

## PedsCases Podcast Scripts

This podcast can be accessed at [www.pedscases.com](http://www.pedscases.com), Apple Podcasts, Spotify, or your favourite podcasting app.

### **Évaluation et traitement de la douleur chez l'enfant – un baladodiffusion de la SCP**

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com.

Traduit par Audrey Slater, révisé par E D.Trottier

14 novembre 2023

#### **Introduction**

Bonjour à tous, merci d'écouter cette baladodiffusion produite par PedsCases et la Société canadienne de pédiatrie. Mon nom est Audrey Slater; je suis une étudiante en médecine de l'Université de Montréal. Je traduis ce podcast de la version originale anglaise créée par Dre. Alexis Fong-Leboeuf, résidente en pédiatrie à l'Université Dalhousie et au IWK Health Centre. Cette baladodiffusion a été créé en collaboration avec Dre. Evelyne D.Trottier, pédiatre urgentiste, Dre. Marie Joelle Doré-Bergeron, pédiatre spécialisée en douleur chronique, toutes les deux affiliées au CHU Sainte-Justine et à l'Université de Montréal, ainsi que Dre. Samina Ali, pédiatre urgentiste affiliée au Stollery Children's Hospital à Edmonton. Docteurs Trottier, Doré-Bergeron et Ali sont parmi les auteures du document de principe de la Société canadienne de pédiatrie de novembre 2022 : Les pratiques exemplaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chez les enfants, document qui sera révisé dans ce podcast.

Historiquement, la douleur chez les enfants a été trop peu reconnue et traitée. Selon multiples évidences, une prise en charge de la douleur sous-optimale peut avoir non seulement des conséquences négatives à court terme, mais aussi à long terme, notamment un inconfort et une détresse aigus, une peur accrue des visites médicales subséquentes, et, éventuellement, un risque augmenté d'apparition de douleur chronique et l'évitement futur des soins.

Les objectifs de cette balado et de ce document de principes de la Société canadienne de pédiatrie sont les suivants.

L'auditeur sera en mesure de...

- Évaluer la douleur chez les enfants et les adolescents verbaux et non-verbaux
- Initier et soutenir des interventions non-pharmacologiques contre la douleur
- Initier et fournir une prise en charge pharmacologique continue de la douleur aiguë
- Démontrer une approche pour initier la prise en charge de la douleur chronique chez les enfants

#### **Cas**

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024

Commençons avec une présentation de cas. Nous vous encourageons ensuite à revenir sur ce cas tout au long du podcast. Alannah est une jeune fille neurotypique de 8 ans souffrant de douleur neuropathique de longue date secondaire à son traitement de chimiothérapie pour une leucémie lymphoblastique aiguë. Elle présente maintenant une douleur aiguë après avoir subi une fracture du radius gauche. Avant d'approfondir la prise en charge de sa douleur, explorons certains principes fondamentaux entourant la douleur et son évaluation.

## **Définissons la douleur**

Selon l'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur est une expérience désagréable subjective à la fois sensorielle et émotionnelle, qui est modulée par les émotions, les facteurs développementaux, la culture, le contexte actuel et les expériences douloureuses précédentes. Il est impératif d'évaluer et d'essayer de quantifier la douleur dès la première rencontre, avec des réévaluations régulières fréquentes tout au long des soins afin de déterminer la réponse au traitement.

## **Évaluation de la douleur chez l'enfant ou l'adolescent verbal**

Dans la mesure du possible, étant donné sa nature subjective, la douleur devrait être jugée par auto-évaluation plutôt que de demander à un substitut de le faire pour l'enfant. Chez l'enfant capable de communiquer verbalement ou via des technologies d'assistance, il est recommandé d'utiliser les échelles d'auto-évaluation de la douleur. Présentement, les échelles recommandées et les plus couramment utilisées incluent l'échelle d'évaluation numérique-11 (NRS-11), l'échelle des visages modifiée (FPS-R) et l'échelle analogique des couleurs (CAS).

## **Évaluation de la douleur chez l'enfant ou l'adolescent non verbal**

Pour les enfants préverbaux ou non verbaux, ou ceux qui ne peuvent pas utiliser de technologies d'assistance, l'auto-évaluation à l'aide des échelles mentionnées plus tôt peut être difficile. Par contre, on ne devrait jamais conclure qu'un enfant est incapable de fournir une auto-évaluation de sa douleur malgré les potentielles limites cognitives, développementales et/ou physiques qu'il présente. Dans ce cas, des mesures d'observation de la douleur sont utilisées comme moyen de quantification, généralement en examinant différents signes comportementaux. Des exemples de ces mesures incluent le NIPS, le NFCS, le FLACC, le EVENDOL, le CHEOPS et le COMFORT.

*Pause musicale*

## **Interventions non-pharmacologiques**

La clé de toute prise en charge de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, repose sur l'application d'une approche multimodale. Celle-ci fournit un plan de traitement compréhensif qui inclue des interventions physiques, psychologiques et pharmacologiques. Bien que certaines de ces techniques peuvent être initiées en clinique médicale, d'autres sont plus complexes et peuvent nécessiter une formation supplémentaire pour être appliquées correctement. La collaboration avec des professionnels de la santé, dont les infirmières et les "Child Life Specialist", ou conseillère en milieu pédiatrique, ainsi qu'avec les membres de la famille, est

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024

essentielle au succès des interventions. Elle permet d'offrir du soutien tout au long d'une intervention, de même qu'utiliser la distraction de manière efficace.

## **Prise en charge de la douleur aiguë**

Les analgésiques en vente libre, tels que l'acétaminophène, et les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, comme l'ibuprofène, peuvent être utilisés en monothérapie pour les douleurs légères à modérées (1-3 à 4-6/10) ou en co-thérapie pour les douleurs modérées à graves (4-6 à 7-10/10). De fortes données probantes indiquent que la douleur peut être traitée d'emblée sans nuire à la précision diagnostique. En fait, le soulagement de la douleur permet un meilleur examen et des investigations plus simples à réaliser, facilitant ainsi le diagnostic.

L'ibuprofène est généralement considéré en première intention pour les douleurs légères à modérées, ou en association avec d'autres analgésiques pour les douleurs graves. Ses propriétés anti-inflammatoires en font un médicament de première ligne utile. Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'ibuprofène est comparable à la morphine par voie orale dans certaines études notamment en cas d'entorses, de fractures simples, post interventions orthopédiques mineures ou post amygdalectomies. Cependant, il faut faire attention à ne pas prescrire d'AINS aux patients présentant une fonction rénale altérée, des saignements actifs, des saignements gastro-intestinaux, une varicelle active ou un trouble de la coagulation. Il faut également ne pas administrer simultanément des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie intraveineuse et par voie orale.

L'acétaminophène est une option appropriée si l'ibuprofène est contre-indiqué. Il est disponible en vente libre, mais doit être évité en cas d'insuffisance hépatique sévère.

L'ibuprofène et l'acétaminophène peuvent être utilisés en combinaison ou être administrés en doses alternées, selon les besoins du patient en termes de prise en charge de sa douleur.

Pour les patients présentant une douleur aiguë d'intensité modérée à sévère, les opioïdes peuvent offrir une option raisonnable. Il est important d'offrir des analgésiques non-opioïdes simultanément, afin de permettre un effet d'épargne en opioïdes. En général, les opioïdes doivent être utilisés avec précaution et leur usage doit être étroitement surveillé afin de réduire les événements indésirables et les risques associés.

Le fentanyl intranasal est un moyen efficace et rapide d'administration d'opioïdes pour la douleur aiguë sévère en milieu hospitalier. Le fentanyl intranasal permet une administration plus rapide et moins douloureuse comparativement aux voies intraveineuse ou intramusculaire. Tout comme les opioïdes intraveineux, une surveillance étroite du patient est nécessaire. Les opioïdes intraveineux sont favorisés dans les situations aiguës lorsque l'accès intraveineux est établi, la morphine intraveineuse étant l'agent le plus couramment utilisé.

De plus, les opioïdes oraux, tels que la morphine orale, sont une option raisonnable pour certaines conditions, lorsque le traitement avec des médicaments de première ligne n'est pas suffisant (n'oubliez pas que l'ibuprofène et l'acétaminophène doivent être pris régulièrement lors de l'administration d'opioïdes). Si la prise d'opioïdes oraux est nécessaire au congé du patient, les prescriptions doivent être de courte durée (2 à 3 jours ou 5 à 10 doses) pour éviter les effets

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024

secondaires et les risques de surconsommation et de dépendance. Il est important d'offrir un suivi si la douleur n'est pas prise en charge de façon adéquate au domicile.

*Pause musicale*

### **Prise en charge de la douleur chronique**

La douleur chronique est définie comme étant persistante ou récurrente depuis plus de 3 mois. Une prise en charge optimale se fait via une approche multimodale, incluant des thérapies physiques, psychologiques, ergothérapeutiques ainsi que des traitements pharmacologiques. L'objectif du traitement de la douleur chronique est non seulement de « guérir » la douleur en soi, mais surtout de mettre l'accent sur l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle.

Les thérapies psychologiques comprennent la psychoéducation, l'entraînement à l'autorégulation physiologique, tel que le biofeedback, la formation aux aptitudes cognitives et la thérapie d'exposition comportementale. La physiothérapie peut être utilisée pour traiter les déficiences et déséquilibres musculosquelettiques secondaires potentiels. La physiothérapie utilise une exposition graduelle au mouvement, la stimulation et l'imagerie motrice progressive. L'ergothérapie est bénéfique pour favoriser la réadaptation sensorielle et diminuer la sensibilité aux stimuli perçus comme douloureux, en plus d'aider l'enfant à reprendre les activités de la vie quotidienne.

Les traitements pharmacologiques peuvent inclure des antidépresseurs (p. ex., amitriptyline) ou des antiépileptiques (gabapentine/prégabaline). Malheureusement, il y a peu de données de qualité par rapport au traitement pharmacologique optimal de la douleur chronique non cancéreuse chez les enfants.

*Pause musicale*

### **Présentation du cas**

Revenons au cas d'Alannah. Alannah est une jeune fille neurotypique de 8 ans qui souffre de douleurs neuropathiques chroniques secondaires à une neuropathie périphérique causée par chimiothérapie. De plus, elle vient de se présenter à l'urgence avec une fracture très douloureuse.

Il est d'abord important de reconnaître qu'il existe 2 mécanismes différents de douleur qui affectent Alannah. Nous avons une blessure aiguë qui doit être évaluée et traitée à l'urgence, en plus de sa douleur chronique de longue date, qui est habituellement traitée par son équipe multidisciplinaire.

Prenez une seconde, arrêtez le podcast et réfléchissez à la façon dont vous pourriez évaluer en premier lieu la douleur aiguë d'Alannah à l'urgence.

Tout d'abord, Alannah est une jeune fille de 8 ans qui est verbale; cela signifie que nous pouvons utiliser certaines des échelles d'auto-évaluation mentionnées plus tôt pour qu'Alannah puisse mieux quantifier la douleur qu'elle ressent. Une excellente option serait d'utiliser l'échelle d'évaluation numérique-11 (NRS-11) puisqu'elle est simple et réalisée verbalement.

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024

Comment pourriez-vous prendre en charge la douleur aiguë d'Alannah à l'urgence si elle l'évalue à 7 sur 10 en utilisant le NRS-11 ? Prenez une seconde, arrêtez le podcast et pensez à votre approche.

Dans le contexte de la douleur aiguë sévère, l'infirmière au triage a fourni à Alannah une prise en charge de première ligne pour sa douleur, incluant des stratégies physiques, comme une écharpe pour son bras et de la glace, et des médicaments de première ligne, dont l'ibuprofène combiné à de l'acétaminophène, en utilisant une ordonnance collective destinée au personnel infirmier. Étant donné que la gravité de sa douleur persiste lors de votre évaluation, toujours évaluée à 7 sur 10, vous proposez à Alannah et à sa famille d'administrer du fentanyl intranasal pour réduire davantage sa douleur pendant la radiographie de son bras, sachant que la douleur augmente avec la mobilisation.

Vous demandez également à votre conseillère en milieu pédiatrique ou "Child-life Specialist" de voir Alannah et sa famille afin de les soutenir davantage et de leur fournir des outils de distraction. Alannah présente une fracture légèrement déplacée sur sa radiographie. Après une immobilisation par plâtre et votre approche multimodale, sa douleur est maintenant sous contrôle. Au moment de son congé, vous suggérez à Alannah de prendre de l'ibuprofène en continu pendant les prochaines 24 à 48 heures, combiné à de l'acétaminophène, si nécessaire, de garder son bras surélevé en utilisant son écharpe le jour et d'utiliser les autres stratégies psychologiques enseignées à l'urgence.

Quelques mois plus tard, alors que son bras fracturé est maintenant guéri, vous revoyez Alannah à la clinique de la douleur chronique pour ses douleurs neuropathiques de longue date. Encore une fois, vous devriez envisager des interventions multimodales qui priorisent la fonction globale comme objectif principal.

"J'ai mal aux mains et aux pieds depuis un certain temps, environ quelques mois, mais la douleur ne fait qu'empirer. Elle est d'environ 6/10 à son pire et ça ressemble à des picotements et des brûlures. Parfois, j'ai l'impression que ça élance le long de mes jambes et c'est présent en permanence. La douleur empire lorsque je bouge et rien ne semble la soulager pour le moment. Je n'ai rien essayé pour cette douleur, mais c'est difficile de participer à l'école. J'ai de la difficulté à rester debout pendant de longues périodes, ce qui rend la douche et la participation aux jeux pendant les cours de gym vraiment difficile. Je m'ennuie de pouvoir jouer avec mes amis !"

Arrêtez le podcast ici afin d'organiser vos pensées.

### *Pause musicale*

Lors de votre évaluation, vous voyez qu'Alannah souffre depuis un certain temps d'une douleur persistante qui limite sa capacité à participer aux activités de la vie quotidienne, comme se doucher ainsi, qu'aux activités scolaires, telles que les cours de gym. L'objectif de traiter la douleur neuropathique chronique d'Alannah est à la fois de réduire la douleur et de diminuer l'incapacité fonctionnelle associée.

En discutant avec Alannah de ses objectifs, il est évident qu'elle aimerait pouvoir jouer avec ses amis pendant les cours de gym et, en parlant à ses proches, ils expriment de la difficulté à la convaincre de prendre une douche en raison de la douleur associée à la position debout

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024

prolongée. Il est important de déterminer ce qui est important pour la patiente et ce qui peut être fait pour améliorer son quotidien, autant au niveau de ses activités que de son autonomie.

Il est essentiel de travailler en étroite collaboration avec une équipe interdisciplinaire afin d'atteindre certains objectifs d'Alannah. Par exemple, Alannah pourrait travailler avec un physiothérapeute et un ergothérapeute. Ainsi, elle pourrait renforcer et améliorer son endurance, trouver des moyens pour modifier son environnement à domicile et à l'école (par exemple, en utilisant un siège de douche au lieu de rester debout), travailler pour diminuer son allodynie et son hyperalgésie grâce à certaines techniques comme l'imagerie motrice progressive, diminuer sa kinésiophobie, etc. Il serait également bénéfique qu'Alannah rencontre un psychologue pour d'autres interventions, comme le biofeedback, ou différentes compétences et techniques comme la respiration profonde, l'arrêt des pensées, la relaxation musculaire, l'imagerie mentale, etc.

Du point de vue pharmacologique, il serait pertinent de considérer un antidépresseur ou un gabapentinoïde pour sa douleur. Cependant, cela devrait être fait seulement sous un suivi étroit et une surveillance continue. Si nécessaire, une consultation avec un spécialiste de la douleur pourrait être envisagée. Lors des visites ultérieures, la douleur devrait être fréquemment réévaluée, examinant à la fois son intensité et les changements dans le fonctionnement quotidien d'Alannah. Vous avez choisi de prescrire à Alannah la gabapentine, en plus de collaborer avec votre équipe interdisciplinaire. Au prochain rendez-vous, elle décrit une douleur de 3-4/10, et elle est heureuse d'avoir trouvé différentes façons de participer aux cours de gym. Ses parents sont ravis qu'elle puisse tolérer la douche avec le siège.

*Pause musicale*

## **En résumé**

On pourrait dire que ça me fait « MAL » de dire cela, mais, historiquement, la douleur des enfants a été sous-reconnue et sous-traitée. Grâce aux données probantes actuelles démontrant les répercussions des expériences de douleur aiguë et chronique pendant l'enfance, il est impératif que les professionnels de la santé soient conscients des ressources disponibles pour l'identification et l'évaluation de la douleur et qu'ils réalisent l'importance d'une approche multidimensionnelle pour une prise en charge optimale. Les recommandations finales de ce document de principe de la Société canadienne de pédiatrie sont :

Les professionnels de la santé devraient :

- Se familiariser avec l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur adaptés au stade de développement de l'enfant. Il s'agit d'une première étape essentielle afin d'assurer une prise en charge optimale de la douleur en pédiatrie.
- Comprendre que la douleur des enfants, lorsque possible, devrait être auto-évaluée. Lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible ou appropriée, un outil d'évaluation adapté doit être utilisé.
- En contexte médical, il est possible d'améliorer la prise en charge de la douleur comme suit :

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024

- Évaluation obligatoire de la douleur lors de la première rencontre de l'enfant ou de l'adolescent
  - Réévaluation (et documentation) opportune pendant et après chaque intervention diagnostique ou thérapeutique, quand approprié, et après chaque geste clinique visant à soulager le patient
  - Intégration des étapes d'évaluation et de traitement de la douleur aux algorithmes thérapeutiques, aux dossiers médicaux électroniques, aux directives hospitalières et aux directives régionales, provinciales et territoriales
- 
- Comprendre que les directives sur la prévention et le traitement de la douleur doivent inclure des stratégies psychologiques, physiques et pharmacologiques pour soulager la douleur aiguë et chronique. Les directives de soins et de pratiques devraient combiner des stratégies et des approches pour l'usage en contexte médical et à la maison.
  - Comprendre que les objectifs primaires lors de la prise en charge de la douleur chronique en pédiatrie demeurent le soulagement des symptômes et l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle
  - Conseiller et former les parents sur l'évaluation et le traitement de la douleur appropriés, en plus de leur fournir des instructions claires et précises concernant la thérapie et la médication à la maison.

Et c'est tout ! Aujourd'hui, nous avons discuté de plusieurs concepts importants entourant l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë et chronique et j'espère que vous avez été en mesure de repartir avec des renseignements utiles. Merci beaucoup à Dre. Fong-Leboeuf pour la création de la version originale de ce podcast et aux Dres. Trottier, Doré Bergeron et Ali pour leur contribution à ce podcast et au document de principe de la SCP, sans oublier l'équipe de Pedscases.

Merci et bonne journée!

*Musique intro*

## **Références**

Fong-Leboeuf, Alexis. *et al* (2023). *Pain Assessment and Management for Children – A CPS Pedscases Podcast*. PedCases Podcast Scripts.

Trottier, E.D. *et al*. (2022). *Les pratiques exemplaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chez les enfants*. Société Canadienne Pédiatrique.  
<https://cps.ca/fr/documents/position/evaluation-et-le-traitement-de-la-douleur>

Créé par Dre. Alexis Fong- Leboeuf, Dre. Evelyne D.Trottier, Dre Marie Joelle Doré-Bergeron, Dre Samina Ali pour PedCases.com. Traduit par Audrey Slater

13 Juillet 2024