

Le Traitement de la Douleur chez l'Enfant



1

Rapport d'immersion en communauté 2006

Joanna Caetano

Thaïs Wavre

Sarah Berrut-Maréchaud

Samuel Blaser

Table des matières

1	Introduction.....	4
1.1	Pourquoi avons-nous choisi ce sujet ?.....	4
1.2	Deux définitions.....	4
2	Historique.....	5
3	Physiologie de la douleur.....	6
4	Embryologie du système nerveux.....	8
5	L'humain confronté à la douleur.....	11
5.1	Le vécu des soignants.....	12
5.2	Le vécu des enfants.....	13
5.3	Le vécu des parents.....	14
5.4	Cultures et religions face à la douleur.....	15
6	Évaluation de la douleur.....	16
6.1	L'auto-évaluation.....	18
6.1.1	Échelle visuelle analogique (EVA)	19
6.1.2	Échelle numérique simple.....	19
6.1.3	Échelle verbale simple.....	20
6.1.4	Échelle des jetons.....	20
6.1.5	Échelle des visages.....	20
6.1.6	Localisation sur un dessin.....	21
6.2	L'hétéro-évaluation.....	22
6.2.1	EDIN (grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né).....	22
6.2.2	DAN (grille d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né).....	23
6.2.3	PIPP (grille 'première infant pain profile').....	24
6.2.4	NFCS (néonatal facial coding system).....	25
6.2.5	Grille Amiel-Tison.....	25
6.2.6	Échelle Confort.....	26
6.3	Le rôle des parents dans évaluation.....	26
7	Traitement de la douleur.....	28
8	Les médicaments.....	29
8.1	Antalgiques de niveau 1.....	29
8.2	Antalgiques de niveau 2 (morphiniques faibles).....	30
8.3	Antalgiques de niveau 3 (morphine).....	30
8.4	Le traitement de la douleur liée aux soins.....	32
8.4.1	EMLA®.....	32
8.4.2	MEOPA.....	33
8.4.3	Les solutions sucrées chez le nouveau-né.....	34
8.4.4	L'hypnose.....	34
9	Sondage micro-trottoir.....	36
9.1	Exemplaire du questionnaire utilisé.....	36
9.2	Graphiques.....	37
9.2.1	A partir de quel âge un enfant ressent-il la douleur?.....	37
9.2.2	Faut-il traiter la douleur chez l'enfant?.....	38
9.2.3	Êtes-vous pour ou contre le traitement de la douleur à la morphine chez	

l'enfant?.....	39
9.3 Interprétation des résultats.....	40
10 Economie et statut des assurances.....	40
10.1 Remboursement des médicaments.....	41
10.2 Les antalgiques.....	41
11 Conclusion.....	42
12 Nous remercions.....	43
13 Bibliographie.....	43

1 Introduction

1.1 Pourquoi avons-nous choisi ce sujet ?

Le sujet est vaste et peut être abordé de différentes manières. Chacun de nous a ainsi trouvé ses propres raisons pour s'intéresser au traitement de la douleur chez l'enfant. Un des aspects les plus troublant est la prise de conscience très tardive, dans les années 1980, du fait que les enfants, eux aussi, pouvaient souffrir et devaient profiter, au même titre que les adultes, de toutes les ressources en termes d'analgésie que la médecine connaît. Nous avons abordé notre enquête en ne sachant pas trop à quoi nous attendre. Nous ne savions pas si des interventions parfois lourdes étaient encore pratiquées sans anesthésie ici à Genève, nous ne connaissions pas la puissance des moyens pharmacologiques existants pour traiter les douleurs de l'enfant, nous voulions savoir comment se passait la prise en charge de la douleur et comment les enfants vivaient ces moments. Nous avons commencé ce stage avec toute une série d'interrogations sur les côtés pratiques mais aussi humains du traitement de la douleur. Et c'est en pensant à toutes ces questions que nous avons décidé de choisir ce sujet passionnant.

1.2 Deux définitions...

La définition de la douleur n'est pas aisée. La nature même de la douleur rend le problème complexe. Selon le philosophe Paul Ricoeur, il faut distinguer la douleur de la souffrance et le terme de douleur doit être réservé à « des affects ressentis comme localisés dans le corps » alors que la souffrance couvre un champ plus vaste et est plutôt liée à « des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement ». En ce qui concerne la douleur, et encore plus la douleur de l'enfant, le corps médical ne fait que commencer

à apercevoir toutes les subtilités des mécanismes en jeu. Il y a peu, nous pensions, avec toutes les conséquences que cela entraîne, que les petits enfants n'étaient pas capables de ressentir la douleur. Comme nous le verrons, il existait plusieurs arguments qui appuyaient cette croyance.

2 Historique

(Avec nos remerciements à Mme J. Droux)

Jusqu'à très récemment dans l'histoire, la douleur n'avait pas de grande importance dans les esprits scientifiques. En effet, la société a longtemps eu d'autres préoccupations. L'enfant, quant à lui, n'a gagné en considération que très tardivement. Ainsi la douleur chez l'enfant n'a pu se faire entendre qu'à la fin des années 80. Nous allons parcourir en bref l'histoire afin d'expliquer les raisons d'une telle négligence.

Au 18^{ème} siècle, la moitié des enfants ne survivaient pas à leur première année de vie et un quart n'atteignaient pas 10 ans. A la fin du 18^{ème} siècle, pour des raisons économiques et notamment pour augmenter l'effectif des armées, les gouvernements européens adoptent une politique pro nataliste. Ce changement politique contribue à la création de cliniques pédiatriques, la préoccupation principale étant alors de diminuer la mortalité infantile. De son côté, la douleur est toujours négligée. A Genève, on crée alors l'Hôpital des enfants. L'investissement dans les soins des enfants est devenu possible par l'augmentation des richesses, par une meilleure répartition des impôts et par des dons privés.

Entre 1880 et 1890, le monde scientifique découvre enfin le lien entre infections et microorganismes. La médecine de laboratoire prend son essor et devient très répandue. Les enfants étant des vecteurs importants des maladies infectieuses, le nombre des institutions pédiatriques augmente.

Au début du 20^{ème} siècle, on voit apparaître un nouveau courant de pensée, l'eugénisme. Ce mouvement a induit une politique où l'enfant est devenu une préoccupation centrale de la société. La démocratisation a amené à investir dans le système d'éducation et tous les enfants de quatre à treize ans furent obligatoirement scolarisés. Entre 1910 et 1920, la qualité des prestations de soin à l'école s'améliore et permet un suivi de la santé des enfants.

En 1945, le développement d'une pénicilline stable pour le traitement des infections diminue la mortalité de la population. Cette amélioration modifie les priorités dans le système de santé. La notion de santé elle-même change, elle n'est plus seulement l'absence de maladie mais devient, selon l'OMS, un bien-être physique, psychique et social.

Il faudra encore attendre quarante ans avant que la douleur de l'enfant bénéficie de cette prise de conscience.

3 Physiologie de la douleur

Nous avons dans notre corps des neurones qui transmettent l'information douloureuse -ou nociceptive- depuis la périphérie jusqu'à la moelle. Ces fibres afférentes, les nocicepteurs, sont appelées A delta et C. Les fibres A delta se trouvent surtout au niveau de la peau et transmettent les influx nerveux avec une vitesse moyenne de 30 mètres par seconde ; elles sont activées par des phénomènes mécaniques ou thermiques intenses. Les fibres C, quant à elles, existent dans tout l'organisme (peau, viscères, muscles, articulations), sont nettement plus nombreuses et transmettent l'influx à une vitesse beaucoup plus faible de 2 mètres par seconde. Tous les stimuli mécaniques, thermiques, chimiques peuvent les activer pourvu que leur intensité soit suffisante. L'activation des nocicepteurs (A delta et C) peut être le fait de stimulations directes ou de phénomènes inflammatoires libérant des substances

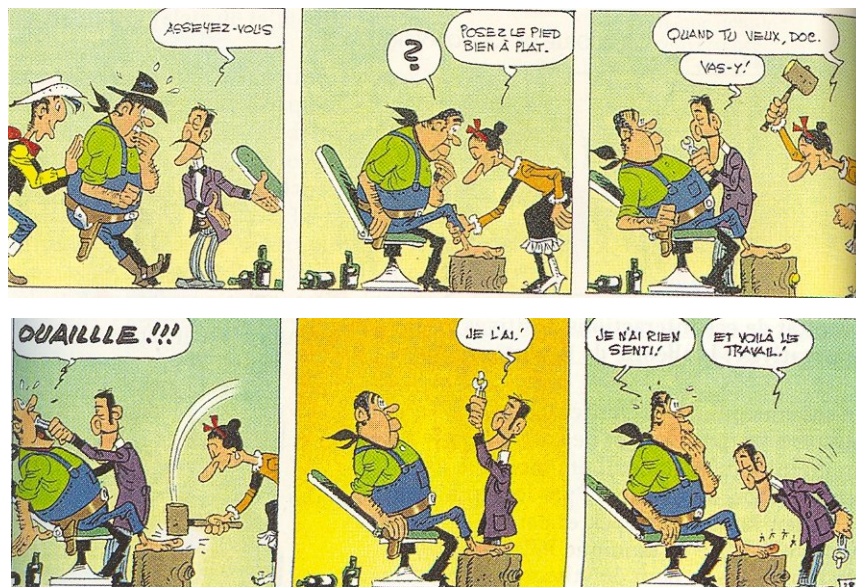
algogènes ou des substances diminuant le seuil d'activation des nocicepteurs, les rendant ainsi plus sensibles.

Une fois le nocicepteur activé, l'influx nerveux se propage le long du nerf jusqu'à la moelle. Les fibres nociceptives (qui cheminent à côté des fibres sensorielles non douloureuses) pénètrent dans la moelle au niveau de la corne postérieure (substance grise) et se terminent à cet endroit en formant une synapse avec le neurone-relais médullaire. Ce dernier se dit « *à convergence* », car il reçoit à la fois des informations douloureuses et non douloureuses. Son axone se prolonge jusqu'au cerveau. Les neurones à convergence sont donc activés par les nocicepteurs et peuvent être inhibés par les fibres sensorielles. Ainsi, dans certaines circonstances, froter, masser ou appliquer de la chaleur ou du froid sur une zone douloureuse peut apporter un soulagement. C'est ce qu'on appelle « *théorie de la porte* » ou « *gate control* ». Les neurones à convergence ont des contacts avec les neurones commandant les mouvements musculaires, ce qui explique les mécanismes réflexes de retrait. Toutefois, l'essentiel des messages est transmis vers des neurones situés dans le cerveau. L'axone issu du neurone à convergence monte dans la moelle et forme la voie ascendante de la moelle. Cette voie se termine en partie dans le thalamus et y forme un nouveau relais qui monte jusqu'au cortex qui lui-même joue un rôle dans la perception du caractère sensoriel de la douleur. L'autre partie de la voie ascendante se termine dans le tronc cérébral et déclenche les manifestations neuro-végétatives de la douleur : augmentation de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, sueurs.... Elle met également en jeu des réactions endocriniennes et métaboliques de la douleur, des réactions motrices de fuite et d'attaque.

Les structures cérébrales exercent également un contrôle au niveau des cellules à convergence, c'est « *le contrôle inhibiteur descendant de la douleur* ». En effet, le système nerveux est capable de sécréter ses propres morphines, qu'on appelle endomorphines – les endorphines, les enképhalines, les dynorphines-. Ces endomorphines peuvent bloquer la porte de la douleur en empêchant les fibres nociceptives de transmettre le message au neurone relais. En effet on trouve à ce

niveau de nombreux neurones contenant des morphiniques ainsi que des récepteurs à ces substances dans la partie terminale des fibres nociceptives. De la même manière, l'application directe de morphine au niveau de certaines structures cérébrales active les contrôles inhibiteurs descendants de la douleur.

Il existe également un autre type de mécanisme inhibiteur descendant : la douleur fait partie des facteurs susceptibles d'activer ces contrôles descendants. En effet, un stimulus douloureux intense exercé dans une région de l'organisme peut s'opposer à la transmission des influx douloureux au niveau de tous les neurones relais médullaires. On appelle ce phénomène « *contrôle inhibiteur diffus nociceptif* ».

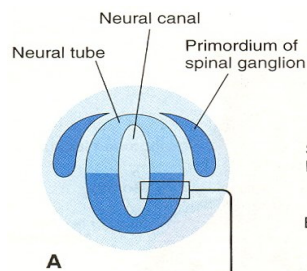


4 Embryologie du système nerveux

Lors de la quatrième semaine du développement humain se forment les différentes ébauches des organes du corps. En ce qui concerne le système nerveux, les structures

telles que somites et plaque neurale (dérivant de l'ectoderme) formées pendant la troisième semaine s'y différencient. Les somites s'isolent progressivement du mésoderme para-axial et se divisent en trois types d'ébauches : les myotomes (à l'origine de la musculature segmentaire du dos), les dermatomes (formant le derme du scalp, du cou et du tronc) et les **sclérotomes** (qui donnent naissance aux vertèbres). Au cours de cette quatrième semaine de développement se déroule la neurulation, c'est-à-dire, transformation de la plaque neurale en tube neural avec séparation concomitante de la crête neurale qui donnera les ganglions sensitifs le long de la colonne vertébrale. Le tube neural se différencie ensuite en **encéphale et moelle épinière**, composantes majeures contribuant à notre perception de la douleur. Nous les traiterons désormais séparément en distinguant cerveau d'une part et moelle et périphérie d'autre part.

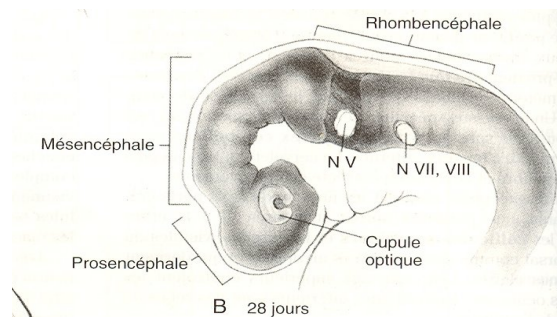
Figure 1 : Formation du tube neural et des crêtes neurales.²



Dès le 19^{ème} jour, l'encéphale se subdivise en trois vésicules dites primaires -le prosencéphale (cerveau antérieur), le mésencéphale (cerveau moyen) et le rhombencéphale (cerveau postérieur)-. Au cours de la cinquième semaine, le mésencéphale s'élargit et le prosencéphale et le rhombencéphale se divisent chacun en deux, créant finalement cinq vésicules cérébrales secondaires : le prosencéphale donnant le télencéphale et le diencéphale, et le rhombencéphale se séparant en métencéphale et myélocéphale. Dans chaque vésicule, le canal neural se dilate en une cavité-le ventricule primitif- ventricules qui deviendront les ventricules définitifs du cerveau mature.

² Tiré de LARSEN, Embryologie humaine 2ème édition française, Edition De Boeck

Figure 2 : Les vésicules primaires³



Le tronc cérébral dérive ainsi du mésencéphale primitif (qui donne son nom à la structure définitive), du myélencéphale, et d'une partie du métencéphale (qui donnera le pont).

Les centres supérieurs comprennent le prosencéphale et le cervelet qui vient de la deuxième partie du métencéphale. Ce dernier entame son développement à la sixième semaine de gestation et le continue après la naissance.

Le prosencéphale, quant à lui, donne le télencéphale, qui fournit entre autres les **hémisphères cérébraux** et la capsule interne, et le diencéphale, qui forme le **thalamus** (relais entre le cortex cérébral et la périphérie) et l'**hypothalamus** (qui participe au système limbique, c'est-à-dire au contrôle de l'émotion et à la coordination de la réponse affective, soit à la perception de la douleur). Dès lors, avec l'acquisition de ces dernières structures que sont les hémisphères, le thalamus et l'hypothalamus, on peut affirmer que toutes les structures nécessaires aux étapes « centrales » de la perception du stimulus douloureux sont en place.

Au fur et à mesure que progresse le développement du cerveau, les axones grandissent et sortent du système nerveux central (moelle épinière) et des ganglions (ubiquitaires le long de la moelle dès le trentième jour de gestation) pour innover finalement leur organe cible. Ces axones atteignent leur structure grâce à un mouvement actif de filopodes appelé « *cône de croissance* » qui les guident vers leur

³ Tiré de LANGMAN, Embryologie médicale, 7ème édition, Edition Pradel

destination. Une fois que le cône de croissance a atteint sa cible, il s'arrête et forme une synapse.

Les premiers axones qui émergent de la moelle épinière sont produits par les motoneurones somatiques des colonnes grises ventrales. Ces fibres se trouvent dans la région cervicale au trentième jour de développement et subissent une progression crânio-caudale le long de la moelle épinière. Lorsque le bout de chaque racine ventrale s'approche du ganglion de la racine dorsale correspondante, les neurones de ce ganglion commencent à émettre leurs axones en deux branches, une s'approchant de la moelle et une s'en éloignant. Les bourgeons des membres qui se développent au cours de la sixième semaine sont donc innervés dès leur mise en place.

Les premiers nocicepteurs, quant à eux, apparaissent au cours du 2^{ème} mois de vie foetale et recouvrent toute la surface du corps au 5^{ème} mois. Les neurotransmetteurs de la douleur sont fabriqués à partir du 4^{ème} mois. Nous possédons donc ainsi tous les éléments « périphériques » indispensables au cheminement de l'influx douloureux, puisque l'ensemble des voies transmettant la douleur est définitivement en place au début du 6^{ème} mois.

Les nouveau-nés et prématurés ressentent donc la douleur. Comme il a été dit ci-dessus, le système de la nociception se met en place pendant la vie utérine, même s'il ne fonctionne pas dès la naissance, comme celui de l'adulte. Si l'ouverture de la « porte » fonctionne, les contrôles inhibiteurs sont défaillants chez l'enfant et le système des endomorphines nécessitera plusieurs semaines avant d'être complètement opérationnel. L'ensemble des données actuelles nous permet donc d'affirmer que, dès la naissance, non seulement **l'enfant perçoit la douleur**, mais il la perçoit **plus intensément que l'adulte**.

5 L'humain confronté à la douleur

L'enfant qui a mal est au centre des préoccupations de nombreuses personnes. Les

parents et les soignants sont aussi affectés par sa douleur mais chacun vit ces moments de manière différente. Nous avons voulu en savoir plus sur leur vécu, leur émotions et leur façon d'aborder la prise en charge de la douleur chez un enfant.

5.1 Le vécu des soignants

Nombreux sont les soignants qui continuent à entretenir des à priori sur la douleur. Avec des phrases telles que « ça ne fait pas mal » ou « ça passera », ils nient la douleur de l'enfant. Au contraire, il faut accepter qu'un enfant puisse avoir mal, sans remettre sa parole en question. D'ailleurs, tous les médecins que nous avons eu l'occasion d'interroger nous ont confirmé que, actuellement, il n'y a plus de réticences pour traiter un enfant. En effet, comme nous l'avons vu avec les systèmes d'évaluation, la parole de l'enfant est le point de départ des traitements antalgiques. En revanche, la situation n'était pas si bonne il y a encore quelques années. A cette époque, comme nous l'avons vu, on considérait que les nouveaux-nés ne ressentaient aucune douleur. On pratiquait couramment plusieurs gazométries chaque jour sur les nourrissons et, en 1985, on effectuait encore des thoracotomies sans anesthésie sur des prématurés de 500 grammes.

Cependant, d'après le témoignage de parents, les progrès dans la prise en charge de la douleur n'ont pas encore pris leur place dans les esprits de tous les soignants (cf §5.3 page 14).

Même si le corps médical, dans sa majorité, s'accorde sur la nécessité d'un traitement systématique de la douleur, il rencontre rapidement des obstacles pratiques. Le manque de temps, l'absence de matériel adéquat ainsi que le manque de personnel spécialisé sont les reproches les plus souvent émis par les soignants à Genève.

D'autres obstacles, émotionnels cette fois, jouent un rôle important dans le vécu du

corps médical.

Souvent confrontés à la frustration d'un échec thérapeutique et à l'anxiété inhérente à la relation avec l'enfant douloureux, le soignant réagit différemment selon son expérience et sa personnalité.

Pour éviter ces sentiments d'impuissance, il peut soit responsabiliser l'enfant et minimiser sa douleur (« c'est de la comédie, il est douillet ») ou alors reconnaître ses émotions et les accepter.

5.2 Le vécu des enfants

L'enfant à partir de 5 ans sait cacher ses sentiments pour ne pas inquiéter ses parents. La période après le diagnostic est particulièrement difficile pour lui, car souvent sa famille est submergée par la maladie et la communication en est fortement diminuée. La lourdeur des soins, leur chronicité transforment ses parents en soignants, ce qui peut diminuer encore leur relation avec lui ou, au contraire, la renforcer. La douleur ne provoque pas seulement un changement dans la relation de l'enfant avec son entourage, mais peut aussi parfois mener à la dépression.

On utilise, en pédiatrie, le DSM IV⁴ pour évaluer le psychisme de l'enfant.

Pour les nourrissons, la classification psychiatrique de Greenspon est utilisée:

On parle d'atonie psychomotrice lorsqu'il y a disparition de l'initiation motrice, lenteur et latence des mouvements, réduction de la mobilité et perte de l'ajustement postural.

L'atonie psychique est quant à elle caractérisée par un désintérêt du monde extérieur, une altération de la capacité à réagir ainsi qu'une altération de la capacité à interagir.

4 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Edition MASSON

5.3 Le vécu des parents.

Comme nous l'avons dit auparavant, les parents sont les plus exposés au vécu douloureux de leur enfant. Les soignants doivent donc également prendre en charge leur douleur, leur anxiété et leurs préoccupations. Des explications claires et précises au sujet des soins les rassurent facilement.

La participation des parents aux soins permet de diminuer la souffrance de l'enfant et son inquiétude face aux gestes médicaux.

Nous nous sommes rendus dans le service de pédiatrie et avons pu interroger deux mères de famille au vécu bien différent face à la prise en charge de la douleur de leur enfant.

La première était pleinement satisfaite de la prise en charge de la douleur de sa fille de un an. Celle-ci recevait de la morphine grâce à une pompe. Le fait de pouvoir appuyer sur la commande elle-même en fonction de la douleur qu'elle percevait sur le visage de sa fille la rassurait beaucoup. L'équipe de la douleur est passée régulièrement la voir pour évaluer son état. De son côté, la mère, très satisfaite de la prise en charge de son enfant, regrettait néanmoins le manque de structure d'accueil pour les parents, obstacle à sa disponibilité auprès de sa fille.

Pour la deuxième maman, l'expérience fut différente.

Selon elle, sa fille n'a pas bénéficié de toute l'attention qu'elle méritait. Sa douleur, bien qu'identifiée, n'a pas toujours été prise en compte ni reconnue. En effet, elle trouvait que le personnel soignant avait tendance à minimiser sa souffrance. Bien que le contact avec l'équipe de la douleur ait été facile, elle a rencontré plusieurs problèmes, notamment concernant l'utilisation de la pompe à morphine. Cette maman était beaucoup plus anxieuse que la première.

Ces témoignages nous ont montré que malgré une prise en charge globalement

similaire, le ressenti des proches pouvaient être totalement opposé et changer leur manière de traverser cette épreuve.

5.4 Cultures et religions face à la douleur

Il a été observé que certaines communautés Africaines reniaient complètement la douleur, considérant la prise d'antalgiques comme un déshonneur. D'un autre côté, sur le continent asiatique, on a plutôt tendance à ne pas exprimer sa douleur, contrairement à ce qui se passe dans les pays méditerranéens.

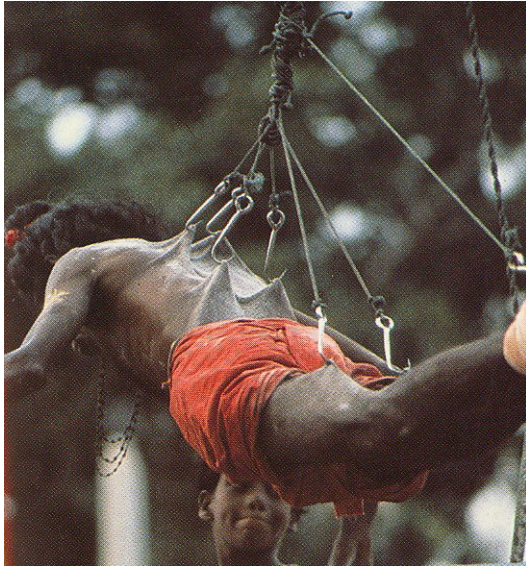
En 1987, en France, on donne des doses vingt fois plus faibles de morphine pour une même pathologie que dans les pays scandinaves. En Angleterre, en revanche, la conscience de l'inutilité de la douleur et de son caractère néfaste a entraîné l'ouverture d'hospices pour soulager les douleurs des personnes en fin de vie.

De nombreux rites de passage à l'âge adulte sont encore pratiqués dans certaines cultures.

Dans certaines communautés de Ceylan, par exemple, on suspend encore un élu sur une charrette à l'aide de crochets enfoncés sous la peau, puis on passe de village en village afin que celui-ci bénisse les enfants et les récoltes.

Figure 3. Suspension rituelle⁵

⁵ DELORME T., *La douleur, un mal à combattre*, Découvertes Gallimard, 1999.



Il semble que la douleur soit vécue et représentée différemment selon la symbolique religieuse dans certaine communauté et cela peut avoir un impacte sur sa prise en charge. Par exemple, le catholicisme présente la douleur sous une forme punitive mais rédemptrice, qui rapproche de Dieu. L'islam, quant à lui, la considère comme une épreuve et non comme une punition, qu'on a les moyens de vaincre grâce à la médecine et par la prière. De son côté, l'hindouisme interprète la douleur comme le résultat de l'ignorance de l'homme qui peut être comblée par la spiritualité. Pour les bouddhistes, la douleur est une punition pour les mauvaises actions effectuées dans la vie passée, ce qui en fait une douleur purificatrice. Cependant, dans notre société, les inclinaisons religieuses des parents ont moins de conséquences sur le traitement ou les soins prodigués aux enfants.

6 Évaluation de la douleur

(avec nos remerciements au Dr W. Habre)

L'évaluation est la reconnaissance d'une douleur, l'estimation de son intensité et sa caractérisation. Elle est donc la première étape essentielle dans la prise en charge de toute douleur. C'est l'enfant qui est le mieux placé pour la décrire mais son expression

évolue en fonction de son âge (*figure 1*). Il s'agira donc d'adapter le type d'évaluation à son mode de communication. En effet, chez l'enfant qui ne parle pas encore, l'interprétation de son comportement devra remplacer l'information verbale. Dans cette situation, les remarques des parents prennent toute leur importance. En effet, ce sont les premiers à distinguer une manifestation douloureuse chez leur enfant et les plus à même de la comprendre.

figure 4. Compréhension de l'enfant en fonction de l'âge

Age	Compréhension de l'enfant
0-1 an	Possède les récepteurs de la douleur et le système de transmission Les mécanismes physiologiques de contrôle de la douleur sont immatures Les fonctions cognitives sont insuffisantes pour permettre l'évaluation de sa propre douleur
1-3 ans	Répertoire d'environ 150 mots Peut exprimer la localisation de sa douleur Pas de notion de temps Peut pas se projeter dans l'avenir
3-6 ans	Répertoire d'environ 1500 mots Peut se plaindre spontanément Pas de notion de temps Associe la douleur à une punition
6-12 ans	Peut décrire sa douleur Notion de temps Peut faire le lien entre la douleur et sa cause possible

La douleur doit être évaluée si on suspecte que l'enfant souffre, s'il se trouve dans une situation qui peut induire une douleur, ou s'il a un comportement inhabituel. Cette évaluation peut aussi devenir systématique dans certains cas, comme lors de maladies chroniques. Il faut évaluer la douleur régulièrement et la réévaluer 30-60 minutes après la prise d'analgésiques.

Les signes de la douleur sont différents pour des douleurs prolongées, aiguës, ou

neuropathiques. Dans le cas d'une **douleur prolongée**, une atonie psychomotrice est observable avec les signes suivants: une disparition de l'expression émotionnelle, un désintérêt pour le monde externe, une lenteur des mouvements, et une diminution de la motricité. Dans le cas de la **douleur aiguë**, les signes incluent: un visage contracté, des grimaces, des pleurs et des cris, une tachycardie, une présence de postures antalgiques, une raideur, une protection de la zone douloureuse, une diminution de la saturation d'O₂, une hypertension artérielle, une agitation et le refus de jouer. Pour une **douleur neuropathique**, les symptômes tels que des fourmillements, une allodynie, une sensation de décharge électrique, et une sensation de brûlure peuvent apparaître.

Il existe deux types d'évaluation:

L'auto-évaluation est possible dès l'âge de six ans. L'enfant y exprime lui-même sa douleur avec des mots, des chiffres, ou des dessins. Cette manière de faire est la plus appropriée et la plus objective.

L'hétéro-évaluation doit être effectuée par une autre personne et est basée sur l'observation du comportement de l'enfant.

6.1 L'auto-évaluation

L'auto-évaluation est basée sur l'information donnée par l'enfant. L'évaluation est facilitée par l'utilisation de différentes échelles standardisées. Les points positifs de leur utilisation sont leur objectivité, la facilité de la communication des informations obtenues entre les services, et l'instauration d'un traitement plus efficace. Malgré les avantages des échelles, elles sont souvent peu utilisées à cause du manque de temps et d'expérience des soignants, leur lecture difficile, et le grand nombre d'échelles disponibles qui rend le choix difficile.

6.1.1 Échelle visuelle analogique (EVA)

Cette échelle facilite l'auto-évaluation chez les enfants de six ans et plus. L'échelle est constituée d'une règle verticale avec un triangle d'un côté et des chiffres de l'autre côté. Le côté avec le triangle est celui que l'enfant voit et utilise en déplaçant un curseur pour désigner l'intensité de sa douleur. Le soignant utilise l'autre côté pour attribuer une valeur numérique (de 0 à 100) à celle exprimée par l'enfant. (Figure 2)

Figure 5. Signification des résultats

Valeur	Intensité de la douleur
10-30	Légère
30-50	Modérée
50-70	Intense
70-100	Très intense

Cette échelle ne peut pas être utilisée par des enfants en-dessous de six ans car, même si à partir de quatre ans, ils en comprennent le fonctionnement, ils ne sont pas capables de l'utiliser correctement, désignant essentiellement le 0 ou le 100.

Figure 6. Règlette EVA⁶



6.1.2 Échelle numérique

simple

Cette échelle permet une évaluation sans matériel chez les enfants âgés de 8 ans ou plus. Ils situent l'intensité de leur douleur entre 0 et 10, 10 étant la douleur la plus

6 Tiré de www.pediadol.org

forte qu'ils puissent imaginer et 0 représentant l'absence de douleur.

6.1.3 Échelle verbale simple

L'échelle verbale simple est utilisable dès l'âge de 4 ans. L'enfant utilise des mots simples pour décrire sa douleur. Bien que cette évaluation soit aisément applicable, elle a l'inconvénient de ne pas être très précise.

6.1.4 Échelle des jetons

L'échelle des jetons est employée dès l'âge de 4 ans. L'enfant a quatre jetons à disposition et choisit un nombre de jetons correspondant à l'intensité de sa douleur.

6.1.5 Échelle des visages

C'est l'évaluation la plus répandue en pédiatrie à Genève. On s'en sert chez les patients à partir de 4 ans. On leur demande de désigner le visage qui représente le mieux leur douleur. Ils choisissent parmi six visages différents qui varient d'une expression neutre à une expression grimaçante.

Figure 7. Echelle des visages⁷



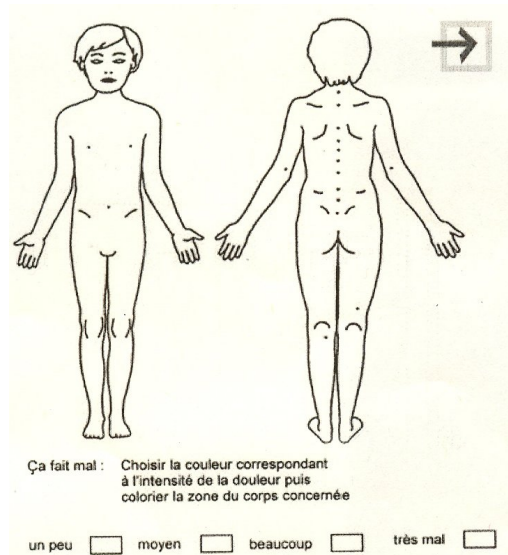
⁷ Tiré de www.pediadol.org

6.1.6 Localisation sur un dessin

Cette échelle est utilisable dès l'âge de 4 ans. C'est la seule échelle qui permet de quantifier l'intensité et la localisation d'une douleur simultanément. L'enfant colorie les zones où il a mal et indique l'intensité de sa douleur en utilisant différentes couleurs.

Figure 8. Schéma corporel⁸

⁸ Tiré de www.pediadol.org



6.2 L'hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation est utilisée quand l'autoévaluation est impossible. Dans ce type d'évaluation, un soignant évalue la douleur de l'enfant en utilisant des échelles qui varient selon son âge et la situation clinique. Il est important de toujours se référer au comportement habituel d'un enfant du même âge en bonne santé.

6.2.1 EDIN (*grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né*)

L'échelle EDIN est utilisable chez les nouveau-nés et les bébés jusqu'à l'âge de trois mois. L'échelle évalue une douleur prolongée et l'inconfort chez l'enfant. Elle est basée sur le visage, le corps, le sommeil, la relation avec le monde extérieur, et la réponse de l'enfant au réconfort.

Le soignant utilise la grille ci-dessous pour attribuer un score qui peut varier entre 0 et 15. Un score supérieur à 5 confirme la présence d'une douleur.

Figure 9. Grille EDIN⁹

Visage

- 0 ⇒ Visage détendu
- 1 ⇒ Grimaces passagères : froncement des sourcils / Lèvres pincées / Plissement du menton / Tremblement du menton
- 2 ⇒ Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées
- 3 ⇒ Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé

Corps

- 0 ⇒ Détendu
- 1 ⇒ Agitation transitoire, assez souvent calme
- 2 ⇒ Agitation fréquente mais retour au calme possible
- 3 ⇒ Agitation permanente : crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé

Sommeil

- 0 ⇒ S'endort facilement, sommeil prolongé, calme
- 1 ⇒ S'endort difficilement
- 2 ⇒ Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité
- 3 ⇒ Pas de sommeil

Relation

- 0 ⇒ Sourire aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute
- 1 ⇒ Appréhension passagère au moment du contact
- 2 ⇒ Contact difficile, cri à la moindre stimulation
- 3 ⇒ Refuse le contact, aucune relation possible. Hurllement ou gémissement sans la moindre stimulation

Réconfort

- 0 ⇒ N'a pas besoin de réconfort
- 1 ⇒ Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion
- 2 ⇒ Se calme difficilement
- 3 ⇒ Inconsolable. Succion désespérée

6.2.2 DAN (grille d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né)

Comme pour l'échelle EDIN, l'échelle de DAN est utilisable chez les nouveau-nés jusqu'à l'âge de trois mois. L'évaluation de la douleur aiguë est basée sur l'observation du visage, du corps, des mouvements des membres, et de l'expression

9 Tiré de www.pediadol.org

vocale (cris, pleurs). Cette échelle peut être utilisée pour déterminer la douleur d'un enfant pendant un soin. Le soignant utilise la grille ci-dessous pour attribuer un score de 0 à 10.

6.2.3 PIPP (grille 'premature infant pain profile')

L'échelle PIPP évalue la douleur aiguë brève du prématuré, provoquée par exemple lors des soins. L'évaluation a lieu en deux phases: dans un premier temps, on évalue la douleur avant l'intervention par l'observation de l'état de veille ou de sommeil et l'âge du nouveau-né. Dans un deuxième temps, on évalue la douleur pendant l'intervention en observant la fréquence cardiaque, la saturation d'O₂, le froncement des sourcils, le plissement des paupières et le plissement du sillon naso-labial. L'évaluation est faite avec l'aide de la grille suivante:

Figure 10. Grille PIPP¹⁰

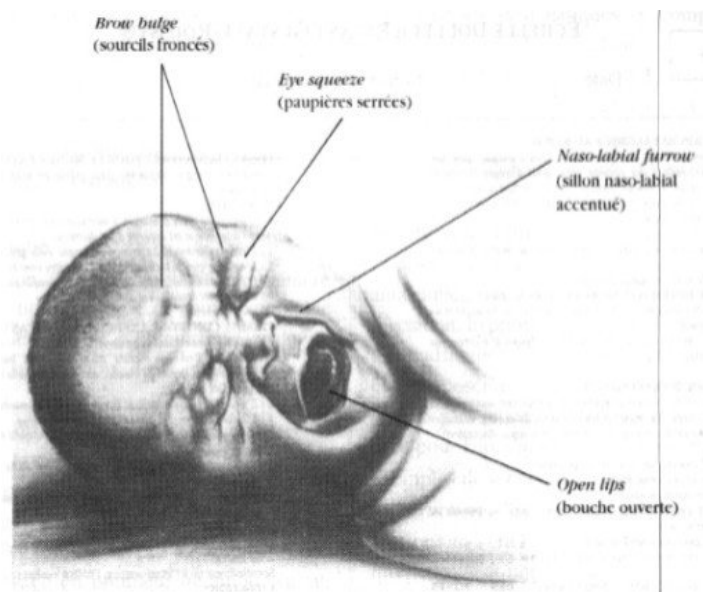
MÉTHODE	ITEM	0	1	2	3	SCORE
Observation de l'enfant avant l'événement (15s).	ÂGE GESTATIONNEL	36 semaines et plus	32-35 semaines, 6 jours	28-31 semaines, 6 jours	Moins de 28 semaines	
	ÉTAT DE VEILLE & SOMMEIL	Actif et éveillé Yeux ouverts Motricité faciale	Calme et éveillé Yeux ouverts Pas de motricité faciale	Actif et endormi Yeux fermés Motricité faciale présente	Calme et endormi Yeux fermés Pas de motricité faciale	
Observation de l'enfant avant l'événement. Fréquence cardiaque..... Saturation d'oxygène.....						
Observation de l'enfant pendant l'événement (30s).	FRÉQUENCE CARDIAQUE Maximum...	Augmentation de 0 à 4 battements /minute	Augmentation de 5 à 14 battements /minute	Augmentation de 15 à 24 battements /minute	Augmentation de \geq 25 battements /minute	
	SATURATION D'OXYGÈNE Minimum...	Diminution de 0 à 2,4%	Diminution de 2,5 à 4,9%	Diminution de 5 à 7,4%	Diminution de plus de 7,5%	
	FRONCEMENT DES SOURCILS	Aucun 0-9% du temps	Minime 10 à 39% du temps	Modéré 40 à 69% du temps	Maximal 70% du temps ou plus	
	PLISSEMENT DES PAUPIÈRES	Aucun 0-9% du temps	Minime 10 à 39% du temps	Modéré 40 à 69% du temps	Maximal 70% du temps ou plus	
	PLISSEMENT DU SILLON NASOLABIAL	Aucun 0-9% du temps	Minime 10 à 39% du temps	Modéré 40 à 69% du temps	Maximal 70% du temps ou plus	
TOTAL						

10 Tiré de www.pediadol.org

6.2.4 NFCS (*néonatal facial coding system*)

L'échelle NFCS est utilisable jusqu'à l'âge de 18 mois, elle évalue la douleur aiguë comme les échelles DAN et PIPP. L'évaluation est basée sur les grimaces et les signes propres à la douleur tels que les sourcils froncés, les paupières serrées, le sillon naso-labial accentué, la bouche ouverte, la langue tendue et creusée, le menton tremblant, la bouche étirée en hauteur et en largeur, les lèvres faisant la moue, et la protrusion de la langue.

Figure 11. Signes pour l'évaluation¹¹



6.2.5 Grille Amiel-Tison

Cette grille évalue la douleur post-opératoire chez les enfants âgés de 1 à 7 mois. L'interprétation est basée sur les signes suivants: le sommeil, une mimique douloureuse, la qualité des pleurs, l'activité motrice spontanée, l'excitabilité et la réponse aux stimulations externes, la flexion des doigts et des orteils, la succion, le tonus musculaire, la facilité à être consolé, et la sociabilité. Le score de la douleur se

¹¹ Tiré de www.pediadol.org

situe entre 0 et 20. La cotation de la douleur dans cette échelle est inversée: plus le score est bas, plus l'enfant souffre. Un enfant sans douleur aura un score de 20, tout score en dessous de 15 nécessite un traitement antalgique.

6.2.6 Échelle Confort

Cette échelle est utilisable de la naissance à l'adolescence. Elle indique le degré de sédation et le confort en plus de la douleur. L'évaluation est basée sur le niveau d'éveil, l'agitation ou le calme de l'enfant, la ventilation, les mouvements, la pression artérielle moyenne, la fréquence cardiaque, le tonus musculaire, et la tension du visage.

6.3 Le rôle des parents dans évaluation

Les parents sont, le plus souvent, les premières personnes à remarquer les changements dans le comportement de leurs enfants. Ce sont eux qui prennent la décision de consulter un médecin. Il est donc très important qu'ils soient sensibilisés aux signes de douleur, surtout chez les jeunes enfants qui ne peuvent exprimer leur souffrance avec des mots.

Durant la consultation, les parents peuvent apporter beaucoup d'informations au médecin et donner des pistes pour poser un diagnostic.

La perception de la douleur chez l'enfant dépend de son état d'esprit. L'anxiété peut l'exacerber, le calme au contraire l'apaise. Dans ce contexte, la présence des parents ou d'une personne de confiance, lors d'un examen médical, participe à la prise en charge de la douleur.

Dans le cas d'une maladie chronique, une évaluation répétée, effectuée à domicile par les parents, permet d'assurer un traitement efficace.

7 Traitement de la douleur

(Avec nos remerciements aux Dre G. Martin, Dre C. de Moerloose, Dr D. Halpérin)

Nous avons vu que le système des échelles permettait d'identifier la douleur chez l'enfant et de la quantifier. Elles nous permettent aussi de déterminer un seuil de douleur à partir duquel il est nécessaire d'administrer un traitement à l'enfant. Ce seuil varie selon l'âge du patient.

Le choix du traitement se fait en fonction de l'intensité de la douleur et non pas selon la pathologie incriminée, l'objectif étant d'obtenir un soulagement rapide et durable de cette douleur. Bien sûr, chaque situation nécessite une évaluation particulière de manière à déterminer quel sera le traitement le plus adapté.

Dans le cas d'une **fracture**, par exemple, le premier geste à faire pour diminuer la douleur est l'immobilisation du membre. Simultanément, on donne un antalgique plus ou moins puissant selon l'intensité de la douleur de manière à soulager rapidement le patient. On prescrit également de manière systématique un traitement analgésique après une **opération** ou, d'une manière plus générale, pour traiter les douleurs accompagnant les **traumatismes, les brûlures**,...

Dans certains cas, par contre, il est plus judicieux d'attendre avant d'éliminer la douleur car elle peut être un symptôme très important pour le **diagnostic clinique**. On évite, par exemple, de traiter immédiatement une douleur abdominale qui pourrait cacher une appendicite.

Pour le traitement des **douleurs chroniques** comme celles que l'on peut voir dans les phases terminales de cancer, lors de drépanocytose, d'hémophilie, des arthrites chroniques juvéniles, il s'agit de prendre en compte comme objectif prioritaire le maintien d'une qualité de vie la meilleure possible. Cela implique de ne pas hésiter à faire appel à ces moyens d'antalgie puissants que sont la morphine et ces dérivés.

Dans le cas particulier des douleurs **provoquées par les soins**, celles-ci doivent être prises en charge de manière anticipée. Nous devons prendre en compte, non seulement la douleur physique (comme nous le verrons, il existe plusieurs moyens très efficaces pour la supprimer) mais aussi l'anxiété de l'enfant. Il faut à tout prix

sortir du cercle vicieux où la douleur engendre l'anxiété qui augmente, à son tour, la douleur. On sait très bien que le contexte psychologique a une grande influence sur le ressenti de la douleur et il faut profiter du fait que l'enfant est facilement distrait pour détourner son attention de sa douleur. Il existe pour cela de nombreux « petits moyens » qui ont une grande importance dans la prise en charge de la douleur. Il peut s'agir, par exemple, d'entourer l'enfant de paroles chaleureuses, de demander aux parents d'être présents durant les interventions ou de donner à l'enfant une information claire sur sa maladie et les traitements.

Le traitement médicamenteux doit toujours être d'emblée adapté à l'intensité de la douleur ; il ne faut donc pas hésiter à utiliser immédiatement des morphiniques si les douleurs sont fortes. Il faudra ensuite réévaluer la douleur régulièrement en prenant en compte, bien sûr, le délai d'efficacité du traitement.

8 Les médicaments

8.1 Antalgiques de niveau 1

Ce sont les antalgiques les plus prescrits et ils comprennent le paracétamol et les Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens (ibuprofène, acide méfénamique, diclofénac,...). Ces médicaments sont très utiles contre les douleurs légères (EVA 0-30). Ils sont toujours immédiatement donnés à la dose maximale mais peuvent être associés si l'effet antalgique est insuffisant. Dans ce cas, on donne volontiers deux antalgiques de niveau 1 ou alors, pour les douleurs modérées (EVA 30-50), du paracétamol ou un AINS en association avec un antalgique de niveau 2 comme la codéine par exemple. L'avantage des AINS sur le paracétamol est qu'ils ont, en plus de leur effet antalgique, un effet anti-inflammatoire qui est très utile dans des pathologies comme les otites, les angines,... Par contre, les AINS ont plus d'effets secondaires et on évite de les donner trop souvent chez les petits enfants.

Les suppositoires, très en vogue en Suisse et en France (alors qu'ils ne le sont pas du

tout aux USA), offrent un moyen plus commode d'administrer les médicaments aux enfants, notamment lorsque ceux-ci sont victimes de vomissements incoercibles. Néanmoins, ils ne doivent être utilisés qu'en dernier recours car ils ne permettent qu'une absorption aléatoire du produit.

8.2 Antalgiques de niveau 2 (morphiniques faibles)

Tout comme la morphine (antalgique de niveau 3), les morphiniques faibles que sont la codéine et le tramadol peuvent (et doivent) être utilisés à tout âge. Comme nous l'avons vu, ce sont des médicaments bien connus et bien supportés par les enfants, et il est maintenant clair qu'ils n'augmentent pas le risque de toxicomanie.

La **codéine** seule n'a qu'un effet limité mais elle est souvent associée au paracétamol sous forme de sirop, gélule ou comprimés effervescent. Il s'agit, en fait, de méthylmorphine. Celle-ci est partiellement métabolisée en morphine et a, par conséquent, un effet antalgique moins puissant. Par contre, la codéine a une meilleure biodisponibilité orale que la morphine.

Le **tramadol** a une efficacité similaire à celle de la codéine et est donné sous forme de gouttes. Il s'agit d'un agoniste des récepteurs μ et un modulateur des transmissions sérotoninergiques et de la noradrénergiques.

8.3 Antalgiques de niveau 3 (morphine)



La morphine est un antalgique très efficace. Il peut être administré par voie veineuse ou per os. Il n'y a pas de dose maximale, il s'agit plutôt de trouver la posologie optimale qui permet la meilleure analgésie avec le moins d'effets secondaires possible. La voie orale est plus sûre et l'administration i.v. ne devrait être utilisée que dans les services qui peuvent proposer une surveillance de type soins intensifs.

Dans le cas de l'administration par voie veineuse, on donne une dose de charge suivie d'injections répétées pour obtenir le niveau d'analgésie souhaité. Ensuite, la morphine est donnée de manière continue. Les enfants à partir de cinq ans peuvent bénéficier d'une pompe d'auto-injection qui leur permet de recevoir des bolus de morphine, en addition au débit continu. Pour les enfants plus jeunes, les bolus peuvent être administrés par les parents. Bien entendu, pour des raisons de sécurité, le nombre de ces bolus est limité. Il existe deux types de pompes mises à disposition pour la morphine. Il s'agit de la PCEA (catheter péri-dural) et de la PCA (intraveineuse).

En ce qui concerne la voie orale, il faut donner de plus grandes doses car la biodisponibilité orale de la morphine est faible. On commence toujours par donner de la morphine à libération immédiate et l'effet apparaît après trente à soixante minutes. Par la suite, il est possible d'utiliser de la morphine retard à libération prolongée.

A Genève, c'est une équipe spécialisée dans le traitement de la douleur qui prend en charge les enfants qui nécessitent de la morphine. Ce « groupe douleur » est constitué d'infirmiers et de médecins et offre un traitement personnalisé à chaque enfant selon sa situation. Nous avons eu l'occasion de suivre cette équipe (avec madame Laurence Faou) et de nous rendre compte de la diversité des traitements utilisés (pompe morphinique, MEOPA et Emla). Ce personnel spécialisé est appelé dans les différents services pédiatriques lors de soins douloureux ou pour affiner les traitements antalgiques.

12 Tiré de DELORME T., *La douleur, un mal à combattre*

La morphine, à cause des nombreux effets indésirables qu'elle provoque, nécessite une surveillance particulière de l'enfant. Le premier signe de surdosage est la somnolence. Si celle-ci n'est pas diagnostiquée, le patient court un grand risque de dépression respiratoire qui nécessite l'administration de naloxone (un inhibiteur de la morphine).

Contrairement aux réticences du public face à l'utilisation de la morphine chez l'enfant (comme nous l'avons vu dans notre questionnaire), le corps médical, quant à lui, n'hésite plus à en prescrire.

8.4 Le traitement de la douleur liée aux soins

Comme nous l'avons vu, le traitement de la douleur provoquée par les soins doit être fait de manière anticipée. Qu'il s'agisse de poser un cathéter ou de faire une ponction lombaire ou une ponction de moelle, il existe maintenant des moyens pharmacologiques relativement efficaces pour atténuer la douleur qui peut en découler.

8.4.1 EMLA®

Depuis les années quatre-vingt, l'utilisation de l'Emla a révolutionné la pratique de la pédiatrie. Le Dr. Halpérin de Genève que nous avons rencontré, a d'ailleurs été un des premiers à prouver son efficacité chez les enfants par une étude en double aveugle parue dans *Paediatrics* en 1989. cette étude consistait à comparer l'Emla à un placebo lors de gestes tels que ponctions lombaires ou veineuses chez des enfants de cinq ans. L'Emla a ainsi pu prouver son incontestable efficacité et est actuellement utilisée dans le monde entier.

L'Emla est une crème qui s'applique sur la peau saine et qui fonctionne comme un anesthésique topique. Il s'agit d'un mélange de lidocaïne et de prilocaïne qui doit être

appliqué une heure avant l'intervention prévue. Elle est surtout utilisée pour prévenir la douleur liée à de petites interventions chirurgicales cutanées ou avant les piqûres. L'Emla est aussi utilisée lors des ponctions lombaires ou de moelle mais, dans ces cas, elle n'évite pas l'anesthésie de l'enfant pour garantir que celui-ci ne bougera pas durant l'intervention. L'avantage de l'Emla est double. Cela permet de diminuer la douleur lors du geste douloureux mais cela rassure également l'enfant, diminue sa peur et, ainsi, celui-ci revient plus volontiers et avec moins d'appréhension voir son médecin. Cela est d'autant plus important lorsque l'enfant doit subir des interventions répétées comme dans le cas d'une maladie chronique.

8.4.2 MEOPA

Il s'agit d'un Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (N₂O). Le protoxyde d'azote (« gaz hilarant ») est un gaz qui provoque une analgésie de surface et une euphorie en bloquant les récepteurs NMDA. L'enfant sent les effractions cutanées mais celles-ci ne sont pas ressenties comme douloureuses. En outre, le MEOPA diminue l'anxiété, ce qui participe aussi à l'effet bénéfique et analgésique du produit. Un des avantages du MEOPA est qu'il fait effet en quelques minutes et ses effets secondaires comme la sédation profonde, les nausées,... sont aussi réversibles rapidement. Le MEOPA est utilisé pour diminuer la douleur lors des gestes médicaux suivants: tous les types d'injections, les prises de sang mais aussi les ponctions (également en association avec l'Emla) et, d'une manière plus générale, les effractions cutanées comme les ponctions pour un myélogrammes, les sondages vésicaux, etc.

Durant de notre visite dans le service de pédiatrie, nous avons pu assister à la démonstration de l'efficacité du MEOPA lors de retraits de drains thoraciques et abdominaux.

8.4.3 Les solutions sucrées chez le nouveau-né

Des études prouvent que la succion d'une tétine tout comme l'administration d'une solution de saccharose 30% diminue voire supprime la douleur chez le nouveau-né de moins de trois mois. Il semblerait que cet effet analgésique soit produit par l'intermédiaire des opiacés endogènes. Dans le cas d'une intervention médicale avec effraction cutanée, on associera la solution sucrée à l'utilisation d'Emla.

Malgré ces nombreux moyens antalgiques aujourd'hui disponibles, notre société a encore tendance à sous-estimer la douleur de l'enfant et hésite à tout mettre en oeuvre pour la traiter.

8.4.4 L'hypnose

(Avec nos remerciements à Mme N. Cuddy)

Afin de parler de l'hypnose, nous avons choisi de retranscrire notre entretien avec Mme Cuddy.

Quels sont les buts de l'hypnose ?

Il s'agit de mobiliser toutes les ressources de l'enfant pour l'aider à combattre la maladie et la douleur.

Comment se déroule une séance ?

Durant une séance, le patient travaille activement pour changer sa perception de la douleur et le rôle du thérapeute est de la guider dans cette démarche. On demande, par exemple, à l'enfant d'imaginer sa douleur, de lui associer une couleur, de lui donner une représentation et de la modifier en quelque chose de plus agréable.

Dans quels cas ou pour quelles maladies l'hypnose est-elle utilisée ?

On l'utilise dans tous les types de douleur, phobies ou dépression ainsi qu'au bloc opératoire.

Est-ce utilisé seul ou plutôt en combinaison avec d'autres traitements médicamenteux ?

L'hypnose est parfois suffisante pour soulager la douleur mais parfois elle ne l'est pas. Cependant, elle peut être utile pour aller au bloc sans avoir recours au Dormicum.

Est-ce que cela fonctionne avec tous les enfants ?

Oui, avec la plupart des enfants car l'hypnose est très proche de leur imaginaire, la meilleure période étant entre huit et douze ans. Le problème avec les enfants plus jeunes, c'est qu'ils sont souvent incapables de se concentrer assez longtemps.

Les parents sont-ils sceptiques, impliqués, confiants ?

Il n'y a pas de problèmes avec les parents car ils sont bien informés. Ceux-ci ne participent pas aux séances. En ce qui concerne les enfants, on leur apprend vite l'auto-hypnose et ils sont très confiants.

Est-ce que cela a été facile d'apporter l'hypnose aux HUG ? Depuis combien de temps l'emploie-t-on à l'hôpital ?

Les HUG sont des pionniers en matière d'hypnose. Cela fait 28 ans qu'elle y est pratiquée. Il existe une formation spécialisée, sur deux ans, ouvertes aux médecins, psychologues, psychothérapeutes et dentistes.

9 Sondage micro-trottoir

Après avoir rencontré de nombreux médecins et d'autres professionnels de la santé et nous être rendus compte qu'il n'y avait plus d'hésitation à traiter la douleur des enfants, nous avons voulu savoir ce que les habitants de Genève en pensaient. Pour cela, nous avons interrogé cent personnes en essayant de représenter chaque catégorie de la population en évitant le personnel soignant.

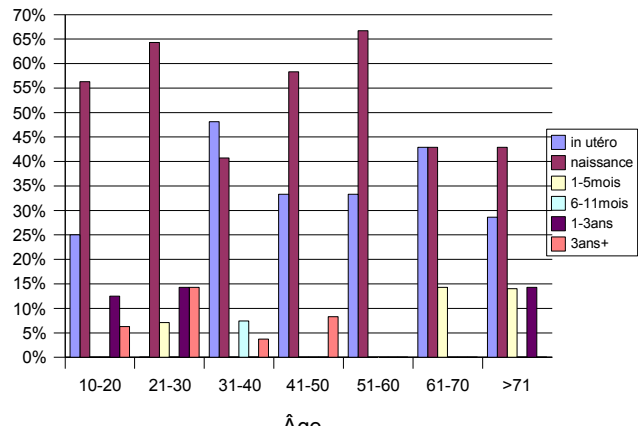
9.1 Exemple du questionnaire utilisé

1. Âge:
2. Sexe:
3. Profession:
4. Nombre d'enfants:
5. A partir de quel âge un enfant ressent-il la douleur?
6. Faut-il traiter la douleur chez l'enfant?
7. Êtes-vous pour ou contre le traitement de la douleur à la morphine chez l'enfant?
 - Si oui, à partir de quel âge?
 - Si non, pourquoi?

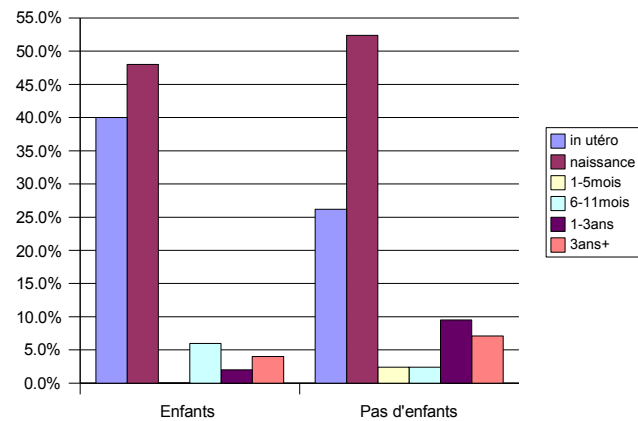
9.2 Graphiques

9.2.1 A partir de quel âge un enfant ressent-il la douleur?

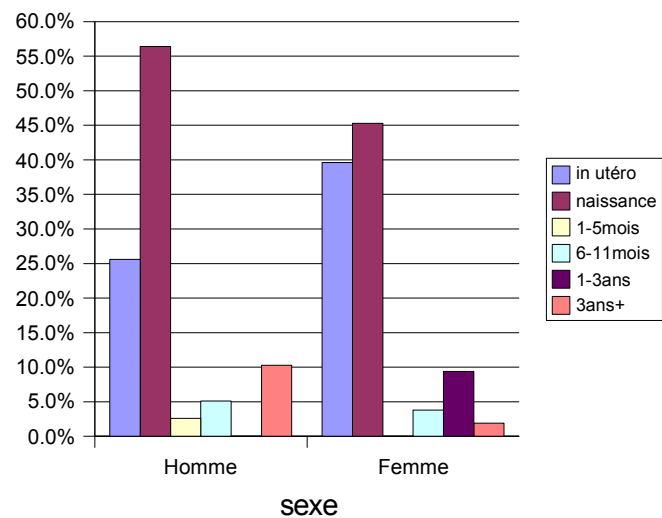
Quel que soit l'âge, la plupart des gens pensent que l'enfant ressent la douleur à partir de la naissance.



Que les personnes interrogées soient parent ou non, la majorité estime que les enfants ressentent la douleur dès la naissance. Malgré tout, les gens qui n'ont pas d'enfants, ont tendance à élever l'âge d'apparition de la douleur.

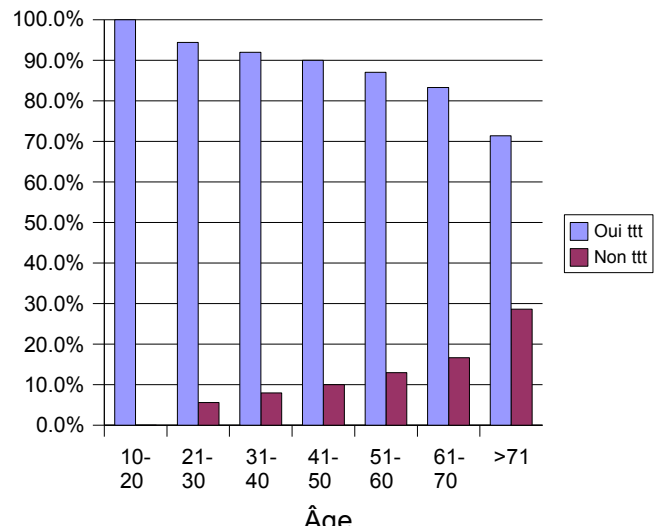


D'une manière générale, les femmes pensent plus que les hommes que la douleur est déjà ressentie in utero. Il est intéressant de remarquer que 10% des hommes estiment que la douleur apparaît après 3 ans.

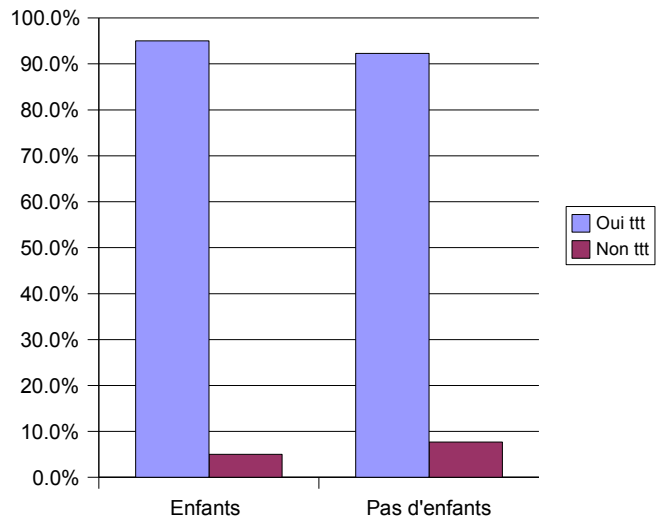


9.2.2 Faut-il traiter la douleur chez l'enfant?

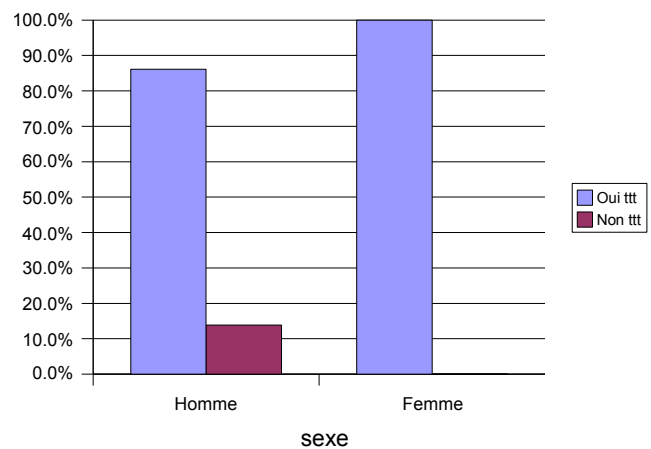
On peut observer une corrélation positive entre l'augmentation de l'âge des personnes interrogées et l'absence de traitement.



La grande majorité des gens sont pour le traitement de la douleur. Il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont eu des enfants et les autres.

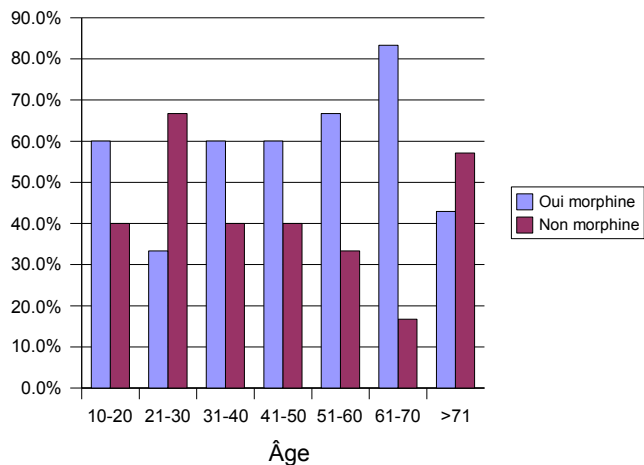


On peut voir que toutes les femmes sont sensibles à la douleur des enfants et sont favorables à leur traitement. Il est étonnant de constater que 14% des hommes n'estiment pas nécessaire de donner des analgésiques.

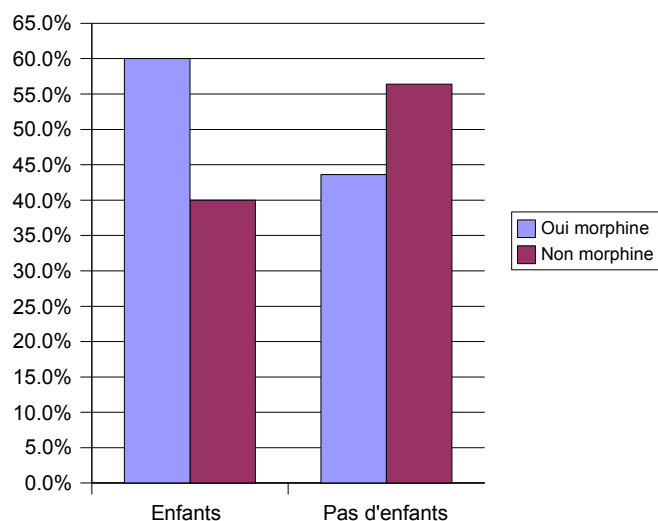


9.2.3 Êtes-vous pour ou contre le traitement de la douleur à la morphine chez l'enfant?

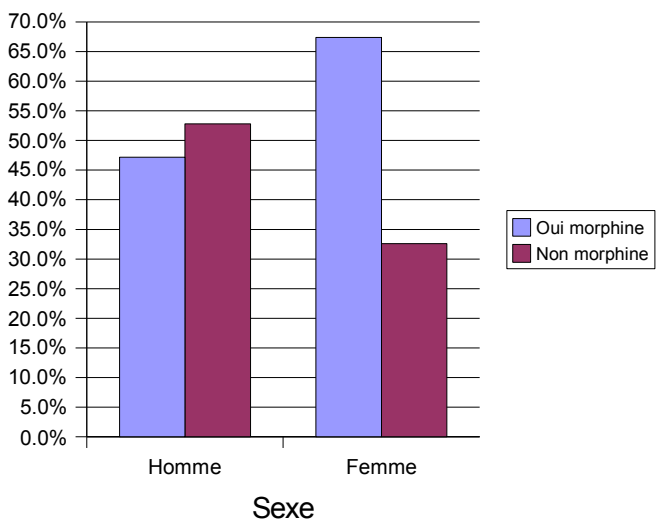
Contrairement à l'avis de la grande majorité des médecins, il y a encore, dans la population, une forte réticence face à l'utilisation de la morphine.



Pour les parents la peur de la souffrance de leur enfants, l'emporte sur la peur de l'addiction à la morphine.



Les femmes sont plus favorables que les hommes à l'utilisation de la morphine contre la douleur de l'enfant.



9.3 Interprétation des résultats

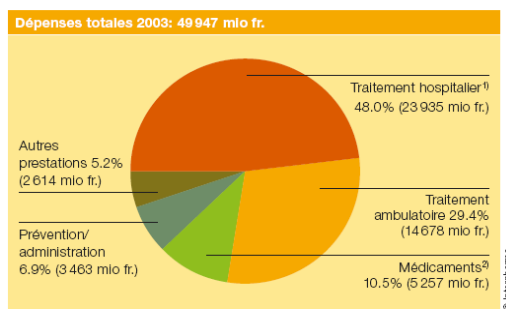
Les résultats ont montré qu'il existe des disparités entre l'avis du public et celui des professionnels de la santé. Bien que la majorité de la population que nous avons interrogée soit consciente que les enfants souffrent et qu'elle soit plutôt favorable au traitement de la douleur, elle reste tout de même réticente à l'utilisation de morphine. Les raisons invoquées pour ces réticences concernaient surtout le risque d'accoutumance à la morphine, la crainte de ses effets sur le cerveau et l'association de la morphine avec les soins de fin de vie.

10 Economie et statut des assurances

Les médicaments représentent le 10 % du budget annuel de la santé en Suisse. Cela équivaut à 5.2 milliards de francs.

Figure 12. Coûts de la santé.¹³

Coûts de la santé selon les prestations en 2003



¹⁾ Avec les médicaments

²⁾ En termes de prix publics, sans les hôpitaux

Depuis 1960, les dépenses dues aux médicaments diminuent grâce aux progrès pharmaceutiques qui ont permis de remplacer les traitements en milieu hospitalier par des traitements ambulatoires moins coûteux.

¹³ Tiré de www.interpharma.ch

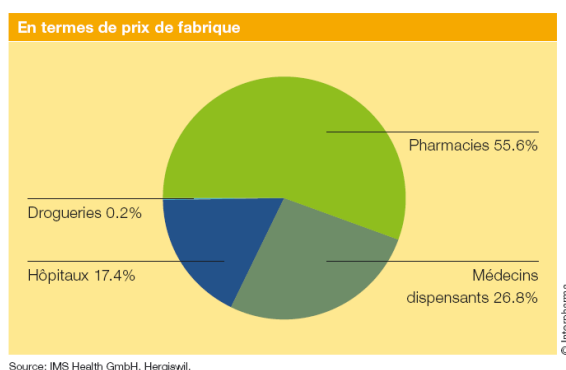
Les suisses dépensent en moyenne 1.5% de leur revenu pour payer les médicaments (valeurs de 2002).

10.1 Remboursement des médicaments

En 2004, les médicaments remboursés représentaient 77.5% (3 milliards de francs) du chiffre d'affaire de la branche pharmaceutique. Un médicament est pris en charge par les caisses maladies à partir du moment où l'OFSP autorise son remboursement. Celui-ci contrôle d'abord l'efficacité, la valeur thérapeutique et le caractère économique du médicament, puis fixe un prix de remboursement maximal.

Figure 13. Médicaments pris en charge¹⁴

Médicaments pris en charge par les caisses en 2004



10.2 Les antalgiques

Tous les antalgiques sont pris en charge par les assurances lorsqu'ils sont prescrits en milieu hospitalier. Et la plupart d'entre eux sont aussi remboursés lors de soins ambulatoires.

¹⁴ Tiré de www.interpharma.ch

En outre, les antalgiques sont bon marché; cela en fait donc des médicaments accessibles à tous.

Les analgésiques les plus couramment prescrits sont le paracétamol, l'ibuprofène et l'acide méfénamique.

On pourrait penser que les enfants reçoivent des médicaments et des traitements spécialement adaptés à leurs besoins et à leur organisme en plein développement or ce n'est pas le cas.

La plupart d'entre eux sont traités par des médicaments d'adulte mais avec un dosage différent.

En effet, l'industrie pharmaceutique ne développe pas d'antalgiques spécifiques pour les enfants car il est difficile, pour des raisons éthiques, de les tester.

11 Conclusion

Dans cette unité, nous avons eu l'occasion d'entrer en contact avec de nombreux intervenants du système de santé. Contrairement à ce qui se passait dans les unités précédentes, nous ne nous sommes pas uniquement concentrés sur l'aspect médical d'un problème mais avons également pu nous rendre compte de ce que vivaient concrètement les patients et leurs proches. Cette expérience nous permettra, on l'espère, de construire une meilleure relation avec nos futurs patients.

Durant ce travail, nous avons exploré l'évolution de la prise en charge de la douleur. Longtemps ignorée par le corps médical, celle-ci est maintenant au centre de nos préoccupations et de nos recherches. En ce qui concerne la douleur de l'enfant, il aura fallu attendre les années 1980 pour que l'on se rende compte de son existence et que l'on commence à envisager des traitements. De nos jours, il existe de nombreux moyens très efficaces pour évaluer cette douleur et soulager les patients. Notre enquête a montré que, même si le corps médical n'hésite plus à utiliser des traitements puissants comme la morphine, la population a, quant à elle, encore de nombreuses réticences à ce sujet. Il faudra sans doute encore quelques années pour qu'une prise de conscience générale fasse son chemin dans les mentalités.

12 Nous remercions...

Dre C. Margairaz

Dr D. Halpérin

Dr W. Habre

Mme N. Cuddy

Dre G. Martin

Dre C. de Moerloose

Mme L. Faou et l'équipe de la douleur

Mme J. Droux

Les parents

Les petits choux de l'hôpital des enfants

Et le public qui a bien voulu répondre à nos questions

13 Bibliographie

1. ANNEQUIN D., *T'as pas de raison d'avoir mal!*, Editions de la Martinière, 2002.
2. DELORME T., *La douleur, un mal à combattre*, Découvertes Gallimard, 1999.
3. FRESCO O., *Entendre la douleur du nouveau-né*, Editions Belin, 2004.
4. PETITE ENFANCE N°77, *J'ai mal*, Pro Juventute, 2001.
5. ENFANCES ET PSY N°5, *Douleur, souffrances*, Erès, 1998.
6. LARSEN, *Embryologie humaine*, 2ème édition française, De Boeck
7. [LANGMAN, Embryologie médicale, 7ème édition, Editions Pradel](#)
8. www.sparadrap.org
9. www.pediadol.org