

# Évaluation de la douleur de l'enfant

B. Vincent, B. Horle, C. Wood

*Pour les professionnels de santé, la prise en charge de la douleur est une obligation morale, éthique et légale depuis plus de dix ans. La douleur se situe à la croisée de toutes les spécialités, qu'elles soient médicales, chirurgicales, psychologiques ou psychiatriques. C'est grâce à son aspect multidimensionnel qu'elle permet à nouveau de réconcilier le corps et l'esprit, lien tant oublié par la médecine depuis des décennies. Dans la prise en charge globale d'un patient, l'évaluation de la douleur devrait faire partie des paramètres systématiques de surveillance et retranscrite en tant que telle sur le dossier de soins ou de consultation. L'article suivant a été conçu pour aider à l'évaluation de la douleur, rappeler d'importants prérequis et offrir un panorama sur les dernières informations concernant les échelles de douleur chez l'enfant.*

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Douleur ; Intensité ; Autoévaluation ; Échelles comportementales

## Plan

■ Introduction	1
■ Rappels de législation	1
■ Définitions des différents types et composantes de la douleur	1
Composantes de la douleur	2
Différents types de douleurs	2
■ Prérequis à l'évaluation	2
Stades de développement cognitif de l'enfant selon Piaget et leurs implications pratiques	2
Établir une relation de confiance avec l'enfant	3
■ Évaluation de la douleur	4
Autoévaluation	5
Hétéroévaluation	5
Principes et recommandations générales	6
■ Conclusion	7

## ■ Introduction

Cet article a pour but de mettre à disposition des soignants les bases indispensables et les outils validés et nécessaires pour évaluer, au plus juste, la douleur des enfants, en se basant sur les données récentes de la littérature.

## ■ Rappels de législation

La prise en charge de la douleur chez l'enfant, du prématuré à l'adolescent, est une obligation morale, éthique et légale pour les personnels médicaux et paramédicaux, conformément à l'article L110-5 du Code de la Santé publique : « Toute personne

a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être, en toute circonstance, prévenue, prise en compte et traitée... » et à l'article 37 (décret du 6 septembre 1995, modifié le 21 mai 1997) du Code de déontologie médicale : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade ».

Une des priorités du plan de lutte contre la douleur 2006-2010 est d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents.

## ■ Définitions des différents types et composantes de la douleur

Les données récentes montrent que le système nerveux des prématurés et des nouveau-nés est capable de transmettre, de percevoir, de répondre et, probablement, de mémoriser une stimulation nociceptive. C'est entre la septième et la 30<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (SA) que les structures neuro-anatomiques, des récepteurs périphériques jusqu'aux voies de conduction médullaire, se mettent en place. En revanche, nous savons que la fonctionnalité des voies de l'inhibition et de la modulation débute seulement à partir du troisième trimestre. De ce fait, l'exposition répétée ou intense à la douleur durant la période néonatale, surtout chez les enfants nés avant 30 SA, peut provoquer une hyperalgésie (médiée par la stimulation des récepteurs N-méthyl-D-aspartate) qui, elle-même, peut évoluer vers un état de douleur-stress chronique, voire modifier de façon permanente les structures et les fonctions du système nerveux. Nous savons donc que l'enfant prématuré et le nouveau-né peuvent ressentir la douleur. De ce fait, la définition de la douleur de l'Association internationale pour l'étude de la

douleur (IASP), « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel ou décrite en termes d'un tel dommage », correspond mieux à l'adulte et au grand enfant en raison du terme « expérience ». Chez le nouveau-né, le prématuré et le jeune enfant, la définition suivante : « La douleur est une qualité inhérente à la vie qui apparaît tôt dans l'ontogenèse pour servir comme signal d'alarme d'une lésion tissulaire. » est plus adaptée. De plus, la Haute autorité de Santé (HAS) ajoute dans le cas de la douleur chronique : « ... susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ».

## Composantes de la douleur

Chaque type de douleur comporte des composantes qui sont intriquées :

- une composante sensoridiscriminative, permettant de coder la qualité, l'intensité, la localisation des messages nociceptifs. La description de cette composante passe par le langage, que l'enfant ne possède pas toujours ;
- une composante affectivoémotionnelle, conférant à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, insupportable et pouvant se prolonger vers des états émotionnels comme l'anxiété, voire la dépression ;
- une composante cognitivocomportementale, englobant les processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention, de distraction, valeurs données à la douleur, anticipations, références à des expériences passées, etc. ;
- une composante comportementale, avec les manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre. Elle peut être modifiée par les expériences antérieures, le milieu ethnofamilial, les standards sociaux, le sexe, etc.

En situation d'urgence, l'anxiété de l'enfant, de ses parents et les expériences passées peuvent majorer le vécu de la douleur.

Le facteur temps joue aussi un rôle important. La douleur aiguë est une douleur « parlante ». En effet, chez l'enfant, une douleur aiguë est fréquemment marquée par l'apparition de modifications apparentes et importantes du comportement, par des cris, des plaintes et des pleurs.

Une douleur prolongée, récurrente ou chronique ne peut être abordée comme une douleur aiguë qui persiste. Les activités habituelles comme bouger, jouer, parler, manger, dormir se réduisent peu à peu. Les modifications du comportement sont alors plus insidieuses, l'enfant devenant calme, triste, apathique. C'est ce que l'on appelle l'atonie psychomotrice. Il serait grave de considérer cet enfant « trop sage » comme un enfant soulagé [1, 2].

## Différents types de douleurs

L'anamnèse et l'examen clinique permettent de distinguer :

- douleur par excès de nociception : elle est liée à une hyperstimulation des voies de transmission, en règle secondaire à une lésion tissulaire, de rythme mécanique ou inflammatoire, de topographie non neurologique et associée à un examen médical normal. Il s'agit, par exemple, d'une douleur post-traumatique (brûlure, fracture, entorse, plaie, etc.), rhumatismale (arthrose, arthrite, lombalgie, etc.) ou viscérale (distension gazeuse, gastrite, pleurésie, etc.) ;
- douleur neuropathique : douleur intéressant un territoire systématisé, liée à une atteinte d'une racine ou d'un tronc nerveux décrite en des termes inhabituels (« indescriptibilité des douleurs »), comportant des accès paroxystiques sur fond permanent et associée, dans 85 % des cas, à un déficit sensitif et/ou des paresthésies. Il existe fréquemment des douleurs spontanées et provoquées ; on en distingue deux composantes :
  - *allodynie* : douleur provoquée par une stimulation non douloureuse (par effleurement cutané par exemple),

- *hyperpathie* : douleur retardée et d'une durée supérieure à celle de la stimulation (par exemple lorsque l'on tapote par une série d'impulsions la zone anatomique pathologique, le sujet ressent une douleur amplifiée, retardée par rapport au stimulus et persistante après l'arrêt de la stimulation).

Ce type de douleur est difficile à mettre en évidence chez l'enfant, car il n'a pas toujours les mots pour la décrire. Un examen soigné et complet permet d'en faire le diagnostic. En revanche, chez le grand enfant, l'examen clinique aidé du questionnaire DN4 permet de mettre en évidence ce type de douleur [3]. C'est le cas, par exemple, d'une douleur retrouvée en postopératoire immédiat ou retardé, des douleurs d'amputation, d'une douleur post-zostérienne, en cas d'atteinte neurologique centrale, postradique ou encore post-chimiothérapique ;

- douleur médiée par le sympathique : douleur s'accompagnant de manifestations vasomotrices comme une vasodilatation, un œdème, une rougeur, une chaleur, pouvant alterner avec des phases de vasoconstriction présentant une froideur et des marbrures. Le malade décrit une douleur profonde (brûlures, grignotage, serrement, etc.) et présente des troubles de la sensibilité. Or, l'enfant a parfois du mal à décrire ce type de douleur, comme la douleur retrouvée dans les syndromes douloureux régionaux complexes de type I (anciennement appelés algodystrophies) ;
- douleur psychogène ou idiopathique : ce diagnostic ne peut être envisagé que si le reste du bilan clinique et paraclinique complet est négatif et que le patient présente une sémiologie psychopathologique particulière. La description de la douleur est souvent riche, imprécise et varie dans le temps. Il s'agit, par exemple, d'une douleur dans le cadre des troubles somatoformes, comme la fibromyalgie ou le syndrome de l'intestin irritable. Les pathologies psychiatriques, anciennement désignées sous les termes d'hystérie de conversion ou d'hypochondrie, peuvent se rencontrer chez l'enfant et nécessitent une prise en charge spécifique.

Il faut savoir que l'association de plusieurs types de douleur n'est pas seulement possible, mais fréquente, comme la douleur neuropathique d'un membre amputé associée à une douleur nociceptive du moignon non correctement cicatrisé ou mal appareillé ou, encore, un patient présentant une douleur neuropathique centrale associée à une douleur nociceptive sur escarre sacré ou talonnier.

## ■ Prérequis à l'évaluation

### Stades de développement cognitif de l'enfant selon Piaget et leurs implications pratiques [4]

Jean Piaget a décrit les stades de développement cognitif de l'enfant. Selon ces stades, les enfants ont une compréhension et une perception des causes, des conséquences de la maladie et de la douleur qui diffèrent et évoluent dans le temps. Un enfant de cinq ans va, par exemple, décrire un événement douloureux différemment d'un enfant de 12 ans. Une bonne connaissance des stades de développement cognitif de l'enfant permet au soignant de mieux comprendre le comportement de celui-ci, de mieux saisir la manière dont l'enfant interprète tous les événements « étrangers » accompagnant sa maladie et d'améliorer la communication et les explications données. Il faut alors adapter notre discours au monde de l'enfant, se mettre à son niveau, l'écouter et reprendre les termes qu'il emploie, utiliser des explications adaptées à son âge et à son univers et trouver les mots pour le rassurer (Tableau 1). Concrètement, à partir de l'âge préverbal, il est nécessaire de reconnaître la douleur et la détresse de l'enfant avec des phrases comme « Je sais que ce n'est pas facile pour toi », « Je sais que ça fait mal ».

**Tableau 1.**  
Stades du développement cognitif de l'enfant.

Stades de Piaget	Perception de la maladie et de la douleur	Conséquences sur les soins
De 0 à 2 ans Stade des réflexes ; Stade des premières habitudes motrices ; Stade de l'intelligence sensorimotrice	Illusion de toute-puissance. S'attribue tout ce qui est bon La douleur peut très rapidement envahir le bébé, car il n'a ni la notion du temps, ni celle du soulagement Apparaît la peur de situations douloureuses accompagnée de manifestations de tristesse ou de colère À partir de 18 mois, il commence à localiser la douleur et à la reconnaître chez les autres	Il utilise des stratégies non cognitives pour faire face à la douleur (demander à l'adulte de souffler sur une égratignure ou de faire des câlins ou des bisous ; etc.)
De 2 à 7 ans Stade de la pensée préopératoire	Pensée égocentrique Ne peut se distancer de son environnement Âge des pensées finalistes La maladie est perçue comme un « phénomène » extérieur, une « contagion » La douleur est vécue comme une « punition » Tient « l'autre » pour responsable de sa douleur Ne peut faire la distinction entre la cause et la conséquence de la douleur, ni faire un rapprochement entre traitement et soulagement de la douleur	Essayer de connaître les explications qu'il se donne, d'autant qu'il ne cherchera pas à les partager. Il pense que la douleur peut disparaître par magie, par surprise... (pommade magique, gélule magique, masque magique pour le MEOPA)
De 7 à 11 ans Stade des opérations concrètes	Il commence à se différencier des autres La maladie est perçue comme une « contamination » par les plus jeunes ou « intériorisée » chez les plus âgés La cause est cependant extérieure à l'enfant et n'est pas toujours explicitée. La douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps Il existe une confusion sur le rôle de chaque organe	Demande à être rassuré car il a peur d'une atteinte de son corps Lui donner des explications sur la maladie et les traitements, avec des schémas ou des poupées Âge idéal pour apprendre les techniques cognitivocomportementales lors des douleurs récidivantes ou chroniques
Après 11 ans Stade des opérations formelles	Maladie et douleur sont comprises de manière plus sophistiquée et peuvent être attribuées à des causes physiologiques et/ou psychologiques, et correspondre à un mauvais fonctionnement d'un organe	Peut faire face à certaines situations mais ne connaît pas toujours les stratégies cognitives pour le faire

L'enfant se sent ainsi entendu et compris. Il peut alors retrouver une confiance en lui et faire confiance aux adultes (parents, soignants) qui ne l'ont pas « abandonné ». L'enfant doit être informé clairement avec des mots adaptés à son âge sur les soins qu'il va subir en utilisant des mots simples, des jeux, des livres ou des images. Il faut éviter de dire au moment du geste douloureux des phrases comme « Je te pique », car il va alors amplifier ou mieux « écouter » la zone de la piqûre.

En fonction de son âge, diverses techniques pourront être utilisées pour détourner son attention de la douleur afin qu'il la perçoive moins :

- chez le bébé : utiliser les câlins, les caresses, les bercements, la tétine, la musique ou les jouets colorés, comme les mobiles ;
- de deux à sept ans : raconter des histoires à l'enfant, jouer avec ses peluches, souffler sur des bulles de savon, etc. ;
- de sept à onze ans : écouter de la musique, jouer avec des jeux vidéos, etc. ;
- après onze ans : parler de ses activités, de ses amis, regarder une vidéo qu'il aime, etc.

Chaque soignant doit utiliser son imagination et sa créativité pour être au plus proche de l'enfant ou de l'adolescent. Il doit avoir une certaine connaissance sur les stades de développement cognitif de l'enfant et sur sa manière de comprendre les causes et les conséquences de la douleur :

- un enfant, au *stade préopératoire*, a besoin d'être rassuré sur le fait que sa douleur n'est pas une punition ;
- un enfant, au *stade préopératoire*, peut « détester » l'infirmière qui semble lui infliger une douleur ;
- un enfant, au *stade préopératoire*, ne peut pas faire le lien entre traitement et soulagement de la douleur ;

- un enfant, au *stade opératoire concret*, a besoin d'être rassuré quant à l'anéantissement de son corps ;
- un enfant, au *stade opératoire concret*, a besoin d'explications adaptées sur sa douleur et son traitement ;
- un enfant, au *stade opératoire formel*, doit avoir des occasions pour parler de ses craintes ;
- un enfant, au *stade opératoire formel*, a besoin d'informations sur sa condition (de santé) et sur son traitement.

## Établir une relation de confiance avec l'enfant

Comme notre attitude peut influencer la réponse du patient, il est nécessaire d'avoir de l'empathie envers l'enfant en se rapprochant de la définition de Carl Rogers : « L'empathie est la faculté de compréhension de la vie intérieure de l'autre comme si elle était la vôtre, mais sans jamais oublier la qualité du "comme si" ». De même, l'attitude des parents peut influencer l'intensité des plaintes douloureuses pouvant pousser l'enfant à se focaliser sur la douleur ou, au contraire, permettant de diminuer ainsi l'écoute qu'il a de sa douleur et donc les plaintes <sup>[5]</sup>.

Pour entrer en contact avec l'enfant, il faut se présenter, l'écouter, l'encourager, le laisser s'exprimer et lui donner un vrai rôle. L'utilisation par le soignant des mots de l'enfant crée un climat de confiance. Il faut savoir que le mot « mal » n'apparaît dans le langage de l'enfant que vers l'âge de 36 mois, alors que « bobo » est présent à 20 mois de vie ; « plaie » ou « douleur » n'apparaissent qu'entre le 45<sup>e</sup> et le 72<sup>e</sup> mois. Ceci a une implication directe et pratique pour le soignant lors de l'évaluation de la douleur des enfants en bas âge <sup>[6]</sup>.

**Tableau 2.**  
Échelles d'évaluation de l'intensité douloureuse chez l'enfant.

Échelles d'hétéroévaluation	Type de douleur	Âges
NFCS simplifiée: Neonatal Facial Coding System	Douleur aiguë	0 - 18 mois
DAN : douleur aiguë du nouveau-né	Douleur aiguë	Prématuré - 3 mois
EDIN : échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né	Douleur et inconfort permanent	0 - 3 mois
Amiel Tison inversée	Douleur postopératoire	1 - 7 mois
CHEOPS : Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale	Douleur postopératoire, salle de réveil	1 - 6 ans
FLACC : Face, Legs, Activity, Cry, Consolability	Douleur postopératoire ou liée aux soins	4 - 18 ans
EVDOL : évaluation enfant douleur (aux urgences)	Douleur aiguë aux urgences	0 - 6 ans
OPS : Objective Pain Scale	Douleur postopératoire	6 mois - 13 ans
PPPM : Parents' Post-operative Pain Measure (au domicile)	Douleur postopératoire	2 - 12 ans
DEGR : échelle douleur Gustave Roussy	Douleur prolongée chez l'enfant atteint de cancer	2 - 6 ans
HEDEN : hétéroévaluation douleur enfant	Douleur prolongée chez l'enfant atteint de cancer	2 - 6 ans
<b>Échelles d'hétéroévaluation pour enfants handicapés</b>		
Douleur enfant San Salvador (DESS)	Douleur chez l'enfant polyhandicapé	
GED-DI (en cours de validation) : Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle	Douleur postopératoire et douleur de base chez l'enfant polyhandicapé (2 versions)	
<b>Échelles d'autoévaluation</b>		
Échelle des visages (FPS-R : Faces Pain Scale Revised)	Douleurs aiguë et chronique	À partir de 4 ans
EVA : échelle visuelle analogique	Douleurs aiguë et chronique	À partir de 6 ans
EN : échelle numérique	Douleurs aiguë et chronique	À partir de 6 ans

Chez le petit enfant, il faut savoir demander aux parents ce qu'il dit ou exprime. Comment se comporte-t-il ? Comment son corps réagit-il ? Comment communiquent-ils avec lui ?

Chez les enfants cognitivement handicapés, l'aide des parents est aussi indispensable.

On note le caractère de la douleur, la qualité du sommeil, la consolabilité après la douleur. D'autres facteurs importants sont à rechercher : l'anxiété, la dépression, la focalisation de son attention sur sa douleur, la mémoire de la douleur, le modèle parental, les capacités et les stratégies à « faire face », l'âge et le développement cognitif, l'influence éventuelle de la douleur d'autrui, les douleurs passées, les attentes, les facultés de contrôle et les troubles de l'apprentissage [7]. En effet, expérimentalement, la perception de la douleur est modulée par les émotions. Une émotion négative ou un désir de soulagement peuvent augmenter la perception de douleur et les réponses du système nerveux autonome [8].

On demande également à l'enfant son accord pour l'examiner. L'examen initial doit être bien conduit, permettant d'évaluer la douleur dans son contexte et d'en rechercher les étiologies.

On examine l'enfant avec précaution, en allant des zones les moins douloureuses vers les plus algiques : toucher, palper les os, la peau, les muscles. On explore la motricité et la sensibilité si l'enfant est capable de l'exprimer. À l'âge préverbal, la sensibilité peut être explorée en examinant l'enfant avec un jouet caressant. On note la réaction de l'enfant : l'hostilité lors l'examen clinique chez un enfant reposé, non fébrile et bien nourri peut être un signe de douleur.

## ■ Évaluation de la douleur

La douleur doit être recherchée, évaluée et transcrite systématiquement sur le cahier de soins du malade, comme nous le faisons pour les constantes vitales telle que la température, la tension artérielle, les fréquences cardiaque et respiratoire. Elle est indispensable avant toute prescription et pour le suivi d'un

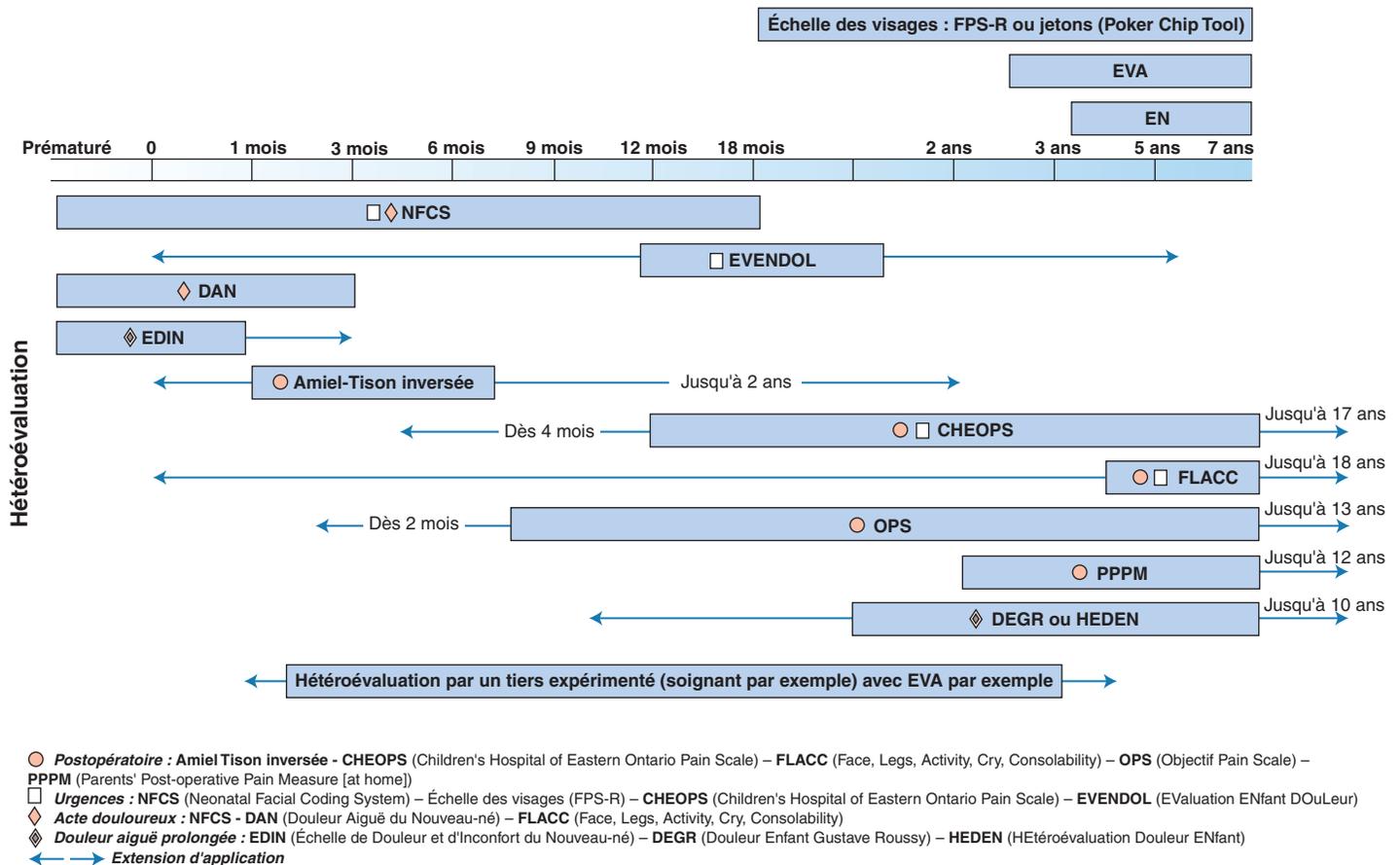
traitement antalgique. Évaluer la douleur nécessite un savoir-faire et une certaine connaissance de la douleur de l'enfant en raison de :

- la multitude des différentes échelles validées, qui peuvent varier en fonction de l'âge, de la situation clinique et du type de douleur ;
- des composantes émotionnelles, cognitives et comportementales qui varient d'un enfant à l'autre.

De ce fait, une fracture chez un enfant n'est pas ressentie de la même façon chez un autre. Les attitudes thérapeutiques peuvent être très différentes d'un patient à l'autre en raison de la subjectivité de la douleur et des différents facteurs qui interviennent.

Les scores calculés à partir de l'échelle de mesure de l'intensité douloureuse ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi, mais ils ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles. Il faut noter qu'aucune méthode simple de mesure d'intensité douloureuse n'est appropriée pour tous les âges et tous les types de douleur. Le cas particulier des enfants entre trois et cinq ans (voire sept ans) en est un exemple : c'est la loi du « tout ou rien ». Ils ont tendance à choisir les extrêmes des échelles qui leurs sont proposées, car ils ne savent pas encore quantifier les choses. Le questionnement qui leur est habituellement proposé leur permet de répondre par « oui » ou par « non ». Il faut en tenir compte et les réévaluer en utilisant une échelle d'observation comportementale [9].

Bien que ces outils constituent une simplification de la complexité de l'expérience de la douleur et de son aspect multidimensionnel, ils s'imposent pour évaluer et titrer les traitements analgésiques. Il faut, cependant, garder un sens critique car l'intensité douloureuse n'est qu'une des dimensions de l'expérience douloureuse que sont l'impact affectif (détresse et peur), l'interprétation cognitive (catastrophisme, contrôle de soi et acceptation) et le désordre fonctionnel qu'elle produit (réduction d'activité et absentéisme scolaire) [10]. Les différentes échelles disponibles pour l'évaluation de la douleur de l'enfant sont présentées dans le **Tableau 2** et la **Figure 1** (non exhaustifs).



**Figure 1.** Récapitulatif des différentes échelles d'évaluation de la douleur chez l'enfant.

## Autoévaluation

L'autoévaluation est classiquement fiable à partir de six ans. Néanmoins, selon une étude récente, 40 % des enfants de six ans ont des difficultés à utiliser l'échelle des visages (Face Pain Scale-Revised [FPS-R]) lors de l'observation d'images représentant des situations douloureuses [11, 12].

Dès 4 ans, différents types d'échelle sont proposés pour une autoévaluation :

- l'échelle des visages, disponible en différentes langues ;
- les 4 jetons : chaque jeton représente un des « morceaux de mal » (Poker Chip Tool) [13].

En cas de doute, surtout chez l'enfant de moins de six ans, on utilisera deux échelles : une d'autoévaluation et une d'hétéroévaluation.

Au-delà de l'âge de six ans, la plupart des enfants peuvent expliquer comment ils ont mal et fournir une autoévaluation valable de l'intensité de leur douleur si on leur propose des outils et des explications adaptés à leur âge. Outre la FPS-R, on peut commencer à utiliser l'EVA (échelle verbale analogique) sous sa forme verticale en s'assurant du niveau d'abstraction nécessaire à la bonne compréhension de l'enfant.

On peut aussi proposer à l'enfant de localiser la (ou les) zone(s) douloureuse(s) sur un bonhomme dessiné. L'enfant choisit au maximum trois couleurs différentes et localise sur le schéma sa (ses) douleur(s).

À partir de 8 ans, l'échelle numérique (EN) peut être utilisée. Cette échelle est très souvent choisie chez l'enfant à cet âge, peut-être par extrapolation, car elle est très fréquemment employée chez l'adulte et même recommandée en situation d'urgence. Néanmoins, cette échelle n'a pas été suffisamment étudiée chez l'enfant dans les programmes de recherche. Afin de donner une évaluation fiable, l'enfant doit avoir acquis la signification quantitative des chiffres. Le fait de compter de 0 à

10 n'implique pas forcément cette capacité ; elle commence seulement à être présente vers l'âge de huit ans.

L'enfant de cet âge pourra également poser des mots sur sa (ses) douleur(s) à l'aide d'une liste préétablie et validée : c'est le questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA).

Néanmoins, dans certaines conditions (enfant trop fatigué, adolescent), il arrive que l'enfant refuse de participer à l'évaluation de sa douleur. Il faut alors insister auprès de lui, en lui donnant le premier rôle et lui expliquer l'intérêt d'une telle évaluation.

On cherchera à utiliser le même outil pour le même enfant, avec l'échelle qui lui plaît, tant qu'elle reste adaptée, et on cherchera à réévaluer systématiquement et régulièrement, au moins, l'intensité douloureuse.

## Hétéroévaluation

L'évaluation de l'enfant de moins de quatre ans (ou l'enfant momentanément ou définitivement démuné de moyens de communication suffisants) repose sur l'observation de son comportement. La réponse comportementale à la douleur est biphasique et dépendante de sa durée d'évolution. L'intervalle entre les deux phases est d'autant plus courte que l'enfant est jeune [1, 14]. Il est nécessaire de toujours se replacer dans le contexte anamnestique, circonstanciel et pathologique pour utiliser la bonne échelle comportementale et savoir l'interpréter. Certaines échelles seront plus à même d'évaluer la douleur aiguë, postopératoire ou provoquée par les soins, d'autres la douleur prolongée.

Chez le petit enfant ou chez l'enfant handicapé ou lors d'un retour à domicile, on peut demander aux parents d'évaluer la douleur de leur enfant en utilisant une échelle d'autoévaluation (EN ou EVA) ou une échelle plus adaptée comme la PPPM

(Parents' Post-operative Pain Measure, en cours de validation en France), utilisée dans les pays anglo-saxons [15].

L'échelle FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) est une échelle qui pourrait être très utile (niveau d'évidence 1 dans une revue récente étudiant la validité des échelles comportementales) [16]. Elle a également été validée chez l'enfant handicapé sous une forme révisée [17].

Des chiffres précis, préalablement déterminés, fixent le niveau d'intensité de la douleur. Le **Tableau 2** et la **Figure 1** reprennent les différentes échelles validées (non exhaustif). Ces différentes échelles sont disponibles sur le site web de l'association Pédiadol.

## Principes et recommandations générales

À l'heure actuelle, 25 % des enfants présentent des douleurs chroniques (récurrentes ou continues depuis plus de trois mois) dont la prévalence augmente avec l'âge et le sexe (féminin, maximum entre 12 et 14 ans). Il est donc important que le dépistage et l'évaluation de la douleur soient faits de façon systématique afin de mettre en place une prise en charge globale et d'éviter la survenue d'une chronicisation [18].

Les douleurs symptomatiques doivent conduire à un diagnostic étiologique, un traitement spécifique, mais aussi un traitement antalgique. Ce dernier est indispensable pour soulager l'enfant en attendant que le traitement spécifique montre son efficacité.

En revanche, les douleurs non spécifiques d'origine plus complexe réclament une approche multidisciplinaire. Dans ce contexte, plutôt d'ordre psychosomatique, où les composantes émotionnelles, cognitives et comportementales prennent une grande place, l'enfant est davantage à considérer dans sa globalité. C'est surtout devant ce type de douleur qu'il faut éviter des propos comme « ce n'est rien », « c'est dans la tête » [19].

Dans le cadre de douleurs nociceptives, le niveau d'intensité douloureuse détermine le palier médicamenteux à utiliser. La prescription peut commencer par un palier III de l'OMS si nécessaire (douleur intense : EVA supérieure ou égale à 60/100 mm). Néanmoins, ceci n'est pas toujours applicable pour les autres douleurs qui, elles, peuvent relever de la prescription d'un coantalgique. Les seuils de traitement sont indicatifs, tout en sachant que si la plainte est disproportionnée par rapport au tableau clinique, il faut garder un sens clinique, un esprit critique, associer à l'autoévaluation une hétéroévaluation et faire des tests thérapeutiques.

**Tableau 3.**

Seuils indicatifs de traitement en fonction de l'échelle d'évaluation de la douleur utilisée chez l'enfant.

Échelles	Seuils de traitement
NFCS	1 sur 4
DAN	3 sur 10
EDIN	5 sur 15
Amiel Tison inversée	5 sur 20
CHEOPS	9 sur 13
FLACC	4 sur 10
OPS	2 sur 8 ou 3 sur 10
PPPM	6 sur 15
EVENDOL	4 sur 15
DEGR	10 sur 40
HEDEN	3 sur 10
Échelle des visages (FPS-R)	4 sur 10 (3 <sup>e</sup> visage)
EN	3 sur 10
EVA	30 sur 100

NFCS : Neonatal Facial Coding System ; DAN : douleur aiguë du nouveau-né ; EDIN : échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né ; CHEOPS : Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale ; FLACC : Face, Legs, Activity, Cry and Consolability ; OPS : Objective Pain Scale ; PPPM : Parents'Post-operative Pain Measure ; EVENDOL : évaluation enfant douleur ; DEGR : échelle douleur Gustave Roussy ; HEDEN : hétéroévaluation douleur enfant ; FPS-R : Face Pain Scale-Revised ; EN : échelle numérique ; EVA : échelle visuelle analogique.

En ce qui concerne l'évaluation par les échelles d'hétéroévaluation, le niveau d'intensité retrouvée permet de savoir s'il s'agit d'une situation d'inconfort ou de douleur. Elle doit permettre de prescrire le traitement antalgique le mieux indiqué (**Tableau 3**).

Une fois l'évaluation de la douleur faite et le traitement antalgique prescrit, il convient de réévaluer l'enfant régulièrement afin de connaître l'efficacité du traitement. Le but est de retrouver un enfant confortable, c'est-à-dire avec une EVA inférieure à 30/100 mm. Quand un enfant est réévalué par une échelle d'autoévaluation, il est impératif d'insister sur la notion de « confort » en lui demandant « Est-ce que tu es soulagé ? » ou « Est-ce que tu es confortable ? ». Il faut éviter de relancer l'écoute de l'enfant sur sa douleur en lui demandant « As-tu encore mal ? ».

## “ Point fort

### Prise en charge d'un enfant présentant une douleur aiguë

- Établir une relation empathique et rassurer.
- Observer l'enfant, identifier la douleur et favoriser la mise en place de mesures immédiates (position antalgique, immobilisation, etc.).
- Évaluer la douleur en entretien bref :
  - début et circonstance de survenue (postopératoire, traumatisme, fièvre, etc.) ;
  - localiser la douleur ;
  - prise antérieure d'antalgiques, vérification des bonnes règles de prescription, observance et efficacité ;
  - caractéristiques de la douleur : « ça fait comment ? » « ça ressemble à quoi ? » : **nociceptif** (serrement, pincement, battante, torsion, coup de marteau, déchirure, étirement, etc.) ; **neuropathique** (décharge électrique, brûlure, fourmillements, démangeaison, picotement, froid douloureux, engourdissement, etc. [penser à utiliser le questionnaire DN4 chez les plus grands]) ; **fonctionnelle** (caractéristiques multiples, douleur fluctuante, impossible à exprimer) ;
  - rythme, fréquence de la douleur (continue, intermittente, etc.) ;
  - évaluer l'intensité de la douleur : > 5-6 ans, pas de troubles de communication : échelles d'autoévaluation : FPS-R, EVA ; < 5-6 ans et/ou troubles de communication : échelles d'hétéroévaluation : FLACC, EVENDOL, CHEOPS, DESS, etc.
- Après un examen clinique doux, précis et complet de l'enfant dévêtu, essayer de déterminer la cause de la douleur aiguë.
- Prescrire un traitement antalgique adapté, donné de manière systématique sur une durée déterminée (pas de prescription libellée « en cas de douleur »).
- Réévaluer l'enfant régulièrement ou inciter les parents à réévaluer l'enfant dès le retour à domicile afin d'adapter le traitement. Si l'enfant reste douloureux malgré sa prise en charge thérapeutique, il est nécessaire de demander un nouvel avis médical.

## “ Point fort

### Prise en charge d'un enfant dans le cadre d'une douleur chronique

- Accueillir l'enfant et ses parents.
- Établir un contact, prêter l'écoute, prendre son temps (consultation longue de 1 h à 1 h 30), rassurer l'enfant et la famille.
- Évaluer la douleur :
  - ancienneté, circonstances de survenue ;
  - localiser la douleur, les caractéristiques, le rythme et la fréquence de survenue ;
  - intensité de la douleur (selon les échelles d'auto- ou hétéroévaluation validées) ;
  - répertoire d'éventuels examens paracliniques faits auparavant ;
  - retentissement social de cette douleur : par exemple, sur la poursuite de la scolarité, des activités sportives voire peut-être même physiques (fauteuil roulant), poursuite des sorties amicales ;
  - retentissement psychique (évaluation angoisse/dépression/stress) ;
  - impact d'éventuels traitements antalgiques antérieurs sur la douleur.
  - évaluation de l'environnement familial : a-t-on le droit de se plaindre ? trouve-t-on de l'écoute ? beaucoup ou peu ?
  - y a-t-il des événements que l'enfant pourrait qualifier de traumatisants : familiaux, sociaux, douloureux, récents ou anciens ?
  - quel est l'impact de la douleur de l'enfant sur la vie de famille ?
- Établir une attitude thérapeutique :
  - faire le diagnostic de la douleur ;
  - expliquer le pourquoi de la douleur à l'aide de livres médicaux ;
  - fixer des objectifs progressifs et réalistes (petite amélioration par exemple) en corrigeant ceux attendus par l'enfant et la famille (disparition rapide et totale de la douleur par exemple) ;
  - prescrire un traitement antalgique adapté à la douleur de l'enfant en favorisant la monothérapie ;
  - demander éventuellement un avis spécialisé ;
  - déceler les facteurs aggravants comme le stress, l'angoisse, la dépression, afin d'optimiser la prise en charge en proposant des thérapies complémentaires, comme la relaxation-hypnose ou les thérapies cognitivocomportementales.

d'évaluation adaptés est indispensable pour mesurer de la manière la plus objective possible l'intensité douloureuse et pour adapter les différents traitements disponibles. La prise en charge doit être globale (approche holistique) en sachant que la plainte douloureuse de l'enfant peut être l'expression d'un « mal-être profond ».



## ■ Références

- [1] Gauvain-Piquard A. Sémiologie de la douleur chez le petit enfant. *Presse Med* 1990;**19**:1171-92.
- [2] Gauvain-Piquard A, Rodary C, Rezvani A, Serbouti S. The development of the DEGR®: a scale to assess pain in young children with cancer. *Eur J Pain* 1999;**3**:165-75.
- [3] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelles J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesion and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;**114**:29-36.
- [4] Wood C, Duval M, Teisseyre L, de Crouy AC. Prise en charge de la douleur. In: Labrune P, Oriot D, Labrune B, Huault G, editors. *Urgences pédiatriques*. Paris: Éditions Estem; 2004. p. 1249-55.
- [5] Walker SL, Williams SE, Smith CA, Graber J, Van Slyke DA, Lipani TA. Parent attention versus distraction: Impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain* 2006;**122**:43-52.
- [6] Stanford EA, Chambers CT, Craig KD. A normative analysis of the development of pain-related vocabulary in children. *Pain* 2005;**114**:278-84.
- [7] Zeltzer LK, Schlank BC. Factors that contribute to chronic pain. In: *Conquering your child's chronic pain: A pediatric guide for reclaiming a normal childhood*. New York: Harper Ressource; 2005. p. 97-117.
- [8] Rainville P, Viet Huyn Bao Q, Chrétien P. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain* 2005;**118**:306-18.
- [9] Stinson JN, Kavanagh T, Yamada J, Gill N, Stevens B. Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain* 2006;**125**:143-57.
- [10] von Baeyer CL. Children's self-report of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manage* 2006;**11**:157-62.
- [11] Stanford EA, Chambers CT, Craig KD. The role of development factors in predicting young children's use of self-report scale for pain. *Pain* 2006;**120**:16-23.
- [12] Champion GD. Comment on Stanford EA et al.: The role of developmental factors in predicting young children's use of self-report scale for pain. Letters to editor. *Pain* 2006;**124**:360-1.
- [13] Spagrud LJ, Piira T, von Baeyer CL. Children's self-report of pain intensity. *Am J Nurse* 2003;**103**:62-4.
- [14] ANAES. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Mars 2000. Disponible sur le site : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).
- [15] Chambers CT, Finley GA, McGrath PJ, Walsh TM. The parents' postoperative pain measure: replication and extension to 2-6-year-old children. *Pain* 2003;**105**:437-43.
- [16] von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioural) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain* 2007;**127**:140-50.
- [17] 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. *Pediatr Anesth* 2006;**16**:258-65.
- [18] Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, Van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;**87**:51-8.
- [19] Ferrari A, Cunin-Roy C, Wood C. Rachialgies de l'enfant et de l'adolescent. *Le Courrier de l'Algologie* 2005;**4**:128-34.

## ■ Conclusion

La prise en charge de la douleur de l'enfant, du prématuré à l'adolescent, a beaucoup évolué ces dernières années. Elle présente quelques particularités importantes à connaître : une connaissance du développement cognitif de l'enfant et une reconnaissance des manifestations de la douleur chez l'enfant, notamment en âge préverbal. En ce qui concerne le petit enfant (trois à six ans), c'est à l'examineur de s'adapter au vocabulaire de l'enfant, à sa compréhension de la douleur et de la maladie. L'évaluation de la douleur passe, aussi bien pour les douleurs aiguës que chroniques, par une analyse fine des différents facteurs comportementaux, cognitifs, psychosociaux et ethnoculturels qui peuvent modifier la plainte douloureuse. L'utilisation d'outils

## Pour en savoir plus

www.pediatricpain.ca.  
www.pediadol.org.  
www.sparadrap.org/.  
www.cnrdr.fr/.  
www.douleur-online.fr/.

www.institut-upsa-douleur.org/.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf.

Zeltzer L. *Comprendre et vaincre la douleur chronique de votre enfant*. Paris: Éditions Retz; 2007.

Michaux D, Halfon Y, Wood C. *Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé*. Paris: Maloine; 2007.

---

B. Vincent (bruno.vincent@rdb.aphp.fr).

Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Robert Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.

B. Horle.

Service de pédiatrie, Hôpital de Brive, boulevard du Docteur Verlhac, 19312 Brive-la-Gaillarde, France.

C. Wood.

Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Robert Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Vincent B., Horle B., Wood C. Évaluation de la douleur de l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-170-A-10, 2009.

**Disponibles sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)**



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos /  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations