

RECONNAÎTRE

LA PERSONNE DOULOUREUSE

PAR CHARLES JOUSSELLIN ET MARGUERITE DONTENWILLE

Reconnaître des signes de l'altération d'une personne devenue douloureuse afin de mieux adapter sa pratique quotidienne, offrir si possible une préalable disponibilité d'accueil et d'écoute, tel est l'engagement du thérapeute.

Quotidiennement, les kinésithérapeutes sont confrontés à des personnes douloureuses. Ces prises en charge, souvent difficiles, nécessitent de reconnaître la personne douloureuse. Mais de quelles reconnaissances s'agit-il ? Celles au sens d'évaluer la douleur et de décrire certaines caractéristiques vécues par la personne douloureuse ? Celles au sens de percevoir soi-même sa douleur et d'être soi-même reconnu douloureux par le professionnel ?

Aborder ces notions permet d'explorer la rencontre d'un professionnel de santé avec une personne douloureuse, de faire une proposition pour mieux la prendre en charge.



Phénomène subjectif invisible.

1. RECONNAÎTRE AU SENS D'ÉVALUER SA DOULEUR

Évaluer la douleur d'une personne représente une démarche semée d'embûches, mais possible. Quelle qu'elle soit, l'évaluation consiste à porter un jugement de valeur sur un phénomène subjectif invisible, nettement influencé par le contexte, l'histoire et la culture de la personne ; tels les pensées, les sentiments, les émotions. Pour Hannah Arendt, la douleur est le sentiment le plus privé et le moins communicable de tous : « [...] la douleur, [...] est tellement subjective, si éloignée du monde des choses et des hommes, qu'elle ne peut prendre aucune apparence »¹.

Pour évaluer la douleur, en dehors des personnes dites non communicantes, le monde médical actuel propose surtout l'autoévaluation de la douleur : demander à la personne elle-même d'évaluer ce qu'elle expérimente et le communiquer. Cette démarche est sous-tendue par la notion selon laquelle la personne serait la seule à pouvoir apprécier ce qu'elle éprouve. Certes, personne ne peut se mettre à la place d'un autre, chaque expérience humaine est singulière et non reproductible à l'identique. Toutefois, dans cette démarche l'évaluateur et le phénomène à évaluer ne se distinguent pas, ils se confondent.

¹ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, « Pocket », 1983, p. 91



Des échelles d'autoévaluation (échelle visuelle analogique, EVA, échelle numérique simple, ENS, échelle verbale simple, EVS) tentent par analogie de mesurer l'intensité de la douleur. Pour autant, cette méthode indifférente aux circonstances et à la relation interhumaine est suffisamment approximative pour que les recommandations professionnelles précisent : « *Il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire* »².

Que penser de cette personne hospitalisée qui, se plaignant de ne pas pouvoir bénéficier d'une posologie plus élevée de paracétamol, augmenta son autoévaluation de la douleur sur les conseils de son fils et obtint ainsi satisfaction ? Que penser de cette autre patiente qui évalua la douleur de son bras à plus de 10 sur une échelle numérique simple de 0 à 10, tout en le soulevant pour montrer qu'elle ne pouvait plus s'en servir tant la douleur était intense ? Voulait-elle de cette façon dire autre chose qui n'était pas entendue ?

Si l'autoévaluation de la douleur n'est pas fiable, observons la personne devenue douloureuse, malade ou non, communiquant normalement ou pas : c'est l'hétéro-évaluation. Altérée, changée et dégradée par la douleur, la personne n'est plus la même et cela se voit aisément. C'est pourquoi il est préférable d'utiliser une échelle d'hétéro-évaluation, échelle Doloplus par exemple, même si la façon dont la personne montrera sa douleur dépendra de sa culture, de son histoire, des circonstances et des enjeux.

Reconnaître une personne au sens d'évaluer sa douleur demande de l'observer : la douleur se montre. D'où le fameux « coup d'œil » du clinicien, un regard par lequel, selon Michel Foucault, « [...] la pureté essentielle des phénomènes peut se dégager »³.

En deçà de reconnaître sa douleur au sens de l'évaluer, il est une reconnaissance qui nous constitue en qualité d'être vivant sur terre ; celle qui nous sert d'alerte à chaque instant.

Il est préférable d'utiliser une échelle d'hétéro-évaluation.

2. RECONNAÎTRE AU SENS DE PERCEVOIR SA DOULEUR

La douleur n'est jamais seulement un symptôme. Pour autant, la réduire à un symptôme est nécessaire pour d'une part appréhender les mécanismes physiopathologiques qui la déclenchent, d'autre part pour noter son utilité notamment comme système d'alerte pour la personne concernée.

La sensation douloureuse, sur le plan neurobiologique, apparaît le plus souvent à la suite de stimulations dites périphériques, c'est-à-dire à distance du cerveau où toutes les voies nerveuses convergent pour transmettre l'information qui est alors vécue comme désagréable, douloureuse. Il est admis actuellement qu'il n'existe pas de système spécifique de la douleur, comme celui qui permet par exemple la réception de l'audition ou celui dédié à la vision. La douleur est transmise par des fibres nerveuses de **terminaison dites libres** se trouvant au niveau de la peau, des muscles, des articulations, des parois des organes. La stimulation de ces terminaisons nerveuses fait intervenir de nombreux facteurs locaux, notamment physiques mais aussi chimiques, tels que les neuromédiateurs. Cette stimulation **chemine** ensuite de la périphérie vers le cerveau par des fibres de calibres variés, conduisant dès lors à des vitesses différentes la stimulation jusqu'au cerveau. Rappelons que sur ce chemin complexe, des variations importantes de la stimulation peuvent intervenir en raison par exemple d'un contrôle au niveau médullaire. C'est la théorie du portillon, le « *gate control* » décrit en 1965 par Melzack et Wall⁴, et celle d'influx inhibiteurs descendants au niveau de la moelle épinière. Quant à la façon dont l'information est transmise au cerveau, l'imagerie montre qu'il existe une perte de la spécificité de l'origine somatique de la nociception. Si la stimulation neurologique débute habituellement à un point bien précis de la périphérie des organes, cette spécificité s'estompe au niveau du cerveau ; lequel n'est pas « *amnésique* »⁵ mais est celui d'une personne influencée par son histoire, sa culture et les circonstances de survenue de la stimulation douloureuse.

2. Recommandations ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) : *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*, 1999, p. 17.

3. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, « Quadrige », 2000, p. 122.

4. Guy Simonnet, Bernard Laurent, David Le Breton, *L'homme douloureux*, Paris, Odile Jacob, 2018, p. 80.

5. *Idem*, p. 179.

De mauvaise humeur et peu attentive.

D'où l'importance de rappeler que la douleur possède notamment un rôle d'alerte au sens où à chaque instant, par la nécessité impérieuse de se reconnaître soi-même douloureux, la douleur permet d'ajuster son corps pour le plus de confort possible, aussi bien en position assise que debout, lors d'activités physiques et même la nuit en dormant. La mémorisation des stimulations douloureuses ne manque heureusement pas de nous assister sans cesse, par anticipation au gré de nos préoccupations quotidiennes et de la fluctuation de notre attention.

L'observation de nos patients, indispensable, nous apporte des renseignements utiles quant à la façon de les aborder et de leur proposer des exercices, et ce particulièrement en kinésithérapie.

Ne pas faire comme Jérôme – certes dans une situation inhabituelle, complexe et tendue en service de réanimation, au chevet d'une personne hospitalisée depuis plus de trois mois en situation précaire pour une affection gravissime qui ne lui permettait plus ni de bouger ni d'émettre le moindre son – qui mobilisait les chevilles d'une personne en lui tournant le dos, l'empêchant alors d'observer l'insoutenable grimace muette du malade qui accompagnait ses gestes professionnels.

La douleur modifiant la présence au monde de la personne douloureuse, elle se montre.

3. RECONNAÎTRE LES CARACTÉRISTIQUES D'UNE PERSONNE DOULOUREUSE

La présence au monde d'une personne dépend de la qualité de son humeur et de ses capacités d'attention ; phénomènes qui s'altèrent dès qu'une personne est douloureuse⁶.

Martin Heidegger, abordant l'humeur d'une personne, au sens d'être de bonne ou de mauvaise humeur, a montré que celle-ci préside à sa disponibilité d'accueil et d'écoute⁷. Cette humeur ne manque pas d'être liée à son histoire et au contexte de la rencontre. Prendre en charge une personne douloureuse oblige à tenir compte de cette mauvaise humeur qui souvent tient autrui à distance.

Tolstoï décrit cette altération de l'humeur : « *Ce n'était pas encore une douleur mais une lourdeur continue, et l'humeur d'Ivan Ilitch se gâta. Cette mauvaise humeur qui ne cessait de croître, troubla bientôt la vie agréable que menait la famille Golovine* »⁸.

Dépendante de l'humeur, les capacités d'attention d'une personne ne sont pas un état d'âme mais une manière d'être, une attitude, permettant de percevoir et de se diriger dans le monde. Si l'humeur préside à l'ouverture de la disponibilité de l'homme, l'attention apporte des possibilités supplémentaires, représente pour l'être humain « la possibilité de... » ; aussi bien l'attention de manière générale au monde alentour, se tenir prêt, être attentif, être vigilant, que l'attention dirigée qui représente un pas supplémentaire pour fixer son attention sur quelque chose ou quelqu'un, faire attention à ceci ou cela.

La douleur a ceci de particulier qu'elle attire l'attention de la personne par une sorte d'emprise. À l'extrême, la douleur peut accaparer presque entièrement toute l'attention d'une personne jusqu'à ce qu'elle se retire du monde : selon Hannah Arendt, « *une expérience limite entre la vie [...] et la mort* »⁹. D'une moindre intensité, la douleur entraîne la personne à se tourner vers la partie atteinte de son propre corps et moins vers le monde qui l'entoure : elle se referme sur elle-même. Ces phénomènes s'observent à l'instant même où la douleur surgit.

Les professionnels interrogeant trop longuement une personne sur le type de sensations douloureuses subies, leur fréquence, leurs caractéristiques attirent progressivement l'attention de la personne sur sa douleur, ce qui peut l'accentuer. *A contrario*, il est possible de détourner l'attention d'une personne sur sa douleur si celle-ci n'est pas trop prégnante : des techniques d'hypnose le permettent souvent aisément.

Être concerné représente un pas supplémentaire dans l'attention et permet à une personne de distinguer, d'examiner, de s'intéresser à quelque chose ou à autrui. Si l'humeur et l'attention d'une personne donnent la possibilité d'être disponible, cette disponibilité sera complète seulement si l'homme est concerné par ce qui se dévoile autour de lui.

6. Charles Jousselein, *L'homme douloureux*, Médecine palliative, 2015, 14, p. 118-120.

7. Martin Heidegger, *Être et temps*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de philosophie », 1986.

8. Léon Tolstoï, *La mort d'Ivan Ilitch*, Paris, Stock, « nouvelles », 2004, p. 80.

9. Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 90.

Certes, l'homme est toujours concerné par la douleur qu'il éprouve : « [...] La douleur est une médiation vécue à même la chair, et il faut savoir l'endurer »¹⁰. Dans « il faut l'endurer », Jankélévitch aborde la notion selon laquelle « la douleur est une épreuve à laquelle il faut savoir se soumettre [...] il faut souffrir pour guérir [...] » ; les kinésithérapeutes sont sans cesse confrontés à cette notion. En pratique, si l'expérience douloureuse est intense, la personne peut être paradoxalement peu concernée par ce qu'elle éprouve ; jusqu'à parfois devenir peu observante quant à ses médicaments à prendre, aux exercices à faire ou à éviter, aux démarches à accomplir.

Roger se tenait plié en deux sur sa chaise, les coudes appuyés sur ses genoux, sa tête entre ses mains : il était douloureux et semblait absent. « Écoute ce qu'on te dit, c'est pour ton bien », lui dit son épouse assise à côté de lui. Par un effort important, Roger s'est lentement redressé sur sa chaise affirmant avoir compris nos explications ; du moins il a fait comme si.

Ajoutons que l'altération de l'humeur et de l'attention modifiant la disponibilité de la personne douloureuse s'accompagnent d'une crainte, notamment celle liée à l'intensité de la douleur à venir et sa durée. Pour que cette crainte s'estompe, il faut que la douleur soit vécue différemment. Cette possibilité émergera

au cours d'une rencontre où une autre personne saura accueillir sa mauvaise humeur, l'altération de son attention et la crainte de son devenir.

4. RECONNAÎTRE AU SENS D'ÊTRE RECONNU DOULOUREUX PAR AUTRUI

La personne douloureuse, changée et dégradée, éprouve un sentiment de déshumanisation. Mais une réhumanisation est possible. L'humanisation mise en œuvre par la relation des hommes entre eux, modifie, altère, mais aussi édifie et reconstruit la personne en tant que sujet humain ; ceci au gré de leurs rencontres.

« L'humanisation est le processus permanent de l'existence humaine [...] »¹¹.

10. Vladimir Jankélévitch, *Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien*, « La méconnaissance », Paris, Seuil, « essais », 1980, p. 36.

11. Edmund Husserl, *Sur l'intersubjectivité*, Paris, PUF, « Epiméthée », tome II, p. 323.





FABRICATION FRANÇAISE



Sonde vaginale



Fil souple bananes



N
Fil souple bananes 50 cm



Tampon fil souple



Sonde atrésique



Sonde anale

Fabriqueur depuis plus de 30 ans de sondes de rééducation
CE prises en charge par les caisses d'Assurance Maladie.

DISPONIBLES CHEZ VOTRE DISTRIBUTEUR HABITUEL



E.M.C EVOLUTION
Tél. 04 73 80 14 94 - contact@emc-evolution.com
Toute notre gamme sur : www.emc-evolution.com




Se mettre en réserve pour mieux accueillir.

L'un et l'autre se regardent. Le souffrant, en position basse, accablé et douloureux, demande de l'aide, attend, revendique voire dénonce. Le soignant, en position haute, interrogateur se trouve en position défensive au regard de ce qui lui est demandé : être à la hauteur de sa mission de professionnel.

L'un et l'autre se parlent. La personne douloureuse, souvent peu écoutée, cherche si nécessaire à convaincre, voire exagère. Le professionnel parfois peu assuré au regard de la tâche à accomplir reste sur la défensive.

L'un et l'autre s'écoutent. Mais ni l'un ni l'autre ne savent ce qui est réellement entendu par l'autre. Cette incertitude sera le plus souvent levée au cours de la rencontre.

L'un et l'autre s'éprouvent. Des tensions se développent entre les deux personnes créant « l'ambiance » de la rencontre, laquelle n'échappe ni à l'un ni à l'autre ; ils peuvent tenter de faire comme si chacun n'éprouvait rien de particulier, mais ni l'un ni l'autre n'en sont dupes.

L'observation de cette scène apporte des éléments objectifs mais réducteurs au regard de ce que vit chacun des protagonistes. L'humanisation n'est pas de l'ordre d'un discours d'une procédure, d'un savoir ni d'un savoir-faire. L'humanisation se met en œuvre par la relation qui s'édifie et se développe entre les personnes ; chaque rencontre, imprévisible et potentiellement blessante, se trouve modelée par les circonstances et les enjeux.

Par exemple, aucune commune mesure entre des douleurs de type sciatique liées à une possible compression neurologique par hernie discale, ou une compression similaire mais tumorale maligne, alors que le patient possède malheureusement d'autres métastases d'un cancer très évolué. Les enjeux tiennent aussi une place primordiale notamment ceux liés à une reconnaissance de la pénibilité de son expérience, ou *contrario* ceux induits par une non-reconnaissance de l'altération de soi-même au décours de la rencontre.

Pour permettre une réhumanisation, indispensable dès le début de la rencontre, le professionnel peut essayer de se mettre en réserve quelques instants pour ne pas tomber dans le « piège » de l'efficacité et de la « performance », éviter une réponse hâtive et inadéquate ; pour trouver des ressources qui permettront une action plus juste et de meilleure qualité ; pour se protéger réciproquement avant d'interagir ; pour rassembler ses forces, se mobiliser à bon escient ; enfin et surtout pour offrir une indispensable disponibilité d'accueil et d'écoute dès le début de la rencontre afin de reconnaître la personne douloureuse. C'est-à-dire distinguer les difficultés vécues par celui qui souffre, lui redonner sa place au monde, son identité ; ceci de façon préliminaire à toute initiative à visée thérapeutique. Mais cette reconnaissance n'est possible que réciproque et mutuelle.

La personne douloureuse nécessite en tout premier lieu d'être reconnue par une personne capable de la reconnaître douloureuse : une relation entre une reconnaissance espérée et une indifférence redoutée. Ce phénomène ne provient pas de l'application de techniques ou de procédures, quelles qu'elles soient, ni d'éléments de l'ordre d'un discours, mais de l'expérience singulière de chaque personne au cours des rencontres interhumaines, imprévisibles. Rencontres qui permettent aux hommes de vivre ensemble et influencent la qualité de leur présence au monde. Phénomène vivant et insaisissable dans le mouvement de la vie, dans une actualité constante, présente, passée et future.

EN RÉSUMÉ

Lors de la rencontre d'une personne douloureuse, en pratique, le premier geste d'un professionnel de santé, en particulier d'un kinésithérapeute souvent confronté à cette situation, serait de la reconnaître en se mettant si possible en réserve pour lui offrir une disponibilité d'accueil et d'écoute alors qu'elle est de mauvaise humeur et peu attentive. La personne douloureuse ne manquera probablement pas d'en manifester sa gratitude.