

La douleur de l'enfant

# APAISER AUTANT QUE RASSURER

**Quoi de plus difficile que de se sentir impuissant devant son enfant qui a mal...  
Avec ou sans médicament, des solutions existent pour prévenir et atténuer la douleur.  
Médecins et scientifiques nous livrent leurs conseils.**

Les analgésiques sont au premier rang des médicaments prescrits aux enfants (64 %). L'enfance est semée de douleurs, communes le plus souvent, mais parfois très aiguës comme la poussée dentaire ou l'otite... Et dire que, jusque dans les années 1980, on pensait que le nouveau-né ne ressentait pas la douleur et qu'on opérait sans antalgique ! « *J'étais jeune interne et on me disait "ne t'inquiète pas, quand il crie c'est purement un réflexe, cela ne parvient pas à sa conscience"* », se souvient

le Dr Élisabeth Fournier-Charrière, pédiatre, membre du groupe d'experts Pédiadol (médecins et infirmières impliqués dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur de l'enfant, [pediadol.org](http://pediadol.org)). Et puis, en 1987, le Pr Kanwaljeet J. S. Anand et son équipe britannique montrent que les nouveau-nés opérés sous fentanyl (un antalgique fort) ont de meilleures chances de guérison que ceux qui n'ont pas reçu d'anti-douleur. À partir de ce moment, les pratiques changent dans le monde entier.

Savoir à quel point un enfant a mal reste cependant un défi : « *L'enfant ne peut pas verbaliser sa douleur et n'a pas encore les outils pour la coter* », explique le Dr Camille Fauchon, chercheur au sein de l'équipe d'intégration centrale de la douleur chez l'homme (NeuroPain) du Centre de recherche en neurosciences de Lyon (CRNL). De plus, on attribue souvent le comportement des petits douloureux à d'autres émotions : « *Ce sont ces enfants que l'on amène chez le médecin en disant "il est grognon". Et en fait, il a une otite... Aux urgences, s'il proteste face aux soins, on dit "il a peur", alors qu'il a mal* », ajoute le Dr Fournier-Charrière.

## MESURER LA DOULEUR MÊME CHEZ LE NOURRISSON

À l'hôpital, plusieurs échelles permettent de coter la douleur selon l'âge de l'enfant : l'échelle des visages, l'échelle visuelle analogique... À la maison, les 15 questions de la *Postoperative Pain Measure for Parents* peuvent mettre la puce à l'oreille des parents : « *Mon enfant est-il plus calme que d'habitude ? Refuse-t-il de manger ? Pleure-t-il plus facilement ?...* » Mais, pour repérer si son enfant a mal, une des meilleures méthodes est de faire confiance à son jugement : une étude menée par le CRNL a montré que l'expérience des parents, devenus des experts dans l'interprétation, leur permet de reconnaître correctement les pleurs de douleur d'un bébé. Les soignants en pédiatrie développent la même capacité.

Les enfants ne simulent pas la douleur. Et ils ne peuvent contrôler son expression qu'en fin d'école primaire. Les composants acoustiques du pleur, notamment l'intensité et le type de pleurs, apportent des informations importantes sur sa signification et renseignent sur le niveau de douleur vécu par le nourrisson.

Mais, attention, les pleurs ne sont pas toujours proportionnels à l'intensité de la douleur : « *Les geignements sont beaucoup plus évocateurs que les grands cris* », note le Dr Fournier-Charrière. Et puis, parfois, il n'y a pas de cris : « *Si la douleur s'installe, l'enfant reste immobile et silencieux, avec un refus de jouer ou de communiquer et une recherche de pseudo-sommeil. C'est l'atonie psychomotrice.* » Et si la douleur devient vraiment chronique (plus de trois mois),

le corps met l'expression de la douleur en sourdine « *mais l'enfant, l'ado, va coter son mal à 8/10 et, parallèlement, déprimer, s'isoler, mal dormir...* » Les familles peuvent trouver des explications à ce sujet sur le site [dolomio.org](http://dolomio.org).

## BIEN PRÉPARER UN SOIN DOULOUREUX

Vaccin, piqûre, pansement... Préparer son enfant est essentiel car « *la douleur est à la fois une sensation et une émotion. Ainsi, la peur augmente la sensation douloureuse. À l'inverse, quand on a moins peur, on a moins mal* », constate le Dr Jean-Louis Chabernaude, pédiatre réanimateur, vice-président de Sparadrap, association qui agit pour prévenir et réduire la peur et la douleur des enfants, à la maison et à l'hôpital.

À partir de 6 ans, informer l'enfant de ce que l'on va lui faire est une forme de « partenariat » à établir. En revanche, « *avant 4 ans, l'enfant ne peut pas envisager qu'il faille lui faire du mal pour son bien. Il faut donc utiliser d'autres moyens, distraction, crème anesthésiante, gaz hilarant à l'hôpital...* », précise le Dr Fournier-Charrière. La présence des parents est alors essentielle. Et, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, elle est aussi bénéfique au bon déroulement des soins : « *Avant, les soignants se méfiaient beaucoup des parents, dont ils pensaient qu'ils allaient les gêner. Mais c'est tout le contraire qui a été démontré et les recommandations européennes vont désormais dans ce sens-là* », insiste le Dr Chabernaude, qui milite avec Sparadrap pour inscrire ce droit dans la loi.



## LES SUPPOSITOIRES SONT INEFFICACES

- « Le paracétamol, mal absorbé par voie rectale (biodisponibilité faible et imprévisible), doit être évité au profit de la voie orale », recommande l'Agence nationale de sécurité du médicament depuis 2009. Pourtant, « en France, les familles restent demandeuses et les médecins prescripteurs », note le Dr Elisabeth Fournier-Charrière.
- Les suppositoires doivent fondre puis atteindre la muqueuse, un processus aléatoire : « Chez certains, cela fonctionne alors que, chez d'autres, il faudrait deux ou trois fois la dose pour atteindre le but », précise la spécialiste, avant d'ajouter que « quoi qu'il en soit, l'arrêt de l'usage des suppositoires sera une bonne chose pour le respect de l'intimité de l'enfant ».

## SOULAGER SON ENFANT AVEC DES MÉDICAMENTS

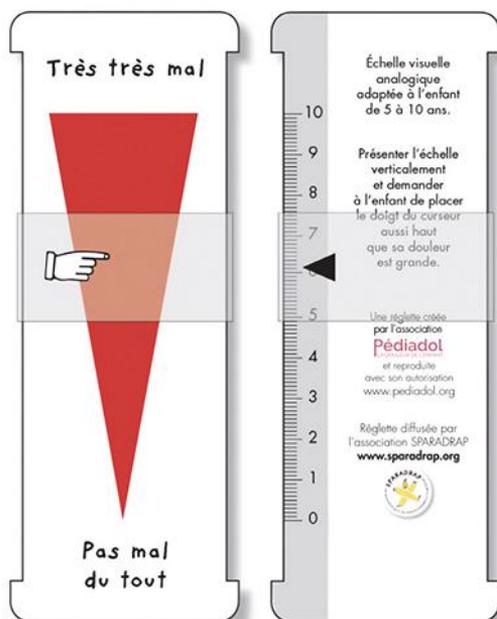
Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les parents hésitent à médicamer leurs enfants. Pourtant, certaines affections communes sont extrêmement douloureuses et doivent être fortement soulagées : « L'otite, pour laquelle le paracétamol ne suffit jamais, ou encore la stomatite de primo-infection herpétique (virus de l'herpès), l'enfant souffre horriblement, n'arrive plus à manger ni boire... », remarque le Dr Fournier-Charrière.

Alors on donne quoi ? Jamais d'aspirine, en raison des effets secondaires (voir p. 48), en revanche on peut opter pour le paracétamol et l'ibuprofène. Quelle que soit leur forme galénique (comprimé, effervescent, sirop...), ils sont aussi efficaces, hormis le suppositoire (voir encadré ci-dessus). Ces deux molécules étant différentes, elles peuvent être associées, le paracétamol restant le médicament de première intention. « Si, au bout d'une heure (temps d'action moyen), la douleur ne baisse pas suffisamment, vous pouvez donner de l'ibuprofène, le pic d'action du paracétamol étant atteint. Après les deux premières prises, paracétamol et ibuprofène peuvent être pris ensemble ou en alternance », recommandent les experts de Pédiadol. En revanche, il faut scrupuleusement respecter les doses maximales pour chacune des molécules sur 24 heures et selon l'âge et le poids de l'enfant (se référer à la notice).

## UTILISER DES MÉTHODES NON MÉDICAMENTEUSES

À la crème anesthésiante (type Emla), le paracétamol, l'ibuprofène... doivent s'ajouter des méthodes non médicamenteuses, afin de minimiser au maximum le vécu douloureux. Tout d'abord l'empathie (voir encadré p. 33). Car montrer que l'on comprend le ressenti de l'enfant sans le minimiser abaisse le niveau de la douleur. Ensuite, des gestes simples : « *Frotter la jambe de son petit qui vient de se faire mal est un comportement inné et qui fonctionne. Cela active ce que l'on appelle la "théorie du portillon" ou "gate control"* », précise Camille Fauchon. Le cerveau reçoit un second stimulus, tactile, véhiculé par des fibres nerveuses rapides, atténuant la transmission de l'information douloureuse. Le « bisou magique » active aussi ce processus, en plus d'une forme de distraction, de pensée magique et de « toute-puissance » parentale qui rassure.

Pour les tout-petits, le goût sucré associé à la succion est une stratégie éprouvée (libération d'endorphines). Lors d'un vaccin, d'une piqûre, jusqu'à 6 ou 9 mois (et potentiellement jusqu'à 18), vous pouvez donc utiliser une solution sucrée (en pharmacie, type Pacidol) associée à la tétine, à donner deux minutes avant. Aussi efficace :



L'association Pédiadol a créé une règlette très visuelle pour évaluer la douleur chez l'enfant (recto, verso).

la mise au sein. « *Chez les nouveau-nés, c'est radical, vous pouvez faire une prise de sang, ils ne réagissent pas* », note le Dr Fournier-Charrière. Le peau à peau, puis, plus tard, le câlin, le massage, ou tenir la main de l'enfant sont également des moyens de lui procurer du réconfort et diminuer la douleur (méthodes sur [pediadol.org](http://pediadol.org)).

La distraction constitue un levier essentiel, dont l'efficacité sur l'abaissement du niveau de douleur a été établie dans de nombreuses études. Les bulles de savon sont idéales : « *Cela demande à l'enfant de souffler, ce qui le calme, c'est poétique, cela fait appel à l'imaginaire...* » Autres idées : les livres pop-up (animés), les chansons, les petits jouets... et les écrans pour les plus grands ! « *L'essentiel est que l'enfant soit acteur : il chante, il imagine avec vous, il est le héros de l'histoire que vous racontez...* » afin qu'il fixe son attention sur autre chose (voir [sparadrap.org](http://sparadrap.org)).

## DÉSAMORCER LA MÉMOIRE DE LA DOULEUR

Après la phase douloureuse, les parents ont un rôle majeur à jouer : consoler, rassurer et prévenir une phobie des soins, qui peut s'installer chez les petits si le soin s'est mal passé. Car la douleur est mémorisée dès la première fois. Et les circuits cérébraux activés deviennent plus sensibles au deuxième moment douloureux, voire hypersensibles. Réduire la douleur dès le premier soin et débriefer sont essentiels car, comme l'explique le Dr Mélanie Noël, professeure en psychologie à l'université de Calgary (Canada), « *la mémoire est sujette à la distorsion : un enfant sur quatre va se souvenir de la douleur comme plus importante et plus effrayante qu'elle ne l'a été en réalité. Une piqûre cotée à 4 sera mémorisée comme une douleur à 10* ».

La spécialiste a établi que les parents pouvaient reprendre le vécu douloureux avec l'enfant en appuyant sur trois points : faire un focus sur tout ce qui a pu être positif (la gentille infirmière, la super vidéo...); recadrer d'éventuelles exagérations de l'enfant (« *j'ai pleuré une heure* » : « *non c'était 3 minutes* »); appuyer sur le fait qu'il a été courageux et/ou acteur de son soin. Cette méthode permet au cerveau de ne pas sédimenter des vécus exagérés, déformés, et donc de vivre mieux les futures douleurs. ■

CÉCILE BLAIZE ET LAURE MARESCAUX

# LES PETITES PHRASES QUI RÉCONFORTENT

Les mots peuvent être des antalgiques.

Mais il faut savoir rassurer l'enfant en utilisant les bonnes formulations.



Chez l'adulte, le Dr Camille Fauchon et son équipe du Centre de recherche en neurosciences à Lyon ont montré que l'utilisation de phrases empathiques diminuait de 12 % la douleur ressentie. Même chose pour l'enfant. Associées à des mesures de distraction, les paroles

réconfortantes aident à apaiser la douleur en diminuant son stress et en détournant son attention.

### LES MOTS À PRONONCER

« *Tout est tranquille* »

« *Tout va bien se passer* »

« *Tu vas chanter avec moi et l'infirmière va faire ce qu'elle a à faire* ».

Si l'enfant crie ou pleure : « *Ah, je me demande si tu cries aussi fort que la sirène des pompiers ?* »

S'il ne pleure pas : « *Si tu ne pleures pas maintenant, je me demande quand est-ce que tu pleureras ?* »,

sous-entendu : tu as le droit de pleurer même si tu es grand et courageux.

### LES MOTS À ÉVITER

« *Ce n'est rien* », « *c'est une toute petite aiguille* », « *ça ne fait pas si mal* », ... : minimiser la douleur produit l'effet inverse.

« *N'aie pas peur, ça ne fait pas mal* », « *ne crie pas* », « *ne pleure pas* » et toutes les phrases négatives : le cerveau a tendance à retenir la négation, le « *ne pas* », et les mots « *peur* » et « *mal* ».

« *Tais-toi* », « *sois courageux* », « *sois tranquille* », « *sois sage* », « *pense à autre chose* », sont aussi des injonctions inefficaces.

### LA RÉCOMPENSE

Enfin, parents et soignants peuvent féliciter l'enfant après l'événement, quel qu'ait été son comportement. L'association Sparadrap a d'ailleurs créé un « certificat de bravoure » que nombre de soignants utilisent.