

Outils pour repérer et évaluer la douleur des enfants polyhandicapés

Dr Marie-Claude Grégoire

Center for Pediatric Pain Research, IWK Health Centre, Halifax, Canada

mcg@dal.ca

Évaluer la douleur d'une autre personne n'est jamais une tâche facile. Identifier la présence, la cause, l'intensité et la réponse au traitement d'une douleur peut se révéler un défi particulièrement compliqué, surtout si la personne souffrante a une capacité de communication limitée. Cette difficulté à communiquer fut la source d'un mythe médical, car on a longtemps cru que les gens qui avaient une déficience cognitive ne ressentaient pas, ou moins, la douleur. Heureusement qu'il a été prouvé que cette croyance est erronée. Stallard *et al.* ont montré dans leur étude que 73 % des enfants avec un handicap cognitif (non verbal) présentaient une douleur au moins une fois/14 jours, et 12 % présentaient des douleurs modérées à sévères qui pouvaient durer 30 minutes, 5/14 jours ou plus [1]. De même, Breau *et al.* ont décrit, sur une cohorte de 93 enfants et adolescents avec un handicap cognitif sévère [2], une incidence de douleurs de 78 % sur une période de 4 semaines. La durée moyenne pour chaque épisode de douleur était de plus de 9 heures. La plupart des douleurs étaient identifiées comme non traumatiques.

Les deux dernières décennies ont vu la publication de plusieurs nouvelles échelles d'évaluation de la douleur chez l'enfant, incluant quelques échelles spécifiques de l'enfant handicapé ; ce court texte résumera les principales échelles publiées. Elles reposent toutes sur l'observation du patient.

Les échelles d'évaluation

Avant d'aborder les principales échelles hétéro-évaluation, il est important de préciser que lorsque cela est possible, il faut tenter d'obtenir une auto-évaluation par l'enfant. En effet, même si l'enfant présente un déficit cognitif, il est parfois possible, en prenant le temps et en expliquant bien l'échelle, d'obtenir une auto-évaluation. Par contre, bien que l'on utilise souvent dans cette population l'évaluation par un tiers avec une échelle analogique visuelle (EVA), il y a bien peu de données qui ont pu valider cette approche et pour cette raison, elle n'est pas recommandée. De même, les mesures physiologiques, telles que le rythme cardiaque, ne sont pas corrélées pas avec la présence de douleur, et ne doivent pas être utilisées comme seules mesures d'évaluation [3].

Échelle San Salvador

Cette échelle est la seule qui fut conçue et validée initialement en français, par Collignon et Giusiano [4]. Leur but était de développer une échelle d'utilisation rapide, adaptée à tous types de handicaps, capable d'aider les médecins dans la prise de décision thérapeutique. Vingt-deux items, identifiés par des médecins et des infirmières, selon leur expérience professionnelle, constituaient la première version de l'échelle. Une première étude de sélection d'items, incluant 62 patients, a permis de réduire le nombre d'items à 10, chacun noté de 0 à 4. L'étude de validation, incluant 50 patients, âgés de 6 à 33 ans, a montré une bonne cohérence interne de l'échelle (coefficient α de Cronbach de 0,93). Les patients, divisés en deux groupes (probablement

douloureux *vs* non douloureux) furent évalués par un groupe d'infirmières, et filmés, et les vidéos revues par trois experts. Le coefficient κ de Cohen démontre le consensus entre experts et est défini comme bien si celui-ci est supérieur à 0,6 et excellent s'il est supérieur à 0,8. Dans le cas de l'échelle San Salvador, le coefficient κ variait entre 0,39 et 0,52 pour le score de douleur, mais était plus élevé (0,56 à 0,75) si l'on considérait la décision de traiter ou non. Les seuils de détection de douleur furent établis à 2/10 « le patient souffre peut-être et a besoin d'une attention particulière » et 6/10 « une douleur est très probablement présente et un traitement antalgique est requis ». De façon prévisible, l'échelle montre une meilleure sensibilité (0,88) et pour un score de 2/10 *vs* un score de 6/10 (0,76) et une meilleure spécificité (0,88) pour un score de 6/10 *vs* un score de 2/10 (0,73). Aucune autre étude de validation n'a été publiée, que ce soit sur l'utilité clinique ou sur la réponse au traitement. Les auteurs expliquent qu'il faut au maximum 15 minutes pour compléter l'échelle.

Paediatric Pain Profile (PPP)

Cette échelle fut développée en Angleterre par Anne Hunt *et al.* [5]. Le but était de développer un outil pouvant être utilisé par les parents et les soignants, à la maison, l'école et l'hôpital. Les 56 items de départ furent identifiés lors d'entrevues avec des parents d'enfants polyhandicapés et des professionnels de santé ainsi qu'au moyen d'un questionnaire complété par 121 parents. Au total, 56 signes de douleur furent décrits. Une première analyse d'items, faite avec un groupe différent de parents, a permis de réduire la liste à 20 items notés de 0 à 3, constituant la PPP finale. L'échelle PPP fut d'abord validée dans un groupe de 29 enfants (âge moyen de 9 ans 8 mois), filmés pendant cinq activités quotidiennes spécifiques. Un échantillon de cortisol était également prélevé. Les films furent revus par trois experts. Les scores de la PPP présentaient une bonne corrélation (0,77 à 0,90) avec les scores de douleurs évalués sur une échelle numérique (0-10) par les experts, et une corrélation plus modérée avec les scores des parents (0,48-0,59). La seconde étude de validation incluait un groupe de 140 enfants âgés de 1 à 18 ans. Le coefficient α de Cronbach variait entre 0,75 à 0,86 selon la présence de douleur ou non, montrant une bonne cohérence interne. Lors de 54 évaluations simultanées (parent-professionnel de santé) le PPP s'est révélé fiable, avec un *Intra-Class Coefficient* (coefficient interindividuel ou coefficient intraclass [ICC]) de 0,73. L'ICC est une mesure de fiabilité et d'uniformité parmi les observateurs utilisant une même échelle. La PPP a montré une excellente sensibilité (1,00) pour un score de 14/60, avec une très bonne spécificité (0,91). La PPP semble bien adaptée à la variation de la douleur, car le score a diminué dans les heures suivant la prise de l'antalgique, dans un sous groupe de 34 patients. Aucune étude n'a été publiée sur l'utilité clinique de la PPP. Une traduction française de la PPP est en cours.

Non-Communicating Children Pain Checklist-Revised (NCCPC-R)

Cette échelle a été initialement développée au Canada par McGrath *et al.* [6], puis améliorée par Breau *et al.* [7, 8]. Deux versions existent : une version pour la douleur postopératoire comprenant 27 items et une version pour les autres types de douleur, comprenant 3 items supplémentaires, soit un total de 30 items. Les items ont été choisis après des entretiens de parents/ou soignants d'enfants/jeunes adultes polyhandicapés (6 à 29 ans).

Version pour les douleurs autres que postopératoires

Cette version révisée fut validée principalement à domicile, dans le cadre d'une étude prospective sur 2 ans en différentes étapes [7]. Un parent/soignant complétait la NCCPC et une EVA pendant plusieurs épisodes douloureux, et pendant des périodes sans douleur. La version finale comprenant 30 items évalue chaque item de 0 (pas du tout) à 3 (très souvent). L'échelle montre

une excellente cohérence interne, avec un coefficient α de Cronbach de 0,93. Les valeurs de la NCCPC demeurent constantes d'un épisode douloureux à un autre, et la NCCPC détecte la différence entre un événement douloureux et non douloureux. Une valeur seuil de 7 a été déterminée comme ayant la meilleure combinaison de sensibilité (0,84) et spécificité (0,68).

Version postopératoire

Cette version est presque identique à la précédente, à l'exception de la suppression de 3 items. Les items supprimés touchent le sommeil et l'alimentation, souvent modifiés en période postopératoire. L'échelle a été validée dans un sous-groupe de 25 enfants, faisant partie de la cohorte prospective initiale de l'équipe de Breau *et al.* [8]. Un parent/soignant et un chercheur évaluaient l'enfant simultanément avec la NCCPC-PV et une EVA. Le NCCPC-PV a montré une excellente cohérence interne lorsque utilisée par les parents/soignants, avec un coefficient α de Cronbach de 0,91 et une cohérence de niveau satisfaisant, lorsque utilisée par les chercheurs qui ne connaissaient pas les enfants (coefficient α de Cronbach de 0,71). La fiabilité interobservateur était aussi excellente, avec un ICC variant de 0,78 à 0,82. Les valeurs de la NCCPC-PV étaient significativement plus élevées après l'acte chirurgical qu'avant celui-ci, indiquant une bonne réponse au changement du niveau de la douleur. Une valeur seuil de 11 présentait la meilleure combinaison de sensibilité (0,88) et spécificité (0,81) pour les parents/soignants, et les chercheurs (sensibilité = 0,75 et spécificité = 0,63).

Aucune étude spécifique n'a été publiée sur l'utilité clinique de la NCCPC. Les auteurs ont validé l'étude sur une période d'observation de 10 minutes, mais un nouveau groupe de chercheurs complète actuellement la validation pour une période d'observation réduite à 5 minutes seulement, avec des résultats très prometteurs [9].

Autres échelles

Pain Indicator for Communicatively Impaired Children (PICIC)

Cette échelle a été publiée en 2002 [10, 11], mais il n'y a pas eu d'autres études par la suite. Elle est constituée de 6 items, issus de 205 items identifiés par des parents/soignants d'enfants polyhandicapés. Ces 6 items étaient utilisés par 90 % des répondants. Ils sont notés sur une échelle de type Likert de 4 niveaux. Une première étude de validation a été effectuée de façon journalière dans un groupe de 49 enfants, pendant 14 jours. Un item (pleurs) a été retiré de l'échelle par la suite, car non associé à la présence de douleur.

Checklist Pain Behavior

Cette échelle a été créée pour évaluer la douleur post-chirurgicale chez les enfants polyhandicapés [12, 13]. Les items ont été choisis après des entretiens avec des parents/soignants d'enfants polyhandicapés et des professionnels de santé et grâce à l'observation par une équipe de chercheurs d'enfants polyhandicapés lors d'événements douloureux. Des indicateurs supplémentaires ont été identifiés dans la littérature. Sur les 209 items identifiés, 138 ont été choisis, après avoir exclu les items liés aux activités de la vie quotidienne, absents dans ce contexte post-chirurgical. Une première étude a permis de réduire le nombre d'items à 23, tous montrant une bonne sensibilité à identifier une différence d'intensité de la douleur en pré- et post-chirurgicale. Cette liste a été réduite à 10 items lors d'une étude psychométrique sur 73 enfants (477 observations filmées de 6 minutes), chaque item étant codé de 0 à 3. L'étude a montré que la version réduite pourrait avoir une bonne utilité clinique, mais la validation n'a pas encore été publiée.

Revised FLACC

Un groupe américain a cherché à utiliser une échelle validée pour l'enfant sans troubles cognitifs, la FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry et Consolability*) et a validé cette échelle chez les enfants polyhandicapés [14-16]. Ils ont modifié l'échelle originale en élargissant la définition de chacun des termes et en donnant la possibilité à l'évaluateur (parents/soignants), pour chacune des cinq catégories (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) d'ajouter des comportements divergents spécifiques à l'enfant. L'échelle modifiée fut ensuite révisée par des experts cliniciens. L'échelle fut évaluée seulement dans le contexte postopératoire chez un groupe de 52 enfants âgés de 4 à 21 ans. Il est important de noter que 12 des enfants dans cette étude étaient capables de faire une auto-évaluation de leur douleur. Vingt et un parents ont ajouté des descripteurs spécifiques à leur enfant. La FLACC modifiée présentait une bonne fiabilité interobservateur (infirmières : ICC = 0,75-0,90). Cette échelle montre une bonne réponse au changement d'intensité de douleur, suite à la prise d'antalgiques. Le rajout par les parents de descripteurs spécifiques augmente la fiabilité du score. Chez les enfants capables d'une auto-évaluation, la corrélation entre les parents et les enfants était modérée ($\kappa = 0,43$). L'utilité clinique a été évaluée comme bonne sur un petit échantillon de 20 cliniciens. Le temps nécessaire pour compléter l'échelle est d'environ 3 minutes. Cette étude comporte toutefois un biais important : 19/20 des cliniciens utilisaient déjà la FLACC avant l'étude. Il est important de noter que la FLACC a récemment été traduite en français, dans sa version de base ainsi que dans la version pour enfants handicapés [17].

Individualized Numeric Rating Scale (INRS)

Cette échelle est une adaptation de l'échelle numérique 0 à 10. Les parents/soignants identifient des comportements douloureux spécifiques, puis les notent de 0 à 10. Cette échelle n'a pas été validée, ni testée dans le cadre de la recherche. Elle est utilisée en clinique dans l'établissement hospitalier des auteurs [18].

Traduction et validation en langue étrangère

San Salvador

L'échelle San Salvador a été publiée en anglais, mais n'a jamais été formellement validée en anglais, ni dans aucune autre langue.

PPP

Une traduction urdu a été présentée lors du récent *World Congress on Pain* [19].

NCCPC

La traduction française, nommée GED-DI, est en cours de validation (version postopératoire), projet qui sera complété d'ici la fin de 2008 [20]. Une version suédoise a aussi été validée [21], ainsi qu'une version en allemand (version pour douleurs autres que postopératoire dans les deux cas) [22]. Une version russe existe, mais sans validation formelle.

Conclusion

Plusieurs outils ont été créés pour évaluer la douleur chez l'enfant polyhandicapé et ont été publiés au cours des dernières années. Des items d'évaluation sont souvent identiques d'une échelle à l'autre. Certaines échelles, comme la NCCPC, ont été validées dans différents contextes

et pour plusieurs types de douleurs. L'échelle San Salvador et bientôt la GED-DI (postopératoire), sont les deux seules échelles validées en français. À l'heure actuelle, la NCCPC/GED-DI est l'échelle présentant les meilleures qualités psychométriques, et comme elle sera bientôt disponible en français dans sa forme validée, elle est l'échelle d'évaluation recommandée pour évaluer la douleur chez l'enfant polyhandicapé. Ce qui est le plus important toutefois est de se familiariser avec une ou deux échelles, de bien les comprendre, de maîtriser leur méthode d'application, de les utiliser régulièrement et de diffuser l'information à leur sujet. Hors du cadre de la recherche, il n'est pas nécessaire de maîtriser toutes ces échelles.

Il est aussi important de noter que malgré la disponibilité de ces échelles, elles sont encore trop rarement utilisées en milieu clinique. Le défi majeur des prochaines années est de faire en sorte que ces échelles soient utilisées de façon plus standardisée, et non pas seulement « si besoin », situation qui risque de sous-estimer la douleur de l'enfant polyhandicapé, par l'absence d'une évaluation objective. Les enfants polyhandicapés, de par leurs pathologies et les complications de celles-ci, leurs traitements ou les conséquences de ces derniers, sont à haut risque de présenter des douleurs modérées à sévères. Nous devons continuer à être vigilants, évaluer régulièrement la douleur, et la traiter de façon adéquate, avec un souci constant du confort de nos patients.

Bibliographie

- [1] Stallard P, Williams L, Lenton S, Velleman R. Pain in cognitively impaired, non-communicating children. *Arch Dis Child* 2001 ; 85 : 460-2.
- [2] Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003 ; 157 : 1219-26.
- [3] Oberlander TF, Gilbert CA, Chambers CT *et al.* Biobehavioral responses to acute pain in adolescents with a significant neurologic impairment. *Clin J Pain* 1999 ; 15 : 201-9.
- [4] Collignon P, Giusiano B. Validation of a pain evaluation scale for patients with severe cerebral palsy. *Eur J Pain* 2001 ; 5 : 433-42.
- [5] Hunt A, Goldman A, Seers K *et al.* Clinical validation of the Paediatric Pain Profile. *Dev Med Child Neurol* 2004 ; 46 : 9-18.
- [6] McGrath PJ, Rosmus C, Camfield C *et al.* Behaviours caregivers use to determine pain in non-verbal, cognitively impaired individuals. *Dev Med Child Neurol* 1998 ; 40 : 340-3.
- [7] Breau LM, McGrath PJ, Camfield C *et al.* Preliminary validation of an observational pain checklist for persons with cognitive impairments and inability to communicate verbally. *Dev Med Child Neurol* 2000 ; 42 : 609-16.
- [8] Breau LM, Finley GA, McGrath PJ, Camfield CS. Validation of the Non-Communicating Children's Pain Checklist-Postoperative Version. *Anesthesiology* 2002 ; 96 : 528-35.
- [9] Jury D, Gallardo C, Kant A *et al.* A feasibility study of the non-communicating children's pain checklist – postoperative version (NCCPC-PV) : Assessing children with severe neurodevelopmental disabilities in the recovery unit. *J Pain* 2005. Supplement S2 #306.
- [10] Stallard P, Williams L, Velleman R *et al.* Brief report : Behaviors identified by caregivers to detect pain in noncommunicating children. *J Pediatr Psychol* 2002 ; 27 : 209-14.
- [11] Stallard P, Williams L, Velleman R *et al.* The development and evaluation of the pain indicator for communicatively impaired children (PICIC). *Pain* 2002 ; 98 : 145-9.
- [12] Terstegen C, Koot HM, de Boer JB, Tibboel D. Measuring pain in children with cognitive impairment : pain response to surgical procedures. *Pain* 2003 ; 103 : 187-98.
- [13] Duivenvoorden HJ, Tibboel D, Koot HM *et al.* Pain assessment in profound cognitive impaired children using the Checklist Pain Behavior ; is item reduction valid ? *Pain* 2006 ; 126 : 147-54.
- [14] Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C *et al.* The revised FLACC observational pain tool : improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatr Anesth* 2006 ; 16 : 258-65.
- [15] Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR. Validity of Parent Ratings as Proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *Pain Manag Nurs* 2005 ; 6 : 168-74.
- [16] Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR *et al.* A comparison of the clinical utility of pain assessment tools for Children with cognitive impairment. *Anesth Analg* 2008 ; 106 : 72-8.
- [17] Wood C. *Communication personnelle*. 2008.
- [18] Solodiuk J, Curley MAQ. Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments : The Individualized Numeric Rating Scale (INRS). *J Pediatr Nurs* 2003 ; 18 (4) : 295-9.
- [19] Robertson SH, Carter B, Temple B *et al.* Pilot evaluation of an urdu version of the paediatric pain profile. *Presented at the World Congress on Pain*, Glasgow, UK, August 2008, Poster PH 037.
- [20] Breau L, Grégoire MC, Lévêque C *et al.* Validation en Français de la Grille d'Évaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle. *Poster présenté au congrès de la SFETD*, Strasbourg, France, novembre 2008.
- [21] Johansson M, Jylli L, Brogren Carlberg E. Pain assessment in children with severe neurological impairments : a pilot study. *Dev Med Child Neurol* 2005 ; 47 : 31.
- [22] Kleinknecht M. Reliability and validity of the German language version of the NCCPC-R. *Pflege* 2007 ; 20 : 93-102.

ÉCHELLE DOULEUR ENFANT SAN SALVADOUR

ÉTIQUETTE

Date :.....

Remplie par :

.....

Avec :.....

INFORMATIONS DE BASE

ITEM 1 : L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances ?
..... Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?

.....
.....

ITEM 2 : Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ?
Si oui, lesquelles (sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement) ?

.....
.....

ITEM 3 : L'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?

.....
.....

ITEM 4 : Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?

.....
.....

ITEM 5 : S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?

.....
.....

ITEM 6 : S'intéresse-t-il à l'environnement ? Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?

.....
.....

ITEM 7 : Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ?
Si oui, dans quelles circonstances (donner des exemples)

.....
.....

ITEM 8 : Est-ce qu'il communique avec l'adulte ? Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?

.....
.....

ITEM 9 : A-t-il une motricité spontanée ? Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?

.....
.....

ITEM 10 : Quelle est sa position de confort habituelle ?
Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?

.....
.....

La cotation est établie de façon rétrospective sur 8 heures et selon le modèle suivant :

- a. 0 : Manifestations habituelles
- b. 1 : Modification douteuse
- c. 2 : Modification présente
- d. 3 : Modification importante
- 4 : Modification extrême En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un ITEM est dépourvu de signification pour le patient étudié, il est coté au niveau zéro.

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 recroquevillées <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, soupirs intermittents]</i>	Arc-bouté, figé, ou sursaute <i>[agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire profondément (ou va chercher loin sa respiration ?) ; respiration saccadée 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. Distrayable	Difficile à consoler ou à reconforter <i>[repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]</i>
Chacun des 5 items : (F)Visage, (L) Jambes, (A) Activité, (C) Cris, (C) Consolabilité, est coté de 0 à 2, ce qui donne un score total entre 0 et 10 : 0 = détendu et confortable, 1-3 = léger inconfort, 4-6 = douleur modérée, 7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur.			

Instructions

Patient éveillés : Observer pendant au moins 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découverts. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité et le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

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.

Visage

Cotez 0 si le patient a un visage détendu, un contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.

Cotez 1 si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée.

Cotez 2 si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et des sillons naso-labiaux accentués.

Jambes

Cotez 0 si le patient a une motricité et un tonus habituel au niveau des membres (jambes et bras).

Cotez 1 si le patient a un tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres.

Cotez 2 si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension des membres exagérés, des trémulations.

Activité

Cotez 0 si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.

Cotez 1 si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue.

Cotez 2 si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps.

Cris

Cotez 0 si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.

Cotez 1 si le patient gémit, crie, pleure ou soupire de temps en temps.

Cotez 2 si le patient gémit, crie ou pleure fréquemment ou continuellement.

Consolabilité

Cotez 0 si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.

Cotez 1 si le patient est réconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.

Cotez 2 si le patient a besoin d'être réconforté en permanence ou ne peut être consolé.

À chaque fois qu'il est possible, l'évaluation comportementale de la douleur doit être associée à une autoévaluation. Quand celle-ci est impossible, l'interprétation des manifestations comportementales de la douleur et la prise de décision thérapeutique nécessitent une analyse attentive du contexte dans lequel les manifestations de douleur ont été observées.

Chaque item est coté de 0 à 2 ce qui donne un score total entre 0 et 10 :

- 0 = détendu et confortable
- 1-3 = léger inconfort
- 4-6 = douleur modérée
- 7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur

© 2006, Université de Michigan, Système de Santé. Droits réservés.

Traduction par l'équipe de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU Robert Debré, Paris, France.

Contre-translation par le Dr Marie-Claude Grégoire, *IWK Health Center*, Dalhousie University, Halifax, Canada et par le Dr Peter Jones, CHU Robert Debré, Paris, France.

GED-DI

Dans les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence le participant a montré les comportements suivants.
Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT OU SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
-----------------	--------------------------	-----------------------------	------------------	------------------------

Expression verbale					
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie/hurle (fortement)	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex. : crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Comportement					
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Mimique					
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Activité globale					
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Corps et membres					
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
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	NA
Signes physiologiques					
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Items ajouté en dehors du contexte postopératoire (nécessite de connaître l'enfant)					
Mange moins, non intéressé par la nourriture	0	1	2	3	NA
Dort plus	0	1	2	3	NA
Dort moins	0	1	2	3	NA

INSTRUCTIONS POUR LA NOTATION

- 0 = Non observé pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que le participant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».
- 1 = Est vu ou entendu rarement (à peine), mais présent.
- 2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.
- 3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un témoin noterait facilement l'action.