

SOMMAIRE

- Communiqué de presse
- La douleur
- Le livret "Aïe, j'ai mal !"
- Le problème du déni de la douleur
- L'évaluation
- Comment améliorer la prise en charge
- Comment se procurer le livret ?
- Les partenaires
Fondation CNP pour la santé
SPARADRAP
ATDE - PEDIADOL
Direction générale de la Santé
- Bibliographie

COMMUNIQUE DE PRESSE

Aie j'ai mal...

Un nouveau livret édité par la Fondation CNP et l'association SPARADRAP, pour mieux prendre en charge la douleur des enfants.

Après les succès des livrets consacrés à l'anesthésie et à la piqûre, la fondation CNP et l'association SPARADRAP éditent le livret *Aie j'ai mal* pour aborder un sujet complexe dont a priori personne n'a envie de parler et qui pourtant fait partie de la vie de chacun.

Aie j'ai mal, veut combattre les préjugés et rumeurs infondées, afin d'éviter le déni de la douleur chez l'enfant, principal obstacle, à une bonne prise en charge.

Bien sur, il ne sera jamais possible de supprimer toutes les douleurs. En revanche, il existe aujourd'hui de nombreux moyens pour les éviter, les diminuer ou les soulager. Il faut connaître ces différents moyens pour pouvoir les utiliser lorsque c'est nécessaire.

Aie j'ai mal, décrit dans un langage simple, le rôle de la douleur et sa complexité, les différents types de douleurs rencontrés, la nécessité d'en parler aux adultes, les méthodes permettant de l'évaluer et les principaux moyens utilisables pour la soulager.

Le livret, coloré et illustré à lire avec son enfant "sur les genoux" permettra de favoriser le dialogue entre enfant, parents et soignants. Les parents comme les professionnels ont besoin d'être sensibilisés et guidés pour bien accompagner les enfants douloureux.

La douleur

La douleur est désormais au coeur des préoccupations des professionnels de santé, comme en témoigne le récent lancement d'un plan triennal de lutte contre la douleur par le Secrétariat d'état à la santé. Pour la prendre en charge efficacement, il faut tout d'abord comprendre son rôle et distinguer les différents types de douleurs ressentis.

Le rôle de la douleur

- elle permet d'éviter les dangers. En cas de brûlure, le mouvement réflexe de retrait permet de préserver l'intégrité du corps. Les douleurs quotidiennes (plaies, bosses...) aident l'enfant à intégrer les repères et les limites de son corps ou de son environnement.
- La douleur aide à repérer une lésion ou une maladie et à établir un diagnostic.
- Mais, lorsque le diagnostic est posé, que la douleur est prévisible (comme la douleur post-opératoire) ou qu'elle est provoquée elle ne sert à rien. D'autant plus qu'il est souvent possible de commencer un traitement antalgique parallèlement à la recherche du diagnostic ou dans l'attente de soins. Par exemple, l'enfant qui a mal au ventre et va être opéré de l'appendicite peut bénéficier de morphiniques avant l'intervention.

Les différentes formes de douleurs

On peut schématiquement classer les douleurs en deux grandes catégories :

les douleurs aiguës : elles sont plus ou moins longues mais toujours transitoires et disparaîtront une fois la cause traitée ou supprimée :

- les douleurs de la vie quotidienne, elles peuvent être sans gravité et traitées dans le cadre familial, ou nécessiter parfois le recours au médecin ou au service des urgences.
- les douleurs provoquées par les maladies de l'enfance (otites, oreillons, varicelle...), les traumatismes (fractures, brûlures...)
- les douleurs iatrogènes, c'est à dire provoquées par un soin ou la chirurgie : les piqûres, le nettoyage des plaies, les points de suture, les douleurs post-opératoires...
- les douleurs aiguës qui, dans certaines maladies reviennent par crises de façon répétée : les migraines, la drépanocytose...

les douleurs chroniques : elles accompagnent l'évolution de maladies elles-mêmes chroniques ou encore s'installent et persistent indépendamment de la lésion qui les a provoquées. Ainsi, les cancers de l'enfant, le sida et la mucoviscidose tout comme les rhumatismes chroniques, provoquent de nombreuses douleurs.

En pratique, les douleurs aiguës sont généralement faciles à traiter et la prescription de médicaments adaptés peut suffire. En revanche, le traitement des douleurs chroniques est plus difficile et il est souvent nécessaire d'associer plusieurs approches, dont des méthodes non pharmacologiques (psychothérapies, relaxation,...) pour espérer un résultat satisfaisant.

Le livret *Aïe ! J'ai mal ...*

La douleur, tout le monde sait ce que c'est, mais personne n'a vraiment envie d'en parler !... Pourtant, la prise en charge de la douleur évoluera grâce aux équipes médicales, mais aussi grâce à la détermination des parents à demander ces améliorations, et à chercher de leur côté les solutions qui évitent ou limitent la douleur. Même si le sujet est complexe et s'il n'existe pas toujours de consensus de la part des professionnels il est nécessaire d'informer les enfants et les parents sur ce sujet.

Les objectifs du livret

- combattre certains préjugés et rumeurs et éviter le déni de la douleur chez l'enfant.
- expliquer les mécanismes et la complexité de la douleur.
- donner aux enfants les moyens d'être plus actifs, pour diminuer leur sentiment d'impuissance, avec des conseils concrets et des informations sur les différentes méthodes d'analgésie.
- favoriser le dialogue et la confiance entre enfants, parents et soignants.
- assurer une meilleure prise en charge de la douleur.

Le contenu du livret

- Il définit la douleur, précise son rôle "utile" de signal d'alarme, et les situations où l'on doit l'éviter ou la soulager (pages 2 et 3).
- il définit de façon très schématique les mécanismes physiologiques très complexes de la douleur et insiste sur la capacité du cerveau de moduler la douleur. Capacité sur laquelle, les enfants ou les parents peuvent directement influencer (pages 4 et 5).
- il présente les différentes douleurs que l'enfant pourrait rencontrer, du "bobo" de la vie quotidienne aux maladies graves, sans oublier les maladies courantes de l'enfance, les accidents et les douleurs provoquées (page 6).
- il insiste sur la nécessité de parler de sa douleur parce que les enfants ont tendance à penser qu'ils sont "transparents" et que leurs parents ou l'équipe soignante "voient" à travers eux (page 7).
- il consacre deux pages aux moyens d'évaluation, expliquant comment localiser, qualifier et quantifier la douleur. Ces méthodes sont présentées dans un cadre hospitalier, il ne s'agit pas, bien sûr, d'encourager les parents à utiliser une échelle de la douleur lorsque l'enfant s'est fait une bosse ! (pages 8 et 9).
- il présente les principales solutions pour soulager la douleur. Il explique la notion de "palier" des médicaments de la douleur souvent ignorée des enfants et des parents et pourtant indispensable pour comprendre les traitements donnés. Les parents doivent pouvoir comprendre ou comparer pour éventuellement demander une meilleure prise en charge !... l'utilisation de la morphine comme remède de la douleur est évoqué, afin qu'elle ne soit plus assimilée à la fin de vie ou à un risque de toxicomanie (pages 10 et 11).
- grâce à un petit questionnaire, il encourage l'enfant à exprimer ses propres sentiments vis à vis de la douleur après avoir présenté les réactions enfantines les plus courantes. (pages 12 et 13).
- il sensibilise les parents, leur donne des conseils et des informations plus techniques pour les aider à mieux jouer leur rôle (pages 14-15).

Le problème du déni de la douleur de l'enfant

Reconnaître, admettre la réalité de la douleur de l'enfant reste encore un exercice difficile, tant pour les professionnels que pour les parents. En effet, notre culture médicale et surtout hospitalière accorde peu de place aux sentiments du patient s'ils ne sont pas utiles au diagnostic. Les dialogues du type "*Docteur, j'ai mal !*" - "*Oui, c'est normal, on vous a opéré*" ne sont pas rares !

Ce manque de reconnaissance est encore plus courant vis-à-vis de l'enfant, car il s'exprime moins facilement et n'est pas toujours considéré comme un interlocuteur "valable".

Face à la détresse de l'enfant plusieurs comportements sont souvent observés, pour éviter de reconnaître la réalité de la douleur. (d'après Daniel Annequin)

Le déni massif : *Non, cet enfant n'a pas mal...*

- *...c'est de la comédie, c'est un caprice...*

En fait, la simulation est rare. Même si les enfants tentent parfois d'utiliser la douleur pour obtenir des bénéfices secondaires (câlins, attention...), elle est néanmoins présente et doit être prise en compte.

- *...c'est de la fatigue...*

En cas de douleur aiguë ou prolongée, un enfant peut rester immobile, très calme, trop calmes, sans communiquer. La confusion avec la fatigue est alors possible, on parle "d'atonie psychomotrice".

- *...c'est dans la tête, c'est psychologique ...*

Cette affirmation réfute la présence d'une "vraie douleur", digne d'être prise en considération. Elle aggrave considérablement le sentiment d'impuissance et d'injustice des enfants.

- *...cet examen, cet acte chirurgical ne fait pas mal, je maîtrise le geste, la technique...*

La perception douloureuse dépend d'un tel nombre de facteurs (psychologiques, physiques, éducatifs...) qu'il est pourtant quasiment impossible de la prédire, et chez l'enfant peur et douleur s'aggravent mutuellement.

Le déni partiel : *D'accord, il a mal, mais...*

- *...il est petit, il oubliera...*

En fait, la "mémoire" de la douleur existe, même chez les tout-petits. Les enfants circoncis sans anesthésie alors qu'ils étaient nouveaux-nés réagissent plus fortement lors de leur première vaccination (étude américaine - *Lancet* 1997). Les enfants qui ont subi des soins douloureux pour des otites supportent moins bien une hospitalisation ultérieure (étude finlandaise-Kothiniemi). De plus, ces douleurs non reconnues peuvent induire de profondes difficultés jusqu'à l'âge adulte : phobie des piqûres, du dentiste, des consultations médicales, des hospitalisations...

- *...un enfant ressent moins la douleur...*

Les professionnels de santé ont longtemps été formés dans la certitude que le jeune enfant était incapable de percevoir la douleur en raison de l'immaturation de son système nerveux central. Or, contrairement à ces croyances, l'immaturation joue en sens inverse, le prématuré et le nouveau-né percevraient en fait, plus fortement, la douleur (Andrews, K et Fitzgerald, M - *Pain* 1994).

- *...on n'a pas le choix, on a toujours fait comme ça...*

Bousculer les habitudes, changer les pratiques, travailler en équipe demande une énergie considérable. Le manque de temps, de personnel, de moyens ou d'efficacité sont souvent mis en avant pour ne pas changer les habitudes. Pourtant, les soignants qui dépassent ces contraintes, témoignent de leur satisfaction et n'imaginent pas revenir en arrière.

- ...le traitement serait trop dangereux...

Certains médicaments font encore peur. L'utilisation de la morphine et de ses dérivés est souvent associée à la fin de vie, ou à un risque de toxicomanie ultérieure. Pourtant il est désormais établi que l'administration d'opiacé à un enfant souffrant, n'induit aucune toxicomanie, ni immédiate, ni future. Elle peut même être administrée à des nouveau-nés.

L'apparente limitation des produits antalgiques pédiatriques a longtemps constitué un obstacle majeur à la reconnaissance de la douleur car il semblait impossible de trouver une réponse médicamenteuse adéquate.

Pourquoi ce déni ?

- Le déni permet aux adultes de se rassurer eux-mêmes : il fait dire à un enfant qui vient de tomber, "*ne pleure pas, ce n'est rien*". En fait il y a confusion entre gravité et douleur. Pour ne pas nier le sentiment de l'enfant, il serait préférable de dire "*oui, je sais que tu as mal, mais ce n'est pas grave*." L'attitude est un peu similaire lorsque certains parents refusent toute analgésie pour leur enfant gravement malade. Le déni permet de ne pas entendre et de refuser la réalité de la maladie et de sa gravité.

- Pour les soignants, admettre la réalité de la douleur infligée lors de la pratique de certains soins est psychologiquement difficile. Il est impossible de se vivre comme un "persécuteur". Pour garder l'image du soignant idéal qui soulage et reconforte, il est plus simple ou confortable de nier et minimiser la douleur, de se "blinder".

- La difficulté d'évaluer la douleur chez le jeune enfant est réelle. Les professionnels peuvent la sous estimer quand l'enfant ne maîtrise pas le langage. De plus, les réactions des enfants face à la douleur ou à certains soins sont tellement diverses qu'elles sont "déstabilisantes". Tel enfant poussera des cris alarmants pour une simple bosse, alors qu'un autre continuera sa course de vélo les genoux en sang. Tel enfant supportera sans se plaindre des points de suture sans analgésie alors qu'un autre réclamera beaucoup d'attention pour un prélèvement sanguin.

- Il n'existe pas assez de présentations adaptées à l'enfant, des médicaments de la douleur. Obtenir les autorisations de mise sur le marché (A.M.M.) pour des médicaments sous forme pédiatrique revient très cher aux laboratoires. Les contraintes sont très lourdes et le marché limité. Un sirop de codéine pour les enfants, n'est disponible que depuis quelques mois. Il y a encore quelques années, il était quasiment impossible ou très contraignant de tenter de soulager correctement un enfant douloureux. Mais il existe maintenant de nombreux moyens et des protocoles efficaces.

- Les équipes soignantes sont insuffisamment formées à la prise en charge de la douleur. L'évaluation et le traitement de la douleur est enseignés dans le cursus initial de formation des infirmières depuis environ 5 ans et à peine trois ans pour les médecins.

Les conséquences sur la prise en charge de la douleur

- Une "Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur de l'enfant dans les établissements de court séjour", réalisée à la demande de la Direction Générale de la Santé, met en évidence des inégalités considérables selon les établissements, et même selon les services d'un même établissement.

- En France, on recense actuellement 60 consultations spécialisée dans le traitement de la douleur adultes et enfants confondus. Une dizaine de structures (consultation, unité...) prennent en charge spécifiquement la douleur de l'enfant.

L'évaluation

La douleur est une expérience subjective et face à la douleur, chacun est différent. Il faut parvenir à accepter, sans juger, ces différences de réactions. Pour la rendre plus objective on utilise différentes techniques. Le but est de la localiser, de la qualifier et de la quantifier, pour proposer un traitement adapté et pouvoir ensuite juger de son efficacité.

L'évaluation est complexe

- Les cris, les pleurs, l'agitation sont les manifestations les plus courantes de la douleur mais ne lui sont pas spécifiques. L'enfant peut-être vexé, angoissé, en colère, malheureux... Paradoxalement, si la douleur est très forte ou qu'elle dure, les enfants se replient sur eux-mêmes et deviennent très calmes, trop calmes...
- Les réactions des enfants sont dépendantes de nombreux autres facteurs : de leur âge, de leurs capacités à s'exprimer, de la présence ou de l'absence des parents, du caractère d'urgence, des antécédents... Ils ne savent pas toujours bien exprimer leur douleur, certains se croient "transparents" pour l'adulte et ne comprennent pas l'utilité d'en parler.
- La valeur "sacrée" de la douleur est encore très prégnante dans notre culture. Chez l'enfant elle est censée "forger le caractère", et exprimer sa douleur est parfois considérée comme un signe de faiblesse, particulièrement chez les garçons.

Comment procéder ?

Dans le milieu familial, l'évaluation est faite de façon empirique. L'évaluation médicale demande une rigueur et une régularité dans la démarche. L'examen clinique du jeune enfant douloureux doit respecter certaines règles, et principalement celle de prendre le temps d'apprivoiser l'enfant. C'est principalement en fonction de l'âge de l'enfant que les professionnels de la santé utilisent tel ou tel outil d'évaluation.

Avant 5 ans : l'hétéro-évaluation

Pour les enfants qui ne peuvent s'exprimer verbalement, et les handicapés, ce sont les adultes, les soignants qui évaluent en observant certains comportements : position du corps, cris, pleurs, expression verbale... Par exemple, un enfant peut prendre une position spécifique pour protéger l'endroit qui fait mal, faire en sorte que cet endroit ne soit pas touché ou déplacé. On parle alors de "position antalgique". Même le câlin qui d'habitude reconforte, peut alors être douloureux...

Concrètement les infirmières utilisent des grilles sur lesquelles elles notent régulièrement leurs observations. Certaines sont adaptées à la période post-opératoire (OPS-Objective Pain Scale, CHEOPS) d'autres à des douleurs plus prolongées (DEGR-Douleur Enfant Gustave Roussy) ou à une population spécifique (EDIN, Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né...). Un réel travail d'équipe est nécessaire pour assurer la continuité et l'efficacité de l'observation.

A partir de 5-6 ans l'auto-évaluation :

Les enfants peuvent exprimer eux-mêmes ce qu'ils ressentent grâce à :

- l'échelle numérique simple (ENS) : l'enfant donne un note à sa douleur entre 0 et 10.
- l'échelle verbale simple (EVS) : l'enfant qualifie sa douleur par : absente, faible, modérée ou intense.
- L'échelle visuelle analogique (EVA) : c'est une réglette sur laquelle l'enfant déplace un curseur pour préciser l'intensité de sa douleur. Elle est ensuite cotée de 1 à 100 par l'équipe soignante. Il en existe différents modèles.
- Le dessin de la douleur sur un schéma du corps de dos et de face.
- Les "jetons" : une nouvelle méthode utilisée depuis quelques années : l'enfant choisit un nombre de jetons correspondant à l'intensité de sa douleur.
- L'Algocube en cours d'évaluation : l'enfant choisit, entre 5 cubes rouges, celui qui est aussi grand et aussi lourd que sa douleur.
- Le journal : les évaluations, remarques y sont notées régulièrement par l'enfant ou ses parents. Il est utilisé dans le cadre des maladies chroniques à l'hôpital ou en hospitalisation à domicile.

Comment améliorer la prise en charge

Il ne sera jamais pas possible de supprimer toutes les douleurs. En revanche, il existe des moyens pour les éviter, les diminuer ou les soulager. Souvent un seul moyen suffit, mais parfois il est nécessaire d'en combiner plusieurs.

Les médicaments

Les médicaments qui agissent contre la douleur (antalgiques ou analgésiques) sont classés en 3 catégories selon leur puissance correspondant aux 3 Paliers de l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)

- **le palier 1** pour les douleurs légères à modérées : l'aspirine, le paracetamol et les anti-inflammatoires..
- **le palier 2** pour les douleurs plus importantes : la codéine (un dérivé de la morphine) ou des associations avec des médicaments du palier 1.
- **le palier 3** pour les douleurs très intenses : la morphine. Elle peut être administrée en sirop, en comprimé, par injection ou encore grâce à une pompe. C'est alors le patient lui-même qui s'administre la quantité dont il a besoin selon un seuil maximum fixé par le médecin.

Les médicaments du palier 1 sont des antalgiques "périphériques" qui agissent sur le site même de la lésion douloureuse, au niveau des terminaisons fibres nerveuses situées sous la peau, les muscles, les viscères, les articulations et les vaisseaux. La morphine et ses dérivés (palier 2 et 3) sont des analgésiques "centraux" c'est à dire qui agissent au niveau du système nerveux en inhibant l'intégration du message douloureux. La plupart des médicaments du palier 1 peuvent être achetés sans prescription médicale, mais pas les autres. La voie d'administration orale est favorisée chaque fois que c'est possible

Les anesthésies locales ou loco-régionales sont d'autres moyens de supprimer la douleur. Les anesthésiques locaux sont administrés sous forme de crème anesthésiante, d'injection, de gel ou de spray. Dans certains cas on peut recourir à une anesthésie générale pour des soins ou examens très douloureux (extraction dentaire, fibroscopie...).

Des changements récents concernant la posologie, les présentations, la législation permettent déjà une réelle amélioration dans la prise en charge :

- En 1996, la posologie du paracetamol a été relevée pour s'aligner sur les autres pays soit une dose maximale de 60 mg/kg par jour en 4 prises.
- Le sirop de codéine maintenant disponible sera très utile en milieu hospitalier comme en médecine de ville. Plusieurs études ont en effet mis en évidence que les médicaments du palier 2 sont nécessaires pour soulager les douleurs post-opératoires d'une ablation des amygdales. Le paracetamol n'est pas suffisant, même administré correctement (Etude danoise-Congrès mondial sur la douleur à Helsinki 1997)
- La crème anesthésiante qui permet de faire des piqûres ou certains soins dermatologiques sans douleur, est maintenant disponible sous forme de "patch" d'utilisation plus pratique
- le MEOPA, ce mélange gazeux, composé d'oxygène et de protoxyde d'azote à parts égales qui permet de diminuer ou de supprimer la douleur de certains gestes (ponction lombaire, ponction veineuse, point de suture, petite chirurgie...) vient enfin d'obtenir une Autorisation Temporaire d'Utilisation. Les centres hospitaliers qui utilisent ce protocole efficace et reconnu peuvent maintenant être en conformité avec la loi.

les moyens non médicamenteux

Il existe, parallèlement aux moyens médicamenteux des solutions très variées :

- utiliser un antiseptique qui ne pique pas pour nettoyer les plaies ou pour les soins du cordon ombilical du nouveau-né. Inutile de l'agresser avec de l'alcool à 60°, comme il est encore conseillé dans les maternités !..
- limiter l'utilisation d'adhésifs, leur retrait est très douloureux, pour les nouveaux-nés en particulier. Les mouiller ou utiliser une solution spéciale avant de les enlever, et privilégier les bandes cohésives.
- Le froid, (glaçon, eau froide, spray) procure une certaine analgésie de contact en diminuant la sensibilité nerveuse. De plus, il permet également de limiter la gravité de la lésion dans le cas des brûlures. Il faut maintenir la zone brûlée sous l'eau froide du robinet pendant au moins 10 minutes.
- On supporte mieux les douleurs qui ont un "sens". L'information permet d'éviter les idées fausses à propos de certains gestes ou soins. Tout traitement ou geste douloureux doit être accompagné d'une information précise adaptée aux capacités de compréhension de l'enfant et de sa famille, et la coopération de l'enfant doit être activement recherchée.
- Le confort, les distractions, la musique, la présence rassurante des parents ou d'un proche participant au soulagement ou évitent d'exacerber la sensation douloureuse. De plus, en milieu hospitalier les enfants ont besoin de "porte-parole" et les parents sont tout indiqués pour tenir ce rôle.
- La relaxation permet aux enfants de mieux contrôler la sensation douloureuse, ils apprennent à la gérer. Cette technique est particulièrement utile dans le traitement des migraines par exemple.

Enfin de nombreuses autres disciplines ou techniques peuvent participer à une meilleure prise en charge telles que : les psychothérapies, l'hypnose, les massages, la sophrologie, l'acupuncture...

La formation

Elle est indispensable pour faire évoluer les pratiques. "La prise en charge antalgique chez l'enfant au cours de toute pathologie douloureuse est une habitude nouvelle en pédiatrie" (Gauvain-Piquard Annie, Fournier-Charrière Elisabeth). Depuis maintenant 2 ans, les nouveaux professionnels bénéficient d'une formation spécifique. Ils seront les garants du changement. Afin que le traitement de la douleur devienne une priorité, ils devront prendre le relais des premiers soignants convaincus et motivés qui se sont formés de leur propre initiative et ont initié les premiers progrès.

Bibliographie

Maman j'ai mal !

GAUVAIN-PIQUARD Annie, MEIGNIER Michel
Retz Pocket - 1994

L'enfant et la douleur, familles et soignants

COOK Jon, TURSZ Anne
Syros - 1998 - 185 p

Douleur et urgences chez l'enfant

DOMMERGUES Jean-Paul, FOURNIER-CHARRIERE Elisabeth
Arnette Blackwell Paris - 1995 - 237p

L'infirmière et la douleur

WROBEL Jacques, coordinateur
Institut UPSA de la douleur -1997 - 140 p

"La douleur de l'enfant, quelles réponses ?"

Les actes des 6 journées (1991-1992-1994-1995-1997)
ATDE/ PEDIADOL

Au pays de trémal la douleur de l'enfant (bande dessinée)

MEIGNIER Michel
DOIN éditeurs - 1995 - 32p

Mon bel ilizarof - Témoignage de parents

MARTIN Danièle
SPARADRAP - 1998 - 36 p

Maltraitements institutionnelles accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter

GABEL Marceline, JESU Frédéric, MANCIAUX Michel, ouvrage collectif
Fleurus psycho-pédagogisue - parution novembre 1998

La douleur de l'enfant, prise en charge pratique

ANNEQUIN Daniel - VEYCKMANS
Edition Pradel/Masson à paraître 1999

Base de données sur la douleur de l'enfant

par MINITEL : 3617 code PEDIADOL
par INTERNET : <http://www.pediadol.org.fr>

Filmographie (tous ces films sont distribués par SPARADRAP)

- Ces enfants trop calmes Sémiologie de la douleur du petit enfant - 1991
- Tamalou l'examen clinique du jeune enfant douloureux - 1993
- Ma douleur à zéro Exemples de prises en charge de la douleur de l'enfant - 1997
Auteur : Annie GAUVAIN PIQUARD
Réalisation : Pierre FRANÇOIS

- Utilisation du protoxyde d'azote pour les gestes douloureux en pédiatrie - 1995
- Margot, le masque, le ballon et le proto - 1995
- Utilisation de la morphine chez l'enfant - 1998
Auteur : Daniel ANNEQUIN
Réalisation : Richard HAMON

Douleur et inconfort chez le nouveau né - 1995
Auteurs : Thierry DEBILLON, Nathalie RAVAUULT
Réalisation : Michel SOREL