

# **Evaluation de la douleur chez l'enfant et prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences**

[Elisabeth Marc](#)

## **Evaluation de la douleur chez l'enfant et prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences** Dr

Elisabeth MARC L'enfant ne parle pas forcément spontanément de la douleur. Des réactions de courage, de prestance, vivement attendues et valorisées par l'entourage, peuvent l'amener à se taire ; l'enfant a pu déjà se plaindre et le traitement - insuffisant - ne l'a pas soulagé, alors "ce n'est pas la peine d'en parler" ; on a donc tout intérêt à aborder systématiquement la question. Le dialogue avec l'enfant apporte des renseignements précis et fiables, s'il se sent écouté, si on ne lui demande pas de prouver sa douleur.

L'enfant est valorisé par cette attention des soignants, et comprend qu'il est reconnu comme un interlocuteur crédible. L'enfant exprime probablement mieux sa douleur face à un outil d'évaluation qu'avec des mots. Il existe plusieurs types de douleur : - douleurs par excès de nociception provoquées par la chirurgie, les traumatismes, les maladies aiguës, certains actes thérapeutiques, les soins, les explorations, - douleurs neuropathiques liées à une atteinte spécifique du système nerveux (traumatisme, infection, toxicité...), - douleurs idiopathiques (inexpliquées), - douleurs psychogènes. On distingue la douleur aiguë de courte durée de la douleur chronique évoluant depuis plusieurs semaines ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient. Selon l'âge de l'enfant et la durée de la douleur, les manifestations de la douleur diffèrent. La douleur aiguë voire suraiguë génère cris, grimace et agitation ; dès qu'elle se prolonge quelques heures, le comportement se modifie avec postures antalgiques, retrait, immobilité, apathie : c'est l'atonie psychomotrice. Si la douleur s'installe plusieurs semaines (céphalées chroniques, cancer, maladies rhumatologiques, douleurs inexpliquées), ces troubles comportementaux peuvent se renforcer. 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...

### **I) EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT a)**

**Auto-évaluation de la douleur** : Pour évaluer, voici des outils validés, appréciés par les enfants et simples à utiliser : **L'échelle visuelle analogue (EVA)**(C'est l'instrument de choix, comprise par les enfants dès l'âge de 5 à 6 ans. Elle est matérialisée par une réglette à curseur mobile : au recto aucun chiffre n'est inscrit, au verso la graduation est écrite (0 à 10 cm). Les réglettes destinées aux enfants sont verticales, avec "pas mal" en bas et "très très mal" en haut, et un triangle coloré qui concrétise la quantité de douleur. Donner la réglette à l'enfant et lui demander d'indiquer "combien il a mal". A l'adolescence, on reprend les réglettes horizontales des adultes, plus abstraites. Cette méthode est valable tant pour les douleurs brèves que pour les douleurs prolongées, et permet de coter l'intensité des différentes localisations et leur évolution dans le temps : par exemple maintenant, la pire cette semaine, la plus faible cette semaine, la nuit, au réveil, etc. **L'échelle numérique simple**(A partir de 7 ou 8 ans et jusqu'à l'adolescence, on peut proposer l'échelle numérique simple : « donne une note à ta douleur sur une échelle de 0 et 10 ». **L'échelle de jetons** Dès 3 ans, on peut proposer une échelle de jetons.(Elle consiste à présenter 4 gros jetons à l'enfant avec par exemple pour consigne : "Imagine que chaque jeton est un morceau de douleur, prend autant de jetons que tu as mal. Quatre jetons est la plus forte douleur que tu peux avoir." **L'échelle de visages**(Dès 4 ans, on peut proposer une échelle de visages, comme la FPS-R (Faces Pain Scale Revised) . La consigne est : "Voici des bonhommes qui ont mal, montre-moi le visage qui a autant mal que toi." Quand l'enfant ou même le jeune adolescent est très fatigué et douloureux, cette échelle est mieux comprise que l'EVA.(Devant une douleur intense évidente, il paraît incongru, déplacé, de demander une évaluation : l'urgence est l'administration d'un premier antalgique. Ensuite l'enfant pourra évaluer la douleur "résiduelle" et la comparer à la douleur avant traitement. (1,2) **Autres moyens d'évaluation** - **Des échelles de mots** peuvent aussi être utilisées pour déterminer l'intensité : douleur absente, faible, modérée, intense, très intense. - **Les échelles de**

**vocabulaire** explorent les aspects qualitatifs descriptifs de la douleur. Le questionnaire devient un moyen de communication et l'adolescent montre souvent une certaine satisfaction en trouvant le mot qui décrit le mieux sa douleur. Il peut également aider au diagnostic si les mots choisis évoquent par exemple une douleur neuropathique (brûlure, étouffement, décharge électrique, fourmillement, picotement). En France, le questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA), élaboré pour l'adulte, propose des mots du registre sensoriel et du registre émotionnel. Un questionnaire spécifique du vocabulaire des jeunes manque en France. · **Le dessin**, en utilisant un schéma du corps, permet de localiser la douleur, son trajet, ses projections et irradiations. Cette technique donne parfois des renseignements diagnostiques (localisations passées inaperçues) et des informations sur le ressenti affectif envahissant. · **Les échelles de retentissement sur la vie quotidienne** sont utiles lorsque la douleur se prolonge et que les activités journalières sont perturbées : manger, dormir, s'amuser, marcher, courir, faire du sport, regarder la télévision, apprendre, faire le travail d'école, communiquer ou simplement être bien en famille. · **La tenue d'un "agenda de la douleur"** est intéressante dans des situations comme l'arthrite chronique juvénile, la drépanocytose et les céphalées récurrentes. L'enfant (avec l'aide des parents) ou l'adolescent y précise chaque jour le degré de la douleur avec EVA, la qualité du sommeil et le retentissement sur les activités. · **Les échelles de "coping"** explorent les moyens d'adaptation et les réactions comportementales à la douleur chronique (3).

## **Evaluation de la douleur chez l'enfant et prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences** Dr

Elisabeth MARC L'enfant ne parle pas forcément spontanément de la douleur. Des réactions de courage, de prestance, vivement attendues et valorisées par l'entourage, peuvent l'amener à se taire ; l'enfant a pu déjà se plaindre et le traitement - insuffisant - ne l'a pas soulagé, alors "ce n'est pas la peine d'en parler" ; on a donc tout intérêt à aborder systématiquement la question. Le dialogue avec l'enfant apporte des renseignements précis et fiables, s'il se sent écouté, si on ne lui demande pas de prouver sa douleur.

L'enfant est valorisé par cette attention des soignants, et comprend qu'il est reconnu comme un interlocuteur crédible. L'enfant exprime probablement mieux sa douleur face à un outil d'évaluation qu'avec des mots. Il existe plusieurs types de douleur : - douleurs par excès de nociception provoquées par la chirurgie, les traumatismes, les maladies aiguës, certains actes thérapeutiques, les soins, les explorations, - douleurs neuropathiques liées à une atteinte spécifique du système nerveux (traumatisme, infection, toxicité...), - douleurs idiopathiques (inexpliquées), - douleurs psychogènes. On distingue la douleur aiguë de courte durée de la douleur chronique évoluant depuis plusieurs semaines ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient. Selon l'âge de l'enfant et la durée de la douleur, les manifestations de la douleur diffèrent. La douleur aiguë voire suraiguë génère cris, grimace et agitation ; dès qu'elle se prolonge quelques heures, le comportement se modifie avec postures antalgiques, retrait, immobilité, apathie : c'est l'atonie psychomotrice. Si la douleur s'installe plusieurs semaines (céphalées chroniques, cancer, maladies rhumatologiques, douleurs inexpliquées), ces troubles comportementaux peuvent se renforcer. 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...

### **I) EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT a)**

**Auto-évaluation de la douleur** : Pour évaluer, voici des outils validés, appréciés par les enfants et simples à utiliser : **L'échelle visuelle analogue (EVA)**(C'est l'instrument de choix, comprise par les enfants dès l'âge de 5 à 6 ans. Elle est matérialisée par une réglette à curseur mobile : au recto aucun chiffre n'est inscrit, au verso la graduation est écrite (0 à 10 cm). Les réglettes destinées aux enfants sont verticales, avec "pas mal" en bas et "très très mal" en haut, et un triangle coloré qui concrétise la quantité de douleur. Donner la réglette à l'enfant et lui demander d'indiquer "combien il a mal". A l'adolescence, on reprend les réglettes horizontales des adultes, plus abstraites. Cette méthode est valable tant pour les douleurs brèves que pour les douleurs prolongées, et permet de coter l'intensité des différentes localisations et leur évolution dans le temps : par exemple maintenant, la pire cette semaine, la plus faible cette semaine, la nuit, au réveil, etc. **L'échelle numérique simple**(A partir de 7 ou 8 ans et jusqu'à l'adolescence, on peut proposer l'échelle numérique simple : « donne une note à ta douleur sur une échelle de 0 et 10 ». **L'échelle de jetons** Dès 3 ans, on peut proposer une échelle de jetons.(Elle consiste à présenter 4 gros jetons à l'enfant avec par exemple pour consigne : "Imagine que chaque jeton est un morceau de douleur, prend autant de jetons que tu as mal. Quatre jetons est la plus forte douleur que tu peux avoir." **L'échelle de visages**(Dès 4 ans, on peut proposer une échelle de visages, comme la FPS-R (Faces Pain Scale Revised) . La consigne est : "Voici des bonhommes qui ont mal, montre-moi le visage qui a autant mal que toi." Quand l'enfant ou même le jeune adolescent est très fatigué et douloureux, cette échelle est mieux comprise que l'EVA.(Devant une douleur intense évidente, il paraît incongru, déplacé, de demander une évaluation : l'urgence est l'administration d'un premier antalgique. Ensuite l'enfant pourra évaluer la douleur "résiduelle" et la comparer à la douleur avant traitement. (1,2) **Autres moyens d'évaluation** - **Des échelles de mots** peuvent aussi être utilisées pour déterminer l'intensité : douleur absente, faible, modérée, intense, très intense. - **Les échelles de**

**vocabulaire** explorent les aspects qualitatifs descriptifs de la douleur. Le questionnaire devient un moyen de communication et l'adolescent montre souvent une certaine satisfaction en trouvant le mot qui décrit le mieux sa douleur. Il peut également aider au diagnostic si les mots choisis évoquent par exemple une douleur neuropathique (brûlure, étai, décharge électrique, fourmillement, picotement). En France, le questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA), élaboré pour l'adulte, propose des mots du registre sensoriel et du registre émotionnel. Un questionnaire spécifique du vocabulaire des jeunes manque en France. · **Le dessin**, en utilisant un schéma du corps, permet de localiser la douleur, son trajet, ses projections et irradiations. Cette technique donne parfois des renseignements diagnostiques (localisations passées inaperçues) et des informations sur le ressenti affectif envahissant. · **Les échelles de retentissement sur la vie quotidienne** sont utiles lorsque la douleur se prolonge et que les activités journalières sont perturbées : manger, dormir, s'amuser, marcher, courir, faire du sport, regarder la télévision, apprendre, faire le travail d'école, communiquer ou simplement être bien en famille. · **La tenue d'un "agenda de la douleur"** est intéressante dans des situations comme l'arthrite chronique juvénile, la drépanocytose et les céphalées récurrentes. L'enfant (avec l'aide des parents) ou l'adolescent y précise chaque jour le degré de la douleur avec EVA, la qualité du sommeil et le retentissement sur les activités. · **Les échelles de "coping"** explorent les moyens d'adaptation et les réactions comportementales à la douleur chronique (3).

**b) Hétéro-évaluation de la douleur en pédiatrie :** ( Pour les enfants âgés de moins de 4 ans, nous avons recours à des échelles d'hétéro-évaluation ainsi que dans les situations où l'auto-évaluation est difficile voire impossible (enfant polyhandicapé, comateux..). Si une échelle comportementale validée est adaptée à la situation clinique, elle doit être employée et fournir des indices chiffrés reproductibles, objectifs. Si le temps fait défaut, les échelles comportementales sont à garder à proximité des yeux à titre de memento sémiologique. Il est recommandé d'utiliser l'échelle qui a été validée dans la situation la plus proche, sans la modifier. **Les échelles adaptées à la douleur aiguë des soins**(La douleur liée aux soins n'est pour l'enfant qu'une agression incompréhensible qui peut parfois s'apparenter à la torture ; pourtant elle est souvent mésestimée et rarement évaluée, sauf lors d'essais cliniques d'analgésie préventive. Les premières échelles (scores OSBD et PBRs) se référaient à l'agitation, aux cris aux pleurs, aux tensions musculaires, à la résistance physique, à la contention nécessaire, à la verbalisation tant de la douleur que de l'anxiété. Il s'agit en fait de scores de détresse aiguë, où la protestation ne peut être distinguée de la douleur et de la peur. Actuellement c'est le score CHEOPS qui est utilisé et validé pour la douleur brève d'un soin. Si le score reste bas, probablement on peut en déduire que rien n'a dérangé l'enfant, mais si le score monte, cela ne préjuge pas forcément d'une douleur. Il est donc nécessaire pour déterminer un protocole antalgique adapté à une situation de soin douloureux, de se référer aux chiffres d'auto-évaluation donnés par les enfants plus grands ou les adultes. L'échelle DAN ou la PIPP sont à employer dans cette situation pour les nouveau-nés (4). **Les échelles adaptées à l'enfant sédaté ou comateux**(Les mesures physiologiques reprennent tout leur intérêt : l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle sont les indices repérables par l'anesthésiste. De nombreux paramètres ont été étudiés lors d'une douleur aiguë, ainsi que lors de techniques antalgiques (médicaments, distraction, maternage). Cependant ces variables ne sont pas spécifiques et l'âge, l'état de santé et les techniques de mesure ont une influence sur les résultats. Le tonus vagal, la sudation palmaire et la pression intracrânienne ont été utilisés pour des travaux de recherche. Mais pour le bébé sédaté, ventilé, la difficulté reste entière, et augmente encore en cas de curarisation. Pratiquement il est recommandé de se référer également à des indices comportementaux. L'échelle COMFORT a été développée pour ces situations, elle est validée. L'échelle CRIES, élaborée et validée pour le nouveau-né, s'appuie sur les variables physiologiques, c'est son intérêt dans ces situations. La suppression des items PA et FC de l'échelle COMFORT initiale permet une cotation plus facile et fiable, avec cette échelle dite « COMFORT Behavior » qui a été validée. Finalement aucune échelle n'est complètement fiable dans ces situations où la communication est réduite. **Les échelles adaptées à la douleur prolongée**( L'échelle DEGR a été élaborée et modifiée à plusieurs reprises pour l'évaluation de la douleur de l'enfant de 2 à 6 ans atteint de cancer. C'est la seule échelle qui s'adresse exclusivement à la seconde phase de la douleur ; elle comporte deux items de plaintes formulées par l'enfant, trois items d'inertie psychomotrice (faciès inexpressif, désintérêt pour le monde, ralentissement moteur), et cinq items de signes corporels (positions antalgiques). Elle a bénéficié d'une excellente validation. C'est un outil irremplaçable pour suivre l'évolution sous traitement d'un petit enfant profondément algique. Mais elle est longue à remplir, et peu d'équipes l'ont intégrée dans leurs habitudes. Elle a bénéficié d'une simplification : l'échelle HEDEN a gardé 5 items côtés de 0 à 3.(En dessous de 3 mois, c'est l'EDIN qui est préconisée.(Finalement entre 3 mois et 2 ans, aucune échelle spécifique de la douleur prolongée n'a été élaborée. L'échelle Amiel-Tison est probablement pertinente dans cette situation et en dehors du contexte post-opératoire, mais manquent les items de positions antalgiques et de jeu.(En pratique de nombreux cliniciens préconisent l'EDIN jusqu'à 9 mois et recommandent la DEGR de 1 an (en supprimant les items de plainte) jusqu'à 8 ou 10 ans, et ce en dehors du contexte oncologique, dans toute situation de douleur qui se prolonge plus de 24 heures, en pédiatrie médicale ou chirurgicale (5). **Les échelles adaptées aux urgences**(Jusqu'à 2003 aucune échelle comportementale n'avait été spécifiquement élaborée pour ces situations. Un score simple intégrant des signes des deux phases de la douleur (aiguë et prolongée) vient d'être validé chez l'enfant aux urgences de la naissance à 7 ans, c'est l'échelle EVENDOL, qui a d'excellents critères de validité et peut désormais être utilisée (6). **Les échelles adaptées à l'enfant polyhandicapé**(De nombreuses équipes ont travaillé pour

repérer les meilleurs signes chez l'enfant atteint de polyhandicap et ne pouvant s'exprimer verbalement. (En France l'équipe de l'hôpital San Salvador a mis au point une échelle de 10 items, la DESS, sur le modèle de la DEGR ; les items se réfèrent essentiellement aux modifications sous l'empire de la douleur des signes neurologiques habituels de l'enfant ; aussi , les soignants habituels (ou les parents) remplissent le dossier d'information de base et peuvent ensuite lors d'un changement de comportement utiliser l'échelle.(Une équipe canadienne a mis au point et validé une liste de 30 items très simples (ex, pleure, crie, gémit, grimace...) ne nécessitant pas de connaître l'enfant auparavant ; c'est la NCCPC (7). **S'il n'y a pas d'échelle validée pour l'âge ou la situation ?**(Il est pertinent de se référer aux activités habituelles du petit enfant : bouger, jouer, communiquer, apprendre, manger, dormir... en gardant en mémoire la référence : le petit enfant en bonne santé, si expressif, si rapide, le nourrisson normal, si mobile, si animé, si pétillant de vie, et le nouveau né qui cherche de lui-même à initier la relation quand il est en phase d'éveil. Toute baisse de ces activités témoigne a priori d'une douleur. **L'utilisation de l'EVA attribuée par le soignant**(C'est une hétéro-évaluation globale, avec recours à l'emploi de l'EVA non plus par le patient, mais par l'infirmière. Cette technique a l'avantage d'être simple et rapide. Elle est très utilisée d'après la littérature et au quotidien, mais à la lecture des dossiers de soins infirmiers, il est parfois impossible de savoir qui, de l'enfant ou de l'infirmière, a donné le chiffre ! C'est parfois la seule méthode à disposition, par exemple en cas de coma. La validité de cet outil n'a pas fait l'objet de beaucoup travaux. L'échelle numérique (de 0 à 10) en hétéro-évaluation n'est pas recommandée, car elle a trop peu d'arguments de validité. La concordance EVA soignant et EVA enfant étudiée chez des enfants plus grands est inconstante, très variable selon les études et les situations. On peut facilement imaginer que si le soignant est un « expert » en matière de douleur, avec une bonne connaissance de la sémiologie, une expérience professionnelle, des qualités relationnelles avec l'enfant et avec son entourage, alors cette méthode est fiable et valide. En revanche un soignant pressé, non formé à l'évaluation aura tendance à sous-estimer, en passant par exemple à côté de la signification de l'atonie psychomotrice. L'échelle de visages FPS commence aussi à être utilisée « à tort » par les soignants en hétéro-évaluation, mais aucune étude de validation n'est disponible, on ne peut donc le recommander. L'avenir permettra sans doute de définir les qualités et les indications de ces méthodes relativement attrayantes pour les soignants. L'EVA attribuée par les parents pourrait être également un outil fiable (1).

## II) PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT selon les recommandations 2009 de l'AFSSAPS (8)

### a) Recommandations générales de prescription

La prescription antalgique doit être systématique, à horaires réguliers, en tenant compte de la durée prévisible de la douleur. Il faut toujours prévoir une prescription anticipée (« ordonnance évolutive »), si la douleur est insuffisamment soulagée, à l'hôpital comme à la maison en fixant des seuils précis : si *EVA >4*, si *EDIN >5*, si *EVENDOL >5*, si l'enfant continue à se plaindre... donner en plus...

Le passage à un antalgique de niveau supérieur dans l'ordre 1,2,3 (selon les paliers de l'OMS) n'est pas systématique. Le choix d'un niveau s'effectue en fonction de l'intensité de la douleur et de ses composantes. Ainsi certaines douleurs chroniques non cancéreuses ne justifient pas l'accès au niveau 3. Alors qu'une douleur aiguë nécessite dans certains cas (traumatologie) le choix d'emblée du niveau 3.

### b) Principaux antalgiques :

#### **Paracétamol**

Paracétamol orale ou iv. 15 mg/kg/ 6 h

Dès que la voie orale est utilisable, il n'y a pas lieu d'utiliser la voie iv. La voie rectale ne doit plus être utilisée compte tenu de sa biodisponibilité faible et imprévisible (Grade A).

#### **AINS**

Ibuprofène orale 10 mg/kg/8 h ou 7,5 mg/kg/6 h

Kétoprofène (AMM 15 ans ) iv. 1 mg/kg toutes les 6 à 8 heures

Les AINS réduisent la consommation de morphine et donc, l'incidence de ses effets indésirables.

L'épargne morphinique est le plus souvent supérieure à celle obtenue avec le paracétamol.

Pour des douleurs de moyenne à forte intensité, l'association AINS-paracétamol est recommandée

La toxicité rénale est rare, néanmoins, toute prescription doit être précédée de la correction des états de déshydratation et d'hypovolémie. Le risque d'ulcérations gastriques est modéré si le traitement est court. L'acide niflumique par voie rectale n'est pas recommandé du fait d'une très faible biodisponibilité. Le diclofénac rectal est préféré en raison d'un profil pharmacocinétique plus favorable (Grade C). L'utilisation d'AINS n'est pas recommandée chez l'enfant atteint de varicelle.

#### **Codéine**

Codéine orale 0,5 à 1 mg/kg toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 6 mg/kg/j

Un polymorphisme génétique peut diminuer l'efficacité de la codéine chez une proportion significative d'enfants. Il est recommandé de l'associer au paracétamol ou à l'ibuprofène (Grade B).

#### **Nalbuphine**

Nalbuphine iv. 0,2 mg/kg/4 h en bolus IV lent ou 1,2 mg/kg/24 h en IV continu

Rectale 0,4 mg./kg

La nalbuphine peut être administrée en iv. discontinuée ou continue sans surveillance respiratoire particulière (Grade B). La voie rectale est une alternative possible en l'absence d'accès veineux mais est associée à une biodisponibilité très variable (Grade C).

L'effet plafond limite l'efficacité et elle est insuffisante après chirurgie majeure (Grade C).

### ***Tramadol***

Tramadol orale 1 à 2 mg/kg par prise - 3 à 4 fois par jour sans dépasser 8 mg/kg/j

La place du tramadol n'est pas encore clairement définie mais pourrait s'avérer une alternative intéressante aux AINS et à la morphine. Son intérêt réside dans sa forme galénique orale (Grade C).

Son efficacité connaît une variabilité influencée par un polymorphisme génétique.

### ***Morphine***

Morphine *titration iv.*

Dose de charge de 0,1 mg/kg puis bolus de 0,025 mg/kg/5 min selon score de douleur et signes de surdosage

Pour un enfant de 20 kg : dose de charge de 2 mg et bolus de 0,5 mg si nécessaire

*iv. continue*

Posologie initiale 0,5 mg/kg/24 h

Augmentation par paliers de 33% si insuffisant

Pour un enfant de 20 kg : démarrer avec 10 mg/24h puis augmenter à 14

mg/24 h si analgésie insuffisante après 2 heures de perfusion

### ***PCA***

Après titration IV : bolus : 0,020 mg/kg

Période réfractaire : 6 - 8 min

Débit continu : 0,020 mg/kg/h principalement pour les situations médicales

(crise vaso-occlusive, cancer...)

Augmentation par paliers de 33% si insuffisant

Pour un enfant de 20 kg : bolus de 0,4 mg , débit continu de 0,4 mg /h

## **Voie orale**

Posologie initiale 0,2 mg/kg/4 h

Augmentation par paliers de 50% si insuffisant

Pour un enfant de 20 kg : 4 mg/4 h

L'administration iv. est toujours précédée d'une titration en salle de réveil (Grade C). Dès qu'elle est possible, la voie orale est une excellente alternative à la voie iv. ; elle n'impose pas de surveillance respiratoire supplémentaire (Grade B). La voie sous-cutanée, douloureuse, n'a pas sa place en pédiatrie (Grade C).

Dès que le niveau de compréhension le permet, l'analgésie auto-contrôlée est la technique de choix.

Les modalités d'administration et de surveillance sont identiques à celles de l'adulte (Grade C). Il est préférable que la surveillance des enfants de moins de 6 mois soit conduite en unité de surveillance continue (Grade C).

L'administration iv. continue est utilisable en secteur d'hospitalisation, à condition que des procédures écrites établissent les modalités d'administration, de surveillance et la conduite à tenir en cas de surdosage suspecté ou avéré. Les effets indésirables peuvent être traités par de faibles doses de naloxone (Grade B).

### **c) Soins douloureux :**

**Solutions sucrées orales** chez les nouveaux-nés et les nourrissons de moins de 4 mois L'utilisation de ces solutions sucrées doit être généralisée dans les services de néonatalogie et intégrée à la prescription quotidienne. Le protocole d'utilisation doit être disponible et connu de tous.

Les solutions sucrées sont efficaces jusqu'à l'âge de 4 mois (Grade B) pour diminuer la douleur provoquée par des gestes invasifs telles que les ponctions veineuses et capillaires. L'analgésie sucrée est plus efficace pour les ponctions veineuses (Grade A) que pour les ponctions capillaires (Grade B). Les ponctions veineuses doivent être préférées aux ponctions capillaires plus douloureuses (Grade A).

Les solutions de saccharose 24% ou de glucose 30% doivent être utilisées (Grade A).

Les doses recommandées sont :

- de 0,012 à 0,12 g (0,05 à 0,5 ml d'une solution à 24%) chez le prématuré (Grade A),

- de 0,24 à 0,50 g chez le nouveau-né à terme (Grade A).

En pratique, 1 à 2 ml de G30 sont recommandés.

L'effet synergique des solutions sucrées et de la succion est démontré et justifie leur association (Grade A). Un délai de 2 minutes entre le début de la succion sucrée et le geste douloureux doit être respecté afin d'obtenir une analgésie optimale (Grade A). La durée de l'analgésie sucrée est de 5 à 7 minutes (Grade B). Il est conseillé de maintenir une succion pendant toute la durée du geste douloureux. La solution sucrée peut être ré-administrée en cas de besoin (Grade B). Il n'y a pas d'épuisement avec le temps chez un même enfant (Grade C).

L'allaitement maternel est une alternative aussi efficace qu'une solution sucrée (Grade A).

Il n'existe pas de contre-indication absolue, mais l'utilisation doit être prudente chez les enfants les plus immatures et ceux présentant des troubles de la déglutition, une entérocolite ulcéronécrosante ou une autre pathologie digestive nécessitant un maintien à jeun (Grade B). Chaque administration doit être notée (heure, volume) (Grade B).

### ***Anesthésiques locaux topiques***

L'application topique sous pansement occlusif (pendant au moins 60 minutes) du mélange lidocaïne/prilocaine est un moyen antalgique efficace lors d'effractions cutanées (prélèvement sanguin, ponction lombaire...) (Grade A).

### ***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 bon profil bénéfice/risque (Grade A). Il ne permet pas de couvrir tous les actes et soins douloureux. Selon les indications, l'âge de l'enfant et l'expérience des professionnels, 10 à 30 % d'échecs sont observés. Les enfants de moins de 2 ans ont des effets moins marqués.

#### **Les principales utilisations du MEOPA sont :**

- tout acte comportant une effraction cutanée (en association avec une anesthésie locale), pose de perfusion, ponction veineuse, ponction lombaire, myélogramme, injection intra-articulaire ; sondage vésical ; soin dentaire ; pansement de brûlure peu étendue et peu profonde (Grade A) ;
- pose de sonde gastrique ; endoscopie bronchique et digestive ; biopsie rénale, hépatique, musculaire (Grade B).

Toute prémédication (psychotrope, morphinique...) nécessite une vigilance accrue (Accord professionnel) ; cependant, le risque respiratoire lié à la potentialisation par ces produits reste exceptionnel. La sécurité du MEOPA est maximale quand il est utilisé seul sans association médicamenteuse (Grade C).

L'auto-administration doit être privilégiée (Grade C). L'application du masque sur le visage peut induire une détresse majeure ; il faut éviter l'application de force. L'inhalation doit obligatoirement durer au moins 3 minutes, sans fuite entre le masque et le visage. Un accompagnement verbal durant l'inhalation est recommandé. Il faut observer le patient en permanence. La préparation du patient est essentielle : les effets du MEOPA et la réalisation du geste doivent être expliqués.

Les effets indésirables sont généralement réversibles en quelques minutes à l'arrêt du traitement : les nausées et vomissements sont sans incidence clinique (les réflexes laryngés sont présents), parfois une sédation plus profonde est observée. Une administration répétée et/ou prolongée peut entraîner un état de « mieux-être » pouvant conduire à une utilisation abusive.

L'administration doit être faite dans des locaux adaptés, par un personnel médical ou paramédical spécifiquement formé et dont les connaissances sont périodiquement réévaluées.

En cas d'administrations prolongées dans un lieu fixe, un système d'évacuation des gaz doit être mis en place. A défaut, une aération régulière des locaux et l'utilisation d'une bouteille mobile permettant des administrations au lit du patient ou dans des locaux différents représentent deux mesures simples qui permettent de contrôler les problèmes liés à l'exposition professionnelle au N2O.

## **Kétamine**

Pour la réalisation de soins et d'actes douloureux, il n'existait pas encore en France de recommandations permettant de faire bénéficier les enfants d'une sédation-analgésie plus puissante que le MEOPA, dont l'efficacité est inconstante. Pour réaliser dans de bonnes conditions un geste douloureux, la kétamine à faible dose (titration de bolus iv. de 0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît le seul médicament potentiellement utilisable par un médecin formé, sans la présence d'un médecin anesthésiste (Grade A). Avec ces posologies, sans association médicamenteuse, le niveau de sécurité optimal dépend largement de la qualité de l'environnement hospitalier (Grade A).

La voie IM (< 4 mg/kg) est une alternative (si la voie iv. n'est pas facilement disponible) mais le délai de récupération est retardé (Grade B).

La prise en charge optimale étant anesthésique, il est nécessaire de faciliter l'accès au bloc opératoire des enfants devant subir ce type de procédure (Accord professionnel).

Outre les anesthésistes, les principaux médecins formés actuellement, sont les réanimateurs et les urgentistes pédiatriques qui ont les compétences médicales requises pour la détection et le traitement des effets indésirables rares mais potentiellement graves (laryngospasme).

### **d) Situations cliniques particulières :**

La plupart des situations douloureuses obéissent aux règles générales de la prise en charge antalgique, cependant des recommandations spécifiques ont été élaborées pour des situations particulièrement douloureuses et souvent insuffisamment connues et mal soulagées.

#### **• Migraine**

La migraine est la céphalée primaire la plus fréquente chez l'enfant. Elle touche 5 à 10 % des enfants.

L'ibuprofène 10 mg/kg doit être privilégié en traitement de crise (Grade A). Le paracétamol 15 mg/kg reste néanmoins un traitement de crise souvent efficace. Le sumatriptan nasal est à utiliser en deuxième intention à partir de 12 ans (Grade B).

On ne doit pas donner d'opioïdes (faibles et forts) en traitement de crise.

Aucune étude de qualité ne permet d'émettre de recommandation pour le traitement médicamenteux de fond de la migraine de l'enfant (Grade A). Les méthodes psychocorporelles (relaxation, autohypnose...) peuvent être recommandées (Accord professionnel).

#### **• Angine**

Les douleurs étant souvent modérées, il est recommandé de prescrire en première intention un antalgique de palier 1. Le paracétamol et l'ibuprofène semblent d'efficacité équivalente dans cette indication (Grade B).

L'intensité des douleurs engendrées par ce type de pathologie peut nécessiter la prescription d'un antalgique de niveau 2 (Accord professionnel).

Une corticothérapie orale de courte durée en association à l'antibiothérapie peut se discuter en cas d'angine streptococcique avec douleurs sévères, chez l'enfant à partir de 5 ans (Grade B).

## • Otite

L'intensité de la douleur de l'otite peut conduire à recommander une association d'antalgiques. Il est recommandé d'utiliser le paracétamol et l'ibuprofène (Grade B). En cas de douleur sévère et persistante, on peut recommander la codéine orale à partir de l'âge d'un an (Accord professionnel).

Chez l'enfant de plus d'un an, des gouttes auriculaires contenant un anesthésique local peuvent être prescrites dans l'otite moyenne congestive, l'otite phlycténulaire et l'otite barotraumatique, en l'absence de perforation tympanique (Grade C).

## • Brûlures

La douleur de la brûlure est parfois assez forte pour justifier le recours à la morphine (Grade A).

Pour les brûlures étendues, la dose efficace doit être atteinte par paliers selon le principe de titration. L'analgésie est entretenue par une perfusion continue (20-50  $\mu$ g/kg/h) supplémentée par des bolus (20-50  $\mu$ g/kg) injectés par les patients (PCA) ou les infirmières (avant 6 ans, brûlures et pansements entravant l'utilisation du bouton-poussoir) (Grade B). L'association au paracétamol ou à un AINS est utile pour réduire la consommation de morphine et/ou l'incidence des effets indésirables.

Pour les brûlures peu étendues, la morphine est utilisée d'emblée par voie orale. La posologie nécessaire est habituellement d'au moins 1 mg/kg/j, réparti en six prises. Des interdoses permettent de contrôler les épisodes douloureux intercurrents.

## • Fractures aux urgences

Au vu de l'intensité des douleurs, il est habituellement nécessaire d'associer un AINS, du paracétamol et un antalgique de palier 3 (Grade B). La voie orale est possible et efficace en attendant la mise en place potentielle d'une voie veineuse périphérique.

En cas de fracture du fémur, il est recommandé de pratiquer un bloc ilio-fascial.

## • Douleur abdominale aiguë de la fosse iliaque droite aux urgences

Devant un enfant consultant aux urgences pour un « abdomen aigu » du quadrant inférieur droit, chez qui on suspecte une appendicite, une injection de morphine (0,1 mg/kg IV) diminue la douleur et n'entrave pas la conduite diagnostique, concernant notamment un retard de décision ou un risque supplémentaire d'erreur de décision (Grade A).

Le paracétamol et les antispasmodiques n'ont pas d'efficacité prouvée.

## • Soins douloureux

Il est recommandé de prévoir l'analgésie de tous les gestes invasifs. Information, présence des parents, anesthésie locale, sédation par MEOPA et distraction doivent être envisagés.

Les recommandations données par l'ANAES-HAS (2000) sont à appliquer

## • Crise aiguë drépanocytaire

Les enfants drépanocytaires affrontent des douleurs répétées parfois extrêmes au cours des crises vaso-occlusives. Les recommandations de la HAS (2005) détaillent la prise en charge.

Au domicile, en cas de douleur d'intensité moyenne, non calmée par le paracétamol, l'administration orale d'AINS et d'un opioïde faible est recommandée (Accord professionnel). En cas d'inefficacité de l'opioïde faible, en particulier de la nalbuphine, l'administration de morphine doit être rapidement mise en place.

En cas de douleur aiguë sévère, la morphine par voie orale est recommandée (Grade A).

L'association à un AINS injectable (kétoprofène) est recommandée (Accord professionnel hors AMM).

L'initiation d'une analgésie autocontrôlée (PCA) de morphine dès le département des urgences (après titration par dose de charge et bolus) est recommandée avec une surveillance médicale et paramédicale adéquate (Grade C). Dans ce cas, il est recommandé de privilégier un faible débit de base (ex 20 microg/kg/h) associé à des bolus forts (ex 40 microg/kg) (Grade C).

Une individualisation du traitement par morphine est nécessaire pour obtenir la meilleure analgésie tout en minimisant les effets indésirables, qui doivent être traités et prévenus. Dès qu'il existe des signes faisant craindre un syndrome thoracique aigu (STA), il est conseillé d'effectuer une surveillance rapprochée et de prévenir l'hypoventilation (qui favoriserait la survenue d'un STA) par une kinésithérapie respiratoire incitative.

L'emploi de la kétamine à faible dose (1 mg/kg/j) est possible en cas de douleur rebelle malgré des doses élevées de morphine (Accord professionnel).

L'oxygénothérapie n'a pas d'efficacité antalgique documentée (Grade B).

En cas d'analgésie insuffisante, l'inhalation de MEOPA est un recours (Accord professionnel).

Autant dans la prise en charge des crises aiguës que dans le suivi et la prévention des récurrences, il est important de mettre en oeuvre une approche globale (incluant famille, scolarité et loisirs) et de prendre en compte l'intérêt des méthodes psychocorporelles (relaxation, auto-hypnose).

## **Douleur neuropathique :**

La douleur neuropathique est liée à une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. Elle se distingue des douleurs nociceptives par une sémiologie différente : sensation de brûlure, dysesthésies, allodynie, dans un territoire systématisé avec hypo ou anesthésie.

Chez l'enfant, il est recommandé d'utiliser en première intention soit la gabapentine (10 à 30 mg/kg en trois prises), soit l'amitriptyline (0.3 à 1 mg/kg/j en une prise le soir), et de réserver les morphiniques aux situations de douleur mixte (Accord professionnel). Le choix de la molécule de première intention repose sur l'efficacité mais également sur les effets indésirables, ainsi que sur une action éventuelle sur les comorbidités (anxiété, dépression, troubles du sommeil).

La monothérapie doit être la règle en première intention. La posologie doit être augmentée très progressivement en fonction de l'efficacité et de la tolérance ; il est conseillé d'aller jusqu'aux doses maximales tolérées avant de parler d'échec puis de continuer plusieurs mois (6 au minimum en général) (Accord professionnel) avant de diminuer progressivement, en gardant si nécessaire la dose minimale

efficace.

En cas d'échec complet, il est légitime d'utiliser une molécule d'une autre classe médicamenteuse. En cas d'échec partiel, il est légitime d'associer une molécule d'une autre classe médicamenteuse (Accord professionnel).

Le clonazépam n'est pas recommandé en l'absence de preuves d'efficacité, cependant il reste utilisé en cas de fulgurances (Accord professionnel).

S'il existe une zone d'allodynie précise ou une zone gâchette, les anesthésiques locaux en topique (association lidocaïne/prilocaine) ou emplâtre (lidocaïne 5%) sont recommandés (Grade A chez l'adulte, Accord professionnel chez l'enfant, hors AMM).

La kétamine à petite dose peut être associée comme adjuvant dans des douleurs rebelles souvent d'origine mixte (nociceptive et neuropathique), en particulier dans le cancer et en fin de vie (Accord professionnel).

Compte tenu de la situation chronique, l'effet raisonnablement attendu est une réduction de 50% de la douleur. L'objectif est avant tout l'amélioration de la qualité de vie, du sommeil et de l'humeur, ainsi que le maintien des capacités cognitives, avec réinsertion familiale, scolaire, sociale. La prescription fait partie d'un ensemble thérapeutique associant le plus souvent des méthodes non pharmacologiques.

L'anxiété majorant la perception de la douleur, des moyens non médicamenteux peuvent contribuer au soulagement de l'enfant :

- distraire l'enfant en détournant son attention de la douleur : gonfler un ballon pendant la ponction veineuse, visionner un dessin animé pendant une vaccination,
- suggestions hypnotiques lors de la pose d'une sonde vésicale pour cystographie...

L'information et la préparation de l'enfant et de sa famille sont indispensables : un enfant correctement informé et préparé à une chirurgie ou un soin est moins anxieux et ses besoins antalgiques diminuent.

La qualité relationnelle entre patients et soignants contribue au succès des stratégies antalgiques.

Une réflexion sur l'organisation des soins est fondamentale : la réduction de la fréquence de certains examens systématiques (bilans sanguins...), de certaines pratiques (diminution des adhésifs...), l'utilisation de moyens alternatifs non invasifs, l'anticipation ainsi que la mise en place de protocoles sont des éléments décisifs pour obtenir un contrôle optimal de la douleur.

Ces recommandations concernent les traitements médicamenteux ; les traitements non pharmacologiques sont souvent complémentaires voire plus efficaces dans certaines douleurs, en particulier chroniques.

## **Bibliographie(**

- 1) FOURNIER-CHARRIERE E. Auto-évaluation de la douleur en pédiatrie : quelle échelle choisir selon la situation ?

Centre national de ressources de lutte contre la douleur. Juin 2004

- 2) HESTER N.O., FOSTER R., KRISTENSEN K. Measurement of pain in children : generazability and validity of the pain ladder and the poker chip tool. Adv Pain Res Ther 1990 ; 15 : 79-84.
- 3) REID G.J., GILBERT C.A. ET MCGRATH PJ. The Pain Coping Qestionnaire : preliminary validation. Pain 1998 ; 76 : 83-96.
- 4) FOURNIER-CHARRIERE E. Hétéro-évaluation de la douleur en pédiatrie : quelle échelle choisir selon la situation ?

Centre national de ressources de lutte contre la douleur. Juin 2007

- 5) ANAES. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans : texte des recommandations. Publication ANAES, Paris 2000, 20 p [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).
- 6) FOURNIER-CHARRIÈRE E, REITER F, LASSAUGE F, TOURNIAIRE B, RICARD C, CARBAJAL R, FALISSARD B, DESCOT C, CIMERMAN P, TURQUIN P, NOUYRIGAT V, Validation de l'échelle EVENDOL, une échelle comportementale de douleur pour l'enfant de moins de 6 ans aux urgences pédiatriques. Arch Pediatr 2006 : 13, 922, P130.
- 7) COLLIGNON P., GUISIANO B., COMBES J.C., La douleur chez l'enfant polyhandicapé. In : ECOFFEY C., MURAT I. La douleur chez l'enfant : Flammarion Med Sci, Paris, 1999 : 174-178.
- 8) AFSSAPS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aigue et chronique chez l'enfant – recommandations de bonne pratique. Septembre 2009.

(Echelle validée

**EVENDOL : échelle pour évaluer la douleur de l'enfant de moins de 7 ans aux urgences**

C'est l'échelle recommandée pour évaluer la douleur de l'enfant de moins de 7 ans aux urgences.

- **Âge d'utilisation** : de la naissance à 7 ans.
- **Lieu d'utilisation** : service d'urgences.
- **Type de douleur évalué** : tout type de douleur (aiguë ou prolongée).
- **But** : évaluer la douleur à l'arrivée, en dehors de tout soin, afin de déterminer si l'enfant a besoin d'emblée d'un antalgique.
- **Score** : de 0 à 15.
- **Nombre d'items** : 5 items comportementaux simples.
  - o Expression vocale ou verbale pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal
  - o Mimique a le front plissé, et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée

- o Mouvements, s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe
- o Positions, a une attitude inhabituelle et/ou antalgique, et/ou se protège et/ou reste immobile
- o Relation avec l'environnement peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage
- **Cotation** : pour chaque item, 4 cotations possibles, tenant compte à la fois de l'intensité et de la permanence du signe pendant le temps d'observation.
  - o 0 = signe absent
  - o 1 = signe faible ou passager
  - o 2 = signe moyen ou environ la moitié du temps
  - o 3 = signe fort ou quasi permanent
- **Deux temps d'observation nécessaires** :
  - o à l'arrivée de l'enfant, à "distance", en dehors de tout soin ou approche anxiogène, par exemple en salle d'attente ;
  - o lors de l'examen ou de la mobilisation de la zone présumée douloureuse.
- **Seuil de prescription** : 4/15.
- **Spécificité** : mesure de la douleur aux urgences. Le choix des items permet d'observer une augmentation du score avec l'intensité de la douleur qu'il s'agisse de douleur aiguë (pleurs, mimique, agitation, raideur, geste de protection, inconsolabilité) ou de douleur prolongée avec atonie psychomotrice (raideurs, immobilité, refus de s'intéresser à l'entourage).
- **Avantages** : c'est une échelle comportementale simple et rapide d'emploi, valable à tout âge jusqu'à l'âge de l'auto-évaluation, et pour tout type de douleur.
- **Inconvénients** : il est nécessaire d'évaluer à 2 temps pour décider de l'antalgique (sauf si l'enfant a une douleur majeure dès le premier temps d'observation).
- **Validation** : excellents critères de validité lors de l'étude dans 4 centres d'urgences pédiatriques. Excellente corrélation entre les différents cotateurs

#### Grille DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy)

**Gauvain-Piquard A., Rodary C., Lemerle J.**(Une échelle d'évaluation de la douleur du jeune enfant.(*Journées parisiennes de pédiatrie*, 1991 : 95-100)((**Gauvain-Piquard A., Rodary C., Rezvani A., Serbouti S.** (Development of the DEGR : a scale to assess pain in young children with cancer.(*Eur J Pain*, 1999, 3 : 165-76)((**Âge d'utilisation** : élaborée pour l'enfant de 2 à 6 ans. Utilisable de 9 mois à 10 ans.

**Type de douleur évaluée** : douleur "prolongée" chez l'enfant. Cette échelle a été élaborée pour l'enfant

cancéreux et nous conseillons de l'utiliser dans toute situation de douleur prolongée.

**Items (10 items de comportement et de plaintes) :** la cotation se réfère à l'état de l'enfant durant les **4 dernières heures**. En cas de variation durant cette période, il faut tenir compte de l'intensité maximale des signes. La cotation se fait pour chaque item selon le modèle général suivant :

- 0 : absence du signe
- 1 : doute sur la présence du signe observé
- 2 : signe présent mais discret
- 3 : signe évident
- 4 : massif

**Score :** de 0 à 40.

**Seuils de prescription :** 10/40.

**Avantages :** c'est la qui permet de coter au mieux la douleur prolongée. Même lorsque l'on utilise d'autres échelles, il est important d'avoir en tête les 3 items de la DEGR qui cotent l'atonie : *Manque d'expressivité, Désintérêt pour le monde extérieur, Lenteur et rareté des mouvements*. C'est une échelle validée. (Cette échelle permet d'obtenir, en plus du score total, 3 sous-scores :

- les signes directs de la douleur (SDD) ;
- l'expression volontaire de la douleur (EVD) ;
- l'atonie psychomotrice (APM).

**Inconvénients :** échelle longue à remplir, c'est pourquoi une échelle raccourcie et simplifiée (HEDEN) a été élaborée et validée .

---

**Mc Grath et al.**(CHEOPS : a behavioral scale for rating postoperative pain in children.(*Advances in Pain Research and Therapy* 1985, vol 9 : 395-402.

- **Âge d'utilisation :** élaborée pour l'enfant de 1 à 7 ans.
- **Type de douleur évalué :** douleur postopératoire et celle provoquée par les soins.
- **Items :** corporels.
- **Score :** de 4 à 13.
- **Seuils de prescription :** un enfant calme non douloureux est coté à 4/13. Un total dépassant le **chiffre 8** nécessite une thérapeutique antalgique.

• **Avantages** : cette échelle est simple à remplir.(Elle est très utilisée en Amérique du Nord pour évaluer la douleur en postopératoire. C'est l'outil le plus souvent utilisé pour coter l'intensité de la douleur provoquée (réalisation de gestes douloureux).

• **Inconvénients** : si l'enfant est attaché, les 3 derniers items sont cotés au maximum. Il faut détacher l'enfant pour le coter.(L'absence de douleur correspond à un score de 4 et non de 0, ce qui perturbe souvent l'interprétation des résultats. (Un enfant prostré, immobile sera sous-évalué.

•

a) Evendol

b) DEGR

c) Echelle des visages

—

## EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

Mots clés : douleur-enfant-évaluation - traitement

### QCM

1) A partir de quel âge, l'auto-évaluation de la douleur est-elle possible ? :

a) 4 ans

b) 6 ans

c) 8 ans

2) Parmi les échelles suivantes d'évaluation de la douleur, cocher les échelles d'hétéro évaluation :

a) Evendol

b) DEGR

c) Echelle des visages