



**HAL**  
open science

## Manipulation active et auto-évaluation de la douleur chez l'enfant : “ le Portrait-bobo ”

Marc Zabalia, Charlotte Mancel

### ► To cite this version:

Marc Zabalia, Charlotte Mancel. Manipulation active et auto-évaluation de la douleur chez l'enfant : “ le Portrait-bobo ”. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, 2006, 7 (6), pp.319-326. 10.1016/S1624-5687(06)71158-1 . hal-03272330

**HAL Id: hal-03272330**

**<https://hal.science/hal-03272330>**

Submitted on 28 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Manipulation active et auto-évaluation de la douleur chez l'enfant :**

**« Le Portrait-bobo »**

Marc Zabalia et Charlotte Mancel

Pôle Modélisation en Sciences Cognitives (ModeSCo)

Maison de la Recherche en Sciences Humaines (MRSH)

Université de Caen Basse-Normandie

Esplanade de la Paix

14032 Caen cedex 5

tél : 02 31 56 62 19 ; fax : 20 31 56 62 60

[marc.zabalia@unicaen.fr](mailto:marc.zabalia@unicaen.fr)

## Résumé

**Objectif :** Cette étude porte sur la construction d'un outil d'auto-évaluation de la douleur pédiatrique chronique qui cherche à favoriser l'expression verbale. Le « Portrait-bobo », s'inspire des outils préexistants et tente de concilier différents aspects de la douleur, indissociables mais difficilement évaluables simultanément : le pôle sensoriel et le pôle émotionnel. L'ergonomie et la bonne utilisation de l'outil sont d'abord testées par les sujets, douloureux et non douloureux. **Patients et méthode :** L'effectif se compose de trois sujets atteints d'ostéogenèse imparfaite de 7 ans à 16 ans et de trois sujets non douloureux, dont deux enfants de 4 ans, afin d'évaluer l'âge minimal pour lequel l'outil est pertinent.

**Résultats et conclusion:** Cette étude préliminaire montre que les sujets utilisent facilement et de façon adéquate l'outil d'une part, et qu'il leur permet d'évoquer indépendamment leurs ressentis émotionnel et sensoriel en s'appuyant éventuellement sur leurs propres expériences, d'autre part. Des recherches plus approfondies sont à envisager.

**Mots clés : douleur, enfant, auto-évaluation**

## Summary

**Background :** This study deals with the construction of a self-report tool for pediatric chronic pain, supposed to improve verbal expression in painful children. The « Portrait-bobo », has been built according to existing tools, and tries to combine two distinct aspects of pain, inseparable but hard to evaluate simultaneously : the sensory sphere and the emotional sphere. The ergonomics and the good use of the tool are tested first, by painful and painfree subjects. **Participants and method :** The population is composed by three subjects suffering from osteogenesis imperfecta (7 to 16 years old) and three painfree subjects, two of whom are 4 years old, in order to evaluate the minimum age for which the tool is relevant. **Results and conclusion :** This preliminary study shows that, on the one hand, the subjects easily and adequately use the tool, and on the other hand, it enables them to independently evoke their emotional and sensory feelings, possibly by relying on their own experiences. Further research has to be done.

**Key words : pain, child, self-assessment**

## INTRODUCTION

La douleur de l'enfant est aujourd'hui au coeur des priorités dans le secteur de la santé. Le plan de lutte contre la douleur 2006- 2010 met d'ailleurs l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables, d'améliorer la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, et de mieux dépister et traiter les douleurs chroniques. Cette impulsion, déjà présente dans certaines équipes médicales et totalement absente dans d'autres, reste encore assez discrète dans le champ de la recherche en psychologie. On observe toutefois l'émergence de nombreux outils d'évaluation de la douleur pour enfants, qui en permettent une meilleure prise en charge. Malheureusement aucune technique ne semble parfaitement satisfaisante et de nombreuses lacunes, mises en exergue par certains auteurs, doivent être comblées. Nous avons élaboré un outil d'auto-évaluation, le Portrait-bobo, permettant l'expression facilitée de la douleur pour l'enfant, et prenant en compte ses différents aspects, émotionnel et sensoriel. Il s'agit ici d'un travail préparatoire à des recherches plus avancées.

### **Les manifestations de la douleur chez l'enfant**

La douleur s'exprime de façon biphasique chez l'enfant. Lors de douleur aiguë, elle est manifeste, l'enfant l'exprime activement par les cris, les pleurs, les plaintes... En ce qui concerne la douleur chronique, l'enfant peut ne plus l'exprimer et on observe ce que l'on pourrait appeler la mise en place d'un mode d'économie d'énergie, qui s'apparente à une symptomatologie pseudo-dépressive [1]. C'est précisément ce retrait, voire ce calme apparent, qui doit alerter le soignant quant à l'état douloureux de l'enfant. Actuellement, l'échelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR) et la grille douleur et inconfort du nouveau-né (EDIN) prennent en compte ces deux phases.

L'enjeu des évaluations de douleurs chroniques est de considérer simultanément toutes les manifestations possibles de la douleur.

Les manifestations émotionnelles sont souvent liées au stress et ne sont pas proportionnelles à la douleur (pleurs, cris, mouvements d'agitation, de flexion-extension, d'agrippement...). Les manifestations neurovégétatives, les positions antalgiques, les altérations psychomotrices et relationnelles sont des manifestations douloureuses qui peuvent passer inaperçues et qui devraient être systématiquement recherchées, d'autant plus si l'enfant est jeune ou s'il éprouve des difficultés d'expression verbale.

La douleur ne se manifeste donc pas toujours de façon visible. Les enfants peuvent de surcroît mettre en place des stratégies de faire-face en jouant ou en se distrayant et ainsi dissimuler sous ces activités apparentes l'expression de la douleur aux yeux des soignants [2]. Les enfants peuvent également faire taire leur douleur pour satisfaire les adultes, ou, dans une recherche de « désirabilité sociale », pour se conformer à ce que les adultes attendent d'eux. Les discours du type « les grands garçons ne pleurent pas », « fais plaisir à maman/papa, sois courageux », « ça ne fait pas mal, tu n'as aucune raison de pleurer » les confortent dans cette attitude de dénégation de la douleur ressentie [3]. Il arrive aussi que l'enfant taise sa douleur afin d'éviter un soin douloureux. Ces comportements d'évitement souvent associés à un niveau d'anxiété important sont les conséquences de douleurs qui peuvent avoir été subies pendant la petite enfance (voir pour revue [4])

### **Aspects développementaux de la douleur et de son expression**

Les enfants représentent une population douloureuse extrêmement hétérogène en raison de l'âge, du niveau de développement cognitif et psychique, du niveau langagier, du développement physiologique et enfin du contexte individuel, qui joue sur leur interprétation émotionnelle et sensorielle de la douleur. Chaque facteur a un rythme de maturation différent, et

chaque enfant a un parcours développemental qui lui est spécifique, ce qui rend très difficile l'objectivation de l'évaluation de sa douleur car il est impossible de s'appuyer sur un modèle de référence strict.

Lors de leurs recherches comparatives sur les liens entre les items du Questionnaire De Saint-Antoine et leurs synonymies éventuelles, Jacquet et Bienvenu [5] ont démontré que si les synonymes du mot « douleur » sont aussi nombreux que variés, ils peuvent néanmoins se regrouper en deux catégories : la catégorie sensorielle (brûlure, élancement, blessure, déchirement) et la catégorie émotionnelle (affliction, angoisse, chagrin, détresse). Cela souligne la complexité et la multidimensionnalité de la douleur, qui a à la fois un impact sensoriel et un impact émotionnel sur la personne. Ainsi, ne parler que de l'intensité de la douleur reviendrait à parler du monde visuel uniquement en termes de flux lumineux, sans évoquer les couleurs, les textures, et tant d'autres dimensions de l'expérience visuelle [6]. C'est précisément cette double nature de la douleur qui la rend si difficile à décrire et à comprendre chez autrui, puisqu'elle dépend entièrement de la subjectivité de la personne douloureuse. Lorsque le patient est confronté à la douleur physique au long cours, la douleur chronique et la souffrance psychique s'entremêlent souvent. Elle peut en effet altérer la personnalité et avoir un réel impact sur la vie sociale, en provoquant par exemple une dépression, ou à moindre échelle une anxiété importante. La dissociation douleur/souffrance constitue l'un des problèmes majeurs dans le champ de l'évaluation puisque d'après Goodenough, von Baeyer et Champion [7], il semble difficile qu'un enfant de moins de 12 ans soit vraiment capable de discriminer ses vécus sensoriels et émotionnels. Champion et ses collaborateurs [8] situent cette capacité aux alentours de 8 ans. Selon eux, la confusion entre ressenti douloureux et ressenti émotionnel se retrouve d'ailleurs dans le choix des différentes échelles des visages existant à l'heure actuelle [9, 10]. L'échelle des visages dont l'item 0 « pas mal du tout » est représenté par un visage neutre [11] et l'échelle dont

l'item 0 est représenté par un visage souriant [12] ne mesurent pas la même chose et risquent d'induire une confusion entre la sphère sensorielle et la sphère émotionnelle. Une échelle avec sourire rend difficile la différenciation entre ces deux aspects avant l'âge de 10 ans [13], et selon Chambers et Craig [9], la présence d'un sourire et de larmes à chaque extrême de l'échelle induit la notion de joie et de tristesse dans l'évaluation. Cela peut donc donner lieu à une ambiguïté dans la mesure, et on risque alors de se confronter à un faux-positif (un enfant triste mais non douloureux choisit un visage auquel il attribue un sentiment de tristesse et non pas de douleur) ou à un faux-négatif (l'enfant choisit le visage souriant par exemple pour exprimer sa joie de partir et ne cote pas du tout sa douleur). Les auteurs recommandent donc d'éviter les points d'ancrage à connotation positive (sourire) ou négative (larmes). Pour résumer, suivant l'outil d'auto-évaluation de la douleur pédiatrique chronique que l'on utilise, on ignore si l'on mesure la douleur ou bien l'état émotionnel de l'enfant. Comment savoir si l'enfant qui s'auto-évalue parle bien de sa douleur, ou bien s'il exprime son angoisse d'être dans un hôpital, ou encore sa colère d'être malade ? On sait que la douleur augmente le niveau d'anxiété et l'anxiété augmente la perception de la douleur [14], or actuellement, aucun outil ne permet à l'enfant d'exprimer ces deux aspects d'un même phénomène.

Dès que cela est possible, le langage verbal semble être le médium le plus intuitif quand il s'agit d'évoquer la douleur. Le langage permet d'accéder à une forme différente, plus sophistiquée de communication de la douleur; les enfants deviennent capables de rendre compte de pensées, de ressentis, de sensations associés à la douleur et à d'autres états internes, passés et présents [15]. Or deux obstacles s'opposent à ce que le langage remplisse son rôle. Tout d'abord on remet encore trop souvent en question la douleur des enfants, et on ne leur laisse pas la possibilité de l'exprimer complètement. La plainte et le cri sont souvent considérés comme une exagération, voire une manifestation hystérique de la douleur [16]. D'autre part, plus un objet est abstrait, plus

il est difficile d'en parler, et c'est précisément le problème que l'on rencontre lorsque l'on veut échanger à propos de la douleur, quel que soit l'âge, les mots nous manquent [3].

La douleur est un objet complexe, une expérience sensorielle et affective dont la conception est subjective puisqu'elle dépend des expériences de chacun. C'est la raison pour laquelle l'évaluation de la douleur d'un enfant ne dépend pas uniquement de son niveau de développement intellectuel, car la douleur dont il est question ne saurait se résumer à un concept intellectualisable [17]. De plus il n'existe aucun lexique spécifique à la douleur dans la langue française et l'on est obligé d'utiliser des métaphores, des comparaisons, des images pour tenter de transmettre à l'autre son propre ressenti [5, 15]. Néanmoins, il ne fait aucun doute aujourd'hui que les enfants disposent très tôt de compétences à exprimer et à décrire la douleur [6, 15, 18, 19, 20] y compris lorsqu'ils sont atteints de déficience intellectuelle légère et moyenne [21]. La communication de la douleur a un rôle adaptatif puisqu'elle permet à l'enfant, au fur et à mesure de son développement, d'exprimer ses sensations et donc de protéger sa propre intégrité [15], et l'expression de la douleur s'inscrit dans le dialogue émotionnel qui est la première forme d'échange entre l'enfant et son entourage. Il s'agit alors pour l'adulte et l'enfant de construire un « terrain commun », une dynamique intersubjective assurant le partage de représentations communes [17]. C'est la raison pour laquelle nous considérons comme indispensable la prise en compte du discours qui accompagne toute évaluation objective de la douleur.

### **Un outil symbolique et manipulable**

Les nombreux travaux concernant l'évaluation de la douleur pédiatrique ont montré que l'auto-évaluation semble être la meilleure manière d'appréhender la douleur, puisqu'elle permet à la personne douloureuse d'exprimer son ressenti de façon subjective et unique. Se pose toutefois pour les enfants le problème de l'expression, précisément. Leur immaturité cognitive et langagière les empêche de parler de leur douleur. Selon Chambers et Craig [9], les enfants



semblent éprouver une difficulté à exprimer verbalement l'expérience subjective de la douleur et semblent mieux y réussir grâce à un support graphique. Unruh, McGrath, Cunningham et Humphreys [22] ont d'ailleurs préconisé l'utilisation du dessin dans l'évaluation de la douleur pédiatrique. Il semble également que les enfants préfèrent les échelles de visages, en comparaison avec les autres échelles d'évaluation. Cependant cette échelle présente des spécificités qui peuvent être un frein à sa bonne utilisation, comme par exemple le nombre à la fois limité et peut-être inapproprié de visages.

Champion et ses collaborateurs [8] ont tenté de remédier à ce problème de la surcharge cognitive, tout en gardant le principe de l'échelle des visages et en privilégiant la participation active de l'enfant à son auto-évaluation. Ils ont conçu une version informatique et animée de la *Facial Pain Scale*, la *Sydney Animated Facial Expression Scale* (S.A.F.E.), allant du visage neutre au visage le plus grimaçant. Grâce aux flèches gauche et droite du clavier, l'enfant rend le visage plus ou moins grimaçant, selon qu'il estime avoir « plus mal », « moins mal », ou « aussi mal » que le personnage de base. Les auteurs font l'hypothèse qu'une présentation animée et interactive simplement basée sur les concepts de « plus » ou « moins » devrait aider les jeunes enfants à sélectionner le visage de façon plus appropriée entre les deux extrêmes. Cela allège la surcharge cognitive et l'enfant peut avoir une influence directe sur la manipulation. Cette expérimentation a servi à la validation de la *Facial Pain Scale-Revised* de Hicks et collaborateurs [23]. D'autre part, puisque la sphère sensorielle et la sphère émotionnelle sont deux aspects indissociables et incontournables de la douleur, McGrath et ses collaborateurs [24] proposent d'utiliser une échelle des visages mesurant l'affect de la douleur. Goodenough, von Baeyer et Champion [7], ainsi que Kuttner et Le Page [25] proposent pour leur part d'utiliser deux échelles, une pour l'anxiété et l'autre pour l'intensité, afin d'avoir un panel complet. Mais il semble que cette méthode ne soit pas utilisée.

Il semble aujourd'hui pertinent d'initier l'élaboration d'un outil multidimensionnel, prenant en compte l'aspect sensoriel et l'aspect émotionnel de la douleur, afin de favoriser l'émergence d'un « terrain commun » entre l'adulte évaluateur et l'enfant.

### **Présentation du Portrait-Bobo :**

Le portrait-bobo est un outil multidimensionnel offrant un espace de parole ouvert tant à l'expression de la douleur qu'à celle de la souffrance qui l'accompagne. Il permet à l'enfant de construire lui-même le visage qui correspond le mieux à son état. Ce support symbolique permet également à l'enfant de prendre de la distance avec la sensation douloureuse puisqu'il ne s'agit pas directement de lui. L'enfant est actif dans l'évaluation de la douleur puisque son rôle ne se limite pas à montrer du doigt un visage ou un point sur une flèche. Il s'agit d'instaurer une relation de partenariat indispensable à l'évaluation de la douleur. De plus, ce procédé permet aussi d'échapper au problème de l'existence d'une expression typique de la douleur : ici il ne s'agit pas d'un visage « type » de la douleur mais du visage correspondant le mieux à la subjectivité du patient. Cet outil est inspiré des livres pour enfants dans lesquels on peut attribuer au même personnage différentes têtes, différents bustes et différentes jambes en tournant les pages. Ce principe adapté au visage à la manière d'un portrait-robot se compose de 4 bandes séparées, les sourcils, les yeux, les joues et la bouche. L'enfant peut à sa guise changer les bandes en cliquant dessus (la partie « sourcils » compte 4 bandes; la partie « regard » compte 4 bandes; la partie « joues » compte 3 bandes; la partie « bouche » compte 5 bandes; soit 16 bandes au total, tableau 1). L'enfant peut ainsi exprimer toute une palette de sentiments (4x4x3x5 combinaisons soit 240 combinaisons possibles).

Tableau 1 : Bandes indépendantes composant chaque partie du Portrait-bobo :







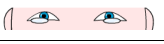









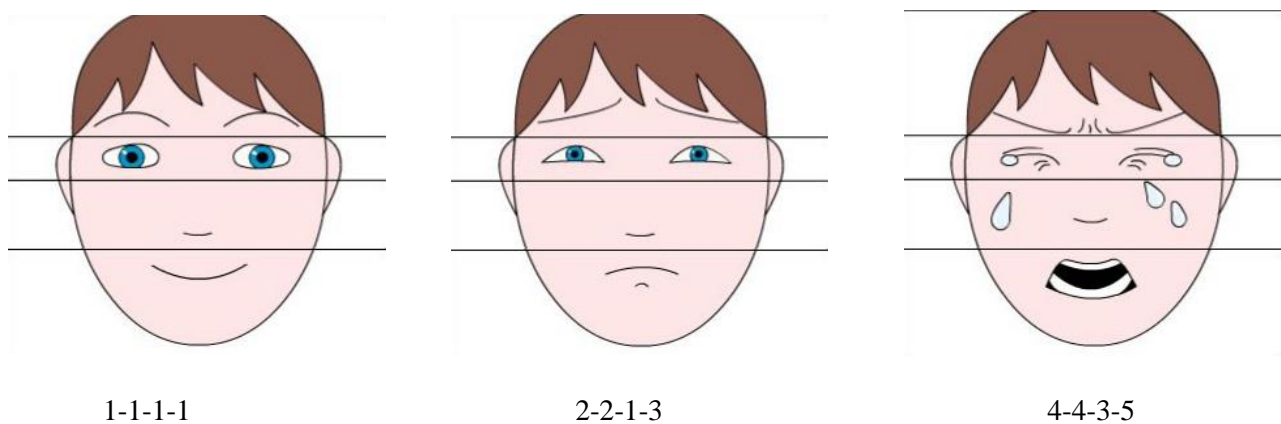
	1	2	3	4	5
<b>Sourcils</b>					-
<b>Regard</b>					-
<b>Joues</b>				-	-
<b>Bouche</b>					

Figure 1 : Exemples d'expressions du Portrait-Bobo et leur cotation :



Le visage de base, coté 1-1-1-1, présente un faciès souriant. Nous avons conservé les expressions faciales telles que le sourire ou bien encore les larmes sur les joues (items 2 et 3 des joues), alors qu'elles sont généralement bannies des échelles des visages, afin de laisser le maximum de possibilité à l'enfant pour exprimer les nuances de sa douleur et de ses émotions.

Le portrait-bobo est présenté dans un format informatique qui présente de nombreux avantages. Cela a tout d'abord une dimension ludique puisque l'enfant n'a qu'à cliquer sur la partie du visage qu'il souhaite changer. L'utilisation est simple et d'ergonomie intuitive. D'autre part on peut très facilement enregistrer le visage produit par l'enfant et le comparer en un clic aux évaluations précédentes à l'aide d'un logiciel basique de dessin. Enfin on peut également

envisager de transférer cet outil sur un ordinateur de poche, ce qui peut être particulièrement approprié à l'utilisation en milieu hospitalier.

Dans cette étude, il s'agit donc de s'interroger sur l'expression verbale de la douleur chez l'enfant douloureux chronique à l'aide d'un outil interactif et ludique, qui sollicite sa participation active et qui associe les dimensions sensorielle et émotionnelle.

## POPULATION

Six enfants ont participé à l'expérimentation. Les trois enfants douloureux (7 ans 8 mois, 8 ans et 16 ans et 10 mois) souffrent d'ostéogénèse imparfaite et sont suivis à l'hôpital Robert Bisson de Lisieux (14100). Ils ont été vus au cours d'une hospitalisation.

Les trois enfants non douloureux (7 ans 8 mois, et deux enfants de 4 ans) ont été vus à leur domicile.

## METHODE

L'évaluation porte sur des douleurs rapportées avec support visuel pour l'ensemble de la population, et les enfants atteints d'ostéogénèse imparfaite ont aussi été évalués sur leur douleur immédiate.

Trois vignettes représentant des situations douloureuses (piqûre, chute et douleur interne) ont été présentées à tous les enfants. Les personnages sont volontairement représentés sans visage afin que les enfants ne soient pas tentés de le « copier ». On leur a demandé d'imaginer le visage des petits personnages représentés à l'aide du Portrait-bobo.

Figure 2 : Les vignettes représentant un geste médical, une chute et une douleur interne



L'addition des numéros de languettes choisies par l'enfant permet d'établir un score pour chaque visage construit. Le visage de base 1-1-1-1 est coté 4, le visage 3-4-2-3 sera coté 12, etc. La cotation maximale est donc de 16 (4-4-3-5).

Dans un deuxième temps, les sujets atteints d'ostéogenèse imparfaite sont invités à produire un visage qui corresponde exactement à leur état immédiat et à expliciter leur choix : *« ce petit garçon / cette petite fille se sent / a mal exactement comme toi tout de suite, j'aimerais que tu me montres quelle tête il / elle fait et que tu m'expliques comment il / elle se sent »*. Le sujet n'est pas invité à s'identifier directement au personnage. Chaque visage est coté selon le procédé cité précédemment.

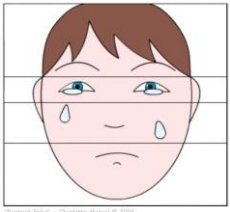


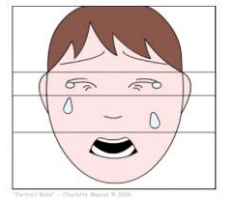
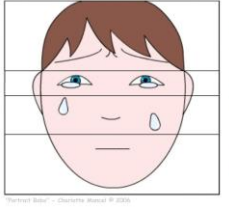
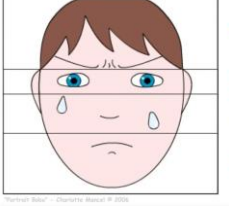
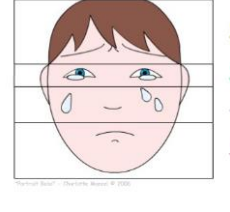
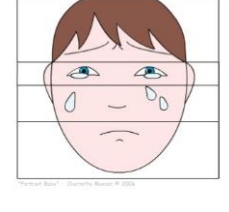
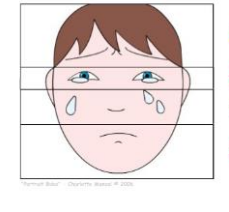
Les enfants ont expérimenté le Portrait-bobo afin d'en comprendre le fonctionnement lors d'une phase préliminaire de prise en main, au cours de laquelle ils étaient libres de manipuler l'outil (cette phase n'a jamais excédé une minute).

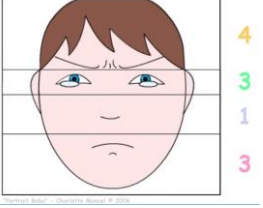
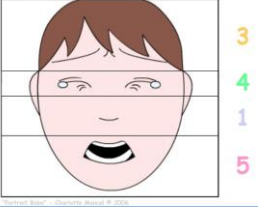
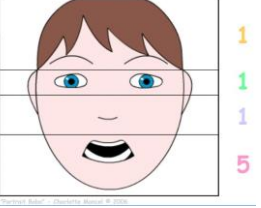
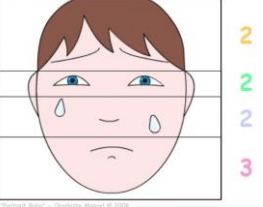
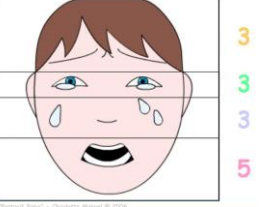
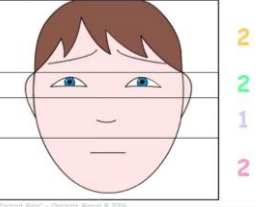
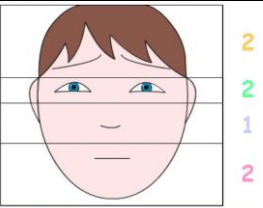
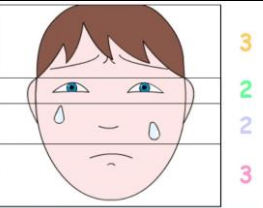
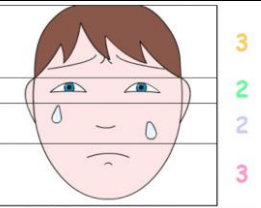
## RESULTATS

La totalité des sujets n'a pas manifesté de difficulté à utiliser le Portrait-bobo. Les six sujets ont répondu positivement concernant la maniabilité, qui s'est avérée intuitive et aisée. La phase préliminaire de manipulation a été suffisante à une bonne compréhension de l'outil.

Tous les visages produits lors des présentations de vignettes représentent des visages douloureux (tableau 2).

Tableau 2 : visages réalisés par les enfants des deux groupes en fonction des vignettes

	âges	piqûre	chute	Douleur interne
Enfants non douloureux	7 ans 8 mois			
	4 ans			
	4 ans			

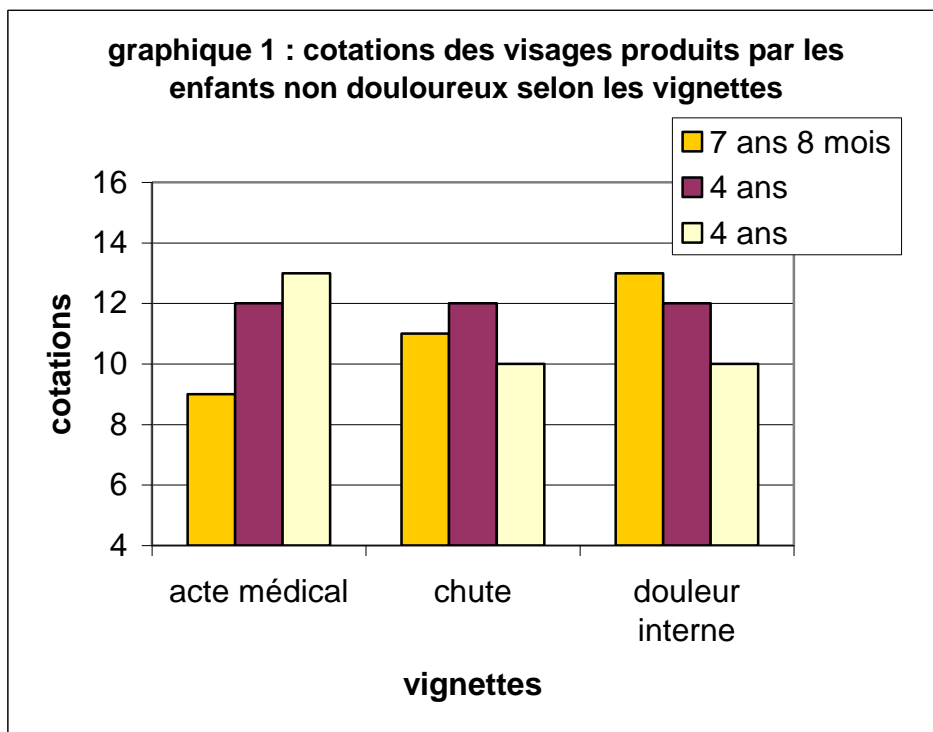
Enfants douloureux	7 ans 8 mois			
	8 ans			
	16 ans 10 mois			

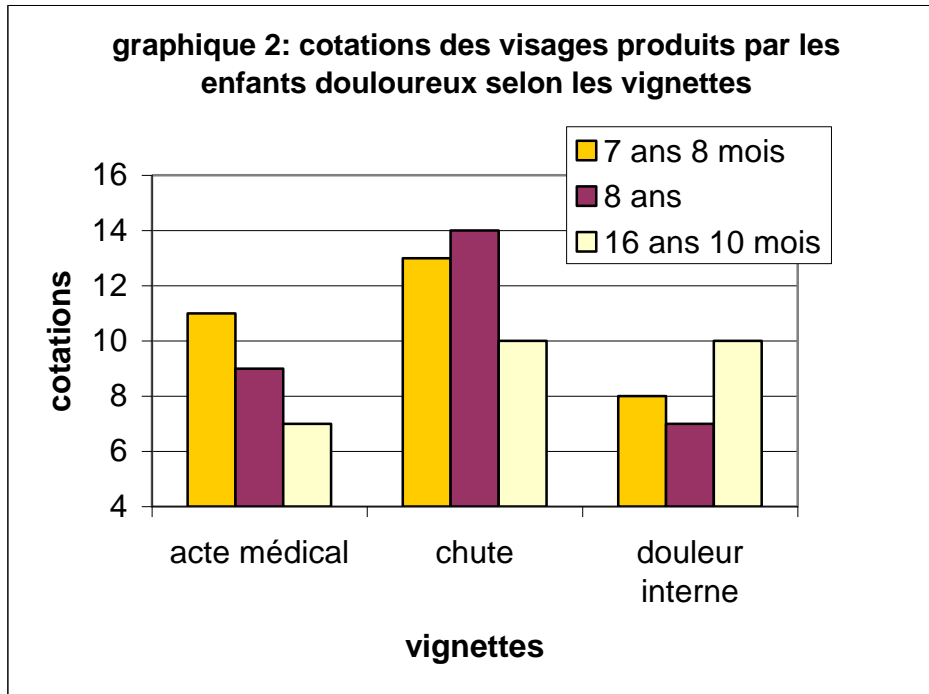
On remarque la grande diversité des visages produits, et ce dans les deux groupes observés. Chez les sujets non douloureux, un sujet (4 ans) a reproduit trois fois le même visage, un sujet du groupe douloureux a reproduit deux fois la même expression faciale. Chez les sujets douloureux, seuls deux enfants ont utilisé la même expression faciale, l'un pour « douleur interne », l'autre pour « piqûre ». Tous les autres visages n'apparaissent qu'une seule fois, ce qui montre que le Portrait-bobo offre un large éventail de choix aux sujets.

Les larmes sont très fréquemment utilisées par les sujets, et ce sans distinction d'âge, de sexe ou de groupe. Pour chaque utilisation de larmes, tous les sujets, y compris les plus jeunes, ont répondu qu'il s'agissait de larmes de douleur. Pour les sujets interrogés, les larmes sont un signe distinctif de la douleur au même titre qu'un signe distinctif de la tristesse, mais aucun amalgame n'est fait entre les deux états.



Chez les sujets non douloureux, les cotations montrent que sur 9 visages produits suite à la présentation des vignettes, aucun n'a obtenu un score inférieur ou égal à la moyenne (10/16). Sur 12 visages produits par les enfants douloureux suite à la présentation des vignettes, 5 visages ont été cotés en dessous de la moyenne (<10/16). La cotation la plus basse est de 7/16. Les 7 autres visages ont obtenu un score supérieur ou égal à la moyenne. Les sujets attribuent bien des visages grimaçants au personnage des situations douloureuses présentées sur les vignettes (graphique 1 et 2), ils utilisent l'outil de façon adéquate, sans cotations extrêmes.





Concernant l'évaluation de la douleur immédiate chez les sujets atteints d'ostéogénèse imparfaite, les enfants semblent s'être inspirés de leur état immédiat. Pour deux d'entre eux (8 ans et 16 ans et 10 mois), la production d'un visage souriant s'est accompagnée de commentaires : « *Parce qu'il est comme moi, que moi j'ai aucun problème* » « *Ben ... Parce que j'ai pas mal, je vais bien* ». L'enfant de 7 ans et 8 mois, quant à lui, a produit un visage grimaçant avec des larmes, il justifie en précisant que le personnage ressent la même chose que lui « *il a mal aux os* », « *mal partout* ».

## DISCUSSION

Ce travail exploratoire concerne la construction et le test d'un outil d'auto-évaluation, le Portrait-bobo, pour évaluer la douleur notamment de l'enfant douloureux chronique. Les six enfants ont tous utilisé facilement et spontanément le Portrait-bobo tant d'un point de vue pratique que conceptuel. Les résultats montrent que les sujets ont produit des visages cohérents avec les situations présentées sur les vignettes ou lorsqu'ils évaluaient leur état immédiat.

Le Portrait-bobo a été conçu avec l'idée de permettre à l'enfant une manipulation active du support. Dans les situations d'évaluation de la douleur, il s'agit bien d'interroger l'enfant sur la sensation douloureuse accompagnée d'une émotion particulière, et non pas sur la conception qu'il se fait de la douleur [17]. En ce sens, l'activité du sujet soutient le discours. Si les enfants parlent peu au cours de l'élaboration du visage, il permet un échange avec l'adulte aussi bien sur l'intensité de la douleur que sur l'état émotionnel du personnage. La manipulation des composantes d'un visage favorise un mécanisme de projection bien connu en psychologie et très fréquemment présent dans le dessin enfantin. Tout comme le dessin, la production du visage prend une valeur narrative. L'identification possible mais non nécessaire de l'enfant au personnage offre aussi la possibilité de marquer une distance avec le sujet lui-même s'il manifeste quelques difficultés à exprimer ce qu'il ressent.

Grâce à son grand potentiel, cet outil permet la production de visages très nuancés et donc de marquer le lien indissociable entre douleur et souffrance. L'enfant peut tout aussi bien produire un visage qui correspond à un état émotionnel particulier sans nécessairement être associé à la douleur. Cela souligne l'importance de l'entretien qui accompagne l'évaluation de la douleur. Comme cela a été remarqué auprès d'adolescentes atteintes de polyarthrite juvénile précoce, le dialogue permet la construction d'un « terrain commun » entre l'enfant et l'adulte qui offre alors la possibilité d'évoquer des aspects de la douleur absents des outils d'évaluation

[26]. Par définition, les enfants souffrant de douleurs chroniques vivent quotidiennement leur douleur de façon dynamique, c'est-à-dire en relation avec des situations particulières, ce qui lui donne une signification singulière. Chacune de ces « tonalités douloureuses » ne modifie ni l'intensité, ni la nature de la douleur, par contre elle influence de manière importante son aspect qualitatif, et c'est bien cette dimension que le Portrait-bobo a l'ambition de cerner.

Lorsque le dialogue concerne un phénomène complexe comme la douleur et qu'il engage les partenaires dans une relation asymétrique (un adulte soignant et un enfant douloureux), le décalage est double : l'adulte est un expert de l'évaluation et dispose de connaissances professionnelles sur le phénomène en question ; l'enfant, lui, doit communiquer une expérience subjective afin de partager avec l'adulte une représentation de la douleur. Cela suppose une interprétation de part et d'autre. C'est la raison pour laquelle un outil comme le Portrait-bobo trouve sa place. En effet, c'est un outil d'évaluation proposé par l'adulte dans un contexte spécifique, mais il appartient à l'enfant de lui donner une signification qui rende compte d'un phénomène singulier et subjectif. Le résultat de la production devient alors un objet commun susceptible de porter les représentations des uns et des autres. La position de chacun des partenaires dans l'interaction devient alors symétrique quant à la genèse d'une représentation commune.

## CONCLUSION

Le Portrait-bobo semble être un outil pertinent pour l'auto-évaluation de la douleur pédiatrique chronique. En effet les résultats, en dépit du faible effectif, semblent indiquer que les sujets se servent correctement de l'outil et sont en mesure de distinguer l'aspect émotionnel de l'aspect sensoriel. D'autre part le nombre élevé de combinaisons possibles permet aux enfants d'exprimer une palette étendue de nuances, ce que ne permettent pas d'autres échelles. Les sujets font spontanément appel à leurs propres expériences pour construire et justifier les visages, ce qui semble montrer la dimension projective du matériel. Le Portrait-bobo paraît donc être un bon médiateur entre l'adulte et l'enfant douloureux, dans la co-construction d'un terrain commun de compréhension, et ce aussi bien avec un enfant jeune, dont le niveau de développement cognitif et langagier ne favorise pas l'expression d'un phénomène comme la douleur, qu'avec un adolescent qui peut éprouver des difficultés à exprimer ce qu'il ressent. L'objet fondamental de cet outil est la prise en compte de la singularité et de la subjectivité de chacun face à la douleur. Il reste à conduire les études pour son développement et sa validation.

## Références

- [1] Gauvain- Piquard A, Pichard-Léandri E. Particularités de la douleur chez l'enfant. In Saint-Maurice C. ed. La douleur : diagnostic, traitement et prévention. Paris, Ellipses ; 1995 : 32-40.
- [2] Twycross A, Moriarty A, Betts T. Prise en charge de la douleur : une approche multidisciplinaire. Paris : Masson 2002.
- [3] Gauvain- Piquard A. La douleur physique chez le jeune enfant. Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 1997 ; 4(5) : 172-179.
- [4] von Baeyer C.L., Marche T., Rocha E., Salmon K. Children's memory for pain: Overview and implications for practice, J Pain, 2004 ; 5(5) : 241-249.
- [5] Jacquet D, Bienvenu M. Approche développementale pour une étude psycholinguistique de l'expression verbale de la douleur chez l'enfant. Enfance. 2006 ; 1 : 85-99
- [6] Varni JW, Thompson KL, Hanson V. The Varni/Thompson pediatric pain questionnaire. Pain, 1987 ; 28(1) : 27-38.
- [7] Goodenough, B, von Baeyer CL, Champion GD Facial expression and the self-report of pain in children. in Katsikitis M. Ed. The Human Face: Measurement and Meaning. The Netherlands, Kluwer Academic Press ; 2002 : 189-214.
- [8] Champion GD, Goodenough B, von Baeyer CL, Warwick T. Measurement of pain by self-report, in Finley G.A. and P.J McGrath eds. Progress in pain research and management. Seattle, IASP Press ; 1997 : 123-160.
- [9] Chambers CT, Craig KD. An intrusive impact of anchors in children's faces pain scales. Pain, 1998 ; 78(1) : 27-37.
- [10] Gauvain-Piquard A. Neghal H. L'évaluation de la douleur chez l'enfant : comparaison entre l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation. L'observatoire de la douleur, 1999 ; 10(5) : 11-13.

- [11] Bieri D. Reeves RA. Champion GD. Addicoat L. Ziegler JB. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children : development, initial validation and preliminary investigation for ratio scales properties. *Pain*, 1990 ; 41 : 139-150.
- [12] Wong DL. Baker CM. Pain in children: comparinon of assessment scales. *J Pediatr Nurs*, 1988 ; 14(1) : 9-17.
- [13] Gross AL. Ballif B. Children's understanding of emotion from facial expressions and situations: A review. *Developmental Review*, 1991 ; 11 : 368-398.
- [14] Zempsky WT. Cravero JP. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. *Pediatrics*, 2004 ; 114 : 1348-1356.
- [15] Craig KD, Stanford EA, Fairbairn NS, Chambers CT. Emergent pain language communication competence in infants and children. *Enfance*, 2006 ; 1 : 52-71.
- [16] Brenot P. Les mots de la douleur. Bordeaux : L'esprit du temps 1992
- [17] Zabalia M. Autoévaluation de la douleur : la théorie de Jean Piaget comme cadre interprétatif de l'expression de la douleur chez l'enfant : mise au point et perspectives. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2005 ; 4(7) : 176-181.
- [18] Ross DM, Ross SA. Childhood pain : the school-aged child's viewpoint. *Pain*, 20 ; 1984 : 179-191.
- [19] Jerret M, Evans K. Children's pain vocabulary. *J Adv Nurs*, 1986 ; 11 : 403-408.
- [20] Zabalia M, Jacquet D. Effet du contexte sur la conception de la douleur chez l'enfant. *Douleurs*, 2004 ; 5(4) : 203-207.
- [21] Zabalia M. Jacquet D. Breau LM. Rôle du niveau verbal sur l'expression et l'évaluation de la douleur chez des enfants et adolescents déficients intellectuels. *Douleur et Analgésie*, 2005 ; 2 : 65-70.

- [22] Unruh A. McGrath PJ. Cunningham SJ. Humphreys P. Children's drawings of their pain. Pain, 1983 ; 17 : 385-392.
- [23] Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale - Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain, 2001 ; 93 : 173-183. [24] McGrath PA. Deveber LL. Hearn MT. Multidimensional pain assessment in children. Adv Pain Res Ther, 1985 ; 9 : 387-393.
- [25] Kuttner L. Le Page T. Face scales for the assessment of pediatric pain : a critical review. Canadian Journal of Behaviour Science, 1983 ; 21 : 191-209.
- [26] Zabalia M. Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur. Enfance, 2006 ; 1 : 5-19.