

**15ème Congrès national de lutte contre la douleur
27 et 28 Mai 2022, Aurassi, Alger**



Douleur chronique en pédiatrie : Modalités d'évaluation et stratégie de prise en charge

K. ELHALIMI^{1,2}, F. DIOUCHE ^{1,2}, F. S. BOUCHAMA^{1,3}, S. SI MERABET^{1,3},
1-Faculté de médecine Oran, Université Oran 1
2-Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran
3-Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

Introduction-Définition

- **Douleur :** « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage »
de tels termes » L'IASP*, 1988
- La douleur est subjective: nécessite que le soignant doit croire le patient quand il exprime sa douleur par ses mots ou son corps
- Nécessité d'objectiver la douleur par des outils (échelles auto/hétéro évaluation)

*International Association for the Study of Pain

Introduction-Définition

- **Douleur Chronique** : 20 dernières années, de grandes améliorations: la prise en charge des patients adultes douloureux chroniques
 - Des recommandations de bonnes pratiques ont été élaborées par la HAS [1,2],
 - mais aussi la SFETD [3],
 - Enfant n'est pas un adulte en miniature [4],

Haute Autorité de santé (HAS) (2008) Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. HAS, Saint-Denis La Plaine. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

Haute Autorité de santé (HAS) (1999) Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. HAS, Saint-Denis La Plaine. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

3. Société française d'étude et de traitement de la douleur (2019) Structures douleur chronique, SDC : guide des bonnes pratiques. Éditions Med-line, Paris, 216p

4. Finley GA, McLaren Chorney J, Campbell L (2014) Not small adults: the emerging role of pediatric pain services. Can J Anaesth J Can Anesth 61:180-7

Introduction-Définition

► Douleur Chronique Pédiatrique :

- Les douleurs chroniques sont de plus en plus reconnues chez les enfants et adolescents.
- En 2013, 1^{ère} étude réalisée par la Commission pédiatrique de la SFETD (Compédia):
 - B. Tourniaire et A. Gallo en analysent les principaux résultats, brossait le portrait des enfants et adolescents consultant en structures douleur pédiatriques (SDCp).
 - F. Reiter détaillera l'apport des consultations psychologiques, pierre angulaire de la prise en charge globale. Lorsque les douleurs chroniques sont sévères et entraînent un retentissement important dans la vie quotidienne et impactent la scolarité, les liens familiaux et sociaux, une hospitalisation est nécessaire.
 - Nicolas Girardon a décrit un dispositif d'hospitalisation temps complet pour adolescents souffrant de douleurs musculosquelettiques chroniques. Ce dispositif associant une rééducation fonctionnelle et un accompagnement pédopsychiatrique, repose sur trois piliers : médiations corporelles, travail familial et remise en situation scolaire au sein d'un établissement de type « Soins-Études ».

King S, Chambers CT, Huguet A, et al (2011) The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. Pain 152:2729-38

Douleurs chroniques en pédiatrie : une approche interprofessionnelle et intégrative. OGAL (Mercedes) / SEEWALD (Hanna) / FUCHS EGLI (Ursula) / et al. REVUE MEDICALE SUISSE, 2020/11, n° 716, 2306-2309, fig., tabl. 15 réf.

E. Fournier Charrière et P. Dusser, qui ont participé à l'expertise INSERM sur la fibro- myalgie

Epidémiologie

► Douleur Chronique Pédiatrique :

- Douleurs musculosquelettiques : 2^{ème} cause des douleurs chroniques en pédiatrie.
- Si 5 % des enfants sont atteints de douleurs chroniques sévères selon King et al. [5], à l'échelle de la population française, alors environ 775 000 enfants et adolescents sont concernés [6],.
- Selon la mission d'information sur le bilan d'application de la loi du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques [7],
- il existe « un véritable manque de professionnels formés, un faible nombre de structures dédiées consécutivement à un maillage territorial très inégal et un manque de médicaments antalgiques adaptés à l'usage pédiatrique ».

INED (2020) Population par groupe d'âges au 1er janvier 2020 [Internet]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>

Loi no 2019-180 du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'ou- bli (1) [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=wjvuL9U-TNF9QeeihSsUJe-nam6aCtsgM2Ld-qywZyGE=>

Améliorer la prise en charge de la douleur en France. Treize orga- nisations appellent à agir en urgence et proposent 22 actions concrètes [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2020/11/Communiqu%C3%A9_Douleur_SFETD_191120_VF-003.pdf



Difficultés chez l'enfant


- Niveau développement moteur, cognitif et social
- Mode d'expression
- Accès au langage
- Expériences antérieures
- Rôle des parents et de l'entourage

Niveau développement moteur, cognitif et social

Stades de Piaget	Perception de la maladie et de la douleur	Conséquences sur les soins
<p>De 0 à 2 ans</p> <p>Stade des réflexes ;</p> <p>Stade des premières habitudes motrices ;</p> <p>Stade de l'intelligence sensorimotrice</p>	<p>Illusion de toute-puissance.</p> <p>S'attribue tout ce qui est bon</p> <p>La douleur peut très rapidement envahir le bébé, car il n'a ni la notion du temps, ni celle du soulagement</p> <p>Apparaît la peur de situations douloureuses accompagnée de manifestations de tristesse ou de colère</p> <p>À partir de 18 mois, il commence à localiser la douleur et à la reconnaître chez les autres</p>	<p>Il utilise des stratégies non cognitives pour faire face à la douleur (demander à l'adulte de souffler sur une égratignure ou de faire des câlins ou des bisous ; etc.)</p>
<p>De 2 à 7 ans</p> <p>Stade de la pensée préopératoire</p>	<p>Pensée égocentrique</p> <p>Ne peut se distancer de son environnement</p> <p>Âge des pensées finalistes</p> <p>La maladie est perçue comme un « phénomène » extérieur, une « contagion »</p> <p>La douleur est vécue comme une « punition »</p> <p>Tient « l'autre » pour responsable de sa douleur</p> <p>Ne peut faire la distinction entre la cause et la conséquence de la douleur, ni faire un rapprochement entre traitement et soulagement de la douleur</p> <p>Il commence à se différencier des autres</p>	<p>Essayer de connaître les explications qu'il se donne, d'autant qu'il ne cherchera pas à les partager.</p> <p>Il pense que la douleur peut disparaître par magie, par surprise... (pommade magique, gélule magique, masque magique pour le MEOPA)</p>
<p>De 7 à 11 ans</p> <p>Stade des opérations concrètes</p>	<p>La maladie est perçue comme une « contamination » par les plus jeunes ou « intériorisée » chez les plus âgés</p> <p>La cause est cependant extérieure à l'enfant et n'est pas toujours explicitée.</p> <p>La douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps</p> <p>Il existe une confusion sur le rôle de chaque organe</p>	<p>Demande à être rassuré car il a peur d'une atteinte de son corps</p> <p>Lui donner des explications sur la maladie et les traitements, avec des schémas ou des poupées</p> <p>Âge idéal pour apprendre les techniques cognitivocomportementales lors des douleurs récidivantes ou chroniques</p>
<p>Après 11 ans</p> <p>Stade des opérations formelles</p>	<p>Maladie et douleur sont comprises de manière plus sophistiquée et peuvent être attribuées à des causes physiologiques et/ou psychologiques, et correspondre à un mauvais fonctionnement d'un organe</p>	<p>Peut faire face à certaines situations mais ne connaît pas toujours les stratégies cognitives pour le faire</p>



Objectifs :

- Reconnaissance de la douleur
 - Evaluation de l'intensité
 - Administration d'un traitement antalgique symptomatique efficace
- 



Évaluation de la douleur

Les composantes de la douleur

- ▶ **Sensori-discriminative** : intensité, qualité, localisation
- ▶ **Affectivo-émotionnelle** variant selon l'âge de l'enfant, le contexte, l'attitude de l'entourage...(anxiété, dépression, indifférence)
- ▶ **Comportementale** variant selon les expériences antérieures, le milieu culturel, les standards sociaux.. (gestuelle, expression verbale, réactions neuro- végétatives)
- ▶ **Cognitive**: mémorisation, attention, suggestion (immature chez le nourrisson)

Comment évaluer la douleur ?

- 2 types d'évaluation :
- **Auto-évaluation:** à partir de **4 ans** Par l'enfant **lui même** par **des mots, chiffres ou dessins**
- **Hétéro-évaluation:** Par une **autre personne** (soignants, parents) basée sur l'**observation** du **comportement** de l'enfant.

Evaluation de la douleur

- ▶ • Quelle échelle choisir?
- Les limites et difficultés Auto +/- hétéro évaluation
- Connaître pour reconnaître:
- ▶ Observer Comparer
- ▶ Vérifier

Evaluation de la douleur

- • **L'auto-évaluation:**
 - Possible et fiable à partir de 5/6 ans
 - Prendre le temps de s'assurer de la compréhension de l'enfant
 - Plusieurs échelles existes (**EVA / EVS/ EN/ échelle des visages/échelle de localisation**)
 - Utiliser celles où l'enfant se sent le plus à l'aise

Evaluation de la douleur

➤ L'hétéro-évaluation:

- Utile lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible
- Comprend plusieurs items
- Obtention d'un chiffre qui aide à la prescription
- Différentes échelles validées existent utilisables en fonction de l'âge de l'enfant (prématuré/enfant) et du type de douleur (post-opératoire/ prolongée)

Evaluation de la douleur

- Enfant présentant une déficience cognitive et/ou polyhandicapé
- **DEGR** (échelle douleur enfant GUSTAVE Roussy)
- Échelle douleur **San Salvador**
- **GED-DI** (grille d'évaluation de la Douleur-Déficience intellectuelle)

Evaluation de la douleur

- ▶ Enfant présentant des douleurs neuropathiques: **DN4**

Questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions)

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Brûlure		
2- Sensation de froid douloureux		
3- Décharges électriques		

Question 2 : La douleur présente-t-elle associée, dans la même région, à une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Fourmillements		
2- Picotements		
3- Engourdissements		
4- Démangeaisons		

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen clinique met-il en évidence ?
:

	OUI	NON
1- insensibilité au toucher		
2- insensibilité à la pique		

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par ?

	OUI	NON
1- le frottement		

Les questions 3 et 4 sont remplies par le médecin pendant l'examen clinique.

Évaluation de la douleur

Échelles d'hétéroévaluation	Type de douleur	Âges
NFCS simplifiée: Neonatal Facial Coding System	Douleur aiguë	0 - 18 mois
DAN : douleur aiguë du nouveau-né	Douleur aiguë	Prématuré - 3 mois
EDIN : échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né	Douleur et inconfort permanent	0 - 3 mois
Amiel Tison inversée	Douleur postopératoire	1 - 7 mois
CHEOPS : Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale	Douleur postopératoire, salle de réveil	1 - 6 ans
FLACC : Face, Legs, Activity, Cry, Consolability	Douleur postopératoire ou liée aux soins	4 - 18 ans
EVENDOL : évaluation enfant douleur (aux urgences)	Douleur aiguë aux urgences	0 - 6 ans
OPS : Objective Pain Scale	Douleur postopératoire	6 mois - 13 ans
PPPM : Parents' Post-operative Pain Measure (au domicile)	Douleur postopératoire	2 - 12 ans
DEGR : échelle douleur Gustave Roussy	Douleur prolongée chez l'enfant atteint de cancer	2 - 6 ans
HEDEN : hétéroévaluation douleur enfant	Douleur prolongée chez l'enfant atteint de cancer	2 - 6 ans
Échelles d'hétéroévaluation pour enfants handicapés		
Douleur enfant San Salvador (DESS)	Douleur chez l'enfant polyhandicapé	
GED-DI (en cours de validation) : Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle	Douleur postopératoire et douleur de base chez l'enfant polyhandicapé (2 versions)	
Échelles d'autoévaluation		
Échelle des visages (FPS-R : Faces Pain Scale Revised)	Douleurs aiguë et chronique	À partir de 4 ans
EVA : échelle visuelle analogique	Douleurs aiguë et chronique	À partir de 6 ans
EN : échelle numérique	Douleurs aiguë et chronique	À partir de 6 ans

Seuils d'intervention thérapeutique obligatoire

- EVA 3/10
 - Poker chip 2/4
 - FPS-r 4/10

 - NFCS 1/4
 - Amiel-Tison 5/20
 - CHEOPS 9/13
 - DEGR 10/40
- ANAES 2000
- L'objectif des traitements est de ramener les scores en dessous des seuils critiques



Prise en charge de la douleur

Traitement de la douleur

- Médicamenteux
- Non médicamenteux
- 3 méthodes complémentaires: médicamenteuses + physique + psychologique
- Selon le type de douleur:
 - Nociceptive (par excès de nociception: névralgie, douleur post-op)
 - TTT en suivant les paliers de l'OMS:
 - Selon l'intensité de la douleur (échelle d'évaluation)
 - Progressif ou d'emblée élevé
 - Neuropathique (lié à une lésion du SNC ou périphérique associant un fond douloureux et des épisodes de fulgurance)
 - Psychologique (liée à une composante psychogène, elle est chronique ou récurrente)

Palier I

Paracétamol

- ▶ PO: 60 mg/kg/j en 4 prises Délai d'action 30 min
- ▶ IV: 15 mg/kg/6 h (7.5 mg/kg/6 h <1 an) Délai d'action 20 min
- ▶ Ell: réactions cutanées allergiques, thrombopénies
- ▶ Intox aigüe si > 150 mg/kg
- ▶ Cl: insuffisance hépatocellulaire sévère, hypersensibilité au paracétamol

AINS

- ▶ PO: 30 mg/kg/j en 3 prises délai d'action 1h, AMM > 3 mois
- ▶ IV: 1 mg/kg/8 h Délai d'action 20 min, AMM > 15 ans
- ▶ Ell: saignements digestifs
- ▶ Cl: ulcère gastroduodénal évolutif, varicelle

Palier II

Codéine

- ▶ PO: 0.5-1 mg/kg/6h
- ▶ Délai d'action 30 min
- ▶ AMM > 12 ans
- ▶ Associations possibles avec paracétamol
- ▶ Ell: constipation, nausées, vomissements, somnolence, vertiges
- ▶ CI: crise d'asthme, IHC, IResp
- ▶ Interactions méd.: nalbuphine, autres opiacés, benzodiazépines

Nalbuphine

- ▶ IV: 0.2-0.3 mg/kg/4-6 h IVL 20 min ou 1.2 mg/kg/j IVC, Délai d'action 20 min AMM > 18 mois
- ▶ IR: 0.4 mg/kg/4-6 h Délai d'action 30 min, AMM > 18m
- ▶ Ell: somnolence, vertiges, nausées, sècheresse buccale, céphalées
- ▶ CI hypersensibilité
- ▶ Interactions méd.: morphinomimétiques agonistes purs

Tramadol

- ▶ PO: 3-5 mg/kg/j en 3 prises
- ▶ AMM > 3 ans
- ▶ Forme LP > 12 ans
- ▶ Association avec paracétamol Ixprim (37,5 mg de Tramadol + 325 mg de paracétamol) > 12 ans)

Palier III Morphine

Morphine Voie orale

- ▶ Voie orale: Sirop, ampoule, gélule
LP (oramorph, actiskénan, sevredol)
 - Dose de charge 0.3-0.5 mg/kg (< 20 mg)
puis 0.2 mg/kg/4h
 - Interdoses si douleurs persistantes 1/2 de la dose reçue sur 4 heures
 - Délai 30 min/ Durée 4 heures
- ▶ Libération prolongée (skénan LP, moscontin)
 - En relais de la forme LI après 24 heures
 - Interdoses LI 10-20% dose totale LP
 - Délai d'action 2-4 h/ Durée 12 heures

Morphine Voie IV

- ▶ - Voie intraveineuse (dilution 1 mg = 1 ml)
- ▶ Dose de charge 0.1 mg/kg (< 6 mg)
- ▶ Titration 0.025 mg/kg/5 min jusqu' à antalgie
- ▶ Relais PCA
 - débit continu 0.02-0.04 mg/kg/h (0.01 mg/kg < 3 mois)
 - Bolus 0.02-0.04 mg/kg
 - Période réfractaire 6 min
 - ▶ Délai d'action 5 min
 - ▶ Augmentation par paliers de 30-50%

▲ **Comparison of oral and intravenous morphine following acute injury in children. Beale JP et al. Eur J Emerg Med 2001;8;271-4**

Palier III Morphine

Effets indésirables:

- Signes d'alerte de surdosage: somnolence et bradypnée • Surveillance rapprochée: vigilance (myosis++), FR, EVA
- Prise en charge: Stimulation, O₂, Naloxone: 0.01 mg/ kg puis perfusion continue
- Autres effets indésirables
 - Constipation (constante à H48++): laxatifs systématiques
 - Prurit, nausée, rétention urinaire
 - Traitement symptomatique et antagoniste morphiniques à petites doses

Remarques sur les opiacés en pédiatrie:

- AMM: dès le nouveau né
- PCA souhaitable dès que possible ou NCA
- Patch durogésic pédiatrique: 12 microgrammes/heure
- Passage IV→PO= X 3 à 4 fois la dose

▲ **Utilisation de la morphine orale pour les douleurs post-traumatiques de l'enfant. Wille C et al. Arch Pédiatr 2005;12:248-53**

Traitement médicamenteux de la douleur neuropathique

- ▶ En pédiatrie: Aucune étude de niveau de preuve suffisante!...Recommandations inspirées de l'adulte
- ▶ Médicaments recommandés:
 - ▶ Laroxyl*: antidépresseur :1^{er} traitement efficace: molécule de 1^{ère} ligne+++
 - ▶ Neurotin* (Gabapentine) antiépileptique, Délai de 1-2 semaines. AMM pour épilepsie en pédiatrie
 - ▶ - Lyrica* (Prégabaline) antiépileptique
Délai de quelques jours. Pas d'AMM en pédiatrie.
→ Si inefficacité de la Gabapentine

Traitement médicamenteux de la douleur neuropathique

- Rivotril* (Clonazépam) benzodiazépine: pas de preuve d'efficacité (aucune étude randomisée) MAIS action anxiolytique, Recommandé pour
 - Fulgurances
 - méningite carcinomateuse
 - Douleurs neuropathiques de la vincristine
- Autres antiépileptiques: aucun intérêt
- Morphine: recommandée si douleur cancéreuse, Emplâtre, Si Allodynie, Si Zone Gâchette

Prise en charge non médicamenteuse

- ▶ Principes: Favoriser la présence des parents
- ▶ Permet de diminuer l'anxiété, communiquer, informer les parents et *établir une relation de confiance avec l'enfant et sa famille*:
 - ▶ Se présenter, parler, expliquer le soin même à un nouveau-né
 - ▶ Impliquer les plus grands en les faisant participer aux soins ce qui les rassure et les valorise.
 - ▶ Mimer le geste et les moyens de prise en charge de la douleur sur une poupée, un nounours.
 - ▶ S'enquérir du passé douloureux de l'enfant.

Prise en charge non médicamenteuse

- ▶ **La physiothérapie:** S'enquérir des préférences de l'enfant pour le chaud ou le froid
 - ▶ **Thermothérapie:** compresse de gel ou serviette chauffé
 - ▶ Indiquée pour les douleurs musculaires , abdominales...
 - ▶ **Cryothérapie:** compresse de glace mettre au congélateur, vessie de glace, poche de glaçons
 - ▶ Indiquée pour les douleurs inflammatoires



Méthodes psycho-corporelles

- ▶ La distraction: adaptée à l'âge de l'enfant et à ses envies, elle permet de le rassurer par la relation établie durant le soin
- ▶ Tenir un objet familier
- ▶ Chanter, raconter une histoire, souffler des bulles
- ▶ Regarder la TV, jeu vidéo
- ▶ Présence des clowns, des conteuses
- ▶ Présence des parents



Hypnoalgésie

- ▶ *Induire un état de détente particulier, un état de concentration sur autre chose que le soin qui va être réalisé, afin de modifier la perception désagréable du soin.*
- ▶ Ambiance calme et sereine
- ▶ Proposition à l'enfant de s'échapper mentalement
- ▶ Les sensations liées au soin sont intégrées dans l'histoire
- ▶ On obtient une dissociation qui aide à modifier la perception de la douleur
- ▶ En association avec le MEOPA ou pas

Méthodes psycho-corporelles

- Autres méthodes:
 - *Hypnose*
 - *Sophrologie*
 - *Biofeedback*
 - *Yoga*
 - *Acupuncture*
 - *aromathérapie*
 - Stimulation transcutanée (TENS)

Melchart D, Linde K, Fischer P, et al. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *Cephalgia* 1999;19:779–86 (discussion 765).

[Ernst E, White AR. Acupuncture for back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1998;158:2235–41.

[Pintov S, Lahat E, Alstein M, et al. Acupuncture and the opioid system: implications in management of migraine. *Pediatr Neurol* 1997;17: 129–33.

[Wang SM, Kain ZN. P6 Acupoint Injections are as effective as Droperidol in controlling early postoperative nausea and vomiting in children. *Anesthesiology* 2002;97:359–66.

[Zeltzer LK, Tsao JCI, Stelling C, et al. A phase I study on the feasibility and acceptability of an acupuncture/hypnotherapy intervention for chronic pediatric pain. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:437–46.

Règles de prescriptions

- La prescription antalgique doit être systématique, à horaires réguliers, en tenant compte de la durée prévisible de la douleur.
- Il faut toujours prévoir une prescription anticipée (« ordonnance évolutive »), si la douleur est insuffisamment soulagée, à l'hôpital comme à la maison en fixant des seuils précis : si EVA >4, si EDIN >5, si EVENDOL >5 ,si l'enfant continue à se plaindre
- Le passage à un antalgique de niveau supérieur dans l'ordre 1,2,3 (selon les paliers de l'OMS) n'est pas systématique, le choix d'un niveau s'effectue en fonction de l'intensité de la douleur et de ses composantes.

Evaluation & Prise en charge d'un enfant dans le cadre d'une douleur chronique: Point fort

- Accueillir l'enfant et ses parents.
- Établir un contact, prêter l'écoute, prendre son temps (consultation longue de 1 h à 1 h 30), rassurer l'enfant et la famille.
- Évaluer la douleur : ancienneté, circonstances de survenue ; localiser la douleur, les caractéristiques, le rythme et la fréquence de survenue ; intensité de la douleur (selon les échelles d'auto- ou hétéroévaluation validées) ; répertorier d'éventuels examens paracliniques faits auparavant ; retentissement social de cette douleur : retentissement psychique (évaluation angoisse/ dépression/stress) ; impact d'éventuels traitements antalgiques antérieurs sur la douleur. évaluation de l'environnement familial : a-t-on le droit de se plaindre ? trouve-t-on de l'écoute ? beaucoup ou peu ? ; y a-t-il des événements que l'enfant pourrait qualifier de traumatisants : familiaux, sociaux, douloureux, récents ou anciens ? , quel est l'impact de la douleur de l'enfant sur la vie de famille ?

Evaluation & Prise en charge d'un enfant dans le cadre d'une douleur chronique: Point fort

- ▶ Établir une attitude thérapeutique :
- ▶ Faire le diagnostic de la douleur
- ▶ Expliquer le pourquoi de la douleur à l'aide de livres médicaux ;
- ▶ fixer des objectifs progressifs et réalistes (petite
- ▶ Prescrire un traitement antalgique adapté à la douleur de l'enfant en favorisant la monothérapie ;
- ▶ Demander éventuellement un avis spécialisé ;
- ▶ déceler les facteurs aggravants comme le stress, l'angoisse, la dépression, afin d'optimiser la prise en charge en proposant des thérapies complémentaires, comme la relaxation-hypnose ou
- ▶ les thérapies cognitivocomportementales.