

Les réunions pluri disciplinaires et inter disciplinaires dans le champ de la douleur.

« Quand je suis fragile, c'est alors que je suis plus fort » (2 corinthiens 12, 10)

Dr. Olivier BREDEAU (1)

1- Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur. Hôpital Carémeau. C.H.U. NÎMES

Dans les années 1990, la clinique de la douleur a nécessité une élaboration une construction par le travail ensemble de professionnels de santé de compétences diverses. Les professionnels de santé ont compris que vouloir soigner, écouter un patient douloureux devait se faire à plusieurs, s'élaborer en travail pluridisciplinaire. Cette pratique s'est manifestée à travers les équipes mobiles « douleur », puis les consultations pluridisciplinaires des structures douleurs, et maintenant dans tous les groupes de travail sur la douleur, dans les groupes pour l'amélioration des pratiques cliniques et de soins de la douleur, dans la société savante, dans le développement de savoir infirmier, de savoir psychologique, de savoir-faire dans les différentes disciplines de la médecine...

Ce savoir-faire s'est construit en intégrant la définition même de la douleur « *comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme de tel dommage* » (IASP 1995). Le contenu de cette définition met en balance douleur et émotion, voir douleur et souffrance. Cette définition précise le cadre de travail du soignant mais produit un en tension un savoir basé sur le somatique et savoir basé sur la psyché. Il ne s'agit pas d'une superposition de savoir, c'est d'abord un dialogue permanent entre soma et psyché qui renvoi au subjectif de la plainte, au sujet et à l'incertitude qui lui est associée. D'où la nécessité de faire vivre la pluridisciplinarité et interdisciplinarité comme consolidation, comme ciment de nos limites et de nos fragilités pour mieux comprendre le malade douloureux, la plainte de celui qui souffre.

Il nous faut réfléchir la dynamique, les difficultés Le travail ensemble produit une dynamique et des difficultés mais aussi une valorisation de l'action et l'enrichissement pour chaque acteur de cette constution d'équipe pluridisciplinaire ; nous sommes ainsi plus forts de la connaissance nos limites individuelles.

Pour vivre ce travail en équipe, il nous semble indispensable pour les acteurs de santé qui participent à ces équipes participent à la construction d'une éthique commune. Cette

philosophie de pensée harmonieuse serait basée sur trois concepts associés à la clinique de la douleur : le sujet douloureux, la fragilité du patient douloureux, et sens de la vie du malade douloureux.

Nous aborderons la question du ***sujet douloureux et de la subjectivité*** dans la douleur par la pensée de Georges Canguilhem exprimée dans son ouvrage « *le normal et le pathologique* ». Georges Canguilhem avait un grand intérêt pour la douleur qui représentait une différence importante avec la maladie. « *Voir dans toute maladie un homme augmenté ou diminué, c'est en partie se rassurer* ». Parler de la maladie nous éloigne du sujet, le symptôme la douleur nous confronte à sa subjectivité à sa propre définition de sa douleur et nous place dans notre incertitude à la décoder à la comprendre.

Il n'y a pas de norme. Lors que nous évaluons une douleur, nous faisons appel à la subjectivité du malade qui doit ainsi signifier l'absence de douleur ou la douleur la plus forte imaginable pour lui. Il peut être difficile pour le malade de s'autoévaluer de préciser son ressenti sans se comparer. Pourtant en acceptant sa parole comme une certitude nous respectons le malade et sa plainte. « *C'est le sujet qui détermine la frontière entre le normal et le pathologique dès qu'il éprouve un pathos, c'est-à-dire un sentiment d'anormalité ...* ». C'est le malade qui est douloureux, c'est son autoévaluation qui quantifie sa douleur, c'est l'hétéro évaluation sans préjuger qui la rend crédible à nos yeux. Nous avons ainsi en équipe cette conscience commune de l'importance de l'écoute de la plainte douloureuse comme élément fondateur de notre approche clinique. Nous ne mettons pas en doute les données du sujet, nous intégrons sa subjectivité dans la compréhension du processus douloureux.

Nous abordons un autre pilier de notre relation au malade qui est ***le principe de fragilité***. Nous nous fonderons sur la pensée de Paul Ricœur. « *La fragilité est constitutive de notre humanité, elle devient un principe éthique qui fonde l'agir...* ». La fragilité du malade douloureux nous oblige et nous renvoie à notre propre fragilité et suscite en nous le sens de notre responsabilité. Reconnaître la souffrance de l'autre est indispensable à la pratique clinique. Cette altérité nous fragilise, nous questionne et nous renvoie à nos limites humaines et professionnelles. Les anglo-saxons ont défini le care pour le différencier du cure, le care est ce prendre soin qui contient la plainte et la souffrance de l'autre malade. Nous savons qu'il plus facile pour de présenter le cure comme une certitude d'un mieux-être,

d'une espérance. Le care traduit plus un savoir être qu'un savoir-faire , il nécessite de notre part une conviction que l'écoute et la simple présence est un pansement à part entière. Nous parlons souvent des « pains barriers », de ces soignants privilégiant l'agir en oubliant de voir derrière le corps malade une personne en souffrance. Cette souffrance est pourtant la même pour tous, nous sommes tous égaux devant son emprise, la reconnaître dans l'autre c'est faire acte de fraternité. Cette position d'altérité devient encore plus indispensable avec le sujet fragile : l'enfant, la personne âgée, le malade handicapé, le malade fragile. Confronter l'incertitude de nos actions et l'associer à une posture d'altérité et de fraternité consolide la relation soignant –soigné au cœur de notre humanité.

Enfin il nous faut aborder le **sens de la vie pour le malade associé à l'expérience**

douloureuse. Pour mieux le comprendre, nous allons citer deux passages de

« l'anthropologie de la douleur » de David Le Breton « Mais en cas d'échec, et particulièrement de douleur chronique, le médecin ou l'entourage doivent savoir interroger la signification de la plainte. La douleur est alors dans la vie avant de faire corps avec l'individu. Elle relève de la dimension symbolique et la raison physiologique n'en épuise pas toute la signification. »

« La douleur n'est pas seulement un fait physiologique, elle est d'abord un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre, mais l'individu dans le sens et la valeur de la vie. »

La médecine et notamment le savoir somatique ne résume pas nos connaissances de la douleur et de son retentissement. Il y a une signification de la douleur au-delà du corps qui souffre et qui interroge le sens profond de la vie .Très vite pour la maladie douleur chronique nous avons réfléchi autour du modèle biopsychosocial. Il ne s'agit pas de stratifier les actions des différents professionnels de santé : médecin, infirmier, psychologue, assistante sociale, ... mais de faire vivre une interdisciplinarité dont la quête commune serait le sens de la vie pour le malade, sa qualité de vie comme seul objet de l'amélioration et la satisfaction de travail avec un patient douloureux. Ce travail commun autour du malade douloureux va permettre de faire progresser nos savoirs respectifs de la connaissance d'autre discipline et ainsi de mieux respecter sa place.

Notre propos est volontairement limité mais il pourrait se résumer à une proposition de Charles CUNGI contenu dans le concept d'alliance thérapeutique . Il propose que les soignants en contact avec le patient doivent développer :

« - Une dimension affective : une relation empathique (centré sur la réalité que vit le patient), authentique (être assez à l'aise avec le ou les patients, assez à l'aise avec ses propres émotions) et chaleureuse (le thérapeute doit éprouver de la sympathie pour le ou les patients) - la dimension professionnelle : disposer d'un statut et de compétences »

C'est-à-dire pour la douleur connaître parfaitement les données factuelles sur la douleur, son analyse, ses facteurs de chronicisation, ses traitements médicamenteux et non médicamenteux, avoir une attitude qui permet d'écouter le malade, de recevoir sa plainte et de l'analyser sans jugement pour contenir la souffrance sans rejet mais sans adhésion à la juste distance.

Travailler ensemble dans une incertitude clinique c'est d'abord avoir une éthique professionnelle commune associant humanité, fraternité et solidarité. Il ne s'agit pas d'un code ou de règle mais d'un engagement individuel garant du respect du patient et de la conscience de notre fragilité et l'incertitude nos propositions constructives du travail en équipe et de l'interdisciplinarité.

- 1- Georges Canguilhem : « le normal et le pathologique » 1966 édition Puf
- 2- Paul RICOEUR : « la souffrance n'est pas la douleur » ; revue Autrement « souffrances », n° 142, février 1994
- 3- David LE BRETON « anthropologie de la douleur » ; Edition Métailié, 2006
- 4- Charles CUNGI « l'alliance thérapeutique » Edition Retz , octobre 2006