

Université Paris-Est Marne-la-Vallée  
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master 2 en Philosophie Pratique  
Spécialité éthique médicale et hospitalière

**« De l'usage de l'argumentaire pour améliorer l'analgésie pédiatrique  
ou de la rhétorique à la philosophie dans les soins »**



**Bénédicte Lombart**

**Sous la responsabilité pédagogique de M. Eric FIAT**

*Septembre 2012*

Université Paris-Est Marne-la-Vallée  
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master 2 en Philosophie Pratique  
Spécialité éthique médicale et hospitalière

Parcours professionnel et recherche

**« De l'usage de l'argumentaire pour améliorer l'analgésie pédiatrique  
ou de la rhétorique à la philosophie dans les soins »**

**Bénédicte Lombart**

**Sous la responsabilité pédagogique de M. Eric FIAT**

*Septembre 2012*

Illustration en couverture représentant Démosthène s'exerçant à la parole<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Toile de Jean-Jules-Antoine Lecomte du Nouy (1842-1923).

*Ce travail est dédié à Patricia J. dont les conseils et la confiance m'accompagnent  
au-delà de son absence.*

<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
De l'injonction à faire le bien...	6
Une troublante analogie	8
<b>CHAPITRE PREMIER : DE LA NOTION DE DOULEUR</b>	<b>12</b>
<b>Préambule</b>	<b>12</b>
D'une importance toute relative	13
<b>Sur le chemin de la connaissance</b>	<b>14</b>
Une sensation notoire	14
Une vision avant-gardiste de l'analgésie	15
La poursuite de la recherche de remèdes	17
Du Moyen-âge aux Lumières	17
<b>Quand la connaissance quitte le chemin du progrès</b>	<b>19</b>
De la connaissance au déni	20
De l'histoire du déni de la douleur de l'enfant	21
<b>En chemin pour une prise de conscience</b>	<b>26</b>
Outre atlantique	26
En France	27
La création d'unités fonctionnelles de lutte contre la douleur pédiatrique	28
<b>CHAPITRE II : D'UN METIER A UN AUTRE</b>	<b>30</b>
<b>L'analgésie pédiatrique ou un jeu de poupées russes</b>	<b>30</b>
Se mettre en travers ou du travail d'expert en transversal	33
D'un vaste terrain d'exercice à une vague spécialité	33
<b>Du travail de l'expert</b>	<b>35</b>
De l'usage courant du terme expertise	35
De l'expertise à l'expert de la douleur	36
De l'expertise au préjudice	36
De la qualification de la faute	38
Conseiller n'est pas juger	39
<b>De l'importance de l'humilité</b>	<b>40</b>
Sur le chemin de l'autonomie	41
De l'expertise à la bienveillance	43
Un chemin sinueux	43
De l'arrogance ennemie de la bienveillance	44
<b>CHAPITRE III : DE L'EVIDENCE VERS UN QUESTIONNEMENT ETHIQUE</b>	<b>46</b>
<b>De la conviction à la culpabilisation</b>	<b>47</b>
Une terminologie significative	47
Coupables...de laisser souffrir	48
Du passage de la douleur « fatalité » à l'injonction de soulager	49
Du militantisme à « l'évangélisation »	50
Du choix du discours	53

<b>La place de la rhétorique</b> .....	<b>53</b>
Qu'est ce que la rhétorique .....	54
Définitions de la rhétorique .....	54
De l'analytique à la dialectique .....	58
<b>CHAPITRE IV</b> .....	<b>61</b>
<b>DE L'USAGE DE L'ARGUMENTAIRE</b> .....	<b>61</b>
<b>De la diversité des regards à une palette d'arguments</b> .....	<b>61</b>
De l'apparition d'une parabole .....	61
Une chose et son contraire ? .....	63
<b>Les prémisses de l'argumentation</b> .....	<b>65</b>
Quand les propositions divergent .....	65
A partir de notre quotidien .....	67
<b>Les différents types d'arguments</b> .....	<b>68</b>
Les arguments quasi logiques .....	68
De l'absurde au ridicule .....	70
Les arguments fondés sur la structure du réel .....	71
Usage illustré d'un argument pragmatique .....	72
De l'humilité à l'altruisme .....	76
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>78</b>

## **Introduction**

J'exerce ma fonction de cadre de santé dans un hôpital pédiatrique, au sein d'un centre de lutte contre la douleur. Il s'agit d'une mission transversale, c'est-à-dire que je suis amenée à travailler dans l'ensemble de l'établissement avec de nombreux acteurs de soins à propos de problématiques diverses concernant l'analgésie pédiatrique.

L'équipe mobile de lutte contre la douleur intervient de manière systématique ou sur appel afin d'aider les équipes à évaluer la douleur de l'enfant, à ajuster les traitements antalgiques, ou à prévenir et gérer la douleur provoquée par les soins. Cette activité conduit à questionner les pratiques de prise en charge de la douleur de l'enfant avec les équipes. C'est une réflexion qui aborde de manière globale des questions relatives à l'information, l'accueil, la présence des parents lors des soins et la prise en compte des besoins de l'enfant et de sa famille. C'est dans le cadre de ces missions que j'ai été sollicité pour être « référent bientraitance » dans notre hôpital pédiatrique.

### ***De l'injonction à faire le bien...***

La nomination récente, au sein de chaque établissement, de référents sur ce thème participe à une politique de prévention de la maltraitance initiée par le secteur médico-social et qui s'étend aujourd'hui au secteur hospitalier. La promotion de la bientraitance est présentée comme le pendant de la prévention de la maltraitance.

*« Les travaux conduits dans le secteur médico-social montrent l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour lutter contre cette forme de maltraitance, celle que l'on qualifie tantôt de « passive », « institutionnelle » ou « ordinaire », c'est à dire peu visible, banalisée et issue d'un fonctionnement collectif plutôt que de volontés individuelles. »<sup>2</sup>*

Les hôpitaux doivent désormais faire la preuve de leur engagement dans ce domaine pour répondre aux exigences édictées par la haute autorité de la santé. *« La bientraitance définit la posture professionnelle de bientraitance comme une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. »<sup>3</sup>*

Afin de prouver l'investissement des établissements dans cette démarche, des indicateurs ont été retenus, tels que la nomination de référents et un certain pourcentage de personnels sensibilisés à la problématique ; un dispositif de sensibilisation à la prévention de la maltraitance- promotion de la bientraitance a été mis en place afin de répondre à ces exigences.

La manière d'aborder la problématique de la bientraitance m'a interpellée car il me semble difficile de réduire ce type de questionnement éthique, c'est-à-dire la volonté d'humaniser les soins, à des indicateurs quantitatifs comme un pourcentage de personnels formés ou un nombre de référents par établissement. Observée sous cet angle, une telle campagne de promotion de la bientraitance fait craindre l'instrumentalisation de la réflexion éthique. Le concept de bientraitance serait comme une sorte d'étendard idéaliste brandi face aux questions éthiques quotidiennes qui se posent à nous, une sorte de réponse en soi.

Par ailleurs la présentation clivée des notions de bientraitance et de maltraitance me semble également réductrice. Cette vision dichotomique pourrait avoir pour conséquence de réduire le problème à une opposition manichéenne du bien et du mal.

---

<sup>2</sup> HAS Démarche de certification : Bientraitance/maltraitance en établissements de santé : introduction générale.

<sup>3</sup> Définition de l'ANESM, (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) Juillet 2008.

Au fil de la réflexion, je me suis demandée s'il n'y avait pas une forme de dogmatisme à faire entendre à ceux, qui chaque jour font face aux difficultés inhérentes aux soins, qu'il y aurait, de manière simpliste, deux postures possibles : ceux qui font mal et ceux qui font bien ? N'est-ce pas une manière de faire abstraction de la complexité des situations humaines ? Le discours institutionnel autour de la bientraitance, bien qu'il soit fondé sur une volonté louable, risque de se traduire par des injonctions dogmatiques, éloignées de la réalité complexe des situations de soins, sans réel effets en pratique.

Le terme dogmatique est ici défini comme « l'attitude de celui qui dogmatise\*, c'est-à-dire affirme avec intransigeance et souvent avec une autorité qu'il n'a pas. »<sup>4</sup>

### *Une troublante analogie*

Parvenue à ce stade du questionnement et de la critique de la politique de bientraitance, une désagréable analogie m'a sautée aux yeux. J'ai pris conscience que ce discours dogmatique autour de la bientraitance pouvait tout aussi bien s'appliquer à mon propre domaine d'expertise, celui du conseil en analgésie auprès des équipes.

En effet mon travail quotidien consiste à donner des conseils, à renforcer les connaissances, à valoriser les compétences mais également à suggérer une autre façon de faire, une autre manière d'être.

Il arrive également qu'au décours de mon activité, je sois témoin de situations incompréhensibles voire inacceptables, comme par exemple, des soins réalisés sans analgésie, alors que celle-ci est disponible. Ce décalage me heurte, me révolte parfois.

Certaines situations s'apparentent donc à de la violence voire à de la maltraitance lorsque les moyens disponibles pour prévenir la douleur de l'enfant ne sont pas employés alors qu'ils pourraient l'être. Dans ces circonstances, il est possible de considérer que ces situations sont clivées avec d'un côté les « bons soignants » qui se préoccupent de la douleur de l'enfant et de l'autre, ceux qui la négligent et qui pourraient être étiquetés comme « mauvais soignants ».

---

<sup>4</sup> *Dictionnaire de la langue philosophique*, Vendôme, Presses universitaires de France, 3<sup>ème</sup> édition, 4<sup>ème</sup> trimestre, 1978, p. 187.

Ce constat pourrait se résumer ainsi : prêter attention à l'enfant, prévenir et traiter sa douleur c'est prendre bien soin de lui ; à l'inverse provoquer de la douleur chez un enfant en négligeant d'utiliser des moyens disponibles pour la prévenir : c'est mal le traiter ! La problématique rejoint alors celle de la bientraitance et sa présentation caricaturale qui balance entre ceux qui maltraitent et ceux qui prennent bien soin.

L'activité d'expertise en gestion de la douleur de l'enfant place celui qui l'exerce dans une situation où la frontière entre conseil, jugement et condamnation est ténue. Effectivement le statut de consultant extérieur facilite la prise de recul vis-à-vis des situations de soins tandis que les soignants directement impliqués au quotidien n'ont pas le loisir de la distance.

La marge est étroite entre le conseiller et le donneur de leçon. Cette idée conduit à l'adage bien connu : « les conseillers ne sont pas les payeurs » qui éclaire le décalage entre celui qui fait et celui qui parle ! Le risque est de tomber dans une posture manichéenne, expliquant aux autres ce qui est bien ou mal.

Examinant ainsi mon propre positionnement, ma propre activité je me suis alors demandé, en quoi mon discours sur le thème de la prise en charge de la douleur de l'enfant, était plus légitime que celui entendu à propos de la bientraitance ?

Est-ce que je ne suis pas moi-même dans une certaine mesure, en passe d'être une donneuse de leçons, dogmatique et aveuglée par mes convictions ? Le dictionnaire philosophique cite Alain pour définir ce terme : « Le dogmatisme est comme un délire récitant. Il y manque cette pointe de diamant, le doute, qui creuse toujours. »<sup>5</sup>

Ces interrogations sont d'autant plus complexes qu'elles se confrontent à des obligations factuelles d'amélioration des pratiques, elles-mêmes sous tendues par un engagement moral vis-à-vis de l'enfant qu'il faut soulager.

Il s'agit alors de concilier le devoir de soulager et de prévenir la douleur de l'enfant hospitalisé avec le respect du travail quotidien des soignants, la compréhension de leurs difficultés, des contingences liées à la pratique des soins en pédiatrie.

---

<sup>5</sup> *Dictionnaire de la langue philosophique*, presses universitaires de France, 3ème édition, 4ème trimestre 1978, Vendôme, p. 187.

Mais comment accompagner les équipes sans cautionner des pratiques illégitimes, comment défendre les enfants sans déprécier les équipes ? Faut-il choisir entre l'un ou l'autre ?

Ce dilemme quotidien est parfaitement illustré par une vignette clinique qu'une étudiante puéricultrice en stage dans un service d'urgences pédiatriques a rédigée en vue d'une intervention pédagogique sur la douleur de l'enfant.

### *A partir d'un exemple*

Cette vignette clinique a été retranscrite par Marion B. étudiante puéricultrice<sup>6</sup>.

Léo a six ans. Il arrive aux urgences pédiatriques avec les pompiers suite à une perte de connaissance accompagnée de convulsions ce matin, à l'école. Il est conscient, sous scope et ses paramètres vitaux sont normaux. Il n'est pas douloureux, parle facilement, même si il dit avoir peur et vouloir que sa maman arrive. Cette dernière arrive quelques minutes après le départ des pompiers.

Rapidement, l'enfant est pris en charge par l'équipe soignante et est installé en box. Il est examiné par le pédiatre, qui s'entretient également avec sa maman : pas d'antécédents de convulsions pour Léo, ni dans la famille. Il n'a pas de fièvre. Un bilan sanguin est demandé.

Je suis avec une infirmière, elle prépare le matériel pour faire la prise de sang de Léo. Je l'interroge : MEOPA<sup>7</sup> ? « Non me répond-t-elle, ici on ne peut pas car pas d'aération dans les urgences. » Je ne comprends pas, mais n'insiste pas. Et l'Emla® ? « Non plus, on n'a pas le temps ! » Mais alors, pas de prise en charge de la douleur ? Aucune prévention ? « Non. » Je me dis que pendant le soin, quelques méthodes de distraction vont être mise en place. Un jeu, une chanson, des paroles... Mais l'IDE exécute le soin, se contentant de prévenir Léo qu'« un petit moustique va venir te piquer ». L'enfant se raidit, et se met à pleurer, retirant rapidement son bras alors que l'infirmière est en train de le piquer.

---

<sup>6</sup> Etudiante Puéricultrice Fondation hospitalière Sainte Marie. Ecole de Puéricultrice Paris.

<sup>7</sup> Mélange Equimolaire Protoxyde d'Azote : gaz aux propriétés antalgiques et anxiolytiques.

Elle grommelle et attrape le bras de Léo qui pleure. « Voilà, j'ai raté la prise de sang à cause de toi, tu ne dois pas bouger, je vais être obligée de recommencer ! » s'exclame-t-elle en dépliant le bras de Léo avec un peu de force.

Que dire de ce témoignage ? Que peut-on conclure, comment analyser ce comportement ? Ce type de situation est relativement banal en pédiatrie. Comment qualifier ce type de réponse, cette absence d'attention à la douleur de l'enfant ? Négligence ordinaire, masquée par un tourbillon d'activités, de contradictions, de contraintes et d'injonctions de tout ordre...

Là encore, il apparaît nécessaire d'interroger cette problématique au-delà d'une vision dichotomique et clivée. De même qu'il est réducteur de placer les soignants dans une posture rigide et statique de bons ou de mauvais soignants, il n'est pas satisfaisant de réduire la problématique du conseil transversal en analgésie au choix entre un discours dogmatique et une attitude complaisante et inefficace.

Par ailleurs, au-delà des aspects éthiques que cette problématique interroge, elle correspond également à des enjeux pragmatiques car lorsqu'un conseil est donné de manière péremptoire ou décalé de la réalité celui-ci n'est pas suivi ou pire cela renforce les résistances et finalement l'enfant n'est pas soulagé.

Ce constat me pousse à tenter de cerner les difficultés et les limites de l'exercice et à en comprendre les leviers visibles et invisibles qui sous tendent le changement des pratiques. Il apparaît alors que la question centrale de la réflexion pourrait être : comment convaincre ?

Convaincre de mieux faire, convaincre de faire différemment, convaincre du bien fondé de ces modifications de pratiques. Placés, face à des situations où chacun pense être dans son bon droit, où chacun pense bien faire, il nous faut argumenter. Cette interrogation amène naturellement à questionner plus précisément l'usage du discours pour persuader.

## **Chapitre premier : de la notion de douleur**

Nous proposons en préambule de prêter attention à la notion de la douleur, à la manière dont les hommes concernés de tout temps par celle-ci, font face à cette expérience, à la fois si commune et si particulièrement intime, au fil des époques.

Notre propos n'est pas de présenter une rétrospective exhaustive de l'analgésie mais plutôt d'en percevoir les principales évolutions. L'objectif étant de mettre, plus particulièrement, en exergue les paradoxes qui apparaissent à l'évocation du problème de la douleur des enfants.

### **Préambule**

Chercher à comprendre l'approche de la douleur de l'enfant au fil du temps nous amène à considérer un certain nombre d'éléments contingents : l'évolution de la médecine vis-à-vis de la douleur mais également celle de la société et vis-à-vis de l'enfant. La manière de répondre à la douleur de l'enfant est en partie liée à la place qu'occupe l'enfant dans la société selon les époques. L'intérêt pour ce que ressent l'enfant, pour son comportement, pour ses souffrances est aléatoire. L'attention particulière à l'enfant est relativement récente et certaines de ces questionnements contemporains ne peuvent se transposer à d'autres époques, ni même d'ailleurs à ce jour, à l'ensemble de la planète.

### *D'une importance toute relative*

A l'échelle mondiale, le thème de la douleur de l'enfant est un sujet de préoccupations qui peut quasiment paraître déplacé, au regard de l'absence de soins minimums et de la famine, dont souffrent encore aujourd'hui dans le monde, des millions d'enfants.

Ces questionnements autour du soulagement de la douleur sont effectivement l'apanage des pays industrialisés qui disposent de systèmes de santé performants où la mortalité infantile est devenue très faible. Ailleurs, dans d'autres pays, il s'agit déjà de survivre. C'est un abîme qui sépare les continents dans ce domaine. « La plupart des décès infantiles ont lieu dans les pays en développement. L'Afrique en concentre à elle seule 46 %, alors qu'elle n'abrite que 15 % de la population mondiale. Deux raisons l'expliquent : il y naît beaucoup d'enfants (26% du total mondial) et le taux de mortalité infantile y est le plus élevé de tous les continents : 79 pour mille. »<sup>8</sup>

Dans ces conditions l'importance de la prise en charge de la douleur est certes toute relative. Mais peut-on se suffire de cet argument pour justifier l'absence de prise en charge dans nos pays qui disposent des moyens adéquats ? Ce serait comme refuser de se nourrir sous prétexte que d'autres dans un pays lointain n'ont pas à manger. De même que s'affamer ne nourrit pas les autres, ne pas traiter la douleur là où on en a les moyens ne soulage pas ceux qui souffrent ailleurs.

Nous ne cherchons pas à escamoter les difficiles questions d'égalité des droits des enfants à travers le monde mais à interroger notre réalité, celle sur laquelle nous avons la possibilité d'agir, à partir de laquelle il nous est possible de rechercher le bien, comme nous y invite Aristote.

« \_§ 8. Il faut, en effet, partir des choses connues, et une chose est dite connue en deux sens, soit pour nous soit d'une manière absolue. Sans doute devons nous partir des choses qui sont connues pour nous. C'est la raison pour laquelle il faut avoir été élevé dans des mœurs honnêtes, quand on se dispose à écouter avec profit un enseignement portant sur l'honnête, le juste, et d'une façon générale sur

---

<sup>8</sup> Source Institut National d'Etudes Démographiques : <http://www.ined.fr>

tout ce qui a trait à la Politique. (Car ici le point de départ est le fait, et si le fait était suffisamment clair, nous serions dispensés de connaître en sus le pourquoi).»<sup>9</sup>

## Sur le chemin de la connaissance

### *Une sensation notoire*

Dès l'antiquité la douleur est prise en compte, considérée. La douleur est un signe, un symptôme naturel à évaluer et à respecter. Ce processus naturel est reconnu en particulier par Hippocrate de Cos (-460/-370) qui élabore le Corpus Hippocraticum, avec deux soucis essentiels : ne pas nuire au malade « *primum non nocere* » et renforcer les processus thérapeutiques naturels. Selon lui « divine est l'œuvre de soulager la douleur ». Hippocrate sort la médecine grecque des croyances religieuses, des légendes et de la mythologie, de la magie et de la sorcellerie. La maladie n'est plus un châtement des dieux mais un processus naturel.

Il dégage quelques définitions de la douleur : La douleur a une spécificité clinique. Elle est un signe, un symptôme naturel à évaluer et à respecter. Le traitement antalgique est à proscrire. La douleur est le « chien de garde de notre santé » qui « aboie », pour alerter l'organisme. La douleur est chronique quant le « chien de garde continue à aboyer »<sup>10</sup>.

Galien de Pergame<sup>11</sup> est le second père de la médecine. Il considère la douleur comme une atteinte du tact. Elle apparaît lorsqu'il y a rupture de la continuité. Elle est définie comme une *sensation* dont Galien localise le siège dans le *cerveau*. Il complète la définition d'Aristote qui la définissait comme une *émotion* « passion de l'âme » située dans le *cœur*.<sup>12</sup> Il est le premier à rechercher dans la pharmacologie et la chirurgie des moyens de lutte contre la douleur et la maladie.

<sup>9</sup> Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1095b ;

<sup>10</sup> Fabrice Lorin, *La douleur dans la Grèce antique*. Douleur et Analgésie, 2005, Edition Médecine et Hygiène, Genève, vol. 18 (1) :9-11.

<sup>11</sup> Galien de Pergame (131/201): Grec d'Asie Mineure. Arrivé à Rome, il devient le médecin des gladiateurs puis médecin de l'empereur Marc Aurèle. Son oeuvre est immense, basée sur sa pratique orthopédique, sur la dissection de macaques et peut-être de gladiateurs mais il est interdit officiellement de disséquer des humains.

<sup>12</sup> Fabrice Lorin, *Idem*, vol. 18 (1) :9-11.

Il préconise l'utilisation de l'opium dans bon nombre d'indications. Cette substance issue de l'exsudat produit lors de l'incision des capsules de Pavot à Opium dont l'origine grec est « jus », est connue pour ses vertus antalgiques.

Socrate cherche quant à lui à déterminer quelle doit être la part des plaisirs dans une vie heureuse, en proposant de prêter attention à la dualité que l'on constate entre la douleur et le plaisir.

Platon rapporte ainsi les propos tenus par Socrate : « Socrate se redressa alors pour s'asseoir sur son lit, replia sa jambe, se mit à la frotter longuement de la main, et, tout en frottant : « Quelle chose déconcertante, mes amis, dit-il, semble être ce que les hommes appellent l'agréable, et quel étonnant rapport sa nature entretient avec ce qu'on tient pour être son contraire, le pénible : en l'homme, aucun des deux ne consent à coexister avec l'autre, mais si on poursuit l'un et qu'on l'attrape, on peut presque dire qu'on est obligé d'attraper toujours aussi l'autre ; comme si, bien qu'étant deux, ils étaient attachés à une unique tête. »<sup>13</sup>

Socrate présente les prémisses de la compréhension de la douleur comme un phénomène naturel labile. Lorsqu'il évoque la douleur comme le contraire du plaisir, il traduit la dualité de cette sensation, il amorce déjà l'idée selon laquelle la douleur est rattachée à une émotion, qu'il existe des liens entre le corps et l'âme. Platon développera cette vision globale à la douleur.

### ***Une vision avant-gardiste de l'analgésie***

Platon saisit l'origine psychique de certaines douleurs. « [...] de même il ne faut pas non plus entreprendre de soigner le corps indépendamment de l'âme [...] en effet disait-il l'âme est la source de tous les maux et de tous les biens qui échoient au corps et à l'homme tout entier... »<sup>14</sup> Le dialogue concernant les céphalées de Charmide illustre de façon remarquable l'intuition de Platon concernant l'importance des liens *soma* et *psyché* dans la perception de la douleur.

Il prône, d'une manière particulièrement avant-gardiste, une médecine psychosomatique, associant aspects physiques et éléments psychiques.

---

<sup>13</sup> Platon, *Phedon*, Œuvres complètes, Paris, Edition Flammarion, 2008, trad. Monique Dixsaut, 60b-60d, p.1175 ;

<sup>14</sup> *Idem*.

Critias présente Socrate à Charmide en le faisant passer pour un médecin. «Garçon, appelle Charmide et dis lui que je veux le présenter à un médecin pour cette douleur dont il m'a dit tout récemment qu'elle le faisait souffrir. »<sup>15</sup> Socrate s'adresse à Charmide à propos du remède contre la mal de tête en recommandant que celui-ci s'accompagne d'une incantation : « Je l'ai apprise là-bas à l'armée d'un des médecins thraces qui se réclament de Zalmoxis, dont on dit qu'ils rendent immortel. Or ce Thrace disait que les médecins grecs avaient raison de tenir le langage que je viens de rappeler à l'instant ; mais poursuivit-il, Zalmoxis, notre roi, qui est un dieu affirme que de même il ne faut pas entreprendre de soigner les yeux indépendamment de la tête, ni la tête indépendamment du corps, de même il ne faut pas non plus entreprendre de soigner le corps indépendamment de l'âme, et que la raison pour laquelle de nombreuses maladies échappent aux médecins grecques est qu'ils méconnaissent le tout dont il est impossible qu'ils prennent soin, car lorsque le tout va mal, il est impossible que la partie se porte bien. [...] C'est donc l'âme qu'il faut soigner d'abord et avant tout, si l'on veut que les parties de la tête et du reste du corps se portent bien. »<sup>16</sup>

Alors qu'à l'époque de la Grèce antique, les moyens antalgiques sont restreints, la réflexion autour de l'expérience de la douleur apparaît d'une extraordinaire modernité. Au fil des périodes qui suivent nous retrouvons rarement une réflexion envisageant à la fois les aspects physiques et psychologiques. Les visions sont au fil des époques le plus souvent partielles ou clivées voire aveugles en matière de soulagement.

---

<sup>15</sup> Platon, *Charmide*, Œuvres complètes, trad. Louis-André Dorion, Paris, Edition Flammarion, 2008, 155b-155c, p. 162 ;

<sup>16</sup> *Idem.* 156d-157a p. 164.

### ***La poursuite de la recherche de remèdes***

La médecine du monde gaulois poursuit sa recherche de remèdes contre la douleur. Trois types de médecine coexistent. Une médecine incantatoire à vocation religieuse, une médecine chirurgicale qui s'adresse en particulier aux guerriers blessés et enfin une médecine à base de plantes : la phytothérapie.

A cette époque de l'écorce de saule, à base d'acide salicylique, l'ancêtre de l'aspirine, est utilisée pour ses vertus antalgiques. D'autres décoctions de gui ou de lierre soulagent les spasmes et les douleurs rhumatismales. Les propriétés antalgiques de la balnéothérapie sont mises en avant. Les thermes se développent pour soulager les douleurs.

### ***Du Moyen-âge aux Lumières***

L'occident est dominé à l'époque du Moyen-âge par le christianisme. A cette époque l'homme ne doit son salut qu'à Dieu seul. La religion et la médecine rentrent en concurrence. L'obscurantisme moyenâgeux stoppe radicalement les avancées médicales et le développement de la pharmacopée anti- douleur. L'église catholique interdit les recherches en médecine, en science ou en philosophie. L'anatomie est négligée au profit de débats théoriques.

La douleur est valorisée. « Apprendre à supporter sa douleur comme un don de dieu et un sacrifice qui rapproche le fidèle du Christ ». La douleur permet de s'affranchir de ses péchés. L'épreuve de la douleur conduit à la rédemption, la recherche d'un soulagement autre que mystique est proscrite. L'usage de l'opium en médecine occidentale décroît à partir du X<sup>ème</sup> siècle.

C'est en Orient que la médecine se développe à cette époque grâce à des personnages illustres. Ainsi le médecin arabe nestorien Hunain Ibn Ishaq surnommé le prince des traducteurs à Bagdad, traduit au 9<sup>ème</sup> siècle tous les ouvrages médicaux de l'Antiquité. Avicenne<sup>17</sup> utilise l'opium, le saule et la mandragore pour calmer la douleur. L'inhalation d'un mélange de mandragore jusquiame et opium a un usage somnifère et antalgique.

---

<sup>17</sup> Avicenne (980-1037) : médecin perse chiite.

D'un continent à un autre les pratiques s'opposent radicalement. L'histoire nous livre ici un premier paradoxe : alors que dans la partie orientale du monde l'homme met son intelligence au service du soulagement de la douleur, en occident celle-ci est glorifiée, toute tentative d'apaisement condamnée.

La Renaissance et la réforme Protestante bouleversent cet ordre établi. La pensée humaniste se fait jour, l'attention ne va plus uniquement à la religion elle se porte sur l'homme. Cette période connaît de façon concomitante des fléaux tels que les guerres de religions, des épidémies, des massacres et d'extraordinaires découvertes de nouveaux mondes terrestres et maritimes. Le pape Jules II lève enfin l'interdit sur la dissection et l'étude anatomique en 1503. Le chirurgien Ambroise Paré opère les blessés sur les champs de bataille des guerres de religion. Pour lui : « La première intention d'un chirurgien doit être d'apaiser la douleur ».

Sous l'influence de Calvin<sup>18</sup> le corps s'affranchit de l'expiation. Montaigne définit la douleur comme le « souverain mal ». Il laïcise l'expérience perçue dans le corps.

Mais c'est avec la révolution copernicienne que le monde change de paradigme en basculant d'une vision cosmologique, un univers qui s'inscrit dans un *cosmos* c'est-à-dire un univers géocentrique à un monde héliocentrique. Martin Buber décrit ce bouleversement : « Je distingue dans l'histoire de l'esprit humain entre des époques où l'homme possède sa demeure et des époques où il est sans demeure. Dans les unes, il habite le monde comme on habite une maison ; dans les autres, il y vit comme en plein champ, et il ne possède même pas, parfois, les quatre piquets qu'il faut pour y dresser sa tente. Dans les premières, la pensée anthropologique n'existe qu'en tant que partie de la pensée cosmologique ; dans les deuxièmes, la pensée anthropologique gagne sa profondeur et, avec elle, son indépendance. »<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Jean Calvin, Jehan Cauvin, (1509 - 1564) homme de lettres français, théologien protestant. Il est, avec Martin Luther, l'un des principaux artisans de la Réforme Protestante.

<sup>19</sup> Martin Buber, *Le problème de l'homme*, Paris, Aubier, 1980.

La bascule radicale des conceptions de l'univers introduit une nouvelle manière de penser le monde en initiant la refonte du savoir avec Descartes et plus tard de la morale avec Kant. « Nous voyons ici la philosophie placée dans une situation critique il faut qu'elle trouve une position ferme sans avoir, ni dans le ciel, ni sur la terre, de point d'attache ou de point d'appui. »<sup>20</sup>

Le siècle des Lumières voit la conscience médicale se laïciser. La recherche approfondit la notion de sensation et remet au goût du jour l'observation clinique, la sémiologie. Trois écoles de médecine se distinguent : les *mécanistes* pour lesquels la douleur trouve son origine dans la distension des fibres, des *animistes* qui pensent que la douleur est un signe de conflit intérieur, et enfin les *vitalistes* qui voient dans la douleur l'expression de la sensibilité, qui oscille entre douleur et plaisir, signe de vitalité.

Bichat<sup>21</sup> met en évidence le système nerveux végétatif en le distinguant du système nerveux central ce qui permettra par la suite de mieux comprendre la physiopathologie de la douleur. Il décrit également les seuils de douleur.

### **Quand la connaissance quitte le chemin du progrès**

La révolution scientifique médicale est en marche bien que les thérapeutiques médicales évoluent encore peu. C'est au XIX<sup>ème</sup> siècle que les connaissances médicales font un bond en avant notamment grâce à l'utilisation du microscope qui permet l'avènement des théories *cellulaires* ainsi que celle *des germes*. A la manière de Descartes qui s'appuie sur le doute pour s'acheminer vers la vérité, la science médicale vérifie ses hypothèses et avance ainsi vers la découverte de l'infiniment petit grâce à une étude minutieuse et cartésienne.

---

<sup>20</sup> Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Livre de poche, Les classiques de la philosophie, 1993. p.101.

<sup>21</sup> Marie François Xavier Bichat, (1771- 1802) est un médecin biologiste et physiologiste français.

Cependant, notons qu'à partir de cette époque, plus l'homme malade est étudié et moins l'homme souffrant apparaît.

De tout temps les hommes ont tenté de soigner les blessures et les maladies, disposant de moyens modestes et très relativement efficaces. Avec la découverte de la Pénicilline, les progrès en chirurgie, les médecins ont enfin les moyens de guérir. La révolution scientifique médicale annonce une ère où l'attention est accaparée par le pathologique, les médecins obsédés par la volonté de comprendre et de guérir.

Au fil des siècles la médecine sort aussi de son impuissance vis-à-vis de la douleur. Tantôt démunis, tantôt fatalistes face à la souffrance, les hommes ont toujours recherché le soulagement de celle-ci, que se soit par la foi ou grâce à la pharmacopée. Avec l'avènement de la médecine moderne, les moyens antalgiques se précisent.

C'est dans ce contexte paradoxal, à une période où émerge la possibilité de guérir et au décours de laquelle nous assistons au mépris de la perception du patient que s'articule la question de la reconnaissance et du soulagement de la douleur de l'enfant.

### *De la connaissance au déni*

L'héritage judéo-chrétien pèse sur les représentations des soignants concernant la douleur de l'enfant. En effet la douleur a longtemps été considérée comme « maturante » pour l'enfant, lui permettant de se construire, de se préparer aux épreuves de la vie. Ne dit-on pas que « la vie est un buisson d'épines qu'il faut traverser » ? Des notions proches du dolorisme se confondent avec des principes éducatifs ambivalents qui prônent les vertus du châtement corporel.

Difficile de se départir brusquement de convictions, issues d'un mode de société selon lesquelles l'enfant doit obéir, apprendre à être courageux, réfréner ses émotions.

Rappelons que durant tout le XIX<sup>ème</sup> siècle de nombreux traités d'éducation recommandent punitions, coups et humiliations afin d'obtenir la soumission des enfants<sup>22</sup>.

Difficile d'être à la fois convaincu qu'il est bon pour l'enfant d'avoir mal au quotidien pour grandir et de prévenir et soulager la douleur de celui-ci à l'hôpital. Le soin aux enfants place les soignants dans une perpétuelle ambivalence dans la mesure où l'éducation de l'enfant est un domaine commun, qui concerne toute la société.

Les soignants sont aussi des parents, des frères, des parrains, ils ont leur part de conviction et de principes éducatifs qui teintent leurs comportements lorsqu'ils soignent. Tout cela complexifie encore la question de la prise en charge de la douleur.

Le parcours historique de la notion de douleur est ponctué de contradictions, d'avancées remarquables et d'obstacles. La reconnaissance et le soulagement de la douleur de l'enfant empreinte un chemin identique, aggravé par le fait qu'il s'agit d'êtres plus vulnérables, privés de la possibilité d'exprimer ce qu'ils ressentent.

Cette particularité leur vaudra parfois une véritable négation de leur souffrance. A l'heure où la médecine devient capable de guérir, elle apparaît particulièrement aveugle à la douleur du tout-petit.

Le travail d'Anne Nardin, dans un article intitulé « le médecin face à l'enfant : question(s) de sensibilité(s) ? », <sup>23</sup> retrace les aléas de l'évolution des mentalités médicales vis-à-vis de la douleur de l'enfant à partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle grâce à recherche documentaire riche.

### ***De l'histoire du déni de la douleur de l'enfant***

« Il y a des différences sensibles entre l'organisme du nourrisson et de l'enfant et celui de l'adulte au point de vue de la résistance à l'anesthésie. Le système nerveux est bien imparfait dans les premières années de la vie.

---

<sup>22</sup> Alice Miller, *C'est pour ton bien Racines de la violence dans l'éducation des enfants*, Aubier traduction de Am Anfang war Erziehung, ©Suhrkamp Verlag, Franckfurt am Main, 1980

<sup>23</sup> Anne Nardin, « Le médecin face à l'enfant : question(s) de sensibilité(s) ? », *Spirale* 2/2007 (n° 42), p. 19-33.

Le nouveau-né a sans aucun doute une certaine sensibilité générale, bien difficile à préciser d'ailleurs. La douleur ressentie au début doit être très faible, si bien que pendant la première semaine de la vie, on peut opérer sans anesthésie, sans provoquer de douleurs violentes. »<sup>24</sup>

Il est possible de penser que l'état des connaissances de la physiologie de la douleur ne permet pas en 1938 de conclure à l'existence de la perception de la douleur de l'enfant mais derrière ce voile de pseudo justifications se cache le déni d'une réalité pourtant perçue par d'autres.

A l'opposé, nous avons le point de vue de Paul-Louis-Benoit Guersant qui écrit en 1864, date à laquelle l'anesthésie existait depuis 24 ans : « Il est une foule de circonstances où le chloroforme nous paraît très indiqué et nous devons dire que l'ayant mis en usage chez plus de 6000 enfants, nous ne redoutons jamais d'anesthésier et le très jeune âge n'est pas une contre indication. »

D'autres encore font preuve très tôt de prudence et de délicatesse lorsqu'il s'agit d'enfants comme en témoignent ces recommandations rédigées en 1884. « Les vésicatoires sont très fréquemment employés dans le traitement des maladies des enfants, mais [...] cette pratique est trop souvent poussée jusqu'à l'abus [...]. Habitués à prescrire pour des adultes, la plupart des médecins oublient la différence qui sépare ceux-ci des jeunes enfants. Chez l'adulte, pour produire son effet, un vésicatoire doit rester en place de 7 à 12 heures [...]. Chez les enfants, il en est tout autrement. [...] la région à couvrir [...] est plus de trois ou quatre fois moins étendue [...] Ne craignez pas de pécher ici par excès de prudence. »<sup>25</sup>

Mais les résistances sont tenaces elles conduiront certains à se mobiliser comme en témoigne le Dr Alagille : « Les bébés ne souffrent pas : lorsqu'ils crient, c'est de colère, de faim, de soif, ou bien encore, "pour rien". De toute façon, c'est bon pour eux : comme leur premier cri à la naissance, cela déplisse leurs alvéoles pulmonaires et améliore leurs capacités respiratoires.

---

<sup>24</sup> Dupin, « Étude physio-pathologique », dans Rocher, Philip, Got, Pouyanne et Dupin, *Les anesthésies chez l'enfant*, Bordeaux, Imp. Delmas, 1938.

<sup>25</sup> Eugène Raymond Archambault, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, Paris, Delahaye, 1884, p. 80

Les grands enfants ne souffrent pas. Leurs pleurs, dans les épreuves de la maladie, sont une demande souvent “hystérique” que l’on s’occupe davantage d’eux. C’est ce langage que j’ai entendu au seuil de ma formation professionnelle [au début des années 1950], auprès des premiers enfants malades que je rencontrais. [...] De là est née une attitude de révolte, qui m’aura accompagné pendant toute ma vie professionnelle. »<sup>26</sup>

Les signes évidents de douleur sont négligés ou interprétés comme des réponses réflexes non attribuables à la perception de la douleur. A l’ère de la médecine moderne, de l’émergence de l’imagerie médicale, la clinique, les signes évidents de douleur sont invisibles, inaudibles... Pourtant les naturalistes du XVIIIe et du XIXe siècle reconnaissent déjà que l’enfant peut souffrir. Buffon en 1789 fait dans *l’histoire naturelle*, une description de la souffrance de l’enfant teintée de croyances religieuses : « À peine [l’enfant qui naît] a-t-il la force nécessaire pour exister et pour annoncer par des gémissements les souffrances qu’il éprouve, comme si la nature voulait l’avertir qu’il est né pour souffrir et qu’il ne vient prendre place dans l’espèce humaine que pour en partager les infirmités et les peines. [...] Il donne, à la vérité, des signes de douleur par ses gémissements et ses cris, mais il n’a encore aucune expression pour marquer le plaisir ; il ne commence à rire qu’au bout de quarante jours. [...] En réfléchissant sur ce que nous venons de dire, il paraît que la douleur que l’enfant ressent dans les premiers temps, et qu’il exprime par des gémissements, n’est qu’une sensation corporelle, semblable à celle des animaux qui gémissent aussi dès qu’ils sont nés, et que les sensations de l’âme ne commencent à se manifester qu’au bout de quarante jours, car le rire et les larmes sont des produits de deux sensations intérieures, qui toutes deux dépendent de l’action de l’âme.<sup>27</sup> » Cette description subjective a tendance à disqualifier la douleur de l’enfant ; ce sont là, les prémices d’un déni médical durable.

La perception de la douleur par l’enfant est cependant observée et reconnue de longue date. Jean-Jacques Rousseau illustre ce constat dans son ouvrage consacré

<sup>26</sup> Daniel Alagille, *L’enfant messenger*, Paris, Éditions de Fallois, 1992, p. 15.

<sup>27</sup> Buffon, *Histoire naturelle*, t. II, pp. 9, 10, 42-43. 1749. [Document électronique] <http://www.buffon.cnrs.fr/>

à l'observation de son fils Emile. « Quand les enfants commencent à parler, ils pleurent moins. Ce progrès est naturel : un langage est substitué à l'autre. Sitôt qu'ils peuvent dire qu'ils souffrent avec des paroles, pourquoi le diraient-ils avec des cris, si ce n'est quand la douleur est trop vive pour que la parole puisse l'exprimer ? S'ils continuent alors à pleurer, c'est la faute des gens qui sont autour d'eux. Dès qu'une fois Émile aura dit : J'ai mal, il faudra des douleurs bien vives pour le forcer de pleurer. »<sup>28</sup>

Il en déduit des préceptes pédagogiques afin d'aguerrir l'enfant qui s'est fait mal. « S'il tombe, s'il se fait une bosse à la tête, s'il saigne du nez, s'il se coupe les doigts, au lieu de m'empreser autour de lui d'un air alarmé, je resterai tranquille, au moins pour un peu de temps. Le mal est fait, c'est une nécessité qu'il l'endure ; tout mon empressement ne servirait qu'à l'effrayer davantage et augmenter sa sensibilité. Au fond, c'est moins le coup que la crainte qui tourmente, quand on s'est blessé. Je lui épargnerai du moins cette dernière angoisse ; car très sûrement il jugera de son mal comme il verra que j'en juge: s'il me voit accourir avec inquiétude, le consoler, le plaindre, il s'estimera perdu ; s'il me voit garder mon sang-froid, il reprendra bientôt le sien, et croira le mal guéri quand il ne le sentira plus. C'est à cet âge qu'on prend les premières leçons de courage, et que, souffrant sans effroi de légères douleurs, on apprend par degrés à supporter les grandes. »<sup>29</sup>

Nous trouvons de longue date au même titre que pour l'adulte d'ailleurs, un véritable encouragement à une attitude stoïque. A la manière d'Épictète la médecine même lorsqu'elle concerne les enfants prône le dépassement de la douleur comme un bien nécessaire pour guérir. « XLVII. L'ÉCOLE du philosophe est comme la boutique du médecin. On n'y va point pour avoir du plaisir, mais pour y éprouver une douleur salutaire. L'un a une épaule démise, l'autre un abcès ; celui-là y porte une fistule, celui-ci une plaie à la tête. Le plaisir les guérirait-il ? »<sup>30</sup> Le plaisir ne pouvant guérir, Épictète nous engage à accepter la souffrance.

---

<sup>28</sup> Jean Jacques Rousseau, *Emile, L'âge de nature: de 2 à 12 ans (puer)*, Livre second, Paris, 1826, Chez Dalibon, Imp. de G. Doyen. [Document électronique]

<sup>29</sup> *Idem.*

<sup>30</sup> Épictète, *Pensées et entretiens*, Livre troisième, trad. Dacier, Bibliotheca Magna, publiée sous la direction de Constantin Castéra. Bibliothèque virtuelle

Malheureusement cette attitude n'est pas celle que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants. « Sur le rapport du moral, le plus ordinairement, nous n'avons pas à préparer les enfants. Quelques-uns, cependant, ayant l'âge de raison, doivent être amenés à l'opération par le raisonnement, en leur faisant comprendre que, si on a quelque douleur à leur causer, c'est dans le but de les guérir. Mais la plupart doivent être opérés par surprise.[...] »<sup>31</sup>.

La surprise, la contention, l'invitation utopique au stoïcisme, le déni ou le fatalisme accompagnent ainsi les soins pédiatriques jusqu'à des dates bien plus contemporaines que nous voudrions l'imaginer, comme le prouve ce témoignage édifiant. « En 1967, racontent deux cadres infirmiers, on connaît mieux la "maladie des membranes hyalines", maladie spécifique du prématuré qui entraîne une grande détresse respiratoire. [...] On va même l'aider à se guérir : il respire à peine et son thorax se creuse, on a parfois l'impression que son sternum va toucher sa colonne vertébrale ; pour éviter cet "entonnoir" thoracique, on va "suspendre" le thorax au "plafond" de la couveuse par un fil qui traverse la peau, passe sous le sternum et ressort à 1 cm en face. Et l'on tire vers le haut, cela pendant trois ou quatre jours. Ni pour l'opération ni pour les quelques jours de "traitement" l'enfant ne reçoit quelque antalgique que ce soit. Cette pratique va durer jusqu'en 1969, date de l'ouverture de la réanimation. [...] Et le bébé ? Officiellement il n'a toujours pas mal. [...] Il ne faut pas qu'il bouge. Il est donc "ficelé", les membres en croix, la tête immobilisée entre deux sacs de sable, le regard toujours fixé au plafond. Enfin, on ne le touche que pour les soins, rigueur de l'asepsie oblige ! »<sup>32</sup>

A cette époque pourtant, rien ne permet plus de nier l'existence de la douleur du bébé. Les observations empiriques, retrouvées en médecine ou en littérature ne laissent pas place au doute.

Chacun sait qu'un enfant même très jeune ressent de la douleur. L'ensemble de ces éléments écartent définitivement l'hypothèse de l'ignorance médicale de la douleur de l'enfant, ignorance qui expliquerait l'absence de sa prise en charge.

<sup>31</sup> Paul-Louis-Benoît Guersant, *Notices sur la chirurgie des enfants*, Paris, Asselin, 1864, pp. 3-4.

<sup>32</sup> Claude Guillon, *À la vie à la mort. Maîtrise de la douleur et droit à la mort*, Ed. Noësis/Agnès Viénot, 1997.

Ce désintérêt médical prend plutôt racine dans un amalgame de convictions éducatives sociétales, d'héritage judéo-chrétien et de scientisme.

### **En chemin pour une prise de conscience**

« En fait, la question, jusqu'au milieu des années 80, ne se posait même pas. Le petit enfant, disait-on, était trop immature, la douleur ne pouvait pas être ressentie et, même s'il la ressentait, il n'en souffrait pas comme un adulte, et sûrement l'oubliait très vite.»<sup>33</sup> En réalité, la douleur de l'enfant a longtemps fait l'objet d'un déni médical massif. « Les médecins ont toujours su que les enfants avaient mal, mais ils ont longtemps refusé de l'admettre.<sup>34</sup> » Les exemples et contre exemples d'analgésie et d'anesthésie de l'enfant illustrent cette oscillation entre reconnaissance et déni. Certes des pionniers ce sont illustrés très tôt en prenant la défense des enfants, mais isolés, leurs voix restent inaudibles.

### ***Outre atlantique***

Il faudra attendre 1980 pour voir la démarche de lutte contre la douleur pédiatrique s'organiser. En premier lieu ce sont les travaux du Dr Sunny Anand<sup>35</sup> éminent anesthésiste américain qui révolutionnent les pratiques en réanimation néonatale, comme le décrit le Dr Cohen Salmon<sup>36</sup> dans son intervention à la Société d'histoire de la naissance.

« En 1977, K.J.S. Anand publie une étude d'observation qui montre que, à chirurgie égale, les enfants, dans la plupart des services, reçoivent environ 10 fois moins de dose de morphine que les adultes.

---

<sup>33</sup> Evelyne Pichard-Léandry, chef de l'unité de traitement de la douleur à l'Institut Gustave-Roussy. Le Monde, 29 mars 1995.

<sup>34</sup> Annie Gauvain-Piquard, Michel Meignier, *La douleur de l'enfant*, Calmann-Levy 1993, pp. 64 et 53.

<sup>35</sup> Le docteur Anand, anesthésiste, est le premier, à montrer la réalité de la douleur chez le prématuré et le nouveau-né grâce à la publication d'un article paru en 1987 dans le New England Journal of Medicine (NEJM). Ses travaux s'appuient sur des arguments anatomiques, neurochimiques, physiologiques, métaboliques, hormonaux et comportementaux

<sup>36</sup> Didier Cohen-Salmon était médecin anesthésiste d'enfants à l'Hôpital Trousseau. Il a écrit "En travers de la gorge", "Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur" et a fondé l'Association Sparadrapp.

Il dénonce cette inégalité de traitement pour les mêmes maladies, sans que cela provoque une réaction extraordinaire. K.J.S. Anand est un anesthésiste anglo-américain, indien d'origine, sikh, qui s'occupe de chirurgie du canal artériel chez les bébés prématurés. A l'époque, on utilise et on enseigne la technique de Liverpool, soit du protoxyde d'azote et un curare, avec une ventilation. Le protoxyde d'azote est à peine analgésique, il ne fait pas perdre conscience, il est donc tout à fait insuffisant pour une intervention à thorax ouvert. Mais puisque les patients sont curarisés, intubés, aucune manifestation de la douleur n'est possible. Cette technique de Liverpool avait la réputation d'être particulièrement sûre chez les bébés...

K.J.S. Anand, qui ne l'accepte pas, bâtit un essai contrôlé en double aveugle, où il prend un groupe avec technique de Liverpool standard et un groupe avec technique de Liverpool en ajoutant un morphinique très puissant. En comparant la mortalité, il constate une différence significative : les bébés endormis avec du fentanyl survivent mieux à l'opération et ont moins de complications post-opératoires. Par la suite, Anand affine, fait d'autres études, mesure les marqueurs du stress, et trouve d'énormes différences.

Toutes les conditions étant égales par ailleurs, il prouve qu'un certain nombre de bébés sont tout simplement morts de douleur. »<sup>37</sup>

### ***En France***

Le Dr Annie Gauvain-Picard et son équipe de l'institut Gustave Roussy réalise une performance : elle objective la sémiologie douloureuse du jeune enfant. Grâce à une démarche scientifique irréprochable elle va mettre en évidence que certains signes de la douleur de l'enfant ne sont pas toujours ceux attendus : cris, pleurs, manifestations émotionnelles bruyantes. Au contraire l'enfant envahit par la douleur bascule rapidement dans un comportement tout à fait atypique. Le Dr Gauvain-Picard découvre l'atonie psychomotrice, sémiologie qui associe lenteur, rareté des mouvements et désintérêt pour l'environnement.

Ces travaux réalisés à partir de supports vidéo mettent en évidence que l'immobilité, le mutisme et la passivité des enfants grièvement brûlés ou atteints de cancer sont liés à la douleur.

---

<sup>37</sup> Didier Cohen-Salmon Intervention à la Journée d'étude du 9 Juin 2007 de la Société d'Etude de la Naissance

Ceci est révolutionnaire car cela engage d'énormes changements de pratique en déclenchant en particulier l'administration de morphine là où le traitement antalgique le plus audacieux était de l'ordre du paracétamol. L'équipe de l'hôpital Gustave-Roussy, à Villejuif, en collaboration avec le Dr Michel Meignier à Nantes, a élaboré un protocole d'évaluation de la douleur pour les enfants baptisé « Échelle douleur enfant Gustave Roussy »<sup>38</sup> (DEGR), des supports de formation sont diffusés, les changements de mentalités s'amorcent.

### *La création d'unités fonctionnelles de lutte contre la douleur pédiatrique*

La prise de conscience concernant la douleur de l'enfant se poursuit en France en particulier dans le domaine de la douleur provoquée par les soins.

Le Dr Annequin<sup>39</sup> amorce dès 1991 une mobilisation autour de la douleur encore trop souvent ignorée : celle qui est initiée par nos soins, la douleur provoquée par les soignants eux-mêmes. Il innove en proposant d'utiliser un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène dont l'inhalation a des propriétés analgésiques et anxiolytiques. Les soignants jusqu'alors démunis face à la douleur provoquée par les soins découvrent une méthode simple et efficace pour prévenir la douleur iatrogène. La généralisation de ces moyens ne se fera pas sans grincements de dents. Après avoir découvert qu'il est possible de réaliser les soins sur les enfants sans douleur, dans le calme et le confort de nombreux soignants refusent de faire marche arrière. Les obstacles aux changements sont dépassés grâce à l'engagement de soignants engagés. Un petit groupe de soignants convaincus crée l'Association de Traitement DE Pediadol afin de diffuser les bonnes pratiques de la prise en charge de la douleur de l'enfant. Ce petit groupe de militants cherche à donner des réponses à la douleur de l'enfant.

---

<sup>38</sup> « Échelle douleur enfant Gustave Roussy » Annexe 1.

<sup>39</sup> Daniel Annequin est anesthésiste pédiatrique et a une formation de psychiatre. Il crée en 1991 une unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique à l'hôpital Armand-Trousseau, APHP, Paris. Il développe l'utilisation du MEOPA pour prévenir la douleur iatrogène en pédiatrie. Il participe à l'élaboration des deux premiers plans nationaux de lutte contre la douleur en 2003 et 2005.

La première unité fonctionnelle de lutte contre la douleur structurée et bénéficiant de personnels médical et paramédical dédiée est officiellement créée en 1993 à l'hôpital Armand Trousseau.

Après avoir parcouru les éléments qui aident à mieux cerner la notion de douleur, nous définissons dans un second chapitre les différents éléments contingents à l'exercice de l'expertise en douleur de l'enfant en transversal dans un hôpital.

## Chapitre II : D'un métier à un autre

La réflexion qui nous préoccupe est amorcée par la problématique du travail « d'expert », en « transversal » au sein d'une unité de lutte contre la douleur. Mais en quoi ce travail consiste-t-il ? Quelles en sont les particularités, les contingences ? Voilà différentes interrogations auxquelles il nous faut répondre avant de nous intéresser plus précisément au discours de celui qui conseille en matière de soulagement ou de prévention de la douleur de l'enfant. Il s'agit dans un premier temps de définir ces différents éléments.

### L'analgésie pédiatrique ou un jeu de poupées russes

L'analgésie pédiatrique est une spécialité médicale qui doit allier la connaissance de la douleur à celle de l'enfant.

C'est en premier lieu le dépistage et l'évaluation de la douleur du jeune enfant qui est complexe car celui-ci n'a pas accès au langage pour exprimer ce qu'il ressent. « L'expérience pratique, l'aptitude et l'habitude cliniques sont plus nécessaires avec l'enfant malade qu'avec les malades des autres âges; il ne parle point, comme l'indique l'étymologie *infans*; il ne peut, il ne sait expliquer ses sensations ; il exprime imparfaitement ses maux, et le langage même de ses organes souffrants est trompeur. Un praticien anglais éminent, M. le docteur West, compare les jeunes médecins qui visitent pour la première fois un hôpital d'enfants à des voyageurs qui abordent un pays inconnu dont ils ignorent la langue et les mœurs »<sup>40</sup>

En effet pour concevoir et exprimer une douleur « Il faut à la fois une grammaire (qui contient en elle tout les mots qui peuvent exprimer une douleur avant

---

<sup>40</sup> Henri Roger, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, Paris, Asselin, 1872, p. 2.

même sa survenue) et l'application de cette grammaire à la réalité de l'objet douleur devenue réalité physiologique<sup>41</sup> ».

Reconnaître la douleur d'un nourrisson qui incapable de parole est un exercice difficile. « L'homme souffrant accuse son mal, éclaire et dirige les recherches du médecin ; l'enfant malade est muet, taciturne ou maussade, difficile, impatient, et le plus souvent il résiste plutôt qu'il ne se prête à toute investigation. C'est, en quelque sorte, pis que de la médecine vétérinaire que l'on est appelé à faire auprès du jeune enfant.»<sup>42</sup>

Ce médecin décrit d'une manière inélégante une difficulté néanmoins réelle. Evaluer la douleur nécessite de faire des liens entre le comportement habituel d'un jeune enfant<sup>43</sup> en bonne santé et les manifestations spécifiques en cas de douleur. Ces difficultés sont reconnues de longue date et certains médecins dès le XVIIIème siècle, sans mettre en doute la douleur des enfants, reconnaissent qu'il s'agit d'un problème très difficile, particulièrement la douleur des bébés. Par exemple, Alexandre de Saint Germain écrit en 1884 : « Il est à peu près impossible de s'en rapporter aux enfants au sujet de la douleur perçue dans tel ou tel appareil. J'ai vu des escarres d'une profondeur effrayante chez des enfants qui, interrogés tous les matins, me répondaient imperturbablement qu'ils n'éprouvaient aucune douleur. »<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Hubert Guyard, *La plainte douloureuse*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 31.

<sup>42</sup> Émile-Adolphe-Joseph Berton, *Traité des maladies des enfants, ou Recherches sur les principales affections du jeune âge...*, Paris, Baillière, 1837, p. 3.

<sup>43</sup> Jean Piaget, *La psychologie de l'enfant*, PUF, Paris 1966.

<sup>44</sup> Louis Alexandre de Saint-Germain, *Chirurgie orthopédique. Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises. Leçons cliniques professées à l'hôpital des enfants-malades*, Paris, Baillière, 1883, p. 264.

Aujourd'hui des échelles d'hétéro-évaluation<sup>45</sup> nous aident à repérer ces signes et à objectiver la douleur. Par ailleurs l'enfant n'est pas en mesure de comprendre les soins que nous prodiguons et il est le plus souvent anxieux et apeuré par les gestes invasifs. Le champ d'intervention en analgésie est donc vaste : dépistage, évaluation, traitement et prévention de la douleur.

Telle une poupée russe, l'analgésie pédiatrique est une spécialité contenue au sein même de celle de la pédiatrie. Cette attention à la douleur de l'enfant se décline en un grand nombre de topiques qui vont de l'administration de la morphine à un tout petit, à la distraction de l'enfant en passant par l'engagement en faveur de la présence des parents lors des soins.

L'ensemble de ces sujets touchent la problématique de la prise en charge de la douleur de l'enfant dans la mesure où la perception de la douleur est le résultat d'une interaction de composantes : émotionnelles, sensori-discriminatives et cognitives. La modulation de ces différentes composantes produit la perception douloureuse à la manière des différentes gammes en musique qui donnent une mélodie. Il est donc presque impossible de penser la douleur perçue en la limitant à sa dimension physique. L'expérience de la douleur est à la fois une sensation et une émotion<sup>46</sup>.

Il existe certes des situations où la perception de la douleur est strictement sensorielle, « Mais la douleur pure, purement physique, reste un cas limite, comme l'est peut être la souffrance supposée purement psychique, laquelle va rarement sans quelque degré de somatisation »<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Il existe des échelles d'hétéro évaluation validée qui mesurent la douleur de l'enfant lorsque celui-ci n'est pas encore en capacité de communiquer ce qu'il ressent, par exemple : L'échelle EVENDOL **Annexe 2.**

<sup>46</sup> Définition de l'IASP (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur) : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».

<sup>47</sup> Paul Ricoeur, « La souffrance n'est pas la douleur », *Souffrances, corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Autrement, 1994, p.59.

### ***Se mettre en travers ou du travail d'expert en transversal***

Au sens figuré le terme transversal évoque ce qui recouvre plusieurs domaines de connaissance mais ce terme désigne également: « ce qui est disposé en travers, qui coupe quelque chose en travers, ce qui est perpendiculaire ».

La fonction de l'expert en transversal conduit par définition celui-ci à ne pas suivre la trajectoire de pensée des équipes. Ses missions l'amènent à observer la réalité sous un nouvel angle, à mettre les événements en perspectives ce qui conduit parfois à se démarquer des manières de faire habituelles.

En définitive l'expertise de la douleur de l'enfant touche de nombreux champs de compétences et intéresse l'ensemble des secteurs de soins. Cela signifie qu'il faut également avoir notion du contexte de survenue de la douleur c'est à dire de la spécialité médicale : chirurgicale, maladie grave, cancéreuse, neuro-dégénérative... Chaque secteur de soins ayant ses propres spécificités et chaque spécialité, une fâcheuse tendance à « l'égoïsme ».

### ***D'un vaste terrain d'exercice à une vague spécialité***

La médecine moderne est aujourd'hui organisée en spécialités qui explorent précisément les dysfonctionnements d'un organe ; la cardiologie s'intéresse au cœur, la gastro-entérologie aux organes de la digestion... Claude Bernard résume ce constat lorsqu'il nous dit que « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques » dans son Introduction à l'étude de la médecine expérimentale<sup>48</sup>. L'objectif est de segmenter le problème pour mieux le comprendre d'une part et mieux le soigner. Cette organisation cartésienne de la médecine présente l'avantage de développer les connaissances précises à propos des pathologies.

---

<sup>48</sup> Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Flammarion, 1984.

Le champ d'étude en médecine est tellement vaste qu'il devient nécessaire d'en limiter l'objet d'exercice néanmoins cette situation produit des aberrations ; comme l'exemple d'une personne hospitalisée dans un service de médecine pour un problème d'infection respiratoire à la suite d'une intervention chirurgicale ; elle sera traitée pour son affection des poumons mais sa plaie chirurgicale sera totalement négligée...

Au milieu du XXème siècle, George Canguilhem nous invitait déjà à revenir à une conception de la médecine centrée sur la personne en rappelant qu'à son origine la médecine est née de l'attention portée à la souffrance du malade et que, de ce fait, « *le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur.* »<sup>49</sup>

Mais dans les faits la prise en charge des patients demeure encore trop souvent centrée sur la pathologie ; une maladie qu'il faut soigner coûte que coûte...Ce volontarisme médical allié à une hyper spécialisation relègue parfois le soulagement de la douleur au second plan car la priorité est donnée au diagnostic, aux traitements, à la guérison.

Dans ce contexte la spécialité en analgésie apparaît elle aussi secondaire. Il y a les « médecins », ceux qui soignent la maladie et les dénommés « *bobologues* » : ceux qui s'occupent des « bobos » : objets mineurs de préoccupation médicale.

Ce genre d'appellations péjoratives trahit une forme de hiérarchisation des interventions médicales.

En effet les spécialistes de la douleur ne se préoccupent pas à proprement parlé de la pathologie mais plutôt de sa traduction symptomatique. Là encore il s'agit d'une particularité vis à vis des autres spécialités médicales. Certains diront même que ce n'est pas de la « vraie » médecine. Poser cette affirmation en ces termes nécessitent sans doute de définir ce qu'il en est de la vraie médecine et à contrario ce qu'est une fausse médecine.

---

<sup>49</sup> George Canguilhem, *Le Normal et le pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, PUF, 1966, p. 138-139.

Dans ce contexte nous pourrions imaginer que pour ceux qui qualifient les choses de la sorte, la vraie médecine s'adresse aux vraies maladies. La légitimité de l'une vis-à-vis de l'autre est questionnée et nous faisons la supposition que si la « médecine des maladies » peut afficher une tolérance vis à vis de cette « médecine du ressenti », elle n'admet en aucun cas qu'elle se mette en travers de son chemin diagnostic !

Certes aujourd'hui cette manière de se représenter l'analgésie n'est plus que rarement exprimée néanmoins c'est une représentation vivace et qu'il faut garder à l'esprit car elle obère subrepticement les relations entre les différents professionnels. Nous comprenons ainsi comment l'analgésie peine dans certains cas à faire sa place dans l'univers médical. C'est dans ce contexte d'activité médicale « hybride », parfois mal définie ou mal comprise que l'équipe de lutte contre la douleur conseille et propose des traitements ou de méthodes différentes. Elle doit le faire en affirmant son expertise et sans jamais se substituer aux soignants directement en charge de l'enfant.

Ce statut de conseiller ou d'experts est à questionner. Qu'est ce qu'un expert, qu'appelle-t-on expertise?

## **Du travail de l'expert**

### ***De l'usage courant du terme expertise***

« Le terme expert vient du latin *expertus*, éprouvé, qui a fait ses preuves. **A.** adj. : qui a, par la pratique, acquis un grand savoir-faire. **B.** subst. : personne ayant une compétence technique particulière que le juge ou les parties désignent pour effectuer l'examen d'une situation concrète. »<sup>50</sup> En médecine l'expertise est requise pour trancher des situations de litiges médicaux, la justice fait appel dans ce cas à un expert médical de la spécialité concernée qui a autorité dans ce domaine.

---

<sup>50</sup> *Dictionnaire de la langue philosophique*, presses universitaire de France, 3ème édition, 4ème trimestre 1978, Vendôme, p. 261.

Le savoir de l'expert est reconnu par ses pairs. Celui-ci a des connaissances poussées dans un domaine scientifique ou médical précis mais il connaît également le fonctionnement de l'hôpital, l'organisation du travail, les contingences des soins, des traitements... Il est en mesure de placer le problème posé dans son contexte. L'expert allie le savoir à l'expérience c'est ce qui fait sa compétence.

### ***De l'expertise à l'expert de la douleur***

La définition de l'expertise dans ce contexte est proche de celle qui nous préoccupe en matière de prise en charge de la douleur cependant l'objectif de l'intervention de cette expertise diffère. Alors que la première vise à examiner *a posteriori* une situation pour trancher, l'expert « douleur » conseille *a priori* et tente d'améliorer les pratiques au quotidien. L'expert met à disposition son savoir et l'état de ses connaissances pour améliorer l'analgésie de l'enfant, soulager sa douleur.

Il s'agit alors d'un partenariat avec les équipes. Mais dans certains cas l'intervention de l'expert douleur n'est pas spécialement attendue, ni même souhaitée. Dans ce contexte la position d'autorité de l'expert n'est acquise ni d'emblée ni systématiquement.

La compétence évoquée un peu plus tôt ne concerne alors plus seulement la capacité à utiliser ses connaissances mais également à les transmettre, à faire valoir son point de vue. Cette assistance est d'autant moins facilement acceptée qu'elle matérialise les difficultés de l'équipe à gérer elle-même la situation. « XXVI. Les choses dont on veut plutôt être l'auteur ou pour soi-même ou pour ses amis, se sont là aussi des biens plus grands, et celles auxquelles on est moins porté, de plus grands maux. »<sup>51</sup>

### ***De l'expertise au préjudice***

---

<sup>51</sup> Aristote, *Rhétorique*, livre de poche, classiques de la philosophie, 1991, 1364b-1365a. p 121.

L'expertise est communément requise lorsqu'un préjudice est estimé. La notion de préjudice concerne notre problématique dans la mesure où l'expert en douleur a en partie vocation de prévenir le préjudice causé par l'absence d'analgésie.

« Le préjudice, c'est le mal causé volontairement à quelqu'un contrairement à la loi ; or la loi est tantôt particulière, tantôt commune. J'appelle « loi particulière » celle dont la rédaction écrite constitue un fait de gouvernement, et « loi commune » celle qui, sans avoir jamais écrite, semble reconnue de tous. »<sup>52</sup> Cette définition d'Aristote est parfaitement adaptée à notre contexte dans la mesure où il existe une législation<sup>53</sup> qui oblige à prévenir et à traiter la douleur et que par ailleurs la déontologie impose aux professionnels de la santé d'y prêter attention.

Porté préjudice à quelqu'un c'est lui faire du tort, porter atteinte à ses intérêts, lui causer un dommage. Selon la manière d'analyser la situation et surtout de prioriser les interventions de soins, l'absence de prise en charge de la douleur représente un préjudice n'est pas une évidence.

Notons par ailleurs, qu'il n'existe, à ce jour, dans la jurisprudence française, qu'un seul cas<sup>54</sup> pour lequel un hôpital a été condamné pour défaut de prise en charge de la douleur. La priorité lorsqu'une personne est hospitalisée est donnée à la guérison. La hiérarchisation des interventions médicales est incontournable. S'il faut opérer une jambe cassée, c'est au chirurgien qu'il faut faire appel...

Les interrogations à propos du soulagement de la douleur n'ont aucun sens si l'enfant n'est pas soigné, voire même sauvé.

Tout comme la place de l'analgésie en médecine, celle des interventions en vue de soulager la douleur est fluctuante, elle évolue au cas par cas, selon les

---

<sup>52</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op. cit.* » 1368b. p 139.

<sup>53</sup> Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 : relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique – Livre III – Titre I Profession d'infirmier ou d'infirmière ; article R. 4311-2, alinéa n°5 : « *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.*

Circulaire n°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

<sup>54</sup> La cour administrative d'appel de bordeaux 3e Chambre Mme Marie D L.N 03BX01900 13 juin 2006.

situations. C'est ainsi que le soulagement de la douleur devient prioritaire lorsque la médecine ne peut plus guérir, dans les soins palliatifs et qu'il est parfois quasiment considéré comme accessoire dans un contexte de réanimation. Or la manière de placer le curseur est actuellement en train d'évoluer simultanément avec la demande des usagers et la prise de conscience des professionnels. D'autant plus qu'aujourd'hui il est possible de soigner, de guérir tout en soulageant la douleur ou du moins en la réduisant.

### *De la qualification de la faute*

Si au décours d'un soin le professionnel provoque de façon inattendue de la douleur, alors c'est un « accident ». Lorsque la douleur de l'enfant est sciemment ni prévenue ni soulagée car le soignant juge que cet aspect est secondaire alors il s'agit d'une « faute ». Lorsque la douleur est délibérément provoquée alors qu'elle pourrait être évitée, nous sommes face à une « injustice » telle que la décrit Aristote.

« XVI. Il ne faut pas juger avec la même sévérité une faute et une injustice, non plus qu'une faute et un accident. Or les accidents sont des actes que l'on accomplit sans réflexion et sans intention mauvaise ; la faute, c'est tout ce qui est, sans être un acte irréfléchi, n'est pas non plus le résultat d'une méchanceté ; l'injustice, c'est ce qui, tout ensemble, n'est pas irréfléchi, et part d'une pensée méchante. En effet, les injustices inspirées par un désir passionné ont pour origine une mauvaise intention. »<sup>55</sup>

De nombreuses situations cliniques viennent illustrer ces différentes possibilités : accident, faute, injustice. La vie à l'hôpital traine son cortège de comportements humains chamarré de passions, de limites et de qualités humaines. Autant de raisons pour rencontrer des attitudes louables, condamnables ou excusables. Autant d'occasions de se méfier d'un jugement hâtif et tranché à propos de telle ou telle réaction.

---

<sup>55</sup> Aristote, *Idem*, p.p 1374b. p 166.

Le plus souvent les problèmes de prise en charge de la douleur sont de l'ordre de l'accident ou de la faute, ils relèvent beaucoup plus rarement de l'injustice telle qu'Aristote la définit.

### *Conseiller n'est pas juger*

La qualification de la nature du préjudice est importante. La façon dont l'expert explique les attitudes et qualifie le problème porte à conséquence, en particulier lorsqu'il est tenté de faire l'amalgame entre la mauvaise pratique et celui qui la réalise.

L'expert doit scrupuleusement se détacher de l'idée que les soignants sont coupables du défaut de prise en charge qu'il constate. Nous proposons de substituer l'idée de culpabilité à la notion de « faillibilité de l'homme » avancée par Paul Ricoeur. «Que veut-on dire quand on appelle l'homme faillible? Essentiellement ceci: que la possibilité du mal est inscrite dans la constitution de l'homme»<sup>56</sup> Retenir cette proposition revient à accepter de partager la condition « d'hommes faillibles » avec les soignants, car ils le sont au même titre que nous le sommes. D'après Paul Ricoeur, le concept de faillibilité inscrit le passage de la culpabilité à la « fragilité affective ».<sup>57</sup> Reconnaître la vulnérabilité de l'autre amène à poser un regard différent sur lui et en particulier à la notion d'indulgence que nous évoquerons plus tard.

Nous souvenant par ailleurs que l'action dite « honorable » que nous menons, celle de soulager l'enfant, est grandement facilitée par notre statut. A partir de ce constat, il apparaît malvenu de se glorifier de nos actions ou pire encore de condamner ceux que ne sont pas en mesure de soulager la douleur. Peu importe la raison pour laquelle ils ne peuvent pas encore le faire : la méconnaissance, le déni ou l'excès de travail. Ce qui compte c'est de penser à comment ils vont bientôt pouvoir le faire.

---

<sup>56</sup> Paul Ricoeur, *Philosophie de la volonté 2, Finitude et culpabilité 1, L'homme faillible*, Aubier, 1960. p.149.

<sup>57</sup> *Idem.* p .97.

Certes cette façon de balayer, presque avec désinvolture, les raisons qui sous-tendent la non prise en charge de la douleur de l'enfant, pourrait nous être reprochée. En effet, comment conduire le changement en ignorant les logiques qui fondent les comportements ? A cette légitime protestation nous répondons par notre choix de centrer la réflexion sur celui qui conseille. Il est patent que nos recherches sur le conseiller nous mèneront par la suite à nous interroger également sur le conseillé.

Rappelons afin de justifier notre démarche que les personnes expertes proposent des changements qui seront assumés par d'autres. Ces conseillers, volontiers dans l'analyse du travail des autres, n'interrogent pas forcément leurs propres attitudes. L'échec des stratégies de changement n'est pas nécessairement dû à l'opposition de ceux qui doivent changer, il est parfois directement lié à la manière de proposer le changement. C'est donc sous cet angle de vue que nous interrogeons la place du conseiller en analgésie.

### **De l'importance de l'humilité**

L'intervention de l'expert douleur confronte implicitement les professionnels à leur méconnaissance dans le domaine du soulagement de la douleur. Recourir à un expert c'est reconnaître les limites de son propre savoir en matière d'analgésie. Or le sujet est particulièrement sensible car il renvoie potentiellement à des sentiments d'impuissance voire de culpabilité. Placé face à un enfant qui souffre, le soignant qui ne parvient pas à le soulager peut se sentir démuni ou incompetent. La compétence de l'expert de la douleur peut presque être ressentie comme une provocation. L'expertise de l'un fait apparaître par contraste l'ignorance de l'autre. Telle une réaction chimique déclenchée par deux composés mis en présence. Le soignant peut éventuellement se sentir coupable de ne pas savoir, de ne pas faire.

Cette notion tacite de culpabilité est alors reliée à l'idée d'une faute par défaut, celle de ne pas soulager ou de ne pas déceler la douleur. Le tact et l'humilité de l'expert en analgésie deviennent incontournables pour éviter d'augmenter le sentiment de culpabilité des soignants.

Celui qui conseille doit garder à l'esprit sa propre condition : détachée des contingences des soins quotidiens. Sa situation lui offre la distance nécessaire qui lui permet de voir ce qui est difficile à percevoir lorsqu'on est plongé dans l'action. Aristote cite dans sa Rhétorique un exemple illustrant une façon de faire un éloge à partir d'un précepte, celui-ci s'apparente justement à notre propos : « [...] ; tel par exemple, ce précepte qu'il ne faut pas s'enorgueillir de ce qui nous est donné par la fortune, mais plutôt de ce qui nous vient de nous-mêmes. »<sup>58</sup>

Il s'agit de faire preuve de réserve et de modestie dans les cas où le conseil est produit par une personne dégagée des contingences quotidiennes. Par ailleurs le fait que l'expert connaisse le travail des soignants, les lois et les organisations propres à l'hôpital, qu'il ait une expérience du « terrain » augmente sa crédibilité. « I. La condition la plus importante, la principale pour pouvoir persuader et délibérer convenablement, c'est de connaître toutes les espèces de gouvernements et de distinguer les mœurs, les lois et les intérêts de chacun d'eux. »<sup>59</sup>

### ***Sur le chemin de l'autonomie***

Le rôle des unités mobiles de lutte contre la douleur est de cheminer avec les équipes, en recherchant avec les personnes concernées, ce qui peut aider à modifier les pratiques, en s'appuyant sur leurs convictions propres. L'intervention de l'expert en analgésie vise à ce que le soignant intériorise l'obligation de soulager, d'évaluer la douleur. La conduite du soignant est alors dictée par ses propres lois et non pas celles prescrites par d'autres.

---

<sup>58</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op.cit.* », 1368a. p 136 ;

<sup>59</sup> *Idem*, 1366a. p 126.

Selon Kant l'homme est lui-même (*auto*) fondateur de ses propres lois (*nomos*) c'est-à-dire autonome. L'homme, parce qu'il est capable de raison, a une conscience morale qui dépasse la connaissance, car ce qui le guide c'est la morale, celle-ci étant au delà de la physique.

« [...] le principe de l'obligation ne doit pas être ici cherché dans la nature de l'homme, ni dans les circonstances où il est placé en ce monde, mais *a priori* dans les seuls concepts de la raison pure ; et que toute autre prescription qui se fonde sur des principes de la simple expérience, fût-elle à certains égards une prescription universelle, du moment que pour la moindre part, peut être seulement par un mobile, elle s'appuie sur des raisons empiriques, si elle peut être appelée une règle pratique, ne peut être dite une loi morale.»<sup>60</sup> C'est sur une loi morale propre à chaque être doué de raison et non sur une loi externe que l'homme fonde ses actions. Cette loi morale appartient à chaque homme. Elle ne dépend ni de son statut, ni de l'état de ses connaissances.

Emmanuel Kant nous apporte ici une aide précieuse pour étudier la manière de donner des conseils. Celle-ci s'envisage sous l'angle de la liberté de nos collègues. La notion d'autonomie kantienne efface toute velléité dogmatique.

Cependant il serait inopérant de s'en remettre à la seule autonomie du soignant pour progresser dans les pratiques d'analgésie car l'homme n'est pas seulement un être doué de raison, c'est aussi un être de nature.

Il demeure une part de dualisme dans les lois qui guident l'homme. « Car ces lois sont ou des lois de la *nature* ou des lois de la *liberté*. La science de la première s'appelle PHYSIQUE, celle de la seconde s'appelle ETHIQUE ; celle là est encore nommée Philosophie naturelle, celle-ci Philosophie morale. [...], la philosophie naturelle aussi bien que la philosophie morale peuvent avoir chacune sa partie empirique, car il faut qu'elles assignent leurs lois, l'une à la nature en tant qu'objet d'expérience, l'autre à la volonté de l'homme en tant qu'elle est affectée par la nature : lois dans le premier cas, d'après lesquelles tout arrive ; dans le second cas,

---

<sup>60</sup> Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, livre de poche, classiques de la philosophie, 1993. p. 52.

d'après lesquelles tout doit arriver, mais en tenant compte pourtant encore des conditions qui font que souvent ce qui doit arriver n'arrive point. »<sup>61</sup>

Ce constat se fait au quotidien dans nos hôpitaux. Nous remarquons que certains principes de prise en charge de la douleur ne sont pas respectés, que les choses ne se font pas comme elles devraient l'être.

Ces pratiques ne sont cependant pas sous tendues par une mauvaise intention des soignants. Le plus souvent ceux-ci souhaitent bien faire mais éprouvent des difficultés à prévenir ou à traiter la douleur. Ils en ressentent de la gêne et de l'insatisfaction.

### *De l'expertise à la bienveillance*

De même que nous souhaitons que les soignants ne demeurent pas sourds à la douleur de l'enfant, il nous faut entendre la souffrance du soignant face à ces situations. Les circonstances de notre mission nous place face à une double contrainte : celle de prêter attention à la fois à l'enfant et à celui qui le soigne au quotidien. Au fil du temps, les conseils sont entendus et suivis mais seulement à la condition qu'une relation de confiance se soit tissée entre les équipes et les intervenants de l'unité de lutte contre la douleur ; « V. Il y a trois choses qui donnent de la confiance dans l'orateur ; car il y en a trois qui nous en inspirent, indépendamment des démonstrations produites. Ce sont le bon sens, la vertu et la bienveillance ; car on peut s'écarter de la vérité dans le sujet [par la parole ou le conseil] ou par ces trois points, ou par quelqu'un d'entre eux. »<sup>62</sup>

### *Un chemin sinueux*

---

<sup>61</sup> Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, « *op.cit.* ». pp.49-50.

<sup>62</sup> Aristote, *Rhétorique*, *Ibidem*, p 1378a. p 182.

Cependant nous observons *a contrario* qu'il est délicat d'apporter du savoir sans se laisser prendre par un sentiment d'auto satisfaction voire d'arrogance : « [...] Le nom même qu'on lui donne, en grec *Authadès*, paraît venir de sa manière d'être. L'arrogant est en quelque sorte *autoadès*, c'est-à-dire content de soi ; et on l'appelle ainsi, parce qu'il se plaît beaucoup à lui-même. »<sup>63</sup>

Une attitude certes illégitime mais propre la nature humaine. Impossible de se soustraire à la question de l'arrogance dans notre démarche car la position d' « expert » précisée un peu plus tôt est nécessairement risquée de ce point de vue.

### ***De l'arrogance ennemie de la bienveillance***

« VI. [...] car les arrogants ne sont pas en état de calculer que la même épreuve pourra les affecter, mais plutôt dans une situation d'esprit intermédiaire. Il en est de même de ceux qui n'ont pas de vives alarmes, car on est sourd à la pitié quand un malheur nous frappe d'épouvante, parce que l'on est tout entier à ses propres épreuves. »<sup>64</sup> Les notions d'arrogance et de pitié sont ici associées par Aristote qui invite ainsi le lecteur à percevoir la cécité relationnelle qui frappe celui qui ne parvient pas à se décentrer de lui-même, soit par arrogance soit par malheur.

Le risque est grand de se satisfaire, soit de son statut de « savant de la douleur », soit d'être « frapper d'épouvante » par la souffrance quotidienne des enfants. Ces circonstances ne facilitent pas la compréhension ni la bienveillance vis-à-vis des autres soignants.

En effet la lutte contre la douleur de l'enfant donne *a priori* une bonne image d'eux même à ceux qui sont mandatés par l'institution pour assurer cette mission, parfois au détriment de leurs collègues. Il y aurait le « gentil soignant », celui qui vient spécialement pour s'occuper de la douleur de l'enfant et les « méchants soignants » qui provoquent la douleur en réalisant les soins.

L'expert de la douleur, drapé de son « habit vertueux », peut apparaître tel un redresseur de tords, prenant la défense de l'enfant, à la manière d'un héros de

<sup>63</sup> Aristote, *La grande morale*, livre I, Chapitre XXVI. Traduit par J. Barthélemy-Saint hilaire, Paris, 1856.

<sup>64</sup> Aristote, *Rhétorique*, *Ibidem*. p 1385b-1386a. p 219.

l'analgésie, discourant sur la bonne manière de faire. Un discours grinçant aux oreilles de ceux qui se débattent avec les contingences multiples et variées des soins pédiatriques.

### Chapitre III : De l'évidence vers un questionnement éthique

Au regard de ces différents éléments contextuels, il apparaît que le premier devoir de celui qui prétend interroger les pratiques de ses pairs et donner du conseil, soit de questionner ses propres pratiques. Il s'agit de ne pas se satisfaire de notre situation, sans interroger la légitimité apparente de l'intervention d'un tiers dans les pratiques d'autrui sous prétexte de soulager la douleur de l'enfant.

A première vue, le bien-fondé de la mission ne semble pas prêter à discussion. C'est pourtant cette évidence qu'il faut questionner afin de tendre vers une éthique du conseil en analgésie. La « transformation de l'agir » pour reprendre le concept d'Hans Jonas est l'une des tâches de l'éthique. «Elle doit exister parce que les hommes agissent et l'éthique est là pour ordonner les actions et pour réguler le pouvoir d'agir. »<sup>65</sup>

L'éthique a également pour fonction de dépasser les certitudes et de remettre en question les préjugés. Ce qui apparaît évident au premier regard cache parfois des problématiques plus complexes. Le terme éthique désigne en grec, la science morale. L'« *ethos* » s'intéresse au lieu de vie; à l'habitude, aux mœurs ; ce terme désigne le caractère, l'état de l'âme, la disposition psychique. L'éthique se donne pour but d'indiquer comment les êtres humains doivent se comporter, agir et être, entre eux et envers ce qui les entoure.

---

<sup>65</sup> Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, Les éditions du Cerf, 1990, p.61.

Il nous faut agir au mieux avec ceux qui nous entourent et en particulier avec ceux d'entre eux avec lesquels nous ne partageons pas les mêmes priorités, ni même parfois des convictions du même ordre. Quelles sont les logiques qui expliquent nos attitudes quotidiennes?

Comment nos dispositions en qualité d'experts de la douleur s'expliquent-elles ? Les comprendre pour les dépasser, les analyser pour les améliorer.

Nous abordons en avant-propos l'analyse du changement de paradigme de la douleur, amorcé par les progrès de l'analgésie avant de poursuivre notre recherche sur la place de la rhétorique moderne dans le conseil en analgésie.

## **De la conviction à la culpabilisation**

### *Une terminologie significative*

Nous faisons l'hypothèse que l'attitude des experts de la douleur, observée dans certaines situations, s'enracine dans le militantisme initial dont les « pionniers de la douleur de l'enfant » ont dû faire preuve pour promouvoir ce mouvement.

Historiquement ce sujet a fait l'objet d'un déni médical massif. Les obstacles et les freins au changement étaient nombreux, certains persistent encore aujourd'hui. La prise de conscience est longue et parfois même douloureuse !

Il est utile de noter que l'expression consacrée dans ce domaine est « *lutte* » contre la douleur. Cette terminologie traduit des aspects combattifs, velléitaires. Il s'agit de livrer combat, de se battre contre la douleur. Mais il s'agit aussi d'une épopée contre les préjugés et les fausses croyances comme nous avons pu le constater au décours de notre étude de l'analgésie au fil des époques.

### *Coupables...de laisser souffrir*

Les progrès du savoir médical scientifique en matière de traitement, d'évaluation et de prévention de la douleur ont permis d'établir des normes, d'édicter des procédures. Ce sont comme des lois qui régissent la conduite des soignants. Dans ces conditions celui qui ne suit pas la règle édictée, qui s'écarte de la bonne procédure est par analogie une sorte de « hors-la-loi ».

Différents cas de figure se présentent désormais à nous. Il existe les situations où malgré les traitements antalgiques et la mobilisation des soignants l'enfant reste douloureux. La médecine malgré ces avancées révolutionnaires demeure parfois impuissante à guérir ou à soulager. Dans ces circonstances les efforts des soignants les « dédouanent » de ce type d'« accusation ». Mais lorsque la douleur de l'enfant n'est ni évitée ni traitée alors qu'elle pourrait l'être, la déontologie du soignant est questionnée, c'est selon Aristote soit une faute soit une injustice.<sup>66</sup>

Cependant la survenue du sentiment de culpabilité n'est pas forcément corrélée à la responsabilité effective du soignant. Il est possible de se sentir coupable de la souffrance de l'enfant bien que tous les moyens aient été mis en place. Dans ce cas l'impuissance à soulager provoque un profond malaise chez ceux qui ont la conviction que la douleur n'est pas une fatalité et qui dans certains cas ne parviennent pourtant pas à supprimer la douleur malgré leurs efforts.

A l'inverse, certains soignants indifférents à la douleur de l'enfant n'en ressentent aucune culpabilité. On ne peut se sentir coupable que lorsque l'idée d'une faute est admise. Or pour certains le défaut d'analgésie n'est tout simplement pas perçu comme une faute. Le plus souvent ce sont des mécanismes psychiques de défenses qui empêchent la personne d'accéder à ce type de raisonnement. La réalité de la douleur est gommée voire niée. Comme par exemple lorsque l'infirmière réalisant une ponction veineuse sans utiliser de crème anesthésiante pour la peau ou quoi que ce soit d'autre comme moyen antalgique, s'adressant à l'enfant qui se met à pleurer, lui rétorque que « ça ne fait pas mal ».

---

<sup>66</sup> Aristote, *Rhétorique*, livre de poche, classiques de la philosophie, 1991, p.p 1374b. p 166.

Dans ce type de situation le sentiment de culpabilité peut être déclenché par un regard extérieur. Comme dans le témoignage de l'étudiante puéricultrice que nous citions en introduction de notre travail. C'est la présence d'une tierce personne qui interroge la pratique, qui pointe le manque, qui déclenche parfois le doute voire le malaise. Le sentiment d'impunité disparaît mais en l'occurrence la remise en question vient de quelqu'un d'autre.

Elle ne conduit pas forcément à l'introspection, pire selon la manière dont la remarque est formulée, il n'est pas rare que le soignant pris en défaut se sente attaqué et que son malaise se transforme en agressivité.

Les origines du sentiment de culpabilité sont variées et ne répondent pas toujours à des mécanismes psychiques du même ordre. Outre la question de la culpabilité du soignant, sentiment légitime ou tronqué selon les circonstances, il existe néanmoins aujourd'hui une véritable responsabilité vis-à-vis de la douleur. En effet, bien que nous n'ayons pas d'obligation de résultats nous avons une obligation de moyens. Ce constat nous place face à une conception nouvelle de la douleur dans nos hôpitaux tout comme dans la société en général.

### ***Du passage de la douleur « fatalité » à l'injonction de soulager***

La douleur dans nos sociétés industrialisées n'est donc plus considérée comme une fatalité, elle a même fait l'objet, voici une quinzaine d'années en France, d'un ambitieux slogan ministériel « zéro douleur! », accompagné de fascicules d'information remis au patient à leur entrée à l'hôpital<sup>67</sup>. Nous assistons à la transformation d'un concept. La douleur doit être combattue, sous-entendu : vaincue ! La souffrance, considérée encore un siècle plus tôt comme une désagréable contingence de l'existence doit disparaître, céder sous le joug de la toute-puissance médicale. Malheureusement le mirage s'estompe au fur et à mesure que la médecine dévoile ses limites. Comble du paradoxe c'est à l'époque où nous disposons de nombreux moyens antalgiques que la douleur devient la plus inacceptable!

---

<sup>67</sup> Fascicule d'information ministériel : la douleur n'est pas une fatalité Annexe 3

De même que le moindre accident requiert de nos jours réparation juridique, pénale ou financière, toute douleur exige son coupable. La condition du soignant est passée de l'impuissance à l'incompétence. Si la souffrance ne cède pas le soignant est en responsable.

La douleur devient une expérience qui ne concerne plus seulement celui qui la ressent mais aussi celui qui y assiste : le soignant. Il n'en est pas seulement le témoin il en devient le promoteur.

L'expert en douleur arrive sur ces entre-faits en espérant améliorer l'analgésie. Sa position est analogue à celle du diplomate en charge de ménager les intérêts de chacun, soucieux des susceptibilités des uns et des autres. Car de nos jours comme nous le précise Michel Meyer dans son introduction à *Principia Rhetorica*<sup>68</sup> « Il est primordial de pouvoir convaincre, et mal ressenti d'imposer. »

### *Du militantisme à « l'évangélisation »*

Historiquement les militants de la douleur de l'enfant, portés par leur conviction ont cherché à diffuser ce dont ils étaient convaincus. A l'image de pèlerins portant la « bonne parole », les militants ont multiplié les conférences, les formations, les interventions dans la presse pour faire passer le message. Des structures spécifiques (des unités mobiles d'évaluation et de traitement de la douleur) ont été créées sur le terrain, dans les hôpitaux. L'objectif est de convaincre, de diffuser de la connaissance, de faire prendre conscience de cette vérité ignorée ou déniée : l'enfant souffre, il est possible de le soulager et il est de notre responsabilité de le faire.

Aujourd'hui encore l'engagement se poursuit car le paysage hospitalier de la prise en charge pédiatrique de la douleur est hétérogène. Le pire côtoie le meilleur. Ce constat est vrai d'un hôpital à un autre mais également d'un étage à un autre dans un même établissement. Les disparités de pratiques et d'engagement sont énormes. Ici l'attention au confort et au soulagement du tout-petit est permanente, ailleurs la prévention et le traitement antalgique sont accessoires.

---

<sup>68</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica, Une théorie générale de l'argumentation*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p 7.

C'est en quelque sorte comme si deux croyances se côtoyaient : il y a *ceux qui croient* à l'importance de la prise en charge de la douleur et *ceux qui n'y croient pas*.

Loin d'un sujet scientifique, la douleur devient une affaire de conviction ! Aujourd'hui le fondement scientifique de la perception de la douleur de l'enfant est acquis, c'est une vérité. Ceux qui diffusent les messages autour de la douleur de l'enfant connaissent cette vérité. Ils souhaitent légitimement la partager, la faire connaître. Ils portent en quelque sorte la « bonne parole ».

Toute chose étant égale par ailleurs la conviction confine parfois à l'intolérance. Lorsque celui qu'on veut convaincre refuse d'entendre, en quelque sorte de « se convertir » peut d'une certaine manière être considéré comme un « impie ». Etrangement l'engagement des militants de la prise en charge de la douleur rappelle les croisades, accusant en quelque sorte d'hérésie ceux qui ne se plient pas aux règles établies.

L'introduction de John Locke en 1686 dans sa « lettre sur la tolérance » traduit le péril qu'encourt celui qui cherche à convaincre de force. « [...]si, pour convertir ceux qu'il suppose errants dans la foi, il les réduit à professer de bouche ce qu'ils ne croient pas, et qu'il leur permette la pratique des choses mêmes que l'Évangile défend; on ne saurait douter qu'il n'ait envie de voir une assemblée nombreuse unie dans la même profession que lui. »<sup>69</sup> J. Locke nous indique que le discours et les actes doivent s'accorder afin de donner du crédit aux propos. Impossible de convaincre les soignants d'être attentifs aux perceptions de l'enfant, d'être respectueux de ce qu'ils expriment si nous faisons preuve de mépris ou d'arrogance à leur égard.

---

<sup>69</sup> John LOCKE, *Lettre sur la tolérance*, Traduction française de Jean Le Clerc, 1710 Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"  
Site web:  
[http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/index.html](http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html)

« Quelques justes prétentions que l'on ait à toutes ces prérogatives, si l'on manque de charité, de douceur et de bienveillance pour le genre humain en général, même pour ceux qui ne sont pas chrétiens, à coup sûr, l'on est fort éloigné d'être chrétien soi-même. »<sup>70</sup>

Afin d'illustrer l'analogie entre « le prédicateur » et celui qui cherche à partager sa conviction vis-à-vis de l'importance de la douleur de l'enfant, nous proposons le tableau des frères Bellini, *Prédication de Saint-Marc sur une place d'Alexandrie*.



Ce très grand tableau propose, dans un décor oriental où se côtoient minarets, obélisques, girafes et palmiers, une scène de prédication au contraste marqué. On peut voir à gauche du tableau, les sévères catholiques européens, vêtus de couleurs sombres face aux orientaux en vêtements colorés, alors qu'au tiers de la scène, le prédicateur surplombe légèrement des femmes toutes de blanc vêtues.

La note blanche sert en quelque sorte de trait d'union entre les deux univers. Cette représentation est remarquable d'un point de vue symbolique car elle illustre non seulement le contraste entre les deux civilisations mais également la conviction austère des « croyants » venus convertir les orientaux. A la vue de ce tableau, il nous semble qu'il pourrait y avoir une sorte d'analogie entre cette représentation et notre problématique. Cette contrée étrangère (dans le sens inconnue) pourrait représenter l'hôpital avec ses unités de soins chamarrées selon les spécialités ; alors que les croyants austères, avec leur prédicateur, ressembleraient aux militants de la lutte contre la douleur, empreint de conviction et parfois de dogmatisme.

---

<sup>70</sup> John LOCKE, *Lettre sur la tolérance*, « op.cit. ».

L'analogie qui nous est apparue à la vue de ce tableau caractérise nos craintes de basculer dans un discours dogmatique. Sans nous en apercevoir, convaincus d'agir pour la bonne cause nous pourrions tout comme ces hommes croyants vêtus de sombre dans la tableau ne plus nous discerner un aveuglement, nous empêchant de saisir l'opportunité de découvrir l'univers de l'autre. La manière de parler de nos convictions, d'apporter notre connaissance et de discourir à propos de la douleur de l'enfant doit être choisie, anticipée afin d'échapper aux périls du dogmatisme et de surcroît de convaincre.

### ***Du choix du discours***

Le choix du discours est prépondérant dans la réussite de la démarche. Notre condition de conseiller nous place finalement en situation d'un orateur qui doit convaincre pour modifier une réalité complexe. Notre propos est de passer de notre *logos* à la *praxis* d'autrui.

Le *logos* désigne à la fois la parole, par extension le discours et l'intelligence du raisonnement. « Ce n'est plus une parole, un logos, c'est un acte tissé dans le plein du réel »<sup>71</sup>

C'est un concept à la fois rationnel et oratoire qui nous conduit à faire le lien avec ce qui nous préoccupe : raisonner notre manière de parler à l'autre ou user de la parole avec raison. C'est dans ce sens que nous questionnons le *logos* en tant que discours.

Pour André Lalande « Le discours ne crée rien par lui-même ; il n'est qu'un moyen de transport, un canal conduisant ailleurs l'eau d'une source. Notre force, pour la connaissance, est toute dans l'intuition, et notre faiblesse dans la nécessité de prouver médiatement ce dont la vérité ne s'impose pas d'elle-même. »<sup>72</sup>

Lorsque la vérité ne s'impose pas d'elle-même alors il s'agit de convaincre. Le discours qui correspond à cet exercice est de l'ordre de la rhétorique.

### **La place de la rhétorique**

<sup>71</sup> Paul RICŒUR, *Philosophie de la volonté*, Edition du Seuil, 2009, p. 191.

<sup>72</sup> André Lalande, *La raison et les normes*, Librairie Hachette, 1948, p.123.

### ***Qu'est ce que la rhétorique***

Le terme rhétorique provient du latin *rhetorica*, emprunté au grec ancien « *rhêtorikê tekhnê* », qui se traduit par « technique, art oratoire », et désigne au sens propre « l'art de bien parler », d'après le nom *rhêtôr*, « orateur ». La rhétorique est l'art ou la technique de persuader, généralement au moyen du langage.

« L'art oratoire est défini par Quintilien comme l'art de bien dire (*ars bene dicendi*), et cela inclut autant le fait de pouvoir répondre correctement à des questions précises que celui de pouvoir capter son auditoire par la manière de s'exprimer et de mettre en valeur ce qui autorise et fonde la parole. »<sup>73</sup>

### ***Définitions de la rhétorique***

Selon Michel Meyer il y a des définitions de trois types pour définir la rhétorique : celles qui sont centrées sur l'auditoire, d'autres sur le langage et le style et enfin celles centrées sur l'orateur.

Cicéron résume les trois notions fondamentales de la rhétorique. « Ce qu'il y a de bon ou de mauvais dans un discours, je puis, moi, le discerner, si j'ai assez de sens critique et de compétence ; mais ce que vaut l'orateur, cela c'est aux effets produits par sa parole qu'on pourra s'en rendre compte. Les effets à obtenir sont, à mon avis du moins, au nombre de trois : instruire l'auditoire, lui plaire, l'émouvoir vivement. »<sup>74</sup>

Nous distinguons ici en premier lieu que la rhétorique est fondée sur un discours rationnel, construit, dont les effets sont recherchés, prémédités en quelque sorte. Cela traduit l'usage de la raison, de la logique pour convaincre. Il s'agit du *logos*. Mais comme nous l'avons vu plus tôt dans notre travail le *logos* traduit à la fois l'intelligence du raisonnement et le « verbe » c'est-à-dire la parole. Socrate promeut la rhétorique du raisonnement tandis qu'Isocrate<sup>75</sup> prône l'art de la parole.

<sup>73</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica, Une théorie générale de l'argumentation*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p.18.

<sup>74</sup> Cicéron, *Brutus*, XLIX-184/185, Les Belles Lettres, 1973, p.64.

<sup>75</sup> Isocrate, Athènes 436–338 av. J.-C., Il fut le fondateur d'une école de rhétorique célèbre, qui forma nombre d'orateurs. Il enseignait que l'art de bien parler passait par l'art de bien penser. Aristote fut son élève avant de rejoindre Platon.

Pour Platon le *logos* correspond à une sophistique équivoque, tandis que pour Aristote le *logos* traduit le raisonnement.

Le second élément déterminant se trouve être le *pathos*, qui évoque la dimension émotionnelle de la relation qui réunit orateur et auditeur. L'orateur doit plaire à son auditoire cela participe à le convaincre. Il s'agit de séduire, le *pathos* se rapporte pour Aristote à la passion alors que Platon voit dans le *pathos* la manipulation.

Enfin certaines définitions de la rhétorique sont centrées sur l'orateur lui-même, sur l'*ethos*. L'expertise est ce qui caractérise l'*ethos* aux yeux d'Aristote, pour Cicéron se sont les vertus, tandis que pour Platon l'*ethos* traduit l'intention.

« Lorsqu'on se penche de façon synthétique, sur l'invention de la rhétorique dans le monde antique occidental, on est frappé de voir que, des Grecs aux Romains, l'accent s'est déplacé du *pathos* à l'*ethos* en passant par le *logos*. En résumé cela donne Platon, Cicéron, Aristote.[...] Dans les trois grandes classes de définitions, le point d'ancrage retenu détermine ce qui sera le principe dominant. »<sup>76</sup>

Au fil de notre étude des définitions de la rhétorique il apparaît que selon que ce soit l'*ethos*, le *pathos* ou le *logos* qui est privilégié, l'usage de la rhétorique diffère. Tantôt considérée comme l'art de l'éloquence ou encore le reflet d'une construction logique de la pensée, la rhétorique vise parfois une coupable manipulation de l'auditoire. Platon fait une vive critique de la rhétorique en particulier dans le Gorgias. Selon Gorgias fervent défenseur de la rhétorique, celle-ci dépasse de beaucoup les autres arts. Celui qui parle est ainsi au-dessus de celui qui agit, et même au-dessus de celui qui sait. Gorgias tente de convaincre Socrate dans un dialogue dont le thème est la suprématie de la rhétorique.

### Gorgias

« Oui, Socrate, je vais essayer de te dévoiler clairement la puissance de la rhétorique dans toute son ampleur ;[...] »

Et quand il s'agit de faire un de ces choix dont tu parlais tout à l'heure, Socrate, tu vois que les orateurs sont ceux qui donnent leur avis en ces matières et qui font triompher leurs opinions.

<sup>76</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica, Une théorie générale de l'argumentation*, « op.cit. », pp. 19-20.

Socrate

C'est aussi ce qui m'étonne, Gorgias, et c'est pourquoi je te demande depuis longtemps quelle est cette puissance de la rhétorique. Elle me paraît en effet merveilleusement grande, à l'envisager de ce point de vue.

Gorgias

XI. Que dirais-tu, si tu savais tout, si tu savais qu'elle embrasse pour ainsi dire en elle-même toutes les puissances. Je vais t'en donner une preuve frappante. J'ai souvent accompagné mon frère et d'autres médecins chez quelqu'un de leurs malades qui refusait de boire une potion ou de se laisser amputer ou cautériser par le médecin. Or tandis que celui-ci n'arrivait pas à les persuader, je les fais, moi, sans autre art que la rhétorique. Qu'un orateur et un médecin se rendent dans la ville que tu voudras, s'il faut discuter dans l'assemblée du peuple ou dans quelque autre réunion pour décider lequel des deux doit être élu comme médecin, j'affirme que le médecin ne comptera pour rien et que l'orateur préféré, s'il le veut. [...]

Socrate

Ainsi l'ignorant parlant devant des ignorants sera plus propre à persuader que le savant, si l'orateur est plus propre à persuader que le médecin. N'est ce pas ce qui résulte de là, ou vois-tu une autre conséquence ? »<sup>77</sup>

« Flatter l'auditoire pour Platon, détermine donc l'ensemble de la chaîne rhétorique. Pour le manipuler, l'orateur joue sur les mots, il le séduit, le capture, l'ensorcelle et, finalement, peut parvenir à lui faire croire ce qu'il veut. »<sup>78</sup>

La portée négative de la rhétorique selon Platon est évidente. Ramené à ce qui nous préoccupe, un travail sur la rhétorique exclusivement motivé par la volonté de manipuler, alimentée par de l'arrogance serait aux antipodes de tout principe éthique. Naturellement là n'est pas le propos, néanmoins la lecture du Gorgias est une bonne mise en garde, car Platon nous invite à la vigilance vis-à-vis des divers usages de la rhétorique.

<sup>77</sup> Platon, *Gorgias*, Œuvres complètes, Paris, Edition Flammarion, 2008, trad. Monique Canto-Sperber/Louis-André Dorion, 455 d-456c, p.426.

<sup>78</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica, Une théorie générale de l'argumentation*, « *op.cit.* », p.14 ;

Notre intention est plutôt de tendre vers un usage aristotélicien de celle-ci, de tendre vers l'utile. « Comme le but que se propose celui qui délibère est l'utile, et que le débat porte non pas sur la fin que l'on a en vue, mais sur les moyens qui conduisent à cette fin ; que ces moyens résident dans les actions, et que ce qui est utile est bon, il faut donc d'une manière générale, prendre les éléments de ce débat dans leurs rapports avec le bien et l'utile. »<sup>79</sup>

Aristote dans son chapitre II, du livre premier de sa « Rhétorique » définissait déjà la rhétorique selon les trois éléments évoqués par Michel Meyer :

« I. La rhétorique et la faculté de considérer pour chaque question ce qui peut être propre à persuader. [...]

II. Parmi les preuves, les unes sont indépendantes de l'art, les autres en dépendent. Les premières sont toutes celles qui ne sont pas fournies par notre propre fonds, mais préexistent à notre action. [...] Les preuves dépendantes de l'art, c'est tout ce qui nous est possible de réunir au moyen de la méthode et par nous-mêmes. [...]

III. Les preuves inhérentes au discours sont de trois sortes: les unes résident dans le caractère moral de l'orateur; d'autres dans la disposition de l'auditoire; d'autres enfin dans le discours lui-même, lorsqu'il est démonstratif ou qu'il paraît l'être.»<sup>80</sup>

Cette définition aristotélicienne de la rhétorique correspond particulièrement à notre problématique. En effet nous ne cherchons pas à persuader à propos de ce qui est déjà prouvé : la réalité de la douleur de l'enfant mais sur ce qui prête à discussion c'est-à-dire la manière de répondre ou de reconnaître la douleur dans telle ou telle situation. Les « *preuves qui préexistent à notre action* » correspondent aux études scientifiques qui ont rendues la perception de la douleur de l'enfant et sa symptomatologie indiscutables<sup>81</sup>, dont « nous avons donc, en fait de preuves, à tirer

<sup>79</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op.cit.* » 1362a-1362b. p 108.

<sup>80</sup> *Idem.* 1355b-1356b. p 82.

<sup>81</sup> Nous nous référons ici aux travaux de Sunny Annand et d'Annie Gauvain-Picard entre autres citées dans le chapitre premier.

parti[...]»<sup>82</sup> sur lesquelles nous avons à nous appuyer pour trouver les bons arguments.

Il nous faut ensuite considérer l'ensemble des éléments qui participent selon Aristote à la persuasion : le *caractère moral de l'orateur*, c'est-à-dire les qualités professionnelles, relationnelles et humaines de l'expert qui tente de persuader ses collègues, ainsi que *les dispositions* dans lesquelles se trouvent ces derniers c'est à dire de notre *auditoire*, pour enfin nous pencher sur *la nature du discours* à proprement parlé. Car le choix du discours est contingent à l'ensemble des éléments qui viennent d'être évoqués. Chaque situation et chaque auditoire se prête à un modèle d'argumentations qui par définition varient.

Si la manière d'argumenter change, si le discours peut se modifier c'est qu'il existe une multitude de sujets qui prêtent à discussion. « Il n'y a pas que la vérité scientifique, indubitable et univoque, dont on discute dans la vie. »<sup>83</sup> La rhétorique ne porte pas sur des thèses irréfutables et acceptées par tous, elle porte sur ce qui prête à débattre. « Un discours scientifique tient de la doctrine, ce qui est (ici) d'une implication impossible, attendu que, pour produire des preuves et des raisons, il faut s'en tenir aux lieux communs, comme nous l'avons déjà dit dans les *Topiques*, à propos de la manière de parler de la multitude. »<sup>84</sup>

Selon Aristote il faut distinguer le raisonnement analytique basé sur des éléments dont la vérité est établie, des raisonnements dialectiques qui portent sur des opinions. Cette distinction s'applique aussi au domaine de la prise en charge de la douleur.

### ***De l'analytique à la dialectique***

Expérience universelle, partagée par tous et pourtant si intime, elle laisse libre cours aux interprétations, aux projections. Rares sont les domaines en médecine qui

---

<sup>82</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op.cit.* », 1355b-1356b. p 83.

<sup>83</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica, Une théorie générale de l'argumentation*, « *op.cit.* », p. 15.

<sup>84</sup> Aristote, *Rhétorique*, *Idem*, 1355b-1356b. p 80.

portent autant au débat, ou qui fassent l'objet d'un déni aussi massif. Depuis la découverte des germes plus personne ne remet aujourd'hui en question l'administration d'un antibiotique si une infection est diagnostiquée. Cela correspond à une démarche scientifique établie et acceptée. En matière d'analgésie certains raisonnements scientifiques semblent parfois se volatiliser même si chacun admet rationnellement la réalité de la douleur. Au quotidien, le problème ne se pose pas vis-à-vis de la douleur en tant que phénomène physiopathologique reconnu mais il se pose en tant qu'événement singulier pour tel ou tel enfant à un moment précis.

Ce n'est pas la douleur en elle-même qui est remise en cause, car aujourd'hui compte tenu des preuves scientifiques dont nous disposons, aucun professionnel de la santé ne remet franchement cette réalité en cause. Ce qui est prouvé scientifiquement c'est-à-dire incontestable correspond à un *raisonnement analytique* mais au-delà de cette vérité subsistent des débats d'opinion, le raisonnement est alors *dialectique*.

La discussion porte sur la réalité de la douleur pour « celui-ci » ou pour « celui là ». Le débat s'inscrit alors dans la subjectivité. Il sort des sentiers *des éléments du réel* pour basculer vers le *vraisemblable*. C'est ainsi que nous passons d'un discours scientifique à un discours pour convaincre.

L'importance de l'argumentaire au sein de la rhétorique émerge chez Aristote sous la forme de raisonnements dialectiques. « Ceux-ci consistent en argumentations, visant à l'acceptation ou au rejet d'une thèse débattue : leur étude, ainsi que celle des conditions de leur présentation, est l'objet de la nouvelle rhétorique, qui prolonge, tout en l'amplifiant, celle d'Aristote. »<sup>85</sup>

« Ce qui est propre à persuader est propre à persuader certain auditeur. Tantôt la persuasion et la conviction se produisent directement par elles mêmes, tantôt elles

---

<sup>85</sup> Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Librairie Philosophique J.VRIN, 1977, 2008. p.21

s'obtiennent par une démonstration due à des arguments persuasifs ou convaincants. »<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op.cit.* », 1356b-1357a. p 86.

## **Chapitre IV**

### **De l'usage de l'argumentaire**

#### **De la diversité des regards à une palette d'arguments**

##### *De l'apparition d'une parabole*

Au terme de notre courte étude de la rhétorique, de ses oscillations au fil des époques, et au grès de ses contradicteurs et de ses défenseurs, nous aboutissons aux travaux Chaïm Perelman. Il propose une conception moderne de la rhétorique. Sans révoquer les fondements de celle-ci, il met en avant ce qui relie la nouvelle rhétorique aux fondements de la réflexion philosophique.

Il existe à nos yeux une sorte de parabole entre l'évolution de la rhétorique, des passages d'une conception à une autre, tantôt arque-boutée dans des certitudes comme nous le démontre Platon avec *Gorgias* ou plus conciliante sous l'influence d'Aristote, et la problématique de l'émergence du conseil en analgésie.

De même que certains ont fait preuve initialement de rigidité dans la diffusion des messages concernant la prise en charge de la douleur, la tendance est aujourd'hui à la conciliation d'un discours persuasif avec un dialogue constructif.

Sans révoquer l'importance de la mobilisation nous portons sur celle-ci un regard réflexif. Car il semble bien que notre mission présente plusieurs facettes. Ce constat nous éloigne de la mise en garde de Parménide qui nous enjoint de suivre une seule direction, celle de la vérité, suivant le principe « l'être est. que le non être n'est pas » comme cet extrait du poème de Parménide en témoigne.

[25] que tes cavales ont amené dans  
 ma demeure,  
 sois le bienvenu; ce n'est pas une  
 mauvaise destinée qui t'a conduit  
 sur cette route éloignée du sentier  
 des hommes;  
 c'est la loi et la justice. Il faut que tu  
 apprennes toutes choses,  
 et le cœur fidèle de la vérité qui  
 s'impose,  
 [30] et les opinions humaines qui  
 sont en dehors de la vraie certitude.  
 Quelles qu'elles soient, tu dois les  
 connaître également, et tout ce dont  
 on juge.  
 il faut que tu puisses en juger,  
 passant toutes choses en revue.

## II

Allons, je vais te dire et tu vas  
 entendre  
 quelles sont les seules voies de  
 recherche ouvertes à l'intelligence;  
 l'une, que l'être est. que le non-être  
 n'est pas,  
 chemin de la certitude, qui  
 accompagne la vérité;  
 l'autre, que l'être n'est pas: et que le  
 non-être est forcément, route où  
 [5] je te le dis, tu ne dois aucunement  
 te laisser séduire.  
 Tu ne peux avoir connaissance de ce  
 qui n'est pas, tu ne peux le saisir ni  
 l'exprimer;<sup>87</sup>

Chaïm Perelman nous indique le parti qu'il a choisi de prendre concernant  
 l'usage de la nouvelle rhétorique. « En subordonnant la logique philosophique à la

---

<sup>87</sup> Parménide, Fragments *Le Poème de Parménide* Texte grec H. Diels 1913, Traduction  
 anglaise Burnet 1892, Traduction française Tannery 1887.

nouvelle rhétorique, je prends parti dans le débat séculaire qui a opposé la philosophie à la rhétorique, et ceci depuis le grand poème de Parménide. »<sup>88</sup>

### *Une chose et son contraire ?*

Dans notre situation les certitudes se dispersent, se dissipent car on peut être généreux, vouloir le bien de l'enfant que l'on soigne et ne pas s'occuper de sa douleur, car l'homme est un être de paradoxes. Toute position tranchée et rigide ne peut pas refléter sa nature ontologique. Car le « sens » du devoir, de la volonté ne prend pas toujours la même direction selon les personnes ...

« Il faut donc développer le concept d'une volonté souverainement estimable en elle-même, d'une volonté bonne indépendamment de toute intention ultérieure, tel qu'il est inhérent déjà à l'intelligence naturelle saine, objet non pas tant d'un enseignement que d'une simple explication indispensable, ce concept qui tient toujours la plus haute place dans l'appréciation de la valeur complète de nos actions et qui constitue la condition de tout le reste : pour cela nous allons examiner le concept du DEVOIR, qui contient celui d'une bonne volonté, avec certaines restrictions, il est vrai, et certaines entraves subjectives, mais qui, bien loin de le dissimuler et de le rendre méconnaissable, le font plutôt ressortir par contraste et le rendent d'autant plus éclatant. »<sup>89</sup>

La conception d'Emmanuel Kant est précieuse pour nous guider mais son application dans les faits s'avère difficile. Nous retenons néanmoins la vision humaniste de Kant en particulier lorsqu'il prête à l'homme « [...] la pleine compétence qu'il faut pour distinguer ce qui est bien, ce qui est mal, ce qui est conforme ou contraire au devoir, pourvu que, sans lui rien apprendre le moins du monde de nouveau, on la rende attentive, comme le faisait Socrate, à son propre principe, de montrer par suite qu'il n'est besoin ni de science ni de philosophie pour savoir ce qu'on a à faire, pour être honnête et bon, même sage et vertueux. [...] Ici l'on ne peut point considérer sans admiration combien, dans l'intelligence commune

---

<sup>88</sup> Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique*. « *op.cit.* » p. 22.

<sup>89</sup> Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, « *op.cit.* » p. 62.

de l'humanité, la faculté de juger en matière pratique l'emporte de tout point sur la faculté de juger en matière théorique. »<sup>90</sup>

Ces préceptes nous guident au travers des dédales de la relation et des échanges entre des personnes aux caractères et aux personnalités variés, qui nous servent de socle symbolique pour entrer en relation et argumenter.

En pratique comment le choix des arguments peut-il se faire dans des situations complexes et pleines d'émotions ? C'est ce à quoi nous tentons de répondre en illustrant maintenant notre réflexion d'exemples cliniques. Nous relierons des situations dialectiques avec les différents types d'argumentaires que propose Chaïm Perelman.

Concrètement lorsque nous sommes dans une unité de soins face à une situation où la prise en charge de la douleur de l'enfant est interrogée ; il nous faut discerner l'origine du doute. Repérer ce qui explique le refus ou le retard de la prise en charge. Dans les faits nous observons trois types de raisonnement qui peuvent se résumer ainsi :

-Est-ce que « ça » existe ? (c'est-à-dire : est-ce que la douleur existe pour celui-ci ou celui là ?)

-Cela existe mais il y a d'autres priorités.

-Ça existe, il y a la volonté de faire mais pas la manière.

La souffrance de l'enfant malade, l'impuissance et l'injustice auxquelles ces situations renvoient en font un domaine où le conseil ne peut pas être purement technique, seulement fondé sur l'état de la science, sur des connaissances formelles. Sujet de choix pour cristalliser les émotions, pour renvoyer à des mécanismes archaïques, la douleur est souvent à l'origine de douloureux conflits entre professionnels. Par ailleurs, la douleur interpelle de nombreux champs cognitifs, culturels et émotionnels qui s'intriquent, laissant libre court à bon nombres d'interprétations. Nous sortons d'un domaine où les arguments pourraient exclusivement s'appuyer sur des éléments indiscutables. En l'occurrence l'évaluation de la douleur, le choix du traitement, les stratégies pour soulager au mieux, prêtent à discussion.

---

<sup>90</sup> Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *Idem*, p. 72.

« Mais tous ceux qui croient à l'existence de choix raisonnables, précédés par une délibération ou des discussions, où les différentes solutions sont confrontées les unes aux autres, ne pourront pas se passer, s'ils désirent acquérir une claire conscience des méthodes intellectuelles utilisées, d'une théorie de l'argumentation telle que la présente la nouvelle rhétorique. »<sup>91</sup>

### **Les prémisses de l'argumentation**

Selon Chaïm Perelman nous commettons une erreur lorsque nous négligeons de nous adapter à notre auditoire. Il se trouve que dans notre travail quotidien au sein des équipes, dans les différents services, nous constatons une véritable disparité d'état d'esprit entre professionnels. La spécialité médicale ou chirurgicale, le « profil » du chef de service, les habitudes, l'antériorité, impactent les représentations et les comportements des professionnels. Cela obère également l'adhésion aux *prémisses*, c'est-à-dire aux « thèses admises par ceux auxquels il (l'orateur) s'adresse. [...] En effet le but de l'argumentation n'est pas, comme celui de la démonstration, de prouver la vérité de la conclusion à partir de celles des prémisses, mais de transférer sur les conclusions l'*adhésion* accordée aux prémisses »<sup>92</sup>. Or les prémisses se trouvent eux-mêmes parfois ébranlés.

### ***Quand les propositions divergent***

Certaines spécialités confrontent les soignants à une réalité tellement violente, tellement « im-pensable » littéralement « impossible à penser » qu'il arrive de constater l'arrêt de la pensée en particulier sur ce qui est le plus pénible : la douleur de l'enfant. Les soins aux enfants grièvement brûlés ou ayant subis de lourdes interventions chirurgicales illustrent cette situation. L'adhésion à la thèse de l'existence de la douleur est acquise dans l'absolu ! Mais de nombreuses pondérations sont apportées quotidiennement par ceux qui soignent jour après jour ces enfants.

---

<sup>91</sup> Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique* « op.cit. » p. 24.

<sup>92</sup> *Idem.* p. 41.

Les explications dis-qualifiantes vis-à-vis des manifestations de douleur sont courantes, c'est ainsi qu'on peut entendre des phrases telle que : « il pleure pendant les soins mais c'est parce qu'il a peur », alors que l'enfant a de profondes brûlures. Ou encore des affirmations catégoriques comme : « il ne peut pas avoir mal, il a reçu de la morphine ! » De « pseudos » explications psychologiques sont également avancées. « Cet enfant est triste, mais ce n'est pas de la douleur »

Si l'enfant s'agite et se débat pendant le soin c'est l'anxiété maternelle qui en est la cause directe : « La mère est trop stressée, c'est elle qui transmet son anxiété à l'enfant, c'est pour cela qu'il s'agite mais en fait je ne lui pas mal. » Certes l'enfant est anxieux et nous adhérons aux arguments de nos collègues sur ce point néanmoins les manifestations de l'enfant ne peuvent être imputées à la seule composante psychologique. Nous constatons que ces mécanismes de défense sont d'autant plus en place que la douleur est présente.

Le transfert de l'adhésion, dont nous parle Chaïm Perelman, « [...] ne se réalise que par l'établissement d'une solidarité entre les prémisses et les thèses que l'on s'efforce de faire admettre. Mais il se peut que, la conclusion étant par trop opposée aux convictions de l'auditeur, celui-ci préfère renoncer à l'une des prémisses, et tout l'effort de l'orateur reste sans effet. »<sup>93</sup> C'est ainsi qu'à l'occasion d'un échange à propos de la douleur provoquée par la brûlure, un jeune médecin à court d'arguments termine la discussion en arguant du fait que « les brûlures du troisième degré ne font pas mal puisque le derme profond est détruit. » Or il suffit d'observer un enfant dans cette situation pour constater à quel point il est envahi par la douleur. Les fausses croyances ont la vie dure ! Ces dogmes protecteurs permettent aux spectateurs de cette souffrance de se retrancher derrière des explications qui les épargnent.

---

<sup>93</sup> *Ibidem*, 35-36. p. 41.

Nos arguments doivent être avancés avec prudence. « On voit par exemple qu'il y a lieu de distinguer la vérité d'une thèse et l'adhésion à celle-ci.

Même si la thèse est vraie la supposer admise, alors qu'elle est controversée constitue une pétition de principe caractérisée. »<sup>94</sup> Nous naviguons en matière de douleur de l'enfant entre : vérité, croyances, et déni.

« Le statut des éléments qui interviennent dans une argumentation ne peut être figé, comme il le serait dans un système formel »<sup>95</sup> L'argumentation doit par conséquent traduire à la fois un raisonnement déductif et l'adaptation à l'auditoire.

Ne pas se préoccuper de l'adhésion de l'orateur à la vérité de la thèse que nous avançons, constitue une faute : nommée par Chaïm Perelman « [...] *la pétition de principe*. [...] celle-ci n'est pas une faute de démonstration car elle ne concerne en rien la vérité ou la fausseté des propositions qui constituent le raisonnement. L'affirmation si *p*, alors *p*, disant qu'une proposition s'implique elle-même est non seulement vraie, mais est une loi logique fondamentale : c'est *le principe d'identité*. Mais dès que l'on passe à l'argumentatif tout change, car il s'agit d'obtenir, par son argumentation, l'adhésion à la thèse *p* : on ne peut dès lors la présenter, au départ, comme une thèse déjà acceptée par les auditeurs. »<sup>96</sup>

Ces remarques éclairent des situations rencontrées au décours de notre activité transversale.

### ***A partir de notre quotidien***

Il est arrivé qu'en passant dans un secteur de soin, nous soyons interpellés par les cris de douleur d'un enfant. Si nous apostrophons d'emblée l'équipe à propos de cet enfant, d'un catégorique: « Mais cet enfant a mal ! » Alors nous nous exposons à une rupture du dialogue. Il est probable que pour une raison ou une autre cette criante réalité soit néanmoins -au moins pour un moment- invisible aux yeux du soignant. Aujourd'hui ce type de situation est abordé très différemment et la première interpellation se fera sur un mode interrogatif et non pas de manière catégorique.

---

<sup>94</sup> *Ibidem*, 36-37, p. 42 ;

<sup>95</sup> *Ibidem* 64-65, p. 74.

<sup>96</sup> *Ibidem* 36-37, p. 42.

Nous laissons ainsi le soignant aboutir par lui-même au constat de la douleur au fil de la discussion. « Mais que se passe-t-il ? Est-ce que tu penses que... ? Comment est ce que tu vois les choses ? Est ce que tu crois que cet enfant a des raisons d'avoir mal ? » Ce qui laisse le temps au soignant d'analyser la situation sous un nouvel angle et ce qui nous permet de repérer par ailleurs l'éventuelle non-adhésion à la thèse.

La reconnaissance de ces mécanismes ainsi que la compréhension de ces fonctionnements nous permettent de mieux nous adapter à notre auditoire lorsque nous cherchons à convaincre. Cette appréciation nous aide également à repérer ce qui peut devenir le point de départ de l'argumentation.

« Parmi les objets d'accord, où l'orateur puisera le point de départ de son discours, il y a lieu de distinguer ceux qui portent sur le *réel*, à savoir les faits, les vérités et les présomptions, et ceux qui portent sur le *préférable*, à savoir les valeurs, les hiérarchies et les lieux du préférable. »<sup>97</sup> Cette nouvelle conception nous engage dans la voie de l'écoute dont va dépend en définitive la qualité des soins.

### **Les différents types d'arguments**

Perelman met en évidence le fait qu'il faille assurer une *liaison* qui transfère l'adhésion des prémisses vers une conclusion. Pour lui « Il existe trois types de liaisons, les arguments quasi logiques, les arguments fondés sur la structure du réel et ceux qui fondent cette structure. »<sup>98</sup>

#### ***Les arguments quasi logiques***

« Comment disqualifier un fait ou une vérité ? »<sup>99</sup> Voici une question que nos pionniers de la douleur se sont sans doute posée à l'époque où l'on opérait les bébés sans aucun antalgique parce qu'ils ne ressentaient pas la douleur ou encore lorsqu'il était enseigné dans les facultés de médecine que la brûlure du troisième degré est

---

<sup>97</sup> *Ibidem*, 37-38 p. 43 ;

<sup>98</sup> *Ibidem*, 65-66. p. 75.

<sup>99</sup> *Ibidem*, 38-39, p 44.

indolore. Pour Perelman la façon la plus efficace de contester ces affirmations « [...] est de montrer leur incompatibilité avec d'autres faits ou d'autres vérités, qui s'avèrent plus assurés, de préférence même avec un *faisceau* de faits ou de vérités que l'on n'est pas prêt à abandonner. »<sup>100</sup>

La démarche du Dr Sunny Anand, anesthésiste en néonatalogie, est un exemple remarquable de démonstration d'incompatibilité. Il parvient à transférer l'adhésion de principe qu'ont les médecins vis-à-vis des preuves scientifiques, pour récuser la croyance selon laquelle le bébé ne souffre pas. Il rend incontestable aux yeux de la communauté médicale la réalité de la douleur du nouveau-né grâce à un raisonnement logique : **Puisque** le système neuro-physiologique des bébés est immature **alors** ils ne ressentent aucune douleur, ainsi il est possible de les opérer à cœur ouvert sans analgésie, **en conséquence** aucune modification physiologiques liées à la douleur ne peut être observée. **Or** l'étude du Dr Annand en respectant les standards de *l'evidence base medicine*, met en évidence des différences très significatives entre le groupe de bébés opérés recevant de la morphine et celui des bébés qui n'en reçoivent pas. Si l'état des bébés s'améliore nettement avec de la morphine **alors il faut en déduire** que le bébé éprouve de la douleur.

Cette étude est une démonstration logique. Elle représente dorénavant un socle à l'argumentaire formel propre à convaincre de l'existence de la douleur de l'enfant. Mais notons que ce travail remarquable n'a pu être à l'origine de profonds changements que parce qu'il a fait l'objet d'une publication internationale, dans la revue médicale du « *Lancet* » : la « bible » de la communauté médicale internationale. Les conclusions de ces travaux ont été également présentées au sein des staffs médicaux où ils ont fait l'objet de discussions. Cet exemple rassemble l'ensemble « des preuves inhérentes au discours »<sup>101</sup> dont nous parlait Aristote : le caractère moral de l'orateur ; les dispositions de l'auditoire ; enfin le discours lui-même.

Aujourd'hui un certain nombre de désaccords en matière de prise en charge de la douleur portent sur des thèmes qui ont déjà fait l'objet de nombreuses études

<sup>100</sup> *Ibidem*, 38-39, p. 44.

<sup>101</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op.cit.* », 1355b-1356a. p 83.

scientifiques. Face à ces situations il apparaît utile de faire appel à des arguments quasi logiques. « Les arguments quasi logiques sont ceux que l'on comprend en les rapprochant de la pensée formelle, de nature logique ou mathématique.

Mais un argument quasi logique diffère d'une déduction formelle par le fait qu'il présuppose toujours une adhésion à des thèses de nature non formelle, qui seules permettent l'application de l'argument. »

Nous donnons l'exemple de l'efficacité du saccharose pour prévenir la douleur du bébé de moins de quatre mois lors des gestes douloureux. Si un soignant ne « croit » pas en cette technique nous pouvons utiliser les références scientifiques qui démontrent l'efficacité de cette méthode pour le convaincre, mais en ayant pris soin auparavant d'ouvrir le dialogue à propos d'un sujet plus consensuel. L'argument formel ne peut être introduit que lorsqu'une alliance s'est créée entre les personnes qui débattent. Un fois ce préambule respecté alors les preuves scientifiques peuvent être partagées.

### *De l'absurde au ridicule*

Parfois certains arguments contradictoires mènent à l'absurde : « est ridicule celui qui, sans s'en rendre compte est acculé à l'incompatibilité »<sup>102</sup> Comme par exemple la situation des enfants hospitalisés qui reçoivent du MEOPA pour prévenir la douleur provoquée par les soins. Lorsque la prise en charge doit se poursuivre à domicile l'enfant ne peut pas toujours bénéficier de la même analgésie. Certains préconisent de faire les soins à l'hôpital sans antalgiques « pour qu'il s'habitue ... » puisqu'il ne pourra pas en bénéficier à la maison. Ce raisonnement présente une incompatibilité : « On voit que l'incompatibilité oblige à choisir, à indiquer la règle que l'on suivra en cas de conflit, à abandonner l'autre ou à restreindre sa portée. »<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> *Ibidem*, 70-71 p.81 ;

<sup>103</sup> *Ibidem*, 70-71 p.81.

Face à cette situation clinique il s'agit de mettre en avant, l'incompatibilité de cet argument. En quoi le fait de souffrir dès maintenant aidera l'enfant à mieux supporter la douleur plus tard ? « La crainte du ridicule et de la déconsidération qu'il entraîne est un moyen efficace d'argumentation et d'éducation. »<sup>104</sup>

Un autre exemple d'argumentaire où l'incompatibilité mène au ridicule est la réponse faite à une collègue infirmière d'une unité de lutte contre la douleur qui s'étonnait de l'absence d'utilisation de la crème anesthésiante avant les piqûres.

Le collègue pour se justifier explique que « Dans le service, on utilise la crème Emla® l'été, car on a plus de temps... ». « [...] l'affirmation d'une règle est incompatible avec les conditions ou les conséquences de son assertion ou de son application : on peut qualifier ces incompatibilités d'*autophagie*. »<sup>105</sup>

Dans ce cas précis, le fait de déclarer utiliser la crème une partie de l'année témoigne de l'adhésion à la nécessité de prévenir la douleur de la piqûre mais la seconde partie de la phrase est incompatible avec la première assertion, c'est ce qu'on peut qualifier d'*autophagie*. L'humour est a priori une bonne réponse face à ce type de justifications. Car « il est vrai que les piqûres font moins mal l'hiver... »

### ***Les arguments fondés sur la structure du réel***

« Dès que les éléments du réel sont associés l'un à l'autre dans une liaison reconnue, il est possible de fonder sur elle une argumentation permettant de passer de ce qui est admis à ce que l'on veut faire admettre. [...] Il s'agit de deux façons de structurer le réel. Dans les liaisons de succession, ce sont de phénomènes de même niveau qui sont mis en relation, alors que, en se basant sur des liaisons de coexistence, l'argumentation prend appui sur des termes de niveau inégal, tels l'essence et ses manifestations. »<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> *Ibidem*, 70-71, p. 81 ;

<sup>105</sup> *Ibidem*, 73 p. 83.

<sup>106</sup> *Ibidem*, 95-96, p. 109.

Ce type d'argument sert à rendre compte d'un phénomène et de l'existence de corrélations entre les causes et les effets d'une action. Dans ce même type d'argumentation nous découvrons l'argument pragmatique souvent utilisé par nos collègues. Car notre étude vise à la fois à connaître les arguments sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour convaincre mais aussi à mieux identifier les arguments avancés par nos collègues les réfuter dans certains cas.

Mais il ne s'agit pas seulement de réfutation cela concerne également notre capacité à entendre la vérité de l'autre car c'est notre aptitude à remettre en question nos propres certitudes ou du moins à laisser à l'autre la part du doute qui est questionnée. Cette démarche s'apparente selon nous à la délibération aristotélicienne.

« § 10. La délibération s'applique donc spécialement aux choses qui, tout en étant soumises à des règles ordinaires, sont cependant obscures dans leur issue particulière, et pour lesquelles on ne peut rien préciser à l'avance. Ce sont les choses où lorsqu'elles sont importantes, nous appelons à notre aide des conseils plus éclairés que les nôtres, parce que nous nous défions de notre seul discernement et de notre insuffisance dans ces cas douteux. »<sup>107</sup>

### ***Usage illustré d'un argument pragmatique***

Les arguments pragmatiques évoqués par Chaïm Perelman semblent appropriés à nos organisations où l'efficacité se traduit par la guérison. « Le raisonnement par les conséquences semble si bien aller de soi, qu'il n'a pas à être justifié. »<sup>108</sup>. Nous appuyons notre examen des arguments fondés sur la structure du réel par la narration d'une situation clinique qui nous a posé de nombreuses questions.

En préambule de la description de cette situation clinique, nous précisons que l'un des aspects de notre travail à l'unité de lutte contre la douleur est d'améliorer l'analgésie pour les soins. Le corollaire de cet objectif est d'améliorer le confort de l'enfant donc de réduire l'usage de la contention lors des soins.

---

<sup>107</sup> Aristote, *Ethique à Nicomaque*, « *op.cit.* » p. 118.

<sup>108</sup> Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique*, « *op.cit.* », - 97 p. 111.

Une réflexion autour de ce thème est engagée depuis plusieurs années au sein de l'hôpital et nous défendons l'idée que lorsque l'usage d'une contention forte est requis pour réaliser le soin celui-ci doit être suspendu.

Nous sommes sollicités à propos d'une jeune enfant de 4 ans (que nous appellerons Anna). Elle est atteinte d'une leucémie aigue, traitée depuis plusieurs mois. Le traitement de cette maladie nécessite l'administration de chimiothérapies en intra veineux et en intra-thécale c'est-à-dire des ponctions lombaires. Ces gestes sont invasifs, ils nécessitent une analgésie efficace. Mais malgré l'administration d'antalgiques et d'anxiolytiques avant les gestes, la petite Anna reste terrorisée. A chaque soin Anna est hors d'elle, s'agite, pleure. Elle est inconsolable et inaccessible. Les derniers soins se sont mal déroulés. Après de nombreuses négociations elle a finalement été maintenue de force lors des derniers soins. Au fur et à mesure la situation s'aggrave, l'enfant est de plus en plus terrorisée, inaccessible.

Nous sommes sollicités pour accompagner Anna lors de la prochaine ponction lombaire qui est programmée en hôpital de jour. Avertis une journée à l'avance nous ne parvenons pas à nous concerter avec le médecin référent sur la conduite à tenir pour la réalisation de ce soin. A notre arrivée nous constatons que le soin a déjà débuté. Les soignants tentent vainement d'asseoir l'enfant et de la faire respirer dans le masque de MEOPA<sup>109</sup>. Elle refuse vivement en s'agitant et en criant. Le médecin, les infirmières et sa maman essayent de la raisonner, lui parlent gentiment, négocient. En nous installant près de l'enfant nous débutons en pure perte un accompagnement hypnotique. Anna est débordée par l'angoisse elle ne cesse de répéter en pleurant : « je n'y arrive pas, je ne peux pas ». La maman d'Anna est débordée par la détresse de sa fille et ne parvient plus à lui parler.

Le médecin insiste pour qu'Anna s'installe et pour faire tout de même la ponction lombaire. Elle explique que « le report du soin ne fera que prolonger l'angoisse et que, de toute façon, il faut bien faire ce soin ». Les efforts pour faire accepter le soin se poursuivent alors que l'état d'agitation de la petite fille ne fait qu'amplifier. Nous nous retrouvons à court d'arguments, dépassés par la situation.

---

<sup>109</sup> MELange Oxygène Protoxyde d'Azote : gaz utilisée pour l'analgésie et l'anxiolyse des gestes douloureux

D'une part nous comprenons les arguments du médecin : la nécessité de réaliser ce soin, la complexité d'un report, la majoration de l'anxiété mais nous n'imaginons pas participer à la contention, ou même assister passivement à la violence de cette situation. Néanmoins le médecin est déterminé à faire le soin. Il est en position d'autorité dans cette situation. Il a le pouvoir de décider. Il apparaît que s'opposer directement ou quitter la pièce ne modifiera pas la décision. Un argumentaire centré sur le bien être de l'enfant ne ferait que renforcer le malaise. A cet instant nous ignorons comment convaincre le médecin de stopper le processus, de reporter ce geste.

Finalement nous proposons de tenir Anna dans nos bras, le dos vers le médecin afin de lui permettre de faire le geste. Celui-ci accepte, Anna est installée mais elle se débat de toutes ses forces malgré nos efforts pour la maintenir. Cette situation est absolument aux antipodes de nos préconisations, de nos convictions. C'est *absurde* mais notre instinct nous pousse à nous adhérer à la thèse du médecin dans l'espoir de faire valoir la notre. (Nous retrouvons ici à nos dépend la notion de ridicule<sup>110</sup>, évoquée un peu plus tôt dans notre travail.)

Heureusement Anna a de la force et malgré son jeune âge nous ne parvenons pas à la maintenir suffisamment. C'est seulement à partir du moment où nous nous sommes ralliés à la décision du médecin que nous avons pu argumenter et proposer de nouvelles solutions. Nous obtenons de reporter le soin au lendemain avec une sédation forte. Jusqu'alors cette proposition était restée inaudible.

Les propos de Socrate correspondent sans doute à l'état d'esprit qui nous caractérisait au cœur de cette action. « Par ailleurs, nous sommes d'accord pour dire que, si on fait une chose pour en avoir une autre, la chose que nous voulons, ce n'est pas l'action que nous devons accomplir, mais le bien pour lequel nous le faisons. »<sup>111</sup>

En définitive les chances que cette dernière tentative de contention fonctionne étaient très minces, mais le fait de se rallier au médecin, d'accorder du crédit à son point de vue a permis d'amorcer l'écoute.

« [...] quand une règle affirmée, une thèse soutenue, une attitude adoptée, entraîne sans qu'on le veuille, un conflit dans un cas donné, soit avec une thèse ou

---

<sup>110</sup> « est ridicule celui qui, sans s'en rendre compte est acculé à l'incompatibilité » Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique*. « *op.cit.* » 70-71 p. 81 ;

<sup>111</sup> Platon, *Gorgias*, « *op.cit.* », 468c, p. 439.

une règle affirmée précédemment, soit avec une thèse généralement admise et à laquelle, comme tout membre du groupe, on est censé adhérer. »<sup>112</sup>

A la lecture de cette situation, nous identifions un lien entre les éléments du réel qui peuvent se décrire de la manière suivante : l'enfant est malade, il faut la soigner, le traitement nécessite de faire des ponctions lombaires régulièrement, reporter le geste a de nombreuses conséquences telles que des difficultés organisationnelles. Mais cette décision pourrait également faire comprendre implicitement à l'enfant qu'elle a le pouvoir de choisir or elle n'a pas le choix. « [...] la plupart des arguments fondés sur le réel font appel à des liaisons de succession, tel le rapport de cause à effet, ou à des liaisons de coexistence, tel le rapport entre la personne et ses actes. »<sup>113</sup>

L'argument dont nous avons usé dans ce contexte concerne des liaisons de coexistence et peut être considéré comme un argument pragmatique dans la mesure où celui-ci « [...] permet d'apprécier un fait par ses conséquences. »<sup>114</sup>

Cette vignette clinique met également en avant un argument d'autorité. Celui-ci n'est pas spécifiquement lié au prestige de la personne mais à son statut. « Il va de soi qu'aucune autorité ne peut prévaloir contre une vérité démontrable- un fait l'emportera toujours sur l'autorité du lord-maire - mais il n'en est pas de même quand il s'agit d'opinions ou de jugements de valeur. Le plus souvent d'ailleurs, dans une controverse, ce n'est pas l'argument d'autorité qui est mis en question, mais l'autorité invoquée. »<sup>115</sup>

L'évocation de l'argument d'autorité nous amène à traiter de la question du *prestige* de l'orateur, car l'influence de la personne intervient dans l'accueil des arguments comme Aristote le soulignait. L'admiration conduit à vouloir imiter la personne que l'on admire. Il existe donc également une argumentation par le modèle.

---

<sup>112</sup> Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique*. « *op.cit.* » 70-71 p. 80 ;

<sup>113</sup> *Idem*, 95-96, p. 109.

<sup>114</sup> *Ibidem*, 97, p. 111.

<sup>115</sup> *Ibidem*, 108, p. 123.

Cet argument « [...] comme l'argument d'autorité, suppose qu'il s'agit d'une autorité qui, par son prestige, sert de caution à l'action envisagée. »<sup>116</sup>

La notion de modèle ou de contre modèle est depuis toujours prépondérante dans la force de conviction. Mais le prestige ne se décrète pas. C'est bien parce que le modèle ne cherche pas à en être un qu'il peut le devenir. Par contre, le modèle qui perçoit son statut, a le devoir de pondérer sa conduite, de donner l'exemple. C'est dans cette mesure que l'on peut tendre à être un modèle, comme un parent pour son enfant. Il tachera de réguler sa conduite, de pondérer ses propos en présence de l'enfant mais nous savons les limites d'une conduite qui se voudrait irréprochable à longueur de temps. Au contraire, accepter ses limites ou les reconnaître semble être un moyen de les dépasser. Cette forme d'humilité est en quelque sorte un trait d'union entre les personnes.

### *De l'humilité à l'altruisme*

La notion d'humilité est à envisager sous son acception de vertu qui consiste à avoir conscience de ses limites. Néanmoins à la lecture de la définition de ce terme dans le dictionnaire philosophique : « de condition sociale modeste ou inférieure, de caractère dépourvu de vanité ou d'orgueil »<sup>117</sup> et plus loin « qui porte à s'abaisser devant les autres » nous doutons de la valeur pragmatique de cette attitude pour convaincre. Il semble que la capacité à faire valoir son point de vue, à affirmer son opinion sans agressivité en respectant celui de son interlocuteur c'est-à-dire avec assertivité soit préférable ou complémentaire à la notion d'humilité. Néanmoins cette notion moderne d'assertivité est elle-même assez incomplète. Elle ne tient pas compte d'un aspect qui nous apparaît pourtant primordial qui consiste à se soucier sincèrement de l'autre. C'est la notion d'altruisme qui semble le mieux traduire ce souci. Cette notion trouve de nombreux détracteurs qui partent soit du postulat selon lequel toute action même généreuse est forcément intéressée donc égoïste ou à l'inverse le sacrifice qui exige l'oubli de soi à la manière de la dévotion religieuse.

Nous préférons substituer à ces différentes représentations, la définition de l'altruisme que nous propose Michel Terestchenko « L'altruisme comme relation

<sup>116</sup> *Ibidem*, 124, p. 140 ;

<sup>117</sup> Dictionnaire de la philosophie, « *op.cit.* », p. 326.

bienveillante envers autrui qui résulte de la présence à soi, de la *fidélité à soi*, de l'obligation, éprouvée au plus intime de soi, d'accorder ses actes avec ses convictions (philosophiques, éthiques ou religieuses) en même temps qu'avec ses sentiments (d'empathie ou de compassion), parfois même, plus simplement encore, d'agir en accord avec l'image de soi indépendamment de tout regard ou jugement d'autrui, de tout désir social de reconnaissance. »<sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> Michel Terestchenko, *Un si fragile vernis d'humanité. Banalité du mal, banalité du bien*. Paris, Editions La Découverte, 2005,2007, p. 17.

## Conclusion

La rhétorique au secours de l'amélioration des pratiques semble de prime abord être comme un vieux costume sorti d'une malle poussiéreuse. La rhétorique, victime de son image évoque communément l'art oratoire voire l'emphase. C'est justement à ce titre que cette notion correspond particulièrement à la problématique du conseil en analgésie. Effectivement notre mission se traduit plus en paroles qu'en actes. La qualification de « beaux parleurs » n'est jamais loin, le clivage entre ceux qui font et ceux qui parlent toujours risqué. D'autre part il s'agit d'interroger l'écart entre ce qui se fait et ce qui doit se faire, entre l'idéal et le réel. « L'idée de base est la suivante : ce qui est ne doit pas être forcément tel qu'il est, mais peut être autre, multiple. »<sup>119</sup>

Aristote propose une rhétorique de conciliation alliant analytique et dialectique car les sujets qui prêtent aux débats portent le plus souvent sur des opinions. Il s'oppose ainsi à Platon détracteur de la rhétorique. Ce désaccord entre Platon et Aristote à propos de la rhétorique n'est que le reflet des divergences de conception du monde entre « un monde sensible et un monde d'essences [...] »<sup>120</sup> L'aspect contemporain de cette opposition entre la pratique et la théorie est frappant. Cet écart est observé chaque jour dans nos hôpitaux et en particulier dans le domaine de la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Aristote nous dit que « La méthode en matière de rhétorique repose évidemment sur les preuves. »<sup>121</sup> Le parallèle entre la « preuve » et « l'épreuve » de

---

<sup>119</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica*, « *op.cit.* », p. 28 ;

<sup>120</sup> *Idem*, p28.

<sup>121</sup> Aristote, *Rhétorique*, « *op.cit.* », 1355a-1355b. p 79 ;

la douleur éclot de la nécessité d'argumenter, car « une argumentation n'est jamais capable de procurer l'évidence, et il n'est pas question d'argumenter contre ce qui est évident. [...] l'argumentation ne peut intervenir que si l'évidence est contestée. »<sup>122</sup>

Au regard de cette réalité nous retenons la définition proposée par Michel Meyer « La rhétorique est la négociation de la distance entre des individus à propos d'une question donnée. »<sup>123</sup>

Le pouvoir de rapprochement entre les individus qui est ici conféré à la rhétorique peut être élargi au dialogue. C'est la volonté de partager et d'échanger sous tendue par de la bienveillance à l'égard de son interlocuteur qui rend l'interaction possible. La notion de respect des représentations de chacun intervient alors concrètement comme préambule à toute argumentation. Chaïm Perelman tient ce postulat pour acquis dans son développement de la nouvelle rhétorique qui met en exergue la notion d'argumentaire.

Néanmoins le risque de passer de la conviction à la certitude doit demeurer présent à l'esprit. De même qu'être convaincu ne doit pas vouloir dire que l'on est certain, vouloir convaincre n'est pas du même ressort que vouloir persuader. La nuance entre persuader et convaincre est importante à saisir. Nous pointons ici l'idée selon laquelle convaincre vise à permettre à l'autre de s'approprier la thèse comme étant la sienne tandis que la persuasion tend plutôt à amener l'autre à adhérer à une proposition qui demeure cependant extérieure à lui-même.

Cette distinction influence autant le fondement de la démarche et son mode opératoire. Dans le cas de la conviction l'autre se forge sa propre opinion au fil de l'argumentaire tandis que celui qui veut persuader influence la pensée sans vraiment tenir compte de l'adhésion initiale aux prémisses de son auditeur.

D'autre part, la rhétorique utilisée avec de mauvaises intentions peut devenir un puissant instrument de manipulation. La personnalité de l'orateur et ses intentions est un élément auquel Chaïm Perelman attache peu d'importance. Il nous faut nous souvenir néanmoins que de tout temps l'art oratoire a malheureusement servi la

---

<sup>122</sup> Chaïm Perelman, *L'empire rhétorique*, « *op.cit.* », 20-21, p. 23.

<sup>123</sup> Michel Meyer, *Principia Rhetorica*, « *op.cit.* », p. 21.

dictature et la tyrannie. « Ces impératifs peuvent donc être appelés en général des impératifs de l'HABILETÉ. Que la fin soit raisonnable ou bonne, ce n'est pas du tout de cela qu'il s'agit ici, mais seulement de ce qu'il faut faire pour l'atteindre. Les prescriptions que doit suivre le médecin pour guérir radicalement son homme, celles que doit suivre un empoisonneur pour le tuer à coup sûr, sont d'égale valeur, en tant qu'elles servent les uns et les autres à accomplir parfaitement leurs desseins. »<sup>124</sup>

L'intention est ce qui sous-tend l'utilisation de la rhétorique. Mais pour notre part l'usage de la rhétorique moderne a pour vocation d'argumenter non d'imposer. La dialectique moderne intervient quand il y a controverse sur un thème, celle-ci n'existe que parce que l'expression des différents points de vue est libre.

Cependant la tolérance requise dans ce cadre n'est pas si simple à expérimenter lorsque nous sommes confrontés à des situations injustes telles que la souffrance de l'enfant occasionnée par le déni ou la négligence.

L'étude de la rhétorique et plus précisément de l'argumentaire invite à se pencher tant sur les raisonnements que sur les émotions qui nous animent. Car nos actions découlent bien souvent de cette synthèse entre la raison et les passions. De même que l'argumentaire porte entre le réel et le préférable.

C'est user de raison quand nos émotions nous entraînent à être déraisonnable, c'est sans doute aussi pondérer nos attentes et devenir réaliste en abandonnant peut-être un part d'idéalisme qui bien qu'indispensable nous éloigne parfois du possible.

La force de la parole, le poids des mots convoquent l'imagination de l'auditeur en lui suggérant d'autres possibles. L'approfondissement, de notre étude des figures du discours qui font appel à la ressemblance telle que les métaphores, est sans doute un élément précieux pour mieux convaincre dans le respect de l'autre.

A l'heure de la certification où la mesure des indicateurs est la boussole de nos avancées en matière de qualité des soins, nous nous interrogeons sur l'étalonnage de l'efficacité de l'usage de l'argumentaire pour convaincre. Comment mesurer les changements initiés par un regard réflexif sur notre façon de porter du conseil ?

---

<sup>124</sup> Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, « *op.cit.* », p. 86.

Les comportements, attitudes, et habitudes des soignants mettent du temps à se modifier. Tandis qu'un jour nous pensons avoir « marqué des points », convaincu, le jour suivant nous nous confrontons à de nouvelles résistances.

Sans doute la conviction nous est-elle alors fort utile pour poursuivre en espérant pouvoir énoncer formellement et sans réfutation possible le syllogisme suivant :

La prévention de la douleur fait partie des soins,

Les soignants ont vocation à faire des soins

Les soignants préviennent la douleur



## Annexe 1

## Grille DEGR

ÉTIQUETTE	<b>ÉCHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE ROUSSY<sup>®</sup></b>	1989
Date : .....		Nom de l'examineur : .....

---

**ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS**  
Spontanément, l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière, malgré une certaine gêne, pour soulager la tension d'une zone douloureuse. A évaluer lorsque l'enfant est SANS ACTIVITÉ PHYSIQUE, allongé ou assis. A NE PAS CONFONDRE avec l'attitude antalgique dans le mouvement.  
**COTATION :**  
0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.  
1 : L'enfant semble éviter certaines positions.  
2 : L'enfant ÉVITE certaines positions mais n'en paraît pas gêné.  
3 : L'enfant CHOISIT une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.  
4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.

**ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITÉ**  
Concerné la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix. A étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).  
**COTATION :**  
0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.  
1 : L'enfant paraît un peu terne, déseint.  
2 : Au moins un des signes suivants :  
- traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.  
3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.  
4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

**ITEM 3 : PROTECTION SPONTANÉE DES ZONES DOULOUREUSES**  
En permanence l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.  
**COTATION :**  
0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.  
1 : L'enfant évite les heurts violents.  
2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.  
3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.  
4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

**ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES**  
Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.  
**COTATION :**  
0 : Pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.  
1 : Plaintes « neutres » :  
- sans expression affective (dit en passant « j'ai mal... »),  
- et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).  
2 : Au moins un des signes suivants :  
- a suscité la question « qu'est-ce que tu as, tu as mal ? »,  
- Voix gémardes pour dire qu'il a mal,  
- Mimique expressive accompagnant la plainte.  
3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant :  
- a attiré l'attention pour dire qu'il a mal,  
- a demandé un médicament.  
4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

**ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT**  
Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. A rechercher au cours d'ENCHAÎNEMENTS DE MOUVEMENTS (ex : la marche) éventuellement sollicités. A NE PAS CONFONDRE avec la lenteur et rareté des mouvements.  
**COTATION :**  
0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.  
1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.  
2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.  
3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.  
4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

**ITEM 6 : DÉSINTÉRÊT POUR LE MONDE EXTÉRIEUR**  
Concerné l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.  
**COTATION :**  
0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.  
1 : L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.  
2 : L'enfant s'ennuie facilement, mais peut être stimulé.  
3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.  
4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

**ITEM 7 : CONTRÔLE EXERCÉ PAR L'ENFANT QUAND ON LE MOBILISE (mobilisation passive)**  
L'enfant que l'on doit remuer pour une raison banale (bain, repas) surveille le geste, donne un conseil, arrête la main ou la tient.  
**COTATION :**  
0 : L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.  
1 : L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.  
2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.  
3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.  
4 : L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.

**ITEM 8 : LOCALISATION DE ZONES DOULOUREUSES PAR L'ENFANT**  
Spontanément ou à l'interrogatoire, l'enfant localise sa douleur.  
**COTATION :**  
0 : Pas de localisation : à aucun moment, l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.  
1 : L'enfant signale, UNIQUEMENT VERBALEMENT, une sensation pénible dans une région VAGUE sans autre précision.  
2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.  
3 : L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.  
4 : En plus de la COTATION 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.

**ITEM 9 : RÉACTIONS À L'EXAMEN DES ZONES DOULOUREUSES**  
L'examen de la zone douloureuse déclenche chez l'enfant un mouvement de défense, ou de retrait, et des réactions émotionnelles. Ne noter que les réactions provoquées par l'examen, et NON CELLES PRÉ-EXISTANTES À L'EXAMEN.  
**COTATION :**  
0 : Aucune réaction déclenchée par l'examen.  
1 : L'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.  
2 : Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.  
3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant change de couleur, transpire, pleure ou cherche à arrêter l'examen.  
4 : L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.

**ITEM 10 : LENTEUR ET RARETÉ DES MOUVEMENTS**  
Les mouvements de l'enfant sont lents, peu amples et un peu rigides, même à distance de la zone douloureuse. Le tronc et les grosses articulations sont particulièrement immobiles. A comparer avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.  
**COTATION :**  
0 : Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.  
1 : L'enfant est un peu lent, et bouge sans entrain.  
2 : Un des signes suivants :  
- latence du geste,  
- mouvements restreints,  
- gestes lents,  
- initiatives motrices rares.  
3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.  
4 : L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

Signes Directs de Douleur : 1 + 3 + 5 + 7 + 9 =

Expression Volontaire de Douleur : 4 + 8 =

Atonie Psycho Motrice : 2 + 6 + 10 =

OPIE REPRO 1990

## Annexe 2

### Echelle Evendol

Evaluation  
Enfant  
Douleur



Echelle validée  
de la naissance à 7 ans.

### Peur ou douleur ? Comment savoir ?

**EVENDOL confirme et mesure toute douleur des enfants de 0 à 7 ans.**

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

**Au repos au calme (R) :** observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...

**A l'examen ou la mobilisation (M) :** il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.

**Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique,** au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV.  
Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

© 2011 - Groupe EVENDOL - Contact : elisabeth.foamier.charriere@ad.aphp.fr

Zid et Zer communication 01 46 49 96 79

Plus d'infos sur  
[www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)





Pour vous entraîner  
un DVD de formation  
est disponible  
chez SPARADRAP.







Evaluation  
Enfant  
Douleur



**Cet enfant a-t-il mal ?**

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue... Pensez à réévaluer.	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique		
					(R) Repos (M) Mobilisation	(R) Repos (M) Mobilisation	
<b>Expression vocale ou verbale</b> pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3			
<b>Mimique</b> à le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3			
<b>Mouvements</b> s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3			
<b>Position</b> à une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3			
<b>Relation avec l'environnement</b> peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminués 1	très diminués 2	absents 3			
Seuil de traitement 4/15					Score total /15		

### Annexe 3

Livret ministériel la douleur n'est pas une fatalité  
de Prise en charge de la douleur à l'usage des patients

La douleur  
n'est pas  
une fatalité.



Soulager la douleur  
de votre enfant,  
c'est possible.

Dans vos établissements, les équipes soignantes s'engagent à prendre en compte le désir de votre enfant et à vous donner toute l'information utile.



**A**

Alagille .....	22, 23
Alain .....	9
Ambroise Paré .....	18
Anand .....	26, 27, 69
Annand .....	57, 69
Anne Nardin .....	21
Annequin .....	28
Aristote .....	13, 14, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 48, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 69, 72, 75, 78
Avicenne.....	17

**B**

Bellini .....	52
Bernard .....	33
Berton .....	31
Bichat .....	19
Buffon.....	23

**C**

Calvin .....	18
Canguilhem .....	34
Charmide .....	15, 16, <i>Voir</i>
Cohen-Salmon .....	26, 27
Critias .....	16

**D**

Descartes .....	19
-----------------	----

**E**

Epictète.....	24
---------------	----

**G**

Galien de Pergame.....	14
Gauvain-Picard .....	27, 57
Gauvain-Piquard .....	26
Gorgias .....	55, 56, 61, 74, 87
Guillon.....	25
Guyard.....	31

**H**

Hippocrate de Cos .....	14
Hunain Ibn Ishaq .....	17

**J**

Jonas.....	46, 87
------------	--------

**K**

Kant .....	19, 42, 43, 63, 64, 80, 87
------------	----------------------------

**L**

Lalande.....	53, 87
--------------	--------

Locke ..... 51, 87

## M

Martin Buber ..... 18  
 Meignier ..... 26, 28  
 Meyer ..... 50, 54, 55, 56, 57, 58, 78, 79, 87  
 Montaigne ..... 18

## P

Parménide ..... 61, 62, 63, 87  
 Paul-Louis-Benoit Guersant ..... 22  
 Perelman ..... 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 74, 75, 79, 87  
 Piaget ..... 31  
 Pichard-Léandry ..... 26  
 Platon ..... 15, 16, 54, 55, 56, 61, 74, 78, 87

## R

Ricoeur ..... 32, 39  
 Roger ..... 30  
 Rousseau ..... 23, 24

## S

Saint Germain ..... 31  
 Socrate ..... 15, 16, 54, 55, 56, 63, 74

## T

Terestchenko ..... 76, 77, 87

## W

West ..... 30

## Bibliographie

Aristote, *La grande morale*, Traduit par J. Barthélemy-Saint hilaire, Paris, 1856.

Aristote, *Rhétorique*, Livre de poche, Classiques de la philosophie, 1991.

Cicéron, *Brutus*, XLIX-184/185, Les Belles Lettres, 1973.

*Dictionnaire de la langue philosophique*, presses universitaire de France, 3ème édition, 4ème trimestre Vendôme, 1978.

Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, livre de poche, classiques de la philosophie, 1993.

Jonas Hans, *Le principe responsabilité*, Les éditions du Cerf, 1990.

Lalande André, *La raison et les normes*, Librairie Hachette, 1948.

Locke John, *Lettre sur la tolérance*, Traduction française de Jean Le Clerc, 1710, collection: "Les classiques des sciences sociales"

[http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/index.html](http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html)

Meyer Michel, *Principia Rhetorica, Une théorie générale de l'argumentation*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010.

Parménide, Fragments *Le Poème de Parménide* Texte grec H.Diels 1913, Traduction anglaise Burnet 1892, Traduction française Tannery 1887.

Perelman Chaïm, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Librairie Philosophique J.Vrin, 1977, 2008.

Platon, *Gorgias*, Œuvres complètes, Paris, Edition Flammarion, 2008, trad. Monique Canto-Sperber.

Ricœur Paul, *Philosophie de la volonté 2, Finitude et culpabilité 1, L'homme faillible*, Aubier, 1960.

Terestchenko Michel, *Un si fragile vernis d'humanité. Banalité du mal, banalité du bien*. Paris, Editions La Découverte, 2005,2007.

