

# Prise en charge de la douleur de l'enfant

Création : novembre 2000 / Mise à jour : août 2014

Contact : [joel.delarue@dfc.aphp.fr](mailto:joel.delarue@dfc.aphp.fr)

## SOMMAIRE

■ Documents généraux _____	2
■ L'enfant face à la douleur _____	4
■ Les soignants face à la douleur de l'enfant _____	6
■ Relation familles / soignants _____	7
■ Evaluation et diagnostic _____	8
■ Thérapeutiques médicamenteuses et autres techniques analgésiques _____	11
■ Douleur induite par les soins : évaluation et prévention _____	13
■ La douleur en néonatalogie _____	17
■ La douleur de l'enfant aux urgences _____	19
■ Maladies graves et fin de vie _____	20
■ La douleur chez l'enfant brûlé _____	21
■ La douleur chez l'enfant handicapé _____	22
■ La douleur en chirurgie _____	23
■ La douleur induite par diverses pathologies _____	24
■ Formation des soignants _____	26

## ■ Documents généraux

### **Douleur chez l'enfant.**

AVEZ COUTURIER (Justine) / WOOD (Chantal)

*REVUE DU PRATICIEN : MEDECINE GENERALE*, 2014/04, n° 920, 329-334, fig., tabl. 8 réf.

Au sommaire de ce dossier consacré à la douleur chez l'enfant : - Décrire - Evaluer - Prévenir - Traiter - Moyens physiques - Approches psychologiques.

### **Douleur chez l'enfant.**

DEFONTAINE (Anne) / ECOFFEY (Claude)

*REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE*, 2013/09, n° 7, 1019-1023, tabl.

Objectifs : - Repérer, prévenir et traiter les manifestations douloureuses pouvant accompagner les pathologies de l'enfant - Repérer les médicaments utilisables chez l'enfant selon l'âge, avec les modes d'administration, indications et contre-indications.

### **Douleur de l'enfant : des avancées, une pérennisation à surveiller.**

THIBAUT (Pascale)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2011/05-06, n° 260, 44-47. 8 réf.

La lutte contre la douleur de l'enfant a connu de nombreuses avancées depuis les années 1980. La mise en place de plans de lutte, la diffusion de recommandations de bonne pratique, le développement de nouveaux traitements ainsi que la formation des professionnels sont à l'origine de cette évolution. Cependant, la vigilance des soignants s'impose pour que la qualité de la prise en charge reste une priorité.

### **L'enfant et sa douleur : identifier, comprendre, soulager.**

KUTTNER (Leora)

WOOD (Chantal), préf. / BIOY (Antoine), préf. / ANDREU GALLIEN (Juliette), préf. / et al.

Paris : Dunod, 2011, XXIII+385p., index, fig., tabl. Réf. 22p.

La douleur est le premier motif de consultation chez l'enfant. Par ailleurs, il s'agit d'un symptôme particulièrement difficile à vivre et à surmonter par le patient. Ce livre aborde de façon complète et didactique l'ensemble des aspects qui permettent de comprendre la douleur de l'enfant, de bien l'évaluer et de mettre en place les façons de la soulager. Sont abordés notamment la prise en charge de la douleur et l'anxiété chez le médecin, le dentiste, à l'hôpital.

Cote : MED 6.3 KUT

### **La douleur chez l'enfant.**

ECOFFEY (Claude) / ANNEQUIN (Daniel)

Paris : Lavoisier, 2011, IX+162p., index. réf. bibl.

Cette nouvelle édition enrichie de "La douleur chez l'enfant" synthétise l'état actuel des connaissances. Elle présente tout d'abord les données physiopathologiques et les modalités d'évaluation de la douleur, puis les différentes méthodes antalgiques utilisées, notamment les analgésiques multimodale et locorégionale, l'emploi de solutions sucrées en période néonatale, le recours à la kétamine... Enfin, elle expose les pratiques les mieux adaptées en fonction des différentes situations cliniques (douleur post-opératoire, provoquée par les soins, du prématuré, neuropathique, migraines, etc.) ainsi que le rôle de l'infirmière.

Cote : MED 6.3 ECO

### **Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans**

GATBOIS (E.) / ANNEQUIN (D.)

*JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*, 2008/02, n° 1, 20-36, tabl, fig. 38 réf.

La prise en charge de la douleur de l'enfant implique l'ensemble des acteurs du soin ; elle nécessite initialement et obligatoirement d'admettre sa réalité. Cette obligation éthique est intégrée dans un cadre législatif. La perception de la douleur est fonctionnelle à partir de la vingt-quatrième semaine de la vie foetale. L'évaluation avec un outil validé permet l'adaptation du traitement. À partir de quatre à six ans, l'enfant est capable d'autoévaluer l'intensité de la douleur ; en dessous de cet âge, les grilles d'observation comportementale doivent être utilisées. La prise en charge de la douleur inclut une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, comme l'information, la préparation aux soins, la distraction, la relaxation ou l'hypnose. Le traitement antalgique doit être proposé de manière simultanée au traitement étiologique de toute pathologie douloureuse. Le but premier est d'obtenir un soulagement rapide, ce qui détermine le choix de la molécule ainsi que sa voie d'administration. La standardisation et l'homogénéisation des pratiques antalgiques représentent la clef de voûte d'une bonne prise en charge de la douleur.

## Réflexions sur la prise en charge de la douleur en PMI

TOPUZ (Bernard) / TARARBIT (Karim)

*SPIRALE*, 2007/06, n° 42, 90-93.

La PMI occupe une position privilégiée dans l'observation globale de l'enfant qui lui permet d'aborder de façon préventive la question de la douleur, qu'il s'agisse de ses aspects relationnels (appréhension de la consultation, de l'examen, d'un geste, de la séparation d'avec les parents) ou physiques (gestes douloureux) ; mais la PMI peut aussi assurer la préparation "extra-muros" des situations douloureuses en lien avec le système de santé (par exemple une consultation chez le dentiste). Si des initiatives locales existent dans certains centres de PMI, il reste nécessaire de développer une culture et des outils de prise en charge communs. L'accompagnement de la douleur et de son appréhension nécessite d'être réfléchi plus collectivement à l'échelle départementale de chaque service de PMI.

## Douleur chez l'enfant, in : Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007 : - conférences d'actualisation - les essentiels - médecine d'urgence - évaluation et traitement de la douleur

ANNEQUIN (Daniel)

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 273-286. 77 réf.

La prise en charge de la douleur fait partie intégrante des missions du médecin anesthésiste. En France, depuis 1998, une volonté politique a été clairement affirmée. Cependant, les dernières enquêtes nationales montrent que les pratiques pédiatriques demeurent hétérogènes, malgré les progrès thérapeutiques. Ce texte traite des points suivants : - Organisation de la prise en charge - Evaluation - Principales difficultés de l'évaluation - Médicaments - Antalgiques du niveau 2 - Anesthésie locorégionale - Situations cliniques.

Cote : MED 4.18 SOC

## Prise en charge de la douleur en pédiatrie

MOREAUX (Thierry)

*OXYMAG*, 2006/08, n° 89, 9-11. 5 réf.

Reconnaître la réalité de la douleur de l'enfant est un exercice difficile pour beaucoup d'équipes pédiatriques. Les moyens d'expression sont souvent plus limités chez les enfants que chez les adultes. Longtemps négligée, voire déniée, elle est aujourd'hui reconnue mais sa prise en charge reste insuffisante. Mieux savoir l'évaluer, inciter les professionnels à prévenir et diminuer la douleur iatrogène par des thérapies comportementales font partie des pratiques à développer.

## La douleur chez l'enfant

PIIRA (Tiina) / PULLUKAT (Roy) / WOOD (Chantal) / et al.

ZABALIA (Marc), coor. / NADEL (Jacqueline), avant propos

*ENFANCE*, 2006/01, vol. 58, n° 1, 102p. réf. bibl.

La douleur chez l'enfant. Nous avons été longs à l'admettre, en particulier chez le nouveau-né. Plus généralement, la douleur est moins aisément reconnue et peut être largement sous-estimée chez les petits avant le langage et chez les grands lorsqu'ils sont non verbaux comme beaucoup d'enfants avec autisme, ou comme les jeunes avec une déficience mentale profonde. Dans ces cas, seuls les comportements manifestés peuvent constituer des indices, or ceux-ci ne sont pas toujours fiables. C'est pourquoi sont si importants les travaux de recherche qui mettent en relation les indices neurophysiologiques et biochimiques concomitants à la survenue de comportements qui expriment la douleur. La France tarde à s'y impliquer. Il s'agit pourtant non seulement d'aiguiller le diagnostic mais aussi de mettre en place des traitements antalgiques pertinents. De ce fait, l'étude psychologique et neuropsychologique constitue un véritable enjeu de santé publique.

## Evaluation et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né

MAGNY (J.F.) / PICHON (C.) / TASSEAU (A.) / GONZALES (P.)

*JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*, 2005/06, vol. 18, n° 3, 144-149. 12 réf.

Les auteurs font le point sur l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né, sa prise en charge avec les différents antalgiques et les alternatives non médicamenteuses.

## L'enfant et la douleur

CAZABAN (Joëlle) / MAUREL (Virginie) / JOLLY (Danièle) / KILLIAN (Catherine), coor.

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2003/06, n° 168, 11-24.

Trois articles sont rassemblés dans ce dossier. Le premier présente les mécanismes de la douleur, leurs particularités chez l'enfant et leurs conséquences sur le plan pharmacologique. Il est complété par des données d'ordre épidémiologique et par un rappel sur les techniques d'administration de la morphine. Le deuxième article décrit les modes d'expression de la douleur qui, chez l'enfant, varient en fonction de l'âge

et du développement. L'observation et l'analyse de ces manifestations permettent au soignant de mieux appréhender l'intensité de la douleur de l'enfant et de mieux communiquer avec lui. Le troisième article présente différentes échelles d'évaluation de la douleur, les thérapeutiques médicamenteuses, les techniques relationnelles et les moyens matériels à disposition pour favoriser le confort de l'enfant et atténuer sa douleur. En fin d'article figure un rappel sur le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur de l'enfant.

### **Prise en charge de la douleur chez l'enfant : une approche multidisciplinaire**

TWYCROSS (Alison) / MORIARTY (Antony) / BETTS (Tracy) WOOD (Chantal), trad. / MORTON (Neil), préf. / PRICE (Sue), préf. / PICHARD LEANDRI (Evelyne), préf.

Paris : Masson, 2002, VI+185p, index. réf. bibl.

Nourrissons et enfants doivent encore trop souvent supporter inutilement des douleurs liées à une pathologie, un examen, un acte médical ou chirurgical qui pourraient facilement être évitées ou soulagées. Cet ouvrage apporte les éléments essentiels pour une meilleure prise en charge de la douleur chez l'enfant : \* Les éléments théoriques et pratiques nécessaires à l'évaluation des différents types de douleur (aïgue, chronique) en fonction des situations médicales rencontrées. \* Une approche multi-disciplinaire : les équipes médicales et paramédicales doivent travailler ensemble pour prendre en charge la douleur pédiatrique. \* Des solutions thérapeutiques comportant les indications, les prescriptions, les posologies et les effets secondaires. \* Protocoles en France.

Cote : MED 6.3 TWY

### **La douleur chez l'enfant**

ANNEQUIN (Daniel) / GUILABERT (Claire), collab.

Paris : Masson, 2002, VII+183p, index, tabl., ill. réf. bibl.

L'objectif de cet ouvrage est d'apporter des réponses rapides et concrètes aux problèmes quotidiens en matière de prise en charge de la douleur de l'enfant, de l'otite aux petites chirurgies, mais aussi des douleurs liées aux suites opératoires. Cet ouvrage présente une mise au point complète : évaluation de la douleur, techniques d'analgésie, méthodes de prescription (anesthésiques locaux, mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote), aspects politiques et réglementaires, rôle de l'infirmier, placebo, morphiniques, traitements non pharmacologiques.

Cote : MED 6.3 ANN



## **■ L'enfant face à la douleur**

### **Aspects psycho-développementaux de la douleur chez l'enfant.**

GUILLOUF (Valérie)

*ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES*, 2014/03, n° 2, 111-114. 19 réf.

La douleur de l'enfant a longtemps été déniée. Maintenant que les études ont démontré la grande vulnérabilité des plus petits face à la douleur et l'impact à long terme des douleurs non prises en charge sur le plan émotionnel, le seuil de sensibilité et l'acceptation des soins ultérieurs, il est fondamental de bien évaluer et, pour ce faire, de connaître les différentes phases du développement cognitif et son impact sur la compréhension de la douleur par l'enfant. Les stades du développement cognitif de Piaget servent de référence pour la compréhension de la maladie et de la douleur de l'enfant. Cet article reprend ces différents stades en abordant pour chaque étape la compréhension, le mode d'expression et les différentes techniques utilisables pour aider l'enfant face à la douleur.

### **Douleur chez l'enfant, une complexité à explorer.**

KNAUER (D.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2014/06, n° 436, 1401-1405. 5 réf.

Des douleurs du bébé, tardivement reconnues, aux découvertes des différents types de mémoire et l'importance de la sensorialité précoce, la douleur chez l'enfant demeure un domaine à explorer. La question de la continuité des traces mnésiques permet d'élaborer des considérations sur les origines des douleurs chroniques psychogènes, de la petite enfance à l'adolescence. De la douleur silencieuse du nourrisson souffrant d'un trouble de la régulation émotionnelle précoce à la douleur psychogène récurrente de l'adolescent, le point commun est celui d'exprimer par le corps un malaise psychique souvent important. Diverses actions thérapeutiques sont décrites. Les douleurs récurrentes non traitées constituent un risque non négligeable d'appauvrissement intellectuel, affectif et pulsionnel pour l'enfant qui en souffre.

## **La mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant : quelles implications, quelles séquelles ?**

FOURNIER CHARRIERE (E.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2014/06, n° 2, 88-94. 57 réf.

La mémorisation d'événements douloureux par les enfants peut entraîner à court et moyen termes une sensibilisation à la douleur suivante, une anxiété, et à plus long terme une phobie ou un évitement des soins. Dès la période néonatale, les facultés de mémorisation implicites, inconscientes, sont actives. Cet article propose une revue de la littérature sur cette question (d'un point de vue médical, neuroscientifique et psychologique), et en souligne les conséquences pour la prise en charge clinique. Nous formulons des recommandations spécifiques adressées aux professionnels pour éviter les conséquences néfastes des douleurs mémorisées, en tenant compte des recherches connues autour de la douleur de l'enfant et sa mémorisation, particulièrement en lien avec la douleur provoquée par les soins.

## **Expression de la douleur et stratégies de faire-face des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle légère ou moyenne.**

ZABALIA (M.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2013/03, n° 1, 24-29, fig. 49 réf.

Pour évaluer et prendre en charge la douleur, les soignants doivent disposer d'outils et de connaissances actualisées concernant les enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle légère ou moyenne. Les travaux récents montrent que ces enfants disposent de capacités à exprimer verbalement la douleur et qu'ils utilisent des outils d'autoévaluation de façon adaptée. Par ailleurs, ils connaissent des stratégies de faire-face et semblent privilégier le recours à un soutien extérieur. Enfin, ils montrent des capacités d'imagerie mentale et sont capables d'évoquer des souvenirs autobiographiques. Ces données nouvelles laissent penser que les enfants et adolescents de cette population peuvent bénéficier des protocoles d'hypnoanalgésie et de relaxation.

## **La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé ?**

FOURNIER CHARRIERE (Elisabeth)

*SPIRALE*, 2007/06, n° 42, 34-48. réf. 2p.

On sait maintenant que le nouveau-né même prématuré est apte à percevoir la douleur. Son comportement change, avec des manifestations bruyantes et visibles lors d'une douleur aiguë, et au contraire un retrait, une "atonie psychomotrice" lorsque la douleur se prolonge. Les soignants sont tenus de repérer ces symptômes et d'évaluer leur intensité afin d'adapter au mieux les thérapeutiques. La douleur produit une détresse intense, elle désorganise la psyché naissante chez le nourrisson qui ne peut s'en défendre, faute de moyens cognitifs. Enfin la douleur s'enregistre, même chez le tout-petit, et produit une sensibilisation du système nerveux que l'on peut mettre en évidence des mois voire des années plus tard : la mémoire de la douleur existe dès la naissance.

## **Aspects psychologiques de la douleur chez l'enfant**

MAUREL (Virginie)

*METIERS DE LA PETITE ENFANCE*, 2005/04, n° 108, 16-17.

Comment aborder l'enfant dans sa douleur ? Quel est l'impact de la douleur sur l'enfant ? Quels sont les modes d'expression de la douleur ? Autant de questions qui sont abordées dans cet article.

## **Effet du contexte sur la conception de la douleur chez l'enfant**

ZABALIA (Marc) / JACQUET (Denis)

*DOULEURS*, 2004/09, vol. 5, n° 4, 203-207. 25 réf.

Cette étude concerne la conception de la douleur chez 66 enfants âgés de 5 à 11 ans en fonction du contexte dans lequel se déroule l'entretien. L'évaluation de l'enfant douloureux passe par une interaction enfant-adulte. Lorsqu'il s'agit d'une auto-évaluation de la part de l'enfant, le dialogue implique une interprétation de l'adulte qui écoute. Cette interprétation ne peut faire l'impasse de la prise en compte des capacités de l'enfant, de ses limites, pour qu'une référence commune se partage.

## **Etude longitudinale des relations entre l'apparente insensibilité à la douleur et les troubles de la communication non verbale et de la symbolisation dans l'autisme**

TORDJMAN (Sylvie) / BONNOT (Olivier) / HAAG (Geneviève)

*CONTRASTE*, 2004/06-12, n° 21, 49-59. 16 réf.

Des observations cliniques rapportent une apparente diminution de réactivité à la douleur, voire même une analgésie chez certains enfants autistes. Afin de clarifier cette question, les auteurs présentent une étude sur la réactivité à la douleur chez des enfants autistes dans trois situations d'observation (évaluation

parentale, évaluation par l'équipe soignante, évaluation lors de la prise de sang). Les auteurs nous montrent la place particulière de la sensibilité à la douleur chez les enfants autistes, douleur qui contribue peut-être à la constitution d'un sentiment d'exister en dépit de tout, et dont l'absence fréquemment alléguée n'est en réalité qu'apparente, les enfants autistes ayant probablement une expression particulière de la douleur plutôt qu'une véritable insensibilité à celle-ci, en raison de leurs troubles de la symbolisation et de leur communication non verbale.

### **Mémoire et douleur chez l'enfant**

VON BAEYER (Carl L.) / MARCHE (Tammy A.) / ROCHA (Elizabete M.) / et al.  
*DOULEURS*, 2004, vol. 5, n° 3, 133-142, 57 réf.

Les souvenirs d'expériences douloureuses chez les enfants peuvent avoir des conséquences à long terme, sur leurs réactions lors d'évènements douloureux ultérieurs, mais aussi sur leur acceptation des soins de santé. Cet article passe en revue les travaux de recherche sur la mémoire de la douleur des enfants, et en souligne les implications sur la pratique clinique.

### **Les modes d'expression de la douleur chez l'enfant autiste : étude comparée. Pain reactivity expression in autistic children**

PERNON (Eric) / RATTAZ (Cécile)  
*DEVENIR*, 2003, vol. 15, n° 3, 263-277, tabl. 31 réf.

Les enfants autistes sont parfois considérés comme insensibles aux stimulations tactiles douloureuses. Dans cette étude, la réactivité à une stimulation nociceptive sur le dessus de la main (pincement) est évaluée dans un groupe de 14 enfants autistes et un groupe de 14 enfants témoins appariés sur leur niveau de développement. Contrairement aux enfants du groupe contrôle dont les réactions diminuent à partir de 3 ans, les résultats montrent un mode particulier de réactivité à la douleur (réactions motrices et productions sonores) qui est indépendant de l'âge de développement.



## **■ Les soignants face à la douleur de l'enfant**

### **Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur**

CARBAJAL (Ricardo) / CARRUETTE (Carole) / FRESCO (Olivier) / et al.  
COHEN SALMON (Didier), éd.  
Ramonville Saint-Agne : Erès, 2007, 156p. réf. bibl.

Des médecins, infirmières, psychologue, puéricultrice, anthropologue, mais aussi parents, interrogent les pratiques soignantes et institutionnelles sur la prise en charge de la douleur du tout jeune enfant. Malgré d'indéniables progrès, est-elle toujours prise en compte ?

Cote : MED 6.3 COH

### **Le médecin face à l'enfant : question(s) de sensibilité(s) ?**

NARDIN (Anne)  
*SPIRALE*, 2007/06, n° 42, 19-33. réf. bibl.

L'article rappelle comment au XIXe siècle, les "médecins d'enfants" ont réagi face à la douleur de leurs jeunes patients, comment ils l'ont interprétée à partir de savoirs encore fragiles, et quelles réponses ils lui ont apporté. Le choix de textes qui illustrent ces attitudes témoigne de la place qu'occupe leur sensibilité dans leurs analyses. Celle-ci semble progressivement refluer, au cours du XXe siècle, à mesure que la science met au jour les ressorts cachés de l'infiniment petit, apportant des réponses précises bientôt converties en certitudes. Ce détour par l'histoire permet de jeter un autre regard sur les évolutions récentes, en les réinscrivant dans la trame du long terme.

### **La douleur du nourrisson**

GUIMELCHAIN BONNET (Michèle)  
*AIDE SOIGNANTE (L')* 2007/04, n° 86, 9-10. réf. bibl.

Après avoir listé les soins douloureux ou inconfortables en pédiatrie, cet article fait le point sur la prise en compte de la douleur dans les pratiques soignantes et sur le rôle des parents dans sa prise en charge. Un encadré signale un trouble pathologique de la relation mère-enfant - le syndrome de Münchausen par procuration - auquel les équipes pédiatriques sont parfois confrontées.

### **Entre pédiatres et pédopsychiatres : la douleur chez l'enfant, in : Pédopsychiatrie de liaison : vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres**

SIBERTIN BLANC (Daniel) / KABUTH (Bernard) / GROSS (Marie-Josée)

Rueil-Malmaison : Doin, 2005, 63-74. 14 réf.

On assiste aujourd'hui à l'émergence d'une médecine de la douleur, admise désormais au rang de pathologie autonome ; un tournant dans la pensée médicale qui, pour la première fois, inclut l'expérience subjective de la maladie comme partie intégrante de la médecine et la "personne totale" comme objet de son attention. Ce chapitre traite de la douleur comme terrain de rencontre interdisciplinaire en médecine de l'enfance et de l'adolescence entre pédiatrie et pédopsychiatrie.

Cote : PSY 11.1 BAI

### **Les rééducateurs autour de la douleur de l'enfant**

ISABEL (Géraldine) / DE CROUY (Anne-Claire) / MELINE (Virginie)

*KINESITHERAPIE SCIENTIFIQUE*, 2002/12, n° 428, 5-11. réf. bibl.

Dans les hôpitaux, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens et médecins interviennent en transversal dans les services. Etre acteur auprès d'enfants douloureux nécessite de recueillir mais aussi de transmettre les éléments d'évaluation et de soulagement de la douleur (postures, gestes, toucher, horaires, etc.). Au mieux, cette coordination permettra d'adapter un soin cohérent dans le discours véhiculé et le traitement proposé.

### **Soins infirmiers et douleur en pédiatrie**

ROSINE (Claudine) / VASSEUR PIGNE (Patricia)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2002/02, n°204, 39-41. réf. bibl.

Soigner dans l'idéal de toute infirmière, c'est participer à la guérison, panser les blessures, éduquer, prévenir et soulager la souffrance et la douleur. Mais dans le quotidien infirmier, la réalité est tout autre, en particulier auprès des enfants. Le soin peut provoquer peur, cris, pleurs, angoisse et stress. Comment évaluer et mieux prendre en charge la douleur induite par les soins infirmiers ?



## **■ Relation familles / soignants**

### **Soulager la douleur de l'enfant en contexte culturel.**

LEMIRE (Linda)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2013/09-10, n° 274, 35-38. 15 réf.

Le soulagement de la douleur des enfants dans le monde demeure encore fragile et tributaire de croyances et de tabous. La perception de la douleur et la tolérance face à celle-ci dépendent de nombreux facteurs. Ainsi, dans la majorité des contextes culturels de langues africaines, la douleur est un concept physique, émotionnel et social qui en influence l'expression et la tolérance chez l'individu et sa famille. Il revient à l'infirmière de prévenir et soulager cette douleur quel que soit le contexte culturel auquel appartiennent l'enfant et sa famille.

### **Douleur de l'enfant et thérapies avec les familles : de l'impasse à l'imaginaire familial.**

LE GOFF (Jean-François)

*DIALOGUE : RECHERCHES CLINIQUES ET SOCIOLOGIQUES SUR LE COUPLE ET LA FAMILLE*, 2012/09, n° 197, 81-90. réf. bibl.

L'article présente la consultation de thérapie familiale qui s'est ouverte dans l'unité de lutte contre la douleur de l'enfant de l'hôpital Trousseau en 2010, expérience qui se révèle tout à fait fructueuse. Les consultations familiales ne soignent pas directement le symptôme douloureux, mais permettent de diminuer le stress déclenchant les douleurs ou limitant les soins à l'enfant. L'imaginaire familial articule les différents enjeux thérapeutiques mis en jeu dans ces entretiens. Plusieurs familles ont ainsi pu sortir de l'impasse relationnelle et trouver des évolutions inattendues.

## **Informers les parents sur les douleurs provoquées chez le jeune enfant : l'expérience de l'association Sparadrapp**

GALLAND (Françoise) / HERRENSCHMIDT (Sandrine)

*SPIRALE*, 2007/06, n° 42, 120-130, ill.

L'association Sparadrapp met au point depuis plus de dix ans des documents d'information destinés aux enfants et aux familles autour de la maladie, de l'hôpital et des soins douloureux, et a développé dans ce domaine une réelle expertise. Mais l'entreprise comporte des exigences précises. Il faut communiquer des messages clairs et véridiques qui aident les parents à garder leur rôle. Il faut aussi choisir entre l'exposé des pratiques les plus courantes, et la promotion des façons de faire les plus humaines.

## **Présence des parents lors des gestes douloureux**

CARBAJAL (Ricardo)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2003/06, n° 212, 36-39. 19 réf.

La présence des parents auprès de leur enfant lors de la réalisation d'un geste douloureux est-elle bénéfique ou nuisible ? Des études menées aux urgences dans les pays anglo-saxons et en France montrent que cette présence semble bénéfique lors de gestes agressifs mineurs mais qu'elle ne peut être systématisée ni se passer d'une bonne organisation.

## **Ensemble contre la douleur de l'enfant**

BUISSON (Christiane) / ROSENBERG REINER (Sylvie)

*METIERS DE LA PETITE ENFANCE*, 2001/04, n° 68, 20-22.

Les particularités de la douleur de l'enfant, mais aussi la façon dont celui-ci peut exprimer sa douleur sont étudiées dans cet article. Sachant que la peur de l'inconnu majore les phénomènes de douleur, l'importance de la relation parents-soignants est soulignée en terme de facteur sécurisant pour l'enfant.

## **Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ?**

GALLAND (Françoise) / CARBAJAL (Ricardo) / COHEN SALMON (Didier)

HAMON (Richard), réal.

Paris : Fondation CNP, 2000, 1 vidéocassette VHS Sécam, 25 min : coul.

Le film présente différents soins douloureux réalisés en présence des parents : prélèvements sanguins, pose de cathéter périphérique, points de suture, myélogramme, ponctions lombaires. Des soignants témoignent de leurs pratiques, de leurs difficultés et de leur satisfaction, des enfants et des parents expriment leur point de vue et Stanislas Tomkiewicz, pédiatre et pédopsychiatre, analyse ces images. Le film a été tourné au centre hospitalier intercommunal Poissy Saint-Germain-en-Laye et à l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau à Paris. Un livret accompagne la vidéo.

Cote : MED 6.3 GAL



## **■ Evaluation et diagnostic**

### **Intérêts et limites des échelles d'évaluation de la douleur chez l'enfant en situation de handicap.**

ZABALIA (M.)

*MOTRICITE CEREBRALE. READAPTATION. NEUROLOGIE DU DEVELOPPEMENT*, 2012/06, n° 2, 62-67, fig. 42 réf.

Bénéficier d'une prise en charge de la douleur est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental. Avant d'être traitée, la douleur doit être évaluée. Et, puisqu'il s'agit d'un phénomène subjectif, estimer la douleur de ceux qui l'expriment d'une façon singulière représente un défi plus grand encore. Les enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle, de paralysie cérébrale ou d'autisme sont aujourd'hui reconnus comme sensibles à la douleur au même titre que tout un chacun. Si certains d'entre eux sont en mesure d'utiliser des outils d'auto-évaluation de la douleur, il faudra pour d'autres appliquer des échelles d'hétéro-évaluation adaptées aux situations de handicap. Comme tout outil de mesure, elles présentent des intérêts et des limites qu'il faut savoir identifier afin d'en faire un usage pertinent pour la prise en charge des personnes vulnérables. © 2012 Elsevier Masson SAS.



### **Evaluer pour soulager.**

THIBAUT (Pascale) / SCHMITT (Claudine)

*INFIRMIERE MAGAZINE (L')*, 2011/06/01, n° 280, 34-40. 13 réf.

Savoir identifier la douleur chez l'enfant, l'évaluer à l'aide d'outils adaptés afin d'essayer de soulager par des moyens médicamenteux ou non fait partie du rôle infirmier. Un cadre juridique avec des textes législatifs existe et les recommandations de bonnes pratiques représentent pour les professionnels des repères pour leur exercice pratique. Il est à noter également l'importance de la formation.

### **Evaluation de la douleur de l'enfant.**

VINCENT (B.) / HORLE (B.) / WOOD (C.)

*JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*, 2010/12, n° 6, 349-357. 19 réf.

Pour les professionnels de santé, la prise en charge de la douleur est une obligation morale, éthique et légale depuis plus de dix ans. La douleur se situe à la croisée de toutes les spécialités, qu'elles soient médicales, chirurgicales, psychologiques ou psychiatriques. C'est grâce à son aspect multidimensionnel qu'elle permet à nouveau de réconcilier le corps et l'esprit, lien tant oublié par la médecine depuis des décennies. Dans la prise en charge globale d'un patient, l'évaluation de la douleur devrait faire partie des paramètres systématiques de surveillance et retranscrite en tant que telle sur le dossier de soins ou de consultation. L'article suivant a été conçu pour aider à l'évaluation de la douleur, rappeler d'importants prérequis et offrir un panorama sur les dernières informations concernant les échelles de douleur chez l'enfant. © 2009 Elsevier Masson SAS.

### **Evendol, une échelle d'évaluation de la douleur.**

MOREAUX (Thierry)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2010/09, n° 256, 32-34. réf. bibl.

Evendol est une échelle comportementale permettant d'évaluer objectivement la douleur des enfants de moins de 7 ans. Fiable et facile à utiliser, elle apparaît très utile aux urgences et permet également de différencier la douleur et l'anxiété.

### **Contributions de la psychologie de l'enfant à l'évaluation de la douleur**

ZABALIA (M.)

*ARCHIVES DE PEDIATRIE*, 2009/12, n° 12, 1579-1583, fig. 17 réf.

La qualité de la prise en charge de la douleur dépend pour beaucoup de la qualité de son évaluation. Les enfants constituent notamment une population dont la douleur est délicate à évaluer. La psychologie de l'enfant peut contribuer aux travaux visant à développer et améliorer les outils d'évaluation de la douleur. Les travaux présentés mettent l'accent sur l'étude du dialogue dans des situations d'évaluation de la douleur et la nécessité de prendre en compte les spécificités des sujets ou de leurs douleurs. L'évaluation de la douleur et l'écoute de la douleur consistent à rencontrer l'enfant dans l'univers où il se trouve. Cela ne doit pas pour autant nous détourner du développement et de l'usage d'outils de mesure validés scientifiquement.

### **L'évaluation de la douleur de l'enfant, questions fréquentes et idées reçues**

COHEN SALMON (Didier)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2009/02, n° 246, 41-42. réf. bibl.

Aujourd'hui, il existe un consensus sur la nécessité d'évaluer la douleur de l'enfant pour être en mesure de la traiter. Pourtant, de nombreuses incompréhensions demeurent, impliquant des difficultés dans la mise en place et le maintien de bonnes pratiques d'évaluation. Eléments de réponse.

### **La douleur en oncologie pédiatrique**

LAUTRAITE (Céline)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2006/10, n° 200, 26-27.

Cet article traite de l'évaluation de la douleur chez les enfants atteints de cancers. En effet, le repérage de la douleur nécessite une approche particulière bien plus complexe que l'évaluation objective à l'aide d'outils déjà largement utilisés. L'auteur apporte des éléments d'identification de la douleur par tranche d'âge et s'attarde sur le cas des enfants atteints de tumeur cérébrale. Une seconde partie de cet article est consacrée à la formation des soignants libéraux.

## **Evaluer la douleur des enfants atteints de déficience intellectuelle**

BREAU (Lynn-M.) / ZABALIA (Marc)

*ENFANCE*, 2006, n° 1, 72-84. réf. 3p.

Longtemps, la douleur des personnes vulnérables a été négligée. Les enfants atteints de déficience intellectuelle sont rarement inclus dans la population des études sur la douleur. L'objet de cet article est de montrer qu'une évaluation objective de la douleur est la meilleure garantie de l'administration d'un traitement adéquat. Il faut accepter et être sensible à la singularité de chaque enfant et de son expérience personnelle face à la douleur tout en validant des outils objectifs d'évaluation. L'enjeu est de pouvoir poser un diagnostic fiable, d'évaluer l'efficacité de protocoles antalgiques pour ces enfants et de promouvoir l'utilisation d'outils mis au point scientifiquement dans tous les aspects de la prise en charge de la douleur.

## **Autoévaluation de la douleur : la théorie de Jean Piaget comme cadre interprétatif de l'expression de la douleur chez l'enfant : mise au point et perspectives**

ZABALIA (M.)

*JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*, 2005/07, vol. 18, n° 4, 176-181. 33 réf.

Les recherches concernant le développement de la compréhension de la douleur et son expression chez l'enfant ont insisté sur le fait que cette évolution suit la succession des stades du développement cognitif définis par Jean Piaget. Cependant, la théorie de Piaget ne convient pas comme cadre interprétatif, pour des raisons liées à son objectif épistémologique, et parce que la douleur n'est pas un objet conceptuel pour l'enfant qui l'exprime. La psychologie de l'enfant et la psychanalyse du développement ont montré que les affects exprimés par des émotions se partagent très tôt dans une dynamique intersubjective complexe. C'est par l'étude du dialogue entre l'adulte qui évalue l'enfant douloureux et l'enfant lui-même que nous pensons aborder cette complexité. Cette méthode offre un accès aux indices psychologiques de la coconstruction d'une référence commune sur une expérience subjective. Nous espérons ainsi améliorer la compréhension des caractéristiques de l'expression de la douleur chez l'enfant.

## **Quand ça fait mal**

DERRIEN (Elisa), coor.

*METIERS DE LA PETITE ENFANCE*, 2005/04, n° 108, 18-19.

Il est aujourd'hui admis que tout enfant, qu'il soit nouveau-né, nourrisson ou plus grand, peut percevoir la douleur. Sa façon de l'exprimer est très différente de celle de l'adulte. Il faut néanmoins la prendre en charge sans hésitation.

## **Auto-évaluation de la douleur aiguë chez l'enfant. Utilisation de "l'échelle des visages" en version électronique sur micro-ordinateur de poche (PDA) palmOne**

FALINOWER (Sylvain) / MARTRET (Patricia) / LOMBART (Bénédictte) / KRAUSE (Dirk) / ANNEQUIN (Daniel)

*DOULEURS*, 2004/10, vol. 5, n° 5, 249-257. 12 réf.

L'objectif de l'étude ici décrite a été d'utiliser une nouvelle version de l'échelle des visages, transposition de la FPS-R sur ordinateur de poche de type Palm et d'en apprécier le bon usage et la validité auprès d'enfants douloureux.

## **Aborder et évaluer l'enfant douloureux**

WOOD (Chantal) / TEISSEYRE (Laurence)

*MEDECINE PHYSIQUE & READAPTATION - LA LETTRE*, 2003/03, n° 66, 27-29.

Les douleurs peuvent survenir chez l'enfant dans le cadre d'une pathologie aiguë ou chronique. La maladie dans ce dernier cas va avoir des retentissements sur la vie de l'enfant, sa famille, ses liens sociaux, sa scolarité, ses activités physiques et ses jeux. Diminuer cette douleur devient un objectif essentiel car, pour son équilibre, l'enfant a besoin d'être actif et de jouer. Un bilan complet est nécessaire avant la mise en place d'un traitement adapté. Pour cela il faut du temps et de la patience afin d'établir une relation thérapeutique de qualité.

## **Sémiologie et évaluation de la douleur chez l'enfant, in : La douleur en pratique quotidienne : diagnostic et traitements**

FOURNIER CHARRIERE (Elisabeth)

Paris : Arnette, 2003, 2e édition, 515-545, fig., ill. 99 réf.

L'auteur aborde successivement la sémiologie de la douleur chez l'enfant, puis les échelles d'évaluation accessibles en pratique clinique pédiatrique journalière avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Cote : MED 6.3 SER

## Traduction francophone et validation du Pediatric Pain Coping Inventory (PPCI-F)

SPICHER (P.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2003, vol. 16, n° 1, 3-14, tabl, graph. 13 réf.

Les stratégies d'ajustement, d'adaptation, d'affrontement sont désignées en anglais sous le terme de coping et en français sous le terme de faire-face. L'instrument d'évaluation des stratégies de faire face pour les enfants atteints de douleurs qui est présenté dans cet article a vu le jour en 1996 aux Etats-Unis pour sa version initiale en langue anglaise. La traduction et la validation de la version francophone ont été réalisées dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie, mais aussi pour couvrir les besoins exprimés par une frange de la communauté médicale et paramédicale francophone quant à la mise à disposition d'un outil concernant le faire face en matière de douleurs pédiatriques. Le Pediatric Pain Coping Inventory (PPCI) est ainsi un instrument standardisé pour la mesure systématique des stratégies de faire face en douleur pédiatrique. Il contribue à la compréhension conceptuelle des différences individuelles de la perception douloureuse.



## ■ Thérapeutiques médicamenteuses et autres techniques analgésiques

### L'hypnose pour lutter contre les douleurs chroniques de l'enfant.

CELESTIN LHOPITEAU (Isabelle)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2014/03-04, n° 277, 36-38. 12 réf.

L'enfant ou l'adolescent peut souffrir de douleurs chroniques. Quelles qu'en soient les causes, celles-ci l'enferment dans un processus particulier : la focalisation sur la douleur, la crainte qu'elle apparaisse et l'anxiété. L'hypnoanalgésie et l'hypnothérapie lui permettent de sortir de cette focalisation et de retrouver en lui la capacité de faire face. De plus, ces techniques lui apportent une autonomie qui l'accompagne dans d'autres domaines de son existence.

### Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives : fondements, efficacité, cas cliniques.

LAROCHE (Françoise), éd. / ROUSSEL (Philippe), éd.

Paris : In press, 2012, 249p, tabl, graph. Réf. bibl.

Le traitement de la douleur chronique amène les professionnels de santé à s'interroger sur la prise en charge du patient souffrant. Le choix des stratégies thérapeutiques se construit à travers l'analyse fonctionnelle ou comportementale érigée au rang de modèle d'évaluation clinique. On parle de thérapies comportementales et cognitives. Elles s'associent aux autres traitements de la pathologie dans le cadre d'une prise en charge multimodale et interdisciplinaire. La douleur génère un stress et une anxiété qui impactent considérablement sur la qualité de vie du patient. Il convient de s'adapter aux différents profils cognitivo-comportementaux du patient douloureux chronique afin de mieux le cerner et ainsi d'optimiser la gestion de la douleur. On définit les profils de malades souffrants de douleurs chroniques en fonction d'un certain nombre de variables bio-psycho-sociales (caractéristiques démographiques, situation sociale, croyances, stratégie d'ajustement, détresse psychologique, qualité de vie). Ces facteurs gagnent à être étudiés et évalués afin de permettre une approche globale et proposer en conséquence des réponses adaptées dans le traitement de la douleur chronique. L'étude se poursuit en tentant d'évaluer l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives dans le cadre de la fibromyalgie, des céphalées chroniques, des douleurs neuropathiques de l'adulte et de l'enfant. L'ouvrage se termine sur une série de cas cliniques auprès de malades chroniques permettant d'incarner concrètement les problématiques liées à la douleur et à sa chronicité.

Cote : MED 6.3 LAR

### L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux.

RESTIF (Anne-Sophie)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2010/05, n° 254, 37-39. 10 réf.

En onco-hématologie pédiatrique, les enfants reçoivent de nombreux soins répétitifs et potentiellement douloureux, notamment ceux liés au cathéter central. L'efficacité des stratégies antalgiques étant variable au cours du temps, l'apprentissage de l'autohypnose permet à l'enfant de gérer partiellement ou totalement les composantes sensorielles et émotionnelles de la douleur. Cette démarche éducative est réalisable par une puéricultrice formée à cette technique particulière.

### **L'analgésie autocontrôlée ou PCA chez l'enfant.**

FOURNIER CHARRIERE (E.) / TOURNIAIRE (B.)

*ARCHIVES DE PEDIATRIE*, 2010/05, n° 5, 566-577, ann. 66 réf.

L'analgésie autocontrôlée est un moyen utile de fournir une analgésie morphinique grâce à une pompe programmable et un bouton poussoir : le patient choisit de s'administrer une dose de morphinique (le plus souvent la morphine) ; la dose est calculée et prescrite selon le niveau de douleur, des limites de dose et une période d'interdiction sont prévues. Après des bolus initiaux pour faire diminuer la douleur sévère, le patient dès l'âge de six ans peut ainsi maîtriser son analgésie. Cette méthode d'administration des antalgiques permet d'adapter au mieux la posologie au niveau de douleur et comporte une grande sécurité. Un débit continu peut être prescrit si la douleur est sévère, mais exige une surveillance accrue des paramètres essentiels : respiration et sédation, pour éviter tout surdosage. Comme pour toute analgésie morphinique, les effets indésirables doivent être prévenus ou traités. Si l'enfant ne peut manier la pompe (jeune âge, handicap, fatigue) l'infirmière ou parfois le parent peuvent actionner la délivrance des bolus au prix d'une formation spécifique. L'information des parents et de l'enfant est essentielle. Cette méthode simple exige une formation précise des soignants, à la prescription et la surveillance du traitement par morphine, au concept d'auto-analgésie, et au maniement des pompes. © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Thérapie comportementale et cognitive de groupe pour les enfants et les adolescents céphalalgiques.**

ROUSSEAU SALVADOR (C.) / AMOUROUX (R.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2010/03, n° 1, 36-40. 18 réf.

De nombreuses études récentes ont démontré l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant et, plus particulièrement, pour les céphalées. Cet article décrit un programme de TCC de groupe pour les enfants et les adolescents céphalalgiques qui peuvent également présenter des troubles psychologiques associés, tels que les troubles anxieux ou dépressifs.

### **Analgésie autocontrôlée par le patient en pédiatrie : comment fait-on en pratique ?**

FOUSSAT (Christiane) / DELAFOSSE (Chantal) / ARQUES (Isabelle) / GUILLIER (Marion)

*PRATICIEN EN ANESTHESIE REANIMATION (LE)*, 2008/09, n° 4, 266-268, tabl. 11 réf.

Les auteurs font le point sur l'analgésie autocontrôlée chez l'enfant. Lorsque l'enfant (plus de six ans) est bien informé et qu'il est disposé à gérer sa douleur, cette technique est efficace. Pour les enfants de moins de six ans, il faut recourir à la NCA (nurse-controlled analgesia) analgésie contrôlée par l'infirmière. Les points de cet article sont les suivants : -Application de l'administration autocontrôlée de morphine chez l'enfant ; -Intégration de la PCA dans le cadre des protocoles analgésiques ; -Principes de l'analgésie contrôlée par l'infirmière : nurse-controlled analgesia (NCA).

### **Pratiques de l'hypnose chez l'enfant douloureux**

WOOD (C.) / BIOY (A.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2008/03, n° 1, 20-26, tabl. 26 réf.

L'usage de l'hypnose chez les jeunes patients douloureux comporte certaines singularités de pratique. Il s'agit tant d'adapter les techniques à l'enfant de façon individuelle (goûts, centre d'intérêt..) que de situer l'enfant par rapport à son développement psychologique, et cognitif en particulier. Ces techniques, une fois adaptées à l'enfant et à son âge, vont pouvoir être utilisées en douleur aiguë comme en douleur chronique dans une pratique clinique où les aspects relationnels sont importants. Entre autres, le mode de communication qu'instaure l'hypnose est singulier et apparaît comme une "rupture" avec la communication habituelle praticien-soigné. Ce que mobilise l'hypnose, en tant qu'expérience qui prend corps dans une relation, vient progressivement aider l'enfant à se sentir plus actif dans sa prise en charge et à moins subir la douleur, voire à en être soulagé. Les différences d'approche en médecine et en psychologie lorsque l'hypnose est utilisée sont également discutées.

### **L'hypnose, compagnon invisible de l'enfant douloureux**

CUDDY (N.) / COLOMBO (S.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2008/03, n° 1, 48-51, fig, tabl.

L'hypnose permet à l'enfant douloureux d'apprivoiser la douleur et la peur. Il peut ainsi être acteur de son traitement et rendre les soins plus confortables. Les dessins illustrent quelques possibilités pour l'enfant de procéder à un changement grâce à l'hypnose qui facilite ses capacités créatives.

### **Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques**

ANNEQUIN (Daniel)

*REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE*, 2008/01/31, n° 2, 189-195. 7 réf.

Le premier objectif de cette mise au point sur la prise en charge de la douleur de l'enfant, est de repérer, prévenir et traiter les manifestations douloureuses pouvant accompagner les pathologies de l'enfant. Le second est de préciser les médicaments utilisables chez l'enfant selon l'âge, avec les modes d'administration, les indications et les contre-indications.

### **Intérêt de l'homéopathie et de l'ostéopathie pour traiter la douleur du nourrisson et de l'enfant**

CHEREAU LAZDUNSKI (Geneviève)

*SPIRALE*, 2007/06, n° 42, 151-155.

Pédiatre depuis trente ans, le Dr Chereau-Lazdunski soigne des nourrissons et des enfants avec des remèdes homéopathiques. Cette médecine s'adresse au jeune patient dans sa globalité, et permet de le soulager souvent très rapidement et sans effets secondaires. Par ailleurs, très fréquemment elle a recours à l'ostéopathie afin de régler des problèmes d'ordre mécanique à l'origine de symptômes douloureux.

### **Prise en charge de la douleur de l'enfant cancéreux : les méthodes non médicamenteuses**

WOOD (C.) / SAKIROGLU (O.) / CUNIN ROY (C.)

*PSYCHO-ONCOLOGIE*, 2007/06, n° 2, 99-104. 35 réf.

Les approches non médicamenteuses telles que l'acupuncture, l'auriculothérapie, le massage, la relaxation...sont reconnues comme techniques pouvant améliorer et optimiser la prise en charge des douleurs. Parmi elle, l'hypnose a été plus scientifiquement étudiée, et plusieurs études ont montré son efficacité en oncologie pédiatrique.

### **Le toucher-massage : mieux soigner et soulager l'enfant**

PASTUREL (Agnès)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2007/03, n° 205, 29-31. réf. bibl.

Cet article présente les différentes techniques de massage pouvant être utilisées dans l'évaluation de la douleur et son traitement chez l'enfant ainsi que les moments propices et les indications de ce soin.

### **Médicaments de la douleur de l'enfant**

CARITOUX (Lucie)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2007/01, n° 203, 32-33.

Cette fiche, consacrée aux antalgiques chez l'enfant, décrit les trois paliers de la douleur définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les médicaments qui y sont associés. Un tableau présente l'utilisation des antalgiques en fonction de l'âge et du poids de l'enfant et un encadré fait le point sur la tolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

### **De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant**

WOOD (Chantal) / BIOY (Antoine)

*DOULEURS*, 2005/10, vol. 6, n° 5, 284-296, tabl. 69 réf.

Le développement actuel des études portant sur l'imagerie cérébrale appliquée à l'hypnose d'une part et à la douleur d'autre part ne servent pas uniquement à valider l'existence d'un état hypnotique et à ratifier ses effets thérapeutiques. Elles servent également à comprendre d'une part comment l'hypnose agit au niveau cortical, mais aussi à penser autrement les mécanismes de la douleur jusqu'à proposer une définition alternative à celle de l'IASP. Cet article se fait l'écho des connaissances les plus actuelles dans le domaine de l'hypnose et de la douleur, et aborde la question des pratiques cliniques relatives à ces connaissances, et appliquées à la prise en charge de la douleur en pédiatrie.



## **■ Douleur induite par les soins : évaluation et prévention**

### **Ces petits gestes qui font mal : stratégies de gestion ambulatoire de la douleur chez l'enfant.**

REINBERG (O.) / AUGST (M.H.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2014/01, n° 415, 222-226, fig., tabl. 11 réf.

Nous sommes en permanence amenés à effectuer des gestes déplaisants chez nos patients pédiatriques : ponctions, poses de sondes, ablations de fils et de pansements. Qui de nous n'a pas dit au moins une fois : cela ne fait pas mal, arrête de pleurer, soit brave. Comment rendre ces gestes acceptables ? Nous proposons ici d'exposer les stratégies utilisées. Anxiété, stress et douleur sont étroitement liés. Une

explication empathique et adaptée à l'âge de l'enfant contribue à réduire les réponses comportementales à la douleur. En ce sens, la qualité de la relation soignant-soigné influence le ressenti de ce dernier.

### **Prévention de la douleur par le mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) au cours de l'exploration uro-dynamique chez l'enfant.**

CHEMMAM EL KADHI (N.) / DZIRI (C.) / KOUBAA (S.) / MIRI (I.) / LEBIB (S.) / BEN SALAH (F.-Z.)  
*JOURNAL DE READAPTATION MEDICALE*, 2014/06, n° 2, 43-52, fig., tabl. 37 réf.

**OBJECTIF** : Évaluer l'efficacité du MEOPA dans la prévention de la douleur provoquée chez l'enfant au cours des sondages de l'exploration uro-dynamique (EUD), rechercher les limites de cette technique d'analgésie et évaluer la satisfaction de l'équipe médicale et celle de l'enfant. **MATÉRIEL ET MÉTHODES** : Étude ponctuelle effectuée au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'Institut national d'orthopédie, El Kassab, qui a consisté à réaliser, après une approche psychologique et ludique appropriée, des sondages vésicaux et endorectaux sous MEOPA chez 36 enfants âgés de 3 à 16 ans, devant subir une EUD pour instabilité vésicale dans 75 % des cas. **RÉSULTATS** : La technique d'administration de l'analgésique par inhalation a été bien acceptée notamment l'utilisation du masque, bien toléré par près de 92 % des enfants. Près de 78 % d'entre eux se sont auto-administrés le MEOPA. La durée moyenne de l'inhalation a été de  $7 \pm 2,6$  minutes pendant laquelle le masque n'a pas été retiré par 94,5 % des enfants. Malgré une expérience antérieure de sondage vésical douloureux de près de 78 % des enfants, près de 53 % d'entre eux avaient un comportement calme et serein avant l'EUD, ce chiffre est passé à plus de 97 % à la fin de l'EUD. Des effets indésirables ont été observés chez 10 enfants (27,8 %) avec 7 cas de vertige (19,5 %) et 3 cas de somnolence (8,3 %), score 1 de la sédation. Ils se sont rapidement dissipés à l'arrêt de l'inhalation. L'évaluation de la qualité d'analgésie par le MEOPA chez les enfants a objectivé une note moyenne de  $1,1 \pm 2,11$  selon l'échelle des visages ou l'EVA, une note moyenne de  $0,9 \pm 1,37$  par l'équipe médicale et de  $0,8 \pm 1,21$  par les parents suivant l'échelle numérique avec une bonne à moyenne concordance entre les différentes notes. L'équipe médicale a été satisfaite à très satisfaite dans près de 92 % des cas. Le souhait de réutilisation du MEOPA au cours de prochains gestes algogènes a été clairement exprimé par 33 enfants, soit par près de 92 % de l'effectif. **CONCLUSION** : Le MEOPA est un antalgique séduisant pour la prévention de la douleur provoquée par l'EUD chez l'enfant. Facile d'utilisation, il procure une analgésie dans une sédation consciente, associée à une anxiolyse et une amnésie. Sans effet indésirable majeur, il permet d'optimiser l'exploration en favorisant le confort pour l'enfant et ses parents et en offrant de meilleures conditions de travail pour l'équipe médicale.

### **La ludothérapie pour soulager la douleur de l'enfant.**

BRUNET (Sylvie Marie)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2014/03, n° 275, 23-25, fig. 5 réf.

Un support de jeu interactif a été créé pour atténuer le stress des enfants devant subir un geste invasif. Celui-ci fait appel aussi bien aux technologies virtuelles actuelles qu'aux méthodes facilement applicables de l'hypnoanalgésie. Les premiers résultats de son utilisation au Centre hospitalier d'Alès-Cévennes sont très probants.

### **Situations douloureuses et anxiogènes en pédiatrie, des progrès à réaliser.**

CARREZ (Anthony) / FERDINAND STOMP (Céline) / THIBAUT (Pascale)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2013/05, n° 272, 33-38. 9 réf.

Des progrès considérables ont été réalisés pour prévenir et lutter contre les douleurs induites par les soins. Pourtant, des difficultés demeurent encore aujourd'hui pour que soient respectées les recommandations de bonnes pratiques, générant anxiété et vécu traumatisant chez l'enfant. Ces situations interpellent les professionnels de santé et soulèvent de nombreuses questions. Deux enquêtes ont ainsi été menées en 2012 par des étudiants puériculteurs afin d'interroger les situations de soins et d'améliorer les conditions dans lesquelles ces derniers ont été réalisés. Compte-rendu.

### **La kétamine en 2012 : comment l'utiliser pour la douleur provoquée par les soins chez l'enfant ?**

ANNEQUIN (D.)

*ARCHIVES DE PEDIATRIE*, 2012/07, n° 7, 777-779. 15 réf.

Des recommandations nationales de bonne pratique permettent d'utiliser la kétamine à faible dose pour réaliser des soins douloureux quand le mélange oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) est inefficace. Pour réaliser dans de bonnes conditions un geste douloureux, la kétamine à faible dose (titration de bolus intraveineux de 0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît le seul médicament potentiellement utilisable par un médecin formé, sans la présence d'un médecin anesthésiste (Grade A). Avec ces posologies, sans association médicamenteuse, le niveau de sécurité optimal dépend largement de la qualité de l'environnement hospitalier (Grade A). La voie intramusculaire ( $< 4$  mg/kg) est une alternative (si la voie intraveineuse n'est pas facilement disponible), mais le délai de récupération est retardé (Grade B). La prise

en charge optimale étant anesthésique, il est nécessaire de faciliter l'accès au bloc opératoire des enfants devant subir ce type de procédure (accord professionnel). Outre les médecins anesthésistes, ce sont principalement les réanimateurs et les urgentistes pédiatriques qui ont actuellement les compétences médicales requises pour la détection et le traitement des effets indésirables rares mais potentiellement graves (laryngospasme).

### **Traitement des plaies et traumatismes de la main de l'enfant réalisé sous anesthésie locorégionale par écho-repérage et distraction par visionnage d'un film d'animation.**

RABARIN (F.) / LEMARIE (J.) / CESARI (B.) / JEUDY (J.) / SAINT CAST (Y.) / FOUQUE (P.A.) / RAIMBEAU (G.)

*REVUE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE*, 2012/06, n° 4 Supp., S89-S94, phot., tabl. 15 réf.

Les plaies et traumatismes de la main de l'enfant sont fréquents et souvent anxiogènes. Ce contexte de stress rend plus difficile la prise en charge thérapeutique, anesthésique et chirurgicale. Nous proposons une technique associant une anesthésie loco-régionale (ALR) écho-guidée et une distraction par visionnage d'un film d'animation. Lors d'une série prospective de 45 enfants, nous avons évalué la faisabilité d'une telle prise en charge et son impact sur l'anxiété de l'enfant. Quarante enfants ont été inclus et leur anxiété a diminué tant quantitativement que qualitativement tout au long du parcours thérapeutique. La plupart (75 %), a été traité lors d'une hospitalisation de moins de 24heures. Cette technique permet donc une prise en charge adaptée aux traumatismes de la main et diminue l'impact anxiogène du traitement chez l'enfant. © 2012 Elsevier Masson SAS.

### **Douleur de l'enfant, utiliser les mots justes.**

THIBAUT (Pascale)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2012/05-06, n° 266, 33-35. réf. bibl.

Des progrès considérables ont été réalisés ces vingt dernières années pour mieux soulager les jeunes patients et prévenir les douleurs induites par les soins. Le développement de techniques non médicamenteuses (hypnoanalgésie, distraction, succion) a entraîné des modifications dans les pratiques relationnelles des soignants. Pour l'auteur, favoriser l'adaptabilité du soignant à la diversité des situations et poursuivre les recherches concernant les effets de la parole sur l'enfant sont des priorités. Si le choix des mots est primordial, il s'agit aussi d'adopter une attitude calme, d'expliquer à l'enfant ce qui se passe, de reconnaître l'existence de sa douleur, d'identifier les émotions qu'il éprouve en évitant de les induire, de l'informer sur les moyens de prévention et de lui donner de l'espoir quant à la capacité de le soulager.

### **Les méthodes distractives.**

BILLOT (Françoise), coord.

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2012/03, n° 255, 9-21. réf. bibl.

L'utilisation des méthodes distractives fait dorénavant partie intégrante de l'arsenal thérapeutique contre la douleur de l'enfant dans de nombreux services pédiatriques. Ce dossier décrit les spécificités et l'intérêt de différentes méthodes non médicamenteuses avant de présenter certaines approches mises en oeuvre par des équipes hospitalières : - Des stimuli sensoriels pour détourner l'attention de l'enfant au centre hospitalier de Sarrebourg (57). - L'expérience distractive aux urgences pédiatriques du centre hospitalier régional universitaire de Besançon (25). - L'intervention de clowns de l'association Le Rire médecin à l'hôpital d'enfants de Brabois à Nancy (54).

### **A vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins.**

GALLAND (Françoise)

TRACOU (Antoine), réal.

2011

Distraire un enfant pendant un soin douloureux ou inquiétant est un moyen efficace pour diminuer la douleur. En effet, peur et douleur sont intimement liées et pour soulager un enfant, les moyens médicamenteux ne suffisent pas toujours. Il faut agir à la fois sur la composante sensorielle et émotionnelle de la douleur. Distraire, ce n'est pas simplement chanter ou raconter une histoire, c'est aussi se rendre disponible pour entrer en relation avec l'enfant, capter son attention et l'attirer vers quelque chose de positif. Certaines équipes pédiatriques se sont investies dans cette démarche avec succès et ont réussi à l'inscrire de façon durable et partagée par l'ensemble de l'équipe pour que tous les enfants puissent en bénéficier. Sur la base de leur expérience, ce DVD encouragera et aidera les équipes qui souhaitent s'investir dans cette approche du soin. Tout en repérant les éventuelles difficultés, il leur permettra de s'inspirer d'idées innovantes, efficaces et reproductibles. Le film et les bonus présentent les expériences de quatre services très différents par leurs activités et par leur taille. Des interviews d'experts dans le domaine de la douleur ou de la psychologie de l'enfant, complètent et enrichissent le propos.

Cote : MED 6.3 GAL

### Utilisation de la kétamine pour la douleur provoquée chez l'enfant.

ANNEQUIN (D.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2010/03, n° 1, 8-13. 32 réf.

Les premières recommandations françaises de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) de bonne pratique pour la réalisation de soins et d'actes douloureux chez l'enfant ont été finalisées en 2009; il n'existait pas jusqu'alors en France, de recommandations permettant de faire bénéficier les enfants d'une sédation-analgésie plus puissante que le mélange équimoléculaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA), dont l'efficacité est inconstante. Pour effectuer dans de bonnes conditions un geste douloureux, la kétamine à faible dose (titration de bolus intraveineux [i.v.] de 0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît comme étant le seul médicament potentiellement utilisable par un médecin formé, sans la présence d'un médecin anesthésiste. Avec ces posologies, sans association médicamenteuse, le niveau de sécurité optimal dépend largement de la qualité de l'environnement hospitalier. La voie intramusculaire (i.m.) (< 4 mg/kg) est une alternative (si la voie intraveineuse n'est pas facilement disponible), mais le délai de récupération est retardé.

### Le MEOPA en unité de réanimation infantile.

WITASSE (Alain)

RUBINSZTAJN (Robert) Collab.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.-H.P.). Paris. FRA

2010

Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) a permis d'améliorer notablement la prise en charge de la douleur liée au soin chez l'enfant. Dans l'unité de réanimation infantile de l'hôpital Raymond Poincaré, son emploi a été systématisé chez l'enfant ventilé, en ventilation invasive comme en ventilation non invasive. Depuis plus d'un an, son utilisation chez l'enfant ventilé permet de réaliser des procédures douloureuses, parfois longues, dans d'excellentes conditions et sans complication. Ce film présente les différentes techniques d'utilisation du MEOPA dans le contexte de cette unité de Réanimation Infantile. Il s'adresse aux professionnels de santé.

Cote : MED 6.3 WIT

### Approche psychologique du vécu subjectif d'un enfant soumis à des douleurs iatrogènes

LENGLET (F.) / LECLERC (J.) / SERRA (E.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2008/06, n° 2, 109-112, fig. 11 réf.

Le dessin et les propos d'un enfant régulièrement hospitalisé dans un service d'oncologie viennent questionner son vécu subjectif dans le contexte d'une relation soignant-soigné, alors que l'enfant est soumis à des douleurs iatrogènes. L'analyse de ce vécu révèle qu'en l'absence d'un sentiment d'alliance clairement noué entre l'enfant et le soignant contre la douleur et la maladie, les douleurs iatrogènes viendront alimenter une fantasmagorie sadomasochiste. Dans cette fantasmagorie, l'enfant se sentirait psychologiquement contraint de se soumettre, sous la menace d'une douleur vécue comme une sanction, à l'emprise exercée par un soignant devenu menaçant, et cela en inhibant toute expression d'une vie psychique qui serait le témoin de son altérité. L'inhibition massive observée alors donne un tableau clinique comparable à celui que décrit l'atonie psychomotrice.

### Le mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote

EVARD (Franck) / RONGERE (Marie-Françoise)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2007/02, n° 204, 35-36.

Cette fiche s'attache à formaliser les bonnes pratiques concernant l'utilisation du mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote (Méopa). En effet, l'absence d'une réglementation en la matière limite l'administration de ce gaz antalgique à l'application d'un protocole de soin validé par service.

### Soins et examens douloureux : comment aider votre bébé ?

GALLAND (Françoise) / HERRENSCHMIDT (Sandrine) / BIRAN (Valérie)

ANNEQUIN (Daniel), collab. / BEZANGER (Martine), collab. / BICHERON (Françoise), collab. / et al.

Paris : Sparadrap, 2007, 19p., ill.

Tests à la maternité, vaccination, prise de sang... Dès ses premiers jours, votre bébé peut faire l'expérience de la douleur lors d'un soin ou d'un examen. Ce livret donne des informations et des conseils pour aider votre bébé en complément des moyens utilisés par les professionnels.

Cote : MED 6.3 GAL



## **L'utilisation des moyens de prévention de la douleur**

SOHET (Elisabeth) / THIBAUT (Pascale)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2006/12, n° 233, 39-43. réf. bibl.

Les moyens de prévention de la douleur lors d'un soin invasif sont aujourd'hui connus. Néanmoins, les pratiques diffèrent d'une équipe à l'autre, et parfois même au sein d'un même service, ce qui ne garantit pas à tous les enfants une prévention de la douleur en rapport avec les recommandations de bonnes pratiques actuelles. Les résultats d'une enquête dans six services d'urgences médicales pédiatriques permettent de mesurer les progrès réalisés dans ce domaine, ainsi que les écarts et difficultés qui demeurent.

## **Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, sanguines et osseuses chez l'enfant atteint de cancer (rapport abrégé) : recommandations pour la pratique clinique**

SCHMITT (Claudine) / THEOBALD (Serge) / FABRE (Nicolas) / et al.

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2006, vol. 19, n° 1-2, 29-36. réf. bibl.

Le programme "Standards, Options et Recommandations" (SOR) en cancérologie a été initié par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) en 1993. Ces recommandations pour la pratique clinique visent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer. L'objectif de la présente étude est : - d'établir, sur la base d'une revue de la littérature et de l'accord d'experts, des recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'enfant atteint de cancer ; - de déterminer les règles de prise en charge des douleurs immédiates provoquées lors des ponctions sanguines, lombaires ou osseuses chez l'enfant atteint de cancer. La recherche bibliographique a porté sur les synthèses méthodiques, les recommandations existantes, les essais randomisés contrôlés et non randomisés de la base de données Medline entre 1966 et 2004. Une veille uniquement sur les études contrôlées parues en 2005 a été effectuée.

## **"Kalinox", 4 ans de pratique hospitalière chez l'enfant et l'adulte**

RICARD HIBON (A.) / MANTZ (J.) / STEIB (A.) / et al.

AUBRUN (F.), introd.

*DOULEURS*, 2005/09, vol. 6, n° 4 Cah.1, 3S3-3S30. réf. bibl.

Numéro spécial consacré au MEOPA et son utilisation chez l'enfant mais aussi le vieillard

## **Fiche prévention de la douleur. 6/6. Récapitulatif des mesures de prise en charge de la douleur lors des soins**

LOMBART (Bénédicte) / THIBAUT (Pascale)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2005/08, n° 225, 44-46.

Lors des soins, chaque soignant peut avoir une action individuelle privilégiée pour prévenir la douleur chez l'enfant. De nombreux éléments concourent à cette prévention : organisation du soin, anticipation de la douleur, maîtrise du geste, technique analgésique. Cet article récapitule les moyens de prévention de la douleur iatrogène et propose une synthèse des méthodes antalgiques applicables en fonction du geste technique effectué.

## **Soins infirmiers et douleur en pédiatrie**

ROSINE (Claudine) / VASSEUR PIGNE (Patricia)

*SOINS PEDIATRIE PUERICULTURE*, 2002/02, n° 204, 39-41.

Soigner, dans l'idéal de toute infirmière, c'est participer à la guérison, panser les blessures, éduquer, prévenir et soulager la souffrance et la douleur. Mais dans le quotidien infirmier, la réalité est tout autre, en particulier auprès des enfants. Le soin peut provoquer peur, cris, pleurs, angoisse et stress. Comment évaluer et mieux prendre en charge la douleur induite par les soins infirmiers ?



## **■ La douleur en néonatalogie**

### **Prise en charge d'un « bébé collodion » en soins intensifs de néonatalogie.**

LESAGE (Émilie) / RENAUD (Gwenaëlle)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2014/06-07, n° 278, 35-38.

Une équipe de soins intensifs de néonatalogie a été confrontée à la douleur engendrée par des soins de nursing lourds et répétitifs à un enfant présentant un « collodion ». Une réflexion d'équipe et une prise en charge pluridisciplinaire ont entraîné une amélioration des pratiques et un soulagement efficace de la douleur. Cet accompagnement a permis à l'enfant d'entrer en interaction avec son entourage et a favorisé le lien parent/enfant.

### **Douleurs et sensorialité du nouveau-né**

ROULLIER (Bertrand)

*SPIRALE*, 2007/06, n° 42, 49-61. réf. 1p.

L'auteur fait part de son expérience de pédiatre libéral puis hospitalier. Il vise à se placer dans une perspective faisant référence à Janusz Korczak, à partir du point de vue supposé de l'enfant. Celui-ci perçoit la douleur par le canal des différents sens (sensorialité), cette perception, si elle est négative, peut alors être assimilée à une douleur. Le propos est de susciter des pistes d'études, de réflexions pluridisciplinaires.

### **La douleur foetale**

MAHIEU CAPUTO (D.)

*JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*, 2005/06, vol. 18, n° 3, 120-126. 30 réf.

Une réflexion sur la douleur est devenue indispensable en médecine foetale : comment concevoir en effet qu'un fœtus de 30 SA ne reçoive aucune analgésie lors de la pose d'un cathéter thoracique, quand le même geste réalisé après la naissance chez un prématuré, même extrêmement jeune, est entouré de toute l'attention des réanimateurs ? Il y a là un paradoxe inacceptable. En fait, la démonstration de la perception douloureuse est particulièrement difficile chez le fœtus. L'auteur présente les bases anatomiques et physiologiques de la sensibilité foetale à la douleur, puis une approche clinique de la douleur foetale, les conséquences à long terme de la douleur périnatale, et enfin, la prise en charge de la douleur foetale.

### **Prévenir et traiter la douleur du nouveau-né**

MENAGER (Aurore)

*VOCATION SAGE-FEMME*, 2005/03, n° 30, 30-31, tabl. 4 réf.

La douleur aiguë du nouveau-né doit rester une préoccupation constante pour le personnel soignant de maternité. De ce fait, il semble nécessaire à tout soignant de connaître les différents outils d'évaluation de la douleur et de maîtriser les nombreux traitements qui sont à leur portée.

### **Prise en charge de la douleur en réanimation pédiatrique, in : Journée des infirmier(e)s de réanimation 2000 : journée commune SFAR - SFISI : 42e congrès national d'anesthésie et de réanimation**

GERMAIN (D.) / GRANRY (J.-C.) / DUMOND (N.) / ROD (B.)

Paris : Elsevier, 2000, 43-55. 30 réf.

La douleur aiguë ressentie par l'enfant en milieu de réanimation est, comme chez l'adulte, à la fois physique et morale. La douleur aiguë dite "physique" est le plus souvent non prévisible quand elle est liée à la maladie ou à son évolution, mais elle est tout à fait prévisible lorsque le patient subit des actes thérapeutiques ou diagnostiques. La douleur que l'on fait à l'autre est la seule dont on soit certain. C'est vis-à-vis de cette dernière que le médecin réanimateur se doit d'être efficace. Cette prise en charge ne peut se limiter à la seule dimension physique. Il est nécessaire de prendre en compte les aspects psychiques de la douleur, avec toutes ses particularités liées à l'âge de l'enfant.

Cote : MED 4.18 SOC

### **Le Sucredoux, ou saccharose à visée antalgique en néonatalogie**

LECHIEN (Cécile)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2000/01-02, n° 192, 36-39

Le service de néonatalogie du Centre hospitalier de Pontoise (Val d'Oise) a introduit l'utilisation du Sucredoux lors des soins répétés engendrant des douleurs iatrogènes, notamment ceux qui ne peuvent bénéficier de l'application de crème anesthésiante, type Emla. Une grille d'observation de l'enfant et un protocole d'utilisation du sirop à visée antalgique permettent de personnaliser le soin. Cette nouvelle méthode a obligé l'équipe à repenser le rôle propre infirmier et à s'interroger sur les traces mnésiques que laissera éventuellement l'absorption de sucre chez ces nourrissons



## ■ La douleur de l'enfant aux urgences

### **Recommandations formalisées d'experts. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Pédiatrie : quelle sédation et analgésie chez l'enfant en ventilation spontanée ?**

CHERON (G.)

Société française d'anesthésie et de réanimation. (S.F.A.R.). Paris. FRA/Société française de médecine d'urgence. (S.F.M.U). Paris. FRA

*ANNALES FRANCAISES D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION*, 2012/04, n° 4, 369-376, tabl. 102 réf.

Ressentie par l'enfant dès la naissance, la douleur est l'une des raisons les plus fréquentes de consultation aux urgences, qu'elle tienne à un motif chirurgical (traumatologie, orthopédie infectieuse), potentiellement chirurgical (douleurs abdominales), ou médical (céphalées, crises vaso-occlusives des drépanocytaires, paraphimosis...). Parmi les consultants en urgence, 10 à 20 % des enfants ont un acte invasif douloureux (ponction lombaire, ponctions veineuses). Au total, plus d'un enfant sur deux est concerné. Elle est insuffisamment prise en charge et traitée dans les services d'urgences, et les enfants sont moins traités que les adultes, notamment les plus jeunes. Ces réticences tiennent entre autres à un manque de formation médicale, une compétence insuffisante dans le maniement des antalgiques, sédatifs, anxiolytiques et/ou la prise en charge des effets secondaires potentiels de ces molécules, à l'absence de protocoles. Enfin les facteurs constitutifs de la douleur ne sont pas tous objectifs. Les motifs d'anxiété sont nombreux : peur de ce qui va être fait, de la séparation des parents, de la douleur, du sang, de la mort, de la mutilation. Cette anxiété s'exprime de la même manière que la douleur, elle en amplifie les manifestations et génère une sensation de mal-être, source d'une mémorisation négative du vécu du passage aux urgences. Des mesures générales, des topiques locaux, la pharmacopée des antalgiques et des anesthésiques permettent, grâce à des procédures préétablies, de prendre en charge tant de manière préventive que curative tout type de douleur aux urgences pédiatriques. (Introduction). © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

### **Prise en charge de la douleur des enfants drépanocytaires aux urgences : recommandations et état des lieux dans le Réseau Mère-Enfant de la francophonie.**

ANGOULVANT (F.) / REDANT (S.) / HOLVOET (L.) / et al.

*REANIMATION*, 2011/11, n° 6, 516-524, tabl., fig. 43 réf.

La drépanocytose est une pathologie fréquente en France, et les douleurs survenant lors des crises vaso-occlusives (CVO) sont un des principaux motifs de consultation aux services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), notamment en pédiatrie. La prise en charge de la douleur chez l'enfant drépanocytaire au SAU doit suivre les recommandations nationales mises à jour en janvier 2010 par la Haute Autorité de santé. L'identification rapide de ces patients et l'évaluation de la douleur par des échelles adaptées sont des étapes indispensables à cette prise en charge. Le traitement médicamenteux fait appel aux antalgiques de paliers 1 (paracétamol, ibuprofène) et 2 (codéine, nalbuphine) et rapidement si les douleurs sont sévères à de la morphine notamment en autoadministration continue au pousse-seringue (PCA), en assurant une hydratation suffisante et une prise en charge des effets secondaires des morphiniques. Un bilan biologique comprenant hémogramme et réticulocytes est souvent nécessaire. La drépanocytose est une pathologie caractérisée par la survenue de complications sévères telles que: accident vasculaire cérébral, syndrome thoracique aigu, infection bactérienne sévère et anémie aiguë; aussi, une surveillance attentive de ces patients est indispensable. Les patients drépanocytaires doivent être suivis en collaboration avec des centres de références spécialisés. Une étude internationale des pratiques réalisée au sein du Réseau Mère-Enfant de la francophonie (RMEF) révèle une large utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et de la morphine en cas de CVO avec douleurs sévères chez l'enfant. En revanche, le mode d'administration de la morphine par PCA n'est pas encore employé dans tous les centres. (R.A.) Copyright © 2011, Société de réanimation de langue française (SRLF) and Springer-Verlag France.

### **L'évaluation de la douleur de l'enfant par l'infirmière organisatrice de l'accueil aux urgences.**

VELLY (Corinne) / CARON (Anne) / GENEAU (Aline) / et al.

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2011/01-02, vol. , n° 258, 34-36. 7 réf.

L'évaluation de la douleur de l'enfant par l'infirmière organisatrice de l'accueil, aux urgences pédiatriques, est un critère indispensable à une prise en charge de qualité. L'étude des pratiques professionnelles, réalisée à l'hôpital Armand-Trousseau (Paris, AP-HP), met en évidence une évaluation de la douleur effective mais insuffisamment formalisée au regard d'une échelle et d'une cotation chiffrée.

### **Les défis des urgences pédiatriques**

MERCIER (Jean-Christophe) / AUREL (Marie) / DIEPENDAELE (Jean-François) / et al.  
DOUALLY (Yva), coor.

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2010/01-02, n° 252, 15-35. réf. 1p.

Depuis une dizaine d'années, on constate une augmentation du recours aux urgences pédiatriques y compris pour des pathologies bénignes, avec un pic de fréquence concernant les nouveau-nés. Dans un premier temps, ce dossier s'attache à définir ce qu'est une urgence en pédiatrie puis il présente l'organisation française des soins d'urgence pour les enfants, insistant sur le rôle de l'infirmier organisateur de l'accueil et du tri des patients. Dans un second temps, les auteurs abordent les différentes techniques analgésiques utilisables lors des gestes douloureux, notamment en cas de traumatisme ostéo-articulaire, particulièrement fréquent dans ces tranches d'âge. Certains de ces traumatismes posent aux équipes la question de leur origine, orientant alors la prise en charge vers une urgence médico-judiciaire. Il s'agit là d'une dimension particulière qui confronte les équipes soignantes à la violence et aux rapports conflictuels entre parents et enfants. Ainsi, on mesure mieux l'enjeu que représente la mission d'accueil des services d'urgence, tout en assurant la qualité et la sécurité des soins.

### **Prévenir l'anxiété et la douleur de l'enfant aux urgences pédiatriques**

THIBAUT WANQUET (Pascale) / PENHOUE (Brigitte) / MOREAUX (Thierry)

*REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2009/03, n° 148, 32-33. 4 réf.

La fréquentation des urgences pédiatriques est une expérience partagée par de nombreux enfants avec des motifs de consultation et un caractère de gravité ou d'urgence extrêmement variables. Cherchant à apaiser l'anxiété et les douleurs induites par ces situations, les professionnels développent des approches originales.

### **Evaluation et prise en charge de la douleur provoquée aux urgences, in : Journées des infirmier(e)s anesthésistes et d'urgence 2003 : 45e congrès national d'anesthésie et de réanimation**

GALL (O.) / LOMBART (B.)

Paris : Elsevier, 2003, 213-217. 7 réf.

La douleur est un motif fréquent de consultation aux urgences pédiatriques. Bien souvent, ce que les enfants redoutent le plus, ce ne sont pas les douleurs de la maladie elle-même mais les douleurs provoquées par les soins. Commentaires.

Cote : MED 4.18 MEI



## **■ Maladies graves et fin de vie**

### **Efficacité des emplâtres de lidocaïne 5 % sur les douleurs des crises vaso-occlusives chez l'enfant drépanocytaire.**

RASOLOFO (J.) / PONCELET (M.) / ROUSSEAU (V.) / MAREC BERARD (P.)

*ARCHIVES DE PEDIATRIE*, 2013/07, n° 7, 762-767.

Les douleurs liées aux crises vaso-occlusives restent le principal motif d'hospitalisation chez l'enfant drépanocytaire et sont souvent difficiles à soulager malgré des traitements antalgiques de pallier 2 ou 3. Des études récentes évoquent la possibilité d'une composante neuropathique à ces douleurs. L'emplâtre de lidocaïne est un analgésique topique indiqué dans la douleur neuropathique chez l'adulte et qui n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) chez l'enfant. Notre étude rapporte les observations de 6 sujets drépanocytaires âgés de 6 à 18 ans, hospitalisés pour crise vaso-occlusive, chez lesquels l'utilisation de patches de lidocaïne 5 % s'est révélée efficace et bien tolérée sur des douleurs superficielles réfractaires aux traitements antalgiques habituels. Ces observations ont conduit à la mise en place d'un essai clinique de phase II qui est en cours.

### **L'hypnose et le Toucher-Massage® pour soulager la douleur en fin de vie.**

BIOY (Antoine) / MOREAUX (Thierry) / PASTUREL (Agnès) / et al.

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2011/09-10, vol. , n° 262, 35-38. 14 réf.

La prise en charge de la douleur en soins palliatifs demande une expertise particulière. Les méthodes dites complémentaires, comme l'hypnose ou le Toucher-Massage®, agissent non seulement sur la prévention et

le traitement de la douleur mais permettent également un accompagnement global de l'enfant, en lui procurant un meilleur confort physique et psychique. Bien plus que des techniques, l'hypnose et le Toucher-Massage® constituent de réelles manières de penser l'acte infirmier, axées sur l'humain et son évolution, jusqu'aux derniers instants.

### **Que faire en cas d'abstention de traitements actifs ?**

BEAUFILS (François) / DE DREUZY (Pascaline)

LAENNEC, 2009, n° 4, 47-51. 5 réf.

Pédiatre réanimateur, François Beaufiles analyse la difficulté qu'éprouvent de nombreuses équipes médicales à anticiper les situations de fin de vie. Pourtant, renoncer à traiter activement une maladie n'est pas renoncer à soigner un malade, comme le montre en contrepoint Pascaline de Dreuzy, pédiatre au sein d'une Equipe mobile de soins palliatifs. (Cet article fait partie des actes du colloque du 7 mars 2009 intitulé "Décision médicale et réanimation. Evolution des recommandations et des pratiques").

### **Les douleurs liées au cancer chez l'enfant**

ORBACH (D.) / SCHMITT (Claudine) / SAKIROGLU (Oya) / et al.

DOULEURS, 2007/04, n° 2, 81-89. 8 réf.

Cet article fait le point sur les douleurs associées directement au cancer lui-même chez l'enfant que ce soit lors du diagnostic ou en fin de vie et propose des actions thérapeutiques adaptées à ces situations s'inspirant des données de la littérature et de l'expérience au quotidien dans la prise en charge des enfants atteints de tumeurs malignes.

### **Dossier : vivre avec la drépanocytose : une maladie de la douleur**

GERVAISE (Sylvie) / ADJAOUD (Dalila) / TCHERNIA (Gilbert) / et al.

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2007/02, n° 234, 15-37. réf. bibl.

La drépanocytose est une maladie génétique due à la mutation d'un acide aminé de l'hémoglobine. Fréquente en Afrique, sur le pourtour du bassin méditerranéen, au Moyen-Orient et en Inde, elle touche chaque année, en France, près de 300 enfants. Potentiellement grave, elle se manifeste habituellement par des douleurs, une anémie et la survenue d'infections, induisant des répercussions physiques mais aussi familiales, scolaires, sociales et économiques. Introduit par un article précisant la physiopathologie et le traitement de l'affection, ce dossier envisage ensuite le rôle des soignants face aux douleurs de l'enfant drépanocytaire avant d'aborder son accompagnement psychologique puis la prise en charge sociale des familles touchées par la maladie.



## **■ La douleur chez l'enfant brûlé**

### **Prise en charge de la douleur chez les enfants brûlés.**

RICHARD (P.) / BACH (C.) / CONSTANT (I.)

ARCHIVES DE PEDIATRIE, 2010/06, n° 6, 879-880. 9 réf.

La brûlure de l'enfant est fréquente et potentiellement source de séquelles physiques et psychologiques. Cet article aborde les aspects suivants : antalgiques, pansements, attention, émotions, mémorisation, vécu, dépression, conditionnement, sommeil.

### **Prise en charge ambulatoire des brûlures limitées chez l'enfant**

GUERO (Stéphane)

PRATIQUES DU SOIGNANT, 2005/07-09, n° 7, 74-76. 3 réf.

Lorsque l'étendue et la profondeur de la brûlure ne mettent pas en jeu le pronostic vital, l'enfant victime de brûlure peut être maintenu à domicile. L'infirmière est alors amenée à collaborer avec le médecin traitant et/ou le spécialiste pour assurer les pansements et le suivi de l'enfant. Cette mission impose une prise en charge globale intégrant une hygiène rigoureuse, la maîtrise des techniques de pansements, le souci de lutter contre la douleur et une écoute attentive de l'enfant et de ses parents.

### **Prendre en charge la douleur chez les enfants brûlés**

GALL (Olivier)

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2004/10, n° 220, 21-24, 6 réf.

Le traitement de la douleur chez les enfants brûlés doit s'intégrer dans une démarche globale de soins, propre à créer un environnement stimulant pour la guérison. La brûlure engendre un "fond douloureux" sur

lequel viennent se greffer les douleurs provoquées par les soins, les mouvements et la rééducation. Ces diverses formes sont évaluées et traitées différemment, une attention particulière étant portée à la prévention des phénomènes de mémorisation algique, facteurs de chronicisation et de souffrance psychique.

### **Les brûlures, quels soins ?**

RAME (Alain), coor.

*AIDE SOIGNANTE (L')*, 2002/01, n° 33, 9-21.

Ce dossier explore différents aspects de la prise en charge des brûlures. Après un article synthétisant les généralités sur les brûlures, il envisage la problématique des brûlures graves, les soins apportés par l'aide-soignant auprès d'enfants brûlés, mais aussi les difficultés de cicatrisation et la prise en charge de la douleur lorsque les médicaments habituelles restent sans effet. Pour conclure, un schéma du corps humain permet, selon la règle des 9 de Wallace, de calculer la surface corporelle atteinte.



## **■ La douleur chez l'enfant handicapé**

### **Un GCMS pour optimiser la prise en charge de jeunes personnes polyhandicapées. Des apports croisés sur l'évaluation et le traitement de la douleur.**

BOUTRY (K.) / DE BLOCK (C.) / DEGAND (I.) / et al.

*SOCIOGRAPHE (LE)*, 2014/06, n° 46, 113-119.

Afin d'améliorer la prise en charge d'enfants en situation de polyhandicap, trois structures spécialisées mutualisent leurs compétences dans le cadre d'un GCMS (Groupement de coopération médico-social) baptisé Polycap. Une commission "douleur" inter-établissements a ainsi vu le jour pour mettre sur pied un protocole commun relatif à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur chez les personnes accueillies.

### **Douleur et handicap de l'enfant.**

BEUCHER (A.)

*MOTRICITE CEREbraLE. READAPTATION. NEUROLOGIE DU DEVELOPPEMENT*, 2012/09, n° 3, 97-100.

Depuis que l'Homme est homme, la question de la souffrance, de la douleur physique, morale, psychique se pose à lui : pourquoi ? Pour quoi faire ? La douleur a-t-elle un sens ? Dans notre culture chrétienne des siècles passés, la souffrance était dite salvatrice. Que la maladie, la douleur, la souffrance soient d'origine naturelle, mesurables, soignables et doivent être combattues est une idée récente peu à peu élaborée, à partir seulement de la fin du XIXe siècle. Pendant longtemps, les justifications n'ont pas manqué pour ignorer la souffrance de l'enfant et a fortiori du nouveau-né. La conséquence de ce déni de la douleur était la réalisation de soins sans aucune précaution, sans la moindre anesthésie. Désormais, prendre en charge la douleur du nouveau-né et du prématuré est devenu incontournable. Si la douleur a été niée chez le nouveau-né, encore plus le prématuré, elle l'était (et l'est encore parfois) également chez l'enfant handicapé. Les expressions cliniques, de cette douleur, sont souvent trompeuses, incomprises, ignorées notamment chez les enfants lourdement handicapés en particulier ceux présentant un polyhandicap.

### **La douleur chez l'enfant polyhandicapé : causes, facteurs de risques, in : Expériences en ergothérapie : vingtième série**

VERBOIS (J.M.)

Montpellier : Sauramps Médical, 2007, 233-239, fig. 21 réf.

Le risque douloureux de l'enfant polyhandicapé est élevé. C'est un enfant fragile au seuil douloureux bas. Les causes de douleurs sont multiples. Afin de permettre une meilleure prise en charge sur le plan curatif et préventif, il est nécessaire d'effectuer un diagnostic positif. Dans cet article, l'auteur évoque les traumatismes (l'enraidissement des articulations, la scoliose...) pouvant provoquer des douleurs chez l'enfant et invite le professionnel à effectuer rapidement une radiographie lorsque le traumatisme est localisé.

Cote : MED 6.6.2 IZA

### **3ème journée du polyhandicap de l'enfant et de l'adulte : appréhension et prise en charge de la douleur chez l'enfant et l'adulte polyhandicapés : 26 septembre 2002**

DENORMANDIE (Philippe), éd. / COMMARE (Marie-Christine), éd. / QUENTIN (Véronique)

Paris : AP-HP, 2003, 68p. 10 réf.

Les difficultés d'identification et d'évaluation de la douleur chez la personne polyhandicapées forment des obstacles majeurs à sa prise en charge. Une personne polyhandicapée parle avec son corps. Le langage infraverbal n'est pas universel et certains signes directs de la douleur sont masqués. Une évaluation individuelle la plus fine et la plus précise possible est nécessaire. La première partie de ce document est consacrée aux outils d'évaluation permettant d'établir, apprécier l'intensité de la douleur, déterminer les moyens antalgiques nécessaires, évaluer leur efficacité et enfin adapter le traitement. La seconde partie aborde le traitement médical de la douleur : suppression des causes de la douleur et utilisation des traitements antalgiques. Les moyens non pharmacologiques sont aussi à utiliser, et il faut savoir prévenir les douleurs prévisibles. Enfin, la prévention et le traitement de la souffrance sont l'affaire de tous les accompagnateurs de la personne handicapée : une prise en charge globale aide à mieux connaître la personne, distinguer les réactions habituelles et douloureuses.

Cote : SAN 5.5 DEN

## **La prise en charge de la douleur de l'enfant polyhandicapé**

CONSTANT (Cristelle)

*SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE*, 2001/06, n° 200, 42-44.

Cet écrit, réalisé dans le cadre d'un travail de fin d'études infirmières, présente les résultats d'une enquête sur la prise en charge de l'enfant polyhandicapé douloureux.



## **■ La douleur en chirurgie**

### **Stratégie pour l'analgésie postopératoire de l'enfant.**

LEJUS (C.) / BRISARD (L.) / MAGNE (C.)

E.M.C. Anesthésie-Réanimation : Tome 2. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013, 36-396-C-10, 11p., tabl. 106 réf.

Si la douleur postopératoire a longtemps été sous-estimée en pédiatrie, l'actuel arsenal thérapeutique disponible chez l'enfant est pratiquement aussi large que chez l'adulte. La stratégie multimodale privilégie l'anesthésie locorégionale du fait d'une efficacité supérieure et d'un effet favorable sur la réhabilitation postopératoire et l'incidence des nausées et vomissements. Les modalités de l'analgésie sont établies dès la consultation d'anesthésie. En raison d'une grande variabilité interindividuelle, l'évaluation de la douleur à l'aide de scores adaptés à l'âge de l'enfant reste indispensable pour adapter le traitement si nécessaire. En chirurgie ambulatoire, les ordonnances d'antalgiques remises en consultation d'anesthésie doivent anticiper la levée des blocs sensitifs et inciter les parents à l'administration systématique selon la durée prévisible de la douleur postopératoire en fonction de la chirurgie, en particulier après amygdalotomie, responsable d'un inconfort très prolongé. La meilleure voie d'administration du paracétamol est orale. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) permettent une épargne morphinique supérieure mais leur prescription doit tenir compte du terrain et des effets indésirables potentiels. Le métabolisme de la codéine, prodrogue de la morphine, est affecté par un polymorphisme génétique, ce qui peut conduire à son inefficacité ou à un surdosage important. La nalbuphine, largement utilisée du fait de la facilité d'administration, est insuffisante en cas de chirurgies majeures, qui justifient en l'absence d'anesthésie locorégionale le recours à la morphine par voie intraveineuse. Les personnels chargés de la surveillance de l'analgésie, qu'elle soit locorégionale ou systémiques, doivent être formés à la prévention et au traitement des effets indésirables.

### **Prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant en chirurgie pédiatrique, in : Les tumeurs osseuses de l'enfant : de la prise en charge au vécu**

DOHIN (B.) / WEIL (D.) / ALLAMAND (P.) / ROUBIN (F.) / BONARDI (J.M.) / NAVEAU (C.) / BLAIZOT (M.A.) / BOUE (M.)

Montpellier : Sauramps médical, 2001, 161-187.

La prise en compte de la douleur aiguë chez l'enfant doit être une priorité dans l'action thérapeutique vis-à-vis des pathologies aiguës de l'enfant. L'efficacité en matière de douleur dépend de la volonté de l'équipe soignante dans son ensemble et de la sommation des actions individuelles des différents membres de l'équipe. L'objet de cette réflexion a été de définir des règles communes à l'ensemble des protagonistes et des règles spécifiques à chaque intervenant. Les thérapeutiques médicamenteuses, les mesures associées non médicamenteuses, les procédures d'évaluation et de surveillance du traitement, les échelles d'évaluation sont les principaux points de cet article.

Cote : MED 4.21 DOH

### **La prise en charge périopératoire de la douleur chez l'enfant**

FIEZ (Nadine)

*INTER BLOC*, 2001/06, vol. 20, n° 2, 115-119.

Depuis une dizaine d'années, la prise en charge de la douleur périopératoire est devenue une préoccupation de tous les soignants. Ils ont pris conscience que les thérapeutiques antalgiques ne répondaient pas totalement aux besoins de l'enfant, l'approche relationnelle étant tout aussi indispensable. Il convient de garder à l'esprit le décalage permanent qui existe entre notre perception et celle de l'enfant ou de sa famille. Une stratégie d'accueil doit donc être mise en place et, bien en amont de l'acte opératoire.

### **Un nouvel instrument pour mesurer la détresse d'un enfant opéré**

TOURIGNY (Jocelyne)

*INFIRMIERE DU QUEBEC*, 2000/11-12, vol.8, n°2, 18-29.

Notant l'absence d'un instrument en français pouvant mesurer les comportements de détresse d'enfants opérés en chirurgie d'un jour, et après avoir fait une recension exhaustive des écrits sur le sujet, l'auteur a élaboré un instrument pour mesurer le niveau de détresse de ces enfants. La version de 1999 de l'Echelle descriptive des comportements de l'enfant opéré (EDCEO) est une grille d'observation visant à mesurer à la fois l'anxiété, la peur et la douleur d'enfants de trois à dix ans, au cours de la journée de la chirurgie. L'auteur décrit cet instrument et ses différentes composantes ainsi que les étapes de sa validation. Des suggestions concernant son utilisation en clinique et en recherche sont également présentées.

### **Prise en charge de la douleur périopératoire chez l'enfant**

BOURBIGOT (Marie-Pierre) / POLARD (Isabelle) / CHAUMONT (André)

*OXYMAG*, 2000/11-12, n° 55, 8-13.

Quatre volets constituent cet écrit : l'évaluation de la douleur chez l'enfant, principalement basée sur l'observation des modifications physiques ou comportementales ; les antalgiques et leurs modalités d'administration en fonction des paliers de l'OMS ; les autres techniques médicamenteuses et non médicamenteuses ; les anesthésies loco-régionales.



## **■ La douleur induite par diverses pathologies**

### **Syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) chez l'enfant, que nous dit la littérature ?**

LASSAUGE (F.)

*MEDECINE PHYSIQUE & READAPTATION - LA LETTRE*, 2013/03, n° 1, 45-49. 45 réf.

L'auteur propose une revue de la littérature dans le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) chez l'enfant et l'adolescent afin de permettre une information récente sur les particularités de ce syndrome chez l'enfant et l'adolescent. Les SDRC chez l'enfant et l'adolescent sont encore en effet mal connus, la reconnaissance peut en être difficile, un travail d'équipe est indispensable pour la prise en charge thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse. Les travaux pédiatriques, peu nombreux, s'appuient également sur la littérature adulte dont les plus récents travaux sont cités.

### **La douleur liée aux pathologies rhumatologiques inflammatoires de l'enfant.**

THIOLLIER (Anne-Françoise) / ANDREU GALLIEN (Juliette) / TEISSEYRE (Laurence)

*CAHIERS DE LA PUERICULTRICE*, 2012/12, n° 262, 33-34. 8 réf.

Les maladies rhumatologiques inflammatoires de l'enfant sont des pathologies chroniques exposant à des douleurs récurrentes qui affecte la qualité de vie de l'enfant. Cet article aborde les différents moyens d'évaluation de ces douleurs et leur prise en charge à trois niveaux : pharmacologique, physique - immobilisation antalgique et rééducation douce - et psychologique.

### **Dossier thématique : cours supérieur de la SFETD 2011 : céphalées, douleurs orofaciales : quelles douleurs, quels soins ?**

MARTEAU (V.) / THIBAUT WANQUET (P.) / GAUTIER (J.-M.) / et al.

LE GALL (Jocelyne), coord.

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2012/09, n° 3, 129-167, tabl, fig. réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier : - Les infirmiers "ressource douleur" et les douleurs orofaciales : quel "face-à-face" vivre avec le patient ? ; - Moyens non pharmacologiques et douleurs : quelle égalité d'accès pour les patients ? ; - Infirmiers ressource douleur et pratiques avancées : mythe ou réalité ? ; - Les douleurs à point



de départ ORL : quelles douleurs, quelle prise en charge ? ; - Place de la chirurgie dans la névralgie du trijumeau ; - Migraine de l'enfant et de l'adolescent ; - Le maquillage correcteur pour une amélioration de la qualité de vie des patients : une démarche infirmière innovante pour aider les patients atteints de lésions affichantes ; - Education thérapeutique : expérience de prise en charge des migraines et céphalées par la relaxation.

### **Posturologie clinique : comprendre, évaluer, soulager les douleurs : XVIIIe journées de posturologie clinique.**

WEBER (Bernard), éd. / VILLENEUVE (Philippe), éd. / SOREL (Marc), préf. / et al.

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012, XVI+216p, fig, tabl. réf. bibl.

Les textes ici présentés sont issus des XVIIIes journées de posturologie clinique ayant pour thème la compréhension, l'évaluation et le soulagement de la douleur. Quatre parties principales structurent cet ouvrage : - Etudier la douleur - La recherche clinique face aux douleurs - Cliniciens posturologues et ostéopathes face aux douleurs - Recherche clinique en posturologie.

Cote : MED 6.3 WEB

### **Douleurs rachidiennes de l'enfant et de l'adolescent.**

PATTE (K.), éd. / PORTE (M.), éd. / COTTALORDA (J.), éd. / et al.

Montpellier : Sauramps Médical, 2011, 199p., fig. réf. bibl.

Les douleurs rachidiennes constituent un motif fréquent de consultation. L'objectif de cet ouvrage est de proposer un abord spécifiquement pédiatrique de la question en abordant les généralités liées à la croissance, des arbres diagnostic utiles à la consultation, les examens complémentaires nécessaires et le détail des pathologies "spécifiques" ainsi que leurs modalités de traitement. Une partie est consacrée aux douleurs rachidiennes dites "non spécifiques" ainsi qu'aux problématiques liées à la pratique sportive. Sommaire : - Le rachis en croissance ; - Approche diagnostique des rachialgies de l'enfant et de l'adolescent ; - Cadres nosologiques spécifiques à l'enfant et à l'adolescent ; - Scoliose et douleur ; - Questions parentales lors des consultations (port du cartable, renforcement musculaire, sports à risque).

Cote : MED 4.12 PAT

### **Douleurs chroniques de l'enfant : les pièges à éviter.**

FOURNIER CHARRIERE (E.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2010/03, n° 1, 21-25. 28 réf.

Les douleurs chroniques de l'enfant ou de l'adolescent (douleurs abdominales, musculaires ou articulaires, céphalées quotidiennes chroniques, etc.) peuvent entraîner un handicap majeur, avec absentéisme scolaire et isolement, alors même qu'elles ne reçoivent pas d'explication organique. La démarche médicale classique, diagnostic étiologique avec explorations complémentaires et traitement de la cause, est ici vouée à l'échec. Il est nécessaire de poser le diagnostic de douleur inexpliquée et d'aborder d'emblée avec l'enfant et sa famille l'investigation psychologique (contexte de vie, soucis, conflits, etc.) en même temps que le bilan physiologique. L'objectif est d'obtenir la reprise d'activités, malgré la douleur. Les thérapies cognitivo-comportementales, telle l'hypnose, sont les plus efficaces.

### **Migraines et céphalées symptomatiques de l'enfant**

MENACHE STAROBINSKI (C.) / HAENGGELI (C.A.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2008/02, n° 146, 523-526, tabl.

Les migraines de l'enfant diffèrent de celles de l'adulte surtout par la durée, la localisation et le type des douleurs. Une anamnèse détaillée associée à un examen neurologique normal permet d'éviter des examens complémentaires inutiles. Le traitement peut être symptomatique et/ou préventif et de nombreux médicaments sont à disposition. Des céphalées symptomatiques doivent être recherchées si l'anamnèse ou l'examen neurologique sont atypiques. Il faut exclure une hypertension artérielle, une cause ORL ou liée à des problèmes maxillo-faciaux. Les symptômes d'hypertension intracrânienne doivent être recherchés, particulièrement chez les enfants porteurs de drains ventriculo-péritonéaux dont la dysfonction peut être fatale. Les céphalées post-traumatiques sont impressionnantes mais de bon pronostic.

### **Prise en charge de la migraine chez l'enfant**

FOURNIER CHARRIERE (E.)

*JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*, 2005/08, vol. 18, n° 5, 203-210, tabl. 13 réf.

Les céphalées récurrentes survenant par accès violents, pulsatiles, durant une demi-heure à quelques heures, accompagnées de pâleur, de nausées et/ou de vomissements, de photophobie et/ou phonophobie, avec des périodes intercritiques libres de tout symptôme, sont des migraines. La prise en charge comporte sept aspects : faire le diagnostic, prescrire le traitement de crise, choisir un traitement de fond, apprendre à

l'enfant et ses parents à gérer les facteurs déclenchants des crises et à gérer celles-ci, cerner les indications d'une psychothérapie, informer, et donner le pronostic.

### **La douleur dans les affections rhumatologiques de l'enfant**

DUMOLARD (Anne) / MARCHOU (Sylvie) / MAINDET (Caroline) / et al.

*DOULEURS*, 2002/11, vol. 3, n° 5, 233-238, 50 réf.

Chez l'enfant les maladies rhumatologiques douloureuses sont essentiellement l'arthrite juvénile idiopathique, l'algodystrophie et la fibromyalgie. A ces pathologies sont associées des douleurs très diverses dont les traitements sont pour une part spécifiques et d'autre part font appel aux techniques d'évaluation et de traitement non spécifiques des douleurs de l'enfant. Des méthodes d'évaluation simple sont décrites. Les traitements utilisables sont revus et l'usage de la morphine discuté. L'intérêt des co-analgésiques est mal connu ; la prévention de la douleur provoquée est nécessaire.

### **Pédiatrie ORL : la douleur chez l'enfant**

PISSONDES (Andrée-Lucie)

*PROFESSIONS SANTE INFIRMIER-INFIRMIERE*, 2002/08-09, n° 39, 15-16, 1 réf.

L'enfant a certaines spécificités dans le domaine de la douleur. Le système nociceptif existe dès la vingt-cinquième semaine de gestation. Les contrôles inhibiteurs descendants ne se mettent en place que dans les premiers mois de vie. Les facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux dépendent du stade de développement psychomoteur de l'enfant. Cet article traite de la douleur en O.R.L. chez l'enfant : évaluation, traitement, prévention des gestes douloureux...

### **Prise en charge de la douleur en pathologie ORL pédiatrique**

PLOYET (M.-J.) / MORINIERE (S.) / LESCANNE (E.)

*CAHIERS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE ET D'AUDIOPHONOLOGIE*, 2002/04, vol. 37, n° 3, 163-166, 6 réf.

Cet article donne des indications sur les différents types de douleur en pathologie O.R.L. pédiatrique (Otite, angine, gingivo-stomatite et aphtes, torticolis aigu, douleur des traumatismes, amygdalectomie, cancer pédiatrique...)



## **■ Formation des soignants**

### **"EVENDOL" Evaluation Enfant Douleur : formation à l'évaluation de la douleur de l'enfant.**

Groupe EVENDOL

2009.

Evendol est une nouvelle échelle d'évaluation de la douleur basée sur l'observation du comportement. Validée aux urgences pédiatriques, elle est utilisable dans d'autres situations. A l'aide de cinq critères, Evendol mesure la douleur des enfants de 0 à 7 ans. Ce film est un outil interactif pour l'apprentissage de l'évaluation de la douleur chez l'enfant et de l'utilisation de l'échelle Evendol.

Cote : MED 6.3 SPA

### **Eviter et soulager la douleur chez l'enfant, c'est l'affaire de tous !**

GALLAND (Françoise) / DEVOLDERE (Catherine) / COHEN SALOMON (Didier) / et al.

ANNEQUIN (Daniel) / FOURNIER CHARRIERE (Elisabeth) / HAENTJENS (Elisabeth) / et al.

Association Sparadrap. Paris. FRA

2008

Sparadrap met à la disposition de tous les formateurs cette boîte à outils contenant le diaporama de la conférence, des témoignages audio et vidéo ainsi que des extraits de film de formation : - les témoignages d'enfants, de parents et de soignants, - la douleur, - pourquoi éviter et soulager la douleur chez l'enfant ? l'évaluation de la douleur chez l'enfant, - les moyens de lutter contre la douleur chez l'enfant, - le chemin parcouru dans la lutte contre la douleur chez l'enfant. Ce DVD s'adresse aux professionnels de santé, aux professionnels de l'enfance, aux étudiants de filières santé et enfance.

Cote : MED 6.3 COH

### **Pour en savoir plus sur la douleur de l'enfant**

GALLAND (Françoise) / ANNEQUIN (Daniel) / HAMON (Richard)

Paris : Sparadrap, 2003, 1 vidéocassette VHS, 53 min + Livret.

Ce film de formation "généraliste" permet de découvrir ou d'introduire les principales notions à connaître sur la douleur de l'enfant. Il est construit en trois parties : 1/ La connaître : la définition de la douleur de l'enfant, les différentes douleurs et la physiologie, l'exposition des spécificités et des enjeux : variabilité de l'expression, risque de phobie...2/ L'évaluer : les signes de la douleur, pourquoi et comment l'évaluer, les notions d'hétéro et d'auto-évaluation, la présentation des principaux outils d'évaluation et de certains écueils à éviter. 3/ Agir : les différents moyens de soulager la douleur et leur complémentarité, les moyens non-médicamenteux (information, distraction, place des parents...) et médicamenteux (les médicaments et les paliers, les différents types d'anesthésies, le MEOPA).

Cote : MED 6.3 GAL

**Formation des soignants à la prise en charge de la douleur de l'enfant, in : La douleur de l'enfant : quelles réponses ? : neuvième journée : lundi 17 décembre 2001**

BILLOT (Françoise)

Paris : ATDE, 2001, 122-125. 1 réf.

L'auteur traite ici de la formation des soignants à la prise en charge de la douleur de l'enfant qui comprend deux types d'approches que sont l'apport de connaissance, indispensable à une bonne compréhension du phénomène douleur, et la réflexion sur soi-même et sur sa pratique soignante.

Cote : MED 6.3 ASS

**La douleur de l'enfant : la reconnaître, l'évaluer, la traiter**

ANNEQUIN (Daniel) / FOURNIER CHARRIERE (Elisabeth) / TOURNIAIRE (Barbara)

Association pour le traitement de la douleur de l'enfant

Lyon : Astragal Editions, 2000, 1 cédérom

Ce cédérom se présente comme un outil multimédia d'autoformation pour les équipes soignantes. Il propose plus de 320 écrans contenant des dessins, des interviews et des films, répartis en 5 modules, lesquels apportent des réponses pratiques aux besoins exprimés par les équipes soignantes.

Cote : MED 6.3 ANN

