

Approche socioculturelle de la douleur

La douleur est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée, avec celle de la mort. Personne ne peut se dire ignorant vis-à-vis d'elle, ni dire qu'il la connaît mieux qu'un autre.

■ BRIGITTE SAMAMA,
psychologue, hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris.

Leriché, dans ses travaux, définit la douleur comme « la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu tout entier ». Il semble périlleux de donner une définition exacte de la douleur. Elle apparaît comme un symptôme médical difficile à quantifier. La douleur n'a ni l'évidence du sang qui coule, ni celle du membre brisé. Elle exige du soignant une observation fine et surtout la confiance dans la parole de celui qui souffre. Elle ne se prouve pas, elle s'éprouve.

Il existe autant de ressentis et donc de perceptions que d'individus, car qui mieux que la douleur met en évidence la singularité des êtres humains ?

Elle est à ce point indicible que souvent le malade ne trouve pas de mots pour la décrire. L'aide du soignant s'avère alors utile pour l'aider à qualifier ce qu'il ressent. « *C'est comme des coups de poignards ou des morsures* ». Mais celui qui parle ainsi n'a jamais été mordu, ni reçu de coup de couteaux, il reprend à son usage des lieux communs qui vont lui permettre d'organiser une expérience autrement informulable.

La douleur exprime la prise de conscience immédiate d'un dysfonctionnement intérieur ou d'une menace extérieure. Il s'agit d'un système d'alarme de danger pour le corps. Et pourtant, bien qu'éminemment intime, elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel. Elle n'échappe pas au lien social.

Entre le stimulus douloureux et l'expression de la douleur ; il y a toute l'épaisseur du sujet en tant que singularité et historicité, en clair l'individu dans son entier. La douleur dite n'est jamais la douleur vécue.

La singularité est ici la façon dont le sujet a appris à reconnaître sa douleur et à la transcrire dans le

code culturel du groupe social duquel il est issu et auquel il appartient.

L'historicité représente les événements de vie traversés par le sujet et ses proches sur le plan des maladies, des accidents, des interventions chirurgicales. Le mécanisme d'identification est considérable. Et la mémoire de ces douleurs passées prend toute son importance lors de la survenue de nouveaux épisodes douloureux.

Sur le plan anthropologique, il semble essentiel de préciser que l'expression de la douleur est un appel au secours vers autrui et que cette fonction est le propre de l'ensemble des mammifères et de la plupart des oiseaux.

Individualité et expression de la douleur

L'émergence de la douleur est une menace redoutable pour le sentiment d'identité. La douleur induit un renoncement partiel de soi et de la contenance qui est de mise dans les relations sociales. Le sujet douloureux relâche le contrôle qui d'ordinaire organise le rapport aux autres.

Ou bien il s'autorise des actes (grimaces, pleurs...) ou des paroles (jurons, plaintes...) qui tranchent sur ses comportements habituels.

Ou bien il se retire en soi pour affronter son mal sans émousser son énergie ou éviter les contacts risquant à ses yeux d'amenuiser l'estime dont les autres l'investissent.

En résumé, il devient bien souvent méconnaissable aux yeux de ses proches. Cette expérience va aiguïser le sentiment de solitude du malade et le contraindre à une relation privilégiée avec la douleur. →

Mais ces différentes manières d'exprimer la douleur ne peuvent être comprises sans une connaissance précise de l'individu et de la Société dans laquelle il vit. Ce qui va être donné à voir dépend de l'idée que le sujet se fait de sa maladie et du regard que pose le groupe social sur la douleur. Mais avant tout le but principal des multiples expressions de la douleur est d'induire une relation d'aide et d'assistance.

Une des définitions de ce type de réactions serait : « *Tout comportement qui induit chez autrui le besoin de porter secours* ». D'autres réactions d'aide et d'assistance sont identifiables. Le cri d'un bébé, la vue d'un enfant seul et en danger, etc. L'expression de la douleur fait pleinement partie de ces réactions.

Ce type de communication semble universel. Elle est inconsciente autant dans son expression que dans sa perception. Elle nous conduit à porter assistance et aide à des personnes de cultures et d'ethnies différentes.

Le groupe social

Si les conditions d'existence nouent une relation courante à la douleur, alors les groupes ou les sociétés particulièrement touchés développent des ressources physiques et morales les rendant plus aptes à supporter leurs maux.

Dans les milieux sociaux les plus démunis, le souci de santé n'est guère visible. « *On ne s'écoute pas* », et, par nécessité sociale devenue seconde nature, « *on est dur au mal* » ; Il faut que l'intensité de la douleur et l'ampleur de la gêne entrave péniblement la vie quotidienne, pour qu'une plainte puisse être émise vers l'autre. On repousse le moment de consulter le médecin, on minimise la douleur de peur d'être arraché aux siens ou de se retrouver sans défense à l'hôpital, perçu en inférieur moral et traité sans la dignité que l'on se prète.

Ce problème est flagrant dès que l'on a affaire à des vagabonds, des SDF jeunes et moins jeunes. Quelle place peut avoir la douleur lorsqu'on est contraint de dormir dehors et que la nourriture dépend de la générosité des passants ! Ils vivent avec des plaies, des affections sans même rechercher l'apaisement, la douleur n'étant perçue que comme une déroute supplémentaire.

Il est capital pour des soignants d'être particulièrement attentifs à ces hommes et à ces femmes qui souffrent en silence. Reconnaître leur douleur, la soulager, c'est leur rendre leur dignité.

Dans les milieux ouvriers, on supporte la douleur tant qu'elle n'altère pas sa relation au monde. On se dit volontiers que ça finira par passer, qu'il ne faut pas trop s'écouter. On préfère prendre sur soi plu-

tôt que de perdre une journée de travail. Longtemps, le fait de ne jamais prendre un arrêt de travail malgré la souffrance ressentie a été une des fiertés du monde ouvrier. L'avancée de la modernité, ainsi qu'une démocratisation de l'information médicale, ont amené à une moindre tolérance. La plainte face à la douleur est plus légitime. Le travail n'est plus la valeur absolue pour laquelle on hypothèque sa santé. Cette transformation est loin d'être visible dans les milieux ruraux où aucune complaisance au mal n'est admise. Il faut s'occuper de son exploitation quoi qu'il en coûte. Seules la conscience claire de ses droits, une relation moins valorisée au travail peuvent entamer des conduites traditionnelles. Le milieu paysan, moins protégé socialement, est moins affecté par les changements sociaux que le monde ouvrier.

Enfin, dans les couches sociales moyennes et surtout privilégiées, la relation au corps est très différente. On retrouve ici une population sur-informée médicalement, principalement par les médias ; d'où la recherche de signes avant-coureurs, favorisant une attitude de prévention.

Toute douleur est souvent traitée à son émergence. L'important est de rester en bonne santé. Le lien à la vie professionnelle est inversé par rapport aux milieux populaires.

Ces quelques données sociales montrent bien que la douleur n'est pas une donnée brute. Le physiologique s'efface devant le sens que lui confère l'homme.

Mais, au-delà du social, l'être humain fait également et de plus en plus partie d'un groupe culturel qui lui-même a ses codes.

Le groupe culturel

Nous venons de voir que le contenu de la conscience n'est pas l'équivalent du contenu physique. Une élaboration s'interpose et l'individu interprète dans son langage ce qu'il pense ressentir. Par les différents sens qu'elle lui donne, la culture fait corps au sujet, elle oriente ses perceptions sensorielles jusqu'à « créer » des attitudes différentes face à la douleur.

Aussi, pour départager l'intrication complexe entre le groupe culturel d'où est issu l'individu et l'individu lui-même, il faut faire référence à un travail de recherche pionnier de Mark Zborowski sur l'influence de la culture dans la perception et la manifestation de la douleur.

Son travail repose sur des entretiens avec des patients douloureux, essentiellement des hommes dans une consultation new-yorkaise.

Il distingue 4 types de population : les malades d'origine italienne, juive, irlandaise et « *vieilles souches américaines* » (suivant son expression).

Que ressort-il de cette étude ?

Les patients d'origine italienne ou juive sont répertoriés auprès des soignants, pour avoir des réactions relativement proches, marquées par une sensibilité jugée excessive, une tendance à l'émotivité et à la dramatisation. Chez les juifs, l'absence d'inhibition dans les manifestations de la douleur traduit une recherche de communication avec l'environnement social. Souvent, toute la famille participe à la souffrance, le malade juif ne supporte pas l'isolement, il requiert la présence des autres, même et surtout aux plus forts de ses maux. La douleur est d'emblée perçue comme un signe néfaste, provoquant l'anxiété et la crainte pour l'avenir.

Les malades italiens sont davantage concernés par l'immédiateté de la douleur que par le trouble organique qu'elle suppose. Dès que les antalgiques ont fait leurs effets, les plaintes cessent, ils oublient leurs appréhensions, et retrouvent vite leur bonne humeur. Au contraire, très affectés par leurs souffrances, les patients de traditions culturelles juives refusent parfois les antalgiques craignant les effets indésirables sur leur santé. Même soulagés, ils demeurent inquiets jugeant que le soulagement de la douleur n'est qu'un arrangement de surface alors qu'il existe une maladie sous-jacente. C'est la maladie qui est la vraie source de leurs plaintes.

Ce qui est important de retenir ici, c'est que ces deux cultures favorisent la libre expression des sentiments par la parole et par les gestes. Les patients se sentent libres de se plaindre, de gémir, de se lamenter. Ils n'ont pas honte de montrer leurs sentiments. Ils recherchent la compassion et la présence des autres, surtout celle de leur famille.

Les malades de « vieille souche » américaine, quant à eux, sont peu enclins à des manifestations qu'ils jugent intempestives et qui gênent selon eux les autres malades. Ce n'est pas comme ça que doivent se comporter les hommes. Ils attendent longtemps avant de se plaindre et, quand ils le font, ils minimisent leur douleur. Ils semblent établir une certaine distance entre eux et cette dernière. Ils ne se plaignent pas, et essaient de déranger le moins possible. Ils ont l'impression de reproduire ainsi un modèle idéal de conduite reconnu comme américain. Et comme il ne sert à rien de souffrir, ils attendent un soulagement immédiat et préfèrent s'isoler quand la douleur est là.

Les patients irlandais ont un comportement proche de celui des américains. Même retenue, même capacité de résistance. Par ailleurs, leur famille n'est pas, dans ce contexte, une communauté de protection. Ils ont beaucoup de mal à trouver des mots pour décrire leur souffrance. Comme si leur dou-

leur n'intéressait qu'eux !

Bien sûr, les données se modifient. Les patients de première génération d'émigrants ne se comportent pas comme leurs enfants. Ceux-ci ont tendance à reproduire les comportements culturels du pays où ils habitent. De plus, cette étude ne prend pas en compte le niveau social des patients. Malgré tout, ces résultats illustrent bien l'importance des modèles culturels.

Mais il n'y a pas que les malades qui intègrent la douleur dans leur vision du monde. Les soignants projettent aussi leurs propres valeurs et leurs préjugés sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge. On juge que tel patient exagère, que tel autre est courageux. Dans notre société, on tend à minimiser la douleur effective de patients qu'on juge trop démonstratifs sans se soucier de savoir si nous détenons des critères objectifs du degré de douleur de ces patients. Nous oublions de prendre en compte leurs représentations culturelles. Leur attitude provoque de la méfiance plutôt que de la compassion. Parallèlement, on admire l'endurance au mal, l'absence de plaintes continues sans supposer la solitude et la douleur qui enferme certains malades, prisonniers de leur culture face à la maladie.

Pourtant, chaque soignant est convaincu de se référer à un savoir objectif face à la douleur alors que chacun réagit à son insu suivant ses propres traditions culturelles.

Le groupe religieux

La douleur, si on s'attache à la regarder sous l'angle de la religion, semble soulever la question infinie de la signification du mal. Voyons ce qu'il en est dans les différentes religions

> La religion juive

La souffrance du juste est une énigme insaisissable dans la tradition juive. De ce fait, la révolte est autorisée.

La douleur est un mal hors de portée de l'intelligibilité humaine mais l'homme est autorisé à se plaindre, à gémir, à se rebeller, comme l'histoire de Job dans la Bible en donne l'exemple. La douleur n'est ni une punition ni une Rédemption ; aussi doit-elle être combattue sans relâche.

> La religion chrétienne

Elle assimile la douleur au péché originel. C'est une donnée de la condition humaine. Elle n'est pourtant ni punition ni châtement divin mais l'opportunité de participer aux souffrances du Christ. L'acceptation de la douleur devient une forme possible de dévotion qui rapproche de Dieu et qui purifie tout. Mais une →

telle idée est aujourd'hui bien affaiblie. La douleur est désormais vécue comme un trouble qui mérite d'emblée un soulagement. La modernité a imposé aux croyants une interprétation nouvelle des Evangiles.

> La religion réformée

Le rapport à la douleur est une des zones de divergences avec le catholicisme. La douleur est ici l'héritage du désaveu de Dieu chassant l'homme du paradis.

Toute douleur est donc mémoire charnelle de la chute et participation actuelle à la faute d'Adam. Ici encore, la douleur n'est ni punition ni rédemption.

C'est un mal dont il faut esquiver les morsures. Il est légitime de la combattre.

Il convient de se souvenir que ce sont les pays protestants qui sont à la pointe de la lutte contre la douleur et pour la mise en place d'unités de soins palliatifs.

> La religion musulmane

L'Islam signifie soumission aux décrets de Dieu. Le musulman n'a pas à se rebeller devant l'adversité ou les souffrances qui l'affectent. Il doit lutter contre la douleur avec ses moyens d'homme sans céder aux lamentations. Mektoub : c'est écrit. On

ne lutte pas contre son destin. La douleur ici n'est pas sanction mais elle est prédestinée, inscrite dans l'homme bien avant sa naissance. Mais si Dieu a inventé la douleur, il a donné à l'homme le moyen de la combattre : par la prière et par la médecine.

En résumé toutes les grandes religions monothéistes encourage l'homme à combattre et à soulager la douleur.

Conclusion

L'importance de la lutte contre la douleur par les soignants est un fait d'actualité. J'en veux pour preuve cette journée. Et pourtant, l'absence de prise en compte des origines culturelles, sociales, religieuses des patients est une erreur encore trop souvent commise, comme celle de vouloir réduire le malade à un stéréotype.

Il ne s'agit pas de connaître l'infinie variété des cultures mais d'être au courant qu'elle existe et comment elle affecte les pratiques de santé. Il est capital de rendre les soignants sensibles à l'héritage culturel du patient, à leur propre héritage culturel et à ce qui arrive quand ces différents héritages se rencontrent.

Et, pour finir, j'aimerais reciter Leriche : « *La seule douleur supportable, c'est celle des autres.* »