

## « Douleur de l'enfant » : une mode qui n'en finit pas

### “Pain in children”: a never ending fashion phenomena

D. Annequin

© Springer-Verlag France 2010

Il y a 20 ans, face au succès des premières journées Unesco [1] « La douleur de l'enfant, quelles réponses ? », certains collègues nous parlaient de la thématique « douleur chez l'enfant » comme d'un « phénomène de mode » ; ils nous signifiaient ainsi que nous étions dans le labile et le superficiel...

Ce numéro de *Douleur et Analgésie* témoigne de l'inverse : la thématique « douleur de l'enfant » a atteint une forme de maturité. Des milliers de publications en attestent la vitalité. Les recommandations de bonne pratique, élaborées par l'Afssaps en juillet 2009, s'appuient sur 327 références (publiées depuis 2000). Elles sont une avancée majeure, car elles permettent de modifier positivement les pratiques antalgiques pédiatriques : désormais, il pourrait ainsi nous être reproché de ne pas appliquer de bonnes pratiques recommandées par l'Afssaps [2]. Ainsi, face à un échec du mélange équimoléculaire oxygène–protoxyde d'azote (MEOPA) pour un geste douloureux, la kétamine à faible dose apparaît comme étant le seul médicament potentiellement utilisable par un médecin formé, sans la présence d'un médecin anesthésiste. Le nouveau-né hospitalisé connaît chaque jour la douleur provoquée par les soins ; le décompte quotidien des actes douloureux subis par certains est quasiment ahurissant [3]. Les solutions orales sucrées ont une spécificité néonatale pour les ponctions superficielles. Les infirmières ont un rôle

primordial pour la douleur des soins, notamment quand elles utilisent les méthodes psychocorporelles (hypnoanalgésie...) qui constituent bien souvent la seule issue satisfaisante chez les enfants débordés par la peur. Les enfants, les adolescents porteurs de douleur prolongée qui se chronicise doivent bénéficier d'une écoute rigoureuse et empathique pour déjouer les pièges du « tout somatique ». Les réponses non pharmacologiques doivent bien souvent être privilégiées. La place majeure des thérapies cognitives est maintenant bien documentée. La migraine reste sous-diagnostiquée chez l'enfant et l'adolescent malgré son extrême fréquence. Elle ne doit plus être un diagnostic d'élimination.

**Conflit d'intérêt :** aucun.

### Références

1. (1990) [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)
2. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé Afssaps (9 A.D.) Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique, juin 2009
3. Carbajal R, Rousset A, Danan C, et al (2008) Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 300:60–70

D. Annequin (✉)

Unité fonctionnelle de lutte contre la douleur,  
hôpital d'enfants Armand-Trousseau,  
26, avenue du Docteur-Arnold-Netter,  
F-75012 Paris, France  
e-mail : [daniel.annequin@trs.aphp.fr](mailto:daniel.annequin@trs.aphp.fr)