

La douleur d'autrui : allier la philosophie et la science

Charles JOUSSELLIN

Médecin, praticien hospitalier et Docteur en philosophie

Ancien chef de service de soins palliatifs au CHU Bichat-Claude Bernard, Paris

Courriel : charles@joussellin.fr

Aucun conflit d'intérêts

RÉSUMÉ

Prendre en charge la douleur d'autrui ne représente pas une lutte contre un symptôme ou une expérience seulement sensorielle et émotionnelle, mais une rencontre entre deux personnes. Cette rencontre, sous l'angle de la philosophie phénoménologique, décrit les phénomènes vivants qui apparaissent et le sens de ce qui se montre. Pour découvrir et faire une proposition scientifique adaptée et efficiente, le professionnel de santé doit préalablement offrir une disponibilité d'accueil et d'écoute à la personne douloureuse ; et prendre un temps de mise en réserve et d'affrontement au réel en mettant de côté quelques instants son savoir et la rationalité. Une alliance pertinente de la philosophie et de la science au cœur de l'humanité.

MOTS-CLÉS : douleur, phénoménologie, science, rencontre, personne douloureuse.

THE PAIN OF OTHERS : Combine philosophy with science

ABSTRACT

Dealing with the pain of others is not a struggle against a symptom or a sensory and emotional experience, but an encounter between two people. This encounter, from the angle of phenomenological philosophy, describes the living phenomena that appear and the meaning of what is shown. To discover and make an appropriate and efficient scientific proposal, the health professional must first offer an availability to welcome and listen to the person in pain ; and take time to put oneself in reserve and to face reality by putting aside for a few moments one's knowledge and rationality. A relevant alliance of philosophy and science at the heart of humanity.

KEYWORDS: pain, phenomenology, science, encounter, painful person.

◆ INTRODUCTION

Epictète¹, philosophe de l'Antiquité, savait se prémunir de la douleur par la pratique d'exercices de méditation conduisant à l'impassibilité et à l'imperturbabilité. Certes, mais vous conviendrez probablement aujourd'hui que la douleur est un vécu humain universel : la naissance, la vieillesse, la maladie, le traumatisme sont douleurs...

En Occident, la douleur serait devenue inacceptable et la puissante médecine techno-scientifique serait chargée de la combattre. Sa démarche scientifique cherche à objectiver les mécanismes qui provoquent la douleur, afin de s'y opposer par différents médicaments ou techniques. Toutefois, l'objectivation de la douleur au cœur du monde vivant est réductrice et indifférente à la subjectivité et des professionnels de santé et des personnes douloureuses. Comment alors prendre en compte la subjectivité des êtres humains et éviter de chosifier la douleur ?

Un courant philosophique fondé au début du XXe par Edmond Husserl apporte une contribution très pertinente : la phénoménologie. Celle-ci, aujourd'hui très développée dans le monde de la philosophie, consiste à ce qu'une personne observe sans a priori la réalité telle qu'elle lui apparaît. Dans le contexte de la prise en charge de la douleur d'autrui, cette façon de faire, mise en œuvre d'emblée, puis alliée en pratique courante aux technosciences, permet de rendre la démarche bien mieux adaptée et beaucoup plus efficiente. C'est notre expérience depuis plus de vingt ans auprès des personnes gravement malades et douloureuses.

Nous proposons de décrire les apports de la phénoménologie alors qu'un professionnel de santé rencontre une personne douloureuse. Pour ce faire nous répondrons aux questions suivantes : Qu'est-ce qui apparaît lorsque deux personnes se rencontrent ? Quelles sont les conditions de la rencontre et les tensions inévitables ? Que dire de la souffrance et de la douleur ? La personne douloureuse est-elle attentive à nos propositions ? Que dit cette personne et que montre-t-elle ? Que représentent nos intentions et nos initiatives sur un plan éthique ? Comment favoriser une reconnaissance mutuelle et réciproque, indispensable et première lors des soins, quels qu'ils soient ? Comment rester au cœur de l'humanité ? Comment permettre au patient de s'apaiser de façon bien mieux adaptée et plus efficace en utilisant aussi les antalgiques issus de la science moderne ?

Avant de répondre aux questions soulevées, décrivons ce qu'est la phénoménologie, puis la douleur observée sous cet angle.

1 . Epictète, dit Epictète le boiteux, 50-130, créa une école stoïcienne dans les Balkans, à Nicopolis. La tradition rapporte que son maître lui aurait cassé la jambe sans qu'il s'en plaigne, le laissant ensuite boiteux pour le restant de ses jours.

◆ QU'EST-CE QUE LA PHÉNOMÉNOLOGIE ?

La phénoménologie est une approche philosophique qui cherche à appréhender la réalité telle qu'elle apparaît, telle qu'elle se donne à un sujet observateur. L'objet ou le phénomène vivant observés sont analysés, non pas seulement en leur qualité d'objet posé devant soi – objet, du latin *Objectum*, qui est jeté devant – mais aussi par la façon dont cet objet ou ce phénomène vivant apparaissent à l'observateur. La façon dont ils se donnent : ce qu'ils montrent. « *L'objet de la phénoménologie n'est donc pas l'objet au sens où nous l'entendons de manière ordinaire, mais la façon dont celui-ci se donne à nous* »². La phénoménologie est une observation et une description des choses ou des phénomènes et de leur mode d'apparition, indépendamment de tout jugement de valeur. Pour ce faire, le phénoménologue se met en *epoché*, en suspens, sans jugement *a priori* et décrit ce qui se montre à lui.

La recherche scientifique et médicale la plus répandue actuellement tente souvent de mettre la subjectivité de côté, celle du professionnel de santé et celle du patient. La phénoménologie, à l'inverse, décrit les phénomènes vivants qui apparaissent ; le sens de ce qui se montre.

Pour bien comprendre l'intérêt de la phénoménologie, la prise en charge de la douleur est un bon exemple. En effet, la douleur n'est pas un objet qui se présente à nous et qu'il serait possible de prendre ou toucher, d'en faire le tour, de le mesurer. Face à nous, professionnel de santé, médecin, infirmier ou orthophoniste, nous n'observons pas la douleur, mais une personne qui se montre douloureuse, laquelle, de plus, ne nous laisse pas indifférent. Prendre en charge une douleur représente donc une *rencontre* au cours de laquelle un phénomène vivant, la douleur, apparaît par l'intermédiaire d'un être vivant, une personne douloureuse. Cette personne douloureuse se confronte à une autre personne ayant l'intention de prendre en charge sa douleur. Nous sommes au cœur de la vie, entre deux êtres humains, deux personnes, deux sujets. La phénoménologie explore ce qui s'échange lorsque deux sujets se rencontrent : l'intersubjectivité. C'est-à-dire les phénomènes vivants qui s'influencent de façon mutuelle et réciproque. Ce qui apparaît, la douleur, et ce qui se montre au travers de ce qui apparaît, la personne douloureuse.

◆ QU'EST-CE QUE LA DOULEUR ?

Léon Tolstoï décrivait la douleur comme un être vivant : « [...] *tout allait fort bien, car il ne pensait pas à elle, il ne la voyait pas* ».³ Ivan Ilitch parle ici de sa

2 . HENRY M. (2004), *Auto-donation*, Paris, Beauchesne, p. 11-25.

3 . TOLSTOÏ L. (2004) *La Mort d'Ivan Ilitch*, Paris, Stock, « nouvelles », p. 83.

douleur. « [...] soudain elle surgit à travers l'écran ; il la voit. Elle surgit devant lui ; mais il espère encore qu'elle va disparaître »⁴.

Une telle description est intéressante car elle évoque le caractère vivant de la douleur, parfois insupportable, parfois absente. Certes, Tolstoï décrit la douleur au travers de l'imagination d'un magistrat gravement malade, atteint d'un cancer évolué et incurable.

De notre côté, pour décrire la douleur, nous proposons de ne pas reprendre ici la définition internationale de la douleur qui a bien des qualités, mais nous semble aussi trop objectivante et dualiste (expérience sensorielle et émotionnelle ; le corps et l'esprit).

En effet, la douleur est inobjectivable sinon de façon très réductrice. La douleur est un phénomène qui, comme le décrit Léon Tolstoï, peut disparaître d'un instant à l'autre ou au contraire rendre la vie insupportable. Si nous nous tournons vers notre propre expérience douloureuse ou vers celle de personnes rencontrées, force est de constater que la douleur peut accaparer toute l'attention d'une personne et la jeter à terre, la terrasser, comme elle peut s'oublier d'un instant à l'autre à l'occasion d'un détournement de l'attention. Un objet ne peut pas entraîner un tel vécu ; la douleur n'est pas un objet. Elle est indiscernable, insaisissable et inobjectivable. Cela ne remet pas en cause les recherches physiopathologiques et neuroscientifiques d'objectivation de la douleur. Mais en rester là est réducteur et déshumanisant. La phénoménologie prend le parti de décrire ce phénomène vivant sous l'angle d'une rencontre de deux êtres humains dont l'un est douloureux. La douleur n'est donc jamais seulement un symptôme, ni seulement une expérience sensorielle et émotionnelle ou décrite en terme bio-psychosocial... « Évitions de rester camper sur une vision simpliste divisant l'homme en deux. »⁵

La douleur, c'est une personne altérée, changée et dégradée, que nous rencontrons.

Mais alors, comment rencontrer et apaiser cette personne ? Telle est la véritable question à se poser lors de ladite *prise en charge de la douleur*. Sous cet angle philosophique, il semble vain de vouloir *lutter contre*, ou *combattre*, ou *gérer* une personne douloureuse. Et si les mots possèdent un sens, que penser des comités de lutte contre la douleur, de lutte contre les personnes douloureuses, des centres antidouleur, des centres anti-personnes douloureuses...

Quel que soit le point de vue, scientifique et réducteur, ou phénoménologique, la recherche d'une lésion tissulaire responsable de ladite douleur est indispensable. Mais, ici encore, nous pensons que cette recherche sera mieux orientée et

4. *Idem*, p. 84.

5. OSTERMANN G. (2021), « Une psychologie de la douleur », *ONKO+*, numéro 112, décembre 2021, vol 13, p. 152-158.

plus pertinente si, d'emblée, la personne douloureuse est préalablement accueillie, écoutée et observée lors d'une rencontre, plutôt que d'emblée interrogée et les symptômes mesurés. Méfions-nous d'appliquer sans discernement des protocoles trop précis qui interrogent les malades. Méfions-nous de nous-même et de notre désir d'efficacité et de performance... La médecine contemporaine, aussi savante soit-elle, est de plus en plus objectivante et technique, sous la gouvernance des chiffres et des images. Agissant de la sorte, les soins peuvent devenir déshumanisants, et le quotidien des établissements de santé le montre trop souvent. L'évolution de la douleur chez une personne n'est jamais seulement un chiffre comparé à d'autres chiffres, sinon au prix de l'indifférence d'autrui, de son histoire et de sa culture, des circonstances et des enjeux de la rencontre. Une bien pauvre prise en charge de la douleur d'autrui.

Nous proposons ici de suivre les phénoménologues. Mettons-nous en suspens, en *epoché*, laissons temporairement nos *a priori* de côté, de même que notre savoir scientifique, et laissons advenir ce qui se montre à nous lors de la rencontre d'une personne douloureuse.

◆ SE RENCONTRER

Rencontrer une personne douloureuse nous engage dans une relation souvent tendue. Saurons-nous bien prendre en compte la douleur d'autrui ? Laquelle recherche par son regard dans notre regard une reconnaissance de son vécu et une prise en compte de l'altération dans laquelle elle se trouve. En effet, une personne douloureuse est altérée, changée et dégradée. Si toute rencontre entre deux personnes est toujours imprévisible et potentiellement blessante, celle-ci l'est d'autant plus que l'une des personnes est altérée et l'autre en position de lui prodiguer des soins avec prudence. Prudence au sens aristotélicien du terme, c'est-à-dire, autant par le calcul nécessaire pour mettre en œuvre convenablement les soins que par l'attention à autrui pendant et à la suite du soin.

De surcroît, toute rencontre entre deux personnes est nettement influencée par l'histoire et la culture de l'un et de l'autre, de même que par les circonstances et les enjeux de la rencontre pour l'un et pour l'autre.

L'histoire de l'un et l'histoire de l'autre, celle du professionnel de santé et celle de la personne douloureuse, ne sont pratiquement pas connues par l'un et par l'autre. Nous pourrions en percevoir quelques bribes par sa façon d'être, ce qu'il dit, ce qu'il perçoit. Encore faudrait-il y être attentif. De même pour la culture de l'un et la culture de l'autre.

Les circonstances et les enjeux pour l'un et pour l'autre, influencent nettement la qualité des échanges. Le vécu de la douleur d'une personne à la suite d'un traumatisme corporel dépendra beaucoup des circonstances de survenue du trauma-

tisme et des moyens mis en œuvre pour lui porter secours. Très différentes sont les douleurs liées à une banale lésion infectieuse pharyngo-laryngée et celles liées à un cancer récemment opéré à ce niveau. La raison pour laquelle un professionnel de santé est appelé auprès d'une personne malade, potentiellement douloureuse, de même que ses demandes formulées au patient et ses exercices proposés, ne manquent pas d'influencer nettement la douleur et parfois de la provoquer.

Toute rencontre entre deux personnes, entre deux sujets, se déroule « au travers » d'innombrables interactions subjectives réciproques, singulières pour chacun : en intersubjectivité. La pratique soignante se développe dans une rencontre chargée « [...] des émotions associées aux relations d'interdépendance, et les défenses susceptibles d'orienter les réponses vers le réconfort de chacun [...] »⁶

Au cours de cette rencontre à visée soignante, pour le moins à chaque fois singulière et chargée d'émotions, qui est cette personne douloureuse face à nous ? Qu'en est-il de son éventuelle souffrance et de sa disponibilité à nos propositions soignantes ?

◆ SOUFFRANCE

À l'instant même où la douleur surgit en nous, notre regard change. Notre visage s'assombrit. Nos gestes et notre démarche se modifient. Nos pensées s'appauvrissent, de même que la qualité de nos relations à autrui.

Paul Ricœur⁷ décrit la souffrance d'une personne, notamment par son impuissance à agir et à dire. Souffrir représente l'écart entre vouloir et pouvoir : supporter, endurer. La douleur entrave toujours notre agir, mais aussi nos possibilités à « dire la douleur ». Cette douleur est parfois si intense que notre parole se manifeste seulement par des cris, des gémissements, des soupirs. Quant à raconter son vécu, la personne douloureuse réalise elle-même combien le décrire est difficile : une souffrance supplémentaire. « *Le ressenti de la douleur est personnel, intime, il échappe à toute mesure, à toute tentative de le cerner et de le décrire [...]* »⁸ Sans oublier la souffrance que l'homme s'inflige souvent à lui-même devant le jugement négatif qu'il porte à ses difficultés à faire et à dire : une altération de l'estime de soi.

La souffrance se révèle aussi dans la relation réciproque au cours de la rencontre. La douleur est toujours singulière et unique. La personne douloureuse est toujours en grande partie seule avec sa douleur. La douleur n'est pas transmissible. C'est la solitude de la douleur, de la personne douloureuse. La difficulté

6. ZACCAÏ-REYNERS N (2006), « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », *Esprit*, n° 321, janvier, p. 106.

7. RICOEUR P. (1994), « La souffrance n'est pas la douleur » in *Autrement*, n° 142.

8. LE BRETON David (2010), *Expériences de la douleur*, Paris, Métailié, p. 46.

d'en dire quelque chose, parfois même de donner un sens à cette douleur, c'est la souffrance de la souffrance.

Interrogée sur la douleur et la souffrance, une de nos patientes, chez qui la douleur avait accompagné toutes les rechutes de sa maladie, nous répondit : « la douleur n'est jamais seule, la souffrance s'impose toujours ».

Altérée, seule avec sa douleur et sa souffrance, face à nous lors de la rencontre, quelles sont les possibilités d'attention de la personne douloureuse à nos propositions de soin ? Quelle est la qualité de sa présence, sa disponibilité d'accueil, ici et maintenant ?

◆ DISPONIBILITÉ

Pour décrire la disponibilité d'accueil d'une personne douloureuse, changée et dégradée, nous devons nous intéresser à ses possibilités d'attention à ce que nous lui disons et à ce que nous lui proposons.

L'humeur, être de bonne ou de mauvaise humeur, préside à la qualité de la présence d'une personne envers ce qui l'entoure et la sollicite. Une personne douloureuse est le plus souvent de mauvaise humeur, facilement agacée, quand elle n'est pas triste, accablée ou inquiète. « [...] le monde est vu dans une lueur qui, au gré des variations de l'humeur, a ses hauts et ses bas[. . .] »⁹ « Mais il arriva que cette sensation de gêne se fit plus pénible ; 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. »¹⁰

De mauvaise humeur, la personne douloureuse est aussi moins attentive à ce qui l'entoure et la sollicite. Tournant son attention vers la partie lésée et douloureuse de son propre corps, cette personne devient moins attentive à ce qui l'entoure, à ce qu'elle fait. La douleur accapare son attention jusqu'à parfois l'entraîner à moins bien effectuer certaines tâches qui alors lui demandent plus de temps ; voire lui font commettre des erreurs d'exécution. Pour la philosophe Hannah Arendt, la douleur intense peut aller jusqu'à accaparer presque entièrement l'attention de la personne et l'entraîner vers une expérience où elle « disparaît » du monde ; au sens de moins « être parmi les hommes »¹¹. C'est l'emprise de la douleur. Sans aller jusque-là, il faut tout de même noter qu'une personne très douloureuse peut présenter des troubles de l'attention jusqu'à, de façon étonnante, être moins concernée par ce qui lui est demandé ou expliqué.

9 . HEIDEGGER M. (1986), *Être et temps*, Paris, Gallimard, « tel », p. 182.

10 . TOSTOÏ L., *op. cit.*, p. 57.

11 . ARENDT H. (1983), *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Levy, « Pocket », p. 91.

Alors qu'elle est concernée au premier chef, la personne douloureuse peut par exemple devenir moins observante quant aux traitements à suivre. Sa disponibilité d'écoute s'amointrit, ses relations aux autres en pâtissent. Elle n'est plus la même : elle est changée et dégradée.

Ces troubles de l'humeur et de l'attention s'accompagnent souvent d'une inquiétude que vous remarquerez aisément dans le regard de celui ou de celle qui vous regarde.

Une fois encore, constatons que la douleur n'est jamais seulement un symptôme que nous pourrions mesurer. Mais bien plutôt une personne dont l'existence se trouve menacée.

Lorsque nous rencontrons cette personne dans notre exercice professionnel, comment recueillir son vécu ? Sinon par ce qu'elle raconte et ce qu'elle montre dans une relation intersubjective telle que décrite par les phénoménologues.

◆ LA DOULEUR SE DIT ET SE MONTRE

« [...] mes projets vers mes possibilités ont dehors un sens qui m'échappe et que j'éprouve, je suis langage. »¹² L'homme « est » langage. Il s'exprime par ce qu'il dit, par ce qu'il montre, par la qualité de sa présence au monde et par le vécu subjectif de l'un et de l'autre lors de la rencontre. La douleur n'étant pas un objet, elle est incommunicable à autrui, au sens de mettre quelque chose en commun. En revanche, la mise en récit du vécu douloureux par la personne elle-même, l'observation de sa transformation et la qualité de sa présence au monde nous renseignent de façon explicite.

La douleur se dit au sens où elle se raconte à une autre personne. C'est-à-dire par une expérience subjective, singulière, non reproductible à l'identique, et imprévisible tant dans la construction de la syntaxe que dans la forme qu'elle revêt pour se dévoiler. L'intonation, l'attitude et le langage du corps qui l'accompagnent, les aléas de la mise en récit et le vécu intersubjectif de la rencontre.

Elle se montre, quels que soient l'âge et la capacité de communiquer, par la médiation de soi alors que chacun « est » langage au cœur de sa culture, muni de son histoire et influencé par les circonstances et les enjeux en présence lors de la rencontre.

À moins de transformer la douleur en un objet, c'est-à-dire par une démarche déshumanisante, l'autoévaluation par des indices ou des chiffres est pauvre et réductrice, de plus très influencée par le contexte dans lequel la question est posée. L'évaluateur, c'est-à-dire la personne elle-même, ne peut réduire sa propre exis-

12. SARTRE J-P (1943), *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, « tel », p. 413.

tence douloureuse à un chiffre entre le néant, une absence de douleur, et l'infini, la douleur maximale imaginable.

En revanche, l'hétéro-évaluation de la douleur, par exemple à l'aide de l'échelle Doloplus, est pauvre mais bien plus juste si elle est accompagnée d'une écoute attentive et non pas d'un interrogatoire. Lequel devra temporairement être reporté lors de la rencontre de la personne douloureuse.

Quoi qu'il en soit, quelle que soit notre place de professionnel de santé auprès d'autrui, orthophoniste, médecin, infirmière, nos activités doivent avoir du sens pour nous, nous devons penser notre pratique. Pour ce faire, nous proposons de nous interroger simplement sur nos intentions et nos initiatives ; lesquelles doivent avoir du sens et respecter autrui ; d'autant plus que la personne douloureuse est fragilisée.

◆ INTENTIONS ET INITIATIVES

Lors de la prise en charge de la douleur, qui n'est jamais seulement un symptôme mais toujours aussi le vécu d'une personne douloureuse, s'intéresser à ce qui relie les intentions aux initiatives mises en œuvre par le professionnel de santé est indispensable. D'autant plus que cette personne, devenue douloureuse, se trouve moins présente lors de la rencontre, et fragilisée dans son existence. Une réflexion éthique s'impose. Soigner est une profession à risques. En effet, mettre en œuvre des soins passe par des techniques objectivantes, scientifiquement instruites, qui impliquent un pouvoir sur le corps d'autrui. Nous ne devons pas séparer la pratique soignante de l'éthique de la sollicitude : de l'attention et du respect dû à autrui. Un même geste soignant fait dans des conditions différentes peut dériver vers une torture où l'indifférence à la douleur d'autrui, voire la douleur provoquée, tiennent une place importante. Nous devons nous méfier de nous-même. Des dérapages sont possibles et ils ne sont pas toujours liés à des fautes professionnelles. Certains peuvent être induits par des structures sociales ou des consignes inadaptées, parfois avec des arguments de sécurité. Il faut oser juger ce qui nous est demandé de faire. La « banalité du mal » décrite par Hannah Arendt¹³ est toujours possible. Il faut savoir résister et s'interroger sur le sens et la mise en œuvre de nos soins à autrui¹⁴. Une nécessaire réflexion s'impose à tous les professionnels de santé au regard du sens de leur travail. Les investigations complémentaires et les traitements proposés sont-ils adaptés à la singularité de la personne souffrante ? Cette personne douloureuse a-t-elle bénéficié d'un accompagnement adapté ?

13. ARENDT H. (1997), *Eichmann à Jerusalem*, Paris, Gallimard, « folio ».

14. RICOEUR P. (1991), « Préface de Médecins tortionnaires, médecins résistants », in *Lecture 1, autour du politique*, Paris, Seuil, p. 399-404.

C'est pourquoi, de façon simple, se questionner sur nos intentions *et* nos initiatives permet de prendre un peu de recul et penser notre pratique soignante. Chacun sait que l'enfer est pavé de bonnes intentions, c'est-à-dire qu'il ne faut jamais justifier un soin seulement par de bonnes intentions. Nous avons besoin de repères pour guider notre esprit critique, pour appréhender le sens de nos actions soignantes ; c'est une nécessité existentielle.

Pour débiter cette démarche éthique, nous proposons l'exercice de la narrativité. Raconter à quelqu'un, sous quelque forme que ce soit, la rencontre de la personne douloureuse : les paroles partagées, « le dire » de chacun, les gestes et attitudes échangés, « l'agir » de chacun. La narration constitue un acte de réflexion, une position de recul, qui permet une approche du sens des soins prodigués à autrui. Une façon de rester au cœur de l'humanité en prenant soin de soi-même.

Sachant que rencontrer une personne douloureuse est potentiellement blessant pour soi et pour elle, que faut-il faire ou ne pas faire pour trouver un « dire » et un « agir » adaptés à chaque situation ? Comment prendre soin de soi-même et d'autrui lors de cette confrontation.

◆ LA RECONNAISSANCE

Lors de la rencontre, un sentiment de reconnaissance de ce qu'éprouve la personne douloureuse doit se développer dès les premiers moments de la rencontre. Cette reconnaissance, phénomène intersubjectif, s'entend mutuelle et réciproque. Le vécu de la douleur éprouvée par la personne malade doit être reconnu par une autre personne, ici un professionnel de santé, qui lui-même doit être reconnu comme orthophoniste, médecin, infirmière... capable de reconnaître la douleur d'autrui. Dit autrement, un professionnel de santé, reconnu comme tel, doit reconnaître et ne pas douter un instant de la douleur vécue par un malade. Ceci n'est pas seulement une question de paroles ou d'actes, mais un sentiment subjectif vécu par l'un et par l'autre lors de la rencontre, laquelle est toujours intersubjective ; tel est le regard phénoménologique de la rencontre de la personne douloureuse. « [...] *la condition humaine repose par nature sur les liens d'interdépendance entre sujets.* »¹⁵

Tombé d'un train et blessé, Jorge Semprun écrit, alors qu'il vient d'être reconnu par un homme en blanc : « *Je suis redevenu « moi » à cet instant précis, sous le regard attentif de cet homme.* »¹⁶

À défaut, la personne douloureuse peut ressentir un sentiment d'indifférence lorsqu'elle est mal accueillie, interrogée plutôt qu'écoutée, « réduite » à un symptôme contre lequel il faut lutter, plutôt qu'à une personne en difficulté.

15 . PIRARD V. (2006), « qu'est-ce qu'un soin ? », *Esprit*, janvier, p. 80-94.

16 . SEMPRUN J. (1994), *L'écriture ou la vie*, Paris, Gallimard, p. 224.

Le déroulement de la rencontre vers un sentiment de reconnaissance ou vers un sentiment d'indifférence résulte des multiples interactions subjectives qui s'échangent et s'influencent. Ceci ne résulte 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 de la rencontre, imprévisible, tendue, singulière pour chacun. Une dialectique interhumaine entre une reconnaissance espérée et une indifférence redoutée¹⁷. Comprendre ces phénomènes et les introduire dans sa pratique, allier ainsi les sciences humaines, notamment la phénoménologie, aux technosciences, permet une action mieux adaptée et plus efficace. Une démarche, non pas réduite à un savoir et à un savoir-faire, mais à une façon d'être lors de la rencontre d'une personne douloureuse, à la qualité de l'intersubjectivité lors de la rencontre. Laquelle nécessite un temps de mise en réserve pour mieux se confronter au réel, mieux adapter sa prise en charge, mieux apaiser cette personne douloureuse ou éviter de provoquer des douleurs.

◆ SE METTRE EN RÉSERVE

Pour ne pas se précipiter par une réponse hâtive et inadéquate, ne pas tomber dans le piège de l'efficacité et de la performance, ne pas chercher à faire disparaître, voire à cogner sur la douleur, un moment de retenue temporaire s'impose ; résister à notre idéal soignant qui nous pousse parfois à agir ou à réagir trop vite. Se mettre quelques instants en réserve face à une personne douloureuse s'impose, non pas seulement pour se protéger d'une attitude précipitée, mais aussi pour conserver des capacités d'accueil et d'écoute ; pour être disponible et trouver ensemble une réponse singulière.

Du côté de la personne douloureuse, nous avons déjà décrit la moindre qualité de sa présence au monde. Ses troubles de l'attention la rendent moins disponible à ce qu'un professionnel de santé pourrait lui proposer ; lui laisser un peu de temps pour mieux accueillir des propositions à visée soignante, pour l'aider à s'apaiser, pour éviter la douleur provoquée.

Se mettre quelques instants en réserve permet de mieux prendre en compte la réciprocité de la rencontre intersubjective, son caractère temporaire et l'aube d'une promesse. Se mettre en réserve permet aussi de rassembler ses forces, de les regrouper, éventuellement de les restaurer ; pour ensuite les mobiliser à bon escient pour une action plus juste et de meilleure qualité. Un temps indispensable pour mieux se confronter au réel, à la personne douloureuse.

La mise en réserve se rapproche de l'époché, de se mettre en suspens, en arrêt. Attitude conseillée par les phénoménologues qui permet de suspendre temporairement tout jugement *a priori* pendant l'observation des phénomènes qui se

17 . JOUSSELLIN C. (2016), *L'Homme de la douleur*, Paris, Connaissances et savoirs.

montrent. Ce n'est pas une conscience réfléchie qui révèle le phénomène, c'est une « *conscience non réflexive [...] un cogito préréflexif qui est condition du cogito cartésien.* »¹⁸ Face à la douleur d'autrui, la mise en réserve que nous proposons permet d'écouter et d'observer sans *a priori* ce qui se dit et se dévoile. Un temps nécessaire qui représente aussi un affrontement à la réalité : aux multiples tensions qui se développent et s'échangent de façon intersubjective entre deux personnes ; particulièrement lorsque l'une est une patiente, douloureuse ou potentiellement douloureuse, et l'autre un professionnel de santé.

◆ UN TEMPS D'AFFRONTEMENT AU RÉEL

Le temps d'affrontement au réel désigne ici la rencontre d'une personne douloureuse par un professionnel de santé, alors que sa mission est de l'apaiser ou d'éviter de provoquer des douleurs lors des soins. Ce réel, apaiser autrui ou éviter de provoquer des douleurs, résistera d'autant plus que nous ne prendrons pas un temps suffisant de mise en réserve, puis un temps de lutte contre la résistance du réel. Cette lutte engage les deux personnes de façon subjective, mutuelle et réciproque, par ce qu'elles disent, ce qu'elles montrent, la qualité de leur présence et la subjectivité de leur propre corps. Notre corps et celui d'autrui ne sont jamais seulement des objets, ils sont vivants. Nous travaillons au cœur de l'humanité, « [...] à partir de la proximité de l'Être. »¹⁹ Une réalité enfin prise en compte par la phénoménologie, laquelle doit s'allier à la science et ses évolutions.

Si nous observons le travail vivant tel que le décrit Christophe Dejours²⁰, cette rencontre que nous tentons de décrire représente bien, pour nous professionnels de santé, une lutte contre la résistance du réel avec notre propre corps. Celle-ci se manifeste par notre difficulté à trouver une solution à proposer : un temps au cours duquel nous éprouvons nos échecs, l'endurance à ces échecs, nos tentatives renouvelées, notre souffrance. Mais ce temps au cours duquel nous cherchons une solution deviendra fécond si nous parvenons simultanément à mettre de côté quelques instants notre savoir scientifique et la rationalité. Un temps où nous ne cherchons pas à trouver dans notre savoir les innombrables possibilités à une situation à chaque fois singulière. Le professionnel de santé possède ce savoir, mais il se trouve en difficulté dans une rencontre à chaque fois singulière. C'est tout à fait banal et normal. Il doit faire confiance à son savoir qui va lui permettre de trouver une façon d'agir. Le professionnel de santé doit accepter ce temps d'échanges avec la personne, cet affrontement au réel qui résiste, lequel permettra au bout d'un certain temps, le surgissement d'une solution toujours « neuve », parfois surprenante, mais décisive ; au sein d'une situation toujours singulière. Si

18 . SARTRE J-P Sartre, *op. cit.*, p. 19.

19 . HEIDEGGER M. (1966), « Lettre sur l'humanisme » in *Question III*, Paris, Gallimard, p. 120.

20 . DEJOURS C. (2021), *Ce qu'il y a de meilleur en nous, travailler et honorer la vie*, Paris, Payot, 2021.

l'orthophoniste, le médecin ou l'infirmière se font confiance, et ils le peuvent car ce sont des professionnels savants et compétents, alors ils accepteront de vivre ce moment particulier de l'affrontement au réel pendant lequel ils cherchent une réponse pour bien accomplir leur mission. Ce faisant, ayant mis de côté quelques instants son savoir rationnel et scientifique, acceptant d'éprouver quelques instants la difficulté de ne pas trouver tout de suite la solution, le professionnel vivra une expérience intersubjective entre deux sentiments extrêmes : d'une part celui de renoncer à cet effort d'affronter le réel associé à la jouissance d'abandonner cette lutte, d'autre part le désir de trouver une réponse adaptée et la jubilation de la maîtrise. Un chemin audacieux entre ces deux extrêmes ; une dialectique au cœur du « travail vivant », une rencontre intersubjective riche de possibles qui surprendra le professionnel par sa propre compétence. Autrement dit, éviter la précipitation, se méfier de son propre désir de performance et d'efficacité, résister au diktat des protocoles, des indices et des cadences.

◆ CONCLUSION

Objectiver et mesurer un phénomène vivant tel que la douleur est une démarche réductrice. Prendre en charge une douleur représente surtout une rencontre intersubjective entre un soignant et un soigné. Une rencontre, tendue et potentiellement blessante, qui demande au professionnel de santé de se mettre quelques instants en réserve pour offrir d'emblée une disponibilité d'accueil et d'écoute à une personne douloureuse, altérée, changée, dégradée, de mauvaise humeur, moins attentive et angoissée. Une démarche humaniste dans la proximité et le souci d'autrui, où les intentions et les initiatives du professionnel de santé nécessitent prudence et vigilance.

Débuter par cette démarche incontournable et respectueuse d'autrui et de soi-même, puis, progressivement, y allier les avancées de la médecine technoscientifique, revient à prendre un chemin audacieux, beaucoup mieux adapté et plus efficient, lequel permettra à autrui de s'apaiser ; et ne manquera pas de faire part de sa gratitude.

◆ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARENDE, H. (1983). « *Condition de l'homme moderne* », Paris, Calmann-Levy, « Pocket ».
- ARENDE, H. (1997). « *Eichmann à Jerusalem* », Paris, Gallimard, « folio ».
- DEJOURS, C. (2021). « *Ce qu'il y a de meilleur en nous, travailler et honorer la vie* », Paris, Payot.
- HEIDEGGER, M. (1986). « *Être et Temps* », Paris, Gallimard.
- HEIDEGGER, M. (1966). « Lettre sur l'humanisme » in *Question III*, Paris, Gallimard.
- HENRY, M. (2004). « *Auto-donation* », Paris, Beauchesne.
- JOUSSELLIN, C. (2016). « *L'Homme de la douleur* », Paris, Connaissances et savoirs.
- LE BRETON, D. (2010). « *Expériences de la douleur* », Paris, Métailié
- OSTERMANN, G. (2021). « Une psychologie de la douleur », *ONKO+*, numéro 112, décembre 2021, vol 13, p. 152-158.
- PIRARD, V. (2006). « Qu'est-ce qu'un soin ? », *Esprit*, janvier, p. 80-94.
- RICOEUR, P. (1991). « Préface de Médecins tortionnaires, médecins résistants », in *Lecture 1, autour du politique*, Paris, Seuil.
- RICOEUR, P. (1994). « La souffrance n'est pas la douleur », in *Autrement*, n° 142.
- SEMPRUN, J. (1994). « *L'écriture ou la vie* », Paris, Gallimard.
- SARTRE, J.-P. (1943). « *L'Être et le Néant* », Paris, Gallimard.
- TOSTOÏ, L. (2004). « *La Mort d'Ivan Ilitch* », Paris, Stock, « nouvelles »
- ZACCAÏ-REYNEERS, N. (2006). « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », *Esprit*, n° 321, janvier.