



La douleur chez les enfants hospitalisés : étude prospective transversale au Centre Hospitalier Mère-Enfant Tsaralalàna.

Pain in hospitalized children : a prospective cross-sectional study in Centre Hospitalier Mère-Enfant Tsaralalàna.

J RASOLOFO ^{(1)*}, A RAKOTOZANANY ⁽²⁾, T P RANDRIANAMBININA ⁽³⁾, E ANDRIANTAHIRISOA ⁽¹⁾, L RAKOTOMALALA ⁽¹⁾, F A P RAZAFINDRAIBE ⁽³⁾, A L ROBINSON ⁽²⁾

⁽¹⁾ Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Anosiala, Ambohidratrimo, Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Service Bloc Opératoire - Réanimation et Urgences, Centre Hospitalier Universitaire Anosiala, Ambohidratrimo, Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Mère-Enfant Tsaralalàna, 101 Antananarivo Madagascar

Accepté le 27 mai 2016
Disponible en ligne le 06 novembre 2016

RESUME

Introduction : Peu d'études ont pu évaluer la présence de la douleur chez les enfants hospitalisés. La présente étude a été entreprise pour déterminer la prévalence ainsi que les caractéristiques de la douleur chez les enfants admis au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Tsaralalàna. **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale prospective descriptive incluant tous les enfants de 0 à 15 ans admis à l'hôpital pendant un mois. Les enfants hospitalisés ont bénéficié systématiquement des évaluations de la douleur dès l'admission et pendant leur séjour. Différentes échelles ont été utilisées en fonction de l'âge (EVENDOL avant 6 ans et EVA à partir de 6 ans). **Résultats :** Deux cent dix-neuf enfants ont été inclus dans l'étude. La prévalence de la douleur était de 52% à l'admission et 49% pendant le séjour à l'hôpital. La douleur était aiguë dans 77% des cas. Elle était chronique chez 23% des enfants. Les affections pleuropulmonaires étaient les plus pourvoyeuses de douleur : 40% des cas, suivies des pathologies digestives : 21% des cas et des affections neuro-méningées : 19% des cas. Les antalgiques prescrits étaient de niveau 1 dans la plupart des cas. Seul un patient a reçu un antalgique de niveau 2 et aucun antalgique du niveau 3 n'a été utilisé. Aucun traitement antalgique n'a été prescrit chez 11% des enfants douloureux. **Conclusion :** La prévalence de la douleur dans le milieu hospitalier pédiatrique était élevée. Cette situation exige de chaque médecin accorde une attention constante à sa reconnaissance, son évaluation et à son traitement.

Mots clés : Antalgiques - Douleur - Enfant - Prévalence.

ABSTRACT

Introduction: Few studies have assessed the pain in hospitalized children. The present study was carried out to assess the prevalence and characteristics of pain in children admitted to the Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Tsaralalàna. **Materials and methods:** This is a prospective descriptive cross-sectional study including all children 0-15 years admitted to the hospital during a month. Hospitalized children have consistently benefited from pain assessments at admission and during their stay. Different scales were used according to the age (EVENDOL for less than 6 years children and EVA from 6 years). **Results:** Two hundred nineteen children were included in the study. The prevalence of pain was 52% at admission and 49% during the hospital stay. The pain was acute in 77% of cases. It was chronic in 23% of children. The pleuropulmonary disorders were the providers of pain: 40% of cases, followed by digestive diseases: 21% of cases and neuromeningeal disorders: 19% of cases. Analgesics were prescribed level 1 in most cases. Only one patient received a level of 2 and no analgesic analgesic level 3 was used. No analgesics were prescribed in 11% of painful children. **Conclusion:** The prevalence of pain in the pediatric hospital was high. This requires that each doctor must pay constant attention to its recognition, assessment and treatment.

Keywords: Anodynes - Pain - Children - Prevalence.

INTRODUCTION

La douleur est une sensation qui contribue à la santé du patient en l'alertant d'une éventuelle blessure ou maladie évolutive. Lorsque cette sensation algique est prolongée, elle affecte l'intégrité physique et morale du patient et compromet sa qualité de vie. La compréhension des mécanismes physiopathologiques de la douleur, les innovations thérapeutiques, la rédaction de recommandations et l'effort consenti par les autorités internationales ont largement contribué à l'amélioration de la prise en charge globale de la douleur [1].

Aux urgences, reconnaître la douleur et la traiter rapidement sont un impératif pour des soins de qualité, et l'une des attentes clé des parents [2]. Lors de la Journée mondiale contre la douleur, en octobre 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur et la Fédération Européenne pour l'Etude des Douleurs

ont publié une déclaration commune soutenant que "le soulagement de la douleur devrait être un droit de l'homme". En plus des raisons humaines évidentes d'évaluation et de traitement de la douleur, il est évident que la douleur non traitée peut avoir des effets physiologiques nocifs [3]. Un grand nombre d'enfants souffrent pendant leur séjour à l'hôpital. Les études des années 1990 ont révélé que près de trois quarts des patients hospitalisés en pédiatrie indiquent une douleur modérée à sévère [4].

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

***Auteur correspondant :**

Dr. RASOLOFO Joaly

Adresse : Service de Pédiatrie

Centre Hospitalier Universitaire Anosiala

Ambohidratrimo, Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 33 11 752 00

E-mail : rasolofojoaly@gmail.com

Des études plus récentes continuent de signaler des taux élevés de douleur modérée à sévère chez les enfants hospitalisés (21% à 64%) [5-6]. Malgré les connaissances et les progrès effectués dans la douleur en pédiatrie, la douleur aiguë chez les enfants hospitalisés demeure un problème important qui est difficile à gérer dans la pratique clinique quotidienne [7]. Pourtant, la prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés est un indicateur important de la qualité des soins. Notre étude avait pour objectif d'établir des points de référence en ce qui concerne la prévalence de la douleur chez l'enfant hospitalisé au Centre Hospitalier Universitaire Mère-enfant Tsaralalàna (CHUMET), les caractéristiques de la douleur, le traitement antalgique et les étiologies de la douleur.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale prospective durant une période d'un mois (août 2014). Les enfants admis au CHUMET avant toute prise en charge étaient concernés par l'étude. Etaient inclus tous les enfants âgés de 14 ans et moins arrivés aux urgences quel que soit le motif d'entrée. Les enfants qui rentraient chez eux après la consultation aux urgences étaient exclus. L'échantillonnage était exhaustif pendant la période d'étude. Elle a inclus 219 enfants. Les enfants hospitalisés au CHUMET ont bénéficié, de façon systématique, d'une évaluation de la douleur à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur adaptée à leur âge dès l'entrée aux urgences et au cours de l'hospitalisation.

Pour les enfants âgés de moins de 6 ans, nous avons utilisé l'échelle EVENDOL et l'échelle EVA pour les enfants plus grands. Au cours de l'hospitalisation, les patients ont été évalués au moins deux fois dans la journée : toutes les 6 heures pendant les 24 premières heures et systématiquement pendant la visite et au cours de la contre-visite. Une fiche de recueil des données contenant des informations sur l'identité, les résultats de chaque évaluation, les caractéristiques de la douleur, les antalgiques pris étaient remplies dès l'entrée à l'hôpital. La prescription d'antalgique était laissée à l'appréciation des médecins prenant en charge les enfants. Les variables étudiées lors de l'étude étaient les caractéristiques démographiques des enfants, les caractéristiques de la douleur, la pathologie associée à la douleur et le traitement antalgique. L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel EpiInfo® 7.0. Le test Chi² était utilisé pour la comparaison des pourcentages. Le test de Fisher était utilisé pour comparer les moyennes. La marge d'erreur acceptée était de 5%. Un consentement éclairé a été signé par l'un des parents ou un tuteur de l'enfant à l'inclusion. Une anonymisation des dossiers personnels a été faite au cours de la saisie des données en utilisant le numéro d'identification et en n'enregistrant ni le nom ni le prénom. Un ajustement du traitement antalgique était entrepris si la

prescription n'était pas adaptée.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Durant la période d'étude, nous avons pu évaluer 219 enfants. L'âge des enfants variait de 1 jour à 14 ans. On note une prédominance des enfants de moins de 2 ans avec 73,9% des cas (IC_{95%} [0,68-0,79]). Les moins de 6 ans sont au nombre de 201 patients (91,8% des cas (IC_{95%} [0,88-0,95])). Les enfants évalués se répartissent en 103 filles (47,03% des cas, IC_{95%} [0,40-0,53]) et 116 garçons (52,97% IC_{95%} [0,46-0,59]). On a remarqué qu'il y avait une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,12. A l'admission, parmi les 219 enfants évalués, 113 cas (51,8%) ont présenté une douleur (IC_{95%} [0,44- 0,58]) (cf. Figure 1). Pendant le séjour à l'hôpital, les résultats ont montré que 107 enfants (48,8% des cas) ont été douloureux (IC_{95%} [0,42-0,55]) (cf. Figure 2).

Echelles utilisées

L'échelle EVENDOL a été la plus utilisée avec 91,8% contre 8,2% pour l'échelle EVA.

Caractéristiques et intensité de la douleur

Les enfants ont présenté une douleur de type aigu dans 76,9% des cas (IC_{95%} [0,66-0,82]). A l'admission, 68 enfants (31,1%) ont présenté une douleur légère, 26 enfants (11,8%) ont eu une douleur modérée tandis que 15 enfants (6,8%) ont eu une douleur intense (cf. Figure 3). Pendant le séjour hospitalier, la douleur a été légère à modérée chez 98 patients (44,7%) et nous avons noté une douleur intense chez 8 patients (3,65%) (cf. Figure 4).

Pathologies associées à la douleur

Les pathologies touchant système pleuropulmonaire représentaient 46 cas, suivies de celles du système digestif (24 cas) et celles du système nerveux (19 cas) (cf. Figure 5).

Traitement antalgique

Le traitement antalgique reçu a été répertorié selon les trois paliers de l'OMS. Presque la totalité des antalgiques prescrits étaient des antalgiques de palier 1. Seul un patient avait reçu un antalgique de palier 2 et aucun antalgique de palier 3 n'a été utilisé (cf. Figure 6).

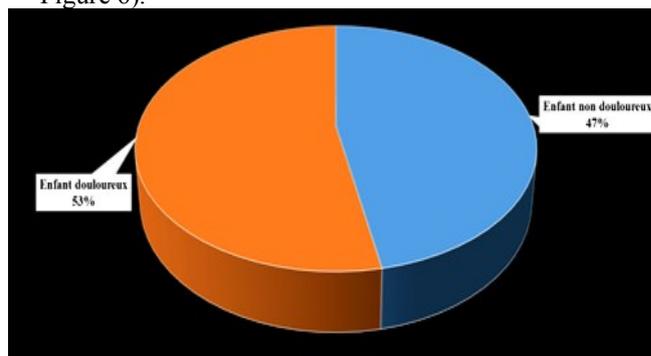


Fig. 1 : Fréquence de la douleur à l'admission.

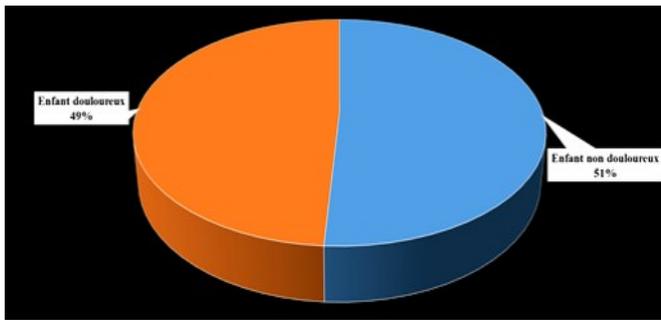


Fig. 2 : Fréquence de la douleur pendant le séjour.

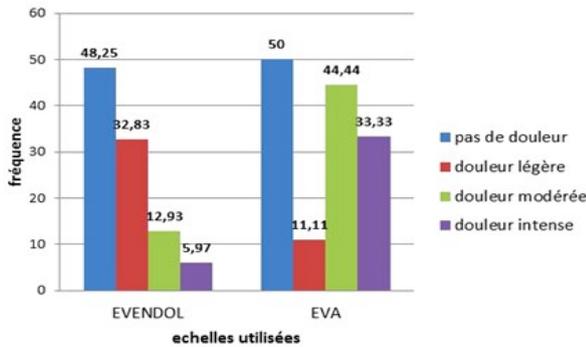


Fig. 3 : Intensité de la douleur à l'admission.

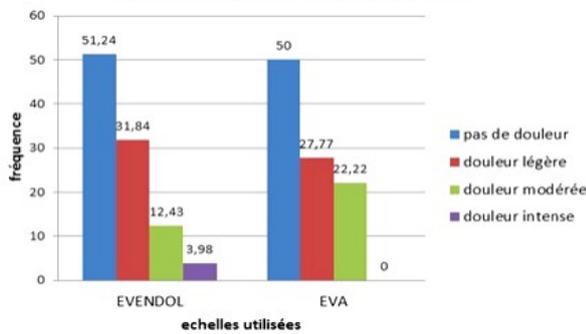


Fig. 4 : Intensité de la douleur durant le séjour hospitalier.

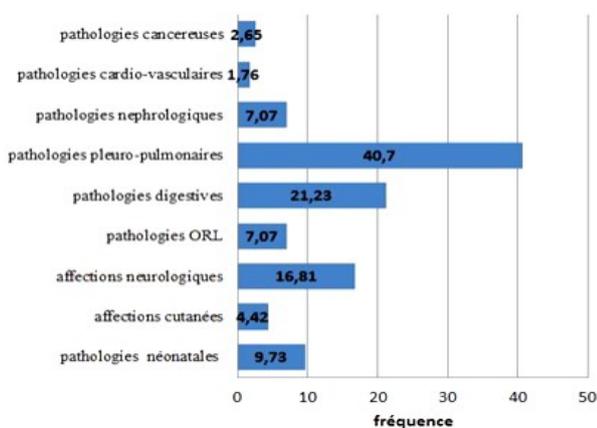


Fig. 5 : Pathologies associées à la douleur.

DISCUSSION

La prévalence de la douleur est assez élevée dans notre étude puisque presque la moitié des enfants évalués ont été douloureux durant la période d'étude, avec 52% dès l'admission et 48% pendant le

séjour. Auparavant, la prévalence de la douleur chez les enfants hospitalisés était peu précise à Madagascar. Notre travail figure parmi les premiers réalisés dans un CHU à Antananarivo. Une étude réalisée au CHU de Bordeaux en 2000 par Michel P et al [8] avec une tranche d'âge similaire à la nôtre avait retrouvé une incidence de 40%. D'autres études retrouvent des chiffres encore plus élevés : 77% des enfants ont éprouvé une douleur pendant le séjour dans un hôpital pédiatrique à Toronto [9] et 61% des enfants à Barcelone [10-11]. Notre enquête a été focalisée uniquement sur les douleurs spontanées éprouvées par l'enfant. La prévalence de la douleur serait encore plus élevée si nous avions rapporté les douleurs liées aux soins [12].

L'échelle EVENDOL a été la plus utilisée dans notre travail par rapport à l'échelle EVA. Ceci s'explique par la prédominance des enfants de moins de 6 ans dans notre population d'étude. L'échelle EVENDOL a été validée en 2006. Il s'agit d'une échelle comportementale simple et rapide d'emploi, valable à tout âge jusqu'à l'âge de l'autoévaluation, et pour tout type de douleur. Le choix des items permet d'observer une augmentation de l'intensité de la douleur qu'il s'agisse de douleur aiguë (pleurs, mimique, agitations, raideur, gestes de protection, inconsolable) ou de douleur prolongée avec atonie psychomotrice (raideurs, positions antalgiques, immobilité, refus de s'intéresser à l'entourage) [13].

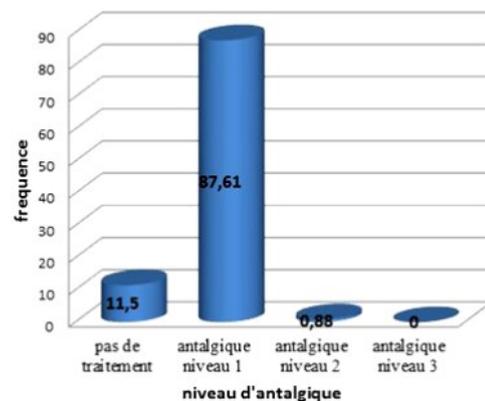


Fig. 6 : Traitement antalgique.

Dans notre étude, la douleur était légère dans la plupart des cas (31%) et d'intensité modérée ou sévère dans 17 à 18% des cas. Des études relatent des fréquences élevées de douleur modérée à sévère avec des prévalences allant de 30 à 40%. Une étude réalisée par Groenewald CB et al [6] aux Etats-Unis en 2012 concernant la prévalence de la douleur modérée à sévère chez les enfants hospitalisés retrouve une prévalence élevée à 27%. Une autre étude faite par Kozlowski LJ et al [14] en 2014 toujours chez les enfants hospitalisés relate une prévalence à 40%. Dans ces deux études, la population était composée de patients hospitalisés en service de chirurgie, ce qui a contribué à l'augmentation de la prévalence de la douleur modérée à sévère. En effet, les enfants admis

dans les services médicaux avaient des taux beaucoup plus faibles de la douleur modérée à sévère [5]. Toutefois, toute douleur, quelle que soit son intensité, doit être traitée à fortiori chez un enfant hospitalisé sensé être surveillé de façon quasi permanente.

Les enfants hospitalisés ayant été douloureux ont présenté des pathologies différentes avec une prédominance des maladies pleuropulmonaires suivies des affections digestives et des maladies du système nerveux central. Malgré l'absence de précision de localisation de la douleur dans ces pathologies, il est connu que la douleur abdominale est un des signes de gastroentérite aiguë. La pleurésie ou la pneumonie peut donner un point de côté, une douleur abdominale, parfois même une douleur pseudo-appendiculaire. La méningite est responsable de céphalées que les enfants ont du mal à exprimer [15-17]. Ces faits cliniques associés aux résultats de cette étude devraient conduire à une révision de la prise en charge de ces pathologies aux urgences et même en cours d'hospitalisation. Une évaluation systématique de douleur et une prescription d'antalgique adapté doit être un réflexe devant ces cas. Dans notre série, les antalgiques prescrits chez les enfants dans la majorité des cas étaient des antalgiques de palier 1 de la classification OMS. Ceci pourrait s'expliquer par la non disponibilité des antalgiques des paliers 2 et 3 dans la pharmacie locale de l'hôpital ou par une sous-évaluation de la douleur. L'absence de prescription d'antalgiques chez 11,5% des enfants douloureux marque également une nécessité d'amélioration des pratiques. Une étude réalisée à Marseille par Cañellas M et al [10] a retrouvé, non seulement une prévalence élevée de la douleur en milieu hospitalier, mais également un nombre élevé de patients qui n'ont pas reçu d'antalgique malgré la douleur. Des études plus récentes mentionnent également le même fait. Une étude rétrospective réalisée toujours à Marseille en 2008 par une équipe du service mobile d'urgence et de réanimation en 2008 a conclu à un taux de patients mis sous traitement antalgique de 53% de ceux qui en auraient besoin [15]. La raison la plus évoquée serait toujours la sous-évaluation de la douleur.

Nous avons vu que la douleur est un problème fréquent dont l'importance est sous-estimée. Les enfants ne sont pas suffisamment pris en charge pour la douleur. C'est ce qui amène probablement à la sous-estimation du nombre de patients douloureux et surtout ce qui influence la qualité de la prise en charge.

La formation continue sur la prise en charge de la douleur est recommandée pour tous les soignants : Enseignement post universitaire, manuelle de référence, etc... Ceci pourrait être organisé par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) en collaboration avec l'organisme Douleur Sans Frontière. La diffusion de protocole douleur appuyé par des références bibliographiques est également à promouvoir dans le service. Des recherches

complémentaires notamment sur la douleur liée aux soins sont des pistes à poursuivre [18].

CONCLUSION

Cette étude portait la douleur chez les enfants hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Tsaralalàna, Antananarivo. Pour aborder ce sujet, nous avons réalisé une évaluation de la douleur dès l'admission de l'enfant et pendant son séjour à l'hôpital à l'aide d'échelles validées selon l'âge : EVENDOL avant 6 ans et EVA au-delà. Nous avons pu observer 219 enfants âgés en moyenne de 11 mois. A première vue, la prise en charge de la douleur était insuffisante chez ces patients. Cependant, le problème de la douleur est important. Les patients souffraient de douleur aiguë dans la plupart des cas. La présence de douleur chronique n'était pas négligeable. Au regard de ces résultats, il nous semble nécessaire d'améliorer la connaissance des soignants sur la prise en charge de la douleur. Nous proposons donc des séances de formation qui devront réunir les soignants autour des spécialistes pour échanger et s'informer sur la douleur. Ces formations pourraient être organisées par les différentes entités partenaires dans la prise en charge de la douleur. Nous suggérons également l'application du processus 5S-Kaizen dans l'organisation de la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier. Dans les suites et après mise en place de ces solutions, une évaluation serait à prévoir, elle nous permettrait d'évaluer l'impact des solutions proposées et d'en améliorer encore les pratiques de façon continue.

REFERENCES

1. Greco C, Berde C. Pain management for the hospitalized pediatric patient. *Pediatr Clin North Am* 2005;52(4): 995-1027.
2. Pagnamenta R, Bengner JR. Factors influencing parent satisfaction in a children's emergency department: prospective questionnaire based study. *Emerg Med J* 2008;25(7):417-9.
3. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 1997;349(9052):599-603.
4. Cummings EA, Reid GJ, Finley GA, McGrath PJ, Ritchie JA. Prevalence and source of pain in pediatric inpatients. *Pain* 1996;68(1):25-31.
5. Strohbuecker B, Mayer H, Evers GC, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J Pain Symptom Manage* 2005;29(5):498-506.
6. Groenewald CB, Rabbitts JA, Schroeder DR, Harrison TE. Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Paediatr Anaesth* 2012;22(7):661-8.
7. Birnie KA, Chambers CT, Fernandez CV, Forgeron PA, Latimer MA, McGrath PJ et al. Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Res Manag* 2014;19(4):198-204.
8. Michel P, De Sarasqueta AM, Cambuzat E, Henry P et le CLUD. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. *Presse Med* 2001;30(21):1438-44.
9. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag* 2008;13(1):25-32.

10. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. The Prevalence of pain in hospitalized patients. *Med Clin (Barc)* 1993;101(2):51-4.
11. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Nieto B. Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients. *Pain Manag Nurs* 2001;2(1):25-36.
12. Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Res Manag* 2008;13(1):51-7.
13. Vincent B, Horle B, Wood C. Évaluation de la douleur de l'enfant. *J Ped Puer* 2010;23(6):349-57.
14. Kozlowski LJ, Kost-Byerly S, Colantuoni E, Thompson CB, Vasquenza KJ, Rothman SK, et al. Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Manag Nurs* 2014;15(1):22-35.
15. Brun C, Barberis C, Debeaume C, Marchi J, Meyran D, LeDreff P, et al. Prise en charge de la douleur de l'enfant au BPPM. *Journal européen des urgences* 2009;22(S2):197.
16. Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, et al. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *J Pain* 2012;13(9):857-65.
17. Stevens BJ, Abbott LK, Yamada J, Harrison D, Stinson J, Taddio A, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ* 2011;183(7): E403-10.
18. Robinson AL, Solofomalala GD, Ratsimbazafy ABA, Ranosiharisoa N, Ravelomanana N. Actualités sur la prévention de la douleur liée aux soins de l'enfant. *Médecine d'Afrique Noire* 2007;5405:286-8.