



ÉVALUATION ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT DE 1 MOIS À 15 ANS

MARS 2000

Service recommandations et références professionnelles

Dans la même collection :

Recommandations pour la pratique clinique - La prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire - Octobre 1995.

Recommandations pour la pratique clinique - Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire - Février 1999.

Recommandations pour la pratique clinique - Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les sujets âgés ayant des troubles de la communication verbale - À paraître.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en mars 2000. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) - Service Communication et Diffusion - 159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 2000. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.B.S.N. : 2-910653-00-0

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de la Direction Générale de la Santé. Elles ont été établies dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et

La Société Française de la Douleur ;
L'Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie ;
La Société Française d'Anesthésie-Réanimation ;
La Société Française de Pédiatrie ;
L'Association des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française ;
Le Collège National des Médecins de la Douleur ;
L'Association Pédagogique Nationale pour Enseignement de la Thérapeutique ;
La Société Française d'Oncologie Pédiatrique ,
La Fédération Française de Psychiatrie.

La méthode utilisée a été celle décrite dans le guide d'élaboration des «Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par Dr Najoua MLIKA-CABANNE sous la responsabilité de M. le Pr Alain DUROCHER.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, sous la responsabilité de Mme Hélène CORDIER, responsable du service documentation de l'ANAES, et avec l'aide de Mme Nathalie HASLIN.

Le secrétariat a été réalisé par Mme Vanessa ALIOUANE-DECOOL.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent. Elle remercie également Hakim Neghal pour son aide à l'analyse bibliographique.

COMITE D'ORGANISATION

D^r Daniel ANNEQUIN, anesthésiste, PARIS ;
M. Bruno DEMONT, kinésithérapeute, LE
CHESNAY ;
P^r Claude ÉCOFFEY, anesthésiste-réanimateur,
RENNES ;
D^r Élisabeth FOURNIER-CHARRIÈRE, pédiatre,
LE KREMLIN-BICÊTRE ;

P^r Isabelle MURAT, anesthésiste, PARIS ;
D^r Évelyne PICHARD-LÉANDRI, anesthésiste,
VILLEJUIF ;
P^r Patrice QUENEAU, rhumatologue/professeur
de thérapeutique, SAINT-ÉTIENNE ;
P^r Jean-Michel ZUCKER, pédiatre-oncologue,
PARIS.

GROUPE DE TRAVAIL

D^r Annie GAUVAIN-PIQUARD, psychiatre,
présidente du groupe, VILLEJUIF ;
D^r Barbara TOURNIAIRE, pédiatre, chargée de
projet, PARIS ;
D^r Jean-Pierre ALIBEU, anesthésiste,
GRENOBLE ;
D^r Daniel ARSAC, généraliste, NÎMES ;
M. Sylvain BAILLEUX, kinésithérapeute, ISSY-
LES-MOULINEAUX ;
D^r Catherine DORMARD, généraliste, SACLAY ;
P^r Jacques FERMANIAN, biostatisticien, PARIS ;
D^r Élisabeth FOURNIER-CHARRIÈRE, pédiatre,
LE KREMLIN-BICÊTRE ;
M^{me} Dominique GIBIRILA, cadre puéricultrice,
TOULOUSE ;
M^{me} Élisabeth GLOAGUEN, puéricultrice-cadre
supérieur, THIONVILLE ;
M^{me} Mireille GOY-KREITMANN, psychologue,
NICE ;

D^r Hervé GUYOT, généraliste, JOUÉ-LÈS-
TOURS ;
D^r Nathalie HOOG-LABOURET, AFSSAPS,
SAINT-DENIS ;
D^r Patrick JAQUEMIN, otho-rhino-laryngologue,
ANGOULÊME ;
D^r Jacques LANGUE, pédiatre, LYON ;
D^r Noëlla LODÉ, pédiatre, PARIS ;
D^r Laurence MICHELUTTI-JAVAUDIN,
chirurgie viscérale, MILLAU ;
D^r Annie ROUSSEAU, AFSSAPS, SAINT-
DENIS ;
D^r Agnès SAINT-RAYMOND, AFSSAPS,
SAINT-DENIS ;
D^r Chantal WOOD, pédiatre, PARIS ;
D^r Najoua MLIKA-CABANNE, responsable de
projet ANAES, PARIS.

GROUPE DE LECTURE

D^r Daniel ANNEQUIN, anesthésiste, PARIS ;
P^r Didier AUBERT, chirurgie pédiatrique,
BESANÇON ;
D^r Alain AUBRÈGE, généraliste, VILLERS-LÈS-
NANCY ;
D^r Michel BARDAINNE, pédiatre, FOUGÈRES ;
D^r Emmanuel BISOT, généraliste, COULLONS ;
D^r Jean-Paul BLANC, pédiatre, SAINT-
ÉTIENNE ;
D^r Pierre BLONDEL, ophtalmologiste,
TOULON ;

D^r Solen BOITARD-THONIER, chirurgien
dentiste/odontologie pédiatrique, PLENEUF ;
D^r Anne BORE-MONDAN, médecin
scolaire/généraliste, MEREVILLE ;
D^r Denis BOUMENDIL, biologiste, ORSAY-
MONDETOUR ;
D^r François BOUREAU, neurophysiologiste,
PARIS ;
D^r Nicole BREVILLE, pédiatre/PMI, ORLY ;
Mme Janine BRUGIDOU, infirmière-
puéricultrice, TOULOUSE ;

D^r Gérard CAGNOL, otho-rhino-laryngologue, MONGINS ;
D^r Pascal CLERC, généraliste, ISSY-LES-MOULINEAUX ;
M^{me} Marie José CLIO-ASSOUVIÉ, kinésithérapeute, PARIS ;
D^r Joël COGNEAU, conseil scientifique ANAES, CHAMBRAY-LÈS-TOURS
M^{me} Nathalie CONSTANS, infirmière, MONTFERRIER ;
M^{me} Christiane DEJAONNIS, infirmière, NICE ;
D^r Jean-Jacques DELORD, ophtalmologiste, NÎMES ;
M. Bruno DEMONT, kinésithérapeute, LE CHESNAY ;
D^r Mathieu DOUSSE, psychiatre, PARIS ;
M^{me} Nicole DREYER-MULLER, puéricultrice, STRASBOURG ;
M^{me} Nicole DUPONT, puéricultrice, TOULOUSE ;
D^r Gilles DUPUIS, otho-rhino-laryngologue, ISSY-LES-MOULINEAUX ;
P^r Bertrand DUREUIL, conseil scientifique ANAES, ROUEN
P^r Claude ÉCOFFEY, anesthésiste-réanimateur, RENNES ;
M. Christian FAUSSER, kinésithérapeute, LE KREMLIN-BICÊTRE ;
D^r Béatrice FERVERS, cancérologue, LYON ;
P^r Patrick FROEHLICH, otho-rhino-laryngologue, LYON ;
D^r Philippe GATEAU, chirurgien-dentiste, NEVERS ;
D^r Patrick GINIES, anesthésiste-réanimateur, MONTPELLIER
P^r Danielle GINISTY, stomatologue, PARIS ;
D^r Gilles GRIESSINGER, chirurgien dentiste, JOUÉ-LÈS-TOURS ;
D^r Catherine GROGNARD, dermatologue, TOURS ;
D^r Brigitte HÉRITIER-FASSEUR, pédiatre, LA ROCHELLE ;
D^r Bénédicte HÉRON, neuro-pédiatre, PARIS ;
D^r Francine HIRSZOWSKI, généraliste, PARIS ;
P^r Jean JASMIN, chirurgien dentiste/odontologie pédiatrique, NICE ;
D^r Monique LABAT, généraliste, GOUDELIN ;
D^r André LOCQUET, pédiatre, RONCQ ;
D^r Jean LUGOL, biologiste, AUBAGNE ;
D^r Michel MEIGNIER, anesthésiste, NANTES ;
D^r Alain MILLET, généraliste, TARCENAY ;
M^{me} Sylvaine MONIN, cadre supérieur infirmier, PARIS ;

P^r Alain MORGON, otho-rhino-laryngologue, LYON ;
D^r Jean-Claude MSEALTI, pédiatre, ORSAY ;
P^r Isabelle MURAT, anesthésiste, PARIS ;
M. Paul PAVAN, kinésithérapeute, GRENOBLE ;
M. Long PHAM-QUANG, psychomotricien, PARIS ;
D^r Évelyne PICHARD-LÉANDRI, anesthésiste, VILLEJUIF ;
P^r Patrice QUENEAU, rhumatologue/professeur de thérapeutique, SAINT-ÉTIENNE ;
M. Rémi REMONDIÈRE, kinésithérapeute, VILLEJUIF ;
D^r Christine RICARD, anesthésiste, MONTPELLIER ;
D^r Bruno RICHARD, interniste, NÎMES ;
D^r Luc RONCHI, anesthésiste, SAINT-NAZAIRE ;
D^r Sylvain SADIK, dermatologue, CHILLY-MAZARIN ;
P^r Michel SCHMITT, chirurgien pédiatrique, VANDŒUVRE-LÈS-NANCY ;
D^r Éric SERRA, psychiatre, AMIENS ;
M. Philippe STEVENIN, conseil scientifique ANAES, PARIS ;
M. François VERNEY, conseil scientifique ANAES, SAINT-BRIEUC ;
D^r Bruno VILLEMUR, généraliste, PORT-LA-NOUVELLE ;
P^r Jean-Michel ZUCKER, pédiatre-oncologue, PARIS.

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations pour la pratique clinique sur le thème « Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans » ont été élaborées à la demande du ministère de la Santé. Elles sont destinées à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant.

Les propositions sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

➤ INTRODUCTION

Il est démontré que, dès sa naissance, l'enfant est susceptible de ressentir la douleur. Il existe des obligations éthiques et légales à soulager cette douleur. De plus, la douleur peut avoir des conséquences néfastes sur l'enfant tandis qu'il n'y a pas d'arguments permettant de penser que la douleur puisse lui être profitable.

Ces recommandations concernent l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant âgé de 1 mois à 15 ans. Le terme ambulatoire recouvre les soins à domicile, en consultation, en service d'urgences (y compris SMUR et SAMU) et en hôpital de jour.

➤ DEFINITION

Le terme de douleur aiguë renvoie à 3 notions différentes : intensité, brutalité, caractère qualitatif.

La définition retenue est celle adoptée dans la circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 : « La douleur aiguë est une sensation vive et cuisante, qui s'inscrit dans un tableau clinique d'évolution rapide. »

➤ OUTILS D'ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

La difficulté de l'identification et de l'évaluation de la douleur chez l'enfant fait partie des obstacles à sa prise en charge.

La douleur est mieux prise en charge quand elle est évaluée initialement et quand le traitement est régulièrement réévalué.

L'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur est généralement nécessaire pour :

- établir ou confirmer l'existence d'une douleur ;**
- apprécier son intensité ;**
- déterminer les moyens antalgiques nécessaires ;**
- évaluer l'efficacité du traitement institué ;**
- adapter ce traitement.**

Simple d'utilisation, ils peuvent être remis aux parents afin de permettre à ceux-ci de réaliser une réévaluation de la douleur de leur enfant, et une adaptation de son traitement.

Les outils d'évaluation sont différents selon l'âge de l'enfant (*fig. A*). Pour chaque classe d'âge, les mieux validés sont :

— *Enfants âgés de plus de 6 ans*

Chez l'enfant de plus de 6 ans, l'auto-évaluation (c'est-à-dire l'évaluation que l'enfant fait lui-même de sa douleur) a montré d'excellentes qualités métrologiques. Elle peut donc être utilisée en toute confiance, sous réserve d'explications adaptées au niveau de compréhension de l'enfant.

Parmi les outils d'auto-évaluation, l'échelle visuelle analogique (EVA) est considérée comme l'outil d'auto-évaluation de référence dans cette classe d'âge. La présentation de l'EVA doit être dépourvue d'éléments ludiques. Les extrémités doivent être formulées en termes neutres. En France, une présentation verticale est habituelle chez l'enfant, la cotation se faisant de 0 à 10.

Toutefois, certains enfants ne fournissent pas de cotation avec l'EVA (*fig. B*) ; l'auto-évaluation peut se faire aussi à l'aide d'une échelle de 4 jetons (*fig. D*) ; le groupe d'experts propose également d'utiliser une échelle de 6 visages : FPS-R (*fig. C*) en cours de validation. La localisation de la douleur sur un schéma (*fig. E*) est également recommandée, lorsque le contexte ne rend pas cette information évidente. Il convient toutefois de tenir compte des confusions droite-gauche.

Lors du suivi, l'auto-évaluation doit préférentiellement être réalisée avec le même outil.

— *Enfants de 4 à 6 ans*

Entre 4 et 6 ans, l'auto-évaluation peut être tentée. L'EVA est alors à utiliser conjointement à un autre outil d'auto-évaluation, jetons ou échelle de 6 visages. Si les scores obtenus par les 2 outils sont divergents, ils doivent être considérés comme non valides, c'est-à-dire non informatifs. Dès lors, seule l'hétéro-évaluation est possible.

Concernant la localisation sur schéma, son utilisation entre 4 et 6 ans doit être corrélée aux données de l'examen clinique. En l'absence de corrélation, la localisation obtenue sur le schéma ne peut être considérée comme valide. En effet, l'enfant peut, à cet âge, colorier le schéma de façon ludique.

Lors du suivi, l'auto-évaluation doit préférentiellement être réalisée avec le même outil.

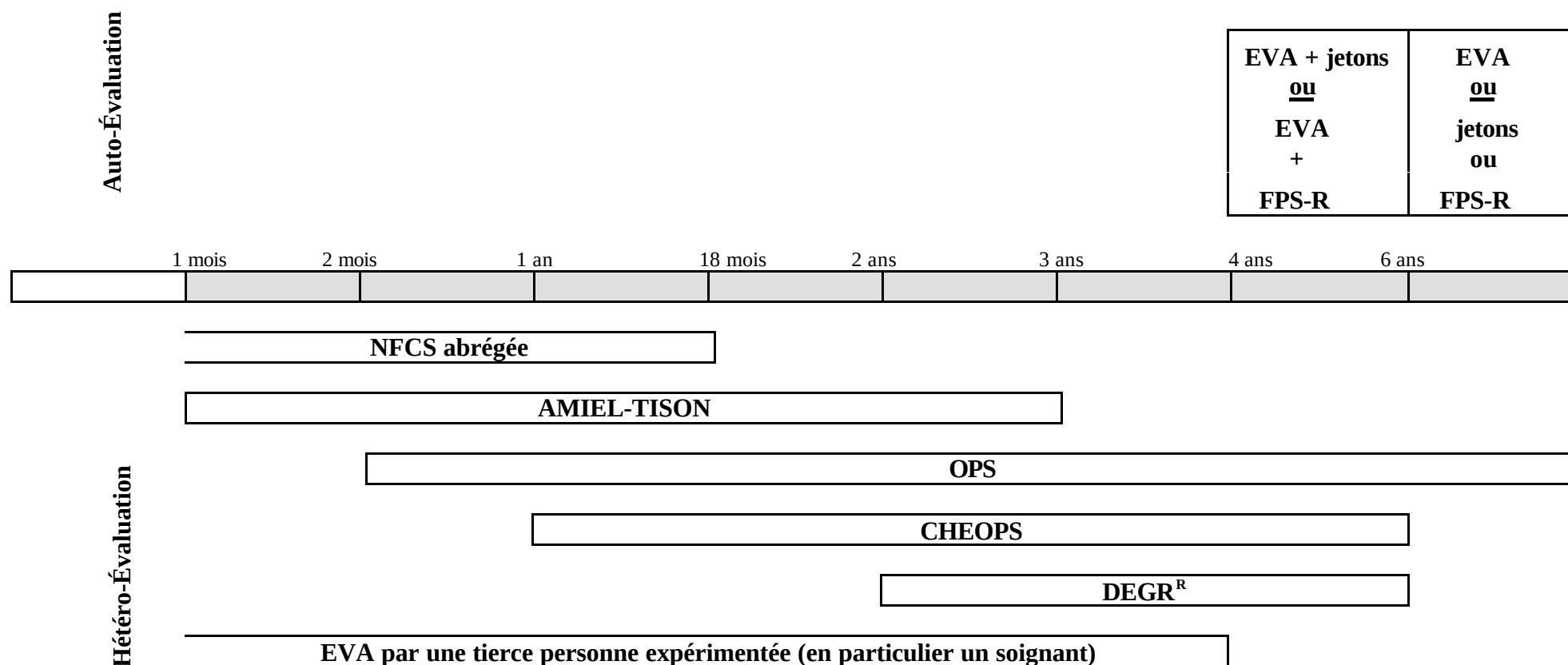
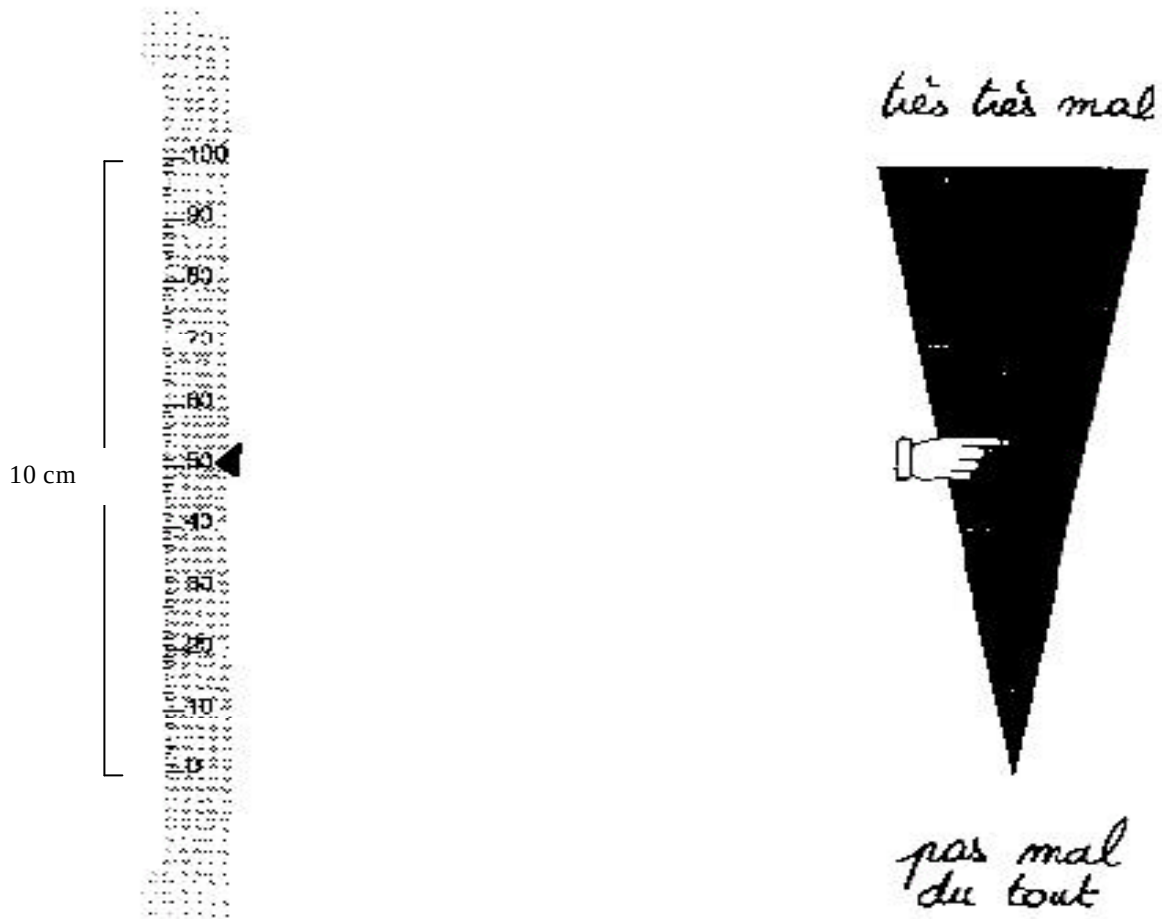


Figure A. Outils d'évaluation de la douleur en fonction de l'âge.

EVA : échelle visuelle analogique ; NFCS : *Neonatal Facial Coding System* ; OPS : *Objective Pain Scale* ; CHEOPS : *Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale* ; DEGR^R : échelle douleur Gustave-Roussy. FPS-R : Faces Pain Scale-Revised, Échelle de 6 visages.



Verso de la réglette

Face présentée à l'enfant

Figure B. Présentation de l'échelle visuelle analogique.

Présenter l'échelle verticalement.

La consigne est : « Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande. »

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

Pain Research Unit, Sydney Children's Hospital, Randwick NSW 2031, Australia . Ce matériel peut être photocopié pour une utilisation clinique. Pour toute autre demande ou information complémentaire s'adresser au : Pain Research Unit, contact: piirat@sesahs.nsw.gov.au ou consulter le site : <http://painsourcebook.ca/docs/pps92.html>

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

Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 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 affiché de leur visage. "Montre-moi comment tu te sens à l'intérieur de toi"

Hicks, C.L., von Baeyer, C.L., Spafford, P., van Korlaar, I., & Goodenough, B. The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93:173-183. Scale adapted from: Bieri, D, Reeve, R, Champion, G, Addicoat, L and 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;41:139-150. Version: juin 2001

Plier



Figure C. Présentation de l'échelle de 6 visages : FPS-R

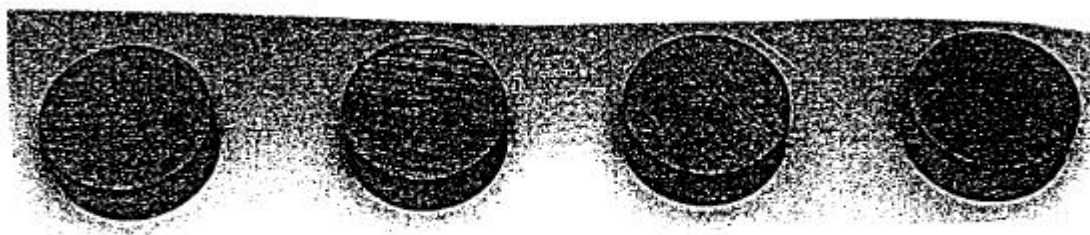


Figure D. Présentation du *Poker Chip* : les jetons.

La consigne est : « Chaque jeton représente un morceau (ou une partie) de douleur ; prends autant de jetons que tu as mal. »

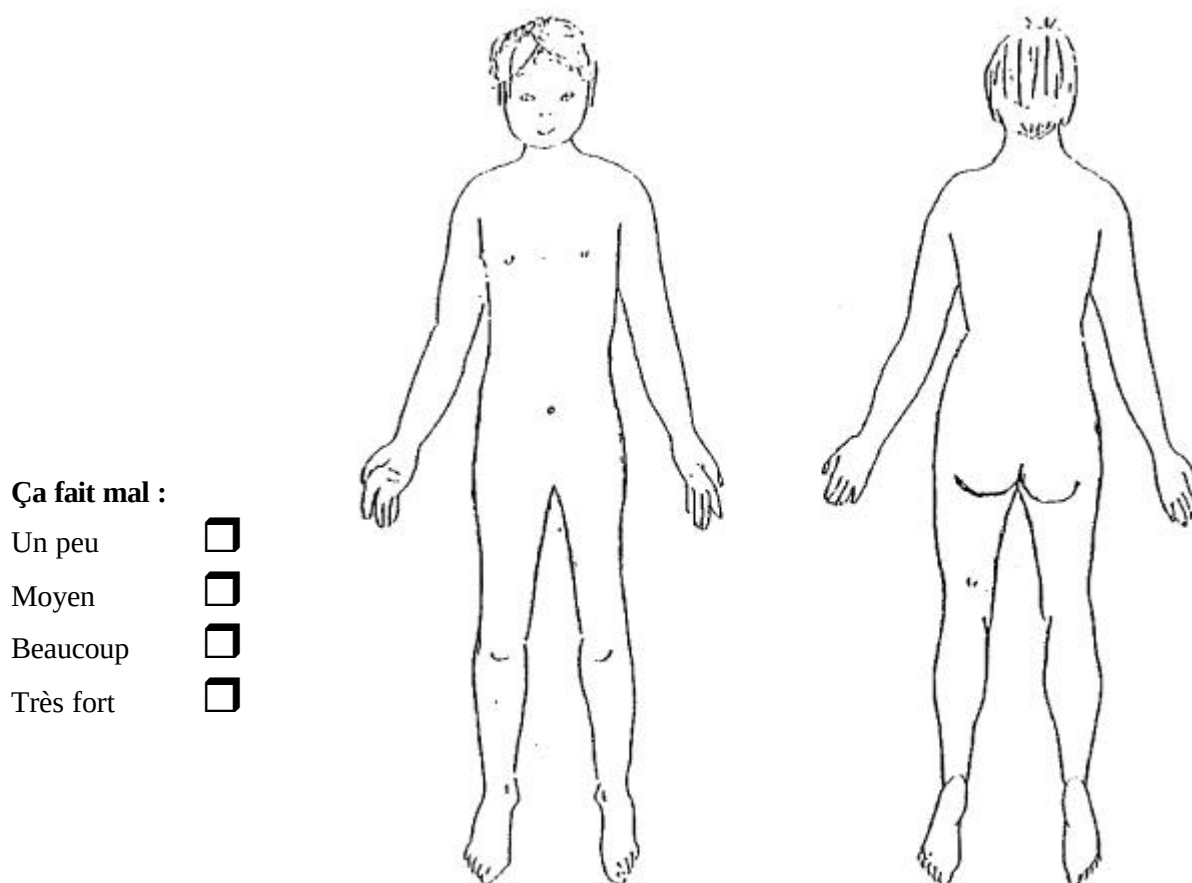


Figure E. Présentation de la localisation sur schéma.

La consigne est : « Dessine où tu as mal. » Au préalable, si l'enfant le peut, il choisit un code couleur pour les 4 intensités de douleur de la légende.

— *Enfants de moins de 4 ans*

L'évaluation de l'enfant de moins de 4 ans (ou de l'enfant momentanément ou définitivement démuné de moyens de communication suffisants) est plus complexe car elle repose principalement sur l'observation de son comportement (hétéro-évaluation).

L'expression comportementale de la douleur aiguë est biphasique :

la première phase est marquée par l'expression d'une détresse comportementale associée à un stress psychologique et physiologique ;

la seconde phase est marquée par l'apparition progressive d'une réduction des activités de l'enfant (bouger, jouer, dormir, parler, manger).

Or il n'existe pas de comportement absolument spécifique de la douleur qui puisse servir de « marqueur ». Il est donc particulièrement utile d'utiliser des outils d'hétéro-évaluation basés sur l'association de comportements les plus indicateurs de douleur connus actuellement, regroupés au sein d'échelles validées. Ces échelles constituent les critères actuels les plus fiables pour le diagnostic d'une douleur chez un jeune enfant, et l'évaluation de son intensité.

Parmi les échelles existantes, les plus validées sont les suivantes :

pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité de la douleur postopératoire immédiate :

- l'échelle d'Amiel-Tison inversée (*fig. G*), chez l'enfant âgé de 1 mois à 3 ans,
- l'échelle OPS (*Objective Pain Scale*) à partir de l'âge de 2 mois (*fig. H*),
- l'échelle CHEOPS (*Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*) de 1 à 6 ans (*fig. F*) ;

pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité des autres douleurs aiguës à leur début :

- la NFCS (*Neonatal Facial Coding System*) abrégée, jusqu'à 18 mois (*fig. J*),
- l'échelle CHEOPS de 1 an à 6 ans ;

pour l'évaluation d'une douleur aiguë évoluant depuis plusieurs heures :

- l'échelle DEGR^R (*Douleur Enfant Gustave-Roussy*) peut être utilisée entre 2 et 6 ans (*fig. I*),
- il est également possible d'utiliser une appréciation générale du comportement de l'enfant : existence d'une perturbation des activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger (en association avec un contexte où l'existence d'une douleur est possible).

L'EVA remplie par un soignant expérimenté ou un parent constitue une alternative à l'emploi d'une échelle d'hétéro-évaluation chez l'enfant âgé de moins de 4 ans, en sachant toutefois que sa validité est moins bonne que celle des échelles citées précédemment.

	Jour		
	Heure		
Cris - Pleurs			
1 : Absents			
2 : Gémissements ou pleurs			
3 : Cris perçants ou sanglots			
Visage			
0 : Sourire			
1 : Visage calme, neutre			
2 : Grimace			
Plaintes verbales			
0 : Parle de choses et d'autres sans se plaindre			
1 : Ne parle pas, ou se plaint, mais pas de douleur			
2 : Se plaint de douleur			
Corps			
1 : Corps (torse) calme, au repos			
2 : Change de position ou s'agite, ou cherche à se redresser, et/ou corps arqué ou raidi ou tremblant, et/ou contention			
Mains			
1 : N'avance pas la main vers la zone douloureuse			
2 : Avance la main ou touche ou agrippe la zone douloureuse, ou contention			
Jambes			
1 : Relâchées ou mouvements doux			
2 : Agitées, ou donnent des coups, ou jambes raidies, en l'air ou ramenées sur le corps et/ou l'enfant se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, et/ou contention			
Score global			

Traduction Pédiadol et A. Gauvain-Piquard.

Figure F. Présentation de l'échelle de douleur postopératoire :
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS).

Score Enfant éveillé au moment de l'examen	0	1	2
1. Sommeil pendant les 30 minutes précédant l'examen	Sommeil calme > 10 minutes	Courtes périodes de 5 à 10 minutes	Non
2. Mimique douloureuse	Visage calme et détendu	Peu marquée, intermittente	Marquée, permanente
3. Qualité du cri	Pas de cri	Modulé, pouvant être calmé	Répétitif, aigu, « douloureux »
4. Motricité spontanée	Motricité normale	Agitation modérée	Agitation incessante
5. Excitabilité spontanée	Calme	Réactivité excessive	Trémulations, clonies, Moro spontané
6. Crispation des doigts, mains et pieds	Absente	Peu marquée, partielle, intermittente	Très marquée, globale, permanente
7. Succion	Forte, rythmée, pacifiante	Discontinue, interrompue par les cris	Non, ou quelques mouvements anarchiques
8. Évaluation globale du tonus	Normal pour l'âge	Modérément hypertonique	Très hypertonique
9. Consolabilité	Calmé < 1 minute	Calmé après 1 minute d'efforts	Non, après 2 minutes d'efforts
10. Sociabilité	Facile, prolongée	Difficile à obtenir	Absente

Figure G. Présentation de l'échelle de douleur postopératoire : Amiel-Tison inversée.

	Jour		
	Heure		
Pleurs			
0 : Absents			
1 : Présents mais enfant consolable			
2 : Présents et enfant inconsolable			
Mouvements			
0 : Enfant éveillé et calme ou endormi			
1 : Agitation modérée, ne tient pas en place, change de position sans cesse			
2 : Agitation désordonnée et intense, risque de se faire mal			
Comportement			
0 : Enfant éveillé et calme ou endormi			
1 : Contracté, voix tremblante, mais accessible aux questions et aux tentatives de réconfort			
2 : Non accessible aux tentatives de réconfort, yeux écarquillés, accroché aux bras de ses parents ou d'un soignant			
Expression verbale ou corporelle			
0 : Enfant éveillé et calme ou endormi, sans position antalgique			
1 : Se plaint d'une douleur faible, inconfort global, ou position jambes fléchies sur le tronc, bras croisés sur le corps			
2 : Douleur moyenne, localisée verbalement ou désignée de la main, ou position jambes fléchies sur le tronc, poings serrés, et porte la main vers une zone douloureuse, ou cherche à la protéger			
Variation de la pression artérielle systolique par rapport à la valeur préopératoire			
0 : Augmentation de moins de 10 %			
1 : Augmentation de 10 à 20 %			
2 : Augmentation de plus de 20 %			
Score global			

Traduction Pédiadol

Figure H. Présentation de l'échelle objective de douleur
Objective Pain Scale (OPS).

ÉTIQUETTE

ÉCHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE-ROUSSY^â

Date : Nom de l'examinateur :

ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS

Spontanément, l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière, malgré une certaine gêne, pour soulager la tension d'une zone douloureuse. À évaluer lorsque l'enfant est SANS ACTIVITÉ PHYSIQUE, allongé ou assis. À NE PAS CONFONDRE avec l'attitude antalgique dans le mouvement.

COTATION :

- 0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.
- 1 : L'enfant semble éviter certaines positions.
- 2 : L'enfant ÉVITE certaines positions, mais ne paraît pas gêné.
- 3 : L'enfant CHOISIT une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.
- 4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.

ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITÉ

Concernes la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix. À étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).

COTATION :

- 0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.
- 1 : L'enfant paraît un peu terne, éteint.
- 2 : Au moins un des signes suivants :
- traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.
- 3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
- 4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

ITEM 3 : PROTECTION SPONTANÉE DES ZONES DOULOUREUSES

En permanence l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.

COTATION :

- 0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.
- 1 : L'enfant évite les heurts violents.
- 2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.
- 3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.
- 4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES

Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.

COTATION :

- 0 : Pas de plainte, l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.
- 1 : Plaintes « neutres » :
- sans expression affective (dit en passant « j'ai mal... »)
- et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).
- 2 : Au moins un des signes suivants :
- a suscité la question « qu'est-ce que tu as, tu as mal ? »
- voix geignarde pour dire qu'il a mal
- mimique expressive pour accompagnant la plainte.
- 3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant :
- a attiré l'attention pour dire qu'il a mal
- a demandé un médicament
- 4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT

Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. À rechercher au cours d'ENCHAÎNEMENTS DE MOUVEMENTS (ex : la marche) éventuellement sollicités. À NE PAS CONFONDRE avec la lenteur et rareté des mouvements.

COTATION :

- 0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.
- 1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.
- 2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.
- 3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.
- 4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

ITEM 6 : DÉSINTÉRÊT POUR LE MONDE EXTÉRIEUR

Concernes l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.

COTATION :

- 0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.
- 1 : L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.
- 2 : L'enfant s'ennuie facilement, mais peut être stimulé.
- 3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.
- 4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

ITEM 7 : CONTRÔLE EXERCÉ PAR L'ENFANT QUAND ON LE MOBILISE (mobilisation passive)

L'enfant que l'on doit remuer pour une raison banale (bain, repas) surveille le geste, donne un conseil, arrête la main ou la tient.

COTATION :

- 0 : L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.
- 1 : L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.
- 2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.
- 3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.
- 4 : L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.

ITEM 8 : LOCALISATION DE ZONES DOULOUREUSES PAR L'ENFANT

Spontanément ou à l'interrogatoire, l'enfant localise sa douleur.

COTATION :

- 0 : Pas de localisation : à aucun moment l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.
- 1 : L'enfant signale, UNIQUEMENT VERBALEMENT, une sensation pénible dans une région VAGUE sans autre précision.
- 2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.
- 3 : L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.
- 4 : En plus de la COTATION 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.

ITEM 9 : RÉACTIONS À L'EXAMEN DES ZONES DOULOUREUSES

L'examen de la zone douloureuse déclenche chez l'enfant un mouvement de défense, ou de retrait, et des réactions émotionnelles. Ne noter que les réactions provoquées par l'examen, et NON CELLES PRÉ-EXISTANTES À L'EXAMEN.

COTATION :

- 0 : Aucune réaction déclenchée par l'examen.
- 1 : L'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.
- 2 : Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.
- 3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint ou cherche à arrêter l'examen.
- 4 : L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.

ITEM 10 : LENTEUR ET RARETÉ DES MOUVEMENTS

Les mouvements de l'enfant sont lents, peu amples et un peu rigides, même à distance de la zone douloureuse. Le tronc et les grosses articulations sont particulièrement immobiles. À comparer avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.

COTATION :

- 0 : Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés et lui apportent un certain plaisir.
- 1 : L'enfant est un peu lent et bouge sans entrain.
- 2 : Un des signes suivants :
- latence du geste,
- mouvements restreints,
- gestes lents,
- initiatives motrices rares.
- 3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
- 4 : L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

Figure I. Présentation de l'échelle DEGR^R.

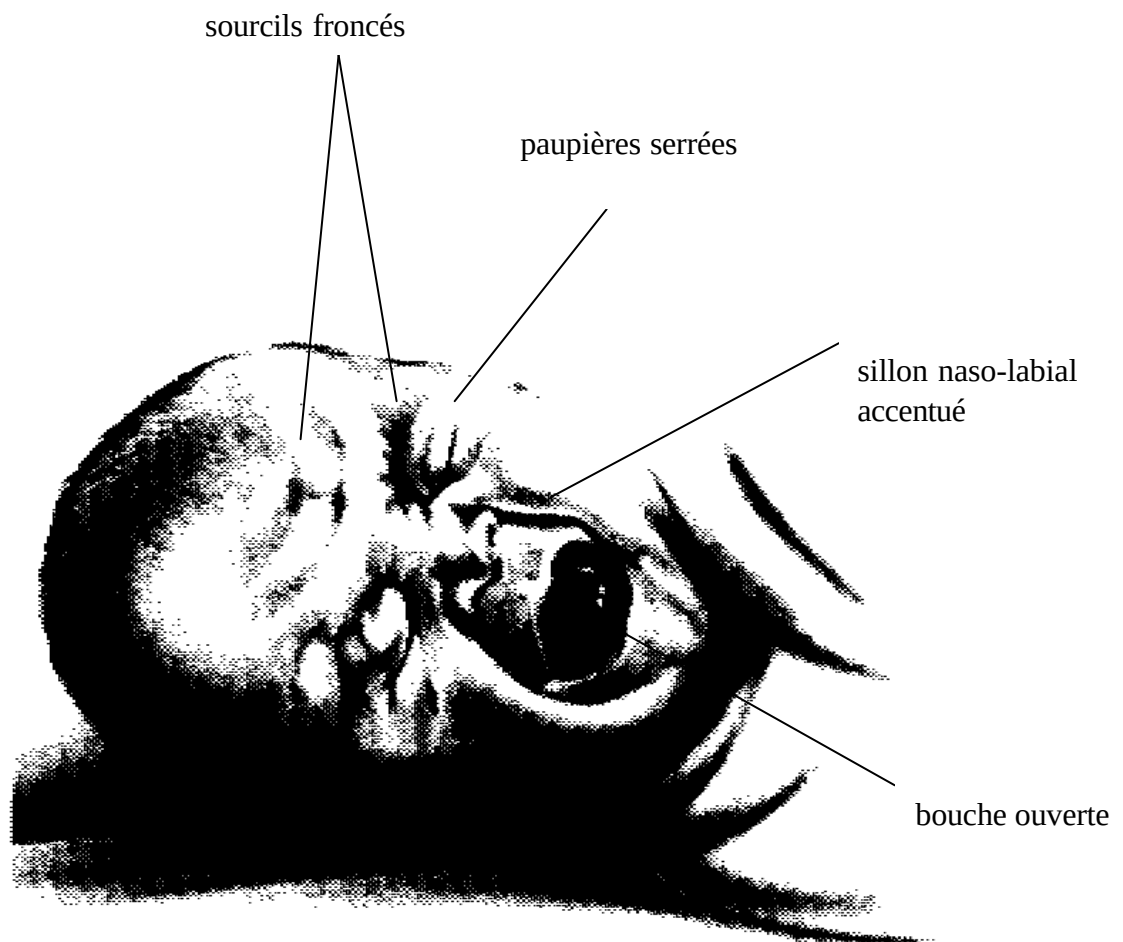


Figure J. Présentation de la *Neonatal Facial Coding System* abrégée (Traduction Pediadol).

L'observateur cote en 0 = absence ou 1 = présence chaque item. Le score est obtenu par sommation des cotations.

EN L'ABSENCE DE CORRESPONDANCE CONSENSUELLE ENTRE LES DIFFÉRENTS OUTILS D'AUTO-EVALUATION ET LES CATEGORIES DE DOULEUR UTILISÉES¹ DANS L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE (AMM) DES ANTALGIQUES : DOULEUR « LÉGÈRE », « MODÉRÉE », « INTENSE », « TRÈS INTENSE », LE GROUPE A PROPOSÉ LA CORRESPONDANCE SUIVANTE (TABLEAU A) :

Tableau A. Correspondance entre les outils d'auto-évaluation et l'intensité de la douleur, seuils d'intervention thérapeutique en auto et hétéro-évaluation.

Type de douleur	Méthodes d'auto-évaluation			Méthodes d'hétéro-évaluation				
	EVA	<i>Poker chip</i> (Nombre de jetons sélectionnés)	Échelle de 6 visages : FPS-R (Score du visage sélectionné)	Score Amiel- Tison inversé	CHEOPS	DEGR ^R	OPS	NFCS
Douleur « légère »	1 à 3 cm	1	2					
Douleur « modérée »	3 à 5 cm	2	4					
Douleur « intense »	5 à 7 cm	3	6					
Douleur « très intense »	> 7 cm	4	8 ou 10					
Seuil d'intervention thérapeutique²	3/10	2	4	5/20	9/13	10/40	3/10	1/4

➤ REGLES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

— Le traitement antalgique

Le traitement antalgique doit être proposé de manière simultanée au traitement étiologique de toute pathologie douloureuse. Le premier but est d'obtenir une analgésie rapide, et ceci influe sur le choix de la molécule et son mode d'administration.

L'objectif immédiat du traitement est de ramener, si possible, l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur EVA et/ou de permettre un retour aux activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger. La prescription initiale dépend du niveau de douleur ; une douleur légère sera traitée en première intention par un antalgique de palier I ; une douleur modérée sera traitée en première intention par un antalgique de palier I ou II ; une douleur intense sera traitée en première intention par un antalgique de palier II ou III ; une douleur très intense sera traitée en première intention par un antalgique de palier III. Dans le cas d'une douleur intense ou très intense, une voie d'administration rapide sera choisie. En dehors du contexte hospitalier, cette administration sera réalisée par le médecin lui-même. Celui-ci doit disposer d'antalgiques majeurs dans sa trousse d'urgence.

¹ Le libellé des indications de l'AMM des antalgiques de palier III ne comporte pas la mention « douleur très intense », mais généralement : « douleur intense et rebelle aux antalgiques de niveau plus faible. »

² Seuil au-delà duquel la mise en route d'un traitement est indispensable, en deçà l'intervention thérapeutique reste à l'appréciation de l'enfant, du soignant ou des parents.

Le deuxième objectif est d'adapter rapidement le traitement en fonction du niveau de douleur résiduelle. Une réévaluation doit être effectuée après une ou deux prises d'antalgique. Si la douleur est alors supérieure à 3/10, une intensification du traitement antalgique doit être programmée. Pour que l'adaptation du traitement ambulatoire soit possible, les parents doivent recevoir une information suffisante et des consignes précises mentionnées sur l'ordonnance : prise systématique pendant un temps déterminé, modalités d'évaluation de la douleur et horaire de cette évaluation, modalités de changement de palier médicamenteux.

L'existence d'effets secondaires doit être systématiquement recherchée. Les parents doivent en être informés.

Quand une analgésie correcte est obtenue, il est nécessaire de prévenir la réapparition des douleurs grâce à des prises d'antalgiques systématiques (y compris la nuit) pour la durée prévisible de la douleur.

Par ailleurs, la douleur prévisible, survenant lors de certains soins ou actes médicaux, doit être prévenue ; une information détaillée concernant les modalités du soin et la programmation de l'analgésie doit être donnée à l'enfant et à sa famille.

— *Les moyens non pharmacologiques*

La prise en charge de la douleur peut comporter, en plus des antalgiques, des moyens non pharmacologiques (distraction, relaxation, hypnose). Si l'enfant peut citer lui-même la stratégie d'adaptation qu'il utilise habituellement, celle-ci doit lui être proposée et facilitée. Dans le cas contraire et pour les enfants plus jeunes, la distraction est souvent une aide efficace pour faire diminuer la détresse et/ou la douleur.

Exemples de techniques simples :

distraction : lire un livre à l'enfant, ou lui montrer des illustrations ; chez le plus grand, lui proposer de se raconter intérieurement une histoire ;

relaxation : mimer la respiration nécessaire pour faire des bulles de savon en soufflant dans une paille.

— *Présence et rôle des parents*

La détresse de l'enfant est moindre lorsque ses parents sont présents. La présence des parents doit être possible lors de la réalisation des gestes douloureux et dans toutes les situations où l'enfant est susceptible de ressentir des douleurs, à chaque fois que l'enfant et sa famille le souhaitent. Les parents peuvent avoir besoin de conseils sur leur rôle dans ces situations. Lors du geste, il est souhaitable que les parents conservent avec leur enfant un contact physique et oral, chaleureux, distrayant et rassurant, qui peut être, pour l'enfant, le garant de la bonne qualité des soins qui lui sont prodigués.

— *Information de l'enfant*

Une information adaptée au niveau cognitif de l'enfant doit lui être donnée sur la cause de ses douleurs et/ou sur les gestes douloureux qui peuvent être nécessaires à sa prise en charge. Ces explications ne seront pas données au tout dernier moment. L'information est un droit de l'enfant et une obligation du professionnel de santé.

➤ CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES

Le *tableau B* présente les différents antalgiques ayant une AMM en pédiatrie. Ces antalgiques sont classés en fonction des 3 paliers thérapeutiques de la classification de l'OMS selon leur mode d'action et/ou leur puissance antalgique :

palier I : antalgiques non morphiniques ;

palier II : antalgiques centraux faibles ;

palier III : morphiniques (ou antalgiques centraux puissants).

Il est à noter qu'il n'existe pas d'antalgique de palier II ayant une AMM, chez l'enfant de moins de 1 an ; et qu'il n'existe aucun antalgique de palier III *per os* entre la naissance et l'âge de 6 mois.

Tableau B. Les médicaments antalgiques et analgésiques ayant l'AMM utilisables en pédiatrie : récapitulatif par palier et par âge (origine AFSSAPS).

	Nouveau-né 0-28 jours	Nourrisson 1 mois-2 ans				Enfant 2 ans-12 ans			Adolescent 12 ans-15 ans
		> 1 mois	> 6 mois	> 12 mois	> 18 mois	> 30 mois	> 4 ans	> 7 ans	
PALIER I	Paracétamol PO* Propacétamol IV*	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo*	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo Diclofénac suppo, PO Acide tiaprofénique PO	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo Diclofénac suppo, PO Acide tiaprofénique PO Naproxéne PO	Paracétamol PO Propacétamol IV Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo, PO Diclofénac suppo, PO Acide tiaprofénique PO Naproxéne PO
PALIER II				Codéine PO Nalbuphine I*	Codéine PO Nalbuphine I	Codéine PO Nalbuphine I	Codéine PO Nalbuphine I Buprénorphine PO	Codéine PO Nalbuphine I Buprénorphine PO Oxycodone suppo Tramadol PO	

* : PO : *per os* ; IV : intraveineux ; I : injectable ; suppo : suppositoires

Tableau B. Les médicaments antalgiques et analgésiques ayant l'AMM utilisables en pédiatrie : récapitulatif par palier et par âge (origine AFSSAPS) (suite).

	Nouveau-né 0-28 jours	Nourrisson 1 mois-2 ans				Enfant 2 ans-12 ans			Adolescent 12 ans-15 ans
		> 1 mois	> 6 mois	> 12 mois	> 18 mois	> 30 mois	> 4 ans	> 7 ans	
PALIER III	Morphine IV Fentanyl IV †	Morphine IV Fentanyl IV †	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO Hydromorphone PO	Morphine IV Fentanyl IV † Morphine PO Hydromorphone PO

* : PO : *per os* ; IV : intraveineux ; I : injectable ; suppo : suppositoires

† : réserve hospitalière

➤ **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGÜE DANS DIFFÉRENTES PATHOLOGIES**
(TABLEAUX C, D, E, F)

Tableau C. Prise en charge de la douleur aiguë en chirurgie pour des actes réalisés en hôpital de jour.

Actes chirurgicaux	Traitement de première intention : Catégorie d'antalgique et durée	Traitement de deuxième intention (si 1 ^{re} intention insuffisant : EVA > 3 ou pas de retour aux activités de base), après une à deux prises
Amygdalectomie	Palier II* pendant 72 heures	Palier III
Adénoïdectomie	Palier I pendant 24 heures	Nouvelle consultation
Circoncision	Palier II* pendant 72 heures et lidocaïne locale	Palier III
Orchidopexie	Palier I pendant 72 heures	Palier II*
Hernie inguinale	Palier I pendant 72 heures	Palier II*
Chirurgie de strabisme	Palier I pendant 24-48 heures	Palier II*
Extraction de dents de lait	Pas d'antalgiques	Palier I
Extraction de dents définitives, de sagesse et/ou germectomie	Palier I pendant 48 heures	Palier II*

* : En cas d'utilisation de codéine, il est recommandé de l'associer à un palier I.

Tableau D. Prise en charge de la douleur aiguë des fractures et brûlures.

Pathologie	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention (si 1 ^{re} intention insuffisant : EVA > 3 ou pas de retour aux activités de base)
Fracture non déplacée	Immobilisation ± palier II	Si douleurs persistantes après immobilisation, palier III
Fracture déplacée	Palier III avant et après immobilisation	Augmentation des doses
Réduction de fracture	Anesthésie générale	
Brûlure superficielle et localisée	Palier II (dès l'arrivée du médecin traitant)	Morphine orale retard et inter-doses de morphine rapide orale
Brûlure profonde ou étendue	Morphine orale dès l'arrivée du médecin traitant Titration de morphine ou fentanyl intraveineux si prise en charge SMUR ou SAMU	Morphine IV ou orale à libération immédiate puis si stabilisation de la douleur, morphine retard ± inter-doses de morphine rapide orale +/- AINS
Pansements de brûlure	MÉOPA +/- dose de charge de morphine +/- anxiolytique	Sédation profonde ou anesthésie générale

Tableau E. Prise en charge de la douleur aiguë dans des pathologies médicales.

Pathologie	< 6 mois	6 mois-1 an	1 an-6 ans	> 6 ans	
OTITE	AVIS ORL	Palier I + antalgiques locaux si tympan fermé Si échec * AINS + paracétamol	Palier I seul Puis (AINS + paracétamol) pendant 48 h + antalgiques locaux, si tympan fermé Si échec* Ajouter codéine	<u>EVA < 5/10</u> Palier I pendant 48 heures + antalgiques locaux, si tympan fermé Si échec* Ajouter codéine	<u>EVA > 5/10</u> Palier I + codéine Si échec* Augmenter les posologies jusqu'au maximum autorisé
DYSPHAGIE		Palier I seul puis en association Si échec* Augmenter les posologies jusqu'au maximum autorisé	Palier I seul puis en association (AINS + paracétamol) Si échec* Ajouter codéine	<u>EVA < 5/10</u> Palier I pendant 48 heures Si échec* Ajouter codéine	<u>EVA > 5/10</u> Palier I + codéine Si échec* Augmenter les posologies jusqu'au maximum autorisé
GINGIVO-STOMATITE		Palier I (mais insuffisant le plus souvent) Si échec* Morphine	Palier II systématique pendant 48 heures + lidocaïne gel sur les lèvres seulement 2 mg/kg toutes les 3 heures (maximum 100 mg/dose) Si échec* Morphine	Palier II systématique pendant 48 heures + lidocaïne gel sur les lésions toutes les 3 heures (2 mg/kg, maximum 100 mg /dose) Si échec* Morphine	

* : Si échec : pour les enfants de plus de 6 ans capables de réaliser une EVA, l'échec est objectivé, après une à deux prises d'antalgiques, par :

- une EVA non ramenée en dessous de 3/10 ou
- pas de diminution de l'EVA

(Pour les enfants de moins de 6 ans, nous appelons échec la persistance de la disparition des activités de base de l'enfant qui sont : bouger, jouer, dormir, parler, manger).

Tableau F. Prise en charge de la douleur aiguë provoquée lors des soins.

Soin	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention (si 1 ^{re} intention insuffisant : EVA > 3)
Ponction veineuse	EMLA* pour les enfants de moins de 11 ans et pour ceux qui le demandent (grade A)	MÉOPA [†] en association à l'EMLA pour les enfants difficiles à piquer ou ceux ayant une phobie du geste Sédation si échec de EMLA + MÉOPA
Vaccins, injections sous-cutanées	EMLA systématique pour les injections répétées EMLA à la demande pour les injections occasionnelles	
Intra-Dermo-Réaction (IDR)	EMLA	
Sutures	MÉOPA puis anesthésie locale avec lidocaïne tamponnée injectable (9 ml de lidocaïne pour 1 ml de bicarbonate 88 mEq/100ml)	Sédation voire anesthésie générale
Ponctions lombaires	MÉOPA et/ou EMLA	
Myélogrammes	MÉOPA et EMLA	Sédation voire anesthésie générale
Paracentèse	MÉOPA pour les enfants âgés de plus de 6 mois	Anesthésie générale
Réduction de paraphimosis	Gel de lidocaïne et MÉOPA	Sédation voire anesthésie générale
Ablation de verrues	Lidocaïne injectable (grade A) et/ou MÉOPA	Sédation voire anesthésie générale

* EMLA : crème anesthésique, mélange de lidocaïne et de prilocaïne.

[†] MÉOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote.