



Fiche d'information N°. 7

## Evaluation de la douleur chez les enfants les plus vulnérables

Evaluer la douleur est une pratique largement reconnue dans les disciplines pédiatriques comme étant un moyen important pour guider le diagnostic et pour évaluer les stratégies thérapeutiques.

L'évaluation de la douleur implique une communication sociale là où l'expérience douloureuse personnelle de l'enfant est exprimée en terme comportemental, qui est observé, interprété, et noté par le clinicien dans le contexte d'une situation clinique. Une mauvaise évaluation et une mauvaise interprétation des signaux douloureux chez les enfants peut conduire à une erreur de diagnostic, une sous-médicalisation, une sur-médicalisation ou un traitement inapproprié.

La première source d'évaluation, lorsqu'elle est disponible, est l'auto-évaluation. Toutefois, les enfants les plus vulnérables ne peuvent pas fournir d'auto-évaluation fiable de la douleur parce qu'ils sont trop jeunes (nouveaux-nés, nourrissons, jeunes enfants), ont une altération neurologique ou de la communication, ou parce qu'ils ont été sédatisés pour des raisons médicales. Pour ces populations, la base de l'évaluation est l'observation du comportement de l'enfant complétée par la connaissance du contexte, les demandes parentales, et les signes physiologiques de douleur.

Idéalement, l'évaluation de la douleur devrait être multidimensionnelle et devrait comprendre, quand cela est possible, une évaluation dans les domaines suivants:

- Localisation de la douleur: identifie la source potentielle sous-jacente de la maladie ou de la lésion, et aide à différencier la douleur localisée de la douleur référée de la douleur diffuse. Même des enfants très jeunes ou des enfants modérément malades peuvent être capable de montrer « là où ça fait mal ».
- Qualité ou nature de la douleur: fournit une description qualitative des caractéristiques sensorielles et temporelles de la douleur pour différencier le type de douleur (nociceptive, neuropathique, vasculaire). Les enfants vulnérables peuvent avoir des difficultés à décrire une douleur.

- Impact de la douleur: note le degré avec lequel la douleur interfère avec le fonctionnement physique et social; cette information peut être obtenue des parents.
- Contexte de la douleur: les conditions, événements, emplacements observés qui influencent l'expérience douloureuse et renseigne plus complètement l'interprétation des signaux et plaintes douloureux.
- Intensité de la douleur: estime le degré de sévérité d'une douleur et est utile pour identifier une mesure de base et pour évaluer la guérison et les interventions pour soulager la douleur.

### **Outils d'évaluation sélectionnés pour les enfants qui ne peuvent pas auto-évaluer l'intensité douloureuse**

Ces exemples d'outils observationnels sont structurés en premier lieu sur des scores d'expression faciale, les pleurs ou une verbalisation, la posture, et le tonus musculaire ou le mouvement.

#### *Nouveaux-nés, nourrissons, et jeunes enfants [1,2]*

- Le Profil de Douleur de l'Enfant Prématuro (PIPP).
- L'Echelle de Douleur chez le Nouveau-né (NIPS) (qui inclue également des items utilisant la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène).
- L'Echelle de Douleur Postopératoire chez le Préscolaire (TPPPS).
- Le visage membres inférieurs activité pleurs consolabilité (Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC)).

#### *Les enfants avec une altération neurologique [3,4,5,6]*

- L'Echelle FLACC révisée: les professionnels de santé peuvent ajouter des descriptions comportementales qui identifient des comportements douloureux spécifiques de l'enfant, puisque beaucoup d'enfants avec altérations neurologiques ont des manières idiosyncrasiques de répondre à une douleur.
- L'Echelle d'Evaluation Numérique Individualisée (INRS): remplace le score global entre 0-10 avec des descriptions parentales des comportements douloureux spécifiques de l'enfant.
- Le Profil Pédiatrique de Douleur (PPP): comprend à la fois des observations physiques et des items fonctionnels (e.g. évitement de l'alimentation, perturbation di sommeil; voir [www.pppprofile.org.uk](http://www.pppprofile.org.uk))
- La Checklist Douleur pour les Enfants Non-communicants - révisée (NCCPC-R): une liste de comportements pour évaluer chez les enfants de 3-18 ans avec altération cognitive ou de la communication.

#### *Enfants sédatés ou restrained [7]*

- Echelle COMFORT: comprend des évaluations de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle.
- Echelle COMFORT-Comportement (COMFORT-B): omet les items physiologiques.

### **Considérations sur l'évaluation [8]**

- Les échelles observationnelles de douleur ne font pas la différence entre la souffrance liée à la douleur des autres sources de souffrance comme la peur ou la compromission.
- Les paramètres physiologiques (e.g. fréquence cardiaque, saturation en oxygène) varient en réponse à une douleur mais sont moins spécifiques et fiables comme indicateurs de douleur

que les comportements observés.

- Les décisions thérapeutiques devraient prendre en compte tous les aspects de l'évaluation et les sources potentielles de souffrance dont des facteurs physiologiques, développementaux et psychosociaux.
- Les seuils des scores de douleur sont inappropriés pour guider les décisions de prescriptions médicamenteuses car ils peuvent conduire à une sous- ou sur-médication.
- Des modifications des scores d'intensité douloureuse, des comportements douloureux observés, des réponses au traitement et du fonctionnement de l'enfant sont utilisés en association avec les décisions thérapeutiques partagées.
- Même si des mesures spécifiques des interférences liées à la douleur ou du fonctionnement en lien avec la douleur ont été limités par une absence de dépistage chez les groupes d'enfants les plus vulnérables, les simples observations qui comprennent le retour de l'appétit, des activités fonctionnelles de routine, des interactions sociales et des caractéristiques du sommeil peuvent être réellement évaluées via l'interrogatoire des parents et l'observation directe.
- Les patients en soins intensifs ne seront pas capables de manifester des réponses soutenues et vigoureuses à la douleur ou des réponses comportementales durables.

## Conclusion

Les approches cliniques résumées ici peuvent aider à modeler l'évaluation de la douleur pour les enfants les plus vulnérables. Toutefois, comme l'ont souligné les Drs Berde et McGrath, « cela relève toujours de l'art clinique de savoir associer les descriptions des patients, l'observation comportementale, et les mesures physiologiques avec l'histoire, l'examen physique, les informations de laboratoire, et le contexte clinique global afin de guider les jugements cliniques et les interventions thérapeutiques ». [9]

## REFERENCES

- [1] Lee GY, Stevens BJ. Neonatal and infant pain assessment. Chap. 35 in McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT (Eds.), Oxford Textbook of Paediatric Pain, 2014, pp. 353-369. Oxford, UK: Oxford University Press.
- [2] Crellin DJ Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability tool in infants and children: is it reliable, valid, & feasible for use? Pain 2015;156:1232-51.
- [3] Crosta QR, Ward TM, Walker AJ, Peters LM. A review of pain measures for hospitalized children with cognitive impairment. J Spec Pediatr Nurs. 2014 Apr;19(2):109-18.
- [4] Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Paediatr Anaesth. 2006;16(3):258-265.
- [5] Pedersen LK, Rahbek O, Nikolajsen L, Moller-Madsen B. The revised FLACC score: Reliability and validation for pain assessment in children with cerebral palsy. Scand J Pain. 2015;9(1):57-61.
- [6] Solodiuk JC, Scott-Sutherland J, Meyers M, et al. Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. Pain. 2010;150(2):231-236.
- [7] Dorfman TL, Sumamo Schellenberg E, Rempel GR, Scott SD, Hartling L. An evaluation of instruments for scoring physiological and behavioral cues of pain, non-pain related distress, and adequacy of analgesia and sedation in pediatric mechanically ventilated patients: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2014;51(4):654-676.
- [8] Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR. inappropriate opioid dosing and prescribing for children: An unintended

consequence of  
the clinical pain score? JAMA Pediatr. 2017;171(1):5-6.

[9] Berde C, McGrath P. Pain measurement and Beecher's challenge: 50 years later. Anesthesiology. 2009;111(3):473-474.

## **AUTEURS**

Terri Voepel-Lewis, PhD, RN  
Associate Professor School of Nursing  
Associate Research Scientist in Anesthesiology  
University of Michigan  
Ann Arbor, Michigan

Carl L von Baeyer, PhD, Professor Emeritus  
Department of Psychology  
University of Saskatchewan,  
Saskatoon, Canada