

Peut-on objectiver la douleur ?

Par Daniel GROSJEAN, microkinésithérapeute.

Un symptôme qui échappe aux investigations

La douleur est définie comme une « impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau » (Littre repris par GARNIER et DELAMARE dans le « Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine »). Une « impression... perçue par le cerveau » est donc forcément quelque chose de purement subjectif, qui appartient au patient qui souffre. De là, à penser que la douleur échappe totalement au thérapeute, il n'y a qu'un pas vite franchi, à la fois par le patient et par le thérapeute. Cet à priori, le patient l'exprime à sa manière en disant que nul ne peut sentir ou ressentir la douleur dont il souffre, mais cet à priori peut devenir, également, une réalité puisque l'imagerie médicale, tout comme d'autres moyens d'investigation utilisés dans l'examen clinique, ne montrent le plus souvent aucun signe, aucune manifestation objective qui correspond à la douleur décrite. « J'ai mal, dit le patient, et pourtant les médecins ne trouvent rien, ils ne voient rien et ils pensent que c'est dans ma tête... ». Combien de fois n'avons-nous pas entendu ce refrain.

Une évaluation de la douleur

Pour éviter de laisser supposer que la douleur échappe à toute objectivation, le monde médical a créé des échelles d'Evaluation Analogique de la Douleur (EVA) qui permettent d'avoir une mesure de l'intensité de celle-ci perçue par le patient en lui demandant, de la reporter sur une ligne qui va d'aucune douleur au maximum supportable, correspondant en fait à une graduation de 0 à 10. On peut ainsi suivre la variation des douleurs dans le temps et cette mesure très subjective, s'est révélée tout à fait objective et donc

scientifique lorsqu'on la compare à d'autres éléments liés à la douleur comme l'incapacité fonctionnelle, les troubles de l'humeur ou les examens sanguins.

Mais, la douleur peut-elle être objectivée et perçue par quelqu'un d'autre que le patient, ou fait-elle partie des émotions ou sentiments qui comme l'amour, la haine, la jalousie ou le désir, échappent à nos investigations et aux recherches que l'on peut effectuer dans la réalité accessible par nos sens ?

Le kinésithérapeute, comme tout médecin d'ailleurs, est quotidiennement confronté à cette question, lorsqu'il établit son diagnostic, il a envie d'aller toucher cette zone douloureuse signalée par le patient ; mais il est fréquent que sous ses doigts, cette zone ne présente aucune particularité, ni douleur, ni grosseur, ni retenue ou gêne particulière, tout au plus peut-il localiser la zone atteinte en intensifiant la douleur et encore, ce n'est même pas toujours le cas.

L'examen micropalpatoire de la zone douloureuse

La microkinésithérapie est une technique de soin qui utilise une palpation très particulière appelée la « micro-palpation » et qui consiste à palper et donc, à sentir les éléments corporels non pas sous ses doigts en appuyant dessus ou en les parcourant comme on le fait habituellement, mais à contrôler ces mêmes éléments, en plaçant entre ses deux mains, pour sentir s'ils se laissent traverser ou non, lors d'une poussée lente et continue, effectuée par les mains du thérapeute.

Il est, ainsi, possible de placer une main sur la zone douloureuse indiquée par le patient et avec l'autre main de parcourir toutes les zones voisines, en rapprochant la deuxième main de la première pour

contrôler cet espace et peut-être mettre en évidence une restriction caractéristique, qui pourrait être le signe objectif de la douleur.

Lorsque la deuxième main se rapproche de la première main, située sur la zone douloureuse, en palpant toute la surface autour de cette zone...

Les observations (manifestations palpatoires) recueillies montrent qu'un « rayon » est très souvent en restriction lorsque la douleur est aigüe, ponctuelle et, donc, facilement, indiquée et localisée par le patient. La restriction perçue par le thérapeute est, également, ressentie par le patient, d'une façon différente de la stimulation ressentie par le toucher et la pression effectuée sur la zone douloureuse. Mais surtout cette restriction n'apparaît pas sur le même « rayon » palpé sur la zone exactement symétrique du côté sain. Il ne s'agit, donc, pas d'une restriction naturellement présente dans l'organisme, comme on pourrait l'imaginer entre une région « molle » correspondant à une portion musculaire et une région « dure » qui pourrait correspondre à une structure osseuse ou articulaire, par exemple.

Le rayon atteint, semble être comme un prolongement de la douleur à l'intérieur du corps, une manifestation spécifique de celle-ci qui pourrait fournir en plus des indications précieuses sur sa nature ou son étiologie.

En effet, la distance par rapport à la zone douloureuse peut-être plus ou moins longue et surtout sa direction est très variable. Elle peut, aussi bien, être située au-dessus qu'en-dessous de celle-ci.

Description des observations

Les recherches effectuées à ce niveau ont abouti à la proposition suivante : la douleur « se prolonge » dans deux bandes horizontales, situées au-dessus et en-dessous de la zone douloureuse, sur tout l'hémicorps concerné ou sur le membre atteint : membre supérieur ou inférieur. La largeur de chaque bande est de deux travers de doigts (du sujet) et s'étend de la ligne médiane jusqu'à la ligne latérale, au-dessus et en-dessous de la zone douloureuse. La bande la plus proche de la zone douloureuse est, appelée, proximale et la bande la plus éloignée distale.

Analyse des observations

Les hypothèses que l'on peut formuler à partir de là sont les suivantes :

- Les bandes basses correspondent à une douleur récente et aiguë. Il s'agirait d'une lésion primaire, subie ou vécue, par la personne qui affecte le fonctionnement des structures atteintes dans la Bande Basse Proximale (BBP) et la régénération de ces structures dans la Bande Basse Distale (BBD).
- La portion atteinte dans la bande concernée indique la nature de la cause responsable et donc l'étiologie concernée. Chaque bande est divisée en deux portions égales, une médiane et l'autre latérale. Une restriction dans la portion médiane indiquerait que l'origine de la lésion est générée par la personne, donc psychologique ou fonctionnelle, à la différence de la portion latérale qui indiquerait que l'étiologie est subie par la personne et donc que son origine est externe de type traumatique, infectieux, toxique, obstructif ou vibratoire.
- Les bandes hautes correspondent le plus souvent à des douleurs anciennes, récurrentes, chroniques. L'hypothèse avancée est que dans

ce cas, l'organisme a essayé de se protéger, de s'adapter par rapport à une lésion primaire. Quelque chose a été ajouté à la lésion primaire (enkystement, compensation, modification de la transmission ou de la perception nerveuse, altération du schéma corporel, etc.).

- Dans le cas de douleurs profondes, mal localisées, souvent perçues comme osseuses (ostéocope), aucune restriction n'apparaît dans les bandes hautes ou basses sur la face corporelle concernée. Par contre, elles vont apparaître sur des bandes hautes et basses, situées sur la face opposée et donc à l'arrière du corps, si la douleur est à l'avant et inversement. Les bandes inversées basses indiqueraient que l'origine de la douleur est intracellulaire et les bandes hautes correspondraient à une déprogrammation des fonctions ou des tissus.

Les questions soulevées par ces observations

La restriction perçue par le thérapeute entre la zone douloureuse et la portion de la bande concernée (rayon) n'est pas figée. En effet, si deux thérapeutes effectuent un traitement sur un sujet et que l'un observe ce qui se passe entre ses mains qui sont restées sur la restriction perçue, pendant que l'autre effectue des manœuvres de correction, il constate que la restriction réagit aux manœuvres effectuées et peut même complètement disparaître. Ces observations se retrouvent lorsque l'on administre des médicaments homéopathiques ou autres, ainsi que lorsque l'on utilise des agents physiques. On peut donc se servir de cette objectivation pour vérifier la valeur d'un traitement.

La restriction perçue n'est pas forcément liée à une douleur (pathognomonique), mais indique un dysfonctionnement à ce niveau qui peut être d'une autre nature qu'inflammatoire ou douloureuse. On retrouve en effet cette restriction, lors de pathologie par déficience ou carence et donc, souvent de type dégénératif. Si, donc, on retrouve bien un rayon en restriction chaque fois que l'on part d'une zone douloureuse, pour autant la présence d'un rayon qui persiste n'indique pas qu'il y a forcément encore douleur. Il peut s'agir d'un dysfonctionnement d'une autre nature.

En conclusion, la micro-palpation permet d'objectiver une douleur signalée par un patient en la « localisant » dans son organisme. Il serait très intéressant de pouvoir trouver un appareil qui serait capable d'enregistrer et donc de mesurer la restriction ressentie par le thérapeute. Cette objectivation de la douleur pourrait apporter des éléments utiles, concernant son origine et donc de mieux cibler le type de thérapie à effectuer ou à prescrire. Il y a là un travail passionnant de recherche à effectuer.

