



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Évaluation de la douleur par les enfants, les parents, les soignants et les médecins lors des ponctions lombaires et myélogrammes : concordances ou discordances ?

Procedural pain (bone marrow aspiration and lumbar ponction): Comparaison between ratings of children, parents, nurses and physicians

Pascale Blouin*, Marion Yvert, Sylvie Scaon, Anne Jourdain, Odile Lejars, Philippe Colombat

Service d'oncologie pédiatrique, CHU de Clocheville, boulevard Béranger, 37044 Tours cedex 9, France

MOTS CLÉS

Geste douloureux ;
Parents ;
Enfant ;
Soignant ;
FLACC ;
EVA

Résumé Notre objectif était de comparer l'évaluation de la douleur par les enfants, les soignants et les médecins lors de gestes douloureux (myélogrammes ou ponctions lombaires) dans un service d'hémo-oncologie pédiatrique. Durant neuf mois en 2009, tous les enfants ayant un myélogramme ou une ponction lombaire ont eu une évaluation de la douleur par auto- (EVA, enfant de plus de 5 ans) ou hétéro- (FLACC, si moins de 5 ans) évaluation. Les parents, soignants et médecins ont évalué la douleur par EVA. Au total, 210 gestes (159 ponctions lombaires [PL], 51 myélogrammes) ont été évalués chez 51 patients. Nous avons noté que les parents sous-estiment la douleur de leur enfant évaluée par FLACC (hétéro-évaluation) et estiment bien la douleur évaluée par EVA (auto-évaluation). Les soignants (paramédicaux ou médecins) sous-estiment la douleur des enfants. Plus les EVA sont élevées, plus on note une sous-estimation de la douleur. On retrouve des résultats hétérogènes dans la littérature : certaines études montrent une concordance d'évaluation enfant–parent ou enfant–soignant, d'autres non. Il est difficile de comparer les études du fait des différences d'échelles utilisées et des différentes étiologies de la douleur. Nous pouvons conclure que seule l'auto- ou l'hétéro-évaluation de la douleur

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : p.blouin@chu-tours.fr (P. Blouin).

avec une échelle validée des enfants est fiable et qu'une évaluation n'utilisant pas une échelle d'hétéro-évaluation par un tiers ne donne qu'une estimation plus ou moins représentative du ressenti de l'enfant, d'autant moins représentative que l'enfant a plus mal, ce qui peut être important pour la prise en charge de la douleur ultérieure.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Procedural pain;
Parents;
Child;
Nurse;
Physicians;
FLACC;
Analogic visual scale

Summary In this study, we aimed to compare how children, caregivers and physicians assessed the pain caused by painful procedures (i.e. bone marrow aspiration [BMA] or lumbar puncture [LP]) in our paediatric oncology and haematology unit. Over a period of nine months, in 2009, every child who underwent a LP or a BMA self-reported their pain (Visual Analogue Scale [VAS] if they were older than five years) or had a hetero-assessment of their pain if they were younger than five year (Face-legs-arms-cry-consolability [FLACC]). Parents, caregivers and physicians rated the pain with VAS. Two hundred and ten procedures (159 LP and 51 BMA) were carried out and assessed in 51 patients. We noticed that parents under-estimated the pain when using the FLACC scale and had a good assessment of it with the VAS. Caregivers and physicians under-estimated the pain of their patient and moreover, under-estimated it more when the VAS was higher. We found mixed results in the literature: some papers did show a certain consistency in the assessment of pain by children vs parents or children vs caregivers, others did not. It is difficult to compare the studies because of the different scales used and of the different causes of pain. We can conclude that only self-assessment by the child himself or hetero-assessment according to the child's behaviour is reliable and that assessment by an adult (parent, caregiver or physician) only gives a partial idea of the child's feeling, even less representative when the pain is higher, which brings a real challenge for the management of pain.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les enfants suivis en hématologie pédiatrique ont des ponctions lombaires (PL) et des myélogrammes très fréquents (18 PL en trois ans pour les leucémies lymphoblastiques par exemple). Ces gestes restent parmi les plus douloureux [1], malgré une sédation ou analgésie conforme aux recommandations actuelles : standards, options et recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions sanguines, lombaires et osseuses chez l'enfant atteint de cancer [2] détaillées dans le chapitre « méthodes ».

L'évaluation de la douleur lors de ces actes peut être faite par l'enfant lui-même, un de ses parents, un soignant ou le médecin qui pratique le geste. Cette évaluation n'était pas codifiée dans le service, le ressenti de la douleur était évalué sans échelle par un des soignants médical ou paramédical. Nous avons l'impression, avec plusieurs membres de l'équipe, que la sensation de douleur était différente selon les intervenants. Ce travail avait pour objectif de déterminer s'il existe ou non une différence d'appréciation de la douleur de l'enfant, lors des ponctions lombaires et myélogrammes, selon la personne qui effectue l'évaluation : enfant, parent, soignant, médecin afin de déterminer une conduite ultérieure de prise en charge de la douleur lors des gestes dans le service. Cela afin de mettre en place une stratégie fiable d'évaluation de la douleur lors des gestes dans le service.

Patients et méthodes

Pendant neuf mois, du 20 février au 30 novembre 2009, pour tous les enfants (de 0 à 20 ans le jour du geste) pris en charge

dans le service ayant un myélogramme ou une ponction lombaire, une fiche d'évaluation de la douleur a été remplie par l'enfant (s'il avait plus de cinq ans), son parent s'il était présent lors du geste, un soignant et le médecin qui a pratiqué le geste. Il s'agissait pour certains enfants du premier geste dans le service, mais pour la majorité d'autres gestes avaient déjà été faits avant la période d'étude. Seuls les enfants ayant le geste au bloc opératoire lors d'une anesthésie générale ont été exclus. La présence des parents n'est pas systématique, il leur est proposé de rester mais tous ne le souhaitent pas.

Les parents, les soignants et les médecins ont évalué la douleur de l'enfant lors du geste sur une échelle visuelle analogique (EVA) verticale adaptée à l'enfant, dans l'heure qui suivait la réalisation du geste.

Les enfants ont évalué leur douleur par EVA après l'âge de cinq à six ans. Pour les enfants plus jeunes une hétéro-évaluation avec l'échelle Face legs activity cry consolability (FLACC) a été faite par le soignant qui tenait l'enfant, ce n'était pas le même soignant qui remplissait l'évaluation par EVA.

La prise en charge de la douleur était celle habituellement réalisée dans le service et suivant les recommandations actuelles [2].

À savoir

Ponction lombaire chez l'enfant d'âge supérieur à huit semaines : mélange de lidocaïne/prilocaine + MEOPA (mélange équimolaire de protoxyde d'azote) ; ou mélange de lidocaïne/prilocaine ± benzodiazépine (ex : midazolam) par voie intraveineuse ou voie rectale.

Myélogramme chez l'enfant d'âge supérieur à huit semaines : mélange de lidocaïne/prilocaine + MEOPA ± xylocaïne ± opioïde fort (par exemple, morphine orale à 0,4-0,5 mg/kg 45 minutes avant le geste, ou nalbuphine intraveineuse à 0,2 mg/kg, ou nalbuphine intrarectale à 0,3-0,4 mg/kg); en cas d'échec antérieur du MEOPA ou de refus du masque : benzodiazépine (par exemple midazolam) par voie intraveineuse ou par voie rectale.

L'objectif de ce travail était de définir le degré de concordance ou de discordance entre l'évaluation de la douleur ressentie par l'enfant, et l'évaluation par EVA des parents des soignants.

Les tests statistiques utilisés ont été :

- test de Student sur séries appariées : calcul et analyse de la différence (D) entre le chiffre de l'EVA de l'enfant (EVAe) et de l'EVA parent (EVAp) soit $EVAe - EVAp = \text{Des}$ ainsi que pour les évaluations enfant-soignant ($EVAe - EVAs = \text{Des}$), enfant-médecin ($EVAe - EVAm = \text{Des}$). Lorsque l'évaluation de la douleur a été faite par FLACC, nous avons choisi de garder cette méthode tout en sachant que nous comparions deux échelles différentes pour deux raisons : la FLACC est, comme l'EVA, une échelle cotée de 0 à 10, le seuil de prescription est de 3/10 comme pour l'EVA ;
- test de Student classique pour comparer les variations en fonction de certains paramètres : lieu de réalisation du geste (hôpital de jour ou hospitalisation continue), type de geste (myélogramme ou ponction lombaire), geste réalisé par un médecin junior ou senior ;
- graphique de Bland Altman afin d'évaluer la dispersion des différences (D).

Résultats

Population

Durant la période d'étude, 266 gestes (201 PL et 65 myélogrammes) ont été réalisés dans le service.

Nous avons recueilli les données pour 210 gestes (78,9 % des gestes réalisés durant la période) correspondant à 51 patients : 159 PL (40 patients ; 79 % des PL réalisées) et 51 myélogrammes (26 patients ; 78 % des myélogrammes réalisés). Dix-neuf enfants (37,2 %) ont eu les deux gestes.

Les 56 gestes (21 %) qui n'ont pas été évalués correspondent à des fiches que l'équipe a oublié de remplir, l'évaluation de la douleur n'a pas été faite de façon objective pour ces patients. Les oublis ont été plus fréquents en début de la période d'étude.

L'âge médian des enfants lors des différents gestes était de six ans (de 1,5 à 19,5 ans).

Le sex-ratio était de 1,42 (30 garçons et 21 filles).

Pour 152 gestes, les enfants ont évalué leur douleur par EVA et pour 58 la douleur a été évaluée par FLACC.

Tableau 1 Moyenne et médiane d'évaluation de la douleur lors des PL et myélogrammes.

	PL		Myélo	
	Nombre	Médiane	Nombre	Médiane
Âge	159	5,75	51	7
EVA enfant	114	1,5	38	2
FLACC enfant	45	2	13	2
EVA parent		0,5		1,5
EVA soignant		1		2
EVA médecin		1		1,8

EVA : échelle visuelle analogique ; FLACC : Face legs activity cry consolability.

Conditions des gestes

Cent quarante-cinq gestes ont été réalisés en hôpital de jour (117 PL, 28 myélogrammes) et 65 en hospitalisation continue (42 PL, 23 myélogrammes).

Les parents étaient présents pour 97 gestes (78 PL, 19 myélogrammes).

Douleur de ces gestes

Le **Tableau 1** montre les médianes et moyennes des évaluations de la douleur à l'aide des deux échelles pour les 159 PL et les 65 myélogrammes.

Gestes pour lesquels la douleur a été évaluée par FLACC

Population

Pour 58 gestes, 15 enfants ont été évalués par FLACC. Leur âge moyen était de 3,1 ans (médiane trois ans, de 1,5 à cinq ans). Il s'agissait de 45 PL (77,6 %) et de 13 myélogrammes (22,4 %). Un parent était présent pour 26 gestes (44,8 %).

Comparaison enfant-parent

Pour le couple enfant-parent, 26 gestes étaient évaluables. La moyenne d'évaluation de la douleur est de 2,3/10 pour les enfants et de 1,67/10 pour les parents. La différence est significative ($p=0,034$) avec une sous-estimation de la douleur par les parents par rapport à l'évaluation de l'enfant (différence positive).

Comparaison enfant-soignant

Pour le couple enfant-soignant, 58 gestes étaient évaluables. La moyenne d'évaluation de la douleur est de 2,4/10 pour les enfants et de 1,9/10 pour les soignants. La différence n'est pas significative ($p=0,15$).

Comparaison enfant-médecin

Pour le couple enfant-médecin, 55 gestes étaient évaluables. La moyenne d'évaluation de la douleur est de 2,3/10 pour les enfants et de 1,8/10 pour les médecins. Les

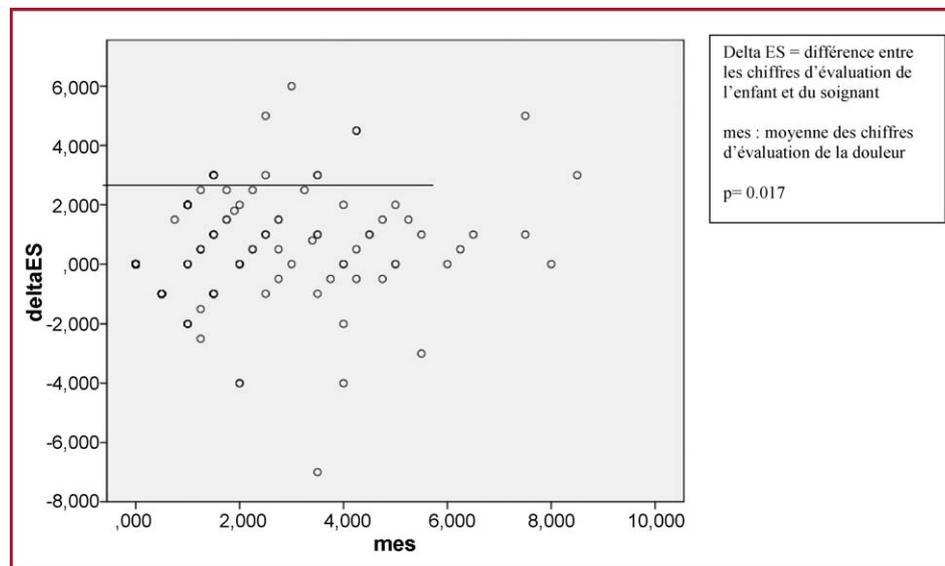


Figure 1. Graphique de Bland-Altman enfant–soignant.

médecins sous-estiment significativement ($p=0,06$), la douleur ressentie par l'enfant lors des gestes, par rapport à la douleur évaluée par l'enfant.

Différence selon le type de geste : myélogramme ou PL

Le type de geste, myélogramme ou PL, n'influe pas sur la concordance des différents couples ($p > 0,05$).

Gestes pour lesquels la douleur a été évaluée par EVA

Population

Pour 152 gestes, 36 enfants ont évalué leur douleur par EVA. Leur âge moyen était de 8,9 ans, (médiane huit ans, de quatre à 19,5 ans). Il s'agissait de 114 PL (75 %) et de 38 myélogrammes (25 %).

Un parent était présent lors de 71 gestes (46,7 %).

Comparaison enfant–parent

Pour le couple enfant–parent, 71 gestes étaient évaluables. La moyenne d'évaluation de la douleur est de 2,3/10 pour les enfants et de 1,7/10 pour les parents. La différence n'est pas significative ($p=0,79$).

Comparaison enfant–soignant

Pour le couple enfant–soignant, 146 gestes étaient évaluables (Fig. 1). La moyenne d'évaluation de la douleur est de 2,1/10 pour les enfants et de 1,7/10 pour les soignants. Les soignants sous-estiment significativement ($p=0,017$) la douleur des enfants. On note sur le graphe de Bland-Altman une augmentation progressive de la discordance avec l'augmentation de l'intensité de la douleur.

Comparaison enfant–médecin

Pour le couple enfant–médecin, 147 gestes sont évaluables (Fig. 2). La moyenne d'évaluation de la douleur est de

2,1/10 pour les enfants et de 1,7/10 pour les soignants. La différence est très significative ($p=0,004$), les médecins sous-évaluent la douleur par rapport aux enfants. On remarque sur le graphe de Bland-Altman une augmentation progressive de la discordance avec l'augmentation de l'intensité douloureuse.

Comparaison de l'évaluation selon le type de geste

Myélogramme ou PL : on ne note pas d'influence du type de geste (myélogramme ou PL) sur la concordance des différents couples ($p > 0,05$).

Discussion

Exhaustivité

Seuls 80 % des gestes réalisés dans le service ont été étudiés. Nous n'avons pas mis en évidence de biais de recrutement lié à ces oublis (même pourcentage de PL et de myélogrammes, dans les dossiers des gestes manquants, il n'est pas signalé qu'il s'agissait de gestes particulièrement douloureux).

Comparaison des dyades parent–enfant, enfant–soignant, enfant–médecin

Dyade enfant–parent

Nos résultats lors de l'évaluation par FLACC montrent une sous-évaluation significative de la douleur par les parents, malgré le petit effectif de dyades parent–enfant alors qu'elle n'est pas significative lors de l'évaluation par EVA (malgré un nombre de dyades plus élevé) (Tableau 2).

Dans la littérature, les résultats sont hétérogènes : certaines études montrent une corrélation et d'autres une discordance (sous- ou sur-estimation selon les études) (Tableau 2). La majorité des études montrent une bonne corrélation de l'estimation de la douleur entre les parents et les enfants (Rajasagaram [9], Bennett [5], Miller [6], Schneider [7], Stein [8]).

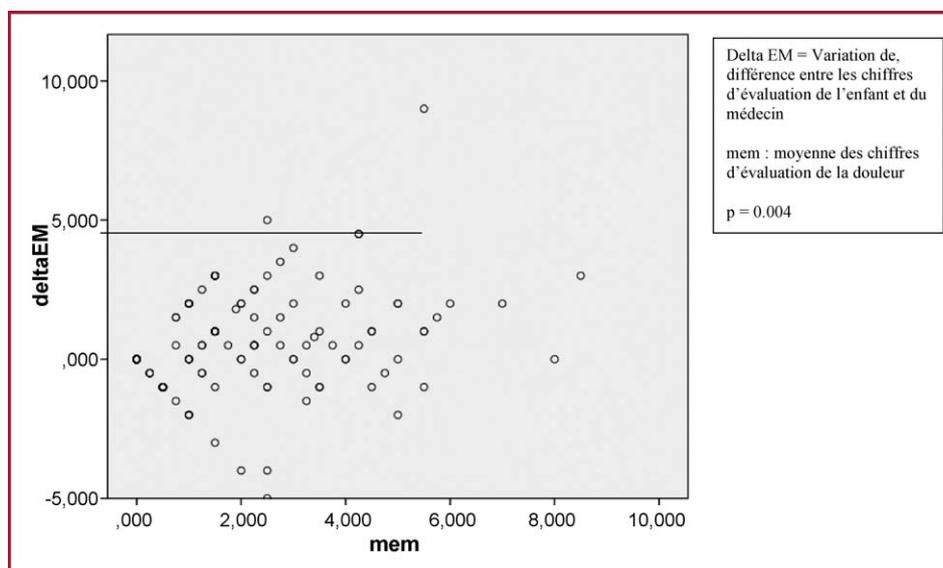


Figure 2. Graphique de Bland-Altman enfant–médecin.

Plusieurs études montrent que les parents sous-estiment la douleur de leur enfant (Kelly [15], Singer [16], Goubert [13]).

À l'opposé, d'autres retrouvent une tendance à la sur-estimation de la douleur par les parents (Subhashini [10], Garcia [11], Chambers [12]). D'autres trouvent une hétérogénéité (Baxt, [14]) avec des parents qui sur-estiment et d'autres qui sous-estiment la douleur de leur enfant.

Trois méta-analyses reprennent la concordance d'évaluation de la douleur entre les enfants et les parents. Chambers [22] reprend dix études et note que parfois la douleur est surestimée, parfois concordante, parfois sous-estimée. Elle interprète ces discordances par les différences de types de douleurs étudiées, les différences d'échelles utilisées et les différentes méthodes d'analyse. Zhou et al. [4] sur neuf études (douleur postopératoire : quatre études, vaccinations : deux études, ponctions veineuses : deux études, gestes invasifs : une étude) montre une mauvaise corrélation entre l'évaluation de l'enfant et celle de ses parents, sans préciser s'il s'agit de sur ou de sous-estimation. Il existe plusieurs paramètres qui rendent difficiles les comparaisons d'une étude à l'autre, entre autres : la variabilité des échelles d'évaluation de la douleur selon les études et la différence d'échelle utilisée chez l'enfant et son parent. Kleiber [3] décrit plusieurs variables pouvant influencer la perception des parents : leur anxiété, l'âge et le sexe de l'enfant, le diagnostic initial, l'origine ethnique, les examens déjà réalisés, les stratégies de *coping* de la famille...

Différents paramètres rendent difficiles les comparaisons entre les études :

- le nombre d'enfants inclus (taille des populations variable : 20 à 869 enfants), - l'âge des enfants, - le type de douleur (aux urgences, postopératoire, lors de gestes invasifs, etc.), - le pays d'étude, les tests statistiques utilisés, etc. ;
- bien que les échelles d'évaluation de la douleur soient valides dans différents pays, la perception du vécu de la douleur de l'enfant par ses parents peut y être différente

(références culturelles différentes). Kleiber précise bien que les techniques de distraction et de coping peuvent être différentes selon les ethnies [3].

Dyades enfant–soignant, enfant–médecin

Nos résultats ne montrent pas de différence d'évaluation entre les enfants et les soignants, pour les enfants évalués par FLACC. En revanche, on remarque une sous-estimation de la douleur par les soignants lors des évaluations par EVA.

On remarque que plus la douleur de l'enfant est intense, plus elle est sous-estimée tant par les infirmières que par les médecins (Fig. 1 et 2). Garcia retrouvait des formes de graphes de Bland Altman similaires qui montrent que plus la douleur est intense, plus la discordance augmente [11].

Dans la littérature, on retrouve, globalement, une sous-estimation de la douleur par les infirmières, décrite par Rajasagaram [9], Singer [16], Kuball [20], Garcia [11], Romsing [18]. Les médecins, dans ces mêmes études, sous-estiment encore plus la douleur que les infirmières, seul Subhashini [10], montre à l'opposé une tendance à la surestimation significative de la douleur par les médecins.

Melotti [19] a étudié l'évaluation de la douleur chez 869 enfants dans plusieurs hôpitaux et services en Italie. Elle retrouve que les infirmières ont une évaluation corrélée à celle de l'enfant dans 50 % des cas, qu'elles sur-estiment la douleur dans 29 % et la sous-estiment dans 21 %. Différents facteurs modifient cette évaluation dont l'âge du soignant ; les soignants de moins de 18 ans et de plus de 60 ans sous-estiment plus la douleur (à noter que ces populations d'IDE sont rares en France). Elle montre, comme notre étude, que plus la douleur de l'enfant est intense, plus elle est sous-estimée.

Les soignants en général (infirmière ou médecin) ne semblent pas évaluer avec fiabilité la douleur de l'enfant, surtout quand cette douleur est très intense. Cette sous-estimation peut altérer la prise en charge de la douleur lors des gestes invasifs, la décision de modifier le traitement analgésique étant prise par le médecin, parfois sur sa propre

Tableau 2 Analyse de la littérature : le chiffre sous le nom de l'auteur correspond au nombre d'enfants inclus.

Référence nombre enfants âge (ans)	Type douleur	Échelle enfants	Échelle parents	Échelle soignant	Échelle médecin	Conclusion enfant-parent	Conclusion enfant- soignant	Conclusion enfant- médecin
Benett [5] 60 enfants 7–16	Postopératoire	EVA	EVA			Corrélé		
Miller [6] 20 enfants 7–11	Postopératoire	EVA	EVA	EVA		Corrélé	Corrélé	
Schneider [7] 42 enfants 2–7	Vaccin	Score de oucher	Score de oucher	Score oucher		Corrélé	Non corrélé	
Stein [8] 149 enfants 4–5	Vaccin	Visage	EVA			Corrélé		
Rajasagaram [9] 86 enfants 3–15	Urgences	Visage +EVA	Visage +EVA	Visage + EVA		Corrélé	Soignant sous- estiment	
Subhashini [10] 174 enfants 6–12	Gestes douloureux	Visage +EVA	Visage +EVA	Visage +EVA	Visage +EVA	Parents sur-estiment	Soignants sur- estiment	Médecins sur- estiment
Garcia [11] 94 enfants 5–18	Arthrite chronique juvenile	EVA	EVA		EVA	Parents sur-estiment		Médecins sous- estiment
Chambers [12] 75 enfants 5–12	Ponction veineuse	Visage	Visage			Parents sur-estiment		
Goubert [13] 101 enfants 9–15	Sujet sain douleurs par pression	Visage	PCS P			Parents sous-estiment		
Baxt [14] 276 enfants 5–17	Trauma	Visage EVA	Visage EVA			16 % E > P 8 % E < P		
Kelly [15] 78 enfants 8–15	Urgences	EVA	EVA			Parents sous-estiment		
Singer [16] 63 enfants 4–7	Urgences	Visage	EVA		EVA	Non corrélé		Médecins sous- estiment
Manne [17] 85 enfants 3–10	Ponction veineuse	Visage	EVA			Non corrélé		

	Amygdalectomie	EVA	EVA S	Soignant sous-estiment
Romsing [18] 100 enfants 3–15				
Melotti [19] 869 enfants 6–18	Tous les patients	Éch N	Éch N S	50 % corrélé 21 % S < E 29 % S > E
Kuball [20] 295 18–83	Myélogramme	Verbale	Verbale	Soignant sous-estiment
Marquié [21] 198 enfants < 4	Urgences	EVA + verbale	EVA + verbale médecin	Médecins sous-estiment

E : enfant ; P : parent ; S : soignant ; M : médecin ; éch N : échelle numérique ; EVA : échelle visuelle analogique ; visage : échelle des visages ; PCS : Catastrophizing scale for parents

évaluation de la douleur de l'enfant. Cela souligne la nécessité d'utiliser systématiquement une auto-évaluation de la douleur ou une hétéro-évaluation validée. Et insister auprès des services qui, comme le notre n'évaluait pas objectivement la douleur des gestes, de l'intérêt pour l'enfant de cette procédure.

Une des explications à la limite de l'évaluation de la douleur par les soignants pourrait être donnée par Ljungman [23]. Il rapporte que du point de vue des soignants (infirmières et médecins), la douleur du patient augmente avec l'anxiété de l'enfant ou des parents, ce qui n'est pas rapporté par les parents dans cette même étude. On peut supposer que les enfants et les parents côtoient comme « douleur » l'anxiété ressentie par l'enfant (et/ou sa famille), alors que les soignants ne côtoient pas « douleur » cette anxiété de l'enfant ou de sa famille. Goubert [13] retrouve que les parents sous-estimaient la douleur de leur enfant, mais surtout que plus les parents dramatisaient la douleur (échelle Pain catastrophizing score (PCS), adaptée aux parents et aux enfants), moins ils sous-estimaient cette douleur. En reprenant les fiches des enfants qui ont côtoyé une douleur importante (> 7), on note en remarque sur la fiche ou dans les transmissions infirmières, la présence « d'angoisse », « d'anxiété », de « peur du geste ». Une étude à plus grande échelle avec évaluation de la douleur (par une même échelle pour tous) et une évaluation de l'anxiété pourrait peut-être permettre de différencier avec objectivité, la part de douleur et celle de l'anxiété.

Comparaison FLACC/EVA

Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de la différence lorsque l'évaluation de la douleur l'a été par FLACC. La différence (D), mesure la variation entre le chiffre d'évaluation par FLACC moins le chiffre d'évaluation par EVA. Bien que les deux échelles soient cotées sur 10, le niveau de douleur est globalement supérieur chez les enfants évalués par FLACC (FLACC 2,4, EVA 2,1). Est-ce dû à l'échelle utilisée ou à une différence de prise en charge de la douleur entre les deux classes d'âges? On peut penser que l'échelle joue un rôle puisque les EVA moyennes des parents (1,88 pour les enfants de plus de cinq ans évalués par EVA, 1,7 pour les moins de cinq ans évalués par FLACC), soignants (1,7 pour les plus de cinq ans, 1,9 si moins de cinq ans), médecins (1,7 si plus de cinq ans, 1,8 si moins de cinq ans) sont différentes. Plusieurs études ont comparé l'évaluation de la douleur des enfants, des parents, des infirmières ou médecins avec des échelles différentes. Zhou [4] dans une méta-analyse, critique le fait que les échelles utilisées soient différentes chez les parents et les enfants et que cela puisse en altérer la corrélation.

Conclusion

L'évaluation de la douleur lors des gestes est fondamentale, pour ajuster la prémédication lors du geste suivant. Seules la parole et l'observation de l'enfant donnent une idée de l'intensité de la douleur qu'il a ressentie, la douleur étant une sensation subjective, l'auto-évaluation de la douleur doit être préconisée si elle est possible. Les évaluations par les soignants ou les médecins ne sont fiables que si elles

sont faites par des échelles d'hétéro-évaluation validées. La fiabilité de l'impression des soignants, médicaux ou non, diminue lorsque la douleur augmente (ce qui va nécessiter une modification de la prise en charge ultérieure).

Cette étude paraît, a posteriori, bénéfique au service et surtout aux enfants que nous prenons en charge puisqu'elle nous a donné l'habitude d'évaluer systématiquement la douleur lors des gestes douloureux. Elle a conduit à la réalisation d'une fiche «évaluation de la douleur lors des gestes» qui permet de suivre la prémédication qui convient le mieux à chaque enfant et de la modifier si besoin (annexe 6).

La volonté de réduire «l'anxiété» lors des gestes nous a amené à la mise en place d'une formation interne en hypno-analgésie pour les soignants et médecins, afin d'ajuster la prise en charge de l'anxiété et de la douleur, lors de la réalisation de gestes douloureux entre autre.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Zernikow B, Meyerhoff U, Michel E, Wiesel T, Hasan C, Janssen G, et al. Pain. *Pediatr Oncol. Eur J Pain* 2005;9:395–406.
- [2] Schmitt C, Theobald S, Fabre N, Kasparian C, Séblain C, Bou-tard P, et al. Standards, options and recommendations for the management of procedure-related pain (lumbar puncture, bone marrow aspiration or biopsy, blood sampling) in children patients with cancer (summary report). Institut national du cancer; Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer; centres régionaux de lutte contre le cancer; SFCE; SFETD; fédération hospitalière de France; Fédération nationale de cancérologie des CHRU. *Bull Cancer* 2006;93(8):805–11.
- [3] Kleiber C, McCarthy A. Evaluating instruments for a study on children's responses to a painful procedure. When parents are distraction coaches. *J Pediatr Nurs* 2006;21(2).
- [4] Zhou H, Roberts P, Horgan I. Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads: meta-analysis. *J Adv Nurs* 63(4):334–42.
- [5] Bennett-Branson SM, Craig KD. Postoperative pain in children: developmental and family influences on spontaneous coping strategies. *Can J Behav Sci* 1993;25:355–83.
- [6] Miller DB. Comparisons of pain ratings from postoperative children, their mothers, and their nurses. *Pediatr Nurs* 1996;22:145–9.
- [7] Schneider EM, LoBiondo-Wood G. Perceptions of procedural pain: parents, nurses, and children. *Child Health Care* 1992;21:157–62.
- [8] Stein PR. Indices of pain intensity: construct validity among preschoolers. *Pediatr Nurs* 1995;21:119–23.
- [9] Rajasagaram U, Taylor DMCD, Braitberg G, Pearsell J, Capp B. Paediatric pain assessment: differences between triage nurse, child and parent. *J Paediatr Child Health* 2009;45: 99–203.
- [10] Subhashini L, Vatsa M, Lodha R. Comparison of two pain scales in indian children. *Indian J Pediatr* 75(9):891–4.
- [11] Garcia-Munitis P, Bandeira M, Pistorio A, Magni-Manzoni S, Ruperto N, Schivo A, et al. Level of agreement between children, parents, and physicians in rating pain intensity in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2006;55(2):177–83.
- [12] Chambers C, Giesbrecht K, Craig K, Bennett S, Huntsman E. A comparison of faces scales fort he measurement of pediatric pain: children's and parents' rating. *Pain* 1999;83: 25–35.
- [13] Goubert L, Vervoort T, Cano A, Crombez G. Catastrophizing about their children's pain is related to higher parent-child congruency in pain ratings: an experimental investigation. *Eur J Pain* 2009;13(2):196–201 [Epub 2008 Apr 29].
- [14] Baxt C, Kassam-Adams N, Nance ML, Vivarelli-O'Neill C, Winston FK. Assessment of pain after injury in the pediatric patient: child and parent perceptions. *J Pediatr Surg* 2004;39(6):979–83.
- [15] Kelly AM, Colin V, Williams A. Parent visual analogue scale ratings of children's pain do not reliably reflect pain reported by child. *Pediatr Emerg Care* 2002;18(3): 159–62.
- [16] Singer A, Gulla J, Thode H. Parents and practitioners are poor judges of young children's pain severity. *Acad Emerg Med* 2002;9(6):609–12.
- [17] Manne SL, Jacobsen PB, Redd WH. Assessment of acute pediatric pain: do child self-report, parent ratings, and nurse ratings measure the same phenomenon? *Pain* 1992;48:45–52.
- [18] Romsing J, Moller-Sonnegaard J, Hertel S, Rasmussen M. Post-operative pain in children: comparison between ratings of children and nurses. *J Pain Symptom Manage* 1996;11(1): 42–6.
- [19] Melotti R, Dekel B, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, D'Andrea R, et al. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *Eur J Pain* 3(9):992–1000.
- [20] Kuball J, Schüz J, Gamm H, Weber M. Bone marrow punctures and pain. *Acute Pain* 2004;6(4):9–14.
- [21] Marquié L, Duarte L, Marine C, Lauque D, Sorum P. How patients and physicians rate patients in a french emergency department using a verbally administered numerical rating scale and visual analog scale. *Acute Pain* 2008;10:31–7.
- [22] Chambers C, Reid G, Craig K, Mc Grath P, Finley G. Agreement between child and parent report of pain. *Clin J Pain* 1998;14(4):336–42.
- [23] Ljungman G, Kreuger A, Gordh T, Sorensen S. Pain in pediatric oncology: do the experiences of children and parents differ from those of nurses and physicians? *Ups J Med Sci* 2006;111(1):87–96.