

# La douleur de l'enfant

**Belarbi KHEMLICHE**

**Service de réanimation pédiatrique CHU Oran; 2007**

**Sydney MELKA**

**I.A.D.E. – Algologue**

**D.A.R.P. – Pr. CAMBOULIVES**

**C.H.U. Timone Enfants**

## Définition de la douleur

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion »

IASP: caractère multidimensionnel de cette perception complexe

*IASP:International Association for the study of pain (def douleur 1979)*

## Physiologie de la douleur

### Facteurs de perception de la douleur

- Culturels
- Seuils de la douleur
- Expériences antérieures
- Comportement et situation

### Composantes de la douleur

- Sensori-discriminative (lieu,durée, qualité,intensité)
- Affectivo-émotionnelle (désagréable,supportable)
- Cognitive(signification,interprétation)

## IDÉES FAUSSES sur la DOULEUR en PÉDIATRIE

- Les nourrissons ne peuvent pas ressentir la douleur à cause de l'immaturation du SNC
- Les enfants ne ressentent pas la douleur autant que les adultes
- Les enfants qui dorment ne peuvent pas être douloureux
- Les enfants qui bougent ne sont pas douloureux
- Les piqûres ne sont pas douloureuses
- Les enfants ne disent pas toujours la vérité sur leur douleur
- Les enfants ne peuvent pas décrire et ou localiser leur douleur

- Un enfant pleure parce qu'on le maintient, mais pas de douleur
- Les parents connaissent tout de la douleur de leur enfant
- Les opiacés sont dangereux pour les enfants

## Les obstacles à la prise en charge antalgique chez l'enfant

- Pour le médecin : importance du diagnostic
- Pour l'enfant et ses parents : la douleur
- Prescription d'antalgiques chez l'enfant est une recommandation nouvelle
- Convictions +/- inconscientes des équipes :
  - l'enfant souffre moins
  - immaturité du SN
  - impossibilité d'évaluer la douleur du nourrisson
  - les enfants oublient la douleur
  - les morphiniques sont dangereux
- Les douleurs servent au diagnostic mais ne sont pas traitées
- La « phobie » des blouses blanches

## Maturation anatomique des voies de la nociception

- Récepteurs périphériques : 7ème à 21ème semaine de vie intra-utérine
- Voies afférentes et cornes dorsales : 30ème semaine
- Structure supra spinale : 28ème semaine
- Voies intra spinales : 29ème semaine
- Neurotransmetteurs et récepteurs substance P dès la 12ème semaine; opioïdes endogènes et récepteurs présents dès la 15ème semaine
- Mais enképhalines au niveau spinale, détectables 12ème à 14ème semaine post natale, idem pour les voies inhibitrices

**Conclusion :** maturité anatomique et neurochimique suffisante chez le nouveau né, même le prématuré, mais les mécanismes protecteurs ne sont effectifs qu'au cours du 2ème trimestre de la vie

## Aspects psychologiques

Hospitalisation, AG, chir. →  $\uparrow$  retentissement émotionnel +++ pour parents et enfants

Préparation psycho de l'enfant → information des parents

Anxiété des parents = anxiété de l'enfant

5 types de crainte:

- Douleur
- Inconnu
- Séparation des parents
- Perte de l'autonomie

- Règles de fonctionnement

## **L'enfant de 0 à 1 an**

- Possède les récepteurs et les systèmes de transmission de la douleur
- Les mécanismes physiologiques de contrôle de la douleur sont immatures
- Fonctions cognitives insuffisantes pour analyser sa douleur
- Très démuni face à la douleur
- Donc, communiquer avec lui est essentiel

### **PERCEPTION DE LA DOULEUR :**

#### **de la naissance à 1 an**

Immaturité affective → indifférenciation cognitive

#### **Le nouveau-né :**

- *n'a pas conscience de ses limites corporelles* → douleur globale et diffuse dans tout le corps
- *n'a pas conscience du temps* → douleur durant éternellement
- *a l'illusion de toute puissance* → perte de l'identité narcissique

### **ÉVALUATION DE LA DOULEUR :**

#### **de la naissance à 1 an**

#### **Les critères d'évaluation**

- expression corporelle
  - réponses faciales, mimiques douloureuses
  - mouvements des membres, motricité spontanée, crispation des extrémités
- expression vocale
  - intensité du cri
- capacités relationnelles et sociales
  - consolabilité et succion
- qualité du sommeil

#### **De 1 à 2 ans**

- Toute tension déplaisante<sub>1</sub> → douleur
- Prend conscience de son corps par morceau
- La douleur va l'envahir globalement
- Vit dans un présent infini <sub>1</sub> → douleur dure éternellement
- Perte de son identité narcissique et pense que son entourage est responsable de sa douleur

## de 1 à 6 ANS

Critères d'évaluation:

- Expression corporelle prépondérante:
  - attitudes antalgiques
  - Agitation
  - pleurs, demande de « maman »
- Expression verbale: besoin d'aide pour décrire et situer
- Signes physiologiques: F.C., F.R., P.A.
- Capacité à communiquer

### L'enfant de 2 à 3 ans

- À un répertoire de 150 mots
- Commence à désigner où il a mal
- N'a pas de notion du temps
- Ne sait pas se projeter dans l'avenir
- Ne comprend qu'une consigne à la fois

### De 2 à 6 ans

- Pensée magique
- Localise difficilement sa douleur
- Schéma corporel en cours d'élaboration
- Douleur = événement extérieur
- Mauvais comportement
- Douleur irréversible

### L'enfant de 3 à 6 ans

- Répertoire de 1500 mots
- Plainte spontanée, mais besoin d'aide pour décrire sa douleur
- Pas de notion du temps
- Centré sur son point de vue et non sur celui des autres
- Attribue la cause de sa douleur aux personnes ou événements extérieurs. Douleur = punition
- Besoin d'être rassuré
- Lui expliquer la notion de cicatrisation

## PERCEPTION DE LA DOULEUR

### DE 2 A 6 ANS

Période intuitive: pensée magique

L'enfant:

- A une vision unidimensionnelle de la douleur → aspect émotionnel primordial

- Confond la cause et l'effet : explication de sa douleur par des « pensées magiques »<sup>↓</sup>  
→ la douleur est la punition d'une faute commise
- N'a pas acquis la réversibilité d'un raisonnement : la douleur ne peut pas s'arrêter ou disparaître
- A son schéma corporel en cours d'élaboration; il localise difficilement sa douleur

### De 6 à 10 ans

- Pensée logique
- Peut collaborer, coopérer, décrire
- Attribue sa douleur à une cause extérieure
- Maturité → 7 variables non visibles : physique et psychologique

### Pensée logique concrète

- L'enfant peut accéder aux notions :
  - D'espace, de latéralisation => il peut localiser sa douleur
  - De temps => il peut exprimer sa durée (vers 10 11 ans)
  - De numération => il peut le chiffrer et donner son intensité
- Il appréhende les différentes dimensions de la douleur
- Vers 9 ans, l'enfant peut comprendre que la douleur est provoquée par la maladie

### A partir de 9 ans

- 9 ans : peut dire que sa douleur est due à une maladie, des microbes, des difficultés psychosociales
- 11 ans : peut expliquer sa douleur en terme de fonctionnement physiologique interne :
  - Peut la localiser, l'exprimer en durée et en intensité (EVA)

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR de

### 6 à 10 ans

**LE SOIGNANT DOIT ENTENDRE la PLAINTÉ DOULOUREUSE de L'ENFANT et Y CROIRE**

Le ressenti douloureux peut avoir:

- Une cause physique
- Une cause psychique
- Une cause cognitive

## Conséquences psychiques d'une douleur forte et durable

### Chez le bébé

→ Désorganisation psychique qui va s'exprimer par un décrochage relationnel et un retrait du contact qui peut aller jusqu'à l'atonie psychomotrice

→ Nécessité de maintenir l'interaction

### **Chez l'enfant**

*Perturbation des capacités relationnelles* dues à la séparation, au sentiment de culpabilité, au vécu de trahison (perte de confiance aux adultes)

/ *Réaction dépressive*; perte d'élan, désintérêt pour le jeu, refus du travail scolaire

/ *Certains désordres névrotiques* exprimés par des sautes d'humeur, modification dans la relation à l'autre, perte de confiance en soi, accès de rage

## **CONSÉQUENCES de la DOULEUR NON SOULAGÉE**

- Respiration rapide et superficielle  $\uparrow$  → alcalose
- Toux inefficace →  $\uparrow$  rétention des sécrétions
- Expansion inadéquate des poumons →  $\uparrow$  bronchectasie, atélectasie
- Augmentation FC, ischémie tissulaire
- Augmentation pertes hydro-électrolytiques
- Phénomènes psychologiques (cauchemars, anxiété...)

## **FACTEURS INFLUENCANT LA DOULEUR D'UN ENFANT**

- Stade de développement cognitif
- Culture
- Sexe
- Personnalité
- Famille
- Société
- Religion
- Expériences antérieures de douleur

### **Quand prescrire ?**

### **Pour quel niveau de douleur ?**

- Pas de médicament à chaque douleur

- Traitement médicamenteux quand la douleur est envahissante et empêche les activités enfantines
- Douleur utile au diagnostic : on la « respecte » mais on doit l'atténuer
- Douleur liée aux soins : doit être prévue et prévenue systématiquement
- Les médecins sont réticents à l'égard des morphiniques

## **Douleur physique et consciente chez l'enfant**

- *Nouveau-né et nourrisson* : rupture de l'état de bien être, détresse avec sentiment d'impuissance et d'abandon
- *Petit enfant* : douleur = agression. Incompréhensible, génératrice de peur, de phobie et de colère, sentiment de punition
- *Préscolaire et adolescent* : notions de faute, de culpabilité, de persécution, de punition. Douleur = solitude

## **LES PHRASES A EVITER**

- Tais-toi ! Chut ! Chut !
- Sois sage !
- Sois gentil !
- Tu étais sage quand Maman n'était pas là...
- Pourquoi tu pleures ?
- Si tu pleures, je fais sortir Maman...
- Il fait marcher sa mère...
- Il n'a rien...
- On n'a rien trouvé.
- C'est dans sa tête.
- Faites lui un placebo, on verra bien.
- Ça va être fini, voilà j'ai fini (alors que ce n'est pas vrai).
- Etc....