

La douleur du sujet âgé : une expression de la singularité qui interroge nos pratiques collectives

The pain of the elderly: an expression of the peculiarity, which questions our collective practices

“De quelques désespoirs qu’une âme soit atteinte, la douleur est toujours plus forte que la plainte”.

Ce vers de Jean de La Fontaine exprime simplement tout l’écart qui peut exister entre la réalité de la douleur, son ressenti par le patient, et la plainte qu’il exprime. Longtemps ces trois aspects de la douleur ont été considérés comme obligatoirement relatifs, proportionnés et cohérents. Ceci est vrai dans la grande majorité des cas. D’ailleurs la correspondance entre le ressenti, le niveau de la douleur et la plainte est intrinsèque à l’utilisation des échelles de type échelle visuelle analogique ou échelle visuelle simple. Même lorsqu’il y a discordance entre ces trois aspects, ce qui est fréquemment le cas chez la personne âgée, il vaut mieux utiliser ces échelles avec leur risque d’incertitude plutôt que de ne pas s’enquérir de la douleur chez le patient.

Mais la connaissance que nous avons des personnes âgées présentant une altération cognitive, même légère à modérée, nous a fait percevoir progressivement la discordance parfois importante qui peut exister entre une absence de plainte, une douleur réelle parfois importante et un ressenti inexplorable. Mais, doit-on traiter par excès des douleurs devant des signes variables allant du retrait de membres, de la confusion, ou même de la modification simple du comportement ? Doit-on multiplier les échelles utilisant tous les artifices du comportement du patient par analogie à celle du nouveau-né, associée à une évaluation d’équipe. Ces questions ne sont pas résolues et en tout cas ne peuvent avoir une réponse unique quelles que soient les circonstances. Mais beaucoup reste à faire sur l’évaluation de la douleur. La rencontre interprofessionnelle au sein d’une unité avec le partage de ce qui a été observé, en ayant soin que la parole des aides-soignants soit valorisée, est, sans doute le plus sûr moyen pour évaluer ce que peut représenter la douleur pour une personne donnée. Mais ces évaluations interprofessionnelles se heurtent aux

effectifs soignants, à leur disponibilité à un temps donné et à la difficulté à permettre une formation adaptée des équipes de gériatrie. Mais ne nous payons pas de mots ! Ce travail en commun, même si ces conditions sont réunies est un travail à long terme, il se heurtera à la volonté des particularismes de chaque profession, de chaque compétence, ou de chaque discipline. Le travail entre professionnels qui acquièrent une culture commune s’opposera également à certaines visions du management hospitalier qui aimerait que tout professionnel soit interchangeable afin de pouvoir considérer de manière globale et indifférenciée l’ensemble des temps de personnel disponible, cherchant à effacer ce qui pourrait s’apparenter à une culture de service, vécu alors comme un îlot de résistance.

Pour dépasser ces résistances, à l’aune de la restriction des moyens, il faut que le plus grand nombre de soignants ait accès à une culture gériatrique. Il faudra que ce qui a été découvert dans les services de gériatrie puisse être répandu auprès du plus grand nombre de services, puisque le plus grand nombre des patients fréquentant les établissements de santé sera âgé demain.

Le repérage de la douleur et sa prise en charge efficace sont les remparts majeurs contre les dérives des mauvaises solutions. Le caractère inadapté du soin sera sanctionné par le désespoir du patient et de son entourage revendiquant, au titre de l’égalité de la dignité et de la liberté de décider un départ qui apparaît comme plus clément. Il est plus aisés d’organiser l’absence de soin sous couvert d’une légalité promise pour d’autres fins, que de modifier fondamentalement le regard des professionnels et des systèmes de protection vers le patient dans son originalité et dans son itinéraire singulier - expression vivante de sa dignité.

GILLES BERRUT¹
OLIVIER GUÉRIN²

¹ Pôle hospitalo-universitaire du CHU de Nantes, France

² Pôle de gérontologie, CHU de Nice, France