

# La douleur chez l'enfant

1

Louise Cyrenne  
et Thérèse Saint-Laurent-Gagnon

## L'évaluation de la douleur en pédiatrie : attention aux pièges !

	Vrai	Faux
1. L'enfant calme n'est pas souffrant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le jeune enfant est incapable de nous signifier sa douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les signes vitaux sont d'excellents paramètres d'évaluation de la douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'influence culturelle a peu d'incidence sur l'évaluation de la douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Régression et dépression peuvent être des signes de douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est important d'utiliser des outils d'évaluation adaptés à l'âge et à l'état de l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il est primordial d'utiliser des échelles standardisées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le personnel doit se familiariser avec les outils d'évaluation de la douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39

Réponses à la page 46

**I**L EST PARFOIS DIFFICILE d'évaluer la douleur en pédiatrie, mais les enfants n'en souffrent pas moins. Les études des dernières années ont largement démontré les conséquences néfastes, tant physiologiques que psychologiques, d'interventions douloureuses exécutées sans analgésie adéquate, et ce, même chez le bébé prématuré<sup>1</sup>. Aucune étude n'a démontré que le risque de dépendance était accru chez l'enfant qui reçoit des opiacés dans le cadre d'un traitement antidouleur et, dès l'âge de trois mois, à doses proportionnelles, la sensibilité de l'enfant aux opiacés s'apparente à celle de l'adulte<sup>2</sup>.

Voici quelques-unes des raisons<sup>3,4</sup> qui expliquent le sous-traitement de la douleur en pédiatrie :

- Les fausses croyances (voir le prétest).
- Un accès plus restreint aux médicaments :

- Les médicaments utilisés pour les adultes n'ont pas tous fait l'objet de recherches cliniques contrôlées dans la population pédiatrique (par exemple inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2) ;
- La forme pharmaceutique est inadéquate : il n'y a pas de solution orale pour les opiacés à longue durée d'action, la posologie n'est pas adaptée aux enfants ;
- Certains médicaments ou certaines présentations de médicaments ne sont couverts qu'en tant que médicaments d'exception par le régime d'assurance médicaments provincial : **sirop** de codéine, kétorolac, capsaïcine, diphenhydramine, midazolam et plusieurs médicaments utilisés pour le traitement de la constipation.
- Il n'y a pas de guide pratique régissant la prise en charge de la douleur dans le cadre des interventions douloureuses

La D<sup>re</sup> Louise Cyrenne, anesthésiologiste en pédiatrie, est chargée d'enseignement clinique au département d'anesthésiologie de l'Université de Montréal. La D<sup>re</sup> Thérèse Saint-Laurent-Gagnon, pédiatre, est professeure adjointe de clinique au département de pédiatrie de l'Université de Montréal. Elles exercent à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal.

**Dès l'âge de trois mois, à doses proportionnelles, la sensibilité de l'enfant aux opiacés s'apparente à celle de l'adulte.**

R E P È R E

## T A B L E A U I

### Échelle de comportements verbaux et non verbaux

Comportement	Absent	Présent
1. Pleure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est difficile à consoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est irritable/de mauvaise humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dort mal la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A l'air triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Semble avoir mal :		
☉ au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉ au mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉ à la mobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se crispe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A moins d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A moins d'activités de jeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A des difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40

en pédiatrie<sup>5,6</sup> :

- ☉ L'absence de protocoles pédiatriques dans les centres hospitaliers qui traitent principalement des adultes restreint souvent la possibilité de recourir à des moyens pouvant aider à soulager la douleur des enfants lors d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques (suture de plaie, réduction de fracture).
- ☉ Les réticences des parents à l'égard de la prescription d'opiacés :
- ☉ Les réserves des parents en ce qui concerne la prescription d'opiacés s'expliquent par de nombreuses raisons (culturelles, éducatives, sociales). Il est important qu'ils comprennent le but et l'usage du traitement proposé et, dans la mesure du possible, il faut essayer de les associer au traitement mis de l'avant, sans quoi les ordonnances ne seront pas respectées dès que l'enfant retournera chez lui. Il vaut parfois mieux faire des compromis que se priver de la collaboration des parents.

### Évaluation de la douleur

L'évaluation adéquate de la douleur de l'enfant consti-

tue la première étape de son traitement. Elle a pour but :

- ☉ de détecter la présence de la douleur ;
- ☉ d'en évaluer l'intensité ;
- ☉ d'orienter et d'ajuster le traitement en fonction de la réponse de l'enfant.

Trois principales méthodes permettent de mesurer la douleur chez l'enfant<sup>7</sup> :

- ☉ Les **mesures physiologiques** (rythme cardiaque ou respiratoire) ont une faible spécificité, et ces paramètres s'atténuent avec la persistance de la douleur (elles sont peu utiles).
- ☉ Les **échelles de comportement** sont essentielles pour évaluer la douleur de l'enfant de moins de trois ans ou de l'enfant plus âgé qui ne peut exprimer sa douleur ou qui a régressé. Les lacunes de ces échelles sont : les intervenants sous-estiment la douleur de l'enfant et les signes moteurs diminuent chez certains enfants avec l'augmentation de la douleur.

- ☉ L'**évaluation subjective** (auto-évaluation) demeure la meilleure méthode. Entre l'âge de trois et six ans, l'enfant peut indiquer sur un carton montrant des visages celui qui correspond à l'intensité de son expérience de douleur. On recommande l'échelle de Bieri<sup>8</sup> (*figure 1*). Dès l'âge de six ans, l'enfant peut utiliser les échelles visuelles analogues (EVA) (*figure 2*). Les parents sont des alliés essentiels dans la prise en charge de la douleur de l'enfant, car ce sont eux qui connaissent le mieux les réactions usuelles de leur enfant à la douleur et sa réponse aux diverses interventions qui ont été tentées.

La douleur des enfants polyhandicapés, des enfants cancéreux et de ceux qui reçoivent des soins palliatifs est particulièrement difficile à évaluer. Des échelles comme celle de San Salvador<sup>9</sup> ont été conçues pour l'enfant polyhandicapé, et celle de DEGR<sup>10</sup> pour l'enfant cancéreux.

Les enfants plus jeunes tendent à surindiquer les 0 et les 10. Il est recommandé d'utiliser deux méthodes d'évaluation de la douleur avec eux afin de s'assurer qu'ils comprennent le concept de la douleur et de sa mesure.

### Échelle de comportements verbaux et non verbaux (tableau I)

Ce type d'échelle sert de guide aux parents ou aux intervenants et permet d'objectiver la présence de douleur,

**Les parents sont des alliés essentiels dans la prise en charge de la douleur de l'enfant.**

R E P È R E

FIGURE 1

**Échelle révisée des visages pour l'évaluation de la douleur\***

« Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) représente quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les indiquer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (indiquer celui de droite), qui représente quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui exprime combien tu as mal en ce moment. »

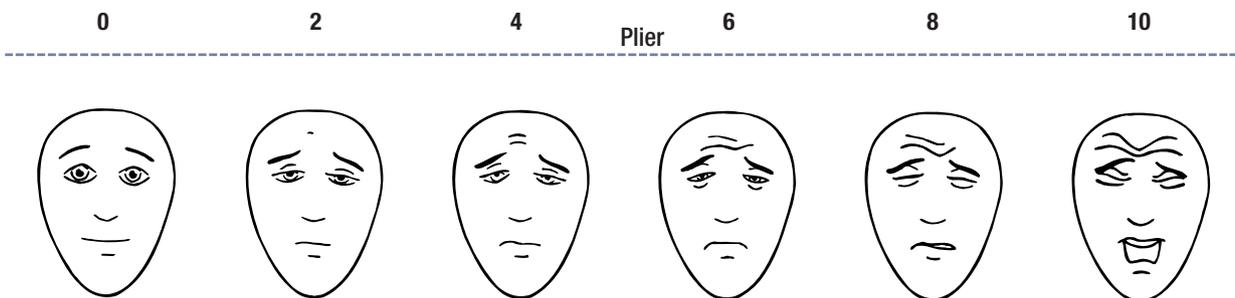
Les scores sont, de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. Zéro correspond donc à « pas mal du tout », et 10 correspond à « très très mal ».

**Remarques :**

- Exprimez clairement les limites extrêmes : « pas mal du tout » et « très très mal ».
- N'utilisez pas les mots « triste » ou « heureux ».
- Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect qu'affiche leur visage : « Montre-moi comment tu te sens à l'intérieur de toi ».

\* Pain Research Unit, Sydney Children's Hospital, Randwick NSW 2031, Australia. Ce matériel peut être photocopié pour un usage clinique. Pour toute autre demande, s'adresser à la Pain Research Unit : piirat@sesahs.nsw.gov.au.

Source : Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001 ; 93 :173-83. Échelle adaptée de : Bieri D, Reeve R, Champion G, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990 ; 41 : 139-50. Version de juin 2001.



**Quelques échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur**

**Échelle numérique**

L'échelle numérique permet aux patients de quantifier l'intensité de leur douleur en choisissant un chiffre entre 0 et 10 ; on précise que 0 représente « aucune douleur », et 10, la pire douleur imaginable. L'évaluation peut être faite verbalement ou par écrit et est généralement très bien comprise par les patients.



**Échelle visuelle analogue (EVA)**

L'EVA est une règle non graduée (généralement de 10 cm de longueur). On demande au patient de situer sa douleur (par écrit ou en utilisant un curseur) entre deux bornes extrêmes. On transforme la mesure (en cm) en score. Bien que très populaire, cet outil de mesure s'avère plus compliqué à expliquer que l'échelle numérique.



## T A B L E A U II

### Posologie initiale des opiacés<sup>15\*†</sup>

Codéine (enfant) <sup>‡</sup>	po/s.c. : de 0,5 à 1 mg/kg/dose toutes les 4 à 6 h dose maximale : de 1,5 à 2 mg/kg/dose la voie i.v. n'est pas recommandée (risque plus élevé d'apnée, d'hypotension)
Morphine (enfant) <sup>§</sup>	po/IR : de 0,2 à 0,4 mg/kg/dose toutes les 4 à 6 h forme orale à longue durée d'action : de 0,3 à 0,6 mg/kg/dose toutes les 12 h s.c. : de 0,1 à 0,15 mg/kg/dose toutes les 3 à 4 h i.v. : de 0,07 à 0,1 mg/kg/dose toutes les 2 à 4 h
Hydromorphone (enfant) <sup>§</sup>	po/IR : de 0,04 à 0,1 mg/kg/dose toutes les 4 à 6 h forme orale à longue durée d'action : de 0,06 à 0,15 mg/kg/dose toutes les 12 h s.c. : de 0,02 à 0,03 mg/kg/dose toutes les 3 à 4 h i.v. : de 0,005 à 0,015 mg/kg/dose toutes les 2 à 4 h

\* Les doses indiquées sont les doses initiales, c'est-à-dire les doses utilisées pour un patient qui n'a pas pris d'analgésiques opiacés au préalable.

† Avant l'âge de trois mois : donner de 30 à 50 % de la dose initiale recommandée.

‡ Le niveau d'analgésie n'augmente pas au-delà d'une certaine dose (dose plateau).

§ Il n'y a pas de dose maximale pour la morphine et l'hydromorphone : ajuster graduellement en fonction des besoins du patient.

|| Lorsqu'un enfant prend l'équivalent de 60 mg de morphine par jour et que la douleur est stabilisée, on peut utiliser un timbre de fentanyl.

42

mais elle ne donne aucune idée de son intensité. Elle sert aussi à apprécier le soulagement de la douleur une fois les traitements instaurés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la recommande. Cette liste a l'avantage d'être à la portée de tout le monde et constitue un excellent outil pour l'enseignement aux parents.

**Le jeu occupe la toute première place dans la vie d'un enfant et en règle générale, un enfant qui n'a pas mal reprend rapidement ses activités habituelles.**

### Traitement des douleurs aiguës

#### Maladies associées à la douleur fréquemment rencontrées à l'urgence<sup>11</sup>

On retrouve fréquemment dans une consultation d'urgence des maladies associées à la douleur comme l'otite moyenne, la pneumonie, la synovite toxique, l'adénite, le phimosis, le paraphimosis, les traumatismes (fractures, entorses), les brûlures et les lacerations<sup>11</sup>.

**Même si l'enfant est calme, la présence de l'une de ces maladies devrait nous inciter à vérifier s'il y a douleur et, le cas échéant, à la traiter activement.**

La douleur liée à des interventions (cathétérismes, ponctions veineuses, ponctions lombaires, réductions de fractures et de luxations, sutures) est un autre problème

fréquent dans les salles d'urgence. L'utilisation d'anesthésiques locaux associés à un sédatif au besoin peut réduire de beaucoup la douleur qu'entraînent certaines de ces interventions.

### Approche générale

Dans tous ces cas, la présence des parents peut être un atout majeur et contribuer à rassurer l'enfant, nous apportant une collaboration qui ménagera les énergies de tout le monde. Si une intervention est prévue, il ne faut pas non plus négliger de donner les explications nécessaires à l'enfant ni de le préparer dans la mesure du possible à son déroulement. Les enfants répondent souvent mieux que les adultes aux méthodes de diversion : livre d'images, bulles de savon, chansons, etc. Ces moyens simples peuvent être **associés** aux analgésiques, sans toutefois les remplacer.

### Particularités de l'approche pharmacologique en pédiatrie

#### Voies d'administration

- Il faut **privilégier la voie orale**, qui demeure la plus facile à utiliser.
- On n'utilise la voie rectale qu'en dépannage ou occa-

sionnellement pour de jeunes enfants.

- La voie intramusculaire est à **proscrire**, car il s'agit d'une technique douloureuse et l'absorption est variable.
- Les systèmes transdermiques sont utiles lorsque les douleurs sont stabilisées ; on s'en sert peu en pédiatrie, car la dose d'opiacés que prend l'enfant doit être assez élevée pour permettre l'utilisation du timbre de fentanyl.
- On emploie la voie intraveineuse ou sous-cutanée lorsqu'on ne peut utiliser la voie orale (**on évitera les injections répétées en privilégiant la pose de cathéters intraveineux ou sous-cutanés**).

#### Modes d'administration<sup>12</sup>

- On détermine la posologie selon le poids et l'âge de l'enfant, et les intervalles d'administration sont fonction de la durée d'action du médicament (*tableau II*).
- L'horaire est établi de façon à obtenir l'effet maximal au moment désiré (*tableau II*).
- On élabore un plan préventif à appliquer au besoin (mobilisation ou changement de pansement) couvrant une période d'au moins 24 heures.
- On laisse à l'enfant un certain contrôle, dans la mesure du possible (choix de la forme pharmaceutique, de l'horaire, des entredoses qu'il peut demander).

#### Objectifs du suivi du traitement

- Prévenir et traiter les effets indésirables associés à la prise des médicaments.
- Contrôler l'efficacité du traitement.
- Consulter un spécialiste lorsqu'une douleur n'est pas soulagée malgré l'application de moyens habituellement efficaces.

#### Thérapie topique (EMLA®, tétracaïne [Ametop<sup>MC</sup>])

Les anesthésiques locaux en crème peuvent aider à diminuer la douleur provoquée par les vaccins, les ponctions veineuses, lombaires, etc. La profondeur de l'analgésie cutanée est d'environ 5 mm.

#### Anesthésie locorégionale<sup>13,14</sup>

L'utilisation d'anesthésiques locaux sur de petites plaies ouvertes, en appliquant une compresse imbibée d'anesthésique local ou en répandant un peu d'anesthésique local sur

la plaie, procurera une analgésie en 5 à 10 minutes environ, ce qui sera suffisant pour bien nettoyer et refermer la plaie. On peut même infiltrer le pourtour de la plaie à partir de la zone anesthésiée si des sutures s'avèrent nécessaires<sup>14</sup>.

En ce qui concerne l'analgésie de muqueuses (urètre, périnée, prépuce), l'application d'anesthésique local doit respecter rigoureusement les critères d'utilisation de ces derniers, la surface d'absorption des muqueuses étant de beaucoup supérieure à celle de la peau, particulièrement en présence d'inflammation.

Chez l'enfant de moins de trois mois, les doses d'anesthésique local maximales recommandées sont de 50 % inférieures aux doses usuelles.

#### Médicaments systémiques

L'administration d'un médicament analgésique à un enfant se fonde sur l'évaluation de sa douleur. Une douleur se situant entre 1 et 4 correspond à une intensité de légère à modérée et devrait être traitée avec des analgésiques non opiacés comme l'acétaminophène ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Pour les enfants ayant une douleur de légère à modérée malgré la prise d'analgésiques mineurs, on optimisera la dose de ces derniers et on ajoutera un analgésique opiacé tel que la codéine (même si certaines publications semblent indiquer que l'efficacité et la tolérabilité de la codéine varient d'un patient à l'autre, l'expérience clinique ainsi que les recommandations de plusieurs guides pratiques nous incitent à en conseiller l'usage en pédiatrie, son efficacité et son profil d'innocuité étant en général satisfaisants). Les patients qui continuent à souffrir de douleurs de modérées à intenses malgré ce traitement nécessitent un ajustement de la dose. Si cela ne suffit pas, on passe aux opiacés puissants comme la morphine ou l'hydromorphone.

**La mépéridine n'est pas recommandée**, particulièrement en doses répétées, car son métabolite, la normépéridine, s'accumule et peut provoquer des convulsions.

Très souvent, la prescription judicieuse d'analgésiques non opiacés (*tableau III*) suffira à soulager la douleur de l'enfant. Il est important, en ce qui concerne l'acétaminophène,

**Chez l'enfant de moins de trois mois, les doses d'anesthésique local maximales recommandées sont de 50 % inférieures aux doses usuelles.**

**Il est recommandé d'associer un analgésique non opiacé avec un opiacé.**

## T A B L E A U III

### Posologie des analgésiques non opiacés<sup>15</sup>

Acétaminophène	Voir orale (PO) ou intrarectale (IR) : de 10 à 15 mg/kg/dose Intervalle : q 4 à 6 h Dose maximale : 90 mg/kg/jour (court terme) 65 mg/kg/jour (long terme) PO (nouveau-nés) : de 10 à 15 mg/kg/dose q 6 à 8 h IR (de la naissance à 1 mois) : de 20 à 25 mg/kg/dose q 6 à 8 h Risque de toxicité cumulative avec des doses répétées Non recommandé à long terme
Ibuprofène (AINS)	PO : de 3 à 10 mg/kg/dose q 6 à 8 h
Naproxen (AINS)	PO : de 5 à 7 mg/kg/dose q 8 à 12 h

## T A B L E A U IV

### Posologie des antinauséux et des antiprurigineux en pédiatrie<sup>15</sup>

#### Antinauséux

● Dimenhhydrinate (Gravol®)*	PO-I.V.-IR : 5 mg/kg/jour en doses fractionnées toutes les 6 h Dose maximale : 300 mg par 24 heures
● Métoproclamide	PO-I.V. : de 0,1 à 0,15 mg/kg/dose toutes les 6 à 8 h

#### Antiprurigineux

● Diphenhydramine (Benadryl®) (effet antiprurigineux et sédatif)	PO-I.V. : 5 mg/kg/jour en doses fractionnées toutes les 6 h Dose maximale : 300 mg PO et 400 mg I.V. par 24 heures
● Hydroxyzine (Atarax <sup>MC</sup> ) (effet antiprurigineux, antinauséux et sédatif)	PO : de 2 à 4 mg/kg/jour en doses fractionnées toutes les 6 h Dose maximale : 400 mg par 24 heures
● Naloxone (Narcan <sup>MD</sup> )	2 µg/kg/dose toutes les 2 h prn (max. : 100 µg/dose) Dose maximale : 3 doses par 24 heures

\* Utilisé fréquemment en pédiatrie à cause de sa facilité d'administration.

de respecter les doses maximales recommandées (*tableau III*), et ce, peu importe la voie d'administration.

Tout comme pour l'adulte, la prise en charge des effets indésirables associés aux traitements pharmacologiques de la douleur est essentielle. Il importe de respecter les posologies et les intervalles d'administration appropriés des médicaments prescrits (*tableau IV*).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont

aussi fort utiles en l'absence de contre-indications. Les nouveaux anti-inflammatoires inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 n'ayant pas fait l'objet d'études cliniques en pédiatrie, on ne peut les recommander actuellement.

Il est recommandé d'associer un analgésique non opiacé avec un opiacé. Il potentialisera l'effet de ce dernier et procurera une meilleure analgésie avec un peu moins d'effets indésirables.

Les médicaments de type propofol, midazolam et **lorazépam ne sont pas analgésiques**. Ils peuvent avoir leur utilité pour des interventions nécessitant une sédation, pourvu que les protocoles de surveillance qui en régissent l'emploi soient appliqués. **Il faut ajouter des analgésiques** lorsque l'intervention est douloureuse.

## Traitement de la douleur cancéreuse

### Particularités de la douleur cancéreuse

Il s'agit d'une douleur de fond persistante entrecoupée de poussées de douleur. Le traitement de ce type de douleur nécessite donc une dose d'entretien avec des entredoses pour traiter les poussées de douleur. De plus, le diagnostic et le traitement de la maladie impliquent très souvent des interventions, des examens et des traitements douloureux (ponction et biopsie de moelle osseuse, radiographies, ponction lombaire, chimiothérapie, etc.). Comme souvent la douleur s'aggrave à cause de la progression de la maladie, il faut aussi prévoir des plans d'augmentation des doses de médicaments. La douleur est à long terme. Les effets indésirables des médicaments doivent être anticipés d'emblée. Toute la cellule familiale est affectée par la maladie de l'enfant cancéreux (les parents et la fratrie). Il faut donc prendre en charge la souffrance globale de l'enfant et de sa famille. Une approche multidisciplinaire est essentielle, en particulier lorsque l'état de l'enfant évolue vers la phase terminale.

### Spécificité du traitement

Les AINS ont rarement leur place dans le traitement de la douleur des enfants cancéreux, car ils risquent de faire des hémorragies ou ont déjà un traitement à base de corticostéroïdes. On emploiera donc de préférence l'acétaminophène. La codéine est utile initialement, mais avec l'évolution de la maladie et le plafonnement des doses, il faut rapidement la remplacer par un opiacé plus puissant. L'emploi d'agonistes-antagonistes n'est pas recommandé en raison du risque de plafonnement rapide et des phénomènes potentiels de sevrage chez les patients qui prennent déjà des opiacés. Certains types de cancers peuvent provoquer des douleurs neuropathiques, et un

## ENCADRÉ

### Approche du soulagement de la douleur de l'enfant cancéreux<sup>16</sup>

Évaluation	Échelles
Prescrire	Per os
Écouter	Enfant et parents
Évaluer	Efficacité des traitements
Soutien	Soulagement global

traitement pharmacologique orienté dans ce sens peut s'avérer nécessaire.

On privilégie la voie orale et, dès que la douleur est stabilisée, on utilise les médicaments à libération lente sous forme de capsules avec granules, car ces dernières peuvent être saupoudrées sur de la nourriture ou administrées par la sonde de gavage. Quant à la voie transdermique, on l'utilise pour des douleurs qui sont stabilisées.

J. Wolfe<sup>17</sup> a dressé un tableau inquiétant du soulagement des symptômes et des souffrances des enfants cancéreux dans leur dernier mois de vie. Selon son étude, la douleur n'était efficacement soulagée que dans moins de 30 % des cas.

Une attention soutenue visant à améliorer le bien-être de l'enfant au fur et à mesure que progresse la maladie aidera certainement à soulager sa souffrance et lui permettra, ainsi qu'à sa famille, de profiter de moments précieux.

**I**L EST IMPORTANT de retenir certains éléments distinctifs qui caractérisent la douleur de l'enfant :

- La douleur de l'enfant est encore sous-traitée en 2003.
- L'évaluation de la douleur constitue le pilier de la prise en charge de celle-ci.
- L'utilisation d'échelles standardisées et adaptées au développement de l'enfant est primordiale.
- Les parents et l'enfant sont les meilleurs juges de l'intensité de la douleur et de l'efficacité du traitement.
- La posologie appropriée est déterminée selon le poids

**Les effets indésirables des médicaments doivent être anticipés d'emblée.**

REPÈRE

## S U M M A R Y

**Pain in children.** Children remain undertreated even in 2003. Evaluating the child in pain is the most important initial step towards treatment. When treating pain in children, drug dosages are in keeping with the patient's age and weight; medications should not be administered via repeated injections as much as possible. Preventing and treating side effects are essential to treatment success. Staff formation and family counseling are most important in treating children with pain.

**Key words:** pain, pediatrics, evaluation.

en kilogrammes de l'enfant.

- La voie orale est à privilégier, la voie intramusculaire est à proscrire, et la voie rectale est une solution de dépannage.
- La formation du personnel et des parents constitue un élément clé de la prise en charge de la douleur de l'enfant. ☞

**Date de réception :** 5 juillet 2002.

**Date d'acceptation :** 11 août 2002.

**Mots clés :** douleur, pédiatrie, évaluation.

## Bibliographie

1. Schechter NL, Zeltzer LK. Pediatric pain: new directions from a developmental perspective. *Develop Behav Pediatr* 1999 ; 20 (4) : 209-10.
2. Esmail Z, Montgomery C, Courten C, et al. Efficacy and complications of morphine infusions in postoperative paediatric patients. *Paed Anaesth* 1999 ; 9 (4) : 321-7.
3. Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. Pain, hurt and harm. The ethics of pain control in infants and children. *N Engl J Med* 1994 ; 331 : 541-4.
4. Houswald M, Anison C. Prescribing analgesics: the effect of patient age and physician specialty. *Pediatr Emerg Care* 1997 ; 13 (4) : 262-3.
5. Morton NS, Oomen GJ. Development of a selection and monitoring protocol for safe sedation of children. *Paed Anaesth* 1998 ; 8 : 65-8.
6. Côté CJ, Notterman DA, Karl HW, et al. Adverse sedation events in pediatrics: A critical incident analysis of contributing factors. *Pediatrics* 2000 ; 105 (4) : 805-14.
7. Pilon C. *Soulager la douleur de l'enfant ; échelle de comportements verbaux et non verbaux.* Hôpital Sainte-Justine, 1999 : 93.
8. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001 ; 93 : 173-83.
9. Callignon P, Guisiano B, Boutin AM, Combes JC. Utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez le sujet sévèrement polyhandicapé. *Douleur et Analgésie* 1997 ; 1 : 27-32.
10. Gauvain-Piquard A, Rodary C. Évaluation de la douleur. Dans : Pichard-Léandri É, Gauvain-Piquard A, réd. *La douleur chez l'enfant.* Paris : Medsi/McGraw-Hill, 1989 : 38-59.
11. Schechter NL. Common pain problems in the general pediatric setting. *Pediatr Ann* 1995 ; 24 (3) : 139-46.
12. Pilon C. *Soulager la douleur de l'enfant.* Hôpital Sainte-Justine, 1999 ; chap. 5 : 39-40.
13. Service de fabrication, département de pharmacie, Hôpital Sainte-Justine, 1998.
14. Wilson GAM, Doyle E. Local and regional anaesthetic techniques. Dans : Norton NS, réd. *Acute Paediatric Pain Management.* WB Saunders, 1998 ; chap. 5 : 73-84.
15. Auclair F, Munn B, Pelletier E, St-Laurent T, Villeneuve E. *Guide posologique pratique du traitement antalgique et des mesures associées.* 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Clinique de la douleur, Hôpital Sainte-Justine, 1995.
16. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children (Therapeutic Strategies).* World Health Organization, 1998 : 14.
17. Wolfe J, Grier HE, Klar N, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 326-33.

## Remerciements

Les auteures remercient M<sup>me</sup> Éline Pelletier, pharmacienne clinicienne au département de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Justine, pour sa précieuse collaboration dans la préparation de cet article.

## RÉPONSES AU PRÉTEST

1. Faux ; 2. Faux ; 3. Faux ; 4. Faux ; 5. Vrai ; 6. Vrai ; 7. Vrai ; 8. Vrai.

## R E C T I F I C A T I F

### Réponses et références du post-test d'août 2002 Octobre 2002 ; 37 (10) : 84

Une erreur s'est glissée dans la bonne réponse à la question 8, qui était « a » plutôt que « d ». Tous les post-tests reçus et admissibles aux crédits de formation seront révisés, et les médecins qui ont indiqué le choix « a » pour cette question recevront les crédits s'y rattachant.