La douleur chez les enfants et les adolescents

Autor(en): **Wiedenmann, Michael**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **43 (2007)**

Heft 4

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-929686

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

La douleur chez les enfants et les adolescents

Michael Wiedenmann, physiothérapeute pour enfants et adolescents, Hôpital des enfants, Zürich

Chez les enfants, le rire est souvent proche des larmes. Il est cependant faux d'affirmer que les enfants ne souffrent pas parce qu'ils viennent de jouer sans se plaindre. L'hôpital pour enfants de Zürich a développé son propre concept interdisciplinaire de la douleur chez les enfants.
L'instrument de mesure de la douleur le plus fréquent est l'échelle visuelle analogique (EVA) constituée de visages (smileys) et une échelle de couleurs. La collaboration avec les parents est d'une importance fondamentale.

Il y a encore 25 ans, on croyait que les nouveau-nés et les nourrissons ne ressentaient aucune douleur. Aujourd'hui, il est communément admis que cela ne correspond pas à la réalité. Ce n'est qu'en 1989 qu'une étude[1] reconnue a prouvé que les enfants bénéficiant d'un bon traitement anti-douleur pendant et après les opérations souffraient de moins de complications et que la mortalité était inférieure. Au cours des années passées, la pédiatrie a acquis des connaissances essentielles en ce qui concerne les sensations et le rapport à la douleur.
Pour mieux comprendre le phénomène de la douleur, il faut expliciter les divers aspects de l'une des définitions de la douleur en vigueur aujourd'hui.

La douleur est une expérience désagréable des sens ou des émotions, liée soit à une lésion réelle, soit à une lésion potentielle du corps, ou décrite comme une lésion de ce type[2].

La douleur est donc subjective, c'est une impression. Dans l'absolu, il est impossible de la mesurer. Mais la douleur est un indicateur important dans la médecine de tous les jours. Un des principaux objectifs de la thérapie est d'agir sur elle. Il est déjà difficile d'objectiver la sensation de douleur chez l'adulte. Si l'on essaie de se représenter ce que cette formulation signifie pour un enfant, il est évident que des différences importantes apparaissent par rapport à l'adulte.

La douleur en tant qu'expérience sensorielle en cas de lésion réelle du corps

D'après mon expérience personnelle, je suis convaincu que le vécu des sensations est plus intense chez les enfants. Je me souviens d'une fois, j'avais onze ans, où je me trouvais dans la forêt avec un ami. En manipulant son couteau de poche, il se blessa au pouce. Cet événement déclencha chez lui une telle peur qu'il paniqua et courut tout le chemin, jusqu'à la maison. Lorsque moi-même, encore tout retourné, j'arrivai plus tard chez mon ami, sa blessure était déjà soignée; sa mère avait de toute évidence rapidement réussi à le calmer. Si mon ami se blessait pareillement aujourd'hui, à plus de 30 ans, ce ne serait pas un événement comparable, ni pour lui ni pour moi. Je pense que chacun peut trouver de telles histoires dans sa propre enfance.

La douleur en tant qu'expérience sensorielle en cas de lésion potentielle du corps

L'imagination vive des enfants, qui étonne souvent les adultes, qui peut nous dérouter ou tout simplement nous demander trop d'efforts, est un facteur important dans ce contexte. Que signifie *une lésion potentielle* pour un enfant? Un enfant a d'autres craintes, d'autres peurs et représentations qu'un adulte. Nous ne savons pas comment il transforme inconsciemment ce qu'il a vécu ou entendu. Nous ne pouvons pas nous représenter les craintes avec lesquelles vit un enfant. Souvent, des actes sans importance à nos yeux d'adultes représentent une grande menace pour un enfant. Je pense par exemple aux manipulations quotidiennes effectuées à l'hôpital pour poser une perfusion ou pour mesurer la fièvre avec les instruments de mesure modernes qui servent à déterminer la température du corps dans d'oreille.

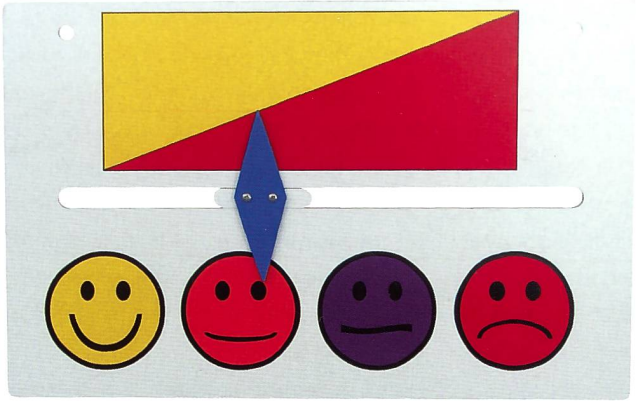
Expression de la douleur

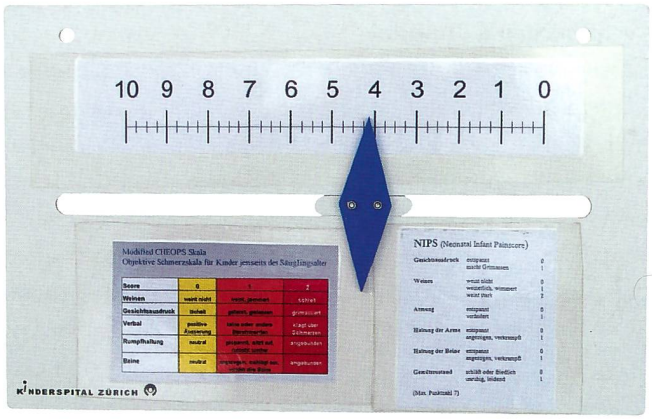
Si je prends la définition de la douleur au sérieux, je dois prendre considérer que celui qui exprime une douleur avec des mimiques, une gestuelle ou un certain choix de mots ressent cette douleur. Pour des adultes, décrire une douleur selon des critères subjectifs (intensité, qualité, localisation) représente déjà un défi. Quelle tâche difficile imposons-nous alors aux enfants lors de l'anamnèse de la douleur, si l'on pense que, jusqu'à l'âge scolaire, beaucoup d'enfants ont des difficultés pour décrire leur chambre! Le stress créé par un environnement inconnu et des personnes étrangères rendent la situation encore plus difficile.

Le concept de douleur à l'Hôpital des enfants de Zürich

A l'Hôpital des enfants de Zürich, en 1997, un groupe de travail a été chargé d'élaborer et d'introduire un **concept de la douleur.** La physiothérapie était aussi représentée dans ce groupe interdisciplinaire de spécialistes de la douleur. Le concept de la douleur de la Clinique pé-

1 Schechter Neil L., MD: The undertreatment of pain in children. Pediatric Clinics of North America, Vol. 36, No. 4, August 1989
2 International association for the study of pain, subcommittee on Taxonomy: Pain terms, Pain 6: 249–252, 1979





Echelle visuelle analogique (EVA) smileys et indice de la douleur échelle 0–10 (recto et verso).

Neonatal Infant Pain Score (NIPS)		
Expression du visage	détendu fait des grimaces	0 1
Pleurs	ne pleure pas larmoyant, geint pleure fort	0 1 2
Respiration	détendue modifiée	0 1
Position des bras	détendue bras tendus, crispés	0 1
Position des jambes	détendue jambes tendues, crispées	0 1
Etat apparent	dort ou est tranquille inquiet, en souffrance	0 1

diatrique de l'Hôpital de l'Ile de Berne a servi de base à ce travail. L'objectif était d'avoir un standard dans le rapport qu'ont les enfants à la douleur et à la peur afin d'entreprendre un traitement de la douleur rapide et efficace.

En 2001, le concept de la douleur a été introduit en même temps dans toutes les cliniques de l'hôpital à l'occasion d'une journée d'action spéciale d'action («Pain Day»). En 2003, le concept de la douleur a été évalué pour la première fois, complété et adapté.

Les instruments du concept de la douleur

Plusieurs **instruments de mesure de la douleur** ont été introduits. Ils sont validés et adaptés à leur domaine d'utilisation en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant. L'instrument que nous utilisons le plus souvent à l'Hôpital des enfants est l'échelle visuelle analogique (EVA) constituée de visages (smileys) et une échelle des couleurs.

Il est très important de savoir que les enfants se laissent facilement distraire malgré les douleurs. C'est ainsi que le rire est souvent proche des larmes. Mais il serait faux de dire qu'un enfant ne peut éprouver de fortes douleurs parce qu'il vient de jouer sans se plaindre. Les enfants nous entendent souvent leur dire: «cela ne fait pas mal!». Comment peut-on croire que la douleur d'un enfant va s'estomper de cette façon?

Chez les nouveau-nés, le Neonatal Infant Pain Score (NIPS) est un instrument courant. Il est utilisé régulièrement, même dans le service des soins intensifs. Le

maniement de ces deux instruments doit s'apprendre. Le NIPS, en particulier, exige une observation minutieuse de l'enfant ainsi qu'une connaissance précise du comportement et des mouvements du nouveau-né.

Le processus qui doit s'effectuer chez chaque patient au sujet de la douleur est décrit très concrètement dans **l'algorithme de la douleur.** Que faire, lorsque l'indice de la douleur (EVA) se situe en-dessous de 1, que faire s'il est entre 1 et 3, ou lorsqu'il dépasse 3? Dans quelle situation et quand une nouvelle mesure de l'indice de la douleur est-elle nécessaire? L'évaluation de l'état actuel de la douleur d'un enfant s'effectue si possible en présence de ses parents et l'intervention elle-même sera planifiée avec eux. De plus, on documente le ressenti personnel de la douleur par écrit, de manière à rendre la procédure de traitement choisie compréhensible.

Les **standing orders** sont des prescriptions générales en vigueur dans le service, des guidelines pour le personnel soignant. Ils donnent plus de compétence d'action au personnel soignant dans certains domaines bien définis pour distribuer les médicaments anti-douleur de leur propre chef. Ils sont pensés comme des mesures de secours en attendant la prochaine visite, ou jusqu'à ce que le médecin établisse une prescription définitive d'anti-douleurs.

Un **classeur de la douleur,** accessible dans chaque service, rassemble les standing orders, l'algorithme de la douleur, les instruments de compréhension de la douleur, les mesures d'intervention (médicamenteuses, psychologiques, physiques) et de nombreuses autres informations.

La commission des questions relatives à la douleur travaille dans le sens d'un groupe-pilote. Elle est responsable de la mise en pratique du concept de la douleur à l'Hôpital des enfants, assure le développement et le suivi de mandats, organise régulièrement des séances de recyclage et actualise les écrits et directives[3]. La clinique de pédiatrie et la clinique de chirurgie disposent chacune d'un groupe interdisciplinaire spécialisé dans la douleur. Les membres de ces groupes élaborent la mise en pratique concrète du concept de la douleur dans leur domaine et proposent des formations, pour le nouveau personnel par exemple. La commission pour les questions relatives à la douleur propose un service de conseil qui peut être consulté à tout moment si les parents ou l'équipe soignante ne peuvent pas gérer une situation de façon satisfaisante.

Le quotidien à l'hôpital

Une fillette âgée de 10 ans souffre d'une fracture plurifragmentaire du col du fémur gauche, suite à un accident de la circulation. Cette lésion est réduite à l'hôpital par fixateur externe. Lors de l'intervention chirurgicale, le médecin établit une prescription: mobilisation selon douleurs – mobilité libre – charge partielle de 15 kg.

Le lendemain l'opération, je me rends auprès de la patiente et m'informe d'abord auprès de l'infirmière référente. Celle-ci décrit la fillette comme extrêmement anxieuse. La laver aurait été difficile. Elle me souhaite bonne chance pour la mobiliser au bord du lit. Dès le moment où j'entre dans la chambre, deux paires d'yeux inquiets me fixent. L'une appartient à Lisa, l'autre à sa mère. Je m'informe, réponds aux questions et déclare que mon objectif est d'aider Lisa à recouvrer sa mobilité. Un premier pas dans cette direction serait de s'asseoir au bord du lit; c'est elle qui déterminera le rythme, quand nous devrons faire une pause et quand cela sera suffisant. Après 45 minutes, je quitte la chambre. Nous avons réussi, j'ai pu toucher la jambe sans qu'elle sente de fortes douleurs. Le changement de position de la jambe a été toutefois limité par les douleurs. Elle a pu remuer activement les orteils. Elle ne voulait pas regarder le fixateur externe.

Deux jours après l'opération, Lisa effectue des mouvements actifs de l'articulation du pied gauche avec moi. Elle accepte la mobilisation passive du genou gauche (environ 10° de flexion à 20° de flexion) et n'éprouve aucune douleur. Le médecin demande si, à mes yeux, la sortie est possible dès cette semaine. Je ne pourrais pas me l'imaginer, dis-je prudemment. Naturellement j'ai déjà connu des enfants de cet âge qui rentrent à la maison après une semaine avec un fixateur externe. Mais il me semble que Lisa aura besoin de plus de temps.

Après 3 semaines, Lisa peut marcher avec assurance avec deux cannes; elle peut même monter les escaliers si on l'accompagne. Maintenant Lisa et ses parents sont prêts à envisager de «franchir le pas vers la maison».

Pourquoi Lisa a-t-elle eu besoin de plus de temps que les autres enfants? Est-elle simplement une «patiente difficile»? Sous-estimons-nous parfois le fait que, lors d'une chute, il y a plus qu'un os cassé, plus que ce qui est visible sur la radio? Est-ce que la compréhension et la patience manquaient pour démonter les peurs et reconstruire la confiance? Est-ce que cela a duré plus longtemps parce que les parents n'étaient pas d'accord sur la manière d'aider leur fille?

La douleur est une expérience désagréable des sens et des émotions

Qui s'étonnera qu'on ne puisse pas généraliser ni planifier la compréhension de cette sensation? C'est pourquoi il faut travailler la relation individuelle au patient, mais aussi élaborer et utiliser un concept clair de la douleur. Selon notre concept, Lisa avait besoin d'un traitement de la

3 Reglement der Kommission für Schmerzfragen, Kinderspital Zürich, Universitäts-Kinderkliniken, November 2004

douleur qui devait être sans cesse adapté, de même qu'elle attendait un soutien psychologique complémentaire. Les parents et toute l'équipe soignante devaient accepter que la mise en place de la confiance et de l'assurance en ses propres forces demande du temps à un enfant. Mais, soyons sincères, malgré toute notre compréhension, notre aide professionnelle et les médicaments, nous ne pouvons pas épargner les expériences désagréables et douloureuses aux enfants. Lisa a donc grandement contribué à sa guérison. Elle a surmonté ses peurs et appris à supporter la douleur. Son désir de pouvoir marcher de nouveau était assez fort pour affronter ces situations difficiles. Si je devais dire quelles réflexions m'ont aidé au cours de ce processus pour que Lisa relève finalement le défi, je pense qu'il s'agit des points suivants:

» Il faut du temps pour gagner la confiance d'un enfant. Si on l'oblige à faire trop de choses pour lesquelles il n'est pas prêt, on met sa disposition à coopérer en jeu et, à long terme, on n'a pas gagné de temps.

» Les informations concernant les mesures thérapeutiques doivent être ciblées et adaptées à l'âge du patient, afin d'atteindre le degré maximum de sécurité.

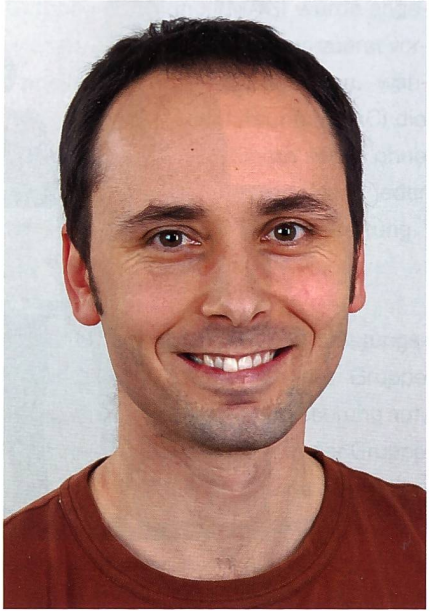
» Les enfants ont besoin de pouvoir poser leurs limites. Il faut respecter celles qu'ils nous montrent.

» Les enfants doivent avoir la possibilité de déterminer eux-mêmes quand une limite est atteinte ou quand ils ont besoin d'une pause. On sous-estime souvent les capacités des enfants à ce sujet.

En conclusion

A la différence des adultes, les enfants décident moins souvent pour eux-mêmes. Ils n'ont pas la possibilité de choisir eux-mêmes une équipe soignante ou d'en changer. Cela signifie donc qu'ils sont livrés aux décisions et aux agissements des adultes. A mon avis, les enfants sont fondamentalement plus compétents dans leur rapport à la maladie et la douleur que nous ne le croyons. Les adultes ne devraient pas non plus faire cette erreur d'interprétation selon laquelle les enfants qui se laissent distraire ne ressentent pas de douleur. La perception plus intense des enfants peut même augmenter fortement l'expérience de la douleur. La force des enfants est leur grande motivation à l'indépendance. Il faut s'en servir lors du traitement. Les enfants sont infatigables lorsqu'ils veulent atteindre un but. Comment, sinon, pourraient-ils subir un tel développement de leur motricité au cours de leur première année? Ils acquièrent plus de confiance grâce aux expériences positives et leur courage d'essayer de nouvelles choses en est renforcé.

Je suis bien conscient que cette contribution au thème de la douleur chez les enfants n'est pas exhaustive et ne clôt pas le débat. Nous sommes encore loin de comprendre le phénomène de la douleur et nous avons besoin de beaucoup plus de connaissances scientifiques, précisément en ce qui concerne le travail sur la douleur chez les enfants. Nous devons être conscients qu'il s'agit toujours d'un individu qui doit supporter la douleur. Finalement, nous sommes mis en face de la douleur en tant que thérapeutes, avec nos acquis, imprégnés de sensations et d'expériences personnelles. En bref, la relation avec les enfants en souffrance requiert du professionnalisme, de l'autocritique et du respect. Cela n'est pas nouveau, mais c'est chaque fois un nouveau défi.



Michael Wiedenmann

Au sujet de l'auteur

Michael Wiedenmann, 38 ans, est physiothérapeute à l'Hôpital des enfants à Zürich. Après sa formation de physiothérapeute, il a travaillé dans un service de neuroréhabilitation et dans un service d'urgences auprès de patients adultes. Il est marié et père de deux enfants.

Visitez www.fisio.org