

Prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant

C'est à la demande de la Direction générale de la santé que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a élaboré, en mars 2000, des recommandations en matière de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. L'occasion de dresser un état des lieux des moyens d'identification et des outils d'évaluation de la douleur aiguë, des moyens de lutte existants pour la traiter et des stratégies proposées lors de pathologies pédiatriques courantes, de traumatisme récent ou de douleur exogène provoquée par les soins.

POSITION DU PROBLÈME

Parce que dès sa naissance l'enfant ressent la douleur, il est nécessaire de savoir l'évaluer pour mieux la prendre en charge. En effet, il existe des obligations éthiques et légales de soulager cette douleur qui peut avoir des conséquences néfastes sur l'enfant. La limite

d'âge inférieure retenue par le groupe de travail a été de 1 mois, considérant que l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur en néonatalogie devaient faire l'objet d'un travail spécifique.

Le terme de douleur aiguë renvoie à 3 notions différentes :

intensité, brutalité, caractère qualitatif. Les experts ont défini la douleur aiguë comme une sensation cuisante qui s'inscrit dans un tableau d'évolution rapide (définition adoptée par la circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999).

LES PALIERS THÉRAPEUTIQUES DE L'OMS

Les antalgiques ayant une AMM en pédiatrie 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 n'existe pas d'antalgique de palier II ayant une AMM chez l'enfant de moins de 1 an et aucun antalgique de palier III per os entre la naissance et l'âge de 6 mois.

TYPES DE DOULEUR PRIS EN COMPTE

■ **Les douleurs aiguës** considérées par le groupe de travail sont les suivantes :

- **traumatiques** (fracture et rééducation) ;
- **des brûlés** ;
- **dues à des gestes invasifs**

(prélèvements sanguins, injections...)

• **postopératoires de la chirurgie de jour** (extractions dentaires, amygdalectomie, chirurgie du strabisme...)

• **dues aux pathologies médi-**

cales (otites, gingivo-stomatites, pharyngites, angines).

■ **Le terme ambulatoire** inclut les soins réalisés à domicile, en consultation libérale ou hospitalière, aux urgences et en hôpital de jour.

LES GRANDS AXES DES RECOMMANDATIONS

■ **La première partie du travail de l'Anaes** porte sur l'évaluation de la douleur chez le jeune enfant, souvent difficile à apprécier par les soignants. Différents outils d'auto-évaluation,

adaptés selon l'âge des enfants, sont présentés dans les recommandations, ainsi que différentes échelles d'hétéro-évaluation, outils complémentaires et seuls possibles quand l'enfant

ne peut s'auto-évaluer (en dessous de 4 ans).

■ **La deuxième partie** porte sur la prise en charge thérapeutique en fonction de l'âge de l'enfant et des pathologies.

Les règles d'évaluation de la douleur aiguë de l'enfant

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 traitée lorsqu'elle est évaluée initialement et quand le traitement est régulièrement réexaminé. Simples d'utilisation, les outils d'évalua-

tion de l'intensité de la douleur peuvent être remis aux parents afin de leur permettre 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.

■ **Chez l'enfant de plus de 6 ans,**

l'auto-évaluation a montré d'excellentes qualités métrologiques. Elle peut, de ce fait, être utilisée en toute confiance, sous réserve d'explications adaptées au niveau de compréhension de l'enfant. L'échelle visuelle analogique (EVA) est considérée comme

Prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant...

l'outil d'auto-évaluation de référence dans cette classe d'âge (cotation de 0 à 10). Toutefois, l'auto-évaluation peut se faire aussi à l'aide d'autres outils : échelle de 4 jetons, échelle de 6 visages, localisation de la douleur sur un schéma...

■ **Chez l'enfant entre 4 et 6 ans**, l'auto-évaluation peut être tentée. L'EVA est alors utilisée 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.

■ **Chez l'enfant de moins de 4 ans** (ou l'enfant momentanément ou définitivement démuné de moyens de communication suffisants), l'évaluation repose principalement sur

l'observation de son comportement (hétéro-évaluation). 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 telles que :

- l'échelle d'Amiel-Tison inversée chez l'enfant âgé de 1 mois à 3 ans;
- l'échelle OPS (*Objective pain scale*) à partir de l'âge de 2 mois;
- l'échelle CHEOPS (*Children's hospital of eastern Ontario pain scale*) de 1 à 6 ans pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité de la douleur postopératoire immédiate;
- la NFCS (*Neonatal facial coding system*) abrégée, jusqu'à 18 mois

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

- l'échelle DEGR® (Douleur enfant Gustave-Roussy) peut être utilisée entre 2 et 6 ans pour l'évaluation d'une douleur aiguë évoluant depuis plusieurs heures. Il est également possible d'utiliser une appréciation générale du comportement de l'enfant et de l'existence d'une perturbation de ses activités de base de l'enfant;
- enfin, 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.

Dans tous les cas, il faut souligner que, lors du suivi, les évaluations doivent préférentiellement être réalisées avec le

LES MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES

• **La douleur peut être traitée**, outre les antalgiques, par des moyens non pharmacologiques (distraction, relaxation, hypnose). De plus, la présence et le rôle des parents sont des éléments d'aide à la prise en charge du phénomène douloureux.

• **Il est donc souhaitable que les parents conservent avec leur enfant un contact physique et oral**, chaleureux, distrayant et rassurant, lors de tout acte de soins potentiellement douloureux.

• **Enfin, 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 la prise en charge de sa pathologie.

Les règles de prise en charge de la douleur chez l'enfant

■ **L'objectif immédiat du traitement antalgique** est de ramener, si possible, l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur l'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 la douleur :

- **une douleur légère** sera traitée en première intention par un antalgique de palier 1;
- **une douleur modérée** sera traitée en première intention par un antalgique de palier 1 ou 2;
- **une douleur intense** sera traitée en première intention par un antalgique de palier 2 ou 3;
- **une douleur très intense** sera traitée en première intention

par un antalgique de palier 3.

■ **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 supérieure à 3/10, une intensification du traitement antalgique doit alors 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 et 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 et une information détaillée concernant les modalités du soin et la programmation de l'analgésie doit être donnée à l'enfant et à sa famille.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



Texte issu des recommandations faites en mars 2000 par l'Anaes et accessibles dans leur intégralité sur le site : www.anaes.fr

