

Évaluation de la douleur chez l'enfant handicapé

MOREAUX Thierry



introduction

- Le handicap est fréquent chez l'enfant
- 15 à 20% de l'ensemble de la population pédiatrique (0 à 19 ans).
- Les déficiences graves atteignent 0,5 à 1% de la population pédiatrique et dans deux tiers des cas, il s'agit de déficiences intellectuelles

difficulté à évaluer au plan douloureux

- modification des perceptions sensorielles : surdité, cécité ou amblyopie,
- manque de mots, d'expressions communicantes,
- variabilité de l'état de base, d'où les difficultés d'interprétation de l'examen clinique classique.

multiples raisons de souffrir

- douleurs durables : neuropathiques (accident neurologique, maladie dégénérative, post-opératoire), nociceptives (articulaires, musculaires, osseuses).
- douleurs viscérales : reflux oesophagien ou reflux vésico-uréthéral, organomégalie.
- douleurs aiguës provoquées : positionnement (bain, habillage, déshabillage, corset, fauteuil), kinésithérapie respiratoire, aspiration trachéo-bronchique, sonde naso-gastrique, injection intramusculaire, vaccins, injection de toxine botulinique
- mais aussi : percées dentaires, otites, constipation, spasmes viscéraux, ...

L'examen clinique

- Il est entravé par les troubles de la communication verbale et les troubles neurologiques préexistants, d'où la nécessité de savoir comment le patient exprime le oui et le non
- utiliser tous les partenaires du patient (soignants habituels, parents, éducateurs, kinésithérapeutes, etc) pour interpréter les manifestations (plaisir / déplaisir, confort / inconfort)
- avoir recours à tous les moyens de communication possibles : pictogramme, ordinateur...

Echelle Douleur Enfant San Salvador ou DESS

- Elle est utilisable pour les plus de 5 ans devant une douleur prolongée.
- Elle définit :
 - 10 items d'état dit de base, des signes d'appel qui doivent faire utiliser la grille d'évaluation,
 - 10 items d'une grille évaluative, des critères décisionnels thérapeutiques en fonction de la cotation et l'examen clinique.

Les informations de base DESS

- - l'enfant crie-t-il de façon inhabituelle ?
- - existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou on le manipule ?
- - l'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?
- - est-il capable de se protéger avec les mains ?
- - s'exprime-t-il par des gémissements dans certaines circonstances ?
- - s'intéresse-t-il à l'environnement spontanément ou dans certaines circonstances ?
- - ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ?
- - est-ce qu'il communique avec l'adulte spontanément ou après sollicitation ? volontaire ou involontaire ? de quels types ?
- - a-t-il une motricité spontanée ?
- - quelle est la position de confort habituelle ?
- - est-ce qu'il tolère bien la position assise ?

Les signes d'appel évoquant la douleur

DESS

- composante anxieuse (rire paradoxal, rictus douloureux)
- signe direct de la douleur (difficile en raison du handicap)
- manifestation psychique ou motrice inhabituelle (psychique-motrice, auto-vulnérabilité, troubles du sommeil)

Échelle évaluative DESS

- item 1 : Pleurs et/ou cris avec ou sans accès de larmes
- item 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse
- item 3 : Mimique douloureuse (rire paradoxal, rictus douloureux)
- item 4 : Protection des zones douloureuses
- item 5 : Gémissements ou pleurs silencieux, intermittents ou permanents
- item 6 : Intérêt pour l'environnement
- item 7 : Accentuation des troubles du tonus
- item 8 : Capacité à interagir avec l'adulte spontanément ou après sollicitation
- item 9 : Accentuation des mouvements spontanés, coordonnés ou non
- item 10 : Recherche active d'une position antalgique

Douleur Enfant San Salvador (DESS) : enfant polyhandicapé

- 1 pleurs et/ou cris
- 2 réactions de défense coordonnées ou non
- 3 mimique douloureuse
- 4 protection des zones douloureuses
- 5 gémissements ou pleurs silencieux
- 6 intérêt pour l'environnement
- 7 accentuation des troubles du tonus
- 8 capacité à interagir avec l'adulte
- 9 accentuation des mouvements spontanés
- 10 recherche d'une position antalgique

0: manifestation habituelle
1: modification douteuse
2: modification présente
3: modification importante
4: modification extrême

Signes directs : 2, 4, 10

Composante anxieuse : 1, 3, 5

Manifestations psychiques motrices : 6, 7, 8, 9

score 2/40 : doute
score 6/40 : certaine

Le NCCPC

Echelle Non Communicating Children's Pain Checklist : NCCPC puis NCCPC-Revised et NCCPC

Postoperative version et version française **GED-DI**

- Étude en cours depuis 1998
- McGrath et al, Halifax
- But : créer un « checklist » de comportements observables pouvant être utilisés pour déterminer la présence/absence de douleur
- Première série de 31 comportements publiés à partir d'entrevues de parents d'enfants polyhandicapés

**Grille d'évaluation de la douleur
pour les enfants
qui ne communiquent pas¹
Version révisée**

Nom : _____
 Prénom : _____
 Évaluateur : _____
 Date : jour _____, mois _____, année _____
 Heure du début de l'observation : _____
 Heure de la fin de l'observation : _____

Depuis les dix dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a démontré les comportements suivants. Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements. Si un des comportements décrits ne s'applique pas, veuillez l'indiquer en encerclant la catégorie « ne s'applique pas ».

	Comportements à observer	Pas observé 0	Observé à l'occasion 1	Passablement souvent 2	Très souvent 3	Ne s'applique pas 0
1.	Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	0
2.	Pleure (modérément)	0	1	2	3	0
3.	Crie/hurle fortement	0	1	2	3	0
4.	Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	0
5.	Mange moins, est moins intéressé pas la nourriture.	0	1	2	3	0
6.	Dort davantage	0	1	2	3	0
7.	Dort moins qu'auparavant	0	1	2	3	0

¹ Tirée de : Breau, L.M., Finly, G.A., McGrath, P.J., Camfield, C.S. Validation of the Non-Communicating Children's Pain Checklist. Version post-opération. *Anesthesiology* 2002; 96 (3) : 528-535. Traduit et reproduit avec l'autorisation de Mme Breau.

	Comportements à observer	Pas observé	Observé à l'occasion	Passablement souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
8.	Ne collabore pas, est grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	0
9.	Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	0
10.	Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	0
11.	Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser.	0	1	2	3	0
12.	Fronce les sourcils.	0	1	2	3	0
13.	Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné.	0	1	2	3	0
14.	Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas.	0	1	2	3	0
15.	Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	0
16.	Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue.	0	1	2	3	0
17.	Ne bouge pas, est inactif ou silencieux.	0	1	2	3	0
18.	Saute partout, est agité, ne tient pas en place.	0	1	2	3	0
19.	Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	0
20.	Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	0
21.	Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	0
22.	Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse.	0	1	2	3	0

Tirée de : Breau, L.M., Finly, G.A., McGrath, P.J., Camfield, C.S. Validation of the Non-Communicating Children's Pain Checklist. Version post-opération. Anesthesiology 2002; 96 (3) : 528-535. Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de Mme Breau. PREM-TGC

Traduction : Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement
PREM-TGC

23.	Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher.	0	1	2	3	0
24.	Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville).	0	1	2	3	0
25.	Frissonne	0	1	2	3	0
26.	La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	0
27.	Transpire, sue	0	1	2	3	0
28.	Larmes visibles	0	1	2	3	0
29.	A le souffle court, coupé	0	1	2	3	0
30.	Retient sa respiration	0	1	2	3	0

Compilation des sous échelles et du résultat total

Faire la somme des chiffres encerclés selon la légende qui suit

Sous échelles	Numéro des comportements	Somme des chiffres encerclés
Vocale	1-4	
Alimentation/sommeil	5-7	
Sociale	8-11	
Faciale	12-16	
Activités	17-18	
Parties du corps	19-24	
Signes physiologiques	25-30	
Résultat total (somme des chiffres encerclés)		

Tirée de : Breau, L.M., Finly, G.A., McGrath, P.J., Camfield, C.S. Validation of the Non-Communicating Children's Pain Checklist. Version post-opération. *Anesthesiology* 2002; 96 (3) : 528-535. Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de Mme Breau. PREM-TGC

Traduction : Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement
PREM-TGC

Utilisation de l'échelle

des 3 ans à l'âge adulte.

7 catégories de 31 comportements sont retenus :

- vocaux
- alimentation / sommeil
- activités
- sociaux / personnalité
- expression faciale
- corps et membres
- signes physiologiques.

Recommandations d'utilisation

- Même si on ne connaît pas l'enfant, seulement 10 minutes d'observation sont nécessaires
- Chaque item est noté de 0 à 3 (signe absent, observé occasionnellement, souvent ou très souvent) ou « ne s'applique pas » (si l'enfant ne peut présenter ce comportement du fait de son handicap) pour un total de 0 à 90.

Recommandations d'utilisation

- La valeur seuil est de 7 (7 à 10 : douleur légère) mais un score de plus de 11 est spécifique de douleur.
- En post-opératoire, on retire de l'échelle les 3 items concernant l'alimentation et le sommeil.
- Une version française, appelée **GED-DI** (Grille d'Evaluation de la Douleur-Déficiência Intellectuelle), utilisable pour les douleurs post-opératoires et la douleur de base validée il y a quelques semaines

Echelle Face Leg Activity Cry Consolability Revised ou **FLACC Revised**

- C'est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur dans sa version modifiée pour les enfants handicapés utilisable de 4 à 18 ans (voire dès la naissance) dans le cadre des douleurs post-opératoires ou liées aux soins.

Utilisation de l'échelle

- FLACC signifie en anglais, Face - Legs - Activity - Cry - Consolability (Visage – Jambes – Activité – Cris – Consolabilité)
- chaque mot correspond à un des items à observer pour déterminer le niveau d'intensité douloureuse. Dans cette version modifiée les items écrits en italique et entre crochets sont à utiliser spécifiquement pour l'enfant handicapé.

Utilisation de l'échelle

- **pour les patients éveillés :**
 - observer pendant au moins 2 à 5 minutes.
 - Observer les jambes et le corps découverts.
 - Repositionner le patient et observer sa motricité,
 - évaluer la rigidité et le tonus
 - Consoler le patient si nécessaire.
- **pour les patients endormis :**
 - observer pendant au moins 5 minutes ou plus.
 - Observer les jambes et le corps découverts.
 - Si possible repositionner le patient.
 - Toucher le corps et évaluer sa rigidité et son tonus.

FLACC Révisée

Annexe 1 : Version française de l'échelle d'évaluation comportementale de la douleur FLACC modifiée pour les enfants handicapés : Face - Legs - Activity - Cry - Consolability (Visage - Jambes - Activité - Cris - Consolabilité) : items modifiés écrits en italique et entre crochets

Item	Cotation		
	0	1	2
Visage	Pas d'expression particulière ou sourire	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé <i>[semble triste ou inquiet]</i>	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton <i>[visage affligé ; expression d'effroi ou de panique]</i>
Jambes	Position habituelle ou détendue	Gêné, agité, tendu <i>[trémulations occasionnelles]</i>	Coups de pieds ou jambes ricroquevillées <i>[augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents]</i>
Activité	allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement	Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu <i>[moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, souples intermittents]</i>	Arc-bouté, figé, ou sursaute <i>[agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire brutalement ; respiration succédée importante]</i>
Cris	Pas de cris (éveillé ou endormi)	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle <i>[explosion verbale ou grognement occasionnel]</i>	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes <i>[explosion verbale répétée ou grognement constant]</i>
Consolabilité	Content, détendu	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait.	Difficile à consoler ou à reconforter <i>[repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]</i>

Pediatric Pain Profile (PPP)

- Utilisation de 1 à 18 ans
- Toute douleur de la personne avec handicap neurologique sévère ou polyhandicap
- 20 items comportementaux avec 4 cotations possible (0, 1, 2, 3)
- Seuil de prescription : 14/60

PPP

- Douleur des enfants et des adolescents avec handicap cognitif et moteur
- Elle est destinée aux donneurs de soin habituels, c'est à dire les parents, et un score de base lorsque l'enfant va bien, est un préalable requis
- Facile à comprendre
- Elle enregistre les modifications des signes neurologiques (spasticité, mouvements anormaux)
- Échelle validée

Profil Douleur Pédiatrique



Profil Douleur Pédiatrique

Ce profil appartient à

Préambule

Le Profil Douleur Pédiatrique (PDP) est un outil créé spécialement pour aider à évaluer et à prendre en charge la douleur chez des enfants porteurs de handicaps neurologiques sévères, tout particulièrement ceux dont les lésions les empêchent de communiquer par la parole. De tels handicaps signifient que les enfants sont dépendants de leurs soignants pour interpréter leurs signes de douleur. Ces signes comportent entre autre :

- des modifications de la motricité ou de la posture des enfants
- des modifications de l'expression verbale (vocalisations) et des mimiques

Le PDP a pour objectif de dépister ces comportements dont on a montré grâce à une série d'études cliniques qu'ils sont d'excellents indicateurs de douleur.

Les buts du PDP sont :

- faciliter la description et le recueil de données concernant le comportement douloureux
- mieux suivre la douleur et l'efficacité des traitements.
- vous aider à partager vos préoccupations au sujet de la douleur de votre enfant avec les professionnels de santé.

Le PDP est une échelle de cotation comportementale qui comprend 20 items. Chaque item est noté sur une échelle de 4 points allant de « pas du tout » à « vraiment beaucoup » sur une période donnée.

Après avoir additionné les scores de chaque item, le score total variera de 0 à 80. Ce score est parfois appelé score PDP (PPP en anglais). Dans une étude récente, les observateurs ont généralement associé des scores de 14 et plus à une douleur modérée à sévère. Mais bien que ceci soit valable pour de nombreux enfants, le résultat peut différer selon les enfants et le type de douleur.

Chaque enfant aura son propre éventail de réactions à la douleur. Le PDP veut être une AIDE à la description, l'évaluation et le suivi des comportements douloureux des enfants. L'évaluation de la douleur chez les enfants est complexe. Il est conseillé aux parents de consulter un médecin avant de débiter un nouveau traitement ou de modifier le dosage d'un médicament sur le seul critère du score PDP. Les professionnels de santé devront toujours interpréter les scores du PDP selon le contexte et toujours comme une information complémentaire par rapport à l'état clinique. Les établissements qui ont participé à la mise au point de cette échelle déclinent toute responsabilité quand aux conséquences quelles

qu'elles soient qui découleraient de décisions prises sur la seule utilisation du PDP.

Le PDP a été conçu en association avec les chercheurs du RCNI d'Oxford et le ICH de Londres*. Des études pour mettre au point et tester cet outil ont été financées par « Action Research » (avec un financement du Bureau des Œuvres de la Loterie Nationale anglaise) et la Fondation Pediatric Pain Profile.

Les auteurs autorisent la photocopie des pages et leur utilisation pour les soins aux enfants souffrant d'un handicap neurologique sévère et de troubles de l'apprentissage.

* Royal College of Nursing Institute (RCNI);
University College London, Institute of Child Health

Nous espérons que vous trouverez cet outil utile. Vous pouvez en obtenir d'autres exemplaires en vous adressant à :

www.pediadol.org

Pour toute question ou commentaire sur cet outil, merci de contacter :
Dr Anne Hunt - Research fellow - RCN Institute
- Radcliffe Infirmary - Oxford OX2 6HE
Tel : 01865 224397
Mail : anne.hunt@rcni.org.uk

Traduction française LIETD Hôpital Robert Debré - Paris, 09, 2009. Contre-translation Dr M-C Gregoire - IWR Health Centre - Halifax, Canada.

Guide d'utilisation

Histoire de la douleur

Dans cette partie, vous trouverez des questions sur l'historique des douleurs de votre enfant. Vous pourrez noter les situations de douleur de votre enfant, dans la petite enfance, lors d'interventions chirurgicales ou de traumatismes, ou bien des douleurs en lien avec la maladie ou le handicap de votre enfant. Savoir comment votre enfant a surmonté les expériences douloureuses ou les traumatismes dans le passé peut nous aider à mieux prendre en charge sa douleur actuelle.

Evaluation de l'état de base

Dans cette partie, nous vous demandons de décrire sur le profil douleur le comportement de votre enfant lorsque :

- Il est au mieux de sa forme ou lors d'une bonne journée.
- Il a une douleur aiguë ou chronique

En utilisant les profils douleur, il vous suffit d'encercler le chiffre qui décrit le mieux votre enfant lors de situations décrites dans la colonne de gauche.

Vous trouverez des feuilles pour décrire la douleur la plus gênante pour votre enfant (douleur A) et jusqu'à 2 autres situations de douleur (douleurs B et C).

Ensuite, inscrivez les chiffres que vous avez entourés dans la colonne de droite et additionnez-les. Les scores totaux peuvent ensuite être reportés sur graphique récapitulatif en traçant une croix dans les colonnes correspondantes.

Graphique récapitulatif



Les évaluations de l'état de base permettent de comparer les évaluations ultérieures que vous pourriez avoir besoin de réaliser dans le futur

Evaluation des douleurs actuelles

Vous pouvez utiliser le profil douleur pour évaluer les douleurs actuelles à tout moment : par exemple, si vous souhaitez enregistrer le comportement de votre enfant où si vous surveillez la réponse de votre enfant à un traitement. Les scores peuvent être reportés sur le tableau récapitulatif ainsi que sur la page : « Evaluation, Actions, Résultats »

Evaluation, Actions, Résultats

Cette fiche vous permet de décrire les actions mises en place (les mesures prises) pour soulager la douleur de votre enfant et la réponse de celui-ci.

Il peut être bénéfique d'utiliser régulièrement le profil après la mise en place d'une action pour voir et noter si cette action a été efficace pour soulager la douleur.

Parler aux professionnels de la douleur de votre enfant

Certaines douleurs peuvent être assez gênantes et difficiles à soulager. Vous aimeriez peut-être parler à votre médecin ou à un autre professionnel de santé de la douleur de votre enfant. Il pourrait être utile de leur montrer le profil douleur de votre enfant. Demandez-leur s'ils souhaitent écrire quelque chose sur les pages professionnelles au sujet de la douleur de votre enfant.

Lors d'une bonne journée

1. Pour chaque item, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux au comportement de votre enfant pendant une bonne journée, lorsqu'il va vraiment bien
2. Notez les chiffres que vous avez entourés dans la colonne score
3. Additionnez les chiffres de la colonne score pour obtenir un score total
4. Enregistrez le total sur le graphique récapitulatif

Lors d'une bonne journée, mon enfant :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	SCORE
Est joyeux	3	2	1	0	
Est sociable ou communique	3	2	1	0	
Semble en retrait ou déprimé	0	1	2	3	
Pleure, gémit, grogne, crie ou hurle	0	1	2	3	
Est difficile à consoler ou réconforter	0	1	2	3	
Se mutile (se mord ou se cogne la tête...)	0	1	2	3	
Rechigne à manger / est difficile à nourrir	0	1	2	3	
A un sommeil perturbé	0	1	2	3	
Grimaces, visage crispé, yeux plissés	0	1	2	3	
Front plissé, sourcils froncés, air inquiet	0	1	2	3	
Semble apeuré (yeux grands ouverts)	0	1	2	3	
Grince les dents ou fait des mouvements de bouche	0	1	2	3	
Agité, ne tient pas en place, stressé	0	1	2	3	
Tendu, raide ou spastique	0	1	2	3	
Se recroqueville ou ramène ses jambes sur son thorax	0	1	2	3	
Cherche à toucher ou frotter une zone particulière	0	1	2	3	
S'oppose à la mobilisation	0	1	2	3	
Se rétracte ou proteste quand on le touche	0	1	2	3	
Se tortille, jette sa tête en arrière, se contorsionne ou se cabre	0	1	2	3	
A des mouvements involontaires ou stéréotypés, sursauts, tressaille, convulse	0	1	2	3	
TOTAL					

Votre enfant est-il comme cela ? Tout le temps La plupart du temps Parfois Rarement

Pensez-vous que votre enfant soit douloureux même lors d'une bonne journée comme celle-ci ?

Pas de douleur Douleur légère Douleur modérée Douleur sévère Douleur très sévère

Rempli par

Date

Lors d'une bonne journée

1. Pour chaque item, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux au comportement de votre enfant pendant une bonne journée, lorsqu'il va vraiment bien
2. Notez les chiffres que vous avez entourés dans la colonne score
3. Additionnez les chiffres de la colonne score pour obtenir un score total
4. Enregistrez le total sur le graphique récapitulatif

Lors d'une bonne journée, mon enfant :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	SCORE
Est joyeux	3	2	1	0	
Est sociable ou communicatif	3	2	1	0	
Semble en retrait ou déprimé	0	1	2	3	
Pleure, gémit, grogne, crie ou hurle	0	1	2	3	
Est difficile à consoler ou réconforter	0	1	2	3	
Se mutile (se mord ou se cogne la tête...)	0	1	2	3	
Rechigne à manger/ est difficile à nourrir	0	1	2	3	
A un sommeil perturbé	0	1	2	3	
Grimaces, visage crispé, yeux plissés	0	1	2	3	
Front plissé, sourcils froncés, air inquiet	0	1	2	3	
Semble apeuré (yeux grands ouverts)	0	1	2	3	
Grince les dents ou fait des mouvements de bouche	0	1	2	3	
Agité, ne tient pas en place, stressé	0	1	2	3	
Tendu, raide ou spastique	0	1	2	3	
Se recroqueville ou ramène ses jambes sur son thorax	0	1	2	3	
Cherche à toucher ou frotter une zone particulière	0	1	2	3	
S'oppose à la mobilisation	0	1	2	3	
Se rétracte ou proteste quand on le touche	0	1	2	3	
Se tortille, jette sa tête en arrière, se contorsionne ou se cabre	0	1	2	3	
A des mouvements involontaires ou stéréotypés, sursaute, tressaille, convulse	0	1	2	3	
TOTAL					

Votre enfant est-il comme cela ? Tout le temps La plupart du temps Parfois Rarement

Pensez-vous que votre enfant soit douloureux même lors d'une bonne journée comme celle-ci ?

Pas de douleur Douleur légère Douleur modérée Douleur sévère Douleur très sévère

Rempli par _____

Date _____

L'auto-évaluation de la douleur

- Une première étude a montré que sur un groupe d'enfants déficients intellectuels légers à proche de la normale, seulement 20 % d'entre eux ont pu évaluer correctement leur douleur
- Une autre étude a démontré qu'un groupe d'enfant de 7 à 18 ans porteurs de déficience légère ou moyenne était capable après un entraînement d'une heure d'utiliser au mieux les outils d'auto-évaluation simplifiés

Quelle échelle choisir ?

- **L'auto-évaluation** semble souhaitable dès que la communication verbale avec l'enfant faiblement ou moyennement handicapé est possible et dès que ses capacités de compréhension des échelles le permettent.
- Une échelle de référence comme la **FPS-R (Face Pain Scale – Revised ou échelle des visages)** peut être proposée dès l'âge de 4 ans et adaptée à l'enfant handicapé

conclusion

- La prise en charge de la douleur de l'enfant a beaucoup évolué ces dernières années.
- Malgré cela, une des populations les plus vulnérables, représentée par les enfants handicapés reste souvent sous estimée et sous traitée.

conclusion

- L'utilisation d'outils d'évaluation objectifs permet de minimiser nos biais
- ils rendent possible une meilleure communication entre les soignants et les enfants, des soins plus efficaces et donc une meilleure stratégie de prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur.

conclusion

- **l'écoute des parents** et leur **participation dans l'équipe traitante**
- **l'information sur la douleur et son traitement** dispensée aux patients, à leur entourage familial et aux intervenants du système socio-éducatif est un gage de réussite du projet thérapeutique.
- **Prévenir la douleur** et les effets secondaires des antalgiques
- **évaluer les bénéfices-risques des traitements**, faire des tests thérapeutiques sont des mesures indispensables.
- **adapter les traitements** aux besoins spécifiques des enfants atteints de cancer ou en soins palliatifs.