



DOULEUR ET HUMANITAIRE : Expérience d'une kinésithérapeute

Lors d'une mission humanitaire la gestion de la douleur se pose rapidement pour plusieurs raisons, le manque de médicaments anti-douleur dans le quotidien des patients mais aussi le manque de produits anesthésiants pré et post-chirurgical...

Les missions humanitaires chirurgicales auxquelles j'ai participé, pédiatriques essentiellement, se sont déroulées au Bangladesh sur des bateaux hôpitaux et dans la bande de Gaza.

Les kinésithérapeutes en mission au Bangladesh vont non seulement avoir à faire leur métier de rééducateur mais étant confrontés au manque de personnel ils sont très souvent sollicités comme aide-anesthésiste, aide-infirmière, aide-instrumentiste....

Dans la bande de Gaza, les kinésithérapeutes locaux sont nombreux et ont une formation de bon niveau, il y a beaucoup de professionnels de santé mais tous manquent cruellement de matériel et de médicaments, nous retrouvons donc la même problématique pour la gestion de la douleur.

Les chirurgiens que nous accompagnons sont plasticiens (beaucoup de séquelles de brûlures) ou orthopédistes (malformations congénitales, séquelles de fractures...)

La douleur est, par définition, une expérience sensorielle et émotionnelle....maîtriser la peur, la tristesse la colère parfois devient essentiel car ces émotions modifient la perception de la douleur.

Maîtriser le stress et la souffrance psychologique des patients, des parents, des enfants, des accompagnants mais aussi du personnel soignant car tout se fait parfois dans l'urgence.

Plusieurs "outils" non médicamenteux sont alors d'une aide précieuse:Hypnose, méditation de pleine conscience et bien sûr, pour nous les kinésithérapeutes, le massage...

L'objectif est de mettre le patient dans les meilleures conditions. Rechercher un confort psychologique dès l'accueil et juste avant une opération car ces patients se retrouvent du jour au lendemain dans un environnement inconnu, hostile, souvent très loin de chez eux. La plupart du temps,ils apprennent la veille qu'ils seront opérés le lendemain.

Afin de diminuer les doses de produit anesthésiant(les anesthésies sont le plus souvent loco-régionales) et la consommation d'antalgiques en post-opératoire, rassurer le patient est notre objectif premier.

La barrière de la langue est un obstacle, c'est pourquoi toutes les techniques de communication non verbales seront utilisées.

L'expérience de Christine, kinésithérapeute, en mission au Bangladesh, appelée à la rescousse par l'anesthésiste qui a besoin de calmer une enfant de 6 ans en larmes juste avant l'intervention. La petite fille dans les bras de sa maman. Elle aussi peur mais, comme souvent dans ce pays, reste digne et garde son calme. Son regard exprime sa peur et son impuissance à calmer son enfant. Bien sûr, aucunes des deux ne parlent notre langue. Christine s'approche souriante, bienveillante, rassurante et commence à parler avec la petite fille, elle capte son attention, celle de sa maman.**Le regard**, le toucher, les caresses permettent une **focalisation de l'attention, la voix** devient de plus en plus calme....douce....Christine modifie son rythme, espace les mots, parle de plus en plus doucement, fait des pauses, et adapte **sa respiration** à celle de l'enfant.....le corps de la petite se détend, celui de la mère aussi, l'anesthésiste pique l'enfant avec facilité: aucune réaction, elle s'endort.... le calme et le silence s'installe dans la pièce. L'anesthésiste lui dira plus tard qu'elle a utilisé beaucoup moins de produit anesthésiant que prévu.

La petite fille se réveillera calmement suite à son opération, une relation de confiance s'est installée entre la kinésithérapeute et la patiente mais aussi avec sa mère, les premières mobilisations suite à l'opération seront acceptées plus facilement, sans antalgiques.

Avant de rentrer chez eux les patients restent quelques jours dans un camp sur les berges du fleuve Brahmapoutre. Ils sont nombreux dans ce campement improvisé, enfants, accompagnateurs, infirmières locales, tous ne parlent pas le même dialecte et ont parfois des difficultés à se comprendre entre eux.

La rééducation a lieu 2 fois par jour, la communication verbale se fait dans un mélange de Français, Anglais, Bangladais, la **communication non verbale** se fait dans le regard, le sourire, le toucher, les gestes, le rythme de la voix, son intensité, sa musicalité....

L'alliance thérapeutique, la confiance dans le professionnel de santé augmente de façon considérable la faculté de guérison, de cicatrisation.

L'empathie également, nul besoin de mots pour ressentir la douleur et la souffrance liée à cette douleur.

J'avais appris à compter en Bengali et quelques mots usuels tels que "poussez" "tirer" "relâchez-vous" ...ce qui les faisait hurler de rire pendant les séances de rééducation : on sait à quel point le **rire** peut aider dans certaines situations.

Le massage ou tout simplement **le toucher** sont des outils précieux dans la gestion de la douleur. Bien sûr par activation du gate system control mais aussi parce qu'il provoque **une distraction** de l'attention. Toucher un endroit non-douloureux focalise l'attention du patient vers un endroit qui va bien et lui permet d'oublier là où ça fait mal. Toute forme de distraction est évidemment efficace (jouets, téléphone, bulle de savons, chansons...). Lorsque nous avons la chance d'avoir un traducteur, nous demandons au parent accompagnateur de raconter une histoire à l'enfant ou de lui demander d'aller grâce à son imaginaire dans un endroit qu'il aime particulièrement dans lequel il se sent en sécurité. Nous créons ainsi une **dissociation** entre son corps et son esprit permettant au patient d' "oublier" pendant quelques temps cette douleur.

Nous utilisons les mêmes outils lors des mobilisations post-opératoires qui sont souvent douloureuses .

Nous apprenons tout ceci aux patients, aux parents, aux soignants.

En fait, nous apprenons un maximum de "techniques" et d'outils thérapeutiques aux patients afin qu'ils soient autonomes le plus vite possible avant de rentrer chez eux.

Travailler avec des moyens réduits, peu de matériel, et souvent dans l'inconfort nous oblige à revoir notre façon de faire, à nous adapter et à faire travailler notre imagination et notre bon sens. Développer notre empathie, être à l'écoute des patients, les rassurer, favoriser l'alliance thérapeutique est de toute évidence aussi utile lors d'une mission humanitaire à l'autre bout du monde que dans notre cabinet en France.....

Bénédicte ANSEL