

Section 2

Principes d'évaluation de la douleur

PLAN DE LA SECTION

4	Principes d'évaluation des syndromes douloureux chroniques de l'enfant	21
5	Principes d'évaluation des syndromes douloureux aigus chez l'adulte	27
6	Principes d'évaluation des syndromes douloureux chroniques	33
7	Principes d'évaluation des syndromes douloureux chroniques : le sujet âgé.	39
8	Clinique de la douleur aiguë et chronique (facteurs de chronicisation et mémoire de la douleur)	45

Principes d'évaluation des syndromes douloureux chroniques de l'enfant

Barbara Tourniaire

PLAN DU CHAPITRE

Évaluer l'intensité de la douleur	21	À qui, et quand adresser un enfant ou un adolescent en structure douleur?	24
Une évaluation globale nécessaire dans la douleur chronique de l'enfant	23		

POINTS ESSENTIELS

L'évaluation de la douleur est possible à tous les âges avec des échelles validées. À partir d'environ 5 ans, les enfants sont eux-mêmes capables d'évaluer leur propre douleur. Avant cet âge, une hétéroévaluation est nécessaire, fondée sur l'observation. Dans la douleur chronique, outre l'intensité de la douleur, son retentissement sur la vie de l'enfant et de sa famille doit être évalué.

Comme chez l'adulte, l'évaluation de la douleur est incontournable pour la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée.

L'évaluation n'est pas un acte simple ni isolé. Il s'agit d'un processus complet et complexe qui ne se réduit pas à l'intensité de la douleur. Évaluer consiste à comprendre au plus près ce que l'enfant éprouve. Comme chez l'adulte, l'évaluation doit tenir compte des caractéristiques de la douleur, de sa description, son intensité, sa fréquence, sa durée, sa localisation, mais aussi de son retentissement, en termes d'impact fonctionnel, de qualité de vie, d'absentéisme scolaire et de retentissement familial. Tous ces éléments seront recueillis avec pertinence si le contact avec l'enfant et sa famille a été établi. Évaluer nécessite donc d'observer finement et d'entrer en relation.

La démarche d'évaluation ne se réduit donc jamais à l'utilisation d'échelles, d'autant moins que la douleur sera prolongée ou chronique. La douleur devra alors être replacée dans le contexte de vie de l'enfant, dans son histoire et celle de sa famille.

Les premières recommandations françaises sur la douleur de l'enfant datent de 2000 : un texte de la Haute Autorité

de santé (HAS) précise les données de l'évaluation dans la douleur aiguë de l'enfant [1]. L'évaluation de la douleur de l'enfant comme de l'adulte est aussi un critère exigible de la certification. Nous ne disposons pas de recommandations spécifiques sur l'évaluation de la douleur chronique de l'enfant, ni d'une définition spécifique de la douleur chronique en pédiatrie : en particulier, la même durée que chez l'adulte doit-elle être retenue, surtout chez les enfants les plus petits ?

Le développement psychomoteur de l'enfant et sa compréhension des événements détermineront la façon dont le soignant entrera en contact avec l'enfant et évaluera la douleur.

Évaluer l'intensité de la douleur

De la douleur aiguë à la douleur prolongée

Dans la douleur aiguë sont surtout présents des signes tels que les cris, les protestations, les pleurs ou l'évitement ; ces signes sont évidents, très sensibles, mais peu spécifiques car aussi parfois présents dans la colère ou la peur. Cependant, le travail d'équipes de recherche a mis en évidence, sur le visage des nouveau-nés, des signes plus spécifiques de la douleur, ce qui permis le développement d'échelles fondées sur l'observation du visage du nouveau-né (échelle *Neonatal Facial Coding System* [NFCS]).

Jusqu'à l'âge d'environ 6 ou 7 ans, le visage des enfants est très expressif, incapables de masquer les émotions. La douleur est assez facilement repérable à la lecture du visage et du corps, selon l'expressivité de l'enfant, ce qui a permis le développement d'échelles d'hétéroévaluation, fondées sur l'observation. Avec l'âge, les enfants apprennent à contenir

leurs émotions, et leur visage n'est plus forcément le témoin de leur douleur. Le rôle de l'éducation, de la famille et de la culture est très important dans la façon dont l'expression des émotions et, donc, de la douleur, est encouragée ou au contraire réfrénée.

Des outils d'évaluation de la douleur, fondés sur l'observation, ont été développés et validés chez l'enfant, en fonction de l'âge et de la situation clinique : par exemple, des échelles spécifiques ont été élaborées pour le nouveau-né, pour l'enfant polyhandicapé, etc. Ces échelles sont toutes disponibles sur le site français de la douleur de l'enfant : www.pediadol.org et dans le guide *L'Essentiel de la douleur* [2]. Il s'agit d'une hétéroévaluation.

Depuis la fin des années 1980, la situation d'enfants « trop calmes » a été décrite : un faciès pauvre, peu, voire pas de plaintes, une immobilité ou des positions inhabituelles, très peu d'interactions avec l'entourage, etc. Ces symptômes qui passaient et passent encore trop souvent inaperçus, sont les signes d'une douleur prolongée de l'enfant. Des échelles spécifiques ont été créées pour les enfants atteints de douleurs du cancer, mais sont utilisables pour toute douleur intense prolongée : *Douleur Enfant Gustave-Roussy* (DEGR) et *Hétéroévaluation de la douleur de l'enfant* (HEDEN).


Mais dans les douleurs intenses, en particulier chez les enfants petits, ce tableau d'enfant « trop calme », verbalisant

peu la douleur, « envahi de douleur » apparaît parfois en quelques heures à quelques jours, par exemple lors de douleurs traumatologiques (fractures ou brûlures) ou de douleur postopératoire, mais aussi de gingivostomatite, dont le tableau doit donc être connu de tous les praticiens.

Plus récemment, l'échelle française EVENDOL (figure 4.1) a été conçue et validée pour les enfants âgés de 0 à 7 ans dans les situations de douleur aiguë ou prolongée. Elle contient des items de ces deux types de douleur, elle est simple et utilisable rapidement, ne nécessitant que quelques minutes d'appropriation; les consignes figurent sur l'échelle. L'utilisateur observe l'enfant quelques minutes avant de l'approcher ou de l'examiner, puis lors de l'examen. Sont observés : ses plaintes (si l'enfant pleure, crie, gémit ou se plaint), son visage (front plissé, sourcils froncés, bouche crispée), ses mouvements (adopte une attitude inhabituelle, s'agite, se raidit, se crispe, cherche protection), ses interactions (peut être consolé, échange avec autrui, s'intéresse aux jeux, etc.). C'est actuellement cette échelle qu'il faut retenir en première intention.

Repères selon l'âge

Dès les premières années de vie (environ l'âge de 2 ans), les enfants sont capables de désigner les zones douloureuses de leur corps et de faire comprendre à autrui qu'ils ont mal par

Evaluation Enfant Douleur						Echelle validée de la naissance à 7 ans. Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.							
						Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes Evaluations après antalgique ³					
						au repos ¹ au calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M
Nom		Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent			Antalgique					
Expression vocale ou verbale													
pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal		0	1	2	3								
Mimique													
à le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée		0	1	2	3								
Mouvements													
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe		0	1	2	3								
Positions													
à une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile		0	1	2	3								
Relation avec l'environnement													
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage		normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3								
Remarques		Score total /15											
		Date et heure											
		Initiales évaluateur											

¹ Au repos ou au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
² A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
³ Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).
 Echelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de réveil, en post-opératoire - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129-130. Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922, P42-44. Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-276. Pain 2012, 153 : 1573-1582. Contact : elisabeth.fournier-charriere@bct.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL

Figure 4.1 Echelle EVENDOL Copyright Groupe EVENDOL. Echelle reproduite avec l'autorisation des auteurs. Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Carbajal R, Cimerman P, Lassaige F, Ricard C, Reiter F, Turquin P, Lombart B, Letierce A, Falissard B. EVENDOL, a new behavioral pain scale for children ages 0 to 7 years in the emergency department: design and validation. Pain 2012 Aug; 153(8) : 1573-82.

Zid et Zan communication - 01 46 49 96 79 - 08/12

des mots simples ou des mimiques. Le plus souvent, l'entourage proche sera le plus à même de décrypter les signes de douleur des plus petits. Mais leurs capacités d'évaluation s'arrêteront souvent là, le reste de l'interrogatoire sera fait avec les parents.

Pour obtenir une évaluation de la part d'un enfant, les façons de l'approcher et de s'adresser à lui seront primordiales. Les enfants, jusqu'à l'âge de 4 ans, parfois même plus, pensent que les adultes devinent tout et ne comprennent pas spontanément l'importance qu'il y aurait à leur expliquer ce qu'ils ressentent. Il doit leur être clairement dit que nous pensons qu'il a mal, que nous aimerions qu'il nous montre où, puis, selon l'âge, qu'il nous indique comment et « à combien ».

Avant l'âge de 4 à 5 ans

Avant 4 à 5 ans, l'observation par un tiers (hétéro-évaluation) est donc la seule possibilité pour évaluer l'intensité d'une douleur.

À partir de 4 ou 5 ans

À partir de 4 ou 5 ans, l'enfant peut commencer à décrire qualitativement et quantitativement sa douleur, mais il faudra un interlocuteur patient et attentif, qui lui pose des questions simples. L'enfant de cet âge-là est persuadé que les adultes devinent tout et devra être encouragé à expliquer ce qu'il ressent.

À partir d'environ 5 ans

À partir d'environ 5 ans, apparaissent les premières possibilités d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur, et l'échelle des six visages peut alors être utilisée. En cas de doute sur la compréhension de l'enfant ou de discordance avec l'observation, une hétéroévaluation sera réalisée (figure. 4.2).

À partir de 6 ans

À partir de 6 ans, l'autoévaluation avec l'échelle visuelle analogique (EVA) est possible, en utilisant une échelle verticale, plus large en haut qu'en bas (figure. 4.3).

À partir de 8 ans

À partir de 8 ans, une ENS (échelle numérique simple) peut être demandée à l'enfant, avec une note entre 0 et 10, car il sait non seulement compter, mais a compris la proportionnalité des chiffres entre 0 et 10.

Localisation de la douleur

Les enfants pourront dès environ 6 ans, parfois avant, indiquer sur le schéma du bonhomme les zones de douleur; avec l'âge, ils pourront utiliser plusieurs couleurs selon les intensités de douleur.

Douleur neuropathique

Une échelle spécifique de la douleur neuropathique chez les enfants est en cours de publication : le DN4 pédiatrique, décrivant au moyen de dessins et de mots adaptés les caractéristiques des douleurs neuropathiques.

Tous ces outils sont disponibles sur le site www.pediadol.org, téléchargeables et imprimables, ainsi que les consignes d'utilisation.

Quelle valeur pour cette évaluation chiffrée ?

La note obtenue pour cette douleur donne une indication du niveau de douleur et permet d'adapter d'emblée les antalgiques. Cependant, les praticiens s'interrogent souvent sur sa valeur intrinsèque. Or, cette note sert surtout de langage commun entre les soignants et entre le soignant et l'enfant, ainsi qu'à vérifier la diminution de la douleur après antalgique.

L'intensité de la douleur doit être réévaluée au pic d'action de l'antalgique administré.

Une évaluation globale nécessaire dans la douleur chronique de l'enfant

Tous ces outils évaluent une intensité de la douleur et un retentissement visible sur le corps. Ils sont insuffisants dans la douleur chronique, car ils doivent alors être complétés par une évaluation plus globale du retentissement de la douleur dans les différentes sphères de la vie de l'enfant et de sa famille.

Si, initialement, une durée allant de 3 à 6 mois a été retenue pour définir une douleur chronique chez l'adulte, cette durée a pu être rediscutée comme « supérieure à la durée attendue », mais aucune définition spécifique pour la pédiatrie n'a été retenue.

C'est en tout cas dans ces situations de douleur qui dure et a un retentissement fort sur la vie que, comme chez l'adulte, l'évaluation doit comporter non seulement l'intensité, la fréquence, la durée et la localisation, mais aussi l'impact fonctionnel, la qualité de vie, l'absentéisme scolaire, le

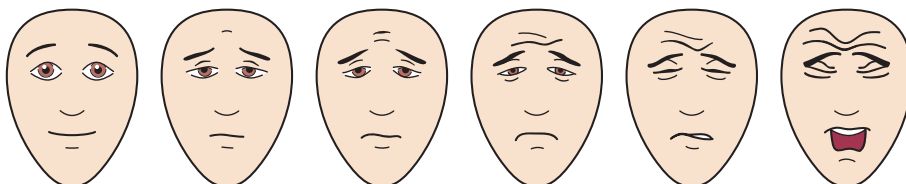


Figure 4.2 Échelle des six visages. Consigne : « ce sont des bonhommes qui ont mal, montre-moi le bonhomme qui a mal autant que toi », ou encore : « montre-moi comment tu as mal, comment tu te sens à l'intérieur, et non pas le visage que tu montres à l'extérieur ? ».

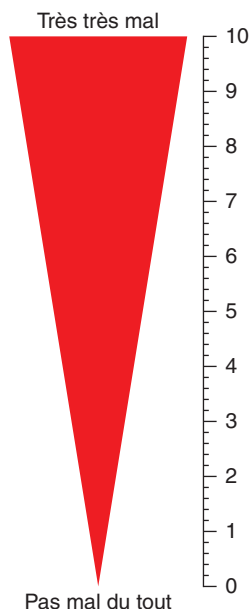


Figure 4.3 Échelle visuelle analogique.

retentissement familial et les éléments psychologiques individuels et familiaux.

Nous ne disposons pas de recommandations formelles relatives à l'évaluation de la douleur chronique chez l'enfant, spécifiant quels outils utiliser. Mais les experts de la douleur de l'enfant s'accordent pour nommer les champs de l'évaluation : l'intensité douloureuse, le jugement global et la satisfaction de la prise en charge, les symptômes, l'impact physique, l'impact émotionnel, l'impact social, le sommeil, les facteurs économiques, les relations avec les pairs, avec l'école et avec la famille [3].

Très peu de questionnaires évaluant ces domaines ont été validés en français. Le PedMIDAS [4] peut être utilisé pour évaluer le retentissement des céphalées, le FDI (*Functional Disability Inventory*), le retentissement fonctionnel des douleurs. Ces outils simples peuvent aussi être utilisés comme un mode de communication avec les adolescents, ainsi qu'un moyen de suivi de l'évolution après le traitement.

Enfin, l'enfant vit dans sa famille et des éléments de la dynamique familiale et de l'entente entre les membres de la famille ou l'existence de douleurs chroniques ou de problèmes de santé chez les parents et dans la fratrie doivent être recherchés et font partie de l'évaluation globale de l'enfant.

L'absentéisme scolaire doit être précisément recherché, ainsi que le nombre de passages à l'infirmerie scolaire. Ce sont des indices majeurs de gravité de la situation, par l'isolement qu'il provoque, les risques de retard des acquisitions, et le cercle vicieux qu'ils peuvent amorcer. Plusieurs études ont montré un retentissement important des douleurs chroniques sur la présence à l'école. En France, une enquête réalisée en 2013 dans les structures douleur pédiatriques a mis en évidence que 41 % des enfants avaient, dans les six derniers mois, été absents

plus d'un jour par mois du fait des douleurs, et que 22 % avaient été absents 16 jours, voire plus.

Enfin, le sommeil et l'appétit font partie de l'évaluation globale des enfants et adolescents. Des échelles de sommeil existent, mais ne sont pas faciles à appliquer au quotidien. Questionner les troubles de l'endormissement et demander à l'enfant de noter son sommeil entre 0 et 10 est une première approche simple.

Ainsi, des échelles ont été validées pour mesurer l'impact fonctionnel de la douleur, mais elles ne remplacent en rien une évaluation clinique globale par le médecin ou une équipe : elles ne peuvent être qu'un complément. De même, des échelles mesurant la comorbidité sur l'humeur et l'anxiété existent, mais ces items peuvent être questionnés de manière plus simple au cours de la consultation.

Le plus souvent, si un bon contact avec lui et sa famille a été tissé, l'enfant répondra facilement aux questions posées directement mais avec douceur. Il pourra même se montrer soulagé à voir que le médecin questionne ces éléments.

Parfois, les éléments émotionnels seront niés soit par l'enfant, soit par sa famille, ne laissant de place qu'aux plaintes somatiques. Dans ces situations, l'expérience de l'équipe pour arriver à introduire petit à petit des éléments psychologiques sera primordiale pour dénouer la situation. Les méthodes psychologiques et, surtout, psychocorporelles permettront de faire petit à petit des liens, à travers les ressentis corporels, entre le soma et la psyché.

Un livre très accessible aux professionnels et aux familles aborde de manière complète et didactique l'ensemble des notions pour comprendre la douleur de l'enfant, l'évaluer et mettre en œuvre des moyens de la soulager. Il constitue un ouvrage de référence en français dans le domaine [5].

À qui, et quand adresser un enfant ou un adolescent en structure douleur ?

Une évaluation globale par tous les praticiens pourra être faite dans la plupart des situations, grâce à des mots simples ; elle aura pour objectif la recherche de l'histoire des douleurs, leur intensité, leur retentissement en termes de jours d'absence scolaire, de relations avec les pairs et leur conséquences sur la vie de l'enfant et de sa famille.

Dans les situations plus complexes, comportant des intrications familiales, un retentissement lourd, des difficultés thérapeutiques, un absentéisme scolaire, un impact important dans la vie ou encore des éléments psychosociaux difficiles à explorer ou à moduler, une évaluation pluriprofessionnelle dans une structure douleur pédiatrique sera nécessaire. L'absence de prise de conscience des intrications entre les éléments émotionnels et somatiques est aussi une bonne indication de recours à une structure spécialisée.

Références

- [1] ANAES. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Paris : ANAES; 2000. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf>.
- [2] Fournier-Charrière E, Tournaire B, groupe Pédadol. Édition Pédadol : Douleur de l'enfant. L'essentiel. Paris; 2015.
- [3] McGrath PJ1, Walco GA, Turk DC, Dworkin RH, Brown MT, Davidson K, et al. PedIMMPACT. Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials : PedIMMPACT recommendations. *J pain* 2008; 9: 771–83.
- [4] Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Pillant M, Antonietti JP, Tournaire B, Ericson L, et al. Validation française du PedMIDAS, une échelle d'évaluation de l'impact fonctionnel des migraines chez l'enfant et l'adolescent. *Douleur et Analgésie* 2017; 30 : 92–8.
- [5] Kuttner L. L'enfant et sa douleur. Identifier, comprendre, soulager. Paris : éditions Dunod, 2011.