

SCRIPT DU FILM

Pour en savoir plus sur la douleur chez l'enfant

SC : scène
ITW : interview
SC ITW : scène avec la voix d'un interview qui continue
SC OFF : scène avec une voix off

01:21:23 Fin du générique

01:22:00 **1 - LA DOULEUR DE L'ENFANT : LA CONNAITRE**

1- 1 La définition de la douleur

01:28:10 ITW Dr Daniel Annequin

La douleur c'est complexe à définir, c'est intuitivement facile, tout le monde sait ce qu'est la douleur mais quand il s'agit de la définir les choses sont plus compliquées. D'abord c'est une sensation, ça c'est simple, c'est aussi une émotion, par contre l'émotion pour beaucoup de médecins ce n'est pas très scientifique. La définition nous dit que c'est donc une sensation et une émotion désagréables, tout le monde est d'accord mais que ce soit rapporté ou pas à une lésion tissulaire. Par exemple, on va voir une fracture à la radio donc on va objectiver une lésion d'un tissu, mais la définition ajoute que la lésion peut être virtuelle, c'est à dire qu'il n'y a pas vraiment besoin de lésion pour parler de douleur, ce qui est encore plus déstabilisant pour le médecin. Et enfin, dernier élément de la définition, on nous dit que la douleur doit être rapportée comme telle par le patient, c'est à dire qu'il suffit que la personne nous dise qu'elle a mal pour être dans le cadre de la définition de la douleur et ça c'est aussi un peu difficile à accepter parce qu'on nous a toujours dit qu'il fallait plus ou moins réinterpréter, réanalyser la plainte du patient. Donc voilà une définition, d'abord qui n'est pas claire quand on l'a devant les yeux et en plus avec laquelle on n'est pas à l'aise parce que dans notre formation de médecins on nous a appris à être dans des domaines bien cadrées, scientifiques, mesurables, reproductibles et la douleur par définition n'est pas reproductible, c'est subjectif donc. De plus, ce qui va déstabiliser les médecins c'est que le psychisme va beaucoup influencer la perception qu'a le patient de sa douleur. Enfin, la définition dit qu'il faut que le sujet, le patient, rapporte son expérience désagréable, cela veut dire qu'il ait acquis le langage. Mais le problème c'est que les nouveau-nés, les nourrissons, les personnes handicapées, les personnes en réanimation, les personnes qui ne parlent pas la langue du médecin ou des soignants et qui n'ont pas accès au langage ou ne le maîtrisent pas ne pourront pas communiquer leur douleur.

03:58:15 **1- 2 Les différentes douleurs (carton)**

04:05:00 ITW Dr Daniel Annequin

Alors d'abord il y a les douleurs nécessaires et utiles, notamment chez l'enfant. Toutes les plaies, les bosses, les chutes, toutes ces douleurs sont nécessaires à l'enfant parce qu'il va voir les limites de ces capacités, de son environnement et elles vont lui apprendre dans la majorité des cas à ne pas recommencer les mêmes expériences. Il va aussi structurer son schéma corporel par ces expériences douloureuses quotidiennes.

- 04:32:10 SC
Enzo, trois ans entre en courant dans une pièce en portant une caisse à jouets. Il tombe, pleure, sa maman arrive et le prend dans ses bras.
- 04:41:00 ITW Dr Ricardo Carbajal
Et puis, il y a la douleur provoquée par la maladie. Elle est également un signe d'appel pour que l'individu, l'adulte, l'enfant prêtent attention à ce qui ne va pas et c'est grâce à cette douleur que l'on va parfois faire le diagnostic.
- 04:49:10 SC ITW
Lorène, 1 mois et demi, atteinte d'ichtyose pleure dans sa couveuse. Service de réanimation néonatale.
- 04 55 10 SC ITW
Examen du ventre de Marc 11 ans, aux urgences pour une suspicion d'appendicite.
- ITW Dr Ricardo Carbajal
Il y a dans cette douleur là, une douleur qui est dite aiguë parce qu'elle vient juste d'apparaître mais il y a également des douleurs dites prolongées, voire chroniques dont des maladies qui sont de très longues évolutions.
- 05:13:00 SC
Une infirmière et le Dr Frédérique Lassauge sont au chevet d'Aurore, 4 ans, atteinte d'une infirmité motrice d'origine cérébrale. Le médecin l'examine au stéthoscope et l'infirmière essaye sans succès de la consoler.
- 05:24:10 ITW Dr Ricardo Carbajal
À côté de cette douleur là, il y a la douleur provoquée par les soignants. Cette douleur est toujours prévisible et on doit avoir une action de prévention et de traitement.
- 05:29:10 SC ITW
Injection d'anesthésique local dans la plaie au menton de Charlie, 12 ans, avant des points de sutures, aux urgences.
Mobilisation du bras cassé de Charlène 3 ans pour la pose d'un plâtre aux urgences.
- 05:36:00 SC
Céline, 7 ans, se réveille de l'opération (lobectomie). Elle est prise en charge par l'infirmière de salle de réveil, qui injecte de la morphine.
- 05:45:00 ITW Dr Daniel Annequin.
Toutes les douleurs liées à la maladie, aux soins, provoquées par les piqûres, la chirurgie doivent être prises en compte et traitées.
- 06:01:10 **1- 3 La physiologie de la douleur (carton)**
- 06:07:10 Voix OFF
Séquence d'animation.

Quelles sont les différentes étapes pour ressentir une douleur ?

Prenons l'exemple d'une brûlure :

Au niveau de la zone brûlée, l'extrémité des terminaisons nerveuses est stimulée.

C'est le début de la transmission du message "douleur". Ce message se propage, le long des fibres nerveuses... jusqu'à la moelle épinière. Là, le message entraîne la stimulation des nerfs qui commande les muscles. Il provoque une réaction réflexe de retrait du bras, premier comportement de protection. Simultanément, le message atteint les niveaux supérieurs du cerveau. Le message arrive d'abord au thalamus...

puis d'autres fibres nerveuses transmettent le message au cortex. C'est là que le message est perçu et reconnu comme une douleur. Mais la transmission du message « douleur » ne se fait pas de façon continue le long d'un nerf. En effet, le message transite par plusieurs relais.

Que se passe-t-il au niveau d'un relais ?

L'extrémité de la fibre nerveuse... libère... des substances chimiques... qui excitent la fibre suivante : le message est transmis. En passant par le relais, le débit du message "douleur" peut être amplifié... réduit ... ou totalement interrompu. En effet, les médicaments et des substances sécrétées par l'organisme lui-même, parmi lesquels des morphines endogènes... inhibent, c'est-à-dire filtrent ou bloquent la transmission du message douleur". Schématiquement, la douleur apparaît en cas de déséquilibre entre système inhibiteur et système exciteur. Pour traiter la douleur, on dispose de deux approches : chercher à réduire le système exciteur ... et renforcer le système inhibiteur... le plus souvent en associant l'utilisation des médicaments et les ressources propres de l'organisme.

08:20:00 **1- 4 Des douleurs particulières : les douleurs neurogènes (carton)**

08:25:22 SC OFF

Examen des bras, du dos et de la nuque de Cindy, 15 ans par le Dr Frédérique Lassaue. Réactions douloureuses intenses au simple effleurement de la peau.

Les douleurs neuropathiques ou neurogènes diffèrent des autres douleurs. Ce sont des douleurs très particulières dans leurs manifestations. Elles sont provoquées par un mauvais fonctionnement du système nerveux, qui peut se traduire par le fait qu'une sensation normalement non-douloureuse ; un effleurement ou une simple pression sur la peau ; provoque une douleur intense.

09:27:00 **1- 5 Le rôle régulateur du cerveau (carton)**

09:33:00 ITW Dr Ricardo Carbajal

Lorsqu'on est motivé, que l'on veut réaliser quelque chose et si ce qui est recherché a une importance cruciale ou majeure pour un individu, la douleur provoquée sera moins ressentie. C'est le cas dans la pratique d'un sport ou à l'occasion d'un tatouage par exemple. A contrario quand on est malade, dans un état de dépression ou d'anxiété extrême, les stimulations nociceptives en apparence pas très importantes, peuvent être ressenties 5 à 10 fois plus fortement.

10:18:20 SC

Dans le couloir de l'hôpital le Dr Frédérique Lassaue demande à Romain, 12 ans, s'il était triste quand il était à l'hôpital et si cette tristesse augmentait sa douleur. L'enfant répond oui, il précise que ce qui l'aidait c'était la présence de sa maman.

10:40:15 SC

Scène de tatouage d'une jeune femme, Sabine. Elle crispe ses orteils, se mord un doigt...

ITW Loïc Gignoud

Le meilleur moyen pour éviter la douleur est à mon avis d'être détendu. Personnellement, je fixe un point et j'écoute de la musique après il faut laisser l'esprit ailleurs, ensuite la sensation est présente mais si l'esprit est ailleurs ce n'est qu'une sensation. La douleur c'est surtout la peur de l'inconnu, la surprise fait plus partie de la douleur que la sensation du tatouage, on n'est pas surpris puisqu'on vient se faire tatouer.

ITW Sabine

Par rapport à une opération qui est pratiquée malgré vous, que vous n'avez pas choisi moi, la douleur n'est pas la même. Aujourd'hui j'ai choisi de me faire tatouer. Pour moi c'est une petite bataille, en fait ça remplace la douleur, on ne pense plus à la douleur mais au tatouage, l'un efface l'autre.

11:34:00 **1- 6 Les spécificités de la douleur de l'enfant (carton)**

1- 6- 1 Les modes d'expression

11:40:00 ITW Dr Ricardo Carbajal

Il existe plusieurs modes d'expression de la douleur. Le mode le plus efficace est celui que l'adulte utilise c'est à dire celui de la parole, qui consiste à signaler sa douleur et son intensité.

11:54:05 SC

Réveil douloureux post-opératoire de Mohamed Ali, 11 mois, après une circoncision. Tentatives infructueuses d'une infirmière pour essayer de le calmer.

12:19:11 Retour ITW Dr Ricardo Carbajal

Par contre pour les jeunes enfants cette capacité n'est pas encore développée et la douleur va plutôt se manifester par des modifications du comportement de l'enfant. C'est sûr qu'il est impossible pour un adulte ou selon nos capacités actuelles d'évaluation de savoir si un nouveau-né ressent plus ou moins la douleur qu'un enfant plus grand. Mais nous possédons quelques éléments indirects, on sait très bien que les mécanismes ou les structures nécessaires pour ressentir la douleur apparaissent très tôt lors du développement, par contre on sait que les mécanismes protecteurs c'est-à-dire les mécanismes inhibiteurs eux, sont immatures. Donc on peut penser que non seulement les nouveau-nés sont capables de ressentir la douleur mais qu'en plus, n'ayant pas les mécanismes de protection ils peuvent la ressentir de manière encore plus intense qu'on ne l'imaginait.

12:58:00 ITW Dr Didier Cohen Salmon

On peut penser que chez le tout petit bébé, le prématuré, la douleur est très peu discriminée dans le corps, c'est-à-dire qu'elle s'exprime comme un mal-être global plutôt que comme une douleur localisée. La localisation de la douleur s'acquiert avec le développement du schéma corporel et donc la capacité de dire "c'est là que j'ai mal", à montrer la zone douloureuse.

13:10:05 SC

Ambre, 9 ans consulte pour une migraine, accompagnée de sa maman. Le médecin l'interroge, elle montre précisément où elle a mal.

13:24:07 Retour ITW Dr Didier Cohen Salmon

Et ensuite bien sûr c'est avec l'acquisition du langage que les enfants sont capables d'employer des mots pour dire leur douleur, lui donner des caractères distinctifs, dire ça brûle, ça pique, ça tape etc... L'expression devient plus riche et plus différenciée.

1- 6- 2 La variabilité des comportements de l'enfant

13:40:05 SC OFF

En consultation de pédiatrie, une infirmière fait une prise de sang à Danny, 6 ans, elle lui parle, l'enfant est détendu et sourit.

La variabilité du comportement des enfants face à un même geste médical constitue un véritable piège pour les soignants. S'ils se réfèrent à l'enfant qui manifeste le moins sa douleur, ils risquent de ne pas prendre au sérieux ceux qui la manifestent le plus.

13:52:15 Malgré la présence de la mère, différentes tentatives de distractions, la pose de crème anesthésiante et l'utilisation du MEOPA (Mélange Equimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote) Morgane, 5 ans et demi, refuse qu'on lui fasse une prise de sang, elle pleure et se débat vigoureusement. L'enfant avait pourtant été longuement préparée la veille à l'utilisation du mélange gazeux en compagnie de sa mère. L'équipe décide d'abandonner et envisage de faire la ponction veineuse sous anesthésie générale.

1- 6- 3 La nécessité de croire l'enfant

14:09:24 ITW Dr Elisabeth Fournier Charrière
Une question que se posent souvent les parents c'est de savoir si leur enfant fait semblant d'avoir mal et l'enfant est facilement accusé de simuler parce que soi-disant il ne voudrait pas aller à l'école ou pour une autre raison. En fait, on s'aperçoit que pour des petites douleurs, il est possible que les enfants essayent d'expérimenter un peu leur pouvoir par rapport à leurs parents. Mais la véritable simulation ça n'existe pas et en tout cas pour les douleurs éprouvées à l'hôpital, il n'y a pas de doute possible. L'important c'est vraiment de croire la plainte de l'enfant, d'avoir un à priori qui est de croire ce qu'il dit.

1- 6- 4 La place des parents

14:39:20 SC ITW Dr Élisabeth Fournier Charrière
Une équipe des urgences soigne le doigt blessé de David, 6 ans, il est accompagné de sa mère qui observe attentivement tout ce qui se passe. Elle est très présente et pose des questions au personnel soignant.

La plupart des parents ont la juste perception de la douleur de leur enfant, ils se sont peu à peu forgés leurs propres repères et savent analyser une douleur qui est de leur ressort ou une douleur qui nécessite des soins médicaux. Et une fois arrivés dans l'institution soignante, il va y avoir tout de suite un problème de crédibilité, on ne les croient pas toujours, les parents deviennent finalement des avocats pour arriver à faire comprendre à au moins un soignant que leur enfant a vraiment mal.

15:16:10 Retour ITW Dr Élisabeth Fournier Charrière
Alors, on accuse quelquefois les parents d'exagérer et puis on accuse aussi les enfants de pleurer plus quand leurs parents sont là. Effectivement, vous et moi exprimons plus nos sentiments, nos émotions, notre détresse éventuelle avec quelqu'un de proche et pour les enfants c'est pareil. Évidemment si un enfant se sent mal il va pouvoir quelquefois se retenir de pleurer devant des inconnus, surtout pour les garçons à qui l'on dit "Il faut être courageux" et dès que leurs parents arrivent ce sont les pleurs. Je ne vois pas ce que cela peut avoir de délétère d'exprimer ses émotions dans ce cas là.

1- 6- 5 La mémoire de la douleur

15:51:10 ITW Dr Daniel Annequin
Un des grands arguments que l'on a employés pour ne pas prendre en charge la douleur de l'enfant est que l'on disait : "ils sont petits", "ils oublieront", "ce n'est rien du tout". Maintenant, on a toute une série de données beaucoup plus précises. Il y a la fameuse étude d'Anne Taddio à Toronto publiée dans le Lancet en 1997, qui montre que les enfants qui ont été circoncis sans anesthésie, et je rappelle que la majorité des petits garçons aux États-Unis se font circoncire au troisième jour, à la maternité sans anesthésie ; et bien ces enfants là vont avoir des comportements différents quand ils vont être vaccinés, comparés aux enfants du même âge qui n'ont pas été circoncis,

donc qui n'ont pas connu à la naissance cette stimulation douloureuse massive qu'est la circoncision. Cela veut dire que le système nerveux de ces enfants est capable de garder des traces de ces événements douloureux qui se sont produits 3 ou 4 mois auparavant.

1- 6- 6 Le risque de phobie

16:36:03

SC OFF

En radiologie, à nouveau Morgane 5 ans et demi, à qui l'on doit, impérativement faire une cystographie. Elle crie et pleure au passage de la sonde malgré la présence de sa mère, la pose d'un gel anesthésiant et l'utilisation du MEOPA. La première cystographie s'était très mal passée, elle dira ensuite que c'était quand même mieux avec le MEOPA.

La non prise en charge de gestes douloureux répétés dans la petite enfance risque de provoquer un comportement phobique à l'égard des soins, des médecins et du monde hospitalier. La phobie complique le travail des soignants et peut devenir un frein à la prise en charge de la maladie elle-même.

1- 6- 7 L'importance du premier geste

17:09:00

ITW Dr Ricardo Carbaial

Lorsque l'on doit faire un soin répétitif, il est extrêmement important que la première fois qu'on le réalise, il soit fait dans de très bonnes conditions. Si on réussit une analgésie correcte la première fois, on va casser toute appréhension et les gestes suivants se passeront correctement. Le contraire est désastreux, lorsqu'un premier geste est douloureux, il est extrêmement difficile de contrôler, même avec des médicaments puissants, les gestes ultérieurs.

17:40:00

2 - LA DOULEUR DE L'ENFANT : L'ÉVALUER

2- 1 Les principaux intérêts

17:46:00

ITW Dr Daniel Annequin

L'évaluation de la douleur va servir tout bêtement à objectiver un phénomène subjectif, parce que les professionnels de la santé, les médecins en particulier ne sont pas à l'aise avec ce qui est subjectif. On va donc donner une note, un repère fiable, stable qui vont leur permettre d'adapter les traitements.

18:04:20

SC OFF

Transmissions entre infirmières sur la douleur des enfants présents dans le service, lors d'un changement d'équipe.

L'évaluation de la douleur permet au médecin d'adapter les prescriptions médicales au cas de chaque enfant et de transmettre cette information aux équipes soignantes qui se succèdent. C'est par ailleurs un outil relationnel essentiel : l'enfant et ses parents sont rassurés, ils voient que l'on s'occupe de la douleur, que c'est un souci du service.

18:39:05

ITW Elisabeth Gloaquen

Pourquoi évaluer ? Et bien pour repérer la douleur, ensuite lorsqu'elle a été traitée, pour voir si le traitement est efficace, pour s'assurer que la douleur ne réapparaît pas lorsque l'on baisse le traitement, voilà pourquoi évaluer la douleur. Et enfin pour que tous les soignants se comportent de la même façon auprès de l'enfant. Lorsque les services n'utilisent pas de grille de douleur, dans les dossiers de soins, qu'est ce qu'on peut lire ? "Semble avoir mal", "a l'air d'avoir mal", en fait que des termes subjectifs où il n'y a pas de positionnement, on ne trouvera pas par exemple "a mal" parce que le soignant hésite, met une nuance, un ton en dessous, pour ne pas affirmer.

Faire une évaluation, c'est dire : l'enfant a une douleur à 5, elle s'aggrave, elle progresse, elle répond aux antalgiques qui sont efficaces, c'est avoir un discours professionnel.

Très souvent ce que contestent les soignants, les parents ou les patients adultes c'est le fait de mettre un chiffre sur la douleur. Ils disent mais cela ne veut rien dire de mettre 6, peut-être que vous mettez 6, le voisin mettrait 7, et moi-même en auto-évaluation je me mettrais 5 alors que celui d'à côté qui a la même pathologie se mettrait 6. Ce qui est essentiel ce n'est pas le chiffre en lui-même, c'est l'évolution de ce chiffre, c'est de là où on part et là où on va, c'est ça qui est important.

19:58:15

2- 2 Les signes de la douleur (carton)

20:05:00

ITW Dr Élisabeth Fournier Charrière

En général, on pense que les signes de douleur sont très visibles chez l'enfant. Bien sûr, tout le monde vous dira qu'il pleure, qu'il s'agite, il va devenir blanc ou rouge et puis le pouls et la respiration s'accélèrent. En fait, cela correspond à une douleur aiguë telle qu'on peut la voir avec un traumatisme, une brûlure ou au réveil d'une opération.

En fait, ces signes là s'estompent assez vite et il faut rechercher des signes moins bruyants, moins émotionnels peut-être. Il y a la grimace bien sûr, tout le froncement du visage que l'on observe même chez les prématurés d'ailleurs. Il y a les positions antalgiques, on va tenir les bras et les jambes d'une façon particulière pour éviter la douleur, arquer le dos... Les nourrissons réagissent beaucoup par des raideurs, très diffuses finalement, même s'il y a une douleur localisée, et un rejet en arrière, donc c'est important si c'est possible, de prendre l'enfant dans les bras, ainsi on perçoit mieux toutes les raideurs.

SC ITW Dr Élisabeth Fournier Charrière

Scènes d'enfants et de nourrissons qui souffrent

Vincent, 9 ans, en salle de réveil, le visage crispé, « chiffonné » gonflé par les pleurs.

Ambre, 9 ans, qui a la migraine, plisse le front, se tient la tête

Ferielle 6 ans, pendant une prise de sang, visage tendu, fronce les sourcils,

Lorène, 1 mois et demi, ichtyose nouveau né, sillon naso labial, bouche ouverte

Clara, 8 mois, fronce les sourcils et place sa jambe en position antalgique suite à l'ablation d'un nævus sur mollet. Discussion entre l'infirmière et la mère de Clara, cette dernière à repérer la position antalgique.

Mohamed Ali, 11 mois, en salle de réveil après une circoncision. Arque son dos et se rejette en arrière.

Retour ITW Dr Elisabeth Fournier Charrière

Et puis, l'enfant se replie sur lui-même, se retire un peu dans un monde de douleur, se concentre sur la zone qu'il perçoit et n'est plus accessible à la relation. Alors le visage devient très inexpressif, très figé, il n'y a plus que les yeux qui bougent mais très lentement et puis l'enfant ne bouge plus du tout, même si ce ne sont pas ses articulations ou son système locomoteur qui sont atteints. L'enfant ne s'intéresse plus à rien, il refuse de jouer même avec des objets attrayants. Et cet enfant qui est normalement très vif, très animé, il faut se référer à l'enfant dans la cour de récréation, qui bouge tout le temps dont le visage est très communicatif, très animé, très pétillant et qui initie souvent la communication, même un nouveau-né recherche à rentrer en relation quand il est réveillé, et bien tout cela disparaît, c'est ce que l'on a appelé l'inertie psychomotrice.

22:10:20

2- 3 L'hétéroévaluation (carton)

22:17:00

ITW E. Gloaquen

L'hétéro évaluation elle concerne tout enfant qui n'a pas la capacité d'exprimer sa douleur, ce qui veut dire que c'est quelqu'un d'autre qui va chercher les signes à sa place. Soit en néonatalogie l'enfant est tout petit et le soignant va rechercher les signes, soit l'enfant opéré, l'enfant handicapé qui n'est pas en situation de relation verbale. Donc, c'est le soignant, quelqu'un d'autre qui recherche mais ce quelqu'un d'autre peut être la mère. Il suffit de le lui apprendre.

22:44:10

SC

Scène de consultation. Laura, 15 ans, handicapée (syndrome de Rett) ne communique pas par le langage. La maman demande au médecin si elle pense que sa fille souffre et le médecin lui répond qu'en tant que maman elle est sans doute la mieux placée pour le savoir. La mère décrit en effet très bien les signes de douleur, qu'elle a appris à reconnaître chez sa fille : visage crispé, membres crispés...

23:31:15

Evaluation de la douleur en salle de réveil de Mohamed Ali, 11 mois, grâce la grille post-opératoire CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale). Chaque item est décrit, la douleur est cotée à 10, le médecin prescrit un antalgique de palier 2 (Nubain®) et décide de réévaluer la douleur dans 15 minutes.

24:26:04

15 minutes après, Mohamed Ali est calme, la nouvelle cotation CHEOPS est de 3.

25:12:10

Service de réanimation néonatale, Marie a quelques heures. Transmission infirmières concernant l'évaluation de la douleur, effectuée grâce à la grille EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau né).

- 25:51:10 **2- 4 L'autoévaluation (carton)**
- 25:57:25 ITW Dr Ricardo Carbajal
Les enfants de 6 / 7 ans sont plus capables de faire abstraction et d'évaluer eux même leur douleur, on appelle cela de l'auto évaluation et on utilise comme chez l'adulte des réglettes qui vont permettre de quantifier d'une façon objective leur douleur.
- 26:16:10 **2- 4- 1 Illustration évoquant l'échelle numérique simple**
- SC OFF
 Cindy, 15 ans (douleurs neurogènes) est allongée sur son lit d'hôpital, le médecin lui demande de noter sa douleur sur une échelle de 1 à 10.
- Avant même d'utiliser les réglettes, l'outil d'évaluation le plus courant est l'échelle numérique simple.*
- 26:29:15 **2- 4- 2 Image d'une l'échelle visuelle analogique**
- 26:34:10 ITW Dr Barbara Tourniaire
A partir de 6 ans, j'utilise souvent l'échelle EVA et si l'enfant ne comprend pas l'échelle EVA alors je lui montre l'échelle des visages.
- 26:41:17 SC
 Cotation de la douleur de Céline 7 ans grâce à une échelle EVA en salle de réveil. Elle cote a 6.
- 26:58:07 **2- 4- 3 Image d'une échelle des visages**
- 27:01:16 ITW Dr Barbara Tourniaire suite
L'échelle des visages plait beaucoup, elle plait aux petits, donc la consigne est : ce sont des bonhommes qui ont mal, ce bonhomme n'a pas mal, ceux-là ont de plus en plus mal, celui-ci a très très mal, est-ce que tu peux me montrer le bonhomme qui a aussi mal que toi. Tout ça souvent l'enfant le comprend bien, à partir de 4 ans on a déjà de bons résultats avec cette échelle.
- 27:26:25 SC
 Dylan, 4 ans est allongé sur son lit d'hôpital, le Dr Frédérique Lassaude évalue sa douleur au ventre sur le moment et rétroactivement grâce à l'échelle des visages.
- 28:08:10 **2- 4- 4 Image de 4 jetons rouges**
- 28:11:20 ITW Dr Barbara Tourniaire suite
Pour les jetons la consigne est : chaque jeton est un morceau de douleur, est-ce que tu peux prendre autant de jetons que tu as mal ?
- 28:20:00 SC suite
 Dylan, 4 ans est avec le Dr Frédérique Lassaude, il écarte tous les jetons de côté pour dire qu'il n'a pas mal.
- 28:25:20 **2- 4- 5 Image du « dessin du bonhomme »**
- 28:29:20 ITW Dr Barbara Tourniaire, suite
Les dessins d'enfants comme les autres outils d'évaluation ne se conçoivent pas tout seuls, ils se conçoivent dans une relation avec l'enfant. Pour moi, ça ne commence jamais par faire dessiner, mais par dire : " Bonjour, raconte-moi où tu as mal, montre-moi avec ta main" et ensuite, quand le moment semble propice mais après l'instauration d'une relation, on demande à l'enfant de dessiner. Il faut que l'enfant

puisse dessiner et se projeter sur un schéma, puisqu'il s'agit de représenter les endroits douloureux sur un schéma (silhouette) qui est déjà fait. On peut, si l'enfant est en âge de le comprendre et s'il le souhaite, lui demander en plus de choisir quatre couleurs différentes qui représentent quatre niveaux de douleur : un peu, moyen, beaucoup, très mal ; l'enfant peut dessiner les zones qui correspondent avec ces quatre couleurs. C'est une confirmation de ce que dit l'enfant, le plus souvent ce n'est pas une information nouvelle. Les découvertes peuvent être des localisations que l'enfant n'avait pas signalées et qu'il va montrer ou des indications de trajets douloureux qui peuvent faire penser à une étiologie.

29:54:00

SC

Le Dr Frédérique Lassauge est avec Ludovic, 4 ans qui a une fracture à la jambe, elle lui demande de coter sa douleur avant et après qu'on lui ait mit son plâtre grâce à l'échelle des visages. L'enfant montre le visage le plus douloureux et ensuite le moins douloureux.

30:11:08

ITW Dr Barbara Tourniaire, suite

C'est important que l'utilisateur se sente bien avec l'outil, si on connaît bien l'outil, on l'expliquera bien et l'enfant sentira qu'on est à l'aise, que ce n'est pas quelque chose de faux, que cela fait partie de la conversation, de l'entretien que l'on est en train d'avoir, et il l'utilisera. Si on n'est pas très à l'aise, qu'on le présente mal je pense que cela aura moins de valeur.

2- 4- 6 Les écueils de l'autoévaluation

30:25:00

SC OFF

Quand un enfant est trop douloureux pour coter sa douleur, un traitement antalgique s'impose. Une fois l'enfant apaisé, il sera alors possible pour les soignants d'évaluer sa douleur

Isabelle, 14 ans est en salle de réveil suite à une opération du rachis. A la question de l'infirmière de salle de réveil « Comment te sens-tu ? », elle ne répond pas. Après injection de morphine elle répond 5, à la question peux tu noter ta douleur entre 1 et 10.

31:02:25

ITW Dr Ricardo Carbajal

Il existe chez quelques enfants la crainte de donner une évaluation telle qu'ils la ressentent parce qu'ils peuvent avoir une appréhension que cela ait des conséquences sur le traitement ou que cela puisse prolonger leur séjour à l'hôpital, s'ils signalent une douleur persistante.

31:20:10

SC

Aux urgences, Océane, 7 ans est sur un brancard, à son arrivée, elle cotait 4,5. Le Dr Frédérique Lassauge lui demande d'évaluer sa douleur au moyen de l'échelle EVA. La petite fille semble souffrir mais elle évalue sa douleur à 0. Quand le médecin lui demande ce qui est le plus important pour elle, elle répond qu'elle veut rentrer chez elle.

31:54:10

2- 5 Se donner les moyens (carton)

Évaluation systématique, notée, mise en place de protocole...

32:00:10

ITW Dr Didier Cohen-Salmon

Alors comment faire pour que l'information et la prise en charge de la douleur ne soient pas sacrifiées en premier quand on est en surcharge de travail ? Et bien, je pense qu'il faut que cela devienne comme la surveillance des constantes vitales et l'exécution des

prescriptions, il faut que cela fasse partie du socle des soins auquel on ne peut pas toucher.

32:23:21

ITW Nadine Fiez

Une difficulté que l'on rencontre avec l'évaluation de la douleur ce sont les enfants qui ne sont pas douloureux. Tant mieux et bien évidemment on s'en réjouit mais du coup les infirmières ne voit pas l'utilité d'évaluer régulièrement la douleur pour écrire un zéro dans la case qui correspond à douleur. Je fais donc souvent le parallèle avec la température et je leur explique que si cela ne les gênent pas de noter que l'enfant a 37° et donc qu'il est apyrétique, elles peuvent faire la même chose avec la douleur.

32:54:20

SC ITW Dr Barbara Tourniaire

Scènes de notations de cotations de la douleur.

Il est clair que l'évaluation sera d'autant plus faite qu'il y a un lieu pour la marquer. Maintenant, beaucoup d'équipes travaillent à ce qu'il y ait une place dans le dossier de soins pour l'évaluation de la douleur. Une façon de faire est par exemple de noter simplement la note EVA sur la feuille de température. On prend le pouls, on prend la tension, on demande à l'enfant de s'évaluer, on peut aussi mettre cette note sur la feuille et c'est un bon moyen pour stimuler tout le monde à faire des évaluations et aussi pour stimuler les médecins à prescrire !

33:33:10

SC

La nuit, deux infirmières sortent d'une chambre, l'enfant est très douloureux, elles échangent sur la cotation douleur obtenue, 5 sur 10. Une des infirmières décide qu'elle va administrer du Nubain ® (un médicament de palier 2) au lieu du Perfalgan ® (palier 1) prévu, puisque le protocole douleur établi dans le service l'y autorise.

33:55:20

ITW Dr Élisabeth Fournier Charnière

Le problème des traitements contre la douleur à l'hôpital c'est que souvent ils ne sont pas assez prescrit. Ou alors le médecin prescrit un médicament antalgique et pense avoir fait du bon boulot, il rentre chez lui et puis si le traitement est insuffisant que se passe-t-il, l'infirmière que peut-elle faire ? Et bien justement c'est pour palier à cette difficulté que dans le plan douleur de Kouchner il a été préconisé de rédiger des protocoles qui vont, évidemment, être signés par les différentes instances du service et de l'hôpital pour que l'infirmière en cas de douleur inattendue puisse administrer des traitements complémentaires.

34:30:23 **3 - LA DOULEUR DE L'ENFANT : AGIR**

34:37:00 ITW Élisabeth Gloaquen

Dans les moyens de soulager la douleur il n'y a pas un moyen, il y a plusieurs réponses, c'est à dire que penser douleur égal antalgique c'est très réducteur, penser douleur égal confort et réconfort c'est aussi réducteur. Ce qui est important ce sont les réponses complémentaires, ce n'est pas la réponse unique et c'est là qu'une évaluation est très importante parce que parfois on va essayer une réponse et voir si elle suffit et si l'évaluation montre qu'elle ne suffit pas effectivement il faudra associer une deuxième réponse.

35:10:00 **3- 1 Les moyens non médicamenteux (carton)**

3- 1- 1 L'information

35:16:10 ITW Dr Ricardo Carbajal

En tant que soignant nous occupant denfants, nous ne devons pas oublier que les enfants ont également une capacité de compréhension et qu'à leur niveau ils souhaitent une information adaptée à leur compréhension. Les enfants qui ont déjà la capacité de s'exprimer et avec qui on prend le temps de discuter, nous disent qu'ils détestent que l'on vienne dans leur chambre leur dire que l'on va leur faire un geste agressif alors qu'ils n'étaient pas prévenus. Ils détestent également que l'on mente, il ne faut surtout pas dire à une enfant que ce n'est rien, que c'est quelque chose qui ne dure pas longtemps, qu'il n'aura pas mal alors qu'on sait pertinemment qu'il va avoir mal. Il vaut mieux leur dire la vérité et leur décrire de la manière la plus juste possible la sensation qu'ils vont avoir. L'information que l'on donne à l'enfant est extrêmement importante, parce que si l'on donne une information qui n'est pas réelle on perd la confiance de l'enfant, et les enfants nous le reprochent après.

36:14:16 SC

Estelle, 6 ans, s'est blessée à la tête. Aux urgences, en présence de son papa, on va lui poser des agrafes. Le chirurgien lui explique ce qu'il va faire et lui précise que cela va être un peu douloureux. La petite fille décline la proposition de respirer le MEOPA dans le masque... mais accepte la main que lui a proposé l'infirmière.

37:05:07 SC OFF

Dans une salle d'attente, Vincent 10 ans et sa maman lise un document d'information illustré "Les points de sutures" réalisé par SPARADRAP.

L'information de l'enfant et de ses parents fait partie intégrante de la prise en charge de la douleur. Outre l'information orale, on peut utiliser des supports variés : maquettes explicatives, documents illustrés, photographies, ou jouets.

37:11:10 Une petite fille regarde un "trombinoscope" un grand panneau en forme de bateau qui présente les photos du personnel de la consultation.

37:13:24 Vincent 10 ans et sa maman examine un panneau d'information illustré avec des photos "l'opération de la Panthère rose".

37:16:18 En consultation, un médecin prépare une fillette à l'anesthésie en jouant à mettre un masque d'anesthésie sur son nounours.

3- 1- 2 La présence des parents

37:19:17 On réalise une ponction lombaire sur Louise, 5 ans, elle inhale du MEOPA, la maman est à côté, elle tient le masque, tous chantent une comptine pour la distraire.

37:38:15 ITW Nadine Fiez
De plus en plus, nous souhaitons nous aussi, que les parents soient présents puisqu'ils représentent une aide extrêmement importante pour une prise en charge correcte. Le débat actuellement se situe plutôt sur la présence ou non des parents lors des soins, avec des équipes qui se positionnent sur la présence des parents et qui font tout pour que les parents soient présents et d'autres qui ont plutôt tendance à persuader les parents de ne pas rester. Je pense que c'est souvent une question de moyens, si on a des moyens antalgiques efficaces on va rapidement proposer aux parents de rester mais si on n'a pas de moyens efficaces on n'a pas envie qu'ils soient témoins d'une prise en charge insuffisante donc on a tendance à les faire sortir. Il y a aussi un autre problème que l'on peut constater dans les équipes infirmière, c'est la non-préparation des parents lors d'un soin. Certaines infirmières laissent le choix aux parents d'être présents ou pas mais les parents ne savent pas ce que l'on attend d'eux donc ils se sentent mal à l'aise.

38:49:20 SC sur ITW Nadine Fiez
L'équipe des urgences fait une prise de sang à Mathieu, 20 jours, avec administration de glucose. Sa maman est présente mais debout, très loin.

Vous avez des parents qui sont quelquefois à 10 cm de l'endroit où l'infirmière doit piquer et qui ont le nez sur la veine et vous avez d'autres parents qui se tiennent à 3 mètres derrière l'enfant, debout et qui n'osent pas s'approcher de leur enfant. Je pense qu'il y a, à ce niveau là un travail de préparation à faire pour que les rôles de chacun soient déterminés.

3- 1- 3 La distraction

39:22:23 SC
Samy, 2 ans (trisomique) est distrait par sa maman, elle lui fait des bulles de savon et le câline pendant que la puéricultrice réalise une injection.

39:41:20 ITW Dr Marc Sznajder
Pour distraire les enfants et essayer de diminuer un peu cette appréhension, c'est variable selon l'âge, mais par exemple pour des enfants à partir d'1 an et demi, 2 ans, on peut leur faire un petit dessin sur le bras, moi je dessine un petit chat. Ils sont surpris et au moment de faire le geste, ils n'ont souvent pas le temps de réaliser, c'est manifestement moins douloureux pour eux.

39:51:22 SC ITW
Dessin sur le bras d'un enfant.

40:01:20 Retour ITW Dr Marc Sznajder
On peut également utiliser les nounours qui sont dans la salle d'attente ou dans la salle d'examen et puis mimer les gestes techniques que l'on va faire avant, cela rend souvent bien service.

40:16:15 SC
Frédérique Lassauge examine un enfant et lui demande d'abord s'il a mal au nez, avant d'examiner la zone douloureuse, son ventre.

40:28:12 ITW Dr Frédérique Lassauge
Pour examiner un enfant douloureux, je trouve que c'est pratique de d'abord jouer à l'examiner sur une zone non douloureuse. Alors qu'est ce qui n'est pas douloureux ? et bien le gros orteil est rarement douloureux chez un petit, l'oreille, le nez. En fait on les fait rire et puis peu à peu on atteint la zone douloureuse, cela marche très bien.

3- 1- 4 Le toucher, le massage, le « peau à peau »

40:45:15 ITW Dr Élisabeth Fournier Charrière
Il y a des techniques de traitement qui ne sont pas médicamenteuses. La première à laquelle on pense c'est le massage, c'est un réflexe de frotter quand on se fait mal, soit l'endroit qui fait mal, soit juste à côté. On sait que c'est un puissant moyen pour inhiber les influx nociceptifs, les influx de douleur.

41:03:03 ITW Dr Ricardo Carbajal
Ces moyens là peuvent être extrêmement importants. Par exemple chez le nouveau-né, on a constaté que le contact entre le nouveau-né et sa mère pendant un certain temps produit un état d'épanouissement et de sensations, que l'on ignore actuellement, et qui peuvent bloquer la perception douloureuse.

40:12:14 SC ITW
En réanimation néonatale, scène de peau à peau entre Estelle, quelques jours et sa maman.

41:22:18 SC ITW
Dans le service de néonatalogie, une infirmière masse délicatement les mains et les pieds de Marie, 1 mois.

41:40:11 SC
En néonatalogie, on administre à Solane, une solution sucrée et on lui donne une tétine avant de pratiquer une injection d'érythropoïétine (EPO).

De la même façon, on a trouvé par exemple, que l'allaitement d'un enfant alors qu'un geste douloureux est réalisé bloque toutes les réactions douloureuses. On sait également depuis plusieurs années que l'administration de solutions sucrées concentrées telles que le saccharose ou le glucose, mises dans la bouche avec une tétine, entraînent également une diminution de la perception douloureuse chez le nouveau-né.

3- 1- 5 La relaxation ou l'hypnose thérapeutique

41:57:22 SC OFF
Caroline, 15 ans est allongée par terre sur un matelas, Isabelle Célestin Lhopiteau. L'accompagne dans cette séance d'hypnose thérapeutique.

Dans certains services, on peut proposer aux enfants et aux adolescents des séances de relaxation ou d'hypnose thérapeutique. Ces deux techniques peuvent être utilisées aussi bien pour le traitement des douleurs chroniques, telles les migraines, que pour le traitement de certaines douleurs aiguës.

42:39:20 ITW Isabelle Célestin Lhopiteau
Dans le cadre de l'hypnose thérapeutique, chaque séance peut être surprenante parce qu'il y a effectivement des enfants qui pendant des années ont porté une douleur chronique qui fini par les invalider et les empêcher de profiter vraiment de la vie. Toute leur vie se réduit à cette douleur. Et ce qui est satisfaisant et impressionnant avec cette pratique, c'est de constater qu'à un moment donné, et cela peut être très rapide ou très progressif, la vie reprend le dessus et l'enfant se connecte vraiment à ce qui est très vivant en lui, à ses ressources et arrive à se défocaliser de ce qui lui fait mal, à la fois corporellement mais aussi psychiquement.

43:25:08 **3- 2 Les moyens médicamenteux (carton)**

3- 2- 1 Les médicaments

43:31:10 ITW Dr Elisabeth Fournier Charrière

Les médicaments contre la douleur sont les antalgiques qui sont classés depuis de nombreuses années par l'OMS en trois paliers, le palier 1 ce sont les antalgiques dits périphériques qui agissent au niveau du foyer lésionnel c'est essentiellement l'aspirine, le paracétamol, et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ensuite il y a les paliers 2 et 3, ce sont les morphiniques qui agissent au niveau de récepteurs spécifiques donc essentiellement au niveau du système nerveux central, la moelle épinière et le cerveau. Ces morphiniques ont une puissance variable, il y a les morphiniques de puissance faible que l'on appelle le palier 2, le médicament le plus connu c'est la codéine et puis les morphiniques de puissance supérieure, le palier 3, le principal c'est la morphine.

44:17:19 SC Palier 1
Aux urgences, on vient de poser un plâtre à Charlène, 3 ans. Le Dr Frédérique Lassaige explique à la maman l'importance de donner les médicaments antalgiques (Doliprane® et Nifluril®) prescrits régulièrement et non uniquement quand elle a mal, afin de garder un niveau antalgique constant.

44:46:03 SC Palier 2
Aurore, 4 ans (IMC) manifeste une douleur intense, après examen, le Dr F. Lassaige prescrit du Nubain® par voie rectale (médicament de Palier 2), ainsi que l'application de crème anesthésiante pour poser une perfusion. A peine quelques minutes plus tard, Aurore est calmée, les pleurs ont cessés, elle sourit.

45:11:06 SC Palier 3
Administration de morphine par voie orale à Elsa, 8 mois. Proposition de faire boire avec une cuillère, une tétine ou une seringue.

45:33:06 SC OFF Palier 3
En salle de réveil, une infirmière montre à Isabelle, 14 ans, comment se servir de la pompe à morphine.

La morphine peut aussi être administrée par une pompe PCA. En procédant à une titration, l'infirmière administre une dose initiale, suivie d'éventuelles réinjections en fonction du niveau de douleur. Une fois l'enfant soulagé elle réglera les bolus, c'est à dire la quantité de morphine prescrite par le médecin que l'enfant peut recevoir quand il appuie sur le bouton.

3- 2- 2 Les anesthésiques locaux

46:17:06 SC
Aux urgences, on applique à Ferialle, 6 ans de la crème anesthésiante sur les deux bras en prévision d'une prise de sang. L'examen se passe bien, sa maman est là pour la distraire.

47:03:00 SC
Le Dr Sznajder, pédiatre libéral, enlève le patch de crème anesthésiante de la cuisse de Chloé, 4 mois, avant de lui faire le vaccin. Chloé ne manifeste aucune douleur.

47:24:14 SC OFF
Le dentiste peut appliquer un anesthésique de surface, avant de procéder à l'injection d'un anesthésiant.

Le Dr Matthias Clavier, chirurgien dentiste, applique une pâte anesthésiante sur la gencive d'Erwan, 12 ans, avant de lui faire une piqûre anesthésiante. Le garçon ne manifeste pas de douleur lors de l'injection.

3- 2- 3 Le MEOPA, Mélange Equimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote

47:51:20 SC OFF
Réalisation d'un myélogramme sur Luisa, 10 ans, (roumaine, ne parlant pas français) avec administration de MEOPA, en présence de sa maman. L'équipe a également prévu la pose d'une crème anesthésiante, et une injection d'anesthésie locale, avant la ponction.

Le MEOPA est un mélange en quantité égale d'oxygène et de protoxyde d'azote. Il permet, lors de certains gestes douloureux, d'atténuer ou de supprimer la douleur, sans endormir l'enfant.

3- 2- 4 L'anesthésie générale

48:36:00 SC OFF
Pour des gestes très douloureux et répétés, comme les soins de brûlures, il est souvent nécessaire de recourir à l'anesthésie générale.

On procède au bain journalier de Fatoumata, 11 mois, gravement brûlée. Le soin est pratiqué sous anesthésie générale. L'enfant reçoit également de la morphine par voie orale en continue.

3- 3 Mais encore...

49:04:02 ITW Dr Daniel Annequin
On peut aussi se poser une question, il y a des moyens de soulager mais ne pourrait-on pas prévenir, anticiper l'apparition de la douleur. C'est-à-dire qu'au lieu de faire 4 piqûres à un gamin pourrait-on n'en faire qu'une, voire aucune parce qu'il y a un appareil de mesure qui vient de sortir qui montre que pour la Bilirubine, notamment chez les nouveau-nés on peut le faire par voie transcutanée sans faire d'effraction cutanée. La prévention c'est donc réfléchir pour savoir s'il y a des moyens de faire autrement pour obtenir le même résultat.

49:34:07 SC ITW Dr Marc Feldmann
Le geste le plus réalisé dans les unités de néonatalogie est la ponction capillaire au talon, ce geste est très peu accessible à l'anesthésie locale. Or il peut être remplacé de façon simple par une ponction veineuse nettement plus accessible aux traitements de la douleur, par l'administration de crème EMLA, ou de saccharose. Nous, nous ne faisons plus le test de Guthrie au talon, même à la maternité il est fait par ponction veineuse. Mais il faut que le personnel soit extrêmement motivé et qu'il ait appris à piquer en veineux de façon importante, notamment pour le personnel de maternité qui n'a pas l'habitude de piquer en « veineux ».

SC

En réanimation néonatale, un infirmier fait une prise de sang à Manon, après retrait de la crème anesthésiante. Il effectue le test de Guthrie.

50:26:18 4 - POUR CONCLURE...

50:33:00 ITW Dr Daniel Annequin
On est parti d'un paysage désertique et là on voit éclore quelques touffes d'herbe verte au niveau de la prise en charge de la douleur, c'est vrai qu'il y a des endroits où tout se passe bien, voire très bien, mais à côté il peut se passer des choses tout à fait insatisfaisantes et inacceptables. Au sein d'un même service, d'un même établissement on peut voir que le meilleur peut côtoyer le pire.

51:01:10 ITW Nadine Fiez
On a décidé d'emblée à l'unité douleur, de mettre en place des enquêtes qui nous permettent de mesurer concrètement l'état d'avancement de la prise en charge de la

douleur des enfants. On ne se contente pas de mettre un projet en place mais on va d'abord le suivre et faire régulièrement des enquêtes pour mesurer l'état d'avancement. Maintenant qu'il existe le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), c'est essentiellement son rôle d'assurer ces mesures.

51:36:00

ITW Dr Daniel Annequin

Depuis 5 ans le monde de la santé a beaucoup bougé au niveau de la prise en charge de la douleur, notamment grâce à des textes réglementaires. Il y a eu des plans douleur, il y en a eu même deux et le dernier date de 2001, un plan de 4 ans. Les pouvoirs publics se sont vraiment engagés dans une politique volontariste de prise en charge de la douleur. Des sociétés savantes et l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé) ont émis des recommandations précises sur la prise en charge de la douleur de l'adulte et de l'enfant. On a vraiment un outillage tout à fait solide pour que la prise en charge se fasse de manière plus régulière, systématique et efficace.

52:15:00

SC

En salle de réveil, le visage d'un enfant calmé dans les bras d'une soignante.

52:20:15

GÉNÉRIQUE FIN