comme on dit d'une lettre qui n'a jamais atteint son destinataire, il est en suspension, en attente, provisoirement sans destination. Immergé dans sa **situation liminaire, il n'est plus ici ni ailleurs, ni d'ici ni d'ailleurs, ni chair ni poisson**, il est marqué d'altérité, écartelé entre des repères qui ne s'appliquent pas à sa personne et qui retentissent sur son sentiment d'identité.

« La douleur est un sacré sauvage. Pourquoi un sacré ? Parce qu'en forçant l'individu à l'épreuve de la transcendance, elle le projette hors de lui-même, le révèle à des ressources propres dont il ignorait l'existence. Et sauvage parce qu'elle le fait en brisant son identité. Elle ne lui laisse pas le choix. Elle est l'épreuve du feu où le risque de brûlure est grand. »
(Le Breton, 1995)

La question est de tenter de comprendre comment se brise, puis se re-construit, tant bien que mal, cette **identité**. Victor Turner (2008, [1969]) a étudié le processus des rituels de passage de certaines communautés³ i.e. les Ndembu en

¹ Rééducateur de la main re-certifié SSRM, Centre de rééducation sensitive du corps humain, Clinique Générale, Rue Hans-Geiler 6, 1700 Fribourg et Collaborateur scientifique, Unité de physiologie, Département de médecine, Université de Fribourg ; 5, Rue du Musée ; CH - 1700 Fribourg Suisse claude.spicher@unifr.ch @claudejspicher

² Professeur de sociologie à l'Université de Strasbourg, membre de l'Institut universitaire de France et de l'Institut des études avancées de l'Université de Strasbourg (*USIAS : University of Strasbourg Institute for Advanced Studies*).

³ Il préfère cependant le terme latin *communitas* à *community*.

Zambie. Il a notamment étendu son analyse aux communautés hippies. Il distingue **trois phases** dans ces rituels :

1. La séparation ;
2. La liminalité *liminality* ;
3. La réagrégation *reaggregation*.

Il est intéressant de noter que ces phases s'apparentent au processus de deuil de perte d'intégrité corporelle (Simonet, 1993, 1994) qui se termine par la phase de ré-investissement lorsque le patient commence à pouvoir entrer en ré-éducation.

Cependant, n'anticipons pas et commençons par la description de la liminalité (de *limen* : qui signifie en latin le seuil⁴) selon la méthode d'anthropologie structurale (Lévi-Strauss, 1964). L'ethnologue français Claude Lévi-Strauss a proposé de décrire des catégories empiriques en énonçant des **doubles contraires** : le cru et le cuit, le frais et le pourri, le mouillé et le brûlé, etc. La fécondité de ces antinomies est bien connue lorsque nous demandons à une personne trahie quel est le contraire de l'amour ; la réponse n'étant bien sûr pas la haine qui l'habite, mais l'indifférence. Autrement dit, la perspective du double contraire amour-indifférence permet de quitter le plus-que-présent ; du moins pour un instant.

Turner (2008 [1969]) décrit la phase de liminalité par vingt-cinq doubles contraires dont voici **neuf exemples (Tableau I)** :

transition	↻	état
totalité	↻	partialité
égalité	↻	inégalité
anonymat	↻	système de nomenclature
absence de rang	↻	distinction de rang
totale obéissance	↻	obéissance à son supérieur
humilité	↻	prise de position
silence	↻	parole
simplicité	↻	complexité

Tableau I : la phase de liminalité – entre séparation et réagrégation – décrite par neuf doubles contraires (d'après Turner, 2008).

⁴ En théologie, le préambule qui introduit le contexte est nommé : liminaire.

Dans le processus de perte d'intégrité corporelle, il est fécond de comprendre que cette transition entre deux états comprend une **phase d'errance et de flottement** (Simonet, 1993, 1994) où il est si difficile de trouver un accordage entre le patient qui flotte et le thérapeute qui se situe dans une autre temporalité, voire même dans un autre espace. Une métaphore de ce passage d'un état à un autre, tout en passant par une phase de brouillard, est la mitose. La division cellulaire passe par des étapes. Cependant, la phase entre l'état d'une cellule à sa réagrégation en deux cellules passe par une phase de transition nébuleuse qui ne peut être observée.

La **liminalité** est toujours ambiguë pour le lien social, pour l'individu concerné également, car il devient de ce fait vulnérable. Il ne possède plus de modèles auxquels s'identifier, il traverse une période où il manque de prise sur le lien social hormis à travers la douleur qui devient la seule médiation.

Dans les situations de douleur, plus encore quand celle-ci se chronicise, l'individu décroche du lien social ordinaire, se défait de ses responsabilités, il entre dans la **liminalité**, c'est-à-dire **l'insaisissable du sens**, et le lien social ne sait plus comment le définir et le saisir. Il n'est plus la personne qu'il était, ni celle qu'il serait s'il était soulagé de ses maux, il ne se reconnaît plus, il est encore dans les limbes, coupé de ses attributs. L'ancien sentiment d'identité est trop altéré pour qu'il s'y reconnaisse autrement que sous une forme nostalgique et pénible. « Je ne suis plus la personne que j'étais » mais il ignore encore ce qu'il est devenu puisqu'il se perçoit surtout en termes de manque, de mutilation, dans l'attente d'un soulagement toujours remis à plus tard. Il oscille alors entre un avant et le fantasme d'un après qui ne cessent de se dérober puisque la souffrance persiste en dépit de ses efforts à trouver une solution. Elle l'absorbe totalement. Il en devient le satellite. Phase ambiguë où les repères de sens se distendent. La personne douloureuse chronique est devenue l'ombre d'elle-même.

La liminalité qualifie une situation de flottement au sein du lien social, hors des cadres habituels. Elle est durable, parfois définitive si elle ne débouche pas sur une phase de réagrégation, c'est-à-dire de retour de l'ordre commun. Elle est un piétinement sur le **seuil**, car la personne ne perd jamais tout à fait l'espoir de sortir de sa peine. Si elle participe encore au lien social, elle n'en a plus toutes les prérogatives. « Les entités liminaires ne sont ni ici ni là : elles sont dans l'entre-deux, entre positions assignées et ordonnées par la loi, la coutume, la convention et le cérémonial [...]. Ainsi la liminalité est souvent assimilée à la mort,

l'existence utérine, l'invisibilité, l'obscurité, la bisexualité, le désert, une éclipse de soleil ou de lune », dit Turner (1992). Elle suspend l'identité de la personne, ses anciennes responsabilités sont défaites sans qu'il en ait acquis d'autres. Elle traduit un univers de chaos du sens, d'ambiguïté, de contradiction, d'effervescence, où les repères s'effacent. Dans la liminalité, la personne n'est plus soutenue par une trame symbolique qui la rassure sur elle-même et sur ses relations aux autres, **son expérience et ses comportements sont trop déconcertants**, elle est livrée à elle-même mais soumise en permanence au jugement extérieur qui l'enferme dans cette situation inconfortable.

Si l'individu est lui-même en **porte-à-faux** à l'intérieur du lien social, les autres ne savent pas non plus par quel bout le prendre. Tous les repères sont désorientés. La difficulté à se mettre un instant à sa place est d'autant plus entravée que la douleur des autres est toujours sous-évaluée (Le Breton, 2004).

Les situations ambiguës, les individus, les objets qui dérogent aux classifications usuelles sont associés à des dangers et à des pouvoirs. Ils déstabilisent le système de sécurité ontologique qui soutient le lien social. Ils sont considérés comme « impurs » (Douglas, 1971), dangereux, on ne sait trop comment les prendre car ils échappent de partout tout en contaminant les interactions du fait de leur présence. La personne douloureuse chronique est porteuse de ce pouvoir d'érosion du sens, et donc de menace par contagion à ceux inopinément mis en sa présence. **Ni malade ni en bonne santé ni soi-même ni tout à fait un autre, en marge de leur existence ancienne**, elle n'entre pas dans les systèmes de nomenclature, elle est en porte-à-faux avec le lien social ordinaire.

L'immersion dans la souffrance induit une expérience de la solitude, le sentiment d'**un exil hors de sa vie familière tout en l'ayant jamais quittée**, mais avec le sentiment de la voir derrière une vitre. La faculté d'intervenir sur le cours des choses s'amenuise. La douleur désapprend les choses élémentaires de la vie personnelle en les rendant malaisées à exécuter. Toute l'évidence de vivre est perdue. Chaque jour est un effort à accomplir avec à son horizon une multitude de gestes pénibles. L'individu est astreint à une autre existence, à réapprendre une vie qui lui échappe et avec laquelle il élabore d'innombrables compromis, invente des stratagèmes pour continuer à exister mais en évitant les activités ou les gestes qui lui induisent la souffrance. Quand elle s'incruste dans l'existence et se fait

plus accaparante, la douleur amoindrit le lien social antérieur, elle coupe avec l'environnement et décroche des manières d'être ensemble.

Selon les appartenances sociales et culturelles, tout événement affectant l'intégrité du corps s'accompagne d'une marge diffuse de douleur et de comportements qui paraissent légitimes aux yeux du groupe. Des formes ritualisées, et donc familières, modèlent les expressions individuelles de la plainte. L'expérience du groupe amène à une évaluation relative de la souffrance imputable à l'événement et une manière de le vivre et de le dire aux autres à son entour. Les attentes sociales sont relâchées, empreintes d'indulgence. Une intervention chirurgicale, une carie, un mal de dos ou une migraine, une pathologie cutanée ou intestinale, un accouchement, une blessure suscitent les **commentaires** de ceux qui en ont déjà l'expérience ou en ont entendu parler. En revanche, si une souffrance affichée déborde par sa durée ou sa dramatisation les attentes habituelles, alors on soupçonne volontiers la complaisance, la simulation, l'exagération. S'il est de rigueur d'endurer sa peine en silence, avec discrétion, « en prenant sur soi », la personne submergée qui donne libre cours à la plainte encourt l'étonnement ou la réprobation, sa réputation court un risque. En outre, cette entorse à la sobriété coutumière dans une telle situation suscite des attitudes opposées à celles souhaitées : la compassion cède le pas à la gêne, l'aide à l'agacement (Le Breton, 2007). Mais nul n'ignore le danger de donner l'impression de camper sur ses positions en profitant des tolérances sociales, les situations de marges sont toujours en principe limitées dans le temps.

Ainsi toute douleur est en principe promise à disparaître. Les ressources culturelles sont défailtantes au regard de celle qui s'incrute et devient chronique (Hilbert, 1984). Au départ, quand elle survient, nul n'envisage qu'elle persiste aussi longtemps. Mais étalée dans le temps, interminable, elle ébranle en profondeur l'individu, dérouté les attentes et les codes sociaux, provoque la gêne de l'entourage ou des autres interlocuteurs, elle perturbe les routines médicales et met en échec les ressources du traitement. Les relations familiales, sociales ou professionnelles sont ébranlées. Alors il n'existe **plus de modes d'emploi** pour se situer face aux autres avec une légitimité incontestable. En porte-à-faux avec son existence coutumière, l'individu entre dans une situation de marge sans disposer des passerelles pour rejoindre les autres en toute évidence. La tolérance sociale envers la suspension de ses responsabilités est bornée par le temps et la patience de son entourage.

« La tâche de la clinique est justement de ressaisir l'unité de la personne, particulièrement en prenant en compte son histoire de vie. » (Le Breton, 2018)

S'il s'agit d'une douleur aiguë ou d'une maladie, d'un état de fatigue ou d'un malaise, des formes de ritualisation des circonstances de mise à mal sont disponibles. L'individu momentanément souffrant est l'objet d'une **attention particulière** de la part de son entourage, relevé de ses tâches habituelles, excusé de ses maladresses s'il y a lieu (Le Breton, 2012). Il délaisse ses obligations ou ses usages et s'en remet aux autres compréhensifs et conciliants qui autorisent même une régression affective et des comportements qui ne seraient guère acceptables dans d'autres circonstances.

En principe, le retour à l'autonomie et au travail, après quelques heures ou quelques jours, est une valeur à laquelle nul ne déroge. La douleur doit marquer sa rémission après une période raisonnable, et l'individu retrouver ses engagements sociaux. Sinon sa crédibilité est menacée. La période de retrait, si elle dure, finit par susciter un soupçon de complaisance et l'indisposition de l'entourage, de l'établissement et de l'entreprise où il travaille. L'ensemble des réseaux auxquels il participe entre dans une zone de turbulence. La douleur chronique est une affection non seulement organique, mais surtout sociale car elle retentit avec force sur les relations aux autres. Si elle est de naissance ou inscrite de longue date dans l'existence, elle oriente les rencontres et les interactions depuis longtemps, et les partenaires, pour la plupart, ont appris à composer avec la situation. Mais si elle est survenue plus soudainement dans l'existence pour s'y installer à demeure, elle soulève **maintes questions d'ajustement** de la part de l'individu touché et de ses proches.

Une rupture des familiarités de l'existence à cause de son état est toujours promesse de désordre pour l'individu et pour le tissu social où il vit. La persistance de la douleur amène à une échappée hors des codes qui prennent en compte les complexités et les ambivalences du lien social pour leur donner un cadre. **Brisure des systèmes d'attente de l'existence courante**, elle évoque une incise soudaine de sacré qui non seulement arrache l'individu aux rôles attendus mais le rend aussi insaisissable, dangereux, car une part d'imprévisible brouille toutes les relations avec lui. Le corps douloureux chronique est un corps transgressif qui met à mal les défenses du valide qui supporte mal de se confronter à une image possible de lui-même intolérable, à un miroir brisé. L'identification de sa personne ne se fait

que dans le contexte de l'affection à son égard, sinon elle est mise à mal. Les personnes qui le fréquentent ne savent plus comment l'appréhender, elles sont démunies, car les codes de civilité en vigueur glissent sur lui sans plus avoir aucune prise.

« La douleur emprisonne le temps, elle prive l'individu de ses attentes, de ses surprises, elle trace une ornière dans la durée avec le sentiment d'y être embourbé sur un mode irrémédiable même s'il continue à se battre, à chercher de solutions. L'individu est dans l'indifférenciation du temps, il n'est plus dans la durée, mais dans la persistance du mal. » (Le Breton, 2010)

La durée de la peine endurée par des douleurs chroniques est tout de même souvent assortie d'une **date**, en année, en mois, en jour, voire en heure. « Depuis combien de temps avez-vous trop mal ? » « Depuis le 11 avril 2007 à 11H. » Il s'agit, en conséquence, de savoir que le patient a trop mal depuis trop longtemps, d'en évaluer sa durée – en mois –, mais aussi de dater précisément le début de cette **phase de séparation (Fig. 1)** avec son ancienne existence corporelle, affective-émotionnelle et sociale. Il ne faut en effet pas omettre que :

« Penser le corps est une autre manière de penser le monde et le lien social : un trouble introduit dans la configuration du corps est un trouble introduit dans la cohérence du monde. » (Le Breton, 1999)

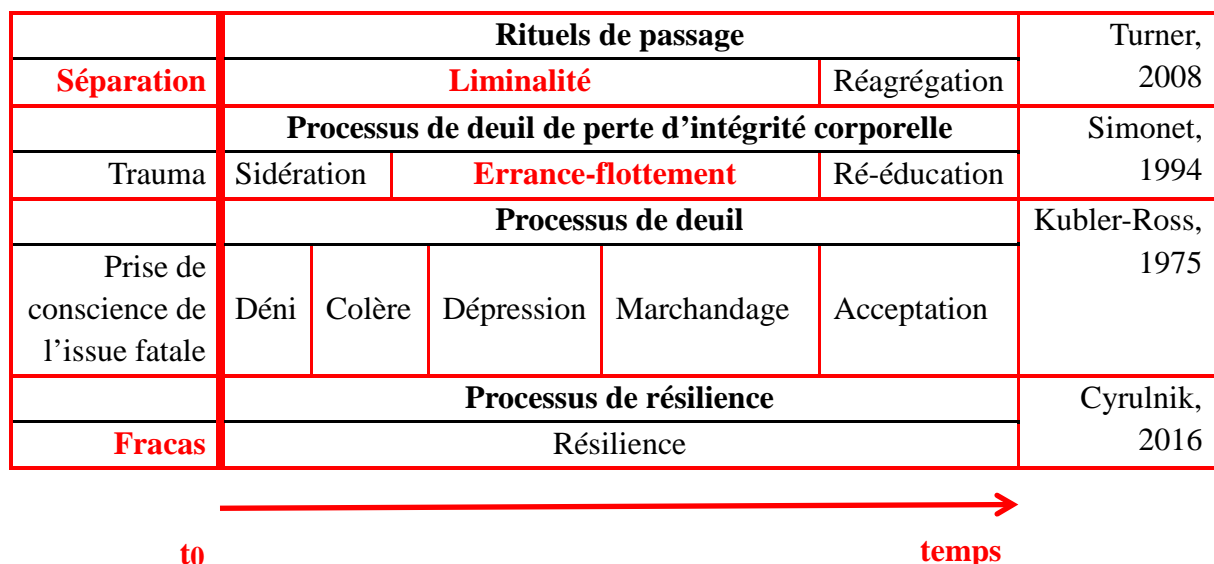


Figure 1 : Le fracas ou la séparation précèdent la phase d'errance, de flottement ou de liminalité selon plusieurs processus.

Dans le processus de résilience, cette étape initiale de séparation – aussi trop

souvent omise – est nommée : le **fracas** (Cyrulnik, 2016). Dans le processus de deuil, cette étape initiale est, elle, nommée : la prise de conscience de l'issue fatale (Kubler-Ross, 1975). AVANT de débiter une prise en charge d'un patient douloureux chronique, de tenter de lui redonner **espoir** et de poser des objectifs de traitement, il y a lieu de comprendre qu'il ne s'agit que d'un APRES. Le vrai commencement d'une rencontre débute par l'**accueil** du patient comme il est - et non comme nous voudrions qu'il soit -, c'est-à-dire du patient dans sa phase de liminarité.

Être en accordage avec ces différentes dimensions du phénomène de la douleur présuppose une préscience, ou du moins, une perception qui va au-delà et en-deça de la dénotation verbale : une perception de la tonalité et de la couleur du phénomène de la douleur.

« Comme ces choses se disent vite qui ont pourtant trempé et macéré sans fin dans un brouet d'espoir et de détresse ! La longue **gestation** de tout changement reste invisible à l'œil ! » (Singer, 2006)

Liste des références bibliographiques

- Cyrulnik, B. (2016). *Ivres paradis, bonheurs héroïques*. Paris : Odile Jacob.
- Douglas, M. (1971). *De la souillure : essai sur la notion de pollution et de tabou*. Paris : Maspero.
- Hilbert, R. A. (1984). The acultural dimensions of chronic pain : flawed reality construction and the problem of meaning. *Social problems*, 13(4), 365 – 378.
- Kubler-Ross, E. (1975 [1969]). *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fides. En 1969, l'édition originale est parue en anglais sous : *On Death and Dying*.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié.
- Le Breton, D. (1999). *L'adieu au corps*. Paris : Métailié.
- Le Breton, D. (2004). *Anthopologie des émotions*. Paris : Poche.
- Le Breton, D. (2007). *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Paris : Métailié.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*. Paris : Métailié.
- Le Breton, D. (2012). *Anthropologie de la douleur* (2^e édition). Paris : Métailié.
- Le Breton, D. (2017). *TENIR. Douleur chronique et réinvention de soi*. Paris : Métailié.

- Le Breton, D. (2018). Pour une médecine de la personne. *e-News Somatosens Rehab*, 15(1), 2-4.
- Levi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques tome 1 : le cru et le cuit*. Paris : Plon.
- Simonet, V. (1993). *Diplôme pour l'obtention du diplôme d'ergothérapie : L'ergothérapie et la souffrance engendrée par l'atteinte de l'intégrité corporelle*. Lausanne : Ecole d'Etude Sociale et Pédagogique (EESP).
- Simonet, V. (1994). *L'ergothérapeute face à une intégrité corporelle blessée*. In M.H. Izard, M. Moulin & R. Nespoulous (Eds.), *Expériences en ergothérapie*, 7^e série, (pp. 241-247). Montpellier, Paris: Sauramps médical.
- Singer, Ch. (2006). *Seul ce qui brûle*. Paris : Albin Michel.
- Turner, V. (1990). *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*. Paris : PUF.
- Turner, V. (2008 [1969]). *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. (2nd ed.). Piscataway (NJ) : Aldine Transaction.