

# Prise en charge de la douleur de l'enfant

*Bibliographie thématique* : les références sont classées par ordre chronologique décroissant au sein de chaque rubrique.

## SOMMAIRE

■ Documents généraux _____	2
■ L'enfant face à la douleur _____	3
■ Parents / soignants face à la douleur de l'enfant _____	5
■ Evaluation et diagnostic _____	6
■ Thérapeutiques médicamenteuses et autres techniques analgésiques _____	8
■ Douleur induite par les soins : évaluation et prévention _____	11
■ La douleur en néonatalogie _____	14
■ La douleur induite par diverses pathologies _____	20
■ Formation des soignants _____	22

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



Centre de documentation de l'AP-HP  
Direction des Ressources Humaines  
Centre de la Formation et du  
Développement des Compétences

## ■ 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.

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 analgésies 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.

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.

MED 4.18 SOC



## ■ L'enfant face à la douleur

### La trajectoire corporelle et psychique de la douleur chez l'enfant atteint de drépanocytose.

JOSSET RAFFET (E.)

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE, 2016-03, n° 2, 131-138. 43 réf.

La drépanocytose, maladie génétique la plus répandue au monde, se manifeste principalement par des douleurs intenses et imprévisibles. Ces crises de douleurs nécessitent parfois une prise en charge hospitalière médicale et psychique. Au cours des crises douloureuses, l'enfant est plongé dans un état de détresse qui le confronte à des angoisses massives. La douleur, bien qu'elle puisse être déstructurante, va faire l'objet d'un traitement intrapsychique que la prise en charge psychologique soutient. Elle effectue une trajectoire entre l'enfant et son entourage, qui par contagion et identification, peut à son tour se sentir menacé et sidéré. Les crises drépanocytaires, émaillant la vie des patients dès le plus jeune âge, sont tout à la fois effractantes et constitutives de leur « sentiment d'être ». Il arrive ainsi que sans cesser de souligner la difficulté d'exister du sujet, la crise douloureuse signe parfois le mouvement et l'expression de sa subjectivité.

### 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.



## ■ Parents / soignants face à la douleur de l'enfant

### **Les parents face à la douleur chronique de leur enfant. . L'enfant malade et la thérapie systémique : au cœur de la souffrance familiale. (Dossier)**

RAYNAUD (Alexandra)

JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, 2016/06, n° 338, 31-34. Réf. bibl.

Lorsque la douleur d'un enfant devient chronique, et qu'aucun diagnostic précis n'a été posé, les parents se trouvent plongés dans un grand désarroi, un sentiment d'incompréhension et d'impuissance. La consultation douleur chronique pédiatrique va permettre de prendre en compte les répercussions de cette souffrance au niveau du système familial, de mettre en lumière les bénéfices secondaires qui peuvent parfois se mettre en place et accompagner chacun - enfant, parents, fratrie - dans ses besoins et ses attentes.

### **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.

### **L'auxiliaire de puériculture et la douleur de l'enfant en milieu hospitalier.**

TYZIO (Sandrine)

CAHIERS DE LA PUERICULTRICE, 2010/12, n° 242, 30-32. 19 réf.

Actuellement, 40% des auxiliaires de puériculture en activité exercent en milieu hospitalier, dans des secteurs aussi divers que la maternité, la néonatalogie, la pédiatrie ou la chirurgie infantile, lieux où l'inconfort, les gestes invasifs et la douleur sont omniprésents. Cet article met en évidence le rôle de l'auxiliaire de puériculture concernant la douleur, en mettant l'accent sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire. Les objectifs de la formation des élèves auxiliaires dans le domaine de la douleur sont rappelés.

### **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 ?

MED 6.3 COH

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

GALLAND (Françoise) / HERRENSCHMIDT (Sandrine)

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

L'association Sparadrap 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.

### **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 Münchhausen par procuration - auquel les équipes pédiatriques sont parfois confrontées.



## **■ Evaluation et diagnostic**

### **Douleur aiguë pédiatrique : de l'urgence à l'unité de soins.**

GREGOIRE (Maryse) / PAQUETTE (Geneviève) / BOURGAULT (Patricia) / et al.

PERSPECTIVE INFIRMIERE, 2018/01-02, n° 1, 61-67, fig., tabl.. réf. bibl.

L'évaluation de la douleur était jusqu'à récemment basée essentiellement sur la perception des professionnels de la santé. L'absence d'évaluation formelle limitait l'utilisation d'un algorithme de prise en charge pharmacologique chez les tout-petits. Les objectifs d'apprentissage sont ici de : - Se familiariser avec l'Échelle française d'évaluation de la douleur pédiatrique Evendol© pour les 0 à 7 ans - Se familiariser avec la prise en charge de la douleur pédiatrique à partir de l'exemple du CHUS (Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

### **Validation française du PedMIDAS, une échelle d'évaluation de l'impact fonctionnel des migraines chez l'enfant et l'adolescent.**

AMOUROUX (R.) / ROUSSEAU SALVADOR (C.) / PILLANT (M.) / et al.

DOULEUR ET ANALGESIE, 2017/06, n° 2, 92-98, tabl., ann. 26 réf.

Cette étude a pour objectif de valider en français un questionnaire qui mesure l'impact fonctionnel : Pediatric Migraine Disability Assessment (PedMIDAS). Le PedMIDAS est composé de six questions qui évaluent le retentissement des céphalées sur la vie de tous les jours. Soixante treize enfants ont pris part à cette étude. Ce questionnaire montre une fiabilité satisfaisante ( $\pm = 0,76$ ), une bonne stabilité temporelle (corrélation test-retest = 0,85) et de nombreuses corrélations avec les caractéristiques des céphalées, les troubles émotionnels et la qualité de vie.

### **Perception et évaluation de la douleur par le soignant et l'adolescent drépanocytaire : impact de l'anxiété du patient.**

JOSSET RAFFET (E.) / DUPARC ALEGRIA (N.) / THIOILLIER (A.F.) / et al.

ARCHIVES DE PEDIATRIE, 2016/02, n° 2, 143-149, fig., tabl. 18 réf.

La douleur est la principale manifestation de la drépanocytose et représente un enjeu majeur de sa prise en charge. Sa complexité rend souvent l'évaluation difficile aussi bien pour les patients que pour les soignants. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'existence d'une association entre les difficultés d'évaluation de la douleur pour les soignants et l'anxiété des enfants drépanocytaires en début d'hospitalisation.

## **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.

## **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.

## **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.



## ■ Thérapeutiques médicamenteuses et autres techniques analgésiques

### **Anti-inflammatoires non stéroïdiens en analgésie pédiatrique.**

HILLY (Julie) / JULIEN MARSOLLIER (Florence) / SKHIRI (Alia) / et al.

PRATICIEN EN ANESTHESIE REANIMATION (LE), 2017-06, n° 3, 132-137. 19 réf.

De nombreux antalgiques n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché chez l'enfant, en particulier avant 3 ans. De plus, aux États-Unis la codéine a été retirée du commerce en 2013 à la suite d'une série d'arrêts respiratoires, post-amygdalectomie. Il a donc fallu se tourner vers les AINS pour la gestion de la douleur postopératoire en pédiatrie. Mais l'utilisation de cette classe médicamenteuse est limitée par les effets secondaires (hémorragie au site opératoire, ulcérations digestives, insuffisance rénale...). Les recommandations récentes établies à partir d'études solides, stipulent que les AINS sont très efficaces en pédiatrie et que sous certaines conditions (respect des posologies et des contre-indications, durée de prescription limitée) les risques sont limités.

### **Actualités des antalgiques en pédiatrie.**

AVEZ COUTURIER (Justine)

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2016/05, n° 290, 26-30. 9 réf.

Il existe de nombreux types d'antalgiques en pédiatrie. Ceux-ci doivent être utilisés en fonction de la situation, du type de douleur et des caractéristiques de l'enfant. Dans tous les cas, le respect strict de la posologie et des recommandations d'utilisation est indispensable pour éviter tout risque d'erreur. Enfin, les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques sont employés de manière complémentaire, pour une prise en charge biopsychosociale de l'enfant.

### **Manuel pratique d'hypnoanalgésie pour les soins en pédiatrie.**

LOMBARD (Bénédicte) / GUIOT (Céline) / MAUNOURY (Nadège)

Paris : Sparadrap, 2015, 98p. réf. 2p.

De nombreuses équipes pédiatriques travaillent depuis des années à réduire la détresse de l'enfant en pédiatrie et plus particulièrement à prévenir la douleur provoquée par les soins. L'hypnoanalgésie ou la distraction de l'enfant pendant les soins est utilisée à visée antalgique en complément des moyens médicamenteux et l'intérêt et l'efficacité de ce type de méthodes sont maintenant bien reconnus dans les milieux pédiatriques.

MED 6.3 LOM

### **Approches psychothérapeutiques dans la douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent.**

AMOUREUX (Rémy) / RIGGENBACH (Annina)

DOULEURS, 2015/10, n° 5, 217-225, tabl. 31 réf.

La douleur chronique chez l'enfant et l'adolescent peut avoir un important retentissement psychologique et social. Pour répondre à ces difficultés, les travaux de recherche relatifs à la prise en charge psychologique de la douleur chronique se sont multipliés dans les vingt dernières années. Ainsi, on dispose actuellement d'un nombre important de propositions thérapeutiques pertinentes. Pourtant, cette littérature empirique n'est pas toujours suffisamment connue des professionnels qui travaillent auprès de ces patients. L'objectif de cet article est de proposer une synthèse des études sur l'efficacité des approches psychologiques dans la douleur chronique en pédiatrie. Globalement, on peut retenir que les thérapies comportementales et cognitives, la relaxation, le biofeedback et l'hypnose sont des approches qui ont fait leurs preuves dans cette indication. Elles ont un effet significatif sur l'intensité douloureuse, la fréquence des crises, l'impact fonctionnel et améliorent probablement la qualité de vie des enfants et de leur entourage. Ces approches psychologiques doivent être intégrées à la prise en charge médicale classique. Elles impliquent d'adopter une perspective biopsychosociale et de mettre en place une collaboration effective entre psychologues et médecins.

### **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.

### **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 patchs 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.

### **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.

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.

### **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).



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

### **Anxiété et douleur. [Dossier].**

LOMBART (Bénédicte) / AMESTOY (Anouck) / DARRETAÏN (Hélène) / et al.

CAHIERS DE LA PUERICULTRICE, 2016/11, n° 301, 11-30. Réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier sur la douleur chez l'enfant : - "Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques" : la qualité de l'analgésie et le développement de méthodes psychocorporelles sont sans doute les meilleures pistes pour faire en sorte que l'usage de la contention forte en pédiatrie reste exceptionnel. - "Automutilation et troubles du comportement chez l'enfant avec autisme : alertes à la douleur" : de nouveaux outils de communication permettent à présent de mieux prévenir et dépister la douleur chez ces patients hautement vulnérables. - "Une technique innovante pour la pose de sonde orogastrique" : en néonatalogie, ce geste est fréquent, invasif et douloureux. Une technique innovante, l'utilisation d'une tétine de biberon pour poser la sonde plus facilement. "Gérer la douleur lors d'une pose de voie veineuse périphérique". - "Un serious game pour diminuer l'anxiété pré-opératoire" : Les P'tits Doudous, une association de soignants, a été créée afin d'améliorer l'accompagnement des enfants et de leurs parents au centre hospitalier universitaire de Rennes.

### **Interventions infirmières pour la gestion de la douleur procédurale en milieu pédiatrique.**

JUBINVILLE (Paule) / LE MAY (Sylvie) / CHARETTE (Sylvie) / LACHANCE FIOLO (Jacinthe)

INFIRMIERE CLINICIENNE (L'), 2014, n° 1, 12p., fig., tabl. Réf. 3p.

En contexte hospitalier, les enfants sont sujets à de nombreuses procédures douloureuses, sans recevoir systématiquement un soulagement optimal de leur douleur. Un manque de connaissances des infirmières ainsi qu'un manque de collaboration entre les membres de l'équipe de soins, mais aussi entre l'équipe et la famille peuvent expliquer ce phénomène. L'infirmière peut grandement influencer la gestion de la douleur lors des procédures douloureuses pédiatriques. Des interventions pour la gestion de la douleur procédurale ont été développées et mises en place auprès d'infirmières d'un programme de chirurgie trauma d'un centre hospitalier pédiatrique.

### **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.

Cette étude vise à 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.

## **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 24 heures. Cette technique permet donc une prise en charge adaptée aux traumatismes de la main et diminue l'impact anxiogène du traitement chez l'enfant.

## **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), coor.

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.

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.

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.

MED 6.3 GAL



# **■ La douleur en néonatalogie**

## **Douleur du nouveau-né et test de Guthrie.**

CARBAJAL (R.) / GATTERRE (P.) / RAMBAUD (J.) / DE SUREMAIN (N.)

ARCHIVES DE PEDIATRIE, 2016/03, n° 3, 229-231. 17 réf.

En France, tous les nouveau-nés bénéficient d'un dépistage néonatal (DNN) systématique également appelé « test de Guthrie ». La ponction au talon chez le nouveau-né pour l'obtention de sang capillaire a été un des facteurs contribuant au succès du DNN systématique en raison de sa simplicité et de son haut taux de réussite technique par les soignants. Cependant, depuis plusieurs années dans un bon nombre de centres le sang est prélevé, par choix et pour certains enfants par nécessité, à partir de ponctions veineuses. Le principal argument avancé pour ce choix est la réduction de la douleur que ce soit parce que le prélèvement veineux serait moins douloureux que celui fait au talon ou afin de réduire le nombre des piqûres en associant le prélèvement pour le DNN à ceux que le nouveau-né aurait pour d'autres raisons (bilans infectieux, dosage de bilirubine, etc.). L'utilisation du sang veineux a suscité une certaine controverse et inquiétude sur le bien-fondé de cette pratique et sur les risques éventuels de faux-positifs ou faux négatifs qui pourraient en résulter. Les recommandations nationales et dans d'autres pays continuent à signaler la ponction au talon comme source préférentielle du sang pour le DNN. Nous décrivons ci-après les preuves existantes sur la différence de douleur entre ponction au talon et ponction veineuse, les moyens analgésiques pour soulager la douleur de ces ponctions et les pratiques actuellement admises par les centres effectuant le DNN.

## **Douleur en néonatalogie. Traitements non médicamenteux.**

CARBAJAL (Ricardo) / GRETEAU (S.) / ARNAUD (C.) / GUEDJ (R.)

ARCHIVES DE PEDIATRIE, 2015/02, n° 2, 217-221. 31 réf.

Les gestes diagnostiques et thérapeutiques, comportant une effraction cutanée, sont devenus ubiquitaires dans la pratique de la médecine et la néonatalogie n'est pas une exception. Une des principales sources

de douleur chez le nouveau-né est la douleur induite par ces actes. Il est devenu évident que la prévention de la douleur est une priorité des soins. Les moyens non médicamenteux constituent une option prioritaire pour l'analgésie des gestes couramment pratiqués chez le nouveau-né dans un service de néonatalogie. Cet article présente les moyens non médicamenteux les plus utilisés dans ce contexte : l'emballotement, l'enveloppement, la contention, les solutions sucrées, la succion non nutritive à l'aide d'une tétine (SNN), le contact peau-à-peau, l'analgésie par l'allaitement maternel, le lait maternel et la musique.

### **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 de l'enfant aux urgences**

### **La prise en charge de la douleur en Smur pédiatrique.**

GAUDERON (Emmanuelle) / LAFAT (Maud) / PAYON (Agathe)

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2016/09, n° 292, 33-35. 6 réf.

La prise en charge d'un enfant par le service mobile d'urgence et de réanimation inclut l'évaluation et le traitement de la douleur. La prise en compte de l'anxiété est également primordiale. La relation de confiance établie avec l'enfant et sa famille permet de limiter le stress et la douleur ressentis lors de ces situations d'urgence.

### **L'utilisation du méopa aux urgences pédiatriques.**

BOURGADE (Clara) / DROZ (Nina) / COTILLON (Marie) / et al.

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2016/07, n° 291, 39-41. 10 réf.

La prise en charge de la douleur, particulièrement chez l'enfant, est aujourd'hui une priorité de santé publique. Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (méopa) tient une place importante dans l'analgésie de l'enfant au cours de soins douloureux de courte durée. Sa rapidité d'action et sa réversibilité quasi-immédiate lors de l'arrêt de l'inhalation facilitent son utilisation et sa tolérance. Son administration, soumise à une prescription médicale, doit être réalisée par un personnel soignant spécifiquement formé.

### **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.

### **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.

### **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, 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.



## ■ Maladies graves et fin de vie

### **Les soins palliatifs en néonatalogie : une revue de la littérature.**

KOLIOULI (Flora) / CASPER (Charlotte) / BERDOT TALMIER (Laurence) / ZAOUCHE GAUDRON (Chantal)

REVUE INTERNATIONALE DE SOINS PALLIATIFS, 2017/06, n° 2, 53-60, tabl. 40 réf.

L'objectif de cet article est d'établir un état des connaissances sur les soins palliatifs en néonatalogie afin de réfléchir sur de nouvelles perspectives tant professionnelles que de recherche. Deux pôles importants sont relevés : les études axées sur les pratiques professionnelles en soins palliatifs et celles focalisées sur les parents et leur vécu ; les études portant sur le point de vue des soignants mettent l'accent sur la nécessité d'une formation et la formalisation des interventions auprès des professionnels de santé. Ces dernières portent sur des aspects médicaux de la gestion de la douleur chez le nouveau-né en soins palliatifs mais également sur ses compétences communicatives et relationnelles. Le burnout des professionnels est également mis en avant. Deux aspects principaux sont soulignés dans les études qui portent sur les parents : leur rôle en tant que parents vis-à-vis de la prise de décision quant à la fin de vie, et, leur propre vécu. À la suite de notre analyse sur ces recherches tant nationales qu'internationales, nous avons pu dégager pour de futures recherches et l'amélioration des pratiques professionnelles.

### **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, 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 Beaufile 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) / ADJAQUD (Dalila) / TCHERNIA (Gilbert) / et al.

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

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 handicapé

### **Perception de la douleur chez les enfants autistes (étude prospective de 40 cas).**

OUERIAGLI NABIH (F.) / BENALI (A.) / KACHOUCHI (A.) / et al.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE, 2016-01, n° 1, 52-57, fig. 32 réf.

Depuis longtemps, on a cru que la personne souffrant d'autisme avait une insensibilité ou une analgésie à la douleur. Or les études récentes montrent plutôt un mode d'expression différent face à la douleur en rapport avec les troubles de la communication, du schéma corporel et de certains troubles cognitifs. L'objectif de notre étude est d'évaluer la réactivité d'un enfant autiste à une stimulation légèrement douloureuse dans une situation standardisée où il est en relation duelle avec un adulte.

### **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.

### **Approche sensorimotrice de la prise en charge d'un jeune avec polyhandicap douloureux.**

GOUMAS (Jacques) / GRIMONT ROLLAND (Elisabeth) / LAMBICCHI (Sylvie)

ENFANCE, 2014/04, n° 2, 159-169. Réf. 2p.

À partir du cas clinique d'un jeune avec polyhandicap douloureux, les auteurs proposent une réflexion sur la balnéothérapie en tant que médiation dans une prise en charge en psychomotricité. Les auteurs utiliseront l'approche sensorimotrice développée par Bullinger (1996) pour appréhender le phénomène douloureux et ses retentissements : la douleur impose des modifications sensori toniques et complique la régulation tonico-émotionnelle ; c'est alors tout le processus d'instrumentation, déjà fragile chez l'enfant polyhandicapé, qui s'en trouve perturbé. L'approche sensorimotrice sera également utilisée pour mieux comprendre les aspects thérapeutiques de cette solution non médicamenteuse qu'est la balnéothérapie.

### **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.

MED 6.6.2 IZA



## ■ La douleur chez l'enfant brûlé et en chirurgie

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

LEJUS BOURDEAU (Corinne)

PRATICIEN EN ANESTHÉSIE RÉANIMATION (LE), 2017-12, n° 6, 298-303, ann. 26 réf.

La douleur postopératoire chronique est une entité peu étudiée chez l'enfant mais bien réelle. Les chirurgies les plus étudiées sont la cure de hernie inguinale, la chirurgie de la scoliose et la chirurgie thoracique. Des douleurs préopératoires, une douleur postopératoire intense et l'anxiété parentale préopératoire sont les principaux facteurs de risque qui émergent actuellement. En l'absence de données spécifiquement pédiatriques sur la prévention, les recommandations élaborées chez l'adulte paraissent applicables. L'action de prévention actuellement la plus facilement accessible est l'optimisation du traitement de la douleur postopératoire, avec des stratégies multimodales incluant dès que possible une anesthésie locorégionale. Les mesures visant à une meilleure quantification et prise en charge de l'anxiété parentale restent à définir et évaluer.

### **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 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 chez les enfants brûlés.**

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

ARCHIVES DE PÉDIATRIE, 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.



## ■ La douleur induite par diverses pathologies

### **Prise en charge multidisciplinaire des enfants souffrant de douleurs chroniques invalidantes dans un centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique français : analyse rétrospective d'une série et perspectives.**

ROESSLER (N.) / ALLEN DEBEAUREPAIRE (C.) / DEPREZ (A.) / et al.

ARCHIVES DE PEDIATRIE, 2016/08, n° 8, 806-814, tabl. 30 réf.

La douleur chronique peut engendrer chez l'enfant un handicap majeur. Pour prendre en compte toutes les dimensions de son modèle bio-psycho-social, le concept d'un traitement multidisciplinaire semble optimal. De tels programmes existent à l'étranger où des études ont montré leur efficacité. Nous avons réalisé une étude rétrospective dans un centre de rééducation fonctionnelle (CRF) français pour décrire la prise en charge multidisciplinaire qui y était réalisée et ses résultats.

### **Répondre à la douleur des enfants atteints de paralysie cérébrale.**

ZABALIA (M.)

MOTRICITE CEREBRALE. READAPTATION. NEUROLOGIE DU DEVELOPPEMENT, 2015/03, n° 1, 9-15, fig. 51 réf.

Grâce aux études SPARCLE, la prévalence de la douleur chez les enfants atteints de paralysie cérébrale est aujourd'hui mieux connue. Elle est de 60 % chez les enfants de 8 à 12 ans et s'élève à 69 % chez les 13-;17 ans. Le soulagement de la douleur a également été identifié comme une question prioritaire dans une enquête prospective de la Fondation Motrice publiée en 2009. Pourtant la douleur, et en particulier la douleur iatrogène, reste sous-traitée dans cette population bien que nous disposions de nombreux outils d'évaluation. L'usage des outils d'évaluation requiert de bonnes connaissances de leurs qualités et limites psychométriques. Mais l'évaluation de la douleur ne se limite pas à l'application d'échelles de mesure. Des connaissances actualisées concernant les modalités d'expression de la douleur et les capacités d'y faire face des personnes douloureuses sont indispensables. Les recommandations internationales insistent sur l'importance d'une approche pluridisciplinaire depuis l'évaluation jusqu'à la prise en charge, pour augmenter les effets synergiques de plusieurs options thérapeutiques (pharmacologiques et non pharmacologiques). Enfin, il semble également utile de questionner nos représentations de la douleur manifestée par les personnes au développement atypique.

### **La douleur chronique de l'enfant.**

WOOD (Chantal) / THIBAUT WANQUET (Pascale)

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2014/11, n° 281, 37-40. 17 réf.

La douleur chronique concerne 10 à 20 % des enfants et adolescents. Outre les conséquences physiques, elle engendre des difficultés psychologiques et sociales. Ces notions, encore mal connues, sont souvent négligées. Il est essentiel de sensibiliser les professionnels afin de mieux dépister ces jeunes patients et de leur proposer précocement un traitement multimodal adapté. Cet accompagnement vise en particulier à développer leur autonomie pour mieux appréhender cette douleur, et en traiter la cause lorsqu'elle est identifiable.

### **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 affectent 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.

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).

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 inexplicquée 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.



## **■ Formation des soignants**

### **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.

### **"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.

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

