

Difficultés de l'auto-évaluation de la douleur chez l'enfant

Présentation du mémoire de et par
Elise Boisgontier, psychologue clinicienne

Ce travail est une enquête, réalisée auprès d'infirmiers(ères) volontaires pour répondre à des questions sur les difficultés de l'auto-évaluation de la douleur chez l'enfant.

► METHODOLOGIE

17 infirmiers et infirmières de l'hôpital Trousseau (AP-HP) ont été interrogés sur leur pratique. 2 travaillaient en néphrologie, 4 en pneumologie, 3 en chirurgie orthopédique, 3 en hématologie, 3 en consultation maxillo-faciale et 2 en hospitalisation maxillo-faciale. Les entretiens étaient semi-directifs et concernaient les outils d'auto-évaluation utilisés, la préférence pour tel ou tel outil, l'âge à partir duquel l'infirmier les utilisait. Les questions suivantes ont été posées :

- est-ce que l'auto-évaluation peut refléter autre chose que la douleur physique ?
- l'outil employé est-il fiable ? Si oui, est-il toujours fiable ? Si non, pourquoi, et cela a-t-il conduit à son abandon ?
- si l'auto-évaluation n'est pas satisfaisante, faites-vous appel à une tierce personne ?

► RESULTATS

Les outils utilisés

L'EVA	17
L'ENS (échelle numérique simple).....	5
L'échelle des visages	6
L'observation	2
La « grille » (non précisée).....	5
L'EDIN.....	3
L'OPS.....	3
L'échelle de San Salvador	1

Il existe donc parfois une confusion entre les outils d'auto et hétéro-évaluation. En effet, la question de l'utilisation des outils portait sur l'auto-évaluation, mais les réponses évoquaient l'auto-évaluation comme l'hétéro-évaluation.

L'outil préféré

L'EVA arrive en tête avec 53 %. Néanmoins 21 % des infirmiers n'ont pas d'outil de prédilection, s'adaptant à chaque situation, 16 % n'utilisent aucun outil et 5 % se réfèrent au dialogue et à l'ENS.

L'âge à partir duquel un outil peut être utilisé

Seuls 13 infirmiers ont pu formuler une réponse. 1 l'utilise à partir de 3 ans, 4 à partir de 4 ans, 3 à partir de 5 ans, 4 à partir de 6 ans et 1 au delà de 7 ans.

Les quelques réponses obtenues ne sont évidemment pas représentatives de la pratique. Chacun adapte en réalité sa pratique à la personnalité de l'enfant, à sa maturité, à ses capacités d'expression. En cas de douleurs chroniques, les avis sont partagés puisque l'enfant peut répondre ou mieux ou moins bien...

Les infirmiers s'appuient sur d'autres éléments pour évaluer la douleur de l'enfant

En effet, seuls 2 utilisent l'auto-évaluation de façon isolée ; 3 observent sans employer aucun outil d'évaluation ; 12 utilisent un outil et s'appuient sur l'observation de l'enfant, son comportement et le dialogue.

L'outil est donc rarement employé seul : l'hétéro-évaluation vient souvent en complément. Il faut croire en l'enfant puis évaluer si son dit est vrai : l'infirmier privilégie la relation avec l'enfant dans son évaluation.

Les outils d'auto-évaluation sont-ils fiables ?

Les avis sont partagés puisque 8 les considèrent comme fiables, mais 9 pensent « oui et non ». Cependant personne ne pense qu'ils ne sont pas fiables.

L'outil a donc ses limites ; n'étant pas fiable à 100 %, il convient de le compléter avec une autre approche. En effet, s'il est fiable pour un même enfant lors d'évaluations successives, il ne l'est pas d'un enfant à l'autre. De plus, il existe certains cas où il n'est pas fiable, par exemple en salle de réveil, chez le petit enfant, en cas de problèmes psychologiques, neurologiques ou chez les adolescents qui veulent « leur Nubain® ».

Quelle autre approche utiliser en complément de l'auto-évaluation ?

Les infirmiers considèrent que la relation avec l'enfant est primordiale. Il convient donc de s'adapter à une situation individuelle et de travailler en équipe avec les collègues.

L'auto-évaluation, expression d'autres facteurs que la douleur

Selon les infirmiers, elle traduit des facteurs autres que la douleur physique, comme le mal-être (5), la peur (4), la demande de médicaments (4), l'angoisse (3), la saturation (« ras le bol ») (3), le manque de la mère (3), l'appel de l'infirmière (2), la gêne confondue avec la douleur (2), le refus du soin (1), la tristesse (1), l'ennui (1), le refus de médicaments (1). Il en ressort un problème de définition de la douleur par rapport à son évaluation dont ils pensent qu'elle n'est que physique.

Ici est donc posé le problème pour les soignants de distinguer la douleur physique de la douleur psychique. Quelle est la part de souffrance psychique dans la douleur physique ?

Attitude adoptée selon le résultat de l'auto-évaluation

Si un facteur autre que la douleur physique est identifié, il est souvent demandé à une tierce personne d'évaluer l'enfant avec le même outil.

Cette attitude présuppose que la douleur n'est pas quantifiée de la même façon par l'enfant selon la personne pour qui il évaluera sa douleur.

Les réactions des infirmières lors de l'évaluation de la douleur des soins

Cette enquête a fait ressortir un élément inattendu : l'infirmier a du mal à évaluer la douleur de l'enfant, car il est chargé d'une culpabilité importante et se vit comme un mauvais soignant, en particulier lors de l'évaluation des soins douloureux. 12 infirmiers sur 17 ont en effet abordé la pratique de ces soins, alors que cette question n'était pas posée dans l'enquête. Les soignants ont beaucoup de mal à évaluer la douleur des soins, en raison d'une culpabilisation importante. Il est en effet bien difficile d'aller demander à l'enfant si on lui a fait mal...

CONCLUSION

D'après ces 17 infirmiers, l'enfant peut exprimer autre chose que de la douleur physique avec un outil d'auto-évaluation. L'outil utilisé varie et s'adapte à chaque cas. Néanmoins, il semble préférable aux infirmiers de se baser sur les échanges avec l'enfant, et d'ainsi pratiquer une double approche de l'évaluation de la douleur de l'enfant. L'interaction soignant-soigné est donc essentielle et dépasse l'opposition entre deux méthodes d'évaluation, auto et hétéro-évaluation.

L'évaluation de la douleur est associée par ces soignants à la pratique d'actes douloureux et à la culpabilité. Face à la violence de la douleur de l'enfant, la prise en charge de la douleur a le double avantage de soulager l'enfant et de libérer le soignant de sa culpabilité.

Si les évaluations entre le soignant et l'enfant diffèrent, le travail en équipe permet un recul nécessaire, dilue la responsabilité et la culpabilité des soignants, notamment lors de l'évaluation par une personne neutre. Il permet aussi de s'opposer à l'identité de mauvais soignant en cas de difficultés.

Enfin l'auto-évaluation permet de replacer l'enfant dans une position active, et aux soignants d'aller à sa rencontre, point de départ d'un véritable échange. L'enfant devient alors partenaire de sa prise en charge si la prescription antalgique suit.

DEBAT

Le rôle des parents

Parfois les parents constituent, selon les soignants, un biais dans un sens ou dans l'autre dans le comportement de l'enfant face à la douleur. Pour deux infirmiers, en consultation c'est un apport précieux de par leur connaissance de l'enfant. Chantal Wood* précise que l'hétéro-évaluation pratiquée par les parents est meilleure que celle de l'infirmier qui elle-même est meilleure que celle du médecin. La réponse des pères serait plus proche et aussi plus neutre que celle des mères, selon une étude. Par ailleurs, en cas de douleur chronique l'enfant cache souvent sa douleur.

La note inscrite dans le dossier de soins

La note (EVA ou ENS) est en principe celle de l'enfant, complétée par celle de l'infirmière ou son appréciation. Le traitement antalgique prévu à partir d'un chiffre (exemple : si >4) est mis en place, mais, en cas de discordance entre le chiffre de l'enfant et celui de l'infirmière ou en l'absence de protocole précis, les attitudes varient. On ne sait pas toujours si la note inscrite est celle donnée par l'enfant ou par l'infirmier. Il est important de le préciser.

Traitement antalgique et évolution de l'EVA

L'EVA suit l'évolution de la douleur de l'enfant. Pour l'infirmière, si l'EVA ne diminue pas après administration d'antalgique, il existe un autre facteur que la douleur dans l'évaluation.

Et l'effet placebo ?

Si l'EVA passe de 7 à 2 après administration de placebo, comment interpréter cet effet ? Il existe toujours un effet placebo quel que soit le médicament (entre 30 et 50 % d'effet), mais il est faux de croire que si la douleur diminue après administration de placebo, c'est qu'elle est d'origine psychogène. L'organisme sécrète ses endomorphines, ce qui est d'ailleurs prouvé par le fait que le Narcan® annule l'effet placebo. Il ne faut pas administrer de placebo, car cela constitue une perte de crédit accordé à la parole de l'enfant.

Le temps passé lors de l'évaluation influe-t-il sur la validité de celle-ci ?

Oui, car cela reflète l'intérêt du soignant envers l'enfant et permet de bien lui présenter l'outil, de créer avec lui une relation plus large que l'évaluation « mécanique » de sa douleur.

L'EVA varie en fonction des personnes, de la durée, des parents

Ainsi on connaît le problème de la sous-cotation chez les enfants drépanocytaires. Par ailleurs certaines catégories de soignants se sentent peu concernées par l'auto-évaluation, comme les aides soignantes, les auxiliaires de puériculture, car ils ont développé des moyens personnels d'hétéro-évaluation.

Temps d'adaptation pour l'enfant dans l'utilisation de l'EVA

Chaque enfant réagit et comprend différemment selon son état, son âge, etc... Ainsi, les enfants hospitalisés comprendraient plus vite qu'en consultation. L'EVA est fiable au bout de deux ou trois essais, soit en 1 à 3 jours.

Quelles sont les échelles préférées des enfants ?

L'EVA est peu appréciée des enfants, qui lui préfèrent souvent l'échelle des visages.

À noter que l'échelle des jetons, recommandée par l'ANAES, est distribuée par Théraplix®, selon le modèle d'origine. Cette échelle semble intéressante chez le jeune enfant, à partir de 3-4 ans. Chantal Wood souligne l'orientation des recherches actuelles qui est d'utiliser un outil qui plaît à l'enfant et non au soignant. Par ailleurs, elle rappelle que chez les enfants de 3 à 6 ans, la compréhension n'est pas la même, et que l'enfant choisit les extrêmes, quel que soit l'outil proposé.

À lire

***Prise en charge de la douleur chez l'enfant : une approche multidisciplinaire.** A. Twycross, A. Moriarty, T. Betts. Traduction coordonnée par Chantal Wood. Abrégé Masson. Parution novembre 2002 (28 euros). Ouvrage présenté par Chantal Wood. Ecrit par une infirmière, il aborde de manière très intéressante la psychologie de la douleur selon le stade cognitif, l'évaluation, la douleur aiguë, chronique, les traitements, la place du psychologue.