

Douleurs et enfant – La codéine, pas avant 12 ans et sous conditions

Article HAS

01 mars 2016 - Mis à jour le 12 juin 2019

Les événements indésirables graves, voire les [décès rapportés](#) suite à l'administration de codéine à des enfants (et nouveau-nés allaités dont la mère avait pris de la codéine) ont impliqué de nouvelles modalités de prescription de cet antalgique. La HAS a réalisé une [fiche mémo](#) sur la prise en charge médicamenteuses de la douleur aiguë et prolongée et/ou chronique chez l'enfant. Objectifs ? Proposer des alternatives à l'utilisation de la codéine dans les situations cliniques problématiques. Explications de Karine Petitprez*, du service des bonnes pratiques professionnelles à la HAS.

Quels sont les cas où la codéine ne doit plus être utilisée ?

Auparavant, la codéine, antalgique de palier 2, était indiquée chez l'enfant à partir de 1 an dans les douleurs d'intensité modérée à intense ou ne répondant pas à l'utilisation d'antalgiques de palier 1 utilisés seuls.

En avril 2013, parce que des événements indésirables graves et des décès avaient été constatés suite à la prise de codéine, l'[ANSM](#) a recommandé de ne plus utiliser ce produit chez les enfants de moins de 12 ans. Désormais, la codéine ne doit être prescrite chez les enfants de plus de 12 ans qu'après échec d'un traitement par du paracétamol et/ou des anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). La codéine ne doit plus être utilisée après une amygdalectomie ou une adénoïdectomie. Enfin, les femmes qui allaitent ne doivent pas prendre ce médicament.

Quelles sont les alternatives à la codéine ?

Pour la prise en charge de la douleur aiguë, en fonction de la situation clinique et de l'intensité de la douleur éprouvée par le jeune patient, le paracétamol, l'ibuprofène, le tramadol ou la morphine orale (seuls ou en association) pourront être recommandés en première intention.

Pour la prise en charge de la douleur prolongée et/ou chronique, une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, ainsi que des moyens psychologiques devront être proposés.

La fiche mémo propose des prises en charge dans les principales situations cliniques problématiques depuis le retrait de la codéine. Des exemples de prescriptions y sont également décrits.

Il est à noter que les moyens non médicamenteux, non traités dans cette fiche mémo, contribuent à la diminution de la douleur (information de l'enfant et de sa famille, distraction, hypnose, relaxation...).

Dans quels cas utiliser le paracétamol et/ou les AINS ?

Le paracétamol en 1^{re} intention est à réserver **aux douleurs faibles à modérées**.

Les AINS, et en particulier l'ibuprofène, sont recommandés en 1^{re} intention **dans la plupart des douleurs aiguës modérées à intenses**. Ils ont montré une efficacité supérieure à celle du paracétamol dans des situations cliniques variées. Ils ont aussi démontré une efficacité supérieure aux antalgiques de palier 2, voire 3, dans certaines situations comme la traumatologie et dans des douleurs postopératoires.

En cas d'insuffisance d'efficacité du paracétamol seul ou de l'ibuprofène seul, leur association, et non leur alternance, est recommandée.

Chez l'enfant, quel AINS est à recommander en 1^{re} intention ?

L'ibuprofène. C'est l'AINS qui, en pédiatrie, est recommandé en 1^{re} intention dans la plupart des douleurs aiguës modérées à intenses. Un [rapport de l'OMS datant de 2012](#) précise notamment que « *l'ibuprofène a montré une efficacité supérieure à celle du paracétamol dans la douleur aiguë* ».

Prescrit aux posologies recommandées (20 à 30 mg/kg/jour) par voie orale et pour une durée courte (48 à 72 heures), les effets indésirables sont rares.

D'après des [études de cohortes importantes](#), le profil de [sécurité de l'ibuprofène](#) est [comparable à celui du paracétamol](#).

Quels sont les freins à la prescription des AINS ?

En France, la peur de l'utilisation des AINS est importante. Elle est en grande partie infondée. Même si certaines situations exigent des précautions :

- en cas de varicelle, les AINS ne doivent pas être utilisés (même si aucun lien de causalité n'a pu être prouvé) ;
- en cas d'infection pulmonaire ou ORL sévère, d'infection bactérienne sévère, d'infection cutanée ou des tissus mous (malgré l'absence d'études cliniques montrant un lien entre l'utilisation des AINS et des risques majorés d'infection) ;
- en cas de risque hémorragique ou de trouble de la coagulation, le prescripteur doit évaluer la balance bénéfique/risque ;

- en cas de risque de déshydratation (pouvant favoriser une insuffisance rénale). **Une déshydratation doit être prévenue ou corrigée avant l'utilisation d'AINS.**

Quelles sont les contre-indications à l'emploi d'AINS ?

- insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque sévère ;
- antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS ;
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébro-vasculaire ou autre hémorragie en évolution ;
- ulcération gastroduodénale.

Les effets indésirables les plus fréquemment observés sont de nature gastro-intestinale (d'autant plus fréquents que la posologie utilisée est élevée et la durée de traitement prolongée).

Quid du tramadol et de la morphine ?

Le tramadol, antalgique de palier 2, peut être recommandé en alternative à la codéine chez l'enfant de plus de 3 ans. Il peut être proposé en cas de douleurs intenses d'emblée ou en cas d'échec du paracétamol et de l'ibuprofène. **Mais son métabolisme suit en partie la même voie que la codéine et des événements indésirables graves peuvent survenir.**

La morphine orale, antalgique de palier 3, est recommandée dans la prise en charge des douleurs intenses ou en cas d'échec d'antalgiques moins puissants. **Elle est la molécule de choix pour ce type de douleurs.** De faibles doses doivent être proposées initialement (0,1 mg/kg/prise) chez les enfants de moins de un an où la surveillance sera renforcée.