

Il y a 11 ans – seulement 11 ans – paraissait l'article de Anand et coll. dans le *Lancet* qui fit trembler le monde pédiatrique, en révélant dans un même temps l'existence de pratiques ahurissantes et leur danger (Anand et al., 1987). Les auteurs, ayant réalisé une bibliographie de 40 articles sur la ligature du canal artériel, mettaient en évidence que 31 de ces 40 articles ne mentionnaient pas de technique analgésique en per-opératoire, les interventions étant réalisées sous curare plus ou moins protoxyde d'azote. Ils réalisèrent alors, avec l'accord du Comité d'Ethique de Londres, un essai thérapeutique en double aveugle : fentanyl versus *placebo* en per opératoire chez 16 prématurés, avec accord parental. Les résultats démontrèrent que les bébés opérés sans protection contre la douleur présentaient des signes physiologiques et biologiques d'un stress intense, non retrouvés chez les autres. A défaut de prouver formellement que les prématurés ressentent la douleur, l'étude démontrait que les antalgiques les protégeaient d'un stress concomitant à une nociception. L'idée que la nociception puisse présenter un danger chez l'enfant était née. Elle mettait fin à plusieurs décennies de fausses rationalisations destinées à convaincre chacun que les bébés ne pouvaient ressentir la douleur (Gauvain-Piquard et Meignier, 1993).

La période qui suivit fût difficile : de nombreuses tensions surgirent dans les services, entre soignants, selon le rythme de la prise de conscience de chacun ; la volonté de soulager, voire de prévenir la douleur chez l'enfant, se heurta à des difficultés pratiques ou organisationnelles importantes ; surtout, la culpabilité tenailla beaucoup de professionnels, qui trouvèrent bien lourds d'assumer ce passé si récent. Certains préférèrent nier.

La lettre que m'écrivait, il y a quelques mois, une infirmière d'un grand hôpital universitaire illustre ces difficultés : « Jusque-là, les EEG étaient le plus souvent réalisés avec des électrodes hameçons chez les nouveaux-nés prématurés. Conscientes de la douleur et de l'inconfort infligés à ces bébés par l'implantation de ces aiguilles dans le cuir chevelu, mes collègues et moi avons entrepris de mettre en place une technique moins invasive et fiable. Nous avons rencontré beaucoup de résistances humaines. »

La question du « pourquoi » devint, dans le même temps, obsédante : pourquoi y a-t-il eût un tel consensus pour nier la douleur des enfants ? Pourquoi y a-t-il une telle résistance à l'utilisation des antalgiques chez l'enfant ?¹ Mais cette question parût, après quelques temps, à la fois ne pas pouvoir dans l'immédiat trouver de réponse réellement satisfaisante, et constituer un évitement d'une autre question autrement plus importante : comment améliorer maintenant la prise en charge de la douleur en pédiatrie ? Par quels moyens obtenir les changements nécessaires ?

Depuis les premiers travaux d'Anand, de nombreux progrès ont été faits, particulièrement chez le grand enfant. Le nombre des publications sur ce

¹ Nous avons tenté, ailleurs, d'y répondre (Gauvain-Piquard & Meignier, 1993).

thème ne cesse de croître (477 références dans Medline durant l'année 1987, 1057 en 1997)², les congrès aussi. Les techniques d'analgésies se diffusent, les protocoles se comparent et sont échangés, les essais thérapeutiques ont débuté³.

Mais, en ce qui concerne le très jeune enfant, les progrès sont plus lents. De nombreuses questions demeurent sans réponse. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de centrer ce numéro de Douleur et Analgésie sur des sujets ayant fait l'objet d'un grand nombre de publications, et nécessitant aujourd'hui une mise au point.

Le premier de ces thèmes, traité par *E. Pichard-Léandri*, est la neurophysiologie de la douleur chez le nouveau-né. Centre d'intérêt d'une équipe londonienne (*Maria Fitzgerald* et coll.), ce thème s'est enrichi de nombreuses données qui, toutes, contribuent à dresser le tableau d'un nouveau-né particulièrement sensible à la nociception, et dont le système nerveux, très malléable, peut, en retour, se trouver modifier par la perception d'une nociception à l'aube de sa vie. Mais nombre de questions demeurent : à partir de quel âge *in utero* la nociception peut-elle être perçue ? A partir de quel âge le bébé perçoit-il la nociception comme une douleur ? Des questions qui ont conduit à remettre en cause une définition de la douleur ambiguë quand à la place à donner à l'expression de la plainte...

Deux articles abordent ensuite le délicat problème de l'évaluation de la douleur du nouveau-né. L'article de synthèse de *T. Debillon* et coll. met en évidence un début de consensus sur les modifications physiologiques et comportementales entraînées par la douleur, mais laisse entier le délicat débat de la distinction entre stress et douleur. Est-il vraiment si sûr que les équipes de réanimation néo-natales n'aient pas besoin de distinguer entre les deux ? Ou bien, très pragmatiquement, y ont-elles renoncé ? La solution viendra, il faut l'espérer, des travaux qui se poursuivent sur la validité des divers instruments d'évaluation. De ce point de vue, les nouvelles méthodologies centrées sur la validité de construit (*construct validity*)⁴ sont particulièrement intéressantes par les aller-retour concept-expérimentation qu'elles proposent. L'article de *Lassauge* et col. en fournit un exemple.

N. Ravault et *D. Annequin* font ensuite une revue de la littérature sur un sujet cher aux soignants de néonatalogie : l'effet apaisant du sucre chez le nouveau-né lors de gestes douloureux. Le thème pourrait prêter à sourire, bien que tout un chacun ait pu l'expérimenter. Il a pourtant donné lieu, à juste titre, à de nombreuses études semblant bien démontrer cet effet apaisant du sucre chez les bébés. Mais le poids de ces études est sévèrement amoindri par la faiblesse des évaluations qu'elles utilisent. Et, en l'absence de signes spécifiques de la douleur chez les nouveaux-nés, comment distinguer apaisement, atténuation de la symptomatologie sans modification du ressenti, et réelle analgésie ? Au fond, la bouche pleine, chez

² Il existe une banque de données francophone sur la douleur de l'enfant: Pédiadol, accessible sur minitel (3617 code PEDIADOL), ou sur Internet: <http://www.pediadol.org>

³ Il existe un forum d'échanges sur e-mail: MAILSERV@ac.dal.ca

⁴ C'est un peu à regret que nous nous sommes finalement résolus à conserver la traduction du terme «construct» par construit. Cette traduction est, à nos yeux, un contre-sens, conduisant à réduire la «construct validity» à une validité de structure, basée sur l'analyse de la stabilité factorielle des échelles. En fait, un «construct» est, dans le champ des sciences humaines, mieux traduit par le terme de concept: c'est une idée construite par le chercheur pour expliquer des événements observés dans une situation particulière.

l'adulte aussi bien des émotions s'apaisent... Les conclusions prudentes des auteurs sont donc les bienvenues: il y aurait danger à penser que la douleur des bébés se suffit d'eau sucrée et de caresses...

Or, le traitement de la douleur de l'enfant se heurte, concrètement, à l'absence de molécules antalgiques du palier II *per os* ayant l'AMM chez l'enfant, en France du moins. Une situation qui ne donne pas d'autre alternative, chez le jeune enfant, que la morphine, dès que le pouvoir antalgique du palier I est dépassé....Une situation bien paradoxale, résultant principalement de la faiblesse du marché de la douleur de l'enfant aux yeux des firmes pharmaceutiques, et incitant à classer la douleur de l'enfant parmi les maladies orphelines... *C. Dubray* passe en revue, dans un dernier article, les molécules candidates à un conditionnement pédiatrique, sous réserve des études pharmacocinétiques nécessaires, bien sûr. Espérons que les pouvoirs publics, voire les associations de parents, prendront conscience de cette situation anormale, et auront à cœur d'y remédier.

Bibliographie

Anand K.J.S., Sippell W.G. and Aynsley-Green A.: A randomized trial of Fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. In: Lancet i: 243-247, 1987.

Gauvain-Piquard A. et Meignier M.: La douleur de l'enfant. In: Paris: Calmann-Lévy, 1993.

Annie Gauvain-Piquard