LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE POLYHANDICAPEE

Dr Philippe Pernes - Pédiatre -Centre Antoine de St Exupéry 62880 Vendin le Vieil - Septembre 2022

1.INTRODUCTION

L'enfant polyhandicapé présente des atteintes organiques multiples, fréquemment responsables de douleurs qu'il a peu de possibilités de nous communiquer.

L'existence de phénomènes douloureux fait partie du quotidien de ces jeunes et va ponctuer leur parcours à un moment ou à un autre de leur vie. La prise en charge de la douleur constitue donc une priorité et doit faire l'objet d'un questionnement permanent dans la réalisation de chaque geste de la vie courante.

Elle est une priorité car elle est un préalable obligatoire à toute prise en charge, qu'elle soit de nursing, éducative ou rééducative car elle peut bloquer un processus relationnel déjà limité.

Elle est une obligation bien sûr légale mais surtout éthique : le respect du jeune polyhandicapé, sa reconnaissance en tant que personne et être humain à part entière passe aussi et peut être et surtout par la reconnaissance et la prise en compte de sa souffrance.

Différentes enquêtes montrent que la douleur de l'enfant en général – à fortiori celle du petit enfant et des personnes non communicantes - est encore sous-estimée, sous-évaluée et sous-traitée, et ce par méconnaissance des moyens d'évaluation, déni de certains professionnels voire parfois des parents, frilosité à l'emploi de médicaments de palier 3 et fausses croyances persistantes : il est encore malheureusement parfois fait un amalgame entre nécessité de maturation ou d'intégrité du système nerveux central et perception de la douleur. Or il est prouvé que les tout-petits et les personnes polyhandicapées souffrent au contraire d'un déficit de modulation du message douloureux en raison de systèmes de régulation immatures ou lésés et d'absence d'intégration cérébrale de la signification de leur douleur : la douleur est donc chez eux plus globale et s'accompagne d'une composante anxieuse majeure.

2. PREVALENCE

Il n'existe pas d'étude précisant la fréquence de la douleur chez la personne polyhandicapée ou PIMD, à la différence de celles portant sur la Paralysie cérébrale et/ou la déficience intellectuelle. En ce qui concerne l'enfant, la seule étude prenant en partie en compte le polyhandicap ou le PIMD (« Profound Intellectual and Multiple Disabilities ») est celle de P.Stallard (2001) portant sur un nombre réduit d'enfants (34) Chez l'adulte, celle de P Gallien dont une partie des personnes présentant un Paralysie Cérébrale peuvent appartenir au polyhandicap. L'annexe 1 résume 3 enquêtes de prévalence.

3. QUELQUES ELEMENTS DE PHYSIO PATHOLOGIE

- 3.1. L'aspect pluridimensionnel de la douleur : elle comporte quatre composantes :
- **Composante sensitive**: mécanisme neurophysiologique assurant la détection du stimulus douloureux et l'analyse de ses caractères d'intensité, de localisation et de qualité : ce que sent la personne
- Composante affective et émotionnelle : connotation désagréable, pénible, rattachée à la perception douloureuse, pouvant aboutir à des états affectifs plus différenciés tels que l'anxiété ou la dépression : ce que ressent la personne
- **Composante cognitive** : ensemble de processus mentaux susceptibles de moduler le vécu de la douleur : phénomène d'interprétation de la situation, références à des expériences passées, vécues ou observées.
- Composante comportementale : ensemble des manifestations observables :
- . physiologiques (phénomènes végétatifs par exemple : rougeur, tachycardie..),
- . verbales (plaintes, gémissements),
- . motrices (postures, attitude antalgique, mobilité ou agitation, limitation des activités ...)

3.2. Douleur aigue et chronique (Annexe 2)

Par le fait de sa persistance, une douleur initialement simple symptôme (douleur signal d'alarme) peut se modifier et devenir un syndrome à part entière (douleur maladie).

La douleur aiguë donne lieu à tout un cortège de signes bruyants et visibles, tant émotionnels que directs : hurlements, cris, pleurs, agitation, gestes de protection, variations végétatives et comportementales brutales. Les symptômes sont présents dès la naissance et ne sont pas spécifiques de la douleur ni proportionnels à son intensité : anxiété, colère, protestation entraînent les mêmes réactions. Il est donc difficile de passer à côté d'une douleur aiguë.

Dès que la douleur dure, les signes vont se modifier et une douleur qui dure ne peut plus être appréhendée simplement comme une douleur aiguë qui persiste : 48 heures peuvent suffire en cas de douleurs très intenses pour aboutir à un stade de douleur maladie : l'intensité des signes émotionnels et directs diminue, la personne cesse de se plaindre, s'économise, se replie sur lui-même. L'analyse de la séméiologie retrouve alors les positions antalgiques (au repos, lors des mouvements), avec des raideurs plus ou moins diffuses, des gestes de protection de la zone douloureuse. A l'examen clinique, la mobilisation est douloureuse. En quelques jours s'installe une séméiologie pseudo-dépressive, celle de l'atonie psychomotrice : faciès figé, inexpressif, voire hostile. Dans les bras l'enfant est raide, se rejette en arrière, ne se blottit pas. L'impression perçue est alors d'une absence d'émotion avec une baisse du désir de communiquer. Le jeu disparaît. Ce tableau a été décrit initialement en cancérologie pédiatrique

3.3. Mécanismes de la douleur

La théorie de la « porte » ou « gait control » (Annexe 3) : de manière très simplifiée: au niveau de la moelle, le message douloureux (fibres de la douleur dites fibres nociceptives) est freiné par le mécanisme inhibiteur des grosses fibres sensitives véhiculant les informations tactiles : par exemple, lorsque l'on se cogne le coude, le premier réflexe est de se frotter la zone douloureuse avec la main : l'excitation des fibres tactiles va freiner le message douloureux au niveau de la moelle.

Le message douloureux est également freiné au niveau médullaire par l'action des contrôles inhibiteurs descendants d'origine cérébrale.

Ce mécanisme de la « porte » permet de comprendre les 2 grands mécanismes de la douleur (Annexe 4)

- A l'état d'équilibre (annexe 4.1), le message douloureux est totalement inhibé par les sensations tactiles: le système excitateur (fibres douloureuses) est équilibré par le système inhibiteur (fibres tactiles)
- Lorsque le système inhibiteur est débordé par un système excitateur trop important, la douleur est perçue (Annexe 4.2) Du fait de l'intensité du stimulus douloureux, les mécanismes freinateurs sont débordés. Il s'agit de ce que l'on appelle les douleurs par excès de nociception ou douleurs nociceptives. Ce sont les douleurs les plus fréquemment rencontrées (voir plus loin).
- Lorsque les fibres tactiles sont détruites, il n'y a plus aucune freination et la douleur est ressentie(Annexe 4.3). L'exemple le plus révélateur est celui du membre fantôme : après une amputation, la destruction des fibres sensitives peut entrainer des douleurs pendant plusieurs mois. Idem dans le cas de polynévrites, notamment alcooliques, dans lesquelles la prise d'alcool entraine une destruction progressive des fibres sensitives. Il s'agit de ce que l'on appelle les **douleurs neuropathiques** ou douleurs neurogènes ou douleurs de déafférentation. Elles ont une symptomatologie clinique particulière (voir plus loin) et sont importantes à dépister, car ne sont pas soulagées par les mêmes médicaments que les douleurs nociceptives

4. LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR

L'on retrouve chez la personne polyhandicapée les mêmes types de douleur que chez la personne « ordinaire »

4.1. LES DOULEURS PAR EXCES DE NOCICEPTION

Elles sont dues à une stimulation excessive des récepteurs à la douleur, qu'ils soient cutanés, musculaires, articulaires, viscéraux, etc. : les fibres de la douleur sont excités fortement ou longtemps par des :

- processus lésionnels ou tumoraux,
- processus inflammatoires : ex abcès, douleur dentaire...
- processus ischémiques
- stimulations mécaniques importantes : fracture, distension viscérale ou étirement musculo-ligamentaire.

Il s'agit du fonctionnement normal du système sensoriel activé par un excès de messages, une hyperstimulation.

4.2. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

On appelle douleur neuropathique toute douleur survenant lorsqu'il existe une lésion totale ou partielle des nerfs sensitifs afférents, soit au niveau des racines, de la moelle ou du tronc cérébral

Signes cliniques:

- Douleurs « en éclair » »fulgurantes », brutales, intolérables (coups de poignard, décharges électriques), déclenchées par un stimulus non douloureux ou spontanées sur fond douloureux chronique
- À l'examen : diminution ou disparition de la sensibilité dans le territoire
- sensation douloureuse à l'effleurement : au maximum enfant « intouchable »

Très importantes à connaître car leur traitement est spécifique

4.3. LES DOULEURS PSYCHOGENES : douleur « fonctionnelle » liée au dysfonctionnement du système neuro psychique: diagnostic d'élimination

4.4. LA SOUFFRANCE MORALE

A ne pas confondre avec la précédente. Ex : souffrance d'un deuil, d'une séparation.....

Majorent et sont majorées par les autres douleur.

5. EVALUATION DE LA DOULEUR

« Le regard posé sur la personne polyhandicapée est probablement le plus puissant des antalgiques » Cette belle phrase entendue lors d'un colloque ou lue dans une publication — que son auteur veuille m'excuser de ne pas avoir retenu son nom - donne toute son importance au terme de regard, dans le sens de porter son attention, et croire en la plainte douloureuse, mais aussi et surtout regarder, observer, examiner car c'est sur ces éléments d'observation qu'il sera possible d'évaluer la douleur.

5.1. LES DIFFICULTES DE L'EVALUATION

Cette évaluation est difficile chez ces personnes sans langage verbal significatif et aux possibilités de communication limitées

L'expression de la **composante sensitive de la douleur** (description de la douleur en mots précis) ne pourra donc pas être explorée. L'interrogatoire des parents et de l'entourage revêt ici une importance primordiale.

L'existence de lésions neurologiques pourra de même diminuer ou empêcher l'expression d'un langage corporel. La possibilité de troubles du comportement et de la personnalité pourra aussi altérer la compréhension de modifications comportementales liées à la douleur.

L'on s'attachera donc chez ces personnes :

- ⇒ à l'étude de la composante anxieuse (CA) ou émotionnelle de la douleur = pleurs, mimiques, gémissements...),
- ⇒ à la recherche de **signes directs de la douleur (SDD)** : attitude antalgique, protection des zones douloureuses, réactions de défense…)
- ⇒ à l'analyse par l'interrogatoire de l'entourage des **altérations psychomotrices (APM)** décrites chez l'enfant par Madame GAUVAIN PICARD sous le terme d'atonie psychomotrice, et qui se traduisent chez l'enfant polyhandicapé plutôt par une régression psychique et une exacerbation des manifestations psychotiques.

5.2. LES SIGNES D'ORIENTATION : Analyse d'un comportement inhabituel

L'existence d'une douleur est à rechercher lors de l'interrogatoire des proches et par **l'observation minutieuse** d'une personne qui ne communique pas verbalement afin de rechercher des modifications inhabituelles de son comportement. Certains signes pris séparément (exemple : les pleurs), ne sont pas forcément spécifiques de la douleur, mais leur association devient significative. C'est tout l'intérêt des échelles qui regroupent ces signes avec la possibilité d'établir des scores de douleur.

5.2.1. Signes d'alerte

- Mimique, facies inquiet ou grimaces
- Pleurs, cris, gémissements
- Ressenti des soignants et de parents et proches : » il (elle) n'a pas son comportement habituel »

5.2.2. Signes directs de la douleur. :

- réaction de défense à l'examen d'une zone douloureuse,
- protection des zones douloureuses (lorsque cela leur est possible),
- attitude antalgique spontanée
- 5.2.3. Signes psychiques (comportement relationnel): atonie psychomotrice (douleur chronique), avec:

■ Atonie motrice

- disparition de l'initiative motrice : gestes rares, absence d'initiative
- latence et lenteur des mouvements : mouvements effectués de la manière la plus économique possible
- réduction de la mobilité spontanée, réduite aux seules extrémités
- Atonie psychique : sujet triste et prostré
 - désintérêt pour le monde extérieur voire indifférence quasi-complète. Disparition de toute activité exploratoire dans environnement.
 - altération de la capacité à réagir : la réaction aux soins douloureux est atténuée.
- Apparition ou accentuation des manifestations psychotiques : agitation, bruxisme , mérycisme, auto et hétéro agressivité....
- 5.2.4. Signes neurologiques: augmentation de la spasticité, de la dystonie, recrudescence des crises épileptiques.
- 5.2.5. Signes digestifs : Refus alimentaire, crainte de manger, réflexe de mordre: origine endo buccale ou digestive à rechercher en priorité
- 5.2.6. Signes orthopédiques : Refus d'une posture après quelques temps (position assise prolongée sans report de poids possible), ostéoporose (attention aux fractures souvent diagnostiquées avec retard)
- 5.2.7. Signes neurovégétatifs. Rougeur, chaleur, tachycardie....sueurs traduisant la composante physiologique de la douleur
- 5.2.8. Troubles du sommeil : troubles de l'endormissement, réveils nocturnes..

5.3. EXAMEN CLINIQUE: 4 grands points:

- Regarder : observer la personne au repos, en activité, en interaction affective... noter la position qu'elle choisit, qu'elle conserve obstinément, ou si elle recherche fébrilement une position antalgique.
- Regarder la personne pendant le jeu, pendant le déshabillage Intérêt majeur de la vidéo.

Ecouter : interrogatoire des parents et des soignants.

- Dialoguer: dialogue corporel et relationnel dont le but est de pouvoir examiner en toute liberté et en toute sérénité la personne
- Rechercher :

Examen clinique si possible à deux. L'un garde un contact ludique et empathique avec la personne, l'autre l'examine avec douceur.

→ exploration de la sensibilité par toucher léger : effleurement avec un objet familier (petite peluche chez l'enfant) afin de repérer les zones hyperalgiques. Puis palper superficiel local, puis pression douce des masses musculaires, puis les os. Examen articulaire passif voire actif si possible.

Rechercher de plus des modifications du pouls ou de la respiration.

- → exploration de la motricité * spontanée repérée auparavant.
- * exécution de manœuvres plus complexes

5.4. EVALUATION PAR ECHELLES D'HETEROEVALUATION

- 5.4.1. Pourquoi utiliser une échelle d'hétéro évaluation ? L'évaluation de la douleur sans outil spécifique variera d'une personne à l'autre, notamment pour des raisons affectives. Une échelle :
 - Permet une évaluation objective d'un phénomène subjectif
 - Permet l'évaluation de l'intensité initiale de la douleur et la visualisation de la diminution de cette intensité après la mise en place de moyens, médicamenteux ou non
 - Représente un outil validé, standardisé, reproductible (évaluation à des moments différents)
 - Constitue un outil commun à tous les personnels, ceux-ci utilisant le même langage

- Oblige à penser à la douleur et à la réévaluer

5.4.2. Quand l'utiliser

- Devant toute douleur, même si elle paraît évidente, elle donne une indication précise sur l'intensité initiale de la douleur avant traitement (vie quotidienne, rééducation...).
- Devant un comportement anormal de l'enfant pouvant traduire une douleur (troubles du comportement, automutilation, hétéro-agressivité...), voire augmentation des manifestations épileptiques.
- Pour la réévaluation régulière d'un traitement médicamenteux ou non.
- Lors de tout soin présumé douloureux : permet de vérifier l'efficacité de la prémédication.
- En post opératoire
- Avant une consultation multidisciplinaire avec le chirurgien orthopédiste : la douleur peut être un des éléments de décision. La réalisation pendant 3 ou 4 jours d'une grille toutes les 8 heures apportera des éléments objectifs au chirurgien.
- Avant une consultation du médecin de rééducation ou à sa demande.
- 5.4.3. Comment l'utiliser : en équipe, ou au moins en binôme.

5.4.4. Les différentes grilles d'évaluation

- la **DESS** (Douleur Enfant San Salvadour ou échelle d'hétéro évaluation de San Salvadour) : l'échelle de référence. Publiée en 1993 par Patrick Collignon et Jean Charles Combes, elle permet d'évaluer tout type de douleur aigue ou chronique chez l'enfant, l'adolescent mais aussi l'adulte polyhandicapé. Elle propose 10 items répartis en 3 groupes : signes directs de la douleur (3 items), composante anxieuse de la douleur (3 items) et altérations psychomotrices (4 items). Chaque item est côté de 0 (manifestation habituelle) à 4 (manifestation extrême). La cotation est effectuée de manière rétrospective sur 8 heures avec cotation maximum si variation dans le temps. La douleur est certaine pour un score égal ou supérieur à 6/40. Elle nécessite l'établissement pour chaque personne d'un dossier de base indiquant le comportement habituel de la personne. (annexe 6)
- l'**EDAAP** (Expression de la Douleur chez l'adulte et l'adolescent polyhandicapé) est un compromis entre la DESS et L'échelle Doloplus. Elle présente 11 items côtés de 0 à 3,4 ou 5 (Score total 41, douleur si score > à 7/41) . Elle nécessite également l'établissement pour chaque patient d'un dossier de base douleur.
- Les autres échelles utilisables chez la personne polyhandicapée (voir tableau comparatif en annexe 5) Elles sont toutes téléchargeables avec leur mode d'utilisation sur internet (voir bibliographie)
 - la GED-DI (Grille d'Evaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle) adaptation française de la NCCPC (Non Communicating Children's Pain Checklist) s'adresse aux enfants et adolescents de 3 à 18 ans ne pouvant s'exprimer verbalement en raison d'un déficit cognitif ou autistes. Elle ne nécessite pas de dossier de base douleur, mais est longue à remplir (30 items)
 - la PPP (Pediatric Pain Profile ou Profil de Douleur Pédiatrique) est destinée aux enfants et adolescents de 1 à 18 ans porteurs de handicaps neurologiques non communicants. Elle comporte 20 items côtés de 0 à 3 . Elle requiert un dossier de base
 - La FLACC modifiée (Face, Legs, Cry, Consolability) est une adaptation française au handicap de l'échelle américaine. Elle s'adresse habituellement au post opératoire et aux soins. Simple, rapide, elle n'est cependant pas spécifique du polyhandicap et de faible sensibilité .Elle s'adresse uniquement aux douleurs aigues (voir Annexe 8)
 - la DOLOPLUS 2 est conçue pour les personnes âgées non communicantes. Il n'y a pas à notre connaissance d'étude sur son emploi dans le domaine du polyhandicap, mais est utilisée par certaines équipes. Elle nécessite également la réalisation d'un dossier de base douleur.
- **5.4.5.** Laquelle choisir: en priorité la DESS voire l'EDAAP, spécifiques du polyhandicap. Afin qu'elles soient utilisées couramment, il est nécessaire que l'ensemble du personnel soit formé à son utilisation, et qu'un dossier

de base douleur soir réalisé en équipe et avec les parents. Dans ces conditions, moins de 5 minutes suffisent à remplir une DESS. La NCCPC est intéressante pour un soignant ne connaissant pas l'enfant. La FLACC révisée est souvent employée en milieu hospitalier en raison de sa facilité et sa rapidité de remplissage

5.5. EVALUATION PAR PARAMETRES PHYSIOLOGIQUES.

La variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) corrèle avec le tonus du système nerveux autonome et a été utilisée pour évaluer des stimuli nociceptifs. Le PhysioDoloris™ (MDoloris Medical Systems SAS, Lille, France) est un moniteur qui a été développé pour convertir par un algorithme la VFC en une échelle numérique (Analgesia Nociception Index ou ANI)). Cet outil a été étudié avec différents stimuli chirurgicaux sous anesthésie générale chez l'adulte. Une valeur d'ANI proche de 100 correspond à un tonus parasympathique prédominant (bas niveau de stress, analgésie) et une valeur proche de 0 correspond à un tonus sympathique prédominant (haut niveau de stress, nociception). Chez des patients éveillés il existe une relation linéaire négative entre l'ANI et les scores de douleur.

Son applicabilité chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale, notamment non communiquant, fait l'objet d'une étude pilote (Avez Couturier 2015), chez 40 patients de 6 à 18 ans présentant une PC accueillis en SSR (douleur aigue lors d'injections de toxine et douleur récurrente pendant les séances de kinésithérapie lors de manœuvres d'étirement).

D'autres méthodes d'évaluation neurophysiologiques restent également encore du domaine de la recherche.

6. CAUSES DE DOULEUR

Le diagnostic étiologique est souvent difficile, surtout dans les douleurs chroniques, du fait de l'intrication des pathologies présentées par ces enfants, entraînant un véritable cercle vicieux.

Pour pouvoir le rompre, il faudra s'attacher à reconnaître la pathologie initiale, et aboutir à un diagnostic de la cause, ce qui n'est pas toujours évident

6.1. DOULEURS EN RAPPORT AVEC LE POLYHANDICAP LUI MÊME

6.1.1. DOULEURS NOCICEPTIVES

Les plus fréquentes sont les douleurs musculo squelettiques et les douleurs d'origine digestive (80,7% des douleurs pour Anne HUNT 2004) en sachant qu'il est tout à fait licite de traiter une douleur pour laquelle aucune étiologie n'aura été retrouvée

- troubles neuro-orthopédiques (douleurs d'une luxation de hanche, liées aux rétractions, à l'immobilité
- crampes, paresthésies, points de pression
- ostéoporose, pouvant entrainer des fractures de diagnostic souvent retardé.
- Douleurs d'origine digestive, constipation, reflux, dilatation gastrique...
- Douleurs d'origine neurologique : spasticité, dystonie majeure, hypertension intracrânienne, inconfort lié à certains types de crises épileptiques.
- Une place particulière doit être faite à l'inconfort et aux douleurs liés aux troubles de déglutition, constants dans le polyhandicap.
- Il faut garder à l'esprit la possibilité de douleurs d'origine stomatologique ou dentaire, ORL, ophtalmologique, cutanée, urinaire (rétention aigue d'urine, lithiase parfois d'origine iatrogène),
- en rapport avec une sous-hydratation chronique
- douleurs secondaires à des automutilations.
- 6.1.2. DOULEURS NEUROPATHIQUES : elles doivent toujours être évoquées. Elles sont relativement fréquentes et d'autant plus sous-estimées que l'enfant est petit ou présente des difficultés de communication. Elles sont souvent recherchées dans les encéphalopathies progressives car elles font partie de leur symptomatologie propre, mais elles sont loin d'être absentes des signes des encéphalopathies dites fixées. La caractérisation de ces douleurs est très importante car leur traitement est spécifique. Elles se manifestent par un fond douloureux permanent sur lequel surviennent des douleurs aigues très violentes (appelées fulgurances) se

traduisant chez la personne polyhandicapée par de brusques sursauts ou des épisodes de dystonie aigue inexpliqués. L'examen clinique permet de retrouver de façon tout à fait anormale des douleurs au simple effleurement de différentes parties du corps.

Les douleurs peuvent également être mixtes.

6.1.3. DOULEUR ET SOUFFRANCE D'ORIGINE PSYCHOLOGIQUE : elle doit toujours être évoquée. Importance d'un accompagnement psychologique, d'un travail avec les familles et les aidants.

6.2. DOULEURS LIEES AUX SOINS

Essentiellement soins de la vie quotidienne, dans le sens de »prendre soin de » (« care » : toilette, habillage, changes, transferts, mobilisations, positionnements, mise en place des appareillages, alimentation, soins de bouche. Leur traitement est avant tout préventif, nous obligeant continuellement à repenser nos habitudes.

Les gestes infirmiers (soins de gastrostomie, aspirations, pansements, soins post opératoires, prélèvements, doivent être aussi prévenus (EMLA, MEOPA,...) et évalués.

Les soins rééducatifs, notamment la kinésithérapie, se doivent d'utiliser des méthodes les moins agressives possibles et peuvent faire recourir à la prescription anticipée d'antalgiques.

7.TRAITEMENT

Une fois les douleurs reconnues et évaluées, la prise en charge de la grande majorité de ces douleurs passe d'abord par la **prévention**, car il ne faut pas penser que la prescription d'antalgiques résume à elle seule la prise en charge de la douleur chez l'enfant polyhandicapé: le traitement doit avant tout tendre à éviter l'apparition de pathologies potentiellement douloureuses, en visant à améliorer constamment le confort physique et moral de l'enfant, son bien-être et sa qualité de vie.

Lorsque les moyens préventifs utilisés s'avèrent insuffisants, il est tout à fait licite de prévenir ou de calmer les douleurs par des moyens médicamenteux (traitement symptomatique) et essayant toujours de trouver un équilibre entre soulagement et maintien des capacités cognitives et sociales de la personne traitée.

7.1. TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Ces traitements antalgiques devant être, comme c'est la règle, employés à doses suffisantes avec utilisation de médicaments adaptés à l'intensité et au type de la douleur.

Les règles de prescription – respect des 3 paliers de l'OMS et des recommandations de l'AFSSAPS (2009)-s'appliquent bien entendu à la personne polyhandicapée.

Certaines particularités doivent être prises en considération lors de la prescription d'antalgiques :

- . Sujet poly médicamenté : attention aux interactions médicamenteuses.
- . Encombrement respiratoire : il ne constitue pas une CI formelle aux morphiniques sous réserve d'un respect strict des règles de prescription.
- . Effets secondaires digestifs : constipation, donc renforcement des mesures hygiéno diététiques et médicamenteuses ou non
- visant à lutter contre la constipation.
- . Voies d'administration : toujours préférer la voie orale à la voie rectale, ou la voie sous cutanée. La voie IM est à éviter.
- . Les effets secondaires des traitements au long cours ne sont pas toujours bien connus : nécessité de réévaluer régulièrement les traitements.

La classification des médicaments antalgiques a longtemps été représentée par la classification en 3 paliers de l'OMS (Annexe 7). Une nouvelle classification est actuellement employée, reposant sur les mécanismes et sur les sites d'action des antalgiques. Cette classification, plus complexe, a le mérite d'être plus exhaustive (Annexe 8

7.1.1. Traitement des douleurs nociceptives (dont les douleurs liées aux soins) Les trois paliers de l'OMS

- Le palier I : Antalgiques non morphiniques dits périphériques : 2 classes de médicaments réservés aux douleurs légères: le paracétamol et les anti inflammatoires non stéroïdiens. Les AINS doivent être utilisés avec prudence chez les enfants polyhandicapés en raison de la fréquence des reflux gastro œsophagiens .La prescription doit être associée à celle d'IPP. L'aspirine ne doit plus être employée chez l'enfant en raison d'effets secondaires pouvant être gravissimes et de sa limitation de prescription dans certaines viroses infantiles.

- -Le Palier II : Antalgiques morphiniques centraux faibles : réservés aux douleurs moyennes à fortes : essentiellement la Codéine (enfant de plus de 12 ans HAS 2016) et le Tramadol
- -Le Palier III : Antalgiques morphiniques centraux puissants : Douleurs fortes. Encore sous employée chez l'enfant à fortiori polyhandicapé : assimilation à une dépendance, à la fin de vie...Morphine et Fentanyl

7.1.2. Traitement des douleurs neuropathiques :

Gabapentine en première intention (10 à 30 mg/kg/jour) ou anti dépresseur type Amitriptylline (0,3 à 1mg/kg/jour en une prise le soir (1 goutte / kg/Jour pour les formes buvables). Le Tégrétol a un moindre niveau de preuve d'efficacité. La Prégabaline n'a pas d'AMM chez l'enfant. L'efficacité du Clonazepam, notamment en cas de fulgurances, n'est pas prouvée.

L'emploi des morphiniques n'est indiqué qu'en cas de douleurs mixtes.

- 7.1.3. Traitement des douleurs d'origine psychologique. Il s'agit souvent d'un diagnostic d'élimination, qui doit faire l'objet d'un avis psychiatrique.
- 7.1.4. Autres traitements médicamenteux : antispasmodiques (Phloroglucinol), myorelaxants (Benzodiazépines, Baclofène)
- 7.1.5. Traitements particuliers
- 7.1.5.1. Traitement de la spasticité :
 - Emploi de la toxine botulique chez la personne polyhandicapée : Il s'agit d'une technique éprouvée chez l'enfant IMC, notamment sur certains groupes musculaires. La toxine peut se révéler utile chez la personne polyhandicapée, notamment chez le petit enfant afin de faire diminuer la spasticité - donc la douleur – et espérer retarder l'échéance chirurgicale.
 - pompe à Baclofène dont les indications restent encore assez rares dans le cadre du polyhandicap de même que certaines méthodes neurochirurgicales.
- 7.1.5.2 Traitement de l'ostéoporose par l'emploi des Biphosphonates : son emploi reste réservé au traitement des ostéoporoses avérées, normalement après une première fracture, avec des résultats encourageants.
- 7.1.5.3. Traitement de la dystonie, d'un RGO....
- 7.1.6. Traitements médicamenteux utilisée en prévention
- -Anesthésiques locaux :
 - Mélange lidocaïne prilocaïne : EMLA : les anesthésiques locaux en crème ou patch doivent être systématiquement employés en cas de prélèvement sanguin, ponction lombaire, soins d'escarre...
 - Emplâtre de lidocaïne : VERSATIS 5% en cas de douleur neuropathique avec zone précise d'allodynie
- -MEOPA: Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote est encore insuffisamment utilisé en institution et en dentisterie. Il ne possède pourtant que peu de contrindications et d'effets secondaires. Il est rapidement anxiolytique (1 mn) et procure rapidement (4mn) une analgésie de surface. Il est indiqué pour les injections de toxine botulique, les soins d'escarre, les soins dentaires, les soins post opératoires, la petite chirurgie superficielle, les fractures avant immobilisation, mais aussi les toilettes particulièrement douloureuses

7.2.TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

7.2.1. Thérapeutiques physiques

- .Techniques de kinésithérapie
- x Massages, toucher massage: attention aux douleurs neuropathiques, exacerbées par ces techniques
- ¤ Physiothérapie : thermothérapie, cryothérapie, balnéothérapie, électrothérapie, vibrothérapie, lasers et champs magnétiques, méthodes de relaxation....
- ¤ Rééducation proprement dite : mobilisation passive, mobilisation active aidée, contractions statiques et isométriques, postures...
- 7.2.2. Pratiques des soignants, éducateurs et rééducateurs : Rôle préventif essentiel des techniques d'alimentation, de transferts, d'installations et postures, toilette (importance des protocoles) : rassurer, calmer, consoler...

Méthodes de distraction: rôle majeur de la parole :, chanter une chanson, parler à l'enfant++, raconter une histoire, faire jouer une marionnette, manipuler des objets..... musicothérapie

Relaxation et bio feed-back : rôle majeur pour l'enfant polyhandicapé du Snoezelen++

7.2.3. Autres approches

Les approches cognitivo-comportementales, l'hypnose, la sophrologie, sont d'emploi plus difficile chez l'enfant polyhandicapé. Il n'existe pas de preuves scientifiques à l'efficacité de l'acupuncture.

8. CONCLUSION

La douleur représente un problème majeur chez la personne polyhandicapée. L'observation est capitale et l'utilisation d'une échelle d'hétéro évaluation indispensable. Il est essentiel d'en retrouver la cause, sinon un traitement d'épreuve est tout à fait licite.

Le traitement est surtout préventif, le traitement symptomatique est d'abord non médicamenteux. Le traitement médicamenteux doit être adapté au type de la douleur et prescrit à doses efficaces

« Toute modification du comportement clinique, affectif, social d'un enfant polyhandicapé, à condition qu'elle puisse être observée en plusieurs temps et par plusieurs, est hautement suspecte de signaler une douleur jusqu'à preuve du contraire ». M. MENIER

BIBLIOGRAPHIE

PNDS (Projet National de Diagnostic et de Soins) Générique polyhandicap. Mai 2020. Chapitre 2.5 Douleur pages 33 à 37. Rédaction Pernes P. Avez Couturier J. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3187081/fr/generique-polyhandicap

HAS: Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant: alternatives à la codéine Recommandation de bonne pratique. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2010340/fr/prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-chez-l-enfant-alternatives-a-la-codeine - Mis en ligne le 25/2/2016

AFSSAPS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant (2009) Disponible sur internet : https://www.pediadol.org/IMG/pdf/Afssaps_argum..pdf

Avez-Couturier J, Joriot S, Peudenier S, Juzeau D. La douleur chez l'enfant en situation de handicap neurologique : mise au point de la commission « déficience intellectuelle et handicap » de la Société Française de Neurologie Pédiatrique

Archives de Pédiatrie 2018 ; 25 : 55-62

Avez-Couturier J, Wood C. Douleur chez l'enfant. Rev Prat Med Gen 2014;920:329-34

Avez Couturier J. Evaluation de la douleur par analyse des variations du tonus parasympathique : applicabilité chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale. Journées de la Fondation motrice. Paris, 13 et 14 Mars 2015

Avez-Couturier J, De Jonckheere J, Jeanne M, Vallée L, Cuisset JM, Logier R. Assessement of procédural pain in children using Analgesia Nociception Index: a pilot study. Clin J Pain 2016;32(12):1100-1104

Beucher A. Douleur et handicap de l'enfant .Motricité cérébrale 2012;33 : 97-100

Breau LM, Camfield CS, MC Grath PJ and al. The incidence of pain in children with severe cognitive impairment. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:1219-26

Collignon P. Guisano B., Jimeno MT. Une échelle d'hétéro évaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. In Gauvain Picard A., Murat I., Pons G., La douleur chez l'enfant, échelles d'évaluation, traitements médicamenteux. Springer Verlag ed. Paris 1993, 11-20

Collignon P., Guisano B., Jimeno MT., Combe JC., Thiriion X., Porsmoguer E. Validation statistique d'une échelle d'hétéro évaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. Journée d'étude ATDE, UNESCO Paris, 21 Janvier 1994

Davies D, Evans L. Assessing pain in people with profound learning disabilities. Br J Nurs. 2001;10 (8):513-6

Duivenvoorden HJ, Tibboel D, Koot HM, Van Dijk M, Peters JWB.Pain assessment in profound cognitive impaired children using the checklist pain behavior: Is item reduction valid? .Pain, 126 (1–3) (2006), pp. 147-154

Duhart MP., Moncoucy F., Rondy F., (Hopital marin AP-HP de Hendaye). L'expression de la douleur chez l'adulte et de l'adolescent polyhandicapé. Douleur provoquée par les soins. 5^{ème} journée du CNRD. Palais des arts et des congrès, Issy les Moulineaux, 15 Octobre 2010, p 24à 26

Fournier-Charrière, E. Douleur chez la personne polyhandicapée [Présentation PowerPoint DIU 2014-2015]. Accès http://www.douleurs.org/wp-content/uploads/2015/04/Douleur-enfant-polyhandicap%C3 %A9-EFC-DU-Haiti2015.pdf

Fournier Charrière E. Comment prescrire les antalgiques. Réalités Pédiatriques 167 (2012) p38-42

Gallien P., Nicolas B., Dauvergne F., Petrilli S., Duruflé A., Houedakor J., Robineau S. Douleur chez l'adulte atteint de paralysie cérébrale. Motricité Cérébrale 30 (2009) p 103-107

Grimond Rolland E., La douleur de la personne polyhandicapée. La reconnaitre, l'évaluer, la traiter. In « la personne polyhandicapée. La connaitre, l'accompagner, la soigner. Dunod ed.2021, p 841-851

Hunt A and al. Clinical evaluation of the Pediatric Pain Profile? Developpemental Medecine and Child Neurology 2004; 46: 9-18

Joras M.

Alternative à la codéine, les recommandations de la Haute Autorité en Santé. Médecine et enfance Mai Juin 2016, 147-150

Jutand MA, Gallois A,Leger J, Pambrun E, Rondy F, Belot M, Marrimpoey P. Echelle EDAP: validation statistique d'une grille d'évaluation de l'expression de la douleur chez les adultes ou adolescents polyhandicapés. Motricité Cérébrale 2008; 29: 93-100

Pernes P., La prise en charge de la douleur chez la personne polyhandicapée. In « vivre et grandir polyhandicapé » Dunod ed.2010 p 118-130

Pernes P. et l'équipe du CLUD du centre Antoine de St Exupéry de Vendin le Vieil Evaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. L'expérience du centre Antoine de St Exupery. Douleur provoquée par les soins. Actes des 5èmes journées du CNRD. Palais des Arts et des Congrès, Issy les Moulineaux, 15 Octobre 2010, p 12 à 23

Poppes P, van der Putten AA, ten Brug A, Vlaskamp C. Staff attributions of the causes of challenging behaviour in children and adults with profound intellectual and multiple disabilities. Res Dev Disabil. 2016;48:95-102

Poppes P, van der Putten AJ, Post WJ, Vlaskamp C. Risk factors associated with challenging behaviour in people with profound intellectual and multiple disabilities. J Intellect Disabil Res. 2016;60:537-52.

Rondi F., Marrimpoey P., Belot M., Gallois A., Leger J., Pambrun E., Jutand M-A. Echelle EDAAP 1. La douleur de la personne polyhandicapée: la comprendre et évaluer ses spécificités par une échelle . Motricité Cérébrale 2008 ;29 : 45-52

Stallard P and al. Pain in cognitively impaired, non communicating children. Arch Dis Child 2001;85:460

Tordjman S, Etude des conduites auto agressives, de la réactivité à la douleur et de leur inter-relations chez les enfants autistes. L'encéphale 1999 ;25 :122-134

Van der Putten A, Vlaskamp C. Pain assessment in people with profound intellectual and multiple disabilities; a pilot study into the use of the Pain Behaviour Checklist in everyday practice. Res Dev Disabil. 2011;32:1677-84.

Zabalia M.

Intérêt et limites des échelles d'évaluation de la douleur chez l'enfant en situation de handicap. Motricité Cérébrale, 2012, 33 :62-67

Sites internet échelles douleur

DESS: https://www.pediadol.org/echelle-douleur-enfant-San.html

EDAAP: https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/grille%20edaap.pdf

FLACC: https://www.pediadol.org/IMG/pdf/FLACC_handicap.pdf

NCCPC ou GED DI: https://www.pediadol.org/echelle-NCCPC-non-communicating.html

DOLOPLUS: http://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-fr.pdf

PPP: https://www.pediadol.org/PPP-Pediatric-Pain-Profile.html

Voir également :

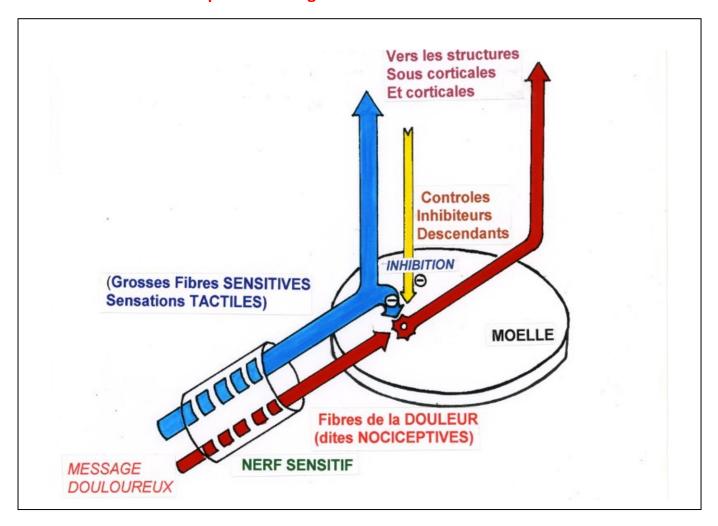
• Fiches douleur Handi connect : https://handiconnect.fr/fiches-conseils/douleurs-de-la-personne-dyscommunicante-les-reperer-les-evaluer

• Site Pédiadol : pediadol.org

Annexe 1 .Trois enquêtes sur la prévalence de la douleur							
	P.Stallard 2001	LM Breau 2003	P Gallien 2009				
Population	34 enfants – Age moyen 9.4 ans	94 enfants et ados de 3 à 18 ans	258 adultes				
étudiée		Age moyen 10.1an	Age moyen 37 ans				
Déficiences	Déficience intellectuelle sévère sans langage	Déficience intellectuelle	Paralysie Cérébrale				
	verbal/	modérée à profonde	Gross Motor Function				
	18 Atteinte SNC fixée	Paralysie cérébrale : 44 sur 94	Classification System (GMFM):				
	7 encéphalopathies progressives		43% de niveau 4 ou 5				
	9 : altérations chromosomiques		Non Marchants 35%				
Période	Etude prospective sur 2 semaines	Etude rétrospective sur 4	Etude rétrospective sur				
d'étude		semaines en 1 an	plusieurs années				
Résultats	73.5 % > à 1 épisode douloureux dont 84% > ou = à	78 % > à 1 épisode douloureux	82 % > à 1 épisode				
	5 jours séparés	Durée moyenne > à	douloureux				
	Durée74 épisodes > à 30 mn	9heures/semaine	- 40% quotidiennes				
			- 28% hebdomadaires				
			- 22% mensuelles				
			73% duraient depuis > à 1				
			an				
Cause des	Non Précisée	30% Accidentelles	Musculo squelettiques				
douleurs		22% d'origine digestive	essentiellement				
		20% d'origine infectieuse					
		19% d'origine musculo squelettique					
Moyens	Questionnaire aidants. Classification en	Aidants ; Utilisation de l'échelle	Questionnaire aidants				
utilisés	douleurs faibles, modérées ou sévères	NCCPC					
Traitement	Aucun enfant n'était traité	Non Précisé	Non Précisé				

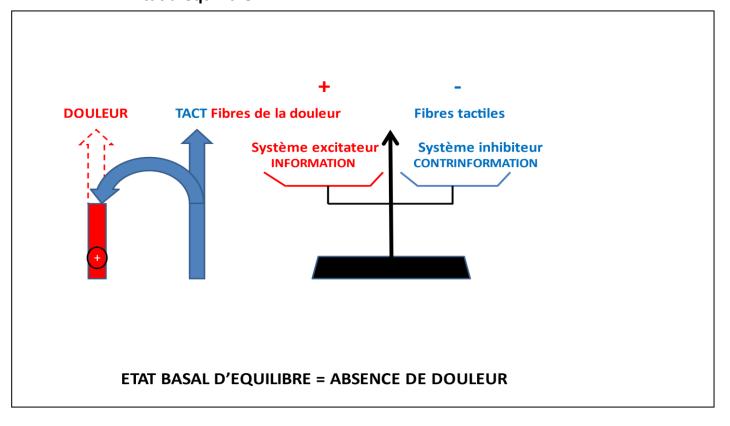
Annexe 2 Douleur	Douleur aiguë (symptôme)	Douleur chronique (maladie)	
aigue/chronique			
Finalité biologique	utile,	inutile,	
	protectrice,	destructrice,	
	signal d'alarme	maladie à part entière	
Mécanisme générateur	uni factorielle (traumatisme par exemple)	plurifactoriel	
Réactions neurovégétatives	réactionnelles	habituation ou entretien	
Composante affective	anxiété	dépression (adulte) ou atonie	
		psychomotrice (enfant)	
Modèle de compréhension	médical classique	Pluridimensionnel "somato-psycho-social"	

Annexe 3 Théorie de la » porte « ou » gait control »

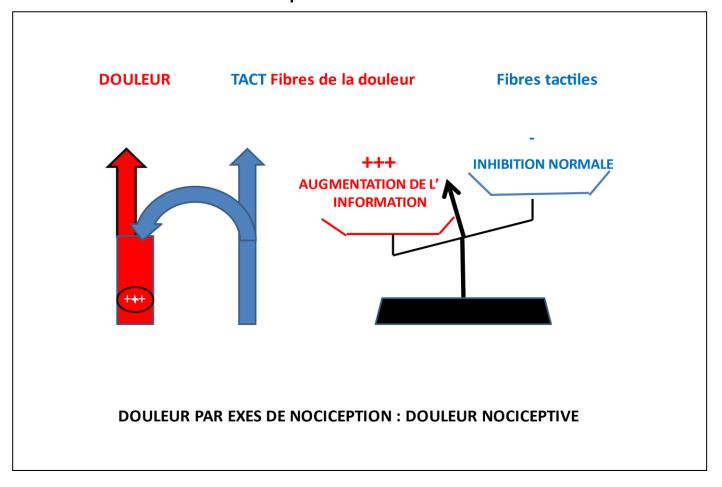


Annexe 4 : Différents types de douleur

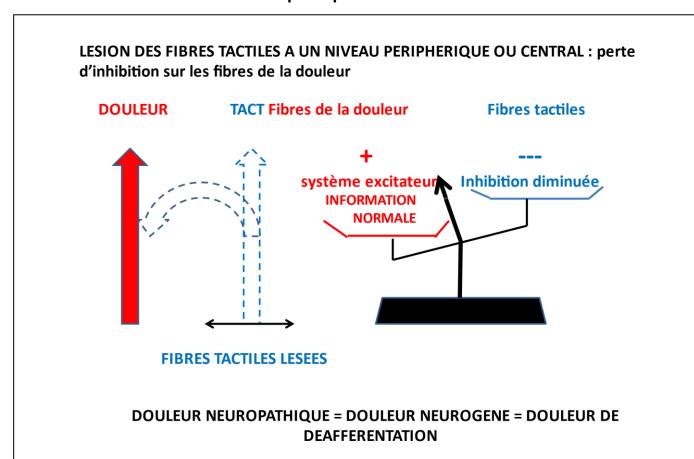
4.1 Etat d'équilibre



4.2 Douleur nociceptive



4.3 Douleur neuropathique



Echelle	Population visée	Age	items	Douleur	Temps de remplissage	Dossier de base	Remarques
DESS Echelle Douleur Enfant San Salvadour	polyhandicap	Enfant mais applicable l'ado et l'adulte	10 côtés de o à 4	Douleur si = ou > 6/40	5 min pour une équipe formée	Oui	La seule vraiment conçue pour le polyhandicap Nécessité d'avoir un dossier de base douleur Plutôt douleurs chroniques
EDAAP Expression de la Douleur Adulte et Adolescent Polyhandicapé	Polyhandicap	Adulte et ado	11 Cotés de 0 à 3, 4 ou 5	Douleur si >7 /41	5 à 10 mn	Oui	Compromis DESS/Doloplus Nécessité d'avoir un dossier de base douleur
NCCPC Non Communicating Children's Pain Checklist = GED-DI Grille d'Evaluation Douleur – Déficience Intellectuelle	Patient ne pouvant s'exprimer verbalement en relation avec un handicap cognitif. Enfants autistes inclus dans sa validation	De 3 ans à l'âge adulte	-30 cotés de 0 à 3 Score de 0 à 90 -27 en post op. (score de 0 à 81 car 3 items en moins)	6 à 10 douleur légère >11 : Douleur moyenne à sévère	5 à 10 mn	Non	Pas de nécessité d'avoir un dossier de base douleur Inconvénients : longue Plutôt douleurs aigues
DOLOPLUS 2	Personne non communicante	Personne âgée	10 items en 3 groupes Cotés de 0 à 3	Douleur si >5/30	Quelques mn	Oui	Nécessité d'avoir un dossier de base douleur
FLACC Modifiée (Face Legs Activity Cry Consolability) version française modifiée pour les enfants handicapés	Prévue pour la douleur post opératoire et liée aux soins	validée de 2mois à 7 ans, Utilisable de la naissance à 18 ans	5 items cotés de 0 à 2 Score d 0 à10	1-3 = léger inconfort 4-6 = dl modérée 7-10 = dl intense ou inconfort majeur	1 à 2 mn	Non	Simple, rapide mais peu spécifique du polyhandicap. Version anglophone validée en post op Version française modifiée pour les enfants handicapés et autistes Sensibilité faible
PPP (Pediatric Pain Profile) = Profil de Douleur Pédiatrique	Enfants porteurs de handicaps Neurologiques sévères non communicants	1 à 18 ans	20 items cotés de 0 à 3 Score de 0 à 60	Si >14 = douleur modérée à sévère	5 à 10 mn	Oui	Nécessité d'avoir un dossier de base douleur

Annexe 6 : DESS : l'échelle, la fiche de notation et le dossier de base douleur

ECHELLE DOULEUR ENFANT SAN SALVADOUR

La cotation est établie de façon rétrospective sur 8 heures et selon le modèle suivant :

- Manifestations habituelles
- Modifications douteuses
- Modification présente 2
- 3 Modification Importante
- Modification Extrême

En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un ITEM est dépourvu de signification pour le patient étudié, il est coté au niveau zéro.

accès de larmes).

- 0 : Se manifeste comme d'habitude
- 1 : Semble se manifester plus que d'habitude
- 2 : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes 2 : Baisse de l'intérêt, doit être sollicité potentiellement douloureux
- 3 : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels
- 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané l'environnement ou accès de pâleur)

ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à 0 : Manifestations habituelles l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent 2 : Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes une réaction motrice que l'on peut interpréter comme une réaction de défense).

- 0 : Réaction habituelle
- 1 : Semble réagir de façon inhabituelle
- 2 : Mouvement de retrait indiscutable ou inhabituel
- 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement
- 4 : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs

ITEM 3: Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux).

- 0 : Se manifeste comme d'habitude
- 1 : Faciès inquiet inhabituel
- 2 : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux
- 3 : Mimique douloureuse spontanée
- 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)

ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact).

- 0 : Réaction habituelle
- 1 : Semble redouter le contact d'une zone particulière
- 2 : Protège une région précise de son corps
- 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement
- 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs

ITEM 5 : Gémissement ou pleurs silencieux (gémit au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente).

- 0 : Se manifeste comme d'habitude
- 1 : Semble plus geignard que d'habitude
- 2 : Geint de façon inhabituelle
- 3 : Gémissements avec mimique douloureuse
- 4 : Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs

ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans ITEM 6 : intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent).

- 0 : Se manifeste comme d'habitude
- 1 : Semble moins intéressé que d'habitude
- 3 : Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations
- 4 : Etat de prostration tout à fait inhabituel

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour

ITEM 7: Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyperextension...).

- 1 : Semble plus raide que d'habitude
- potentiellement douloureux
- 3 : Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse
- 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs

ITEM 8 : Capacité à interagir avec l'adulte (communique par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité).

- 0 : se manifeste comme d'habitude
- 1 : Semble moins impliqué dans la relation
- 2 : Difficultés inhabituelles pour établir un contact
- 3: Refus inhabituel de tout contact
- 4 : Retrait inhabituel dans une indifférence totale

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication.

ITEM 9 : Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non).

- 0: Manifestations habituelles
- 1 : Recrudescence possible des mouvements spontanés
- 2 : Etat d'agitation inhabituel
- 3 : Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse
- 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs

ITEM 10 : Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager)

- 0 : Position de confort habituelle
- 1 : Semble moins à l'aise dans cette posture
- 2 : Certaines postures ne sont plus tolérées
- 3 : Soulagé par une posture inhabituelle
- 4 : Aucune posture ne semble soulager

FAIRE LE TOTAL:

A partir de 2, il y a un doute A partir de 6, la douleur est certaine

Centre de soins Antoine de Saint Exupéry VENDIN-LE-VIEIL

NOM:

DATE DE NAISSANCE :

CHF		\sim				
 ('H =	1 N=	1711	Λ I I	1 1/ 11	 	ı

DATE DE DEBUT DE COTATION :

DATE DE FIN DE COTATION:

PRENOM:

POIDS:

- Actions mises en place (ex/ Changements de position, médicaments...) (ou mesures prises)

- Commentaires -

UNITE:												
Motif de remplissage :												
COTATION DATE :		ОТАТ	ION									
	4											TOTAL
PERIODE D'OBSERVATION :	3											
	2											:
OBSERVATEUR (S)	1											
:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
EPISODE(S) DOULOUREUX :												ITEMS
- Circonstances et durée :								TI	RAITE	MENT	LORS	DE LA COTATION :
- Actions mises en place (ex/ Chanç	gemer	nts de	posit	tion, r	nédic	amen	ts) ((ou me	esures	s prise	es)	
- Commentaires -												
COTATION DATE :	4	COTAT	TION									TOTAL
PERIODE D'OBSERVATION :	3											
	2											
OBSERVATEUR (S):	1											
	•	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
EPISODE(S) DOULOUREUX		,	۷	3	4	J	U	,	0	3	10	ITEMS
								_				
- Circonstances et durée								TI	RAITE	MENT	LORS	DE LA COTATION
- Actions mises en place (ex/ Chanç	nemer	nts de	nosit	ion r	nédic:	amen	its) ((ou me	ecure	nrise) (2)	
Notions mises on place (ox onang	gerrier	no de	, poon		ilouio	umon	,	(ou m	35 GI 60	, prioc	.5)	
On an analysis and												
- Commentaires -												
COTATION DATE :		OTAT	ION								1] TOTAL
	4											TOTAL
PERIODE D'OBSERVATION :	3											
	2											
OBSERVATEUR (S):	1											
EPISODE(S) DOULOUREUX :		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ITE	MS
- Circonstances et durée								TI	RAITE	MENT	LORS	DE LA COTATION :

DOSSIER DE BASE DOULEUR

NOM: PRENOM: SERVICE: EXAMINATEUR	Date : Date 1 ^{ère} mise à jour : Date 2 ^{ème} mise à jour :
(1) L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances ?	
Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?	
(2) Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manip Si oui, lesquelles (sursaut, accès toniques, tremblements, agitation, évitement	
(3) L'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?	
(4) Est-il capable de se protéger avec les mains ? Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?	
(5) S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?	
(6) S'intéresse-t-il à l'environnement ? Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?	
(7) Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ? Si oui, dans quelles circonstances ? (donner des exemples)	
(8) Est ce qu'il communique avec l'adulte ? Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?	
(9) A-t-il une motricité spontanée ? Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés ?	
Si oui, s'agit-il de mouvements occasionnels ou d'une agitation incessante ?	
(10) Quelle est sa position de confort habituelle ?	
Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?	

Classe	Générique	Spécialité	posologie	Effets secondaires	remarques
Palier 1	Paracétamol	Dafalgan poudre à 80,	E : 60 mg/kg/j	Réactions cutanées	
Antalgiques		150 et 250mg	en 4 prises	allergiques,	Dès la naissance
périphériques		Dafalgan 500mg ou 1g	A : jusqu'à 4g/j	hépatotoxicité aux	
				doses supra	
				thérapeutiques	
	Ibuprophène	Nurofenpro sol.	E: 20 à 30mg/kg/j en 3	Digestifs	
		Buvable à 20mg/ml	prises	(précautions ++ si	Enfant > 3mois
		Nurufen cp 200 et	A : maxi 3 cp à 400mg/j	RGO), allergiques,	
		400 mg		neurologiques	
Palier 2	Codeïne	Codenfan sirop	E:3 à 6 mg/kg/jour	Ceux des opiacés mais	E > 12 ans. Après inefficacité
Morphiniques		Dafalgan Codeine (500mg de	A:1à2cpX3à4/j	moindres, surtout	du palier 1.Jamais après
centraux		paraacétamol et 30 mg de		nausées, constipation,	amygdalectomie ou
faibles		codeine)		somnolence, vertiges	adenoïdectomie
	Tramadol	-Topalgic	1 à 2 mg/kg/prise x 3	Ceux des opiacés mais	AMM à partir de 3
		→ sol.buvable	à 4 fois/jour	moindres surtout	ans
		1gtt=2,5mg		nausées,	
		→ gel à 50 et	A : Max 400 mg/j en 4	vomissements,	
		100mg	à 6 prises	impression de malaise	
Palier 3	Morphine à	-Oramorph			
Analgésique	libération	sol.buvable à 2,5	1 prise toutes les 4		
s centraux	immédiate	mg/goutte et unidoses	heures		
puissants		de 10, 30, 100mg	Dose entretien: 1	Constipation à prévenir	A et E > 6 mois
		-Actiskénan gélules à	mg/kg/jour	par adjonction de PEG	Hors AMM dès la
		5, 10 et 20 mg		Effets Ilaires	naissance
		-Sevredol cp à 10 et		neurologiques, prurit,	
		20mg		bradycardie, rétention	
	Morphine à	-Skenan gélules à 10,		urinaire	
	libération	30, 60, 100 et 200 mg	2 prises par jour		
	prolongée	-Moscontin cp à 10,			
		30, 60, 100 mg			
	Fentanyl	Durogesic patch à 12, 25,	12 microg/h	Ceux des	A et E > 2 ans
		50, 75, 100μg/heure	correspondent à 30	morphiniques	
		1 patch / 72 heures	mg/24 h de Morphine		

Annexe 8 ANTAL	GIQUES - NOUVELLE CLASSIFIC	CATION (suivant leur mécanisme d'action)
ANTALGIQUES ANTI NOCICEPTIFS	Douleurs nociceptives	Palier I : Paracétamol – AINS Palier II : Codeïne Palier III : Morphine, Oxycodone (Oxynorm ®), Fentanyl (Durogésic ® transdermique et autres présentations), Hydromorphone (Sophidone®)
ANTALGIQUES ANTIHYPERANALGESIQUES	Douleurs neuropathiques centrales ou autres situations avec hyperalgésie	Antagoniste NMDA: Kétamine (Kétalar®) Néfopam (Acupan®) Antiépileptiques: Gabapentine (Neurontin®), Prégabaline (Lyrica®), Lamotrigine (Lamictal®)
MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS	Douleurs neuropathiques	Antidépresseurs tricycliques (type Amitriptilline = Laroxyl®) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSNA) : Venlafaxine (Effexor®), Duloxétine (Cymbalta®)
MODULATEURS DE LA TRANSMISSION ET DE LA SENSIBILISATION PERIPHERIQUE	Douleurs neuropathiques périphériques	Anesthésiques locaux : Lidocaïne, Capsaïcine (Zostrix®, Zostrix LP®) Antiépileptiques : Carbamazépine (Tégrétol®), Oxcarbazépine (Trileptal®), Topiramate (Epitomax®)
ANTALGIQUES MIXTES	A la fois douleurs nociceptives et neuropathiques	Tramadol (Topalgic®, Contramal®) Tapentadol (Palexia et Palexia LP®)
INHIBITEURS DE LA DEGRADATION DES ENDORPHINES	Etudes de phase 2	I
D'après Lussier D. Beaulieu P. IASP	Press, Pharmacology of pain, 2010 et Bled D. 20	15

Annexe 9 : Quelques adresses et renseignements utiles

- Consultation douleur enfant: CHRU de Lille, Hôpital Jeanne de Flandre. Chef de pôle Dr
 Brigitte NELKEN. Prise de consultation (à la demande des parents ou d'un professionnel)
 20 44 55 75 ou consdouleur.enfant@chru-lille.fr
- Equipe multidisciplinaire avec médecins neuropédiatres, psychologue, anesthésiste, pédopsychiatre, puéricultrice. Également au GHICL (Hôpital St Vincent)
- **-Equipe Ressource Régionale de soins palliatifs pédiatriques** : ERRSPP EIRENE : CHRU de Lille, Hôpital Calmette 03 20 44 62 25. <u>eirene@chru-lille.fr</u>. Site <u>www.eirene.chu-lille.fr</u> Equipe comportant pédiatres, IDE coordinatrice, puéricultrice, coordinatrice, psychologue