

**ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES :
PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR AIGUE CHEZ L'ENFANT DE 1 MOIS A 15 ANS**

**Extraits des Recommandations de bonne pratique de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) - JUIN 2009 :
Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant
(Partie 1 : Prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et situations particulières en ville)**

A. « MESSAGES ESSENTIELS :

La douleur provoquée (soins, actes, chirurgie, explorations...) est fréquente chez l'enfant. Faute de couverture antalgique efficace, l'enfant est immobilisé de force, ce qui peut créer chez certains, un traumatisme psychique et générer des comportements phobiques, avec pour conséquence, retards et difficultés pour accéder aux soins.

Il est recommandé que toute prescription d'antalgique soit accompagnée d'une évaluation de la douleur au moyen d'une échelle validée, adaptée à l'âge. L'auto-évaluation (échelle de visages...) est possible à partir de 4 ans. Entre 0 et 4 ans, on utilise une échelle d'observation comportementale. L'anxiété majorant la perception de la douleur, des moyens non médicamenteux peuvent contribuer à sa diminution : information, préparation de l'enfant (et de sa famille), détournement de l'attention, distraction...

Douleur post-opératoire : L'analgésie locorégionale (blocs périphériques, infiltration cicatricielle...) doit être privilégiée. Le paracétamol mal absorbé par voie rectale (biodisponibilité faible et imprévisible) doit être évité au profit de la voie orale

Soins douloureux

• Solutions sucrées orales chez le nouveau né

Avant l'âge de 5 mois, l'utilisation systématique des solutions sucrées (1 à 2 ml de G30) associée à la succion est recommandée pour diminuer la douleur provoquée par les effractions cutanées (ponctions veineuses, capillaires...).

Un délai de 2 minutes entre le début de la succion sucrée et le geste douloureux doit être respecté.

• Anesthésiques locaux transcutanés

L'application topique sous pansement occlusif (pendant au moins 60 min) du mélange lidocaïne-prilocaine est efficace lors d'effractions cutanées (prélèvement sanguin, ponction lombaire...)

• Mélange oxygène - protoxyde d'azote (MEOPA)

Le MEOPA est le produit de référence pour les actes et les soins douloureux chez l'enfant car il possède un ensemble de caractéristiques originales : rapidité et réversibilité d'action, effet antalgique/anxiolytique et un excellent profil « bénéfice/risque ». Toutefois, son efficacité ne permet pas de couvrir tous les actes et soins douloureux il faut alors recourir à la kétamine à faible dose. Les enfants de moins de 2 ans ont des effets moins marqués.

• Kétamine

Lorsque le MEOPA n'est pas efficace, la kétamine IV à faible dose (0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît le seul médicament utilisable par un médecin ayant des compétences spécifiques notamment pour la détection et le traitement des effets indésirables.

Douleur neuropathique : La monothérapie doit être la règle en première intention : soit gabapentine (10 à 30 mg/kg 3x/j), soit amitriptyline (0.3 à 1 mg/kg/j 1x/j). Les morphiniques sont réservés aux douleurs mixtes.

Migraine (5 à 10 % des enfants présentent d'authentiques crises migraineuses) : Le traitement de la crise doit être donné précocement. L'ibuprofène 10 mg/kg est recommandé car son efficacité est supérieure à celle du paracétamol 15 mg/kg. En cas de vomissements, le diclofenac rectal ou le sumatriptan nasal (à partir de 12 ans) doivent être utilisés. On ne doit pas donner d'opioïdes (faibles et forts) en traitement de crise.

En traitement de fond, aucun médicament ne peut être recommandé en revanche l'apprentissage des méthodes psycho corporelles (relaxation, auto-hypnose...) peuvent être recommandées.

Dysménorrhée : La prescription d'un AINS est recommandée pour les dysménorrhées primaires.

Brûlures : L'intensité de la douleur nécessite souvent l'utilisation de la morphine.

Fractures aux urgences et en pré-hospitalier : Il est habituellement nécessaire d'associer un AINS, du paracétamol et un antalgique de palier 3 ; la voie orale est efficace en attendant la mise en place potentielle d'une voie veineuse périphérique.

Amygdalectomie : La morphine doit être utilisée en salle de réveil. Au domicile, paracétamol et opioïdes faibles doivent être donnés systématiquement pendant plusieurs jours.

B. Nécessité de l'évaluation :

Il est recommandé que toute prescription d'antalgique soit précédée et suivie (dans les 30 à 60 minutes) d'une évaluation systématique de la douleur au moyen d'une échelle validée, adaptée à l'âge de l'enfant, à un rythme dépendant de la sévérité de la douleur, une réévaluation régulière étant nécessaire :

- entre 0 et 4 ans : le choix de l'échelle d'observation comportementale telle que EVENDOL, FLACC, DAN, OPS (CHEOPS simplifiée), EDIN, DEGR, HEDEN est déterminé par la tranche d'âge, la durée de la douleur et la situation clinique (toutes ces échelles sont disponibles sur www.pediadol.org) ;

- entre 4 et 6 ans : une auto-évaluation peut être proposée, en utilisant une échelle des visages ou une échelle verbale simple, sachant que certains enfants ont tendance à choisir les extrêmes des échelles faute d'en comprendre l'emploi ;

- à partir de 6 ans : l'auto-évaluation peut faire appel à une échelle visuelle analogique, une échelle verbale simple, une échelle numérique simple ou une échelle des visages. En cas d'handicap cognitif ou de sédation en réanimation, des grilles spécifiques sont à utiliser.

EVENDOL, FLACC, DAN, EDIN, HEDEN sont nouvelles par rapport au référentiel de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de mars 2000 :

Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans - A noter aussi : COMFORT et PPMP

AUTO-EVALUATION											EVA + jetons ou 2 EVA +FPS-R		EVA ou JETONS ou FPS-R	
	Tranche d'âge	Dès la naissance	Dès 1 mois	Dès 2 mois	Dès 3 mois	Dès 9 mois	Dès 1 an	Dès 18 mois	Dès 2 ans	Dès 3 ans	Dès 4 ans	Dès 6 ans	3 4 7 ans	5 Au delà de 7 ans
HETEO-EVALUATION		6 NFCS abrégée												
		7 AMIEL-TISON : <i>post-opératoire</i>												
		8	9 OPS											
					10 CHEOPS : <i>post-opératoire en salle de réveil ou soin</i>						11	12		
								DEGR ^R : <i>douleur prolongée (cancer)</i>						
								13 HEDEN : <i>échelle simplifiée</i>						
		EVA par une tierce personne expérimentée (en particulier un soignant)												
		14 COMFORT : <i>détresse et douleur (post-opératoire ou non), + sédation en réanimation</i>												
		15 EVENDOL : <i>aux urgences</i>												
		16 FLACC : <i>postopératoire (de 2 mois à 7 ans) + douleur des soins</i>												
	17 DAN : <i>geste invasif (nouveau-né à terme ou prématuré)</i>													
	18 EDIN : <i>état douloureux prolongé (maladie ou intervention chirurgicale ou répétition fréquente de gestes invasifs)</i>													
	19	20	21	22	23	24	PPMP : <i>post-opératoire par les parents</i>							

En pratique :

- pour mesurer la douleur postopératoire, il est recommandé d'utiliser désormais l'échelle FLACC ;
- pour mesurer la douleur postopératoire au domicile, il est recommandé de se référer à l'échelle PPMP ;
- pour mesurer la douleur d'un geste de soin, il est désormais recommandé d'utiliser la FLACC (score sur 10 plus facile à interpréter, plus facile à remplir que la CHEOPS) ou la CHEOPS ;
- pour mesurer la douleur chez l'enfant en réanimation, il est recommandé d'utiliser l'échelle COMFORT.
- pour mesurer une douleur aiguë, c'est l'échelle FLACC qui est recommandée. En France, pour mesurer le score de douleur prolongée chez l'enfant en atonie psychomotrice, la DEGR ou sa version simplifiée HEDEN sont recommandées.
- pour mesurer une douleur aiguë ou d'atonie aux urgences, il est recommandé d'utiliser l'échelle EVENDOL pour l'enfant de la naissance à 7 ans ; des travaux de validation sont en cours pour la douleur postopératoire et la douleur en service de pédiatrie.

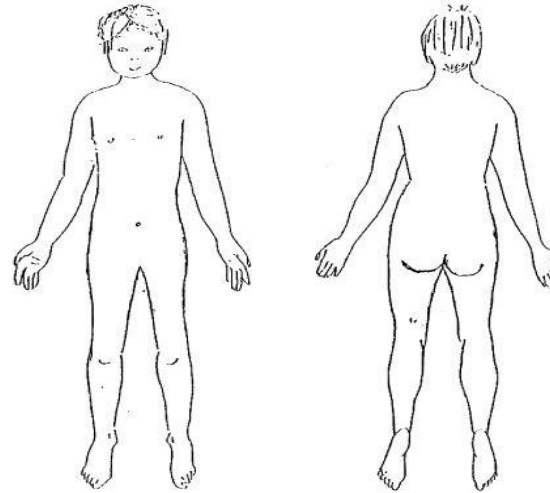
POKER CHIP : LES JETONS :

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

TOPOGRAPHIE: 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.

Ca fait mal :

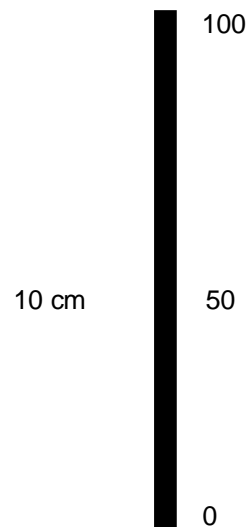
- Un peu
- Moyen
- Beaucoup
- Très fort



ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE :

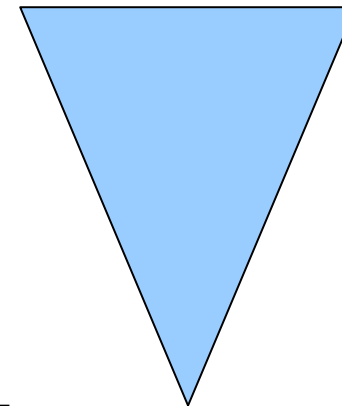
Présenter l'échelle verticalement. La consigne est : « Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande. »

VERSO DE LA REGLETTE



FACE PRESENTÉE A L'ENFANT

TRES TRES MAL



PAS MAL DU TOUT

FACES PAIN SCALE – REVISED (FPS-R) : ÉCHELLE DE 6 VISAGES : "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."

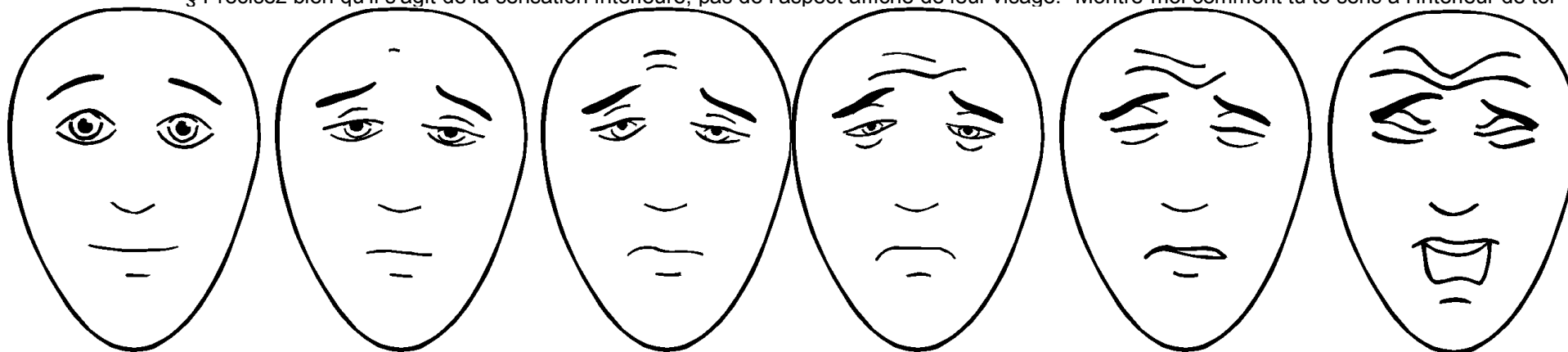
Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à "pas mal du tout" et 10 correspond à "très très mal".

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"



ECHELLE DE DOULEUR POSTOPÉRAIRE : AMIEL-TISON INVERSÉE : Score de 0 à 20

Score	0	1	2
Enfant éveillé au moment de l'examen			
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

ECHELLE OBJECTIVE DE DOULEUR : OBJECTIVE PAIN SCALE (OPS) : PRECISER JOUR ET HEURE : Score de 1 à 11

CRIS PLEURS	1 : Absents 2: Présents mais enfant consolable 3: 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			
COMPORTEMENTS	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				

ECHELLE DE DOULEUR POST-OPÉRATOIRE : CHILDREN'S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAIN SCALE (CHEOPS) : score de 4 à 13

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 <u>ou</u> 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					

ECHELLE DEGR^R : DOULEUR ENFANT GUSTAVE-ROUSSY^R : élaborée pour la douleur chronique des jeunes cancéreux

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

Concerne 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 accompagner 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

Concerne 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.*

ECHELLE HEDEN : plus simple que la précédente et facilement réalisable au chevet du malade

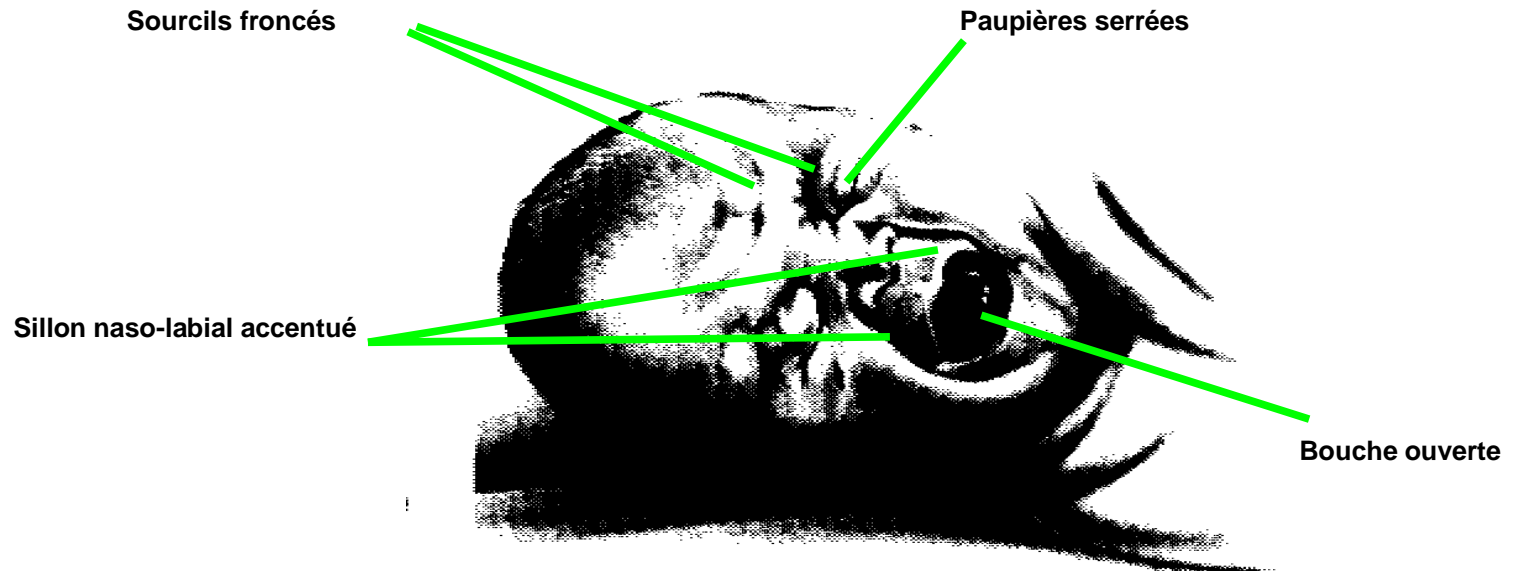
EVD : expression volontaire de douleur ; SDD : Signes directs de douleur ; APM : atonie psychomotrice.

Score de 0 à 10

Date				
Signes de douleur	0	1	2	Score
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plaintes avec geignements ou cris ou sanglots ou supplications	
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	L'enfant s'intéresse à son environnement	Perte d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé	Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout	
Position antalgique (SDD)	L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable	L'enfant choisit à l'évidence une position antalgique	Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé	
Lenteur et rareté du mouvement (APM)	Mouvements larges, vifs, rapides et variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices	Enfant comme figé, immobile dans son lit alors que rien ne l'empêche de bouger	
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (SDD)	Examen et mobilisation sans problème	Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant	Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation	

PRÉSENTATION DE LA NEONATAL FACIAL CODING System abrégée :

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



Echelle COMFORT : élaborée et validée pour mesurer la « détresse » et la douleur (post-opératoire ou non), et la sédation chez l'enfant en réanimation (ventilé et sédaté), de la naissance à l'adolescence (*Traduction Pediadol 2004*)

Excès de sédation : 8 à 16, score normal entre 17 et 23, douleur ou inconfort à partir de 24, score maximal à 40

		Date :	Heure					
Item	Proposition	Score	Score	Score	Score	Score	Score	Score
EVEIL	1 Profondément endormi 2 Légèrement endormi 3 Somnolent 4 Eveillé et vigilant 5 Hyper attentif							
CALME OU AGITATION	1 Calme 2 Légèrement anxieux 3 Anxieux 4 Très anxieux 5 Paniqué							
VENTILATION	1 Pas de ventilation spontanée, pas de toux 2 Ventilation spontanée avec peu ou pas de réaction au respirateur 3 Lutte contre le respirateur ou touse occasionnellement 4 Lutte activement contre le respirateur ou touse régulièrement 5 S'oppose au respirateur, touse ou suffoque							
MOUVEMENTS	1 Absence de mouvement 2 Mouvements légers, occasionnels 3 Mouvements légers, fréquents 4 Mouvements énergiques, uniquement aux extrémités 5 Mouvements énergiques incluant le torse et la tête							
PRESSION ARTERIELLE MOYENNE Valeur de base :..... observer 6 fois pendant 2 minutes	1 Pression artérielle en dessous de la valeur de base 2 Pression artérielle correspondant à la valeur de base 3 Augmentation occasionnelle de 15% ou plus de la valeur de base (1 à 3 fois) 4 Augmentation fréquente de 15% ou plus de la valeur de base (plus de 3 fois) 5 Augmentation prolongée de plus de 15% de la valeur de base							
FRÉQUENCE CARDIAQUE Valeur de base :..... Observer 6 fois pendant 2 minutes	1 Fréquence cardiaque en dessous de la valeur de base 2 Fréquence cardiaque correspondant à la valeur de base 3 Augmentation occasionnelle de 15% ou plus de la valeur de base (1 à 3 fois) 4 Augmentation fréquente de 15% ou plus de la valeur de base (plus de 3 fois) 5 Augmentation prolongée de plus de 15% de la valeur de base							
TONUS MUSCULAIRE soulever, fléchir et étendre un membre pour l'évaluer	1 Muscles totalement décontractés, aucune tension musculaire 2 Tonus musculaire diminué 3 Tonus musculaire normal 4 Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils 5 Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils							
TENSION DU VISAGE	1 Muscles du visage totalement décontractés 2 Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible 3 Contracture évidente de quelques muscles du visage 4 Contracture évidente de l'ensemble des muscles du visage 5 Muscles du visage contracturés et grimaçants							
		Score total						

ECHELLE DAN : Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né, élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10

Date		Heure		
		Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
REPONSES FACIALES	<p>0 : calme 1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux :</p> <p>2 : - légers, intermittents avec retour au calme 3 : - modérés 4 : - très marqués, permanents</p>			
MOUVEMENTS DES MEMBRES	<p>0 : calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait :</p> <p>1 : - légers, intermittents avec retour au calme 2 : -modérés 3 : - très marqués, permanents</p>			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR	<p>0 : absence de plainte 1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents 3 : cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants</p>			
		Score total		
Observations				

Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) : élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré, utilisable jusqu'à 6 à 9 mois pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs), non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

Score de 0 à 15, seuil de traitement 5

Date		Heure					
VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé						
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé						
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil						
RELATION	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation						
RECONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée						
		Score total					
Observations							

ECHELLE EVENDOL : Echelle validée aux urgences, de la naissance à 7 ans. Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.

1 Au repos au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...

2 A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.

3 Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes après antalgiques 3			
					au repos ¹ au calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R / M	R / M	R / M	R / M
Expression vocale ou verbale pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3						
Mimique a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3						
Mouvements s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3						
Positions a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3						
Relation avec l'environnement peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3						
Remarques :	Score total /15									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									

**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	Poker chip (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 thérapeutique¹	3/10	2	4	5/20	9/13	10/40	3/10	1/4

Objectif immédiat du traitement : ramener, si possible, l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur EVA et/ou 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.

Objectif secondaire : 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.

ANTALGIQUES ET ANALGÉSQUES (AMM EN PÉDIATRIE) :
RÉCAPITULATIF PAR PALIER ET PAR ÂGE (ORIGINE AFSSAPS)

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

	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	Paracétamol PO* Propacétamol IV* Aspirine PO Ibuprofène PO Acide niflumique suppo* Diclofénac suppo, PO Acide tiaprofénique PO
PALIER II				Codéine PO	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

	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

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË EN CHIRURGIE
APRES ACTES RÉALISÉS EN HÔPITAL DE JOUR :

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

Actes chirurgicaux	Traitement de première intention : Catégorie d'antalgique et durée	Traitement de deuxième intention (si 1ère intention insuffisante : 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*

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË DES FRACTURES ET BRÛLURES :

Pathologie	Traitement de première intention :	Traitement de deuxième intention (si 1ère intention insuffisante : EVA > 3 ou pas de retour aux activités de base), après une à deux prises
Fracture non déplacée Immobilisation	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

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	EVA < 5/10 Palier I pendant 48 heures + antalgiques locaux, si tympan fermé Si échec * Ajouter codéine	EVA > 5/10 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	association Palier I seul puis en association (AINS + paracétamol) Si échec* Ajouter codéine	EVA < 5/10 Palier I pendant 48 heures Si échec* Ajouter codéine	EVA > 5/10 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).

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË PROVOQUÉE LORS DES SOINS :

Soin	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention (si 1re intention insuffisante : 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 paraphémosis	Gel de lidocaïne et MÉOPA	Sédation voire anesthésie générale
Ablation de verrues	Lidocaïne injectable (grade A) et/ou MÉOPA	Sédation voire anesthésie générale