

# LA DOULEUR DE L'ENFANT

**L**a douleur permet, certes, de révéler chez l'enfant nombre de pathologies mais celle induite par les soins, les gestes invasifs, les vaccins ou la chirurgie est délétère, évitable et prévisible.

Dès les années 1980-1990, les études en France et Outre-Atlantique concernant la douleur de l'enfant vont mettre en exergue la mémoire implicite de la douleur du nouveau-né et les signes trompeurs de l'atonie psychomotrice des tout-petits, révélateurs de douleur prolongée. Depuis une vingtaine d'années seulement, la douleur de l'enfant est réellement reconnue et peut être évaluée par des échelles adaptées. Les grandes avancées sont également d'ordre thérapeutique avec désormais des antalgiques à visée préventive avant les soins et les gestes invasifs mais également curative pour soulager dès la période néonatale.

Plus récemment, l'essor des thérapies non médicamenteuses et la formation des soignants à ces approches prennent en compte la dimension émotionnelle de la douleur.

Depuis plus de vingt ans, des associations telles que PÉDIADOL et SPARADRAP ont contribué grandement à améliorer la prise en charge de la douleur des enfants.

## DOULEUR ET DÉVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT

Entre 0 et 2 ans, la douleur est envahissante car l'enfant n'a pas la notion du temps ni du soulagement possible. Dès 6 mois, il a peur des situations douloureuses et à partir de 18 mois, il peut localiser la douleur et la reconnaître chez les autres.

Entre 2 et 7 ans, l'enfant considère la douleur comme une punition, n'en comprend pas la cause et l'effet d'un traitement pour le soulager.

Entre 7 et 11 ans, la douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps, et dès lors, l'enfant peut la dessiner sur le "schéma du bonhomme". Cette période est marquée par une peur de l'atteinte du corps mais également de la mort. Ce n'est qu'après 11 ans que l'enfant attribue la maladie et la douleur à des causes physiologiques ou psychologiques.

## MÉMOIRE DE LA DOULEUR

Le système nerveux permet dès 28 semaines d'aménorrhée de percevoir l'influx nociceptif mais les circuits inhibiteurs ne sont pas matures. Anne Taddio en 1997 montrera qu'une première expérience douloureuse augmente la perception de la douleur suivante. Plus récemment, une des nombreuses études d'Anand en 2005, mettra en évidence que des nourrissons opérés dans les trois premiers mois de vie et subissant une deuxième chirurgie dans le même territoire ou non, ont une hypersensibilité douloureuse prolongée avec des scores de douleur plus importants et des besoins morphiniques majorés s'il s'agit du même dermatome.

En 2006, l'étude EIPPAIN conforte la mémoire implicite de la douleur et ses effets à distance : les réactions des enfants âgés de 3 ans, aux antécédents de prématurité comparativement aux enfants nés à terme, ont des scores de douleur plus élevés par rapport à ceux nés à terme et des réactions de coping moindres.

## RECONNAÎTRE LA DOULEUR

L'expression de la douleur dépend du type de douleur, de l'âge de l'enfant mais également de son développement cognitif et des réactions de l'entourage.

S'il s'agit d'une douleur aiguë, les modifications comportementales telles que les pleurs, l'agitation, la perturbation du sommeil apparaissent au premier plan et la communication avec l'enfant s'avère difficile. Ces signes sont non proportionnels à l'intensité de la douleur mais davantage à celle de l'émotion surtout en présence d'un proche.

Pour les soignants, les conséquences neurovégétatives se révèlent par une tachycardie, voire une hypertension artérielle mais surtout un changement de teint, voire un malaise vagal avec une désaturation en oxygène.

L'expression de la douleur prolongée reste encore méconnue car ces enfants "trop sages" rassurent les parents et les soignants. Ce tableau trompeur qu'est l'atonie psychomotrice, décrit par Annie Gauvin-Piquard en 1978, touche les jeunes enfants de moins de 6 ans. L'enfant présente un tableau pseudo-dépressif, avec repli sur lui-même, peu d'expression émotionnelle, et un désintérêt pour le monde extérieur, même pour ses jeux favoris. Il a une lenteur des gestes inhabituelle. Cette atonie psychomotrice doit être connue des soignants car elle est proportionnelle à l'intensité de la douleur et nécessite une thérapeutique adaptée.

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR

La circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 précisait déjà que l'évaluation de la douleur au quotidien était un impératif et que chaque professionnel devait être doté d'échelles adaptées. Pour l'enfant, les outils d'auto-

évaluation ne sont possibles que si l'enfant a plus de 6 ans et s'il est communicant. Ainsi, l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle des visages (FPS-R), présentées sous forme de réglottes, indiquent au soignant un chiffre, qui permet de confirmer l'existence de la douleur, d'en évaluer l'intensité et de juger de l'efficacité du traitement.

Le "schéma du bonhomme" permet à l'enfant, dès 6 ans, de dessiner et ainsi de localiser la(es) douleur(s) mais le Questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA), ne sera proposé, qu'à partir de l'âge de 12 ans, dans le contexte d'une douleur chronique.

Pour les enfants en dessous de 6 ans, il faut recourir à une hétéro-évaluation de l'enfant, c'est-à-dire l'observation de son comportement par le soignant avec l'aide de parents. Les échelles utilisées tiennent compte du contexte et de l'âge de l'enfant :

- **L'échelle Douleur et Inconfort du Nouveau-né (EDIN)** est utilisée de 0 à 12 mois.
- **L'échelle EVENDOL**, conçue par le Dr E. Fournier-Charrière, confirme et mesure toute douleur des enfants de 0 à 7 ans aux urgences et en chirurgie. Elle a la particularité d'évaluer tant une douleur aiguë qu'une douleur prolongée. Le soignant note, comme l'indique la réglotte, ce qu'il observe, même s'il pense que les signes ne sont pas dus à la douleur mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou la gravité de la maladie.

De nombreuses échelles existent, adaptées aux situations de handicap, de déficience mentale, de postopératoire ou lors d'une douleur prolongée en cancérologie.

Les soignants doivent donc utiliser l'échelle la plus appropriée selon l'âge et la situation de l'enfant. Toutes les échelles d'évaluation de la douleur de l'enfant sont décrites sur le site de l'association PÉDIADOL, ainsi que la présentation des moyens antalgiques.

Cf. le Guide de poche édité par l'association PÉDIADOL « *Douleur de l'enfant l'essentiel* » paru en 2015 (à télécharger gratuitement ou à commander auprès de SPARADRAP).



<http://www.sparadrap.org/Catalogue/Tout-le-catalogue/Douleur-de-l-enfant-l-essentiel-Ref.D34>

## LA PRÉVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

C'est la plus grande avancée depuis vingt ans qui permet de réaliser désormais des gestes, parfois invasifs, avec peu ou pas de douleur. Chez les tout-petits, le glucose à 30 % ou le saccharose à 24 %, donné avec une tétine 2 minutes avant le geste permet une antalgie efficace pour les soins des nouveau-nés et nourrissons jusqu'à quatre mois. L'allaitement maternel donne le même bénéfice sans retentissement pour les tétées suivantes.

Pour toute effraction cutanée, prise de sang, ponctions diverses, une crème anesthésiante ou un patch appliqués pendant une heure permet d'anesthésier la peau.

Grâce au Pr D. Annequin, le MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) est désormais accessible et largement utilisé dans tous les services de pédiatrie. Ce gaz que l'enfant inhale 3 à 5 mn avant le geste et pendant toute la durée du soin, va faciliter, au-delà de l'antalgie, la distraction, la relaxation et l'hypnose pendant le geste.

Cette prévention de ces douleurs induites a modifié complètement la relation des soignants à l'enfant, évitant les contentions, et permettant de prendre soin de lui avec plus de bientraitance.

## TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Quant aux traitements médicamenteux, aucun antalgique de palier 2 n'existait pour les enfants jusqu'en 1999. À cette date, la codéine a été disponible et le tramadol l'a été à partir de 2004.

Durant cette période, des progrès ont été réalisés au niveau de la galénique du paracétamol et des anti-inflammatoires permettant une administration plus facile pour les petits et plus précise grâce aux pipettes dose-poids.

Depuis 2013, en raison d'accidents graves survenus avec la codéine, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament recommande de ne plus utiliser cet antalgique chez les enfants de moins de 12 ans. Pour y faire face, des alternatives à la codéine sont proposées par un comité d'experts et accessibles sur le site de la Haute Autorité de Santé.

« *La morphine, un médicament pour avoir moins mal* » comme le précise la fiche pratique de SPARADRAP, est désormais utilisée couramment chez l'enfant en milieu hospitalier. Cependant, la présentation et les contraintes de prescription, rendent difficile l'administration de la morphine en ville.

## TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

Pour soulager la douleur de l'enfant, les médicaments ne sont pas l'unique solution car la douleur a une composante émotionnelle. La peur et le stress intensifient la douleur quel que soit l'âge.

Ainsi, mieux informer et préparer un enfant et ses parents à un soin, un examen ou une hospitalisation va modifier la perception de la douleur. C'est un des objectifs de l'association SPARADRAP qui édite nombre de fiches pratiques et de guides pour les enfants et propose un espace Internet avec une rubrique "enfant", ludique et pédagogique.

Quant aux parents, leur rôle est primordial. L'association SPARADRAP valorise la présence des parents lors des soins pour diminuer l'anxiété de l'enfant. Les parents peuvent accéder sur le site Internet dans la rubrique "parents" à des dossiers et conseils.

Quant aux soignants, une rubrique "professionnels" leur est dédiée et de nombreuses formations leur sont proposées par l'association.

## CONCLUSION

Depuis vingt ans, les progrès sont majeurs dans le domaine de la douleur de l'enfant. Désormais, les soignants y sont formés et la reconnaissent, quel que soit l'âge, peuvent l'évaluer grâce à des échelles adaptées. Les moyens de prévenir la douleur induite par les soins contribuent à éviter la contention et permettent de prendre soin des enfants avec davantage de bientraitance même pour des gestes invasifs. La présence des parents diminue l'anxiété de l'enfant et contribue avec la distraction ou l'hypno-analgésie quand les professionnels y sont formés, à modifier la dimension émotionnelle de la douleur. Ainsi, une telle approche associée aux antalgiques disponibles, permet d'éviter la phobie des soins de l'enfant et améliore la relation parent-enfant-soignant. ■

Depuis 23 ans, l'association SPARADRAP agit pour soulager la douleur de l'enfant. L'association propose: des documents illustrés pour les familles et les professionnels, des formations continues et un site Internet:

[www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)



© Association SPARADRAP