

# Soulager la douleur de l'enfant

*Longtemps sous-estimée, voire totalement négligée, la prise en charge de la douleur chez l'enfant s'est beaucoup améliorée au cours des vingt dernières années. Elle reste cependant encore très inégale et trop souvent réduite à une simple prise de médicaments. Or, que ce soit en ville ou à l'hôpital, une prise en charge efficace de cette douleur ne peut se faire sans intégrer la compréhension des besoins particuliers de l'enfant, l'écoute de sa parole, ainsi que la place et le rôle de ses parents.*

Véritable enjeu de santé publique, la prise en charge de la souffrance de l'enfant est une priorité dans les plans de lutte contre la douleur depuis le début des années 2000. « Dans l'histoire de la médecine, c'est quelque chose d'assez récent, constate le docteur Jean Bergounioux, chef de l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (Hauts-de-Seine). Jusque dans les années 1970-1980, on considérait que les bébés ne ressentent pas la douleur. Ils étaient d'ailleurs, la plupart du temps, opérés sans anesthésie. » Si à l'époque certains médecins avaient commencé à s'interroger et à introduire les antalgiques dans les blocs opératoires de néonatalogie, il a fallu attendre la fin des années 1980 pour que la prise en charge connaisse une véritable évolution. En 1987, un article du pédiatre indien Kanwaljee J. S. Anand, publié dans le *New England Journal of Medicine*, révolutionne le regard que porte la science sur la douleur de l'enfant, en particulier ceux du premier âge. « [Le docteur Anand] a montré que le système nerveux des nouveau-nés était en réalité parfaitement fonctionnel et capable de transmettre les influx douloureux au cerveau », précise le professeur Daniel Annequin, ancien responsable du centre de la douleur de l'enfant de l'hôpital Armand-Trousseau, à Paris, et figure majeure de la lutte contre la douleur des enfants en France.

Un peu plus tard, d'autres études ont attesté que soulager efficacement les malades diminue considérablement le risque de complication à l'hôpital. « Si elle n'est pas prise en charge, la douleur altère les fonctions respiratoires et augmente les risques thromboemboliques, de pneumonie et d'infections. Elle retarde aussi la cicatrisation, explique le docteur Bergounioux. La traiter correctement est donc bénéfique à la fois pour les patients et pour l'hôpital, qui évite ainsi l'allongement des séjours et leurs répercussions coûteuses sur les services. » La loi du 4 mars 2002, relative à la qualité du système de santé, reconnaît enfin le soulagement de la douleur comme étant un droit humain fondamental.

Depuis, l'arsenal thérapeutique destiné aux enfants a beaucoup évolué et tous les hôpitaux ont désormais l'obligation d'introduire des protocoles et un suivi spécifique dans leurs prises en charge.

## REPÉRER ET ÉVALUER LA DOULEUR DE L'ENFANT

Selon la définition officielle établie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur, celle-ci est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ». Elle est donc subjective et repose avant tout sur le ressenti du patient, ce qui la rend très difficile à quantifier. « C'est d'autant plus vrai chez les plus jeunes, note Françoise Galland, directrice de l'association Sparadrapp dont l'objectif est d'aider les enfants à avoir moins peur et moins mal pendant les soins et à l'hôpital. La douleur de l'enfant présente certaines spécificités qu'il faut prendre en compte : chez les tout-petits, elle est par exemple ressentie plus intensément du fait de l'immaturation des mécanismes inhibiteurs. Ils ont aussi plus de difficultés à la réguler parce qu'ils n'ont pas les moyens cognitifs de la comprendre et de lui donner du sens. Enfin, ils n'ont pas la possibilité de l'exprimer avec des mots. » Chez un enfant de moins de 3-4 ans, seule l'observation permet de repérer et d'évaluer la douleur. A la maison, c'est surtout le changement de comportement qui doit alerter (l'enfant se plaint, pleure, ne joue plus, dort mal, adopte une position inhabituelle ou manque d'appétit). A l'hôpital, dans les lieux de soins et pendant les consultations spécialisées, les professionnels utilisent des grilles spécifiques qui permettent de mesurer « combien » l'enfant a mal. « Par exemple, l'échelle NFCS (Neonatal Facial Coding System, NDLR) contient une liste d'items à cocher par l'infirmière, détaille le docteur Bergounioux. L'enfant présente-t-il des sourcils froncés, des paupières serrées, des sillons labio-nasaux accentués, la bouche ouverte, la langue



## QUELLES SÉQUELLES POUR LA DOULEUR INTENSE CHEZ LE TOUT-PETIT ?

« La mémorisation d'événements douloureux joue un rôle essentiel dans l'anticipation de l'expérience suivante et peut entraîner des conséquences à long terme, explique Pédiadol, l'association d'information sur la douleur de l'enfant. L'enfant, qui éprouve des émotions très envahissantes, est particulièrement concerné par ce ressenti, dont il ne peut se défendre au cours des premières années. » Les études menées sur la question montrent qu'une douleur intense mal soulagée, surtout lorsqu'elle est répétée, entraîne une majoration de la sensation douloureuse éprouvée lors de gestes ultérieurs. Cela peut conduire à un comportement phobique à l'égard des soins prodigués par les médecins et le monde hospitalier, ainsi qu'à une perte de confiance en l'adulte, à de l'anxiété et à des troubles du comportement. « Dans mon service, je reçois des enfants malades qui viennent de pays où la douleur est mal, voire pas du tout prise en charge, raconte le docteur Bergounioux. Certains arrivent dans de véritables états de stress post-traumatique : ils hurlent et se débattent dès qu'on les approche. Il nous faut entre une semaine et dix jours pour les rassurer. » Pour Pédiadol, ces phénomènes délétères « obligent à une prévention et à un traitement systématique » de la douleur.

tendue et creusée, le menton tremblant ? Tous ces items sont pondérés et livrent ensuite un score à partir duquel un traitement sera ou non mis en place. »

### L'AUTO-ÉVALUATION

A partir de 4 ans, on propose à l'enfant de s'évaluer lui-même en lui demandant s'il a mal « un peu », « moyen », « beaucoup » ou « très fort ». Il peut aussi indiquer sur une règlette sur laquelle six visages symbolisent plusieurs niveaux de douleur celui qui ressemble le plus à ce qu'il ressent. Quand l'enfant atteint l'âge de 6 ans, les soignants peuvent proposer une échelle visuelle analogique (EVA) qui comprend un curseur que l'enfant doit placer aussi haut que sa douleur est vive. Après 8 ans s'ajoute une autre technique, celle de l'échelle numérique simple : l'enfant donne un score à sa douleur situé entre 0 et 10. Malgré toutes ces techniques très utiles, l'auto-évaluation reste compliquée. « Certains enfants très douloureux s'opposent à tout contact, précise le professeur Annequin. Ils peuvent aussi présenter un tableau d'atonie psychomotrice (l'enfant est anormalement calme, NDLR) induisant en erreur.

En outre, ceux qui sont victimes de douleurs chroniques depuis longtemps éprouvent des difficultés à en préciser le niveau actuel. Enfin, l'enfant plus jeune a souvent du mal à nuancer, il choisit les extrêmes. Celui qui semble avoir surcoté sa douleur a bien souvent évalué sa peur, sa tristesse, sa détresse ou son ras-le-bol. » A l'inverse, d'autres enfants peuvent craindre de donner une évaluation élevée par peur de recevoir une piqûre, de devoir rester plus longtemps à l'hôpital ou d'inquiéter leurs parents. « En cas de doute, il faut l'encourager à exprimer ses craintes et surtout toujours rester à l'écoute. C'est essentiel », conseille Françoise Galland.

### MOYENS MÉDICAMENTEUX ET NON MÉDICAMENTEUX

Dès que les activités habituelles de l'enfant (jouer, manger, dormir) sont perturbées par la douleur, un traitement peut être mis en place. « Il en existe deux types, poursuit la directrice de Sparadrapp. Les moyens non médicamenteux et les médicaments contre la douleur. Pour une prise en charge efficace, on associe souvent les deux. Mais une plainte douloureuse ne nécessite pas obligatoirement





**PEAU-À-PEAU ET DOULEUR DU NOURRISSON EN NÉONATOLOGIE**

Née en Colombie en 1978, la pratique du peau-à-peau, qui consiste à placer le bébé simplement vêtu d'une couche sur la poitrine nue de sa mère ou de son père, s'est beaucoup développée dans les services de néonatalogie des pays industrialisés au cours des dernières années. « On l'utilise notamment pour soulager la douleur des bébés qui, en soins intensifs, doivent subir de nombreux gestes très désagréables (ponctions, prises de sang, injections, par exemple, NDLR) », explique Myriam Bliidi, chargée de projets au sein de l'association Sparadrap, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les enfants et les adolescents. Cette technique, pratiquée avant,

pendant et après un geste douloureux, réduit notablement « les manifestations comportementales de douleur chez le nouveau-né prématuré et à terme » et facilite « la période de récupération », comme le précise une méta-analyse publiée récemment par la Société française de néonatalogie (SFN) dans la revue scientifique *Perfectionnement en pédiatrie*. Mais ce n'est pas tout : le peau-à-peau a aussi « des effets positifs sur la quantité et la qualité du sommeil » du nourrisson, sur « les paramètres physiologiques que sont la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la saturation » en oxygène, ainsi que sur « l'attachement et les interactions parents-bébé ».



la prise d'un médicament. Un enfant aura moins mal s'il est mis en confiance, rassuré et consolé. » Vous pouvez commencer par lui faire un câlin, l'installer confortablement sur le canapé ou dans son lit, lui apporter son doudou. « Pour alléger sa peine, on peut aussi tenter de détourner son attention, note le docteur Bergounioux. La distraction est très efficace chez les plus petits. On peut par exemple leur lire une histoire, jouer sur la tablette ou lui proposer un dessin animé. » Autre astuce : la « méthode du chaud et du froid ». Appliquer simplement une bouillote sur un mal de ventre ou une compresse froide sur une bosse peut souvent suffire à soulager. A la maison, si la douleur persiste malgré tout, vous pouvez donner du paracétamol ou de l'ibuprofène, deux antalgiques de niveau 1 disponibles sans ordonnance (attention, évitez toutefois l'automédication avant les trois mois de l'enfant). Veillez à bien respecter la posologie indiquée dans la notice du médicament ou précisée par le pharmacien. En cas de persistance de la douleur, n'hésitez pas à contacter rapidement votre médecin.

**DE LA MORPHINE À L'HÔPITAL**

En cas de douleur intense à l'hôpital, si le paracétamol et l'ibuprofène ne sont pas efficaces, des antalgiques de niveau 2 comme le tramadol ou la nalbuphine (dérivés morphiniques) peuvent être proposés. « Depuis quelques années, le recours à la morphine elle-même (antalgique de niveau 3) s'est également beaucoup développé, constate le docteur Bergounioux. Aujourd'hui, les soignants savent parfaitement la manipuler et ses résultats sont très satisfaisants. » La morphine peut même être prescrite en intraveineuse aux bébés dès la naissance. Elle n'est plus

réservée aux situations graves : on en donne en salle de réveil après une opération des amygdales, par exemple. De même, une aide médicamenteuse, comme des crèmes ou des patchs anesthésiants, peut aussi être proposée pour soulager l'enfant au moment des soins et des examens douloureux. Le Méopa, un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote, qui associe une action anxiolytique, euphorisante et un effet antalgique, permet aux enfants de se détendre et d'avoir moins mal, par exemple pendant une prise de sang ou une ponction lombaire. Chez les nouveau-nés, enfin, quelques gouttes de solution sucrée sous la langue suffisent à libérer assez d'endorphines pour provoquer un endormissement. Le médecin et l'infirmière ont alors quelques minutes pour effectuer le soin nécessaire.

**PRÉSENCE RASSURANTE DES PARENTS**

Que ce soit chez le médecin généraliste, chez le spécialiste ou à l'hôpital, la présence des parents à leurs côtés peut aussi beaucoup aider les enfants qui ont mal. « Les mentalités ont beaucoup évolué ces dernières années, explique Françoise Galland. On a compris qu'il était indispensable que l'enfant puisse garder ses repères et que cela contribuait à limiter la perception douloureuse. Les parents sont de mieux en mieux acceptés et intégrés dans l'organisation des services pédiatriques, mais il reste encore des services où ils sont à peine tolérés. » Avant une hospitalisation, Sparadrap conseille donc de bien se renseigner en amont. Sachez que l'enfant a également besoin de connaître les raisons pour lesquelles il se rend à l'hôpital, ce qui va se passer, et qu'on lui dise qu'il aura peut-être un peu mal mais que l'on fera le maximum pour qu'il souffre le moins possible. « S'il est bien informé à l'avance, il adhèrera plus facilement aux soins et aux traitements. L'enfant aura également plus confiance dans les adultes qui s'occuperont de lui », ajoute Françoise Galland.

Enfin, dans la mesure du possible, optez plutôt pour un hôpital qui autorise l'un des parents à passer une ou plusieurs nuits avec l'enfant même si les conditions d'accueil sont encore très loin d'être idéales. « Toutes ces problématiques sont liées à des questions de moyens et d'organisation, ce n'est pas qu'une histoire de volonté, conclut le docteur Bergounioux. Dans les salles de réveil ou de réanimation, on manque souvent de place pour recevoir les parents. On peut avoir à intervenir d'urgence sur un enfant, avec des manipulations qui peuvent choquer... Mais tout cela progresse, chaque année, dans le bon sens. »



**Savoir plus**

- [Sparadrap.org](http://Sparadrap.org), le site de l'association Sparadrap.
- [Pediadol.org](http://Pediadol.org), le site de l'association Pediadol.



# De nombreux pays en proie à des flambées de rougeole

*Face au nombre important des cas de rougeole en France et à travers le monde, le ministère de la Santé a rappelé que la vaccination était la seule protection individuelle et collective face à la maladie. Un vaccin sûr et efficace, qui n'a rien à voir avec l'augmentation du risque d'autisme comme le croient à tort les « anti-vax ».*

**A** lors que la rougeole était en diminution depuis 2016, le nombre de cas a été multiplié par quatre dans le monde au premier trimestre 2019 par rapport à la même période l'an passé. C'est ce que vient d'annoncer l'Organisation mondiale de la santé (OMS), précisant que les zones les plus touchées étaient celles de l'Afrique et de l'Europe. Bien que les données soient encore provisoires, « elles indiquent une tendance claire : de nombreux pays sont en proie à d'importantes flambées de rougeole », précise l'agence spécialisée de l'ONU.

En France, même si les chiffres demeurent moins élevés que l'année dernière, « l'augmentation rapide du nombre de cas et l'identification de foyers épidémiques dans plusieurs régions font craindre une épidémie sur l'ensemble du territoire », indique le ministère de la Santé sur son site internet. Selon le dernier bulletin épidémiologique de l'agence Santé publique France daté du 10 avril, 633 cas de rougeole ont été déclarés depuis le 1<sup>er</sup> janvier (contre 1 686 cas sur la même période en 2018), dont 193 hospitalisés (10 en réanimation), 50 compliqués de pneumopathies et un décès. Au total « 92 % des cas sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés », précise l'agence, et « 71 départements ont déclaré au moins un cas au cours de la période ».

## LA VACCINATION, SEULE PROTECTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Dans ce contexte, le ministère de la Santé a tenu à rappeler que la vaccination était « la seule protection individuelle et collective » contre la maladie, sachant qu'une couverture efficace correspondait « à deux doses de vaccin ». Ainsi, « pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980, il est donc urgent de vérifier sa vaccination et de consulter son médecin traitant en cas de doute ».

Dans les pays occidentaux, la résurgence de la rougeole est attribuée au mouvement grandissant de défiance envers la vaccination, très actif sur internet et les réseaux sociaux. Ceux que l'on appelle

désormais les « anti-vax » s'appuient notamment sur une publication de 1998 évoquant un rapport entre le vaccin contre la rougeole et une augmentation du risque d'autisme. Pourtant, plusieurs études menées ensuite ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre les deux et que l'auteur de la publication avait falsifié ses résultats.

## UNE INFECTION VIRALE TRÈS CONTAGIEUSE

Souvent considérée à tort comme une pathologie bénigne de l'enfance, la rougeole « est une infection virale potentiellement grave pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif », rappelle Santé publique

France. Si la maladie guérit spontanément chez la plupart des individus, des complications dues au virus même ou à des surinfections restent possibles : laryngite, otite, pneumonie et, plus grave encore, encéphalite pouvant entraîner la mort.

La rougeole est aussi la plus contagieuse des maladies infectieuses : à lui seul un malade peut contaminer 15 à 20 personnes. Elle se transmet par la projection de gouttelettes salivaires ou respiratoires, en particulier lors de la toux et des éternuements. La contagiosité des cas de rougeole débute environ quatre jours avant l'éruption et dure jusqu'à quatre jours environ après le début de l'éruption.

Recommandé dès l'âge de un an, le vaccin est donc particulièrement important, surtout lorsque l'enfant est en collectivité car il peut contaminer des bébés trop jeunes pour être vaccinés, également plus fragiles face à la maladie. Rappelons en outre que le ROR (rougeole-oreillons-rubéole) est obligatoire en France et remboursé à 100 % par l'Assurance maladie jusqu'à l'âge de 18 ans.

**DELPHINE DELARUE**

