

WELSCH Stéphanie

Promotion 2006 – 2009

# Nos écrits au cœur d'une prise en charge efficace de la douleur chez le nourrisson



L'incidence des transmissions

ciblées de qualité sur

le soulagement d'une douleur

liée à une pathologie

chez un nourrisson.



WELSCH Stéphanie

Promotion 2006 – 2009

# **Nos écrits au cœur d'une prise en charge efficace de la douleur chez le nourrisson**

**L'incidence des transmissions ciblées de qualité sur le soulagement  
d'une douleur liée à une pathologie chez un nourrisson.**

Institut de Formation en Soins Infirmiers,  
C.H.R. Metz-Thionville,  
Groupement des hôpitaux de Metz.

## Remerciements

Ce travail n'aurait pu aboutir sans de nombreuses collaborations.

Je tiens à remercier :

- ❖ Toute l'équipe de formation pour les connaissances qu'ils m'ont transmises. Je remercie, plus particulièrement, Melle Meyers, ma guidante de travail de fin d'étude, qui m'a accompagné et a contribué à l'enrichissement de ce mémoire par sa compétence et son expérience.
- ❖ Les cadres de santé des services de pédiatrie et d'urgences pédiatriques des hôpitaux qui ont eu la gentillesse de m'ouvrir les portes de leurs services.
- ❖ Les infirmières et puéricultrices de ces services qui m'ont toujours accueilli chaleureusement.
- ❖ Ma famille et mes ami(e)s pour leur aide et leur soutien ainsi que Nicolas, mon conjoint, pour sa présence si précieuse.

Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

<b>Introduction</b>	1
<b>Problématique</b>	2
<b>Pole Théorique</b>	4
<b>I. <u>LA DOULEUR</u></b>	4
A. Qu'est ce que la douleur ?	4
B. Physiopathologie de la douleur	4
C. Les différents types de douleur	4
D. Les différentes composantes de la douleur	4
<b>II. <u>LE NOURRISSON</u></b>	4
A. Qu'est ce qu'un nourrisson ?	4
B. Historique de la reconnaissance de la douleur chez le nourrisson	5
C. Capacités du nourrisson	5
D. Manifestations cliniques de la douleur chez le nourrisson	6
a. Indicateurs comportementaux	6
b. Indicateurs physiologiques	6
E. Impact de la douleur sur la qualité de vie du nourrisson	6

<b>III. <u>L'INFIRMIERE ET LA DOULEUR DU NOURRISSON</u></b>	<b>7</b>
<b>A. Evaluation de la douleur chez le nourrisson</b>	<b>7</b>
a. Auto-évaluation	7
b. Hétéro-évaluation	8
<b>B. Traitement de la douleur</b>	<b>8</b>
a. Traitements médicamenteux	8
b. Moyens non médicamenteux	8
<b>C. Législation</b>	<b>8</b>
a. Le Code de la Santé Publique	8
b. Charte de l'enfant hospitalisé	9
c. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur	9
d. Recommandations de la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation et la certification des établissements de soins	9
<b>IV. <u>LES TRANSMISSIONS INFIRMIERES</u></b>	<b>10</b>
<b>A. Les transmissions écrites</b>	<b>10</b>
a. Définition	10
b. Critères de qualités	10
c. Buts d'une transmission écrite	11
<b>B. Les transmissions orales</b>	<b>11</b>
<b>C. Législation</b>	<b>11</b>

<b>Travail d'analyse</b>	12
<b>I. <u>METHODOLOGIE</u></b>	12
A. Outil choisi	12
B. Objectifs de l'outil	12
C. Situations étudiées	13
D. Lieux d'enquête	13
E. Déroulement de l'enquête	13
F. Difficultés rencontrées	13
<b>II. <u>ANALYSE DES TRANSMISSIONS CIBLEES</u></b>	14
A. Définition	14
B. Critères de qualité des transmissions ciblées	14
○ La cible	15
○ Les données	15
❖ <i>La description de la douleur</i>	15
❖ <i>Les manifestations de la douleur</i>	16
❖ <i>L'impact de la douleur</i>	16
❖ <i>L'évaluation de la douleur</i>	17
○ Les actions	18
○ Les résultats	18
C. Objectifs et résultats du travail d'analyse	19
<b>Conclusion</b>	20
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	

« Je suis particulièrement attaché à ce que vous preniez toutes les mesures nécessaires pour que la douleur des malades soit réellement et efficacement prise en charge »<sup>1</sup>. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la Santé, tenait ces propos lorsque la douleur a été déclarée grande cause nationale.

Même si un monde sans douleur paraît utopique, nous nous devons en tant que professionnels de santé de mettre en œuvre une prise en charge efficace visant au soulagement de la douleur.

A l'heure actuelle, il existe encore de nombreuses personnes pensant qu'un nourrisson ne peut pas ressentir la douleur. Or il a été démontré, non seulement que les enfants de cet âge peuvent souffrir, mais en plus que cette souffrance peut avoir des conséquences physiologiques et psychologiques néfastes sur ces derniers.

Il est donc, aujourd'hui, impératif que la douleur des nourrissons, qu'elle soit minime ou importante, soit détectée et prise en charge.

Il paraît évident qu'un nourrisson ne peut s'exprimer verbalement à ce sujet ; mais la douleur se manifeste autrement. Il est désormais possible d'évaluer adéquatement la douleur du nourrisson ; il existe des grilles d'hétéro-évaluation de la douleur basée essentiellement sur l'observation du comportement de l'enfant. Cet outil est utilisable par tous les professionnels de santé.

L'infirmière travaillant en service pour enfants tient un rôle prépondérant dans la prise en charge de la douleur. C'est elle qui, étant auprès du nourrisson, pourra identifier la douleur et l'évaluer.

Elle éclairera le médecin par la retranscription de ses observations dans le dossier de soins infirmiers, ce qui permettra d'adopter un traitement antalgique efficace. Ses écrits indiqueront également à l'ensemble de l'équipe paramédicale, les échecs et réussites des tentatives non médicamenteuses de soulagement de la douleur.

Ainsi, mon étude tend à démontrer que la qualité des transmissions ciblées infirmières concernant la douleur chez le nourrisson est au cœur d'une prise en charge efficace de cette souffrance.

---

<sup>1</sup> Michel, AUBERT, Jean-Pierre, CARPENTIER, *Urgences, réanimation, transfusion sanguine*, Paris, Masson, 2005, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, p.245.

# Problématique

---

Etudiante en soins infirmiers, je suis amenée à effectuer de nombreux stages afin d'acquérir les fondements même de mon futur métier. Au cours de l'un d'entre eux, en service de pédiatrie, j'ai rencontré une situation m'a amenée à me poser beaucoup de questions sur la prise en charge de la douleur.

La situation est la suivante :

Samy a deux mois. Il est né au Maroc et vient d'arriver en France. Nous n'avons pas d'informations sur sa naissance et il ne dispose pas de carnet de santé. Il est hospitalisé dans le service pour pleurs et refus alimentaire. Cliniquement, c'est un enfant qui se positionne en arc de cercle, a des sueurs profuses et bloque sa respiration au moment des douleurs. Il dort peu et ne boit que de très petites quantités de lait de ses biberons.

A son arrivée, le premier traitement mis en place est un antalgique de palier 1 en suppositoire. Le traitement ne semble pas le soulager. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que le traitement est changé pour un antalgique de palier 2 qui semble n'apaiser que momentanément la douleur du nourrisson. Il faudra encore quelques jours de plus avant de trouver un traitement qui soulagera de façon significative l'enfant ; il s'agit d'un traitement anticonvulsivant.

Dans un premier temps, je me demandais comment améliorer la prise en charge de la douleur chez l'enfant ? Cependant ce sujet était encore bien trop vaste et ne pointait pas assez la profession infirmière.

En analysant plus précisément cette situation, j'ai pu relever le fait que, tout au long de la prise en charge de ce nourrisson, très peu de transmissions écrites dans le dossier de soins infirmiers n'avaient été faites concernant la douleur. Celles présentes prennent alors la forme d'une cible souvent intitulée douleur ou surveillance, les données sont absentes et les actions notées sont celles effectuées sur prescription médicale. Le résultat des actions n'est que très rarement noté dans le dossier de soins et le réajustement est absent. De la même façon les transmissions orales concernant la douleur n'étaient, certes, pas absentes mais peu étoffées (ne reprenant que les actions sur prescription médicale mais en précisant le résultat obtenu). Aussi, j'en suis venue à me demander si les transmissions infirmières ont influées sur le temps écoulé avant de trouver une antalgie adaptée dans cette situation ?

Afin de mener mon travail de recherche sur le terrain, il est paru évident que l'évaluation des transmissions écrites serait bien plus aisée que celle des transmissions orales.

L'intervalle de temps où l'on qualifie l'enfant de nourrisson s'étale de 1 mois à 2 ans. J'ai choisi cette tranche d'âge pour mon étude car c'est une période où l'enfant ne possède pas ou ne maîtrise pas complètement le langage verbal ce qui rend l'évaluation de la douleur plus subjective sans outil approprié.

Notons que la prévention de la douleur en service est de qualité. De plus, dans le cas de la situation que je vous ai décrite ; la douleur est déjà installée ; il ne s'agit plus de la prévenir mais de la soulager. Mon travail porte donc sur la prise en charge de la douleur chez le nourrisson dans le cas particulier où l'étiologie de la douleur n'est pas encore déterminée. On peut alors se demander : en quoi des transmissions ciblées de qualité jouent-elles un rôle dans le soulagement de la douleur liée à une pathologie en attente de diagnostic chez un nourrisson ?

Lorsque l'on traite une hyperthermie, on ne connaît pas d'emblée l'étiologie de celle-ci et pourtant le traitement reste le même : des antipyrétiques. Il faudra toutefois éliminer la cause de l'hyperthermie ; pouvant être une infection par exemple, auquel cas on emploiera des antibiotiques. De façon similaire, je pense que la douleur se traite systématiquement par des antalgiques mais qu'il faudra évidemment supprimer la cause de celle-ci. Aussi, que l'on sache où non l'origine de la douleur, dans un premier temps le but sera toujours le même : soulager la douleur.

J'en suis donc venu à m'interroger ainsi :

Quelle est l'incidence des transmissions ciblées de qualité sur le soulagement de la douleur liée à une pathologie chez un nourrisson ?

## I. LA DOULEUR

### A. Qu'est ce que la douleur ?

L'International Association for the Study of Pain définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion* »<sup>2</sup>. Cette définition dégage l'idée que la douleur est vécue physiquement mais aussi psychiquement. Elle précise que la douleur peut être présente sans qu'il y ait une réelle atteinte physique.

### B. Physiopathologie de la douleur

Le point de départ de la douleur est un stimulus. Par une suite de phénomènes dont l'action de plusieurs neurotransmetteurs, il y a création puis transmission de potentiels d'action qui vont remonter jusqu'au cerveau. Puis, arrivés au cortex cérébral, ils vont permettre la localisation et l'identification du stimulus douloureux. Enfin, un nouveau potentiel d'action moteur quitte le cerveau et va provoquer à son arrivée une réaction au stimulus de départ<sup>3</sup>.

### C. Les différents types de douleur

On reconnaît classiquement quatre types de douleur : les douleurs nociceptives, neuropathiques, psychogènes et idiopathiques<sup>4</sup>.

### D. Les différentes composantes de la douleur

Les différentes composantes de la douleur sont de types sensorielles, affectivo-émotionnelles, cognitives et comportementales<sup>5</sup>.

## II. LE NOURRISSON

### A. Qu'est ce qu'un nourrisson ?

Chez l'être humain, le terme de nourrisson désigne la période entre l'âge de un mois et deux ans.

---

<sup>2</sup>Loc. cit.

<sup>3</sup> Voir annexe I, p.II.

<sup>4</sup> Voir annexe I, p.V.

<sup>5</sup> Voir annexe I, p.VI.

## B. Historique de la reconnaissance de la douleur chez le nourrisson

Longtemps, le nourrisson a été considéré comme incapable de ressentir la douleur car immature sur le plan neurophysiologique. En effet, à la naissance, les fibres nerveuses du bébé ne sont pas encore entourées de myéline. Cependant, il existe des fibres non myélinisées qui transmettent la douleur vers le cerveau. Ce n'est que récemment que cette incohérence fut relevée. Les avancées scientifiques nous ont apporté la preuve que le nourrisson, le nouveau-né et même l'enfant né prématurément peuvent ressentir la douleur<sup>6</sup>.

## C. Capacités du nourrisson en regard de la douleur

Le nourrisson est doté de compétences étonnantes ne cessant de nous émerveiller. La capacité nous intéressant ici, est celle à ressentir la douleur car celle-ci peut être ressentie dès 24 semaines de vie intra-utérine.

Notons qu'il s'écoule toujours quelques secondes entre le geste douloureux et le début des pleurs. « *Le temps de latence observé correspond à la lenteur de conduction nerveuse, elle-même liée à l'immaturité du système nerveux* »<sup>7</sup>. Il faudra attendre que les nerfs soient entièrement recouverts de myéline pour que l'enfant réagisse immédiatement au stimulus douloureux et ce vers la fin de la deuxième année. De ce fait, un bébé peut percevoir la douleur ; la seule différence avec un enfant plus grand réside dans le temps de réponse.

Par ailleurs, selon Anna Freud<sup>8</sup>, l'enfant vient au monde avec des sensations indifférenciées (faim, froid, chaud, douleurs, etc.). « *Ce n'est qu'en interaction qu'il apprendra à différencier la douleur* »<sup>9</sup> des autres sensations. Dès l'âge de 6 mois, on constate que la peur est augmentée dans les phénomènes douloureux. « *Dès 1 an, l'enfant peut localiser sa douleur* ». Vers 18 mois : des mots sont utilisés à la verbalisation de la douleur (« ouille », « bobo », ...). « *Dr. Patrick J. McGrath*<sup>10</sup> affirme qu'à l'âge de 18 mois, l'enfant est capable de stratégies sophistiquées pour lutter contre la douleur »<sup>11</sup>. « *Il faudra attendre sa 6ème année pour le voir apte à parler de son intensité* »<sup>12</sup>.

---

<sup>6</sup> Voir annexe II, p.VII.

<sup>7</sup> Marie, THIRION, *Les compétences du nouveau-né*, Paris, Albin Michel, 2002, p.173.

<sup>8</sup> Anna Freud (1895-1982) est une psychanalyste autrichienne. Elle s'est tout particulièrement intéressée à la psychanalyse des enfants.

<sup>9</sup> Pascale, SPICHER, URL : <http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=SpicherP.pdf>, « *Le phénomène de la douleur chez l'enfant - Thèse de doctorat présentée devant la Faculté des lettres de l'Université de Fribourg en Suisse* », 26/02/2009.

<sup>10</sup> Dr. Patrick J. McGrath est un professeur de pédiatrie aux Etats-Unis. Il est reconnu mondialement comme expert dans les domaines du diagnostic et du traitement de la douleur chez les enfants

<sup>11</sup> *Loc. cit.*

<sup>12</sup> *Loc. cit.*

Enfin, le nourrisson possède des capacités mnésiques surprenantes : des études montrent que « *le bébé réagirait plus intensément à la deuxième expérience douloureuse identique* »<sup>13</sup>.

#### **D. Manifestations cliniques de la douleur chez le nourrisson**

##### **a. Indicateurs comportementaux**

On peut retrouver différents types d'indicateurs comportementaux chez un nourrisson qui souffre: pleurs, froncement des sourcils, contraction des paupières, accentuation du sillon naso-labiale, visage crispé ou alors prostré, figé, visage violacé, agitation, crispation des extrémités, raideur des membres, hypertonie ou atonie psychomotrice, sommeil agité ou absent, inconsolable, refus alimentaire, sociabilité absente ou difficile à obtenir etc... Certaines de ces manifestations ne sont pas proportionnelles à l'intensité de la douleur mais la conséquence du désir de l'enfant à protester.

N'oublions pas que les parents sont ceux qui connaissent le mieux le comportement habituel de l'enfant.

##### **b. Indicateurs physiologiques**

L'existence d'indicateurs physiologiques permet d'identifier la douleur de l'enfant mais n'en est pas spécifique. Ainsi, lors d'un épisode douloureux nous pourrions observer une augmentation de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire (marqueur le plus significatif), de la pression artérielle, de la pression intracrânienne, une diminution de la saturation en oxygène ou encore une sudation palmaire.

#### **E. Impact de la douleur sur la qualité de vie du nourrisson**

Lors de douleurs intenses, on retrouve un impact considérable sur le fonctionnement physiologique du nourrisson. Ainsi, on observera des perturbations à type d'atonie, anxiété, hostilité, mauvaise coopération aux soins, insomnie, anorexie etc... Sans être assez nocives à elles seules, ces perturbations ont des effets secondaires en cascade. De la sorte, l'anorexie entraînera, une perte de poids et de tonus et ainsi un retard staturo-pondéral.

---

<sup>13</sup> URL : [http://www.pediadol.org/article.php3?id\\_article=491](http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=491), « *Pediadol > Douleur et dépression du nourrisson et du très jeune enfant* », 20/02/2009.

Par ailleurs, le nourrisson ne connaît pas les limites de son corps et « *tout mal être est attribué à l'entourage* »<sup>14</sup>. Ainsi, sur le plan relationnel, « *la douleur joue le rôle de corps étranger psychique, provoquant de graves perturbations entre lui et ses parents* »<sup>15</sup>.

« *Chez des enfants âgés de 6 à 24 mois, on a pu observer une construction défaillante du schéma corporel. L'enfant « oublie » la partie de son corps qui lui fait mal. Il ne l'utilise pas ou plus, et l'absence d'apprentissages nécessaires à son développement laisse la construction du schéma corporel amputée d'une partie plus ou moins grande* »<sup>16</sup>.

N'oublions pas que certaines études sur les nourrissons et nouveaux nés « *ont mis en évidence une augmentation de la morbidité et de la mortalité lorsque la douleur est mal prise en compte. [...] Un arrêt cardiaque, par exemple, est susceptible de survenir lors d'une douleur syncopale* »<sup>17</sup>.

### **III. L'INFIRMIERE ET LA DOULEUR DU NOURRISSON**

#### **A. Evaluation de la douleur chez le nourrisson**

Le nourrisson ne possède ou ne maîtrise pas encore complètement le langage verbal. Ainsi, l'enfant ne peut exprimer verbalement sa douleur. L'évaluation de celle-ci ne peut donc reposer sur ses dires mais sur un outil d'évaluation.

Les échelles d'évaluation permettent « *de quantifier la douleur, de la mesurer objectivement, de sortir du débat : « je crois ou je ne crois pas que l'enfant à mal », d'apprécier l'évolution de la douleur après la mise en route d'un traitement, d'avoir un langage commun entre professionnels de santé à l'intérieur d'une équipe et d'une équipe à l'autre, d'aider au diagnostic* »<sup>18</sup>. Il existe deux principes d'évaluation de la douleur : l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation.

#### **a. Auto-évaluation**

L'auto-évaluation repose sur les dires de l'enfant. Notons que l'échelle visuelle analogique n'est utilisable qu'à partir de l'âge de 5 ans et l'échelle numérique simple à partir de 8 ans. Je ne détaillerai pas plus ce procédé puisque dans le cas d'un nourrisson il est inutilisable.

---

<sup>14</sup> URL : [http://www.cnr.fr/article.php3?id\\_article=159](http://www.cnr.fr/article.php3?id_article=159), « CNRD > Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur > Développement cognitif de l'enfant et douleur », 26/10/2008.

<sup>15</sup> *Loc. cit.*

<sup>16</sup> Pascale, SPICHER, *op. cit.*, p.5.

<sup>17</sup> Louis, BRASSEUR (dir.1), Richard, TREVES (dir.2), et Eric, BOCCARD (dir.3), *Utilisation de la morphine dans les douleurs aiguës*, Rueil-Malmaison, Institut UPSA de la douleur, 2006, p.97.

<sup>18</sup> URL : [http://pediadol.org/article.php3?id\\_article=142](http://pediadol.org/article.php3?id_article=142), « Pédiadol > Qui, quand, pourquoi évaluer ? », 26/10/2008.

## b. Hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation comportementale est une évaluation faite par quelqu'un d'autre (potentiellement l'infirmière). Elle repose sur des outils tels que les échelles d'évaluation.

Il existe de nombreuses échelles pour évaluer la douleur. Je ne citerai ici que celles pouvant être employée ou adaptée à la situation de ma problématique (pour un nourrisson et pour une douleur non liée aux soins). J'ai retenu les échelles : Evendol, Amiel-Tison, Neonatal Facial Coding System, Echelle de Douleur et d'Inconfort du nouveau né, Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy et Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale (Cheops)<sup>19</sup>.

## B. Traitement de la douleur chez le nourrisson

### a. Traitements médicamenteux

Il existe différents types de traitements médicamenteux. Un premier type de traitement concerne les douleurs nociceptives et un second, les douleurs neuropathiques<sup>20</sup>.

### b. Traitements non médicamenteux

Tout aussi important que les traitements médicamenteux, ils existent des moyens de soulagement de la douleur dépendants du rôle propre de l'infirmière.

Ainsi, une installation de qualité apporte à l'enfant un confort non négligeable. Le bruit et la lumière pouvant être source de stress sont à prendre en compte. De plus, le toucher et l'odeur de la mère, ainsi que la présence du « doudou » pourront être un plus dans l'amélioration du confort du nourrisson. Enfin, il est important de ne pas surajouter à la douleur du nourrisson par des agressions provoquées par nos soins<sup>21</sup>.

## C. Législation

### a. Le Code de la Santé Publique

Le Code de la santé publique stipule dans l'article L.1110-5 que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* »<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Voir annexe III, p.X.

<sup>20</sup> Voir annexe IV, p.XXIII.

<sup>21</sup> Voir annexe IV, p.XXV.

<sup>22</sup> URL : [http://www.aphp.fr/site/droits/droits\\_specifiques.htm](http://www.aphp.fr/site/droits/droits_specifiques.htm), « *Droits du patient > Vos droits > Des droits spécifiques* », 26/12/2008.

Les articles R4311-1 à R4311-15 du Code de Santé Publique sont relatifs aux règles d'exercice de la profession d'infirmière.

L'article R.4311-2 précise que les soins infirmiers ont pour objet la prévention, l'évaluation et le soulagement de la douleur. L'article R.4311-3 note, quant à lui, que l'infirmière peut poser un diagnostic infirmier en lien avec la douleur. De plus, l'article R.4311-5 précise que l'infirmière peut accomplir sur rôle propre l'évaluation de la douleur. Enfin, l'article R.4311-8 stipule que l'infirmière peut administrer un traitement antalgique dans le cadre d'un protocole préétabli<sup>23</sup>.

#### b. Charte de l'enfant hospitalisé

La Charte de l'enfant hospitalisé est un texte de référence affichée dans les services pour enfants. Son article 5 stipule qu'on tentera d'éviter les agressions physiques ou émotionnelles de la douleur<sup>24</sup>.

#### c. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

La loi du 4 mars 2002 reconnaît la prise en charge de la douleur comme un droit fondamental du patient. Ainsi, le gouvernement a matérialisé plusieurs plans d'action dont le plan actuel d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010.

Ce plan définit quatre axes prioritaires dont un nous intéresse particulièrement : l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez l'enfant<sup>25</sup>.

#### d. Recommandation de la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation et la certification des établissements de santé

La Haute Autorité de Santé dans le cadre de l'accréditation et de la certification des établissements de soins précise que « *les douleurs aiguës et chroniques sont systématiquement recherchées et mesurées, [...], la mesure de la douleur est notée dans le dossier du patient [...], du matériel est éventuellement à la disposition des services (réglettes) pour cette évaluation [...], les résultats de la prise en charge thérapeutique de la douleur sont évalués* »<sup>26</sup>.

Ainsi, la capacité même d'un hôpital à prendre en charge la douleur est évaluée dans le cadre des procédures d'accréditation et de certification des établissements de santé.

---

<sup>23</sup> Voir annexe V, p.XXVIII.

<sup>24</sup> Voir annexe V, p.XXX.

<sup>25</sup> Voir annexe V, pXXXI.

<sup>26</sup> URL : <http://www.pediadol.org/les-directives-ministerielles-la-legislation.html>, « *Pédiadol > Les directives ministérielles, la législation* », 16/01/2009.

## IV. LES TRANSMISSIONS INFIRMIERES

### A. Transmissions écrites

#### a. Définition

« C'est le compte rendu des actions réalisées auprès du patient et des événements significatifs survenus chez la personne soignée (et sa famille) concernant ses états physique et psychologique »<sup>27</sup>.

#### b. Critères de qualité

Les transmissions doivent répondre à des critères de qualité pour pouvoir être utilisées de tous. Elles doivent être « lisibles, claires, complètes, précises, pertinentes, datées et signées. Elles doivent être structurées par des cibles avec les mentions : données, actions, résultats »<sup>28</sup>.

##### o La cible

La cible est un énoncé très précis qui attire l'attention par rapport à ce qui se passe pour la personne soignée. C'est un événement significatif ou un diagnostic infirmier. Elle doit être « centrée sur la personne soignée, zoom sur un point particulier, donne une vision focalisée sur ce qui arrive ponctuellement à un patient et qui justifie une transmission et une explication »<sup>29</sup>. « Une cible n'est en aucun cas la transcription d'un acte infirmier ou d'un diagnostic médical »<sup>30</sup>. Ainsi, dans le cadre de la douleur, on retrouvera les diagnostics infirmiers « douleur aigue » ou « douleur chronique ».

##### o Les données

« C'est le fait très précis qui détaille la cible en vue d'une action réfléchie »<sup>31</sup>. Dans le cadre de la douleur chez le nourrisson, on retrouvera les manifestations et l'impact de la douleur chez celui-ci. La douleur sera quantifiée au moyen d'une échelle d'hétéro-évaluation adaptée que l'on mentionnera.

---

<sup>27</sup> Michel, VIDAILHET, Colette, VIDAILHET, et Marguerite, MARET, *Pédiatrie / Pédiopsychiatrie*, Paris, Masson, 2006, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, p.12.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 32.

<sup>30</sup> Martine, DUMETZ, « Les transmissions ciblées : un outil à privilégier dans l'organisation des soins, Les transmissions ciblées : une amélioration ? », *Le cahier du management, Objectifs soins*, n°72, février 1999, p.7.

<sup>31</sup> Béatrice, AMAR, Jean Philippe, GUEGEN, *Soins Infirmiers I. Concepts et théories, démarche de soins*, Paris, Masson, 2001, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, p.149.

### ○ **Les actions**

Elles concernent les soins effectués sur rôle propre ou sur prescription médicale, basés sur l'analyse de la situation par l'infirmière.

### ○ **Les résultats**

Ils sont la conséquence directe des actions entreprises. Ils précisent l'efficacité ou non de celles-ci. L'inefficacité des actions implique un réajustement de ces dernières. Dans le cadre de l'évaluation de la douleur, la mesure de l'efficacité des actions se juge avec la même échelle d'évaluation que celle utilisée pour quantifier la douleur dans les données.

### c. **Buts d'une transmission écrite**

Une transmission écrite permet : la planification et la continuité des soins, le contrôle de l'exécution des soins et l'évaluation de l'efficacité de ceux-ci. Elle permet également la visualisation de l'évolution des problèmes de santé ou événements particuliers, donc la traçabilité du suivi du patient. Elle mesure la charge de travail et valorise le travail infirmier.

## **B. Transmissions orales**

Les transmissions orales ou « relève infirmière » correspondent au moment où une équipe infirmière transmet de façon orale tout ce qui s'est passé à une équipe relais. N'intégrant pas ce que l'on appelle « transmissions ciblées » je ne détaillerai pas plus cet item ici.

## **C. Législation**

L'article R.4311-2 du Code de Santé Publique précise que l'infirmière est en mesure de « *concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles* »<sup>32</sup>. L'article R4311-3 stipule que l'infirmière peut poser « *un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue* »<sup>33</sup>.

Après avoir évalué la douleur, les résultats doivent être notés dans le dossier du patient pour que celui-ci puisse les retrouver. « *C'est une obligation [...]. C'est aussi un signe concret pour le patient que sa douleur est prise en compte* »<sup>34</sup>. Ainsi, il apparaît clairement que les transmissions ciblées infirmières sont un devoir professionnel<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, *Journal officiel* du 8 août 2004.

<sup>33</sup> *Loc. cit.*

<sup>34</sup> URL : [http://www.pediadol.org/article.php3?id\\_article=144](http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=144), « *Pédiadol > Que faire des résultats ?* », 26/10/2008.

<sup>35</sup> Voir annexe V, p.XXVIII.

## I. MÉTHODOLOGIE

### A. Outil choisi

J'ai choisi d'utiliser une grille d'observation comme outil d'investigation pour mes recherches<sup>36</sup>. Mon travail porte sur les transmissions infirmières écrites dans le cadre de la douleur chez le nourrisson, il m'a paru nécessaire d'aller observer ces dernières dans les dossiers de soins infirmiers des enfants concernés par mon étude. La réalisation de mon outil s'est inspiré des items composant une transmission ciblée de qualité<sup>37</sup>.

### B. Objectifs de l'outil

- ❖ Faire un constat concernant les transmissions ciblées infirmières de la douleur chez le nourrisson ; les critères de qualité exposés dans mon pôle théorique sont-ils présents ?
  - La cible est-elle pertinente et adaptée ?
  - Relever si les données décrivant la cible sont toujours présentes et détaillées, reflétant bien les manifestations de la douleur mais aussi les effets induits par celle-ci ? Une échelle d'évaluation de la douleur a-t-elle été utilisée ?
  - Mettre en évidence le type d'actions mis en place en regard des données relevées ; les actions sur prescription médicale sont elles prépondérantes aux actions sur rôle propre ? Les actions sont-elles décrites ?
  - Concernant les résultats obtenus, savoir si ceux-ci sont évalués en fonction des données ? L'évaluation de la douleur est-elle faite avec la même échelle ?
  - Le réajustement en cas d'échec des actions mises en place est-il présent ?
  
- ❖ Savoir si les transmissions sont plus complètes en fonction du diagnostic, de l'âge, du motif d'entrée du nourrisson ou du type d'antalgique utilisé ?
  
- ❖ En fonction de la qualité des transmissions ciblées, observer quel a été le temps écoulé avant d'obtenir le soulagement de la douleur.

---

<sup>36</sup> Voir annexe VI, p.XLI.

<sup>37</sup> Voir pôle théorique ; IV. Les transmissions infirmières.

### C. Situations étudiées

Ma problématique de départ délimite mon travail à l'étude de la douleur chez le nourrisson. Cependant, la réalité de terrain m'a poussé à élargir mon étude sur des enfants jusqu'à l'âge de 10 ans. Malgré les capacités des enfants plus grands à évaluer leur douleur, il est rare que les échelles d'auto-évaluation soient utilisées pour quantifier la douleur de ces derniers. De ce fait, je reste dans le cadre de l'hétéro-évaluation faite par l'infirmière.

### D. Lieux d'enquête

Afin de rencontrer le maximum de situations, j'ai choisi de me diriger vers deux hôpitaux de la région. Après avoir obtenu les autorisations d'enquête, j'ai pu contacter les cadres de santé des services dans lesquels je souhaitais me rendre.

Le premier hôpital m'a ouvert les portes de ses services de pédiatrie et d'urgences pédiatriques. Le second hôpital m'a autorisé à me rendre en service de pédiatrie.

### E. Déroulement de l'enquête

Ainsi, afin de réaliser mon étude, je me suis rendue dans les services mentionnés ci-dessus. Sur le premier hôpital, les équipes m'ont donné accès aux dossiers de soins infirmiers tantôt me laissant chercher les situations correspondant à mon étude, tantôt me guidant en me faisant une présélection des dossiers. Ainsi, mon étude s'est étalée sur une durée de un mois, à raison de 2 visites en fin d'après-midi par service et par semaine. Sur le second hôpital, la cadre de service à préférer m'accompagner dans mon étude en me dirigeant dans le choix des dossiers et ce sur un temps unique.

### F. Difficultés rencontrées

Le second hôpital utilise un dossier de soins différent de celui du premier auquel je suis plus familière. Il m'a fallu m'adapter à ce dossier afin de rechercher les informations escomptées. J'ai toutefois pu m'entretenir avec une puéricultrice en poste qui m'a expliqué le mode de fonctionnement du dossier de soins.

Le service des urgences pédiatriques du premier hôpital n'hospitalise que très peu d'enfants. Ainsi, je n'ai eu accès qu'à très peu de dossiers qui, malheureusement, ne correspondaient aucunement aux situations que je souhaitais étudier.

## **II. ANALYSE DES TRANSMISSIONS CIBLEES**

Dans un souci de confidentialité, le nom des hôpitaux et les prénoms des enfants ont été modifiés dans le corps du travail et sur le relevé des différentes situations. Vous retrouverez l'outil d'observation complété pour chaque cas et une analyse situationnelle s'y rapportant en annexe<sup>38</sup>.

### **A. Définition**

En regard de la définition des transmissions écrites, la majorité des transmissions que j'ai pu relever correspond à celle-ci. Ainsi, elles portent sur un évènement significatif survenu chez le patient concernant son état physique : la douleur.

### **B. Critères de qualité**

Au sein des deux hôpitaux, les transmissions sont, de façon générale, lisibles, claires, datées et signées. Par exemple, dans le cas de Lilian sur le premier hôpital : la première transmission indique l'apparition d'une douleur. Cependant les actions en lien seront réalisées 1h30 après (une fois la douleur installée). Le résultat de cette action est positif (douleur disparue) cependant 3h30 se sont écoulées depuis le début des douleurs. C'est l'horodatation de cette transmission qui permet de mettre en avant ce qui semble être un retard de prise en charge. Cependant, je précisais dans mon cadre conceptuel qu'une transmission se devait également d'être pertinente et complète. Dans la situation que je vous cite, je n'ai aucune information sur l'évaluation de la douleur lors de la première transmission, je ne puis donc savoir si il fallait envisager un traitement antalgique à cet instant.

De façon générale, les transmissions que j'ai pu relever ne sont pas complètes, ce qui pourrait avoir une importance juridique si on devait avoir un regard sur le dossier de soins infirmier dans le cadre d'un litige portant sur non prise en charge de la douleur.

On peut observer que sur les deux hôpitaux, les transmissions sont de même qualité quelque soit l'âge, le sexe, la pathologie de l'enfant, voire même le type d'antalgique utilisé. Il semble donc que ces éléments n'aient pas d'influence sur la qualité des transmissions et sur la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, je notais qu'une transmission écrite doit être structurée par cibles avec les mentions : données, actions, résultats.

---

<sup>38</sup> Voir annexe VI, p.XLIII.

### ○ La cible

On retrouve 11% des cibles relevées présentant un énoncé précis attirant l'attention du professionnel. La plupart des cibles sont intitulées « surveillance ». Aucune cible relevée n'est un diagnostic infirmier.

Dans la situation de Paulette sur le premier hôpital la première cible de J2 intitulée « Pleurs » attire l'attention du professionnel lisant le dossier de soins. En effet, elle est centrée sur la situation de Paulette et met en évidence un point particulier. De plus, l'ensemble des autres cibles étant similaires ou absentes, cette cible attire le regard par sa différence.

Notons que sur le second hôpital, la procédure de surveillance post-opératoire ne permet pas de mettre en évidence une cible concernant la douleur.

Par ailleurs, dans le cas de Nicolas sur ce second hôpital, une cible est intitulée « pleurs, bib très difficile à donner ». Notons que les critères de qualité d'une cible précise que celle-ci ne devrait pas être la transcription d'un acte infirmier. Ici, la cible retransmet une action sur rôle propre et donne son évaluation et ne répond donc pas aux critères de qualité d'une transmission ciblée. Toutefois, elle met en avant un évènement significatif.

Par ailleurs, au cours de mes recherches il m'est apparu difficile de retrouver les transmissions concernant la douleur d'autant que la durée d'hospitalisation était longue. En effet, la multiplication des cibles intitulées « surveillance » ne met pas en évidence un évènement significatif. Il m'a paru évident, comme dans le cas de Paulette, qu'une cible précise permet d'attirer l'œil du professionnel de santé et donc de l'aviser et de l'alerter en regard de la situation.

### ○ Les données

Les données devraient transmettre des informations concernant : les manifestations et l'impact de la douleur ainsi que l'évaluation de celle-ci.

#### ❖ *Description de la douleur*

Au sein des deux hôpitaux, les descriptions de la douleur retrouvées concernent sa localisation. On ne retrouve pas d'autre type de description.

Dans le cas de Paulette sur le premier hôpital, les données précisant la localisation « douleur abdo » engendrent un changement de lait et la prescription d'un antalgique dès le lendemain.

Dans le cas de Nicolas sur le second hôpital, les données précisent également la localisation de la douleur au niveau abdominal ce qui va permettre d'orienter un examen médical.

Ainsi, le fait de décrire la douleur, ici la localisation, permet d'envisager une action très précise ce qui correspond bien aux critères de qualité d'une transmission et permet d'être efficace dans la prise en charge de la douleur.

#### ❖ *Les manifestations de la douleur*

Nous avons vu au sein de mon pôle théorique que les manifestations de la douleur pouvaient être variées. Dans le cadre des transmissions que j'ai pu relever, 26% des données précisent une manifestation de la douleur. Le type de manifestations rencontré dans 100% des cas est les pleurs.

Toutefois, les pleurs semblent perturber les professionnels qui ne paraissent pas clairement associer ces pleurs à la douleur ou à la faim dans chaque situation. Ainsi, dans les cas de Paulette sur le premier hôpital, on observe au sein des données un mélange d'actions entreprises en regard de la douleur « doliprane DP » et de la faim « bib » et ce pour une même transmission. Ceci semble montrer que l'origine de la douleur n'a peut être pas été identifiée.

Dans le cas de Nicolas sur le second hôpital, on retrouve des données reflétant clairement la difficulté d'associer des pleurs à la douleur ou à la faim « n'a rien voulu pourtant pleurait, semble douloureux. Douleur abdo ? ».

L'une des manifestations essentielles de la douleur est les pleures, toutefois on retrouve, comme je l'ai exposé dans mon cadre conceptuel, d'autres indicateurs tel que le refus alimentaire. Dans la situation de Nicolas on pourrait penser que les pleurs aient été un premier indicateur de la douleur mal interprété et que le refus alimentaire, un second indicateur de la douleur. Cette seconde manifestation de la douleur a permis au professionnel en charge de Nicolas de supposer que ce dernier souffrait.

Ainsi, les manifestations de la douleur autres que les pleurs permettent aux professionnels de différencier les pleurs d'origine douloureuse ou des pleurs liés à la faim. La description même des manifestations de la douleur permet donc d'identifier celle-ci et de la mettre en exergue afin d'aller vers une prise en charge efficace.

#### ❖ *L'impact de la douleur*

Environ 11% des transmissions relevées mentionnent un impact de la douleur sur l'enfant au sein des données. Les impacts de la douleur que l'on retrouve sont ceux concernant la qualité du sommeil de l'enfant ou la prise des repas qui sont altérés.

Dans le cas de Paulette sur le premier hôpital on observe dans les données qu'elle « n'arrive pas à dormir », toutefois au sein de l'item résultat aucune information nous ait donné quant

à une disparition de cet impact et donc un sommeil recouvert. Ainsi, quand ce type de données est présent dans les transmissions, les résultats des actions entreprises ne concernent pas les données écrites ou ne sont pas notés.

De ce fait, je ne puis assurer que des données concernant l'impact de la douleur sur l'enfant impliquent une prise en charge particulière. Dans le cadre des mes recherches aucune transmission ne me permet de l'affirmer.

#### ❖ *L'évaluation de la douleur*

Sur le premier hôpital, l'évaluation de la douleur semble ne jamais être faite avec une échelle d'évaluation ce qui d'après mon cadre conceptuel va à l'encontre des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Dans le cas de Lilian, par exemple, l'absence d'évaluation de la douleur sur la première transmission ne nous permet pas de savoir si il fallait envisager ou non un traitement antalgique d'emblée.

Notons que le service dispose d'une grille d'hétéro-évaluation de la douleur de type Cheops<sup>39</sup> qui ne peut être utilisée qu'au dessus de l'âge de 1 an. Ceci pose la question de l'adaptation de l'échelle au cas des nourrissons de moins de 1 an.

On observe néanmoins une forme d'évaluation de la douleur dans le cas de Julien, sur le premier hôpital, sous les termes de « algique ++ ». Cela pose la question de la subjectivité de l'évaluation de la douleur. Comme je l'ai précisé au sein de mon pôle théorique, l'utilisation d'une échelle d'évaluation permettrait d'éviter ce débat

Sur le second hôpital, la surveillance post-opératoire est notée sur un diagramme particulier. Les transmissions concernant la douleur se font sur ce document. L'évaluation de la douleur est notée dans l'item « EVA ». En dehors de la surveillance post-opératoire, les transmissions se font dans le dossier de soins infirmiers.

Dans cet hôpital, l'évaluation de la douleur est faite dans 67% des cas relevés avec une échelle d'auto-évaluation de la douleur : l'EVA. Il s'agit d'un outil non recommandé d'utilisation par la Haute Autorité de Santé chez des enfants en dessous de 5 ans.

Ce service dispose toutefois de sa propre grille d'hétéro-évaluation<sup>40</sup> de la douleur qui ne mentionne pas d'âge limite inférieure d'utilisation.

Dans les cas de Lucas et de Léa, tous les deux en post-opératoires et respectivement âgés de 3 et 4 ans, on peut constater que la méthode d'évaluation de la douleur utilisée est l'EVA. Lorsque j'ai relevé ces transmissions, j'ai interrogé le professionnel en poste sur sa méthode d'évaluation de la douleur chez ces deux enfants. Il m'a alors confié demander aux

---

<sup>39</sup> Voir Annexe II.

<sup>40</sup> Voir Annexe II.

enfants « combien ils ont mal » Bien qu'ayant connaissance de l'existence d'un outil d'hétéro-évaluation au sein du service, il justifia sa non utilisation par un manque de temps. Ainsi, concernant la qualité de l'évaluation de la douleur il semblerait que les outils mis à disposition des professionnels ne soient pas ou peu utilisés, mal utilisés ou non adaptés à toutes les situations. Toutefois, lorsque cet outil est utilisé il permet de jauger de l'efficacité des actions entreprises et permettrait le cas échéant de réajuster nos actions. L'évaluation de douleur joue donc un rôle prépondérant dans la prise en charge de celle-ci. N'oublions pas que cette évaluation de la douleur fait partie du rôle propre de l'infirmière.

#### ○ Les actions

Dans les deux hôpitaux, les actions entreprises sont majoritairement sur prescription médicale. Ces actions sur prescription médicale ne sont pas détaillées ne mentionnant que le nom et la forme de l'antalgique administré. Par exemple dans le cas de Léo sur le premier hôpital on aura une action notée ainsi : « Doliprane DP ».

Les actions sur rôle propre sont présentes dans 15% des transmissions. Le plus souvent ces actions sur rôle propre sont notées dans l'item données ou dans l'item résultat et ne sont donc mises en évidence lors de la lecture des transmissions.

Par exemple, sur le premier hôpital, dans le cas de Paulette, on peut observer dans l'item résultats qu'à J2, on lui aurait donné à boire un peu de fenouil. On constate que cela aurait été efficace. Cet élément a donc toute son importance car il aura permis à Paulette de retrouver un état paisible.

Dans le cas de Nicolas, sur le second hôpital, on constate au sein de l'item action que les soins de ce dernier auraient été réalisés avant la prise alimentaire ce qui aurait facilité celle-ci. On est de part la transmission de cette action sur rôle propre armée d'un nouvel outil afin de soulager cet enfant.

Il faut avoir à l'esprit que la prise en charge de la douleur chez le nourrisson n'est pas que médicamenteuse. Bien que rares, les actions sur rôle propres nous apportent des informations importantes pour la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Ainsi, les transmissions ciblées détaillant les actions sur rôle propre et étant de ce fait de qualité, sont garantes du chemin menant au soulagement de la douleur

#### ○ Les résultats

Les résultats des actions sont présents dans 15% des transmissions relevées.

Sur le premier hôpital, dans le cas de Julien, on observe des données : « Algique ++ », une action : « Analgésique mis en route » et un résultat : « Efficace n'a plus mal ». On constate

que le résultat obtenu est la conséquence directe de l'action entreprise et qu'il précise son efficacité. Notons que ceci correspond aux critères de qualité attendus des résultats. Toutefois, un procédé d'évaluation n'étant pas utilisé, l'évaluation de l'action entreprise et donc le résultat reste subjectifs.

Notons que dans certains cas, les résultats sont notés sous la forme d'une seconde transmission. Par exemple, dans le cas de Lilian sur le premier hôpital, on observe une première transmission qui note que Lilian « commence à être algique », une seconde mentionne l'action entreprise et une troisième donne le résultat de l'action « n'est plus algique ». Le résultat de cette action est positif puisque la douleur a disparu cependant 3h30 se sont écoulées depuis le début des douleurs sur la première transmission. Aussi, diverses hypothèses peuvent être soulevées. On pourrait penser à deux types d'hypothèses devant l'absence d'utilisation d'une échelle d'évaluation. Une hypothèse proposerait que la première transmission décrivait un seuil de douleur où l'on ne démarre pas un traitement antalgique. Une seconde hypothèse envisagerait un retard dans l'écriture des transmissions. Par ailleurs, notons que l'on ne retrouve pas de résultats en regard des effets indésirables des thérapeutiques administrés.

Ainsi, l'imprécision des données et le manque d'organisation dans l'écriture des transmissions ciblées peuvent porter à confusion. Toutefois elles signent l'efficacité de l'action et ainsi guident sur la conduite à tenir afin d'obtenir une antalgie adaptée. La qualité des résultats transmis est donc importante pour la prise en charge de la douleur.

Notons que, je n'ai pas pu observer de situation où l'action aurait été transmise comme inefficace et aurait nécessité un réajustement.

### C. Objectifs et résultats du travail d'analyse

L'analyse de ces informations m'aura permis de faire un constat répondant à mes objectifs d'études :

- Les transmissions sont de qualité similaires entre les deux hôpitaux, quelque soit l'âge, le diagnostic ou motif d'entrée de l'enfant voire le type d'antalgique utilisé.
- Comme nous l'avons vu, les critères de qualité des transmissions ciblées exposés dans mon pôle théorique sont peu présents. Toutefois, lorsque les transmissions sont de qualité, on observe un changement dans la prise en charge de l'enfant visant au soulagement de la douleur de ce dernier.
- Enfin, le temps écoulé avant d'obtenir une antalgie adaptée semble être liée à la qualité des transmissions ciblées puisque les actions sont en lien avec les données.

Mon travail tend à démontrer qu'il existe une réelle incidence des transmissions ciblées de qualité sur le soulagement de la douleur chez le nourrisson.

Ainsi, les infirmières ont un rôle important sur la prise en charge de la douleur ; en remplissant le dossier de soins, en étant le plus précis possible sur les signes et impacts de la douleur du nourrisson, en précisant les moyens antalgiques utilisés et les résultats obtenus. En effet, le dossier est souvent le principal outil de communication entre différents intervenants. L'accumulation des informations est susceptible de permettre un premier pas vers un changement des pratiques. Néanmoins, un travail sur la communication entre les différentes catégories professionnelles ne serait-il pas garant du partage des informations concernant la douleur d'un patient ? De plus est-ce qu'une formation concernant les écrits professionnels au sein des dossiers de soins infirmiers permettrait d'améliorer la qualité des transmissions ciblées ?

Par ailleurs, la douleur des nourrissons doit être objectivée par des échelles d'évaluation pour que les médecins prescripteurs puissent se baser sur des réalités impartiales. Toutefois, à l'heure actuelle, bien que dépendant du rôle propre de l'infirmière, l'appréciation de la douleur du nourrisson au moyen d'une échelle d'hétéro-évaluation ne semble pas aisée. Peut-être que l'utilisation de ces échelles pourrait être facilitée par la formation, par exemple, de plus en plus de personnel paramédical et médical, à l'évaluation et à la prise en charge des phénomènes douloureux chez les nourrissons ?

En outre, est-ce que la création d'un projet de lutte contre la douleur et la formation d'un expert dans ce domaine au sein des services pour enfants permettraient d'avoir une référence quant à la prise en charge de la douleur chez le nourrisson ?

Malgré toutes ces hypothèses suggérées, les difficultés de type restrictions budgétaires et insuffisance de personnel au sein des hôpitaux, ne constitueraient-elles pas un frein à la prise en charge de la douleur chez les nourrissons ?

# Bibliographie

---

## Bibliographie du corps du travail de fin d'étude

### Ouvrages

AMAR, Béatrice, GUEGEN, Jean Philippe, *Soins Infirmiers I. Concepts et théories, démarche de soins*, Paris, Masson, 2001, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, 205 pages.

AUBERT, Michel, CARPENTIER, Jean-Pierre, *Urgences, réanimation, transfusion sanguine*, Paris, Masson, 2005, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, 344 pages.

BRASSEUR, Louis (dir.1), TREVES, Richard (dir.2) et BOCCARD, Eric (dir.3), *Utilisation de la morphine dans les douleurs aiguës*, Rueil-Malmaison, Institut UPSA de la douleur, 2006, 175 pages.

THIRION, Marie, *Les compétences du nouveau-né*, Paris, Albin Michel, 2002, 255 pages.

VIDAILHET, Michel, VIDAILHET, Colette et MARET, Marguerite, *Pédiatrie / Pédopsychiatrie*, Paris, Masson, 2006, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, 255 pages.

### Articles de périodiques

DUMETZ, Martine, « *Les transmissions ciblées : un outil à privilégier dans l'organisation des soins, Les transmissions ciblées : une amélioration ?* », *Le cahier du management, Objectifs soins*, n°72, février 1999, pp. 5-7.

### Ressources en ligne

URL : <http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=SpicherP.pdf>, SPICHER, Pascale, « *Le phénomène de la douleur chez l'enfant - Thèse de doctorat présentée devant la Faculté des lettres de l'Université de Fribourg en Suisse* », 26/02/2009.

URL : [http://www.cnrdr.fr/article.php?id\\_article=159](http://www.cnrdr.fr/article.php?id_article=159), « *CNRDR > Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur > Développement cognitif de l'enfant et douleur* », 26/10/2008.

URL : [http://www.aphp.fr/site/droits/droits\\_specifiques.htm](http://www.aphp.fr/site/droits/droits_specifiques.htm), « *Droits du patient > Vos droits > Des droits spécifiques* », 26/12/2008.

URL : <http://www.pediadol.org/les-directives-ministerielles-la-legislation.html>, « *Pédiadol > Les directives ministérielles, la législation* », 16/01/2009.

URL : [http://www.pediadol.org/article.php3?id\\_article=491](http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=491), « *Pédiadol > Douleur et dépression du nourrisson et du très jeune enfant* », 20/02/2009.

URL : [http://www.pediadol.org/article.php3?id\\_article=144](http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=144), « *Pédiadol > Que faire des résultats ?* », 26/10/2008.

URL : [http://www.pediadol.org/article.php3?id\\_article=142](http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=142), « *Pédiadol > Qui, quand, pourquoi évaluer ?* », 26/10/2008.

### Image d'illustration de la couverture du travail de fin d'étude

URL : [http://www.casafree.com/modules/xccgal/albums/userpics/16526/normal\\_bebepleur.jpg](http://www.casafree.com/modules/xccgal/albums/userpics/16526/normal_bebepleur.jpg), « *normal\_bebepleur.jpg* », 15/06/2009.

### Bibliographie propre aux annexes (non citée précédemment)

#### Ouvrages

DEYMIER, Valérie (dir.1), WROBEL, Jacques (dir.2), *L'infirmière & la douleur*, Rueil-Malmaison, Institut UPSA de la douleur, 2000, 176 pages.

GAUVAIN-PIQUARD, Annie, MEIGNIER, Michel, *La douleur de l'enfant*, Paris, Calmann-Lévy, 1993, coll. Le passé recomposé, 265 pages.

VON KAENEL, Jean-Marie (sous la direction), *Souffrances, Corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Autrement, 1994, coll. Mutations, 217 pages.

## Articles de périodiques

PONTE, Carène, « La prise en charge de la douleur », *Soins gérontologie*, N°63, janvier/février 2007, p.43.

LELAIN, Francette, DEFOSSE, Thérèse, et CARBAJAL, Ricardo, « La douleur chez le nouveau-né », *Soins pédiatrie puériculture*, 1997, p.30.

FIEZ, Nadine, « La douleur de l'enfant », *SOINS*, n°614, avril 1997, p.28.

## Textes officiels

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, *Journal officiel* du 8 août 2004.

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.

## Ressources en ligne

URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/NFCS.pdf>, « *NFCS* », 27/04/2009.

URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/EDIN.pdf>, « *EDIN* », 27/04/2009.

URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/EVENDOL.pdf>, « *EVENDOL* », 27/04/2009.

URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/DEGR.pdf>, « *DEGR* », 27/04/2009.

URL : <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/HEDEN.pdf>, « *Score HEDEN* », 27/04/2009.

URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Amiel-Tison.pdf>, « *Amiel-Tison* », 27/04/2009.

URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/CHEOPS.pdf>, « *CHEOPS* », 27/04/2009.

URL : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog\\_douleur/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/sommaire.htm), « *La douleur* », 26/10/2008.

URL : <http://www.pediadol.org/neonatal-facial-coding-system-nfcs.html>, « *Pediadol > Neonatal Facial Coding System (NFCS)* », 27/04/2009.

## Références des documents non publiés

MELEY, Véronique, « *Physiologie de la douleur* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2008.

MELEY, Véronique, « *Composantes et types de douleur* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2008.

Second Hôpital, Service de Pédiatrie, *Echelle d'évaluation de la douleur chez les enfants*, 2009.

## Bibliographie des documents consultés non utilisés comme référence

### Ouvrages

BOCCARD, Eric (dir.1), DEYMIER, Valérie (dir.2), *Pratique du traitement de la douleur*,

Rueil-Malmaison, Institut UPSA de la douleur, 2007, 175 pages.

### Articles de périodiques

FIEZ, Nadine, « La douleur de l'enfant », *Soins*, n°614, 1997, pp.25-28.

FORESTIER, Francette, Isabelle, « La transmission ciblée, nouvel outil infirmier », *Actualités professionnelles, Objectifs Soins*, n°33, 1995, p.20.

GARNIER, Gérard, MASSON, Ghyslaine, « Et si « transmissions ciblées » rimait avec « qualité » », *Revue de l'infirmière*, n°23/24, 1997, pp.4-11.

LELAIN, Francette, DEFOSSE, Thérèse et CARBAJAL, Ricardo, « La douleur chez le nouveau-né », *Soins pédiatrie puériculture*, n°177, 1997, pp.29-30.

## Ressources en ligne

URL : [http://www.pediadol.org/article-imprim.php?id\\_article=456](http://www.pediadol.org/article-imprim.php?id_article=456), « *Pediadol* > *Bénéfices attendus de l'évaluation* », 26/10/2008.

URL : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog\\_douleur/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/sommaire.htm), « *La douleur* », 26/10/2008.

## Références des documents non publiés

BOUR, Viviane, « *Démarche de soins : les macrocibles* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2006.

Hottier, Joëlle, « *La douleur* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2008.

MEYERS, Yvette, « *La douleur chez l'enfant* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2007.

RENEDO-GAUTIER, S., « *Les transmissions ciblées, outils pédagogiques* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2008.

# *Annexes*

# Sommaire des annexes

---

<b>Annexe I : LA DOULEUR</b> .....	I
<b>A. Physiopathologie de la douleur</b> .....	II
<b>B. Les différents types de douleur</b> .....	V
○ Douleurs d'origine nociceptive.....	V
○ Douleurs neuropathiques.....	V
○ Douleurs d'origine psychogène.....	V
○ Douleurs idiopathiques.....	V
<b>C. Les différentes composantes de la douleur</b> .....	VI
○ Composante sensorielle.....	VI
○ Composante affectivo-émotionnelle.....	VI
○ Composante cognitive.....	VI
○ Composante comportementale.....	VI
 <b>Annexe II : HISTORIQUE DE LA RECONNAISSANCE DE LA DOULEUR CHEZ LE NOURRISSON</b> .....	 VII
 <b>Annexe III : EVALUATION DE LA DOULEUR</b> .....	 X
<b>A. Outils d'hétéro-évaluation</b> .....	XI
○ Neonatal Facial Colfing System.....	XII
○ Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né.....	XII
○ Echelle Evendol.....	XIII
○ Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy.....	XIII
○ Echelle Amiel Tison.....	XIII
○ Echelle Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale.....	XIV
○ Echelle du second hôpital.....	XIV

<b>Annexe IV : TRAITEMENT DE LA DOULEUR</b> .....	XXIII
A. Traitement des douleurs nociceptives.....	XXIV
B. Traitement des douleurs neurogènes.....	XXV
C. Traitements non médicamenteux.....	XXV
○ Installation.....	XXV
○ Bruit et Lumière.....	XXV
○ Toucher et Odeur.....	XXVI
○ « Petits moyens » et Prévention de la douleur iatrogène.....	XXVI
<b>Annexe V : LEGISLATION</b> .....	XXVII
A. Articles R.4311- 2, R.4311- 3, R.4311- 5 et R.4311- 8 du Code de la Santé Publique.....	XXVIII
B. Charte de l'enfant hospitalisé.....	XXX
C. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010.....	XXXI
○ Préface.....	XXXIII
○ Item « Les douleurs des enfants et des adolescents » – Priorité 1 .....	XXXIV
○ Item « Les douleurs des enfants et des adolescents » – Priorité 2 – Objectif 6 – Mesure 15.....	XXXVIII
<b>Annexe VI : TRAVAIL D'ANALYSE</b> .....	XL
A. Outil d'investigation : Grille d'observation vierge.....	XLI
B. Les dix situations relevées.....	XLIII
○ Premier Hôpital : Cécile, Léo, Julien, Paulette et Lilian.....	XLIV
○ Second Hôpital : Léa, Lucas et Nicolas.....	XLIX

# *Annexe I*

## Annexe I : LA DOULEUR

### A. Physiopathologie de la douleur <sup>1</sup>

Cette brève explication de la physiologie de la douleur est à mettre en parallèle avec le document sur la perception et le contrôle de la douleur (Fig.1).

Le point de départ de la douleur est un stimulus mécanique, thermique, chimique ou par pression, étirement (mécanisme nocicepteur) (1). La zone touchée est déterminée par un certain nombre de cellules qui vont définir l'intensité et la durée de réponse (2).

Les stimuli à type de pression ou étirement vont exciter les fibres A delta qui sont des fibres faiblement myélinisées. Les stimuli mécaniques, thermiques et chimiques vont exciter les fibres C qui sont des fibres non myélinisées.

L'inflammation ou la lésion permet la sécrétion de neurotransmetteurs qui contribuent à « exciter » les fibres afférentes (3). Il y a libération d'histamine, sérotonine, prostaglandines, bradykinine. Ces substances vont se fixer sur les récepteurs nociceptifs qui vont élaborer un potentiel d'action (4). Puis par un phénomène de transduction (dépoliarisation et repolarisation) (5), le potentiel d'action démarre sa propagation (6).

Le potentiel d'action arrive alors au corps cellulaire du neurone situé dans la corne dorsale de la moelle épinière et passe dans la racine dorsale de la moelle (7). Il y a transmission de l'information entre notre neurone et un autre neurone remontant la moelle épinière vers le cerveau grâce à des neurotransmetteurs tels que la substance P et le glutamate (9).

De façon collatérale, une autre synapse du neurone nocicepteur vient en contact chimique avec un interneurone inhibiteur qui va sécréter une morphine endogène ou endorphine qui se fixe sur les récepteurs opioïdes des autres branches du neurone (10). Il y a alors un arrêt de la douleur par arrêt de passage de substance P et de glutamate. L'endorphine reste peu présente ; l'analgésie est de courte durée (11).

---

<sup>1</sup> Véronique, MELEY, « *Physiologie de la douleur* », enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2008.

Ensuite, l'influx nerveux continue de progresser dans la moelle épinière par un neurone post synaptique médullaire qui remonte au cerveau (12).

Puis les différents neurones se connectent au niveau du cortex cérébral (13). Les potentiels d'action venant de différentes zones se rejoignent. La zone de sensibilité générale correspond à la localisation et l'identification (nature et intensité) du stimulus douloureux (15). Notons que le lobe frontal prend en compte les facteurs émotionnels associés à la douleur (peur, stress...) (17). Puis des potentiels d'actions venant des différentes zones se rejoignent (les associations modifient la réponse en fonction des antécédents, du vécu...) (18).

Un nouveau potentiel d'action moteur quitte alors le cerveau par une fibre motrice descendante (19). La transmission de ce potentiel d'action moteur se fait ensuite vers un neurone moteur par la racine ventrale de la moelle (20). Et finalement ce potentiel d'action moteur va provoquer une réaction au stimulus de départ (tremblement, retrait...) (21).

Figure 1<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> *Loc. cit.*

## B. Les différents types de douleur

### ○ Douleurs d'origine nociceptive

Ces douleurs concernent l'activation des voies de la nociception de la périphérie vers la structure cérébrale.

### ○ Douleurs neuropathiques

Encore dites douleurs d'origine neurogène ou douleurs de désafférentation, elles sont dues à une compression d'un tronc nerveux, d'une racine, d'un plexus... ou dues à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique.

Elles peuvent également être secondaires à un traitement médicale, chirurgicale ou à une atteinte neurologique.

### ○ Douleurs d'origine psychogène

Ces douleurs n'ont pas de cause somatique, en lien avec un mal être du patient. Il y a un contexte psychopathologique particulier : conversion hystérique, somatisation d'une dépression, hypochondrie.

Ces douleurs sont réelles et sources de souffrances par le patient et sont à prendre en compte.

### ○ Douleurs idiopathiques

Ces douleurs restent de causes indéterminées.

## C. Les différentes composantes de la douleur

### ○ Composante sensorielle

C'est ce que ressent l'individu. Elle « *correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc), de la durée (brève, continue, etc...), de l'intensité et de la localisation* »<sup>3</sup> de la douleur par le patient.

### ○ Composante affectivo-émotionnelle

Cette composante touche au retentissement de la douleur sur l'humeur. La composante affectivo-émotionnelle « *fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable* »<sup>4</sup>.

### ○ Composante cognitive

« *Ce point intéresse la représentation que le patient a de sa douleur et le sens qu'il lui donne* »<sup>5</sup>.

### ○ Composante comportementale

Cette composante concerne les manifestations verbales et non verbales du patient donnant des indices d'appréciation de la douleur. Le comportement du sujet douloureux est susceptible d'être modifié en fonction de son environnement familiale, socioculturel et ethnique, de l'apprentissage. Ainsi, la composante comportementale est ce que l'observateur perçoit.

---

<sup>3</sup> Valérie, DEYMIER (dir.1), Jacques, WROBEL (dir.2), *L'infirmière & la douleur*, Rueil-Malmaison, Institut UPSA de la douleur, 2000, p.13.

<sup>4</sup> *Loc. cit.*

<sup>5</sup> Véronique, MELEY, «*Composantes et types de douleur*», enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, 2008.

## *Annexe II*

## Annexe II : HISTORIQUE DE LA RECONNAISSANCE DE LA DOULEUR CHEZ LE NOURRISSON

Longtemps, l'enfant a été considéré comme incapable de ressentir la douleur puisque immature sur le plan neurophysiologique. En effet, à la naissance les fibres nerveuses du bébé ne sont pas encore entourées de myéline ; « *substance permettant au message de se déplacer beaucoup plus vite dans le nerf* »<sup>6</sup>. Cependant, il existe des fibres non myélinisées qui transmettent la douleur vers le cerveau. Ce n'est que très récemment que cette incohérence fut relevée.

Toutefois, quelques documents montrent que la douleur de l'enfant n'a pas toujours été ignorée de tous. En effet, en 1973 Nover publie un article relatant l'histoire d'un enfant brûlé et souligne l'importance des antalgiques pour ces derniers.

Par ailleurs, il existe aussi « *des témoignages d'adultes se souvenant d'avoir reçu des morphiniques pendant leur enfance avant ou pendant la Seconde Guerre mondiale* »<sup>7</sup>.

Aussi, on peut affirmer que certains médecins ont pris en charge la douleur des enfants et donc que celle-ci était reconnue par eux. Cependant cette reconnaissance de la douleur chez l'enfant a rencontré des difficultés à se développer chez tous les praticiens.

« *Il n'est pas exclu que l'ignorance [...] soit en fait le résultat d'une perte d'initiation, [...] un véritable oubli par absence de transmission de génération en génération* »<sup>8</sup>.

Ainsi, on peut supposer que durant bien des années, la douleur en général et bien plus encore celle de l'enfant, n'a été vue, reconnue ou même recherchée.

---

<sup>6</sup> Annie, GAUVAIN-PIQUARD et Michel, MEIGNIER, *La douleur de l'enfant*, Paris, Calmann-Levy, 1993, coll. Le passé recomposé, p.65.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p.64.

<sup>8</sup> *Loc. cit.*

Ce n'est qu'au début des années 80, que le traitement de la douleur a suscité un vif intérêt.

Le Dr Annie Gauvain-Piquard a été précurseur de l'observation, l'évaluation et du traitement de la douleur. Elle pense que les croyances judéo-chrétiennes de la rédemption par la punition par la douleur ont été mises à mal par l'existence de la douleur chez le bébé et pourraient donc expliquer le déni de l'existence de celle-ci.

M. Meigner qui a collaboré avec le Dr Annie Gauvain-Piquard, avance quant à lui l'idée que « *le désir de guérir avant tout rend parfois le praticien indifférent aux autres maux* »<sup>9</sup>. Par ailleurs, il propose également l'hypothèse que « *la médecine de la douleur est une médecine d'échec* »<sup>10</sup> car il ne s'agit pas là de guérison du patient.

A l'heure actuelle, les avancées scientifiques nous ont apporté la preuve que l'enfant, le nourrisson, le nouveau-né et même l'enfant né prématurément peut ressentir la douleur.

En effet, la douleur peut être ressentie dès 24 semaines de vie intra-utérine. Plus l'enfant est jeune, plus ses réactions à la douleur augmentent. De ce fait, un bébé peut percevoir la douleur ; la seule différence avec un enfant plus grand réside dans le temps de réponse. Cela s'explique par le fait qu'il s'écoulera quelques secondes entre le geste douloureux et le début des pleurs. « *Le temps de latence observé correspond à la lenteur de conduction nerveuse, elle-même liée à l'immaturité du système nerveux* »<sup>11</sup>. Il faudra attendre que les nerfs soient entièrement recouverts de myéline pour que l'enfant réagisse immédiatement au stimulus douloureux et ce vers la fin de la deuxième année.

---

<sup>9</sup> Jean-Marie, VAN KAENEL (sous la direction), *Souffrances Corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Autrement, 1994, coll. Mutations, p.41.

<sup>10</sup> *Loc. cit.*

<sup>11</sup> Marie, THIRION, *Les compétences du nouveau-né*, Paris, Albin Michel, 2002, p.173.

## *Annexe III*

## Annexe III : EVALUATION DE LA DOULEUR

### A. Outils d'hétéro-évaluation

On peut noter qu'il existe un grand nombre d'échelles disponibles ce qui peut perturber le choix d'une échelle adaptée. En outre, un apprentissage concernant l'évaluation de chaque item paraît nécessaire. Ceci explique, que les échelles d'évaluation ne sont pas toujours bien utilisées si toutefois elles le sont. Par ailleurs, les échelles d'évaluation ne trouvent pas toujours leur place dans les dossiers de soins infirmiers et une place pour noter le résultat obtenu n'est pas toujours prévue.

Ainsi, il existe de nombreuses échelles validées pour évaluer la douleur. Afin de respecter mon cadre d'étude ; j'ai écarté les échelles :

Amiel-Tison (douleurs post opératoires), Echelle Comfort (douleurs en réanimation chez patient ventilé, sédaté et/ou comateux) Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (douleurs du nouveau né prématuré), Premature Infant Pain Profil (PIPP) (douleurs du nouveau né prématuré), Douleur aiguë du nouveau né (DAN) (utilisable jusqu'à 3 mois pour les douleurs brèves), Toddler Preschooler Postoperative Pain Scale (TPPPS), Postoperative Pain Measure for Parents (PPMP) (douleurs post opératoires dès 2 ans, doit être réalisée par les parents), Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) (douleurs post opératoires chez l'enfant et la personne handicapée), Pain Observation Scale for Young Children (POCIS) (douleurs post opératoires de chirurgie ORL), Échelle Douleur Enfant San Salvador (douleurs chez l'enfant polyhandicapé), Non Communicating Children's Pain Checklist (NCCPC) (douleurs chez l'enfant polyhandicapé), et Objective Pain Scale (OPS) (douleurs post opératoires).

J'ai retenu les échelles suivantes, me semblant les plus adaptées à la situation de ma problématique:

○ Neonatal Facial Coding System (Echelle NFCS) (Fig.2) <sup>12</sup>

L'échelle NFCS a été élaborée pour le nouveau-né jusqu'à 18 mois. Elle étudie les douleurs aiguës. C'est un système basé sur l'analyse des expressions faciales (Fig.3). « Cette échelle se réfère uniquement à la grimace pour mesurer la douleur. Elle constitue un excellent descriptif de la grimace de douleur chez le nouveau-né. La sémiologie du visage est très fine »<sup>13</sup>. Elle est cotée de 0 à 4 ; 1 point pour chaque item présent. Dès un score de ¼, on interviendra.

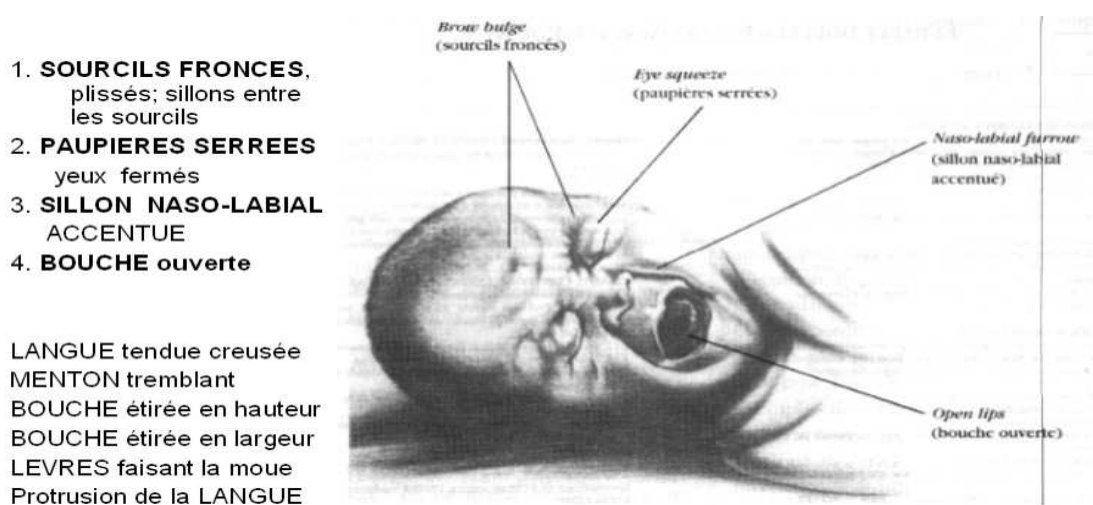


Figure 3<sup>14</sup>

○ Echelle EDIN (Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né) (Fig.4) <sup>15</sup>

L'échelle a été élaborée pour le nouveau-né mais est utilisable jusqu'à 9 mois. Elle évalue la douleur, le stress et l'inconfort. A l'origine, elle a été développée pour évaluer la douleur prolongée. Elle est cotée de 0 à 15 ; au dessus de 5 on parlera de douleur et en deçà, on parlera plutôt d'inconfort pour l'enfant. Notons que cette évaluation doit se faire sur plusieurs heures afin d'évaluer le comportement global de l'enfant.

<sup>12</sup> URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/NFCS.pdf>, NFCS, 27/04/2009.

<sup>13</sup> URL : <http://www.pediadol.org/neonatal-facial-coding-system-nfcs.html>, Pediadol > Neonatal Facial Coding System (NFCS), 27/04/2009.

<sup>14</sup> Loc. cit.

<sup>15</sup> URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/EDIN.pdf>, EDIN, 27/04/2009.

○ Echelle Evendol (Fig.5) <sup>16</sup>

L'échelle a été élaborée pour l'évaluation de la douleur de l'enfant de 0 à 7 ans aux urgences. Elle est cotée de 0 à 15 et dès un score de 4 il faut démarrer un traitement antalgique. Elle comporte des items correspondant à la douleur aiguë : plaintes, grimaces, mouvements et crispations et des items correspondant à la douleur prolongée : posture et immobilité, défaut d'interaction avec l'environnement et de consolabilité.

○ Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR) (Fig.6) <sup>17</sup>

Cette échelle a été élaborée pour l'enfant de 2 à 6 ans mais est utilisable de 9 mois à 10 ans. Elle a été conçue pour évaluer les douleurs prolongées et repose sur des items concernant le comportement et les plaintes. Cette échelle met également en avant les signes et l'expression volontaire de la douleur ainsi que l'atonie psychomotrice. Elle est cotée de 0 à 40. L'échelle HEDEN (Fig.7) <sup>18</sup> est la simplification de cette échelle. En effet, l'échelle DEGR n'est que peu utilisée dans les services car trop longue d'utilisation.

○ Echelle Amiel Tison (Fig.8) <sup>19</sup>

C'est une échelle élaborée pour l'enfant de 1 à 7 mois mais utilisée pour des enfants de 0 à 3 ans. Elle évalue des items comportementaux pour des douleurs en post-opératoire. Elle cote le sommeil, les mimiques, la qualité des pleurs, l'activité motrice, la flexion des doigts et orteils, la succion, la consolabilité, le tonus musculaire et la sociabilité. Cette échelle est cotée sur 20. A noter que la cotation de cette échelle est inversée : plus le score est bas, plus la douleur est élevée. Dès un score de 15 on préconise un traitement antalgique.

---

<sup>16</sup> URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/EVENDOL.pdf>, *EVENDOL*, 27/04/2009.

<sup>17</sup> URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/DEGR.pdf>, *DEGR*, 27/04/2009.

<sup>18</sup> URL : <http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/HEDEN.pdf>, *Score HEDEN*, 27/04/2009.

<sup>19</sup> URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Amiel-Tison.pdf>, *Amiel-Tison*, 27/04/2009.

○ Echelle Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale (Cheops)  
(Fig.9)<sup>20</sup>

Le premier hôpital où j'ai procédé à mes recherches pour mon travail de fin d'étude utilise l'échelle Cheops.

Cette grille d'hétéro-évaluation n'est utilisable que pour évaluer l'intensité de la douleur en post opératoire ou provoquée. De plus, elle a été élaborée pour des enfants de 7 ans. Rappelons que la période où l'on parle de nourrisson s'étale de l'âge de un mois à deux ans. Aussi, cette grille ne peut être utilisée pour des nourrissons en dessous de 1 an.

Toutefois, cette grille est d'utilisation simple et est très utilisée en Amérique du Nord. Elle porte sur des items corporels et est cotée sur 13 : un total supérieur à 8 nécessite la mise en place d'un traitement antalgique.

○ Echelle du second hôpital (Fig.10)<sup>21</sup>

Le service de pédiatrie du second hôpital où j'ai procédé à mes recherches utilise une grille de sa propre création. Elle étudie des items tels que l'expression du visage, la qualité des pleurs/verbalisation, la sociabilité/consolabilité, la position antalgique, la motricité spontanée/mobilisation et l'agitation/qualité du sommeil. Elle est notée sur 18 et met en parallèle le traitement médicamenteux et non médicamenteux choisi. Je n'ai pas eu d'informations quant au seuil de douleur impliquant la mise en place d'un traitement antalgique.

---

<sup>20</sup> URL : <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/CHEOPS.pdf>, CHEOPS, 27/04/2009.

<sup>21</sup> Second Hôpital, Service de Pédiatrie, *Echelle d'évaluation de la douleur chez les enfants*.

**ECHELLE NECS : Neonatal Facial Coding System**

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né  
**Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux.**  
**Score maximum de 4.**

JOUR																		
ACTE DE SOIN																		
HEURE																		
Sourcils froncés																		
Paupières serrées																		
Sillon naso-labial accentué																		
Ouverture des lèvres																		
SCORE																		

Figure 2

Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. *Pain* 1987, 28 : 395-410  
 Grunau RVE, Craig KD, Drummond JE. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. *Can J Nursing Research* 1989, 21 : 7-17  
 Grunau RVE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. *Pain* 1998, 76 : 277-286.

*Traduction Pediatol 2000*

### 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 sein isolé.

**score de 0 à 15, seuil de traitement 5**

		Date												
		Heure												
<b>VISAGE</b>	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													
<b>CORPS</b>	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													
<b>SOMMEIL</b>	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													
<b>RELATION</b>	0 Sourire aux angles, 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													
<b>RECONFORT</b>	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													
<b>OBSERVATIONS</b>	<b>SCORE TOTAL</b>													

DEBILLONT, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994, 1, 1085-1092.  
 DEBILLONT T, ZUPAN V, RAVVAULT N, MAGNY JF, DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child Neonatal Ed 2001, 85 : F36-F41.

Figure 4



**Evaluation  
Enfant  
Douleur**

**EVENDDOL**

Echelle validée  
de la naissance à 7 ans.  
Score de 0 à 15,  
seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

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

<sup>1</sup> Au repos ou 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...  
<sup>2</sup> 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.  
<sup>3</sup> 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).  
 Echelle validée aux urgences - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129 et 130. Contact : elisabeth.fourniercharrier@doc.aphp.fr

Figure 5

Figure 6

<b>ECHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE ROUSSY®</b>	
<p><b>ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS</b> 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. A évaluer lorsque l'enfant est SANS ACTIVITE PHYSIQUE, allongé ou assis. A NE PAS CONFONDRE avec l'attitude antalgique dans le mouvement.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.</p> <p>1 : L'enfant semble éviter certaines positions.</p> <p>2 : L'enfant EVITE certaines positions mais n'en paraît pas gêné.</p> <p>3 : L'enfant CHOISIT une position antalgique évidente qui lui apporte un certain soulagement.</p> <p>4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.</p>	<p>fixer son attention et est capable de se distraire.</p> <p>1 : L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.</p> <p>2 : L'enfant s'ennuie facilement, mais peut être stimulé.</p> <p>3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer. Il regarde passivement.</p> <p>4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.</p>
<p><b>ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITE</b> 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. A étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.</p> <p>1 : L'enfant paraît un peu terne, éteint.</p> <p>2 : Au moins un des signes suivants : - traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.</p> <p>3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.</p> <p>4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.</p>	<p><b>ITEM 7 : CONTROLE EXERCE PAR L'ENFANT QUAND ON LE MOBILISE (mobilisation passive).</b> 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).</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.</p> <p>1 : L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.</p> <p>2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.</p> <p>3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.</p> <p>4 : L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.</p>
<p><b>ITEM 3 : PROTECTION SPONTANEE DES ZONES DOULOUREUSES</b> En permanence l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.</p> <p><b>COTATION</b></p> <p>0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.</p> <p>1 : L'enfant évite les heurts violents.</p> <p>2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.</p> <p>3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.</p> <p>4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.</p>	<p><b>ITEM 8 : LOCALISATION DE ZONES DOULOUREUSES PAR L'ENFANT</b> Spontanément ou à l'interrogatoire, l'enfant localise sa douleur.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : Pas de localisation : à aucun moment l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.</p> <p>1 : L'enfant signale, UNIQUEMENT VERBALEMENT, une sensation pénible dans une région VAGUE sans autre précision.</p> <p>2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.</p> <p>3 : L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.</p> <p>4 : En plus de la COTATION 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.</p>
<p><b>ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES</b> Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : Pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.</p> <p>1 : Plaintes "neutres" : - sans expression affective (dit en passant "j'ai mal"). - et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).</p> <p>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 accompagnant la plainte.</p> <p>3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant : - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal. - a demandé un médicament.</p> <p>4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.</p>	<p><b>ITEM 9 : REACTIONS A L'EXAMEN DES ZONES DOULOUREUSES.</b> 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 PRE-EXISTANTES A L'EXAMEN.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : Aucune réaction déclenchée par l'examen.</p> <p>1 : L'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.</p> <p>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.</p> <p>3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint ou cherche à arrêter l'examen.</p> <p>4 : L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.</p>
<p><b>ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT</b> Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. A rechercher au cours d'ENCHAINEMENTS DE MOUVEMENTS (ex : la marche) éventuellement sollicités. A NE PAS CONFONDRE avec la lenteur et rareté des mouvements.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.</p> <p>1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.</p> <p>2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.</p> <p>3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes. Il se mobilise avec prudence et attention.</p> <p>4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.</p>	<p><b>ITEM 10 : LENTEUR ET RARETE DES MOUVEMENTS</b> 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. A comparer avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.</p> <p>1 : L'enfant est un peu lent, et bouge sans entrain.</p> <p>2 : Un des signes suivants : - latence du geste. - mouvements restreints. - gestes lents. - initiatives motrices rares.</p> <p>3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.</p> <p>4 : L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.</p>
<p><b>ITEM 6 : DESINTERET POUR LE MONDE EXTERIEUR</b> Concerne l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.</p> <p><b>COTATION :</b></p> <p>0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut</p>	<p><b>SCORE = /40</b> Sous-scores : Signes Directs de Douleur : 1 + 3 + 5 + 7 + 9 = Expression Volontaire de Douleur : 4 + 8 = Atonie Psycho Motrice : 2 + 6 + 10 =</p> <p><b>Gauvain-Piquard A., Rodary C., Lemerle J.</b> Une échelle d'évaluation de la douleur du jeune enfant. <i>Journées parisiennes de pédiatrie</i>, 1991: 95-100</p> <p><b>Gauvain-Piquard A., Rodary C., Rezvani A., Serbouti S.</b> Development of the DEGR : a scale to assess pain in young children with cancer. <i>Eur J Pain</i>, 1999, 3: 165-176</p>

**GRILLE D'HETERO - EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT : Score HEDEN**

				<b>COTATION</b>		
				Date : / /		
<b>Signes de douleur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plainte avec geignements, 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 a choisi 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, variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatifs moindres rares	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			
<b>TOTAL</b>						

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

Figure 7

**ECHELLE AMIEL-TISON**  
 élaborée pour mesurer la douleur post-opératoire nourrisson de 1 à 7 mois  
 Utilisable de 0 à 3 ans  
 Score de 0 à 20, inversé par rapport à l'original

	JOUR												
	HEURE												
<b>SOMMEIL PENDANT L'HEURE PRECEDENTE</b>													
0 : sommeil calme de plus de 10 minutes													
1 : courtes périodes de 5 à 10 minutes													
2 : aucun													
<b>MINIMALE DOULOUREUSE</b>													
0 : visage calme et détendu													
1 : peu marquée, intermittente													
2 : marquée													
<b>QUALITE DES PLEURS</b>													
0 : pas de pleurs													
1 : modules, calmés par des incitations banales													
2 : répétitifs, aigus, douloureux													
<b>ACTIVITE MOTRICE SPONTANEE</b>													
0 : activité motrice normale													
1 : agitation modérée													
2 : agitation incessante													
<b>EXCITABILITE ET REPONSE AUX STIMULATIONS AMBIANTES</b>													
0 : calme													
1 : réactivité excessive à n'importe quelle stimulation													
2 : réactions, clonies, Moro spontané													
<b>FLEXION DES DOIGTS ET DES ORTEILS</b>													
0 : mains ouvertes, ongles non crispés													
1 : moyennement marquée, intermittente													
2 : très prononcée et permanente													
<b>SICCION</b>													
0 : forte, rythmée, pacifiante													
1 : discontinue (3 ou 4), interrompue par les pleurs													
2 : absente, ou quelques mouvements													
<b>EVALUATION GLOBALE DU TONUS MUSCULAIRE</b>													
0 : normal pour l'âge													
1 : modérément hypertonique													
2 : très hypertonique													
<b>CONSOLABILITE</b>													
0 : calmé en moins d'une minute													
1 : calmé après 1 à 2 minutes d'effort													
2 : aucune après 2 minutes d'effort													
<b>SOCIABILITE, contact visuel, réponse à la voix, intérêt pour un visage en face</b>													
0 : facile, prolongée													
1 : difficile à obtenir													
2 : absente													
<b>SCORE TOTAL DE 0 (PAS DE DOULEUR) A 20 (DOULEUR MAJEURE)</b>													

Barnier G, Aitia J, Meyer MNM, Amiel-Tison C, Schneider SM. Measurement of post-operative pain and narcotic administration in infants using a new clinical scoring system. Intensive Care Med 1989, 15 : 37-39

Figure 8

**ECHELLE CHEOPS : Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale**  
 élaborée et validée pour évaluer la douleur post-opératoire de l'enfant de 1 à 7 ans ou la douleur d'un soin  
**Score de 4 (normal) à 13 (maximum), seuil de traitement 8**

	JOUR											
	HEURE											
<b>PLEURS</b>												
1 : pas de pleurs												
2 : gémissements ou pleurs												
3 : cris perçants ou hurlements												
<b>VISAGE</b>												
0 : sourire												
1 : visage calme, neutre												
2 : grimace												
<b>PLAINTES VERBALES</b>												
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												
<b>CORPS (torse)</b>												
1 : corps (torse) calme, au repos												
2 : change de position ou s'agite, ou corps arqué ou rigide ou tremblant, ou corps redressé verticalement, ou corps attaché												
<b>MAINS : touche-t-elle la plaie ?</b>												
1 : n'avance pas la main vers la plaie												
2 : avance la main ou touche ou agrippe la plaie, ou mains attachées												
<b>JAMBES</b>												
1 : relâchées ou mouvements doux												
2 : se tordent, se tortillent, ou donnent des coups, ou jambes redressées ou relevées sur le corps, ou se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, ou jambes attachées												
<b>SCORE GLOBAL</b>												

Figure 9

Mc Grath et al : CHEOPS : a behavioral scale for rating postoperative pain in children. *Advances in Pain Research and Therapy*, vol 9, 1985 : 39-5-40-2.  
 Traduction Pédiadol 2000

Figure 10

# *Annexe IV*

## Annexe IV : TRAITEMENT DE LA DOULEUR

### A. Traitement des douleurs nociceptives

On distingue 3 paliers d'utilisation des traitements des douleurs nociceptives :

- le palier 1 pour traiter les douleurs modérées,
- le palier 2 pour traiter des douleurs intenses,
- le palier 3 pour traiter des douleurs majeures.

#### ○ Médicaments du palier 1

	Particularités	Effets indésirables
<b>Paracétamol</b>	Egalement antipyrétique  Voies orale, rectale ou intraveineuse	Peu
<b>Aspirine</b>	Egalement anti-inflammatoire et antipyrétique  Voies orale, rectale ou intraveineuse	Risque de Syndrome de Reye donc peu utilisé chez le jeune enfant

#### ○ Médicaments du palier 2

	Particularités	Effets indésirables
<b>Codéine</b>	Souvent associée au Paracétamol pour une meilleure efficacité  Voie orale	
<b>Nalbuphine</b>	Voie intraveineuse ou rectale	Risques de dépression respiratoire chez les plus jeunes
<b>Buprénorphine</b>	Voies orale ou intraveineuse	Risques de dépression respiratoire donc peu utilisé

### ○ Médicaments du palier 3

	Particularités	Effets indésirables
<b>Morphine</b>	Voie orale ou intraveineuse	Risques de dépression respiratoire et de rétention d'urines pour les voies sous cutanée et intraveineuse à doses élevées  Autres effets indésirables : nausées, constipation
<b>Fentanyl</b>	Voie intraveineuse	Risques de dépression respiratoire et de rigidité thoracique

### B. Traitement des douleurs neurogènes

*« Des lésions du système nerveux central ou périphérique peuvent être améliorées par l'association d'un antidépresseur à visée antalgique continue et d'un antiépileptique »<sup>22</sup>.*

### C. Traitements non médicamenteux

#### ○ Installation

Une installation de qualité apporte à l'enfant un confort non négligeable. Avant tout, il faut veiller au respect des attitudes antalgiques de l'enfant ; le laisser retrouver sa position fœtale au besoin. Nous pouvons aisément préparer plusieurs boudins enroulés dans des alèses pour caler l'enfant ou recréer une sorte de cocon afin de fixer des repères au nourrisson.

#### ○ Bruit et Lumière

Les services de pédiatrie sont des lieux de vie où le bruit et la lumière peuvent être source de stress pour un nourrisson malade.

Ainsi, nous pouvons veiller à ne pas claquer les portes. Par ailleurs, nous nous emploierons à parler d'une voix douce et pouvons utiliser une musique agréable qui inspire la détente.

---

<sup>22</sup> VIDAILHET, Michel, VIDAILHET, Colette et MARET, Marguerite, *Pédiatrie / Pédo-psychiatrie*, Paris, Masson, 2006, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, p.121.

Nous éviterons également d'éclairer directement avec une lampe l'enfant ou de le placer trop près d'une fenêtre lorsque le soleil traverse celle-ci.

### o Toucher et Odeurs

Le toucher a également une part importante dans la prise en charge de la douleur du nourrisson. Au maximum, nous inciterons à la présence des parents auprès de l'enfant. Ainsi, il est recommandé « *à des moments propices (avant ou après les bains), de pratiquer les massages qui facilitent l'attachement, diminuent les réactions de stress et développent un sentiment de compétence parentale* »<sup>23</sup>.

Rappelons, que l'odeur de sa mère est un élément pouvant rassurer l'enfant. De ce fait, lors de l'absence de sa mère, nous veillerons à laisser à l'enfant un foulard ou autre objet emprunt de l'odeur de celle-ci. De façon similaire, nous laisserons toujours le « doudou » de l'enfant à la portée de ce dernier.

### o « Petits moyens » et Prévention de la douleur iatrogène

Souvent « *appelés « petits moyens » de façon péjorative, [...] ils dépendent de la créativité des infirmières et permettent d'assurer un meilleur confort et une diminution de la douleur iatrogène [...], par exemple pour une diurèse de 24 heures, la pesée des couches est aussi efficace qu'une poche à urines génératrice de fuites et de lésions cutanées, donc de douleurs* »<sup>24</sup>.

Il faut éviter au maximum d'attacher l'enfant. On tentera au plus souvent, à éviter de coller directement du sparadrap sur la peau. Si cela venait à se faire on utilisera les moyens à disposition pour le décoller sans créer de lésions et surajouter à la douleur préexistante. Nous veillerons à habiller l'enfant de vêtements confortables et adaptés à sa taille.

Ainsi, il est important de veiller à ne pas surajouter à la douleur déjà présente en regroupant au maximum les soins, prévenant l'enfant avant ces derniers, en faisant participer les parents etc... Les moyens de prévention de la douleur iatrogène ont donc un grand rôle à tenir mais je ne développerai pas plus ce point car il s'éloigne de mon thème.

---

<sup>23</sup> Francette, LELAIN, Thérèse, DEFOSSE et Ricardo, CARBAJAL, « La douleur chez le nouveau-né », *Soins pédiatrie puériculture*, 1997, p.30.

<sup>24</sup> Nadine, FIEZ, « La douleur de l'enfant », *SOINS*, n°614, avril 1997, p.28.

# *Annexe V*

## Annexe V : LEGISLATION

### A. Articles R.4311- 2, R.4311- 3, R.4311- 5 et R.4311- 8 du Code de la Santé Publique<sup>25</sup>

Les articles R4311-1 à R4311-15 du Code de la Santé Publique sont relatifs aux règles d'exercice de la profession d'infirmière. Voici les articles mentionnés dans le corps de mon travail de fin d'étude :

**Article R.4311-2 :** Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : [...]

**2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;**

[...]

**4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues,** le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

**5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur** et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

**Article R.4311-3 :** Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

---

<sup>25</sup> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, *Journal officiel* du 8 août 2004.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, **pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue.** Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. **Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.**

**Article R.4311-5 :** Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...]

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, **évaluation de la douleur** [...].

**Article R.4311-8 :** L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. Cette procédure a été instaurée le 11 février 2002 par le décret n°2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

*« Parce que le protocole permet à l'infirmière d'intervenir sans délai (sans avoir besoin que le médecin n'établisse de prescription au moment de l'administration), il est indispensable à une prise en charge de qualité »<sup>26</sup>. L'infirmière agit ainsi de façon autonome cependant « il revient à l'infirmière d'apprécier si dans telle situation particulière l'application du protocole se justifie ou non »<sup>27</sup>.*

---

<sup>26</sup> Carène, PONTE, « La prise en charge de la douleur », *Soins gérontologie*, N°63, janvier/février 2007, p.43.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p.44.

## B. Charte de l'enfant hospitalisé (Fig. 11)



# Charte de l'enfant hospitalisé



L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.



On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.



On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.



L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.



L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.



L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.  
Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

Figure 11.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.

### C. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010<sup>29</sup>

Ce plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur est décrit dans un document d'une trentaine de page. Dans le cadre de mon étude j'ai choisi de présélectionner les items de ce document concernant mon travail.

Ainsi vous retrouverez :

- ❖ La préface du document décrivant les axes du plan.
- ❖ L'intégralité de l'item « Les douleurs des enfants et des adolescents » de la « Priorité 1 : Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie » dont vous aurez le détail.
- ❖ L'intégralité de la « Mesure 15 : améliorer l'information et la formation des professionnels de santé non médicaux » faisant partie de « L'objectif 6 : Permettre la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé » au sein de la « Priorité 2 : Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients » dont vous aurez le détail.

---

<sup>29</sup> URL : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog\\_douleur/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/sommaire.htm), « *La douleur* », 26/10/2008.



# **Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur**

**2006 - 2010**

3 mars 2006

## ***PREFACE***

Véritable enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme. La douleur physique et la souffrance morale ressenties à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables encore les personnes fragilisées par la maladie. Les douleurs chroniques rebelles sont source d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. La lutte contre la douleur satisfait à une attente légitime de toute personne.

Reconnu comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

La volonté du Gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée depuis plus de 10 ans pour améliorer la prise en charge de la douleur. Tout doit être mis en œuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité. Il est également nécessaire de former les professionnels à une meilleure écoute du patient, ainsi qu'à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient.

Aussi, le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 repose sur quatre axes :

- l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ;
- la formation renforcée des professionnels de santé ;
- une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ;
- la structuration de la filière de soins.

La douleur, ressentie à tous les âges de la vie, est d'autant plus préjudiciable qu'elle touche souvent des personnes atteintes de maladies graves. Aussi, ce programme s'articule avec le plan Cancer. Cette approche de la douleur constitue également une priorité afin d'améliorer la qualité de vie de toutes celles et ceux qui souffrent d'une maladie chronique.

S'il est illusoire de penser que toute douleur peut être supprimée, les moyens de prévention de la douleur aiguë et d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique doivent être mis en œuvre en toutes circonstances. L'engagement, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des professionnels constitue l'élément majeur de la réussite de cette démarche d'amélioration de la qualité des soins, à laquelle je suis tout particulièrement attaché. Cette démarche illustre la nécessaire évolution des pratiques médicales du XXI<sup>ème</sup> siècle afin de mieux répondre à cette exigence légitime de toute personne malade.

**Xavier Bertrand**

*Ministre de la Santé et des Solidarités*

**PRIORITE 1 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES NOTAMMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, DES PERSONNES POLYHANDICAPEES, DES PERSONNES AGEES ET EN FIN DE VIE.**

**LES DOULEURS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

**CONTEXTE**

Depuis 1998, l'amélioration de la prise en charge de la douleur de l'enfant s'inscrit parmi les priorités des programmes nationaux successivement mis en place. Dans le cadre de cette politique, différentes actions ont été mises en œuvre auprès des usagers et des professionnels de santé. Il s'agit principalement du renforcement de l'information des enfants et de leur famille, du soutien financier aux associations d'usagers œuvrant dans le domaine de la prise en charge de la douleur de l'enfant, du développement des moyens thérapeutiques, de l'amélioration de l'information et la formation des professionnels de santé, de la création d'un centre de la migraine de l'enfant, de la reconnaissance à part entière de la douleur dans le cadre de l'élaboration du volet « enfants et adolescents » des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3<sup>ème</sup> génération<sup>12</sup> et de l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique<sup>13</sup>.

L'augmentation de l'utilisation d'un anesthésique local souligne l'amélioration de la prise en compte de la douleur de l'enfant pour les actes douloureux invasifs<sup>14</sup>. Pour autant, cette évolution ne reflète pas la qualité de la prise en charge. Elle doit être accompagnée d'une sensibilisation des professionnels pour améliorer leurs prescriptions d'autant qu'il existe une appréhension des médecins à la prescription des antalgiques de niveau 2 et 3 chez l'enfant et l'adolescent. Des efforts doivent être poursuivis pour ce qui concerne l'évaluation et la traçabilité systématique de l'intensité de la douleur, de sa prévention notamment lors d'actes douloureux (soins, actes invasifs diagnostics ou thérapeutiques et de radiologie) en renforçant la formation des professionnels médicaux et paramédicaux et uniformisant les pratiques tant dans le secteur hospitalier que libéral.

Le développement des formes pédiatriques d'antalgiques doit être soutenu. En effet, les conditionnements de certains antalgiques rendent leur usage difficile et sont source d'erreur. L'absence d'antalgique de niveau 2 et de certains médicaments de niveau 3 possédant une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les jeunes enfants ne permet pas toujours un traitement adapté. Une procédure dont le but est d'évaluer les médicaments possédant ou non une AMM et pour lesquels il existe des données pédiatriques est menée à l'échelon européen. Cette démarche vise à harmoniser les informations concernant ces produits.

La prise en compte (dépistage et traitement) de la douleur des maladies chroniques doit être développée. Ces maladies concernent le cancer avec 1800 nouveaux cas/an parmi lesquels 50 à 70 % vont souffrir, la migraine qui touche 10,6 % de la population de 5 à 15 ans<sup>15</sup>, la mucoviscidose (1/3500 naissances avec des douleurs chez 84% des patients), la drépanocytose (1/1100 naissances/an en Ile de France). Les douleurs

---

<sup>12</sup> Circulaire n°517 du 18 octobre 2004 DHOS/DGS/DGAS relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

<sup>13</sup> Circulaire n°161 du 29 mars 2004 DHOS/O relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.

<sup>14</sup> Le chiffre des ventes de cet anesthésique s'est élevé en 2004 à 24 millions d'euros contre 13,4 millions en 2000, soit un taux de croissance estimé à 117% sur 4 années.

<sup>15</sup> Pediatric Migraine : Recognition and Treatment Hershey A, Winner P. JAOA 2005 vol 105 2-8.

ostéo-articulaires sont fréquentes chez l'adolescent de 11 à 14 ans (24 %) mais peu connues des parents et, de ce fait, banalisées. Ces dernières entraînent pourtant un handicap (94 %) et ont des répercussions sur l'état de santé : 84% des enfants ayant consulté avant 15 ans ont mal au dos 25 ans plus tard<sup>16</sup>. La prise en charge des douleurs liées à ces maladies est actuellement peu adaptée. Elle repose le plus souvent sur une prescription abusive de médicaments alors que des méthodes non pharmacologiques (entre autre, suivi psychologique, relaxation) sont efficaces. Le nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation pratique sur ces méthodes reste minime et les actes ne sont pas remboursés lorsqu'ils sont réalisés en dehors d'une structure hospitalière.

## **OBJECTIF 1 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS AIGÜES.**

### **Mesure 1 : Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge des douleurs**

- **Réalisation d'une étude pour mieux connaître les freins à la prise en charge des douleurs des enfants et des adolescents** dans le secteur extra-hospitalier et définir des actions de recherche et d'amélioration. Cette enquête, en cours de finalisation, apprécie les connaissances des soignants, leurs pratiques et perception de la douleur des enfants et adolescents. Cette étude porte également sur les connaissances, la perception, la conduite de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage face à la douleur aiguë.

Opérateur : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Calendrier : Publication au début 2<sup>ème</sup> trimestre 2006

Coût : 40 000 euros

- **Intégration la prise en charge de la douleur dans le projet de charte des droits des enfants hospitalisés.**

Opérateur : DHOS en lien avec les associations œuvrant dans le domaine de la prise en charge des enfants

Calendrier : septembre 2006

Coût : absence de surcoût

### **Mesure 2 : Développer des formes pédiatriques d'antalgiques**

En effet, aujourd'hui, plus de 80 % des médicaments administrés à l'enfant sont des médicaments d'adultes, dont on ne connaît ni l'efficacité ni la sécurité chez l'enfant.

---

<sup>16</sup> Harreby, M., et al., Are radiologic changes in the thoracic and lumbar spine of adolescents risk factors for low back pain in adults. A 25-year prospective cohort study of 640 school children. Spine, 1995. 20(21) : p.2298-302.

- **Recommandations pour le développement de médicaments adaptés à la lutte contre la douleur chez l'enfant**

Le ministre de la santé et des solidarités vient de confier au comité d'orientation pédiatrique de l'AFSSAPS, en liaison avec le futur comité pédiatrique européen<sup>17</sup>, la mission :

- de réaliser un état des lieux des besoins en médicaments et dispositifs nécessaires au traitement de la douleur adaptés à chaque tranche d'âge ;
- de produire des recommandations aux industriels pour le développement de médicaments destinés à lutter contre la douleur, adaptés en termes de composition, de présentation et de conditionnement (notamment en matière de sécurité), pour chaque tranche d'âge, et chaque pathologie ; des recommandations seront également proposées pour les dispositifs médicaux.
- et de proposer des incitations au développement de ces médicaments, en complément du cadre offert par le règlement européen.

- **Recommandations pour le bon usage des traitements de la douleur chez l'enfant**

Le ministre de la santé et des solidarités a saisi l'AFSSAPS et la HAS, afin d'établir, dans un délai de un an, des recommandations sur le bon usage des médicaments disponibles et sur les stratégies de traitement de la douleur chez l'enfant. Ces recommandations seront mises à jour chaque année en fonction de l'arrivée de nouveaux médicaments.

Opérateur : AFSSAPS et HAS

Calendrier : Saisines effectuées

Coût : absence de surcoût

**OBJECTIF 2 : MIEUX DEPISTER ET TRAITER LES DOULEURS LIEES AUX MALADIES CHRONIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS.**

**Mesure 3 : Mieux sensibiliser les enfants, les parents et les professionnels sur ces pathologies douloureuses**

- Elaboration et diffusion de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des douleurs liées aux maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent.

Opérateur : HAS (Haute Autorité de Santé)

Calendrier : Saisine de la HAS par le ministre de la santé et des solidarités afin d'élaborer les recommandations

Coût : Absence de surcoût

---

<sup>17</sup> A l'initiative de la France et de la Commission européenne, le règlement pédiatrique obligera les laboratoires à étudier tout nouveau médicament chez l'enfant. Ce règlement va être soumis en seconde lecture au Parlement européen en 2006. Les laboratoires pharmaceutiques devront élaborer un plan d'investigation pédiatrique qui sera soumis à un comité d'experts, le comité pédiatrique. Si ce plan d'investigation pédiatrique est réalisé, les firmes obtiendront, en contrepartie de cet investissement, une prolongation du certificat complémentaire de protection de 6 mois pour ces produits.

- Dans le cadre d'un kit d'éducation à la santé distribué aux professionnels de santé (mesure 9), diffusion d'un fascicule destiné aux adolescents atteints de pathologies chroniques douloureuses. Ce fascicule vise à leur fournir des conseils pratiques pour améliorer leur qualité de vie (reconnaissance des symptômes, conduites à tenir devant une douleur, bonne utilisation des médicaments, méthodes pour une prise en charge non médicamenteuse...).

Opérateur : DGS, en lien avec les sociétés savantes, les professionnels et les usagers

Calendrier : programme 2007

Coût : inclus dans les 300 000 euros de la mesure n° 9 (Informier et former les patients et les familles)

#### **Mesure 4 : Faciliter l'accès des enfants douloureux aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle**

- Evaluation de l'organisation de la prise en charge des soins en cancérologie pédiatrique mis en place au niveau régional (existants ou prévus dans le cadre du volet « enfants et adolescents » des SROS de 3<sup>ème</sup> génération).

Opérateur : DHOS en lien avec l'INCa

Calendrier : 2008-2010

Coût : Absence de surcoût

- Mise en place d'une consultation pluridisciplinaire de la douleur des enfants et adolescents, au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle existantes.

Par département, sera financée dès 2006 la disponibilité d'une journée par semaine d'un médecin pédiatre formé à la prise en charge de la douleur.

La présence d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre sera favorisée par la collaboration avec les services concernés. Des recommandations sur les principes d'organisation de cette prise en charge seront élaborées dans une perspective de mise en commun des compétences et de gradation des soins notamment dans le cadre de prises en charge complexes des enfants polyhandicapés, des nourrissons, des douleurs chroniques sévères... (Cf. mesure 24).

Opérateur : DHOS en lien avec les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

Calendrier : 2006 -2010

Coût : 700 000 euros par an.

**PRIORITE 2 : AMELIORER LA FORMATION PRATIQUE INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA DOULEUR DES PATIENTS**

**CONTEXTE**

La formation initiale des médecins a été renforcée avec l'introduction d'un module obligatoire relatif à lutte contre la douleur et aux soins palliatifs dans le programme du 2ème cycle des études médicales. La mise en place et le volume horaire de ce module restent inégaux d'une faculté à l'autre. L'enseignement concernant la douleur des personnes âgées, handicapées et non communicantes n'y est pas systématiquement traité. La voie universitaire par la création d'un diplôme spécialisé d'études complémentaires est incontournable pour permettre la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé.

Dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes, l'enseignement concerne essentiellement la douleur en traumatologie ou les soins palliatifs à domicile et les situations en fin de vie. Il n'y a pas de thème sur la douleur chronique rebelle.

Les professionnels de santé paramédicaux sont bien souvent les premiers acteurs de la prise en charge de la douleur. Le module « Douleur » des études d'infirmiers est variable selon les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). L'harmonisation des contenus pédagogiques et des volumes horaires ainsi qu'une sensibilisation à la dimension psychologique de la douleur des personnels non médicaux sont souhaitables. Les autres professionnels (exemple : aide ménagère, aide médico-psychologiques...) sont encore insuffisamment sensibilisés.

Les formations universitaires portant sur la prise en charge de la douleur s'adressent aux professionnels de santé qui, dans le cadre d'un projet professionnel, souhaitent compléter et maîtriser les divers aspects de la prise en charge de la douleur. L'université propose plusieurs types de formation dans le domaine de la prise en charge de la douleur : les diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU) ouverts aux professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les capacités. Les DIU existent dans 22 universités. Cette démarche, menée sous l'égide du CNEUD, a pour objectif d'harmoniser ces formations dans leurs contenus, durée, validation et d'y inclure un enseignement pratique.

Les Capacités d'évaluation et de traitement de la douleur comportent un enseignement théorique et pratique de 180 heures dispensé sur une période de 2 ans. Ce cursus est ouvert aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes.

**Mesure 15 : Améliorer l'information et la formation des professionnels de santé non médicaux**

- Rédition et diffusion du guide « la douleur en questions », accessible notamment sur le site du ministère ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), rubrique « douleur »).

Opérateurs : DGS et SFETD

Calendrier : 2006 - 2007

Coût : 55 000 euros

- Intégration de la thématique douleur dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des professionnels non-médicaux lorsque les dispositions réglementaires seront prises.

Opérateurs : DGS et HAS

Calendrier : 2006-2007

Coût : absence de surcoût

<b>Coût total de la Priorité n°2 : 55 000 euros</b>
---

# *Annexe VI*

## **Annexe VI : Travail d'analyse**

### **A. Outil d'investigation : Grille d'observation vierge**



## B. Les dix situations relevées

- Premier Hôpital : Cécile, Léo, Julien, Paulette et Lilian
- Second Hôpital : Léa, Lucas et Nicolas















