



Haute École
Léonard
de **Vinci**

Certificat Haute École multidisciplinaire en algologie

Rapport du stage effectué au Centre de la Douleur Chronique du
CHR Citadelle de Liège

Hachez Jean
Kinésithérapie
Printemps-été 2021

1. Présentation du fonctionnement de l'équipe

Le stage a été réalisé au Centre de la Douleur du site « Sainte Rosalie » lié au CHR Citadelle de Liège.

L'équipe se compose de 6 médecins (anesthésistes, généraliste, médecine physique, psychiatre), d'une infirmière, de 2 psychologues, de 2 kinésithérapeutes, d'une ergothérapeute et d'une secrétaire.

Certains médecins ainsi qu'un psychologue proposent des séances d'hypnose, une psychologue propose des cycles de 8 séances en groupe de méditation de pleine conscience, l'infirmière, les kinés et l'ergothérapeute proposent divers ateliers, séances en groupe (voir infra).

Un vendredi matin par mois, durant une heure, deux médecins (dont la coordinatrice du service) rencontrent l'infirmière et un kiné pour discuter des situations rencontrées. Un jeudi après-midi par mois, durant une heure, l'autre kiné et l'ergothérapeute rencontrent deux autres médecins pour parler de cas communs. Trois fois par an, l'ensemble du service se rassemble et discute de points organisationnels, de desiderata, d'idées pour l'avenir, ... L'équipe est chapeauté par une médecin coordinatrice, désignée par la direction du CHR Citadelle et qui rend des comptes auprès de cette direction.

Du point de vue du patient, le chemin est le suivant : suite à son premier appel téléphonique, un questionnaire est envoyé au patient qui le renvoie rempli au service où il sera analysé. Selon cette analyse, le patient, soit recevra un rendez-vous direct pour une infiltration, soit un rendez-vous chez un médecin algologue, soit il recevra une convocation pour assister à une séance d'information organisée par le service et un rendez-vous chez le médecin algologue. La séance d'information se tient une fois par mois et est animée par l'infirmière, un kiné et un médecin. Dans la foulée de cette séance et avec l'accord du médecin algologue, le patient décidera ou non de s'engager dans le processus interdisciplinaire proposé.

Ce processus interdisciplinaire comprend une quinzaine de séances, sans participation financière de la part du patient (la seule participation financière est lors de la visite chez le médecin algologue). Ces séances, étalées sur 3 mois à raison d'une ou deux par semaine, comprennent : un test de condition physique, des séances proposées par les kinés et l'ergothérapeute (voir infra), un atelier de nutrition.

Au besoin, en cours de processus et après avoir rencontré l'infirmière et/ou un médecin, la personne pourra rencontrer le psychologue ou intégrer le groupe de méditation de pleine conscience.

Kinésithérapie

Lors de la première séance, le kiné fait passer un test à l'effort (sur vélo et/ou à la marche) qui servira de référence pour la suite : déterminer le niveau du groupe de réentraînement à l'effort auquel la personne participera et la base du calcul des objectifs à atteindre. À la fin de la quinzaine de séances, la personne repassera le test pour apprécier l'évolution.

Le kiné demandera également au patient, après explications, de répertorier par ¼ d'heure dans un tableau toutes ses activités depuis le lever jusqu'à son coucher. Le kiné collectera les tableaux et calculera les METs, les dépenses énergétiques du patient sur 24h.

Ce calcul aura plusieurs objectifs : un, prendre connaissance de la situation du patient en termes d'activités physiques quotidiennes à un moment « t » ; deux, avoir une base à partir de laquelle définir des objectifs et un programme pour la vie de tous les jours afin d'augmenter si besoin le niveau d'activité physique ; trois, cela pourra servir de base pour une évaluation dans le temps ; quatre, cela aidera pour le fractionnement des activités si nécessaire.

Ensuite seront proposées une douzaine de séances dont : réentraînement à l'effort sur cycloergomètre et/ou tapis roulant, exercices actifs sur tapis qui mobilisent l'ensemble du corps, exercices actifs avec poids, séances de postures, de stretching et de conscience corporelle, séances de yoga et de conscience respiratoire, séances de marche nordique (en extérieur). Des listes des exercices réalisés lors des séances et à faire à domicile sont proposées aux participants. Des références bibliographiques ou à propos de vidéos ou de sites internet sont également proposées.

Au cours de toutes ces séances, à l'occasion de questions posées par les participants, des moments de « psychopédagogie », d'éducation à la santé sont pris pour aider les personnes à gérer leur vie quotidienne avec/malgré leurs douleurs.

2. Réflexions à partir de ce stage

Je tiens ici à faire quelques remarques et réflexions par rapport au fonctionnement du service et à ce que j'ai pu observer.

Premièrement. Le service m'ayant très bien accueilli, j'ai pu rencontrer et/ou suivre beaucoup d'intervenants de formations diverses (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeute, infirmière, psychologue). Grâce à cela, j'ai pu apprécier les particularités de chacun et leur façon d'envisager leur intervention dans le processus offert par le service pour lequel ils travaillent.

J'ai pu faire le constat que derrière l'apparence d'une grande cohérence, en fait j'étais face à une grande diversité d'approches. Différentes anthropologies, différentes conceptions de l'humain, différentes conceptions du soin et du statut-même de la douleur chronique pouvaient coexister.

Par exemple, sur l'expression de la douleur. Quelle place le professionnel laisse-t-il à l'expression de la douleur ? Encourage-t-il son expression ? Redirige-t-il la personne dans une autre direction ?

J'ai pu observer différents points de vue qui se tiennent mais qui néanmoins témoignent d'obédiences différentes.

Pour un professionnel, il s'agira de pouvoir accueillir son expression et même de pouvoir demander des précisions quant à sa description, d'inciter la personne à la décrire de façon métaphorique. L'idée ici opérante est que l'expression la plus précise possible de vécus

contribue à l'amélioration de la situation du patient qui sent que du sens a été partagé et qu'un professionnel l'a aidé dans cette élaboration de sens. Une expérience pénible a pu être partagée avec un autre, professionnel de la santé de surcroît. L'isolement de la personne auquel renvoie régulièrement la douleur chronique est un petit peu rompu, le fardeau de la personne se trouve moins lourd car partagé et accueilli par un autre.

Pour un autre professionnel, il s'agira par contre d'être réservé quant à questionner le patient à propos de ses douleurs. L'idée directrice sera ici de ne pas donner trop de place aux douleurs et à leur expression mais par contre, il s'agira d'encourager ce qui va bien ou mieux. Il s'agit d'encourager certains comportements et de faire en sorte que certains autres s'épuisent. Dans ce cas-ci, l'observation de la douleur aura néanmoins un rôle mais sera envisagée dans une perspective utilitariste : elle nous permettra d'orienter le patient vers « plus » ou « moins » de « ceci » ou de « cela ». Il s'agira d'apprendre au patient à la « coter » (avec l'EVS p.e.) avant, pendant et après une certaine activité pour que cette cotation le renseigne sur le dosage juste de cette activité dans le quotidien de cette personne en particulier.

Nous pouvons voir par ces deux exemples comment deux anthropologies sont opérantes : l'une trouvant ses racines dans les psychothérapies humanistes et l'autre tirant plutôt son inspiration de la psychologie comportementaliste. Ni la première, ni la seconde n'a raison sur l'autre.

On pourrait se demander pourquoi permettre cette cohabitation au premier abord constituée d'antagonismes. Personnellement, j'ai trouvé intelligent de pouvoir proposer cette diversité d'approches à l'intérieur d'un même service. Au niveau de l'équipe soignante, cela permet d'entretenir une tension dialectique fertile, porteuse d'évolution. Et du côté des patients, cela permettra à certains de pouvoir plus « accrocher » avec l'une ou avec l'autre, de pouvoir s'identifier à une approche plutôt qu'à l'autre.

Je voudrais mettre ces deux perspectives en lien avec une observation faite par le neurologue français Nicolas Danziger lors d'une de ses conférences¹. Pour ce dernier, quand nous sommes témoin de la douleur de quelqu'un (un proche, un patient, ...), nous pouvons vivre cela comme une sorte d'effraction. Nous sommes convoqué à un endroit très inconfortable de notre être, nous pouvons ressentir de l'*insupportable* et cela peut créer chez nous de l'aversion vis-à-vis de cette situation, de cette personne, de ce qu'elle nous partage. Et en même temps cela va convoquer notre sens de la responsabilité. Et je pense que les deux options décrites plus haut sont, entre autres, deux réponses que notre société, et à une plus petite échelle ce Centre de la Douleur Chronique, ont façonnées pour « organiser » notre réponse face à cet *insupportable* qu'est la douleur d'autrui.

Deuxièmement. Je voudrais initier une réflexion qui m'est apparue à l'occasion de ce stage et du visionnage de la conférence du Dr Nicolas Danziger (cf. supra) dont le titre était : « La douleur : idées reçues et malentendus ».

L'exposé visait à répertorier d'un côté, les croyances du patient qu'il s'agirait de déconstruire et de l'autre côté, les biais de perception et de jugement des soignants par rapport à la douleur des patients. Comme soignants, il serait bon d'avoir ces biais présents à l'esprit quand nous abordons un patient douloureux.

¹ https://www.youtube.com/watch?v=qEZxt_lyo

Au cours de son exposé, le Dr Danziger décrit les ingrédients d'une scène « soignant-soigné » qui ne peut que mal se passer dans la mesure où tout est là, de chaque côté, pour que ça se passe mal : dans un contexte de douleurs chroniques, les patients ont des croyances qui entravent l'amélioration de leur situation et les soignants ont, malgré eux, sur leur nez des « lunettes » qui biaisent leur jugement. Il ne peut y avoir que « malentendu » !

Pour étayer sa réflexion, il part d'une observation faite par l'essayiste américaine Elaine Scarry dans son livre "The Body in Pain". Elle y pose que

So, for the person in pain, so incontestably and unnegotiably present is it that 'having pain' may come to be thought of as the most vibrant example of what it is to 'have certainty', while for the other person it is so elusive that 'hearing about pain' may exist as the primary model of what it is 'to have doubt'. Thus pain comes unsharably into our midst as at once that which cannot be denied and that which cannot be confirmed.²

Notre position de soignant devra toujours composer avec cet ingrédient qui ne manquera pas de nous venir, malgré nous, devant chaque situation clinique : le doute relatif à la douleur que l'autre expérimente (« est-elle aussi intense que ce que cette personne a l'air de vouloir me montrer, me dire ? », ...). Et le patient de son côté, à l'opposé, est quant à lui *certain* de ce qu'il vit, il n'y a pas de doute. Face au constat que tous les ingrédients sont là pour que les deux protagonistes ne puissent pas vraiment se rejoindre, me vient à l'esprit cette adorable formule anglaise qui ne manque pas d'humour : *What could possibly go wrong ?*

C'est à mon avis dans cette *impossibilité*, dans ce grand *malentendu* que réside toute la difficulté du travail en algologie et que j'ai pu constater au cours de mon stage au CHR.

Et le Dr Danziger de nous encourager à garder à l'esprit, de façon permanente, tous ces biais de jugement, tous ces parasitages qui renforcent nos doutes quant à la situation de l'autre, afin de les dépasser et tenter d'aller au plus près d'où l'autre se trouve. Pour diminuer la souffrance du patient, il s'agit de réduire le fossé entre le patient et le soignant.

Au cours du stage au Centre de la Douleur, il m'a semblé pouvoir observer une autre manière de parler de ce fossé, de ce malentendu. J'ai pu assister à l'un ou l'autre échange entre patient et soignant où j'avais la sensation que les protagonistes ne parlaient pas la même langue. M'est venu alors une autre approche pour décrire l'origine des polarités à l'œuvre dans cette tension potentiellement présente en consultation d'algologie.

D'un côté, nous aurions un patient, qui vient avec toute son histoire, sa trajectoire, sa subjectivité et sa souffrance. Qui nous parle de son corps, de ses douleurs, de ses difficultés. Nous sommes entraînés dans sa situation particulière. Il nous fait contacter le chaotique, le rebelle, le résistant de sa santé, de son (dés)équilibre. Le patient nous parle depuis ce corps éminemment subjectif, traversé par ses contradictions, ses espoirs et désespoirs, ses pulsions, ses aspirations, ses échecs et ses deuils. Depuis ce que nous appelons après Merleau-Ponty son corps propre, sa chair. La langue allemande parle de *Leib*.

De l'autre côté, il y a nous, les professionnels de la santé. Nous avons étudié un autre corps. Nous avons étudié un corps réduit à ses dimensions objectives et objectivables. Nous avons étudié à partir de squelettes et disséqué des cadavres. Nous mesurons, nous pesons, nous calculons, nous anticipons. Nous tentons d'extraire des normes, de corréler des observations, de reproduire des situations, de guetter des répétitions. Nous sommes très loin de la vie

² SCARRY, E., *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World.*, Oxford University Press, New York, 1985, p. 4.

spontanée, comme elle sort à sa source. Le corps que nous avons étudié est un corps à 3 dimensions, un corps objectif. La langue allemande parle de *Körper*.

Le « malentendu » pourrait donc se re-formuler ainsi : le patient parle depuis et avec la langue du *Leib* et nous l'écoutons depuis les concepts du *Körper*. Nous ne parlons pas la même langue. *What could possibly go wrong ?* Si nous campons sur nos positions, nous ne pourrons pas nous rejoindre. Et la consultation sera usante pour les deux parties. Qu'est-ce qui pourra faire langage commun ? Comment pourrons-nous comprendre ? Comment allons-nous l'un et l'autre intégrer ce que l'autre nous dit ? De quel corps et depuis quel corps parlons-nous ?

Pour nous aider dans cette réflexion, je propose de faire appel au philosophe Baptiste Morizot, qui dans un tout autre domaine, propose le concept de « diplomate » pour désigner celui qui permet une meilleure relation, une meilleure articulation entre humains et monde sauvage, entre *domestique* et *sauvage*.

Le diplomate ici ne représente pas son camp, il le présente ; il ne défend pas ses intérêts, mais les intérêts de la relation.³

Dans le domaine qui nous intéresse, il s'agirait donc d'être des *diplomates*, de ne pas chercher coûte que coûte à *représenter* et défendre notre conception des choses, notre langue, notre médecine scientifique qui cherche à mesurer un *Körper* mais plutôt à exposer ce qu'elle dit et la *présenter* au patient. Parallèlement on cherchera à prendre soin de la relation pour ensuite se laisser toucher par la langue de l'autre (celle du *Leibe*) et de nous y ouvrir.

Le problème n'est pas pour le traducteur de trouver dans sa langue un correspondant parfait à ce qu'il voit dans la vie de l'étranger, mais à laisser passer jusque dans sa langue les mots, les manières de plier la vie, les attitudes de l'étranger, pour qu'ils viennent enrichir son propre idiome de significations nouvelles et autrement inaccessibles.⁴

Nous pourrions alors nous laisser pénétrer par le monde de l'autre, ses représentations, ses limites, nous pourrions goûter un peu de sa réalité et réciproquement.

Voilà donc différentes petites réflexions qui me sont venues pour illustrer les lignes de tensions que j'ai pu sentir traverser les rencontres patient-soignant lors de mon stage et dans ma pratique privée. Ces réflexions pourraient peut-être partiellement expliquer en quoi les consultations en algologie peuvent être parfois éprouvantes. Le malentendu n'est jamais loin. La remise en question, le réajustement non plus. Peut-être pourrions-nous essayer d'être des diplomates ... ?

³ MORIZOT, B., *Les diplomates. Cohabiter avec les loups sur une autre carte du vivant.*, Ed. Wildproject, coll. Domaine Sauvage, 2016, p.34.

⁴ op. cit., p.60.