

ÉTATS DOULOUREUX

Chez l'enfant comme chez l'adulte, qu'elle soit psychique ou somatique, aiguë ou chronique, la prise en charge de la douleur doit être une **préoccupation constante du soignant**. Repérer la douleur, l'évaluer, la traiter : tour d'horizon dans ce dossier du « Quotidien ».



Avant toute effraction cutanée, du glucose à 30 % dans une tétine ou deux minutes de tétée

Douleur de l'enfant La reconnaître et la traiter

Les professionnels de santé, et les médecins de famille en particulier, ont la responsabilité de prendre en charge la douleur de l'enfant quel que soit son âge.

● Dès la naissance, le système nerveux, est susceptible de percevoir un influx nociceptif. En revanche, « les systèmes inhibiteurs n'étant pas matures chez le tout-petit, la perception de la douleur peut être perçue plus intense que chez l'adulte pour un même stimulus, et ce d'autant plus que le jeune enfant est incapable de comprendre les raisons d'un geste douloureux et la nature temporaire de cette douleur », souligne le Dr Catherine Devoldère, pédiatre, Unité d'hématologie, immunologie et oncologie pédiatrique au CHU d'Amiens.

Un grand nombre d'études montrent les effets de la mémoire implicite de la douleur chez l'enfant, à distance, les scores de douleur étant plus élevés chez le prématuré (versus l'enfant né à terme). « Une première expérience douloureuse augmente la perception des douleurs suivantes », insiste la pédiatre. Ainsi, pour un enfant qui doit être réopéré sur un même territoire, les besoins antalgiques en post-opératoire sont plus forts, la mémoire du circuit de la douleur conditionnant la suite des événements... La douleur doit donc être soulagée efficacement dès lors qu'elle a permis de poser un diagnostic. Soulagée, ou prévenue dans la mesure du possible. Ainsi, deux minutes avant une vaccination ou une prise de sang, du glucose à 30 % dans une tétine ou deux minutes de tétée permettent de passer le cap en douceur, grâce aux endorphines alors libérées. Et ceci est vrai pour toute effraction cutanée (y compris une ponction lombaire), jusqu'à 4 mois. Une crème ou un patch anesthésique (à prescrire avec le vaccin ou la prise de sang systématiquement) à appliquer au moins une heure avant un geste intrusif enlève la douleur de la piqûre (sur 3 mm à 1 heure, 5 mm à 2 heures), la tétée en complément éventuel pour plus d'efficacité.

La révolution MEOPA

Une fois la PEAO anesthésiée, une kyrielle de petits moyens non médicamenteux orientent dans le bon sens la relation soigné-soignant : enfant contre sa mère, avec un objet « distracteur », muscle « cible » en flexion, détendu. À l'hôpital, la grande révolution antalgique s'est produite avec le MEOPA (pour mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote),

aujourd'hui dans tous les services de pédiatrie. En 3 à 5 minutes, l'inhalation de MEOPA permet une antalgésie et une relaxation (qui facilite l'entrée en hypnose par un soignant formé à l'hypno-analgésie) pendant la durée du soin, pour les gestes invasifs à plus de 5 mm de profondeur en particulier.

La reconnaissance d'une douleur aiguë est en règle facile sur des pleurs, un sommeil perturbé, etc. ; elle est plus laborieuse quand la douleur se prolonge. En quelques heures, l'enfant devient trop sage : il ne joue plus, ne sollicite plus l'attention. Un repli, un tableau pseudo-dépressif, qui s'installe très progressivement.

La douleur peut être mesurée par l'enfant grâce à deux échelles d'autoévaluation, l'échelle visuelle analogique (EVA), abstraite, et l'échelle des visages, qui tient compte de la dimension émotionnelle de la douleur. Ces échelles mesurent en quelque sorte la « température » de la douleur. Une seule suffit après 6 ans, les deux concordant parfaitement ; entre 4 et 6 ans, la combinaison des deux est recommandée. « Pour évaluer la douleur, aiguë ou prolongée, d'enfants de 0 à 7 ans, nous disposons de l'échelle Evendol*, une hétéro-évaluation validée aux urgences et en chirurgie. Le soignant note tout ce qu'il observe, même s'il pense que les signes ne sont pas dus à la douleur mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou la gravité de la maladie... Ainsi, la prise en compte de ces paramètres évite les interprétations hâtives », précise le Dr Devoldère. Enfin, pour soulager la douleur, paracétamol ou ibuprofène en première intention, puis les deux associés ; un cran au-dessus à partir de trois ans, le tramadol (un opioïde faible) en gouttes, et à partir de 12 ans, la codéine sauf dans certaines situations (amygdalectomie). En cas de douleurs intenses ou résistantes, de la morphine. « Les règles de prescription et les problèmes de galénique en limitent l'usage », regrette la praticienne.

Au-delà des médicaments, des traitements non médicamenteux, essentiels, permettent de moduler la composante émotionnelle de la douleur, tels que l'information, la préparation au geste, la distraction, l'hypnose (sur les douleurs récurrentes notamment), etc.

Dr Brigitte Blond

* www.sparadrap.org, pour un document sur le MEOPA, sur l'hypno-analgésie, les échelles de douleur, la morphine, l'hypnose) ; « douleur de l'enfant, l'essentiel » www.pediadol.org; www.has-sante.fr, pour les alternatives à la codéine.

Souffrance psychique Le praticien doit faire preuve de vigilance

Chaque année, on compte en France 9 000 suicides et 180 000 tentatives déclarées. Face à cette question éminemment sensible, les professionnels de santé sont souvent démunis. Pourtant, en matière de prévention notamment, le rôle du médecin est incontournable. Éclairage avec le Dr Matthieu Lustman*.

● La « crise suicidaire », définie comme « un état de trouble psychique aigu, caractérisé par la présence d'idées noires et d'une envie de suicide de plus en plus marquées et envahissantes », la crise suicidaire enferme la personne dans une immense souffrance, l'empêchant de trouver en elle les ressources suffisantes pour surmonter ce moment.

« Elle va d'abord s'adresser à la famille ou à des amis, puis, s'ils ne répondent pas présents, elle peut parler à son assistante sociale ou à son médecin », raconte le Dr Matthieu Lustman, médecin généraliste et auteur d'une thèse en sociologie intitulée « Du suicide comme construction sociale ». À ce moment-là, le médecin généraliste doit écouter son patient, le comprendre en profondeur, analyser ce qui fait sens pour lui et savoir l'orienter.

Prévention primaire

« Toutefois, la complexité de la question invite le praticien à faire preuve de vigilance au quotidien », précise le Dr Lustman. En effet, le premier rôle du médecin généraliste est d'agir avant la tentative de suicide : « C'est la même chose que pour l'infarctus, où notre mission consiste à traiter le diabète, le cholestérol, à inciter nos patients à pratiquer une activité spor-

tive ou à faire un régime... On se situe dans "l'avant" Il en va de même pour le suicide. En fait, nous devons voir nos patients dans leur complexité, avoir une approche biopsychosociale, être attentifs à leur mal-être, dans sa singularité, avant que celui-ci ne se transforme en crise. » Autrement dit, il faut essayer de repérer les symptômes quand ils se présentent. « Même si le chiffre est largement sous-estimé, on dénombre 180 000 tentatives de suicide chaque année dans le pays, ajoute-t-il. Avec 80 000 médecins, cela représente en moyenne un peu plus de 2 personnes pour chacun d'entre eux : ce n'est pas énorme... Mais le caractère dramatique du suicide justifie cette attention permanente. »

Des formations sur le sujet sont dispensées ponctuellement. Objectifs : apprendre à décrypter certains signaux, se poser les bonnes questions, savoir demander à la personne si elle veut mourir, connaître les réseaux de prise en charge... Des outils pédagogiques permettent aussi d'évaluer le niveau du risque et de « lister » les options : adresser le patient aux urgences ou dans un centre d'accueil psychiatrique, le revoir rapidement ou un peu moins rapidement, travailler avec la famille... « Ce sont des éléments qui nous permettent de proposer une prise en charge... mais ce n'est pas un gage de réussite : ce n'est pas parce que l'on dispose d'un protocole que la tentative de suicide est forcément évitée », relève le Dr Lustman. Ainsi, les qualités du médecin – écoute, compréhension, attention, observation, patience et capacité à sortir de son cadre habituel – doivent être toujours mobilisées : en amont d'une potentielle tentative de suicide

et, bien entendu, en aval. « Le médecin généraliste a alors un rôle à jouer en termes de poursuite d'accompagnement, de debriefing ou de disponibilité », poursuit le praticien.

Échanger avec ses pairs

En fonction des traumatismes subis et de l'histoire de chacun, la douleur psychique peut s'inscrire dans le long terme et se manifester de manière très diverse. Se retrouver face à quelqu'un qui veut mettre fin à ses jours est tellement délicat qu'il est indispensable de ne pas travailler seul, de faire attention à soi, d'échanger avec ses confrères, y compris dans une logique pluridisciplinaire. « Psychologue, art-thérapeute, sophrologue, acupuncteur... toutes les possibilités de soin doivent être envisagées », insiste-t-il. Quant à la possibilité d'être confronté un jour au suicide d'un patient, le Dr Lustman est très clair : « Autant que possible, nous ne devons pas culpabiliser car nous ne sommes pas des sauveurs... L'important est d'avoir une démarche réflexive sur notre action, de ne pas hésiter à "refaire le film" pour voir ce qui a fonctionné ou pas, afin de ne pas reproduire d'éventuelles erreurs la fois prochaine. » Et ce tout en restant « humble » : en effet, chaque histoire est différente, et les réponses le sont parfois tout autant.

Anne-Lucie Acar

* Le Dr Matthieu Lustman est médecin généraliste et sociologue. Il est président de la Fédération européenne des associations luttant contre l'isolement et pour la prévention du suicide (FEALIPS) et membre de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS). Il est également enseignant-chercheur à l'Université Paris-Est Créteil et à l'Université catholique de Lille.

Douleur postopératoire Des recommandations actualisées

De nouvelles recommandations ont été émises pour la prise en charge des douleurs postopératoires. Le point avec le Pr Frédéric Aubrun, service d'anesthésie-réanimation-douleur, Hospices Civils de Lyon.

● Il y a près de 25 ans, un audit externe réalisé à l'Assistance Publique de Paris avait souligné les insuffisances de la prise en charge de la douleur postopératoire (DPO) dans les 24 premières heures. Entre 1997 et 2007, les recommandations successives de la SFAR et les actions ministérielles, celles des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) et des groupes hospitaliers se sont traduites par des résultats « globalement rassurants ». En 2016, les recommandations formalisées d'experts ont permis de compléter ou modifier les recommandations déjà existantes. Elles portent sur l'évaluation de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant, les méthodes permettant de monitorer l'analgésie au bloc opératoire et en post-opératoire immédiat, les thérapeutiques médicamen-

teuses par voie systémiques et orales, et l'anesthésie locale et loco-régionale postopératoire. En période préopératoire, il est recommandé d'identifier les patients les plus vulnérables à la douleur (à risque de développer une douleur postopératoire sévère et/ou une douleur chronique post-chirurgicale), en recherchant la présence d'une douleur préopératoire y compris en dehors du site opératoire, la consommation d'opiacés au long cours, des facteurs chirurgicaux et psychiques tels que l'anxiété ou la dépression.

Médicaments

Concernant les thérapeutiques médicamenteuses par voie systémiques et orales, en l'absence de contre-indication, il est recommandé d'associer à la morphine un AINS non sélectif ou un inhibiteur sélectif des cyclo-oxygénases de type 2. La morphine reste l'opiacé fort de référence en postopératoire, la voie orale devant être privilégiée dès que possible. La lidocaïne est probablement recommandée chez les patients adultes opérés d'une chirurgie majeure qui

ne bénéficient pas d'une analgésie péri-nerveuse ou péri-durale. Les corticoïdes, fréquemment utilisés lors d'une anesthésie générale, sont probablement recommandés pour leur effet sur la douleur postopératoire. L'administration de faible dose de kétamine, l'agent anti-hyperalgésique de première intention, est utile en cas de risque de douleur aiguë intense ou chez les patients vulnérables (en particulier les patients sous opioïdes au long cours ou en cas de toxicomanie aux opiacés). Enfin, La littérature récente confirme l'intérêt d'un cathéter périmerveux en cas de risque de douleur postopératoire modérée à sévère en particulier dans la chirurgie prothétique de l'épaule et du genou. L'apport de ces cathéters périmerveux sur la chronicisation de la douleur n'est en revanche pas démontré. Il est recommandé de rester en deçà des doses maximales toxiques d'anesthésiques locaux. Une infiltration analgésique intra-articulaire est associée à un risque toxique des anesthésiques locaux sur le cartilage.

Dr Gérard Bozet