

La douleur de l'enfant et de l'adolescent non communicant : PC et polyhandicap. Place de l'évaluation.

Françoise Le Madec MKDE (Altygo 22)

DIU « Rééducation en développement de l'enfant, infirmité cérébrale et polyhandicap »

DIU « Douleur aiguë et chronique de l'enfant . Soins palliatifs pédiatriques. »

Déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Pourquoi s'intéresser à la douleur de l'enfant ?

1- *Parce que les études nous montrent qu'ils ont mal:*

Fondation motrice 2009 : Paralyse cérébrale: Présente dans 60 % des cas chez les 8/12 ans , 69 % chez les 13 /17, corrélée à la sévérité des déficiences et entraînant une dégradation de qualité de vie

HAS : Recommandations 2021 : « présente dans 70 % des cas, non évaluée et non prise en charge »

Pourquoi s'intéresser à la douleur de l'enfant ?

2- Parce que la douleur est à la fois une sensation, une émotion et une expérience cognitive

- Impact sur la santé, la qualité de vie, les capacités relationnelles, d'apprentissage, de communication...
- « la douleur peut influencer négativement les procédures de rééducation » Conférence de consensus italienne en neuro réhabilitation 2016
- La lutte contre la douleur doit donc faire partie intégrante du projet de l'enfant et l'adolescent.
- « La douleur prend une place prééminente dans la vie quotidienne et empêche non seulement l'action mais même la planification de projets tant que l'on ne parvient pas à l'enrayer d'une manière ou d'une autre. ». (MF Délyon).

Pourquoi s'intéresser à la douleur de l'enfant ?

3 – Pour Répondre aux directives des pouvoirs publics

- *Plan Kouchner 1998 (circulaire n° - 586)* HAS décembre 2012
- *Loi du 4 mars 2002*
« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée ».
art L 1110.5 du code de la santé publique
art L 1112.4 du code de la santé publique
- *Charte de l'enfant hospitalisé*
- *HAS : décembre 2012, Janvier 2022 Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*
- *Programme de lutte contre la douleur 2006/2010* (enfants et personnes handicapées)

Pourquoi s'intéresser à la douleur de l'enfant ?

4- Parce-qu'elle est mal connue, sous évaluée et sous traitée

« Marcher, parler, participer et être heureux »...Or les jeunes ont dit « On ne veut plus avoir mal ! » (Fondation Motrice 2006)

Les sujets non communicants sont plus facilement exclus des enquêtes sur la douleur. S'il ne se plaint pas il peut ne pas recevoir de traitement antalgique...

Pourquoi s'intéresser à la douleur de l'enfant ?

5- Pour prévenir des risques psycho sociaux

La souffrance de l'enfant est source de souffrance et d'épuisement pour:

- Les aidants familiaux : la qualité de vie est impactée par la douleur pour l'enfant et par le stress pour les parents (Etude SPARCLE 2006)
- Les professionnels.

Définition de la douleur

La douleur a été définie par l'association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain IASP, 1979) comme une

« expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient ».

Devient en 2020

« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle »

Elle est complétée par l'ajout de six notes clés .

La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux

La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.

À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.

Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté.

Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.

La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

Historique de la douleur de l'enfant



1987 Anand démontre que les structures anatomiques et physiologiques nécessaires à la perception de la douleur sont présentes dès le troisième trimestre de la vie intra-utérine.

*Anand & Hickley : Pain and its effect in the human neonate and fetus.
The New England Journal of medicine 317 (21), 1321-1329. 19 Novembre 1987*

Physiologie de la douleur

1- Les voies nociceptives: 3 neurones

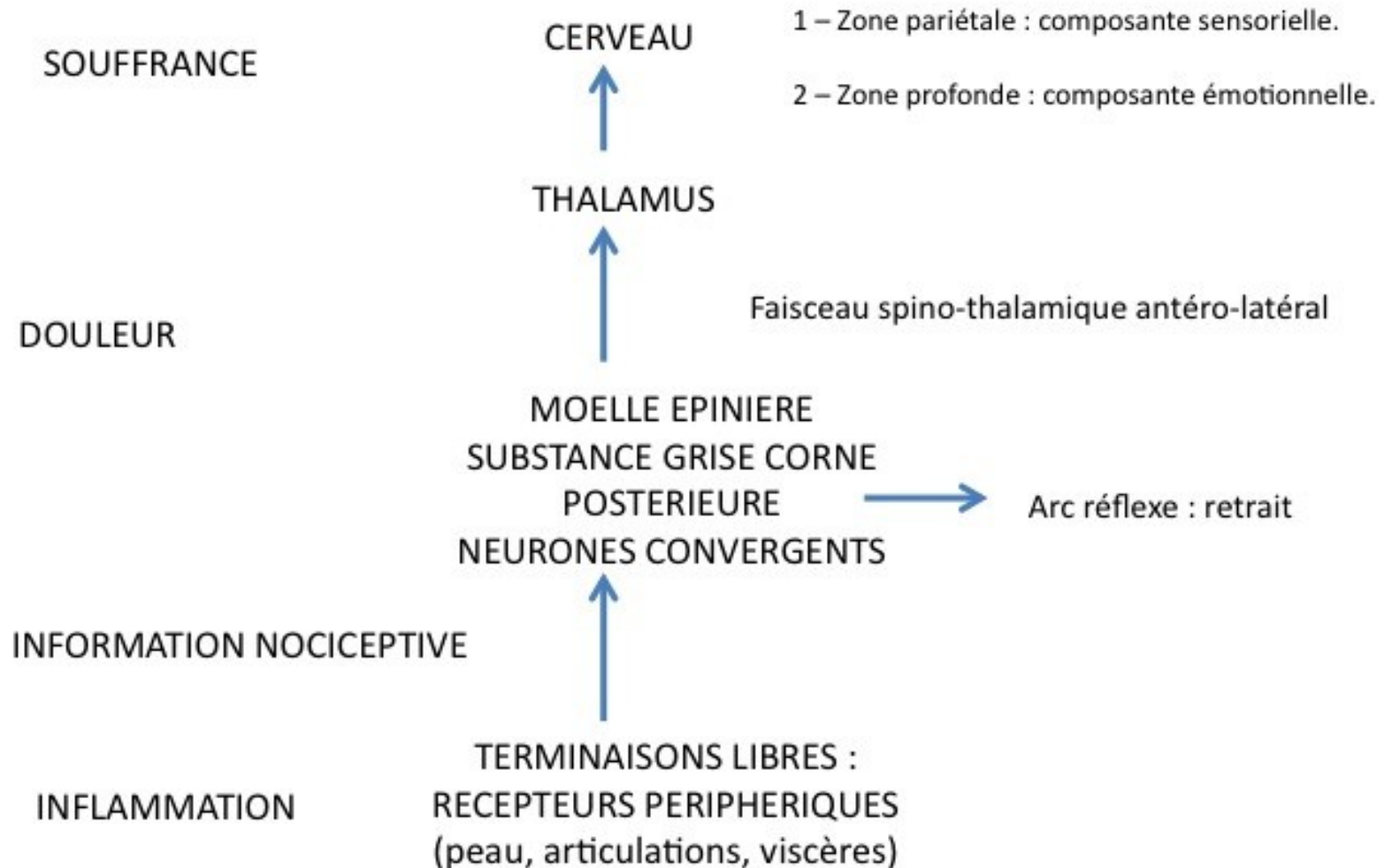
Premier neurone: du nocicepteur à la moelle épinière

Deuxième neurone: de la moelle épinière au thalamus

Troisième neurone: du thalamus au cortex cérébral
(afférences créant des liens avec le sommeil, l'attention, les émotions,
les sécrétions endocrines, les processus mnésiques...)

En place dès la 20 ème SA

Les voies de la douleur



Physiologie de la douleur

2- Les systèmes inhibiteurs

- Gate control : se froter, massage, souffler.
- Retrait
- Contrôles inhibiteurs descendants : du cerveau à la ME
- Contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs : rôle dans l'automutilation ?

Matures qu'au 3 ème mois après la naissance

Les spécificités de la douleur chez l'enfant.

Il n'y a pas de douleur sans stress alors qu'il existe du stress sans douleur.

1- Sensibilisation

Jusqu'à 10/12 ans puis habituation.

Diminuer les douleurs procédurales pour diminuer le risque de sensibilisation.

Risque d'allodynie : douleur provoquée par une stimulation non nociceptive.

Les spécificités de la douleur chez l'enfant.

2- Mémorisation

Attention à la phobie des soins

- *Mémoire explicite*: Consciente. Active à partir de 3/4 ans. Mémoire du stress plus précise que celle de la douleur.
- *Mémoire implicite*: présente à tout âge chez le sujet non vigile. Elle est inconsciente.

Taddio and coll. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet 349 (1997): 599-603)

Les différents types de douleur.

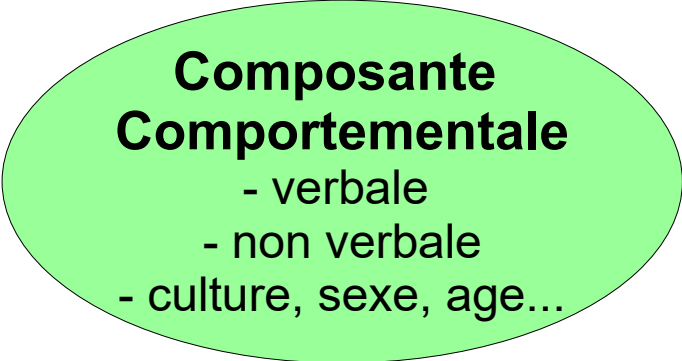
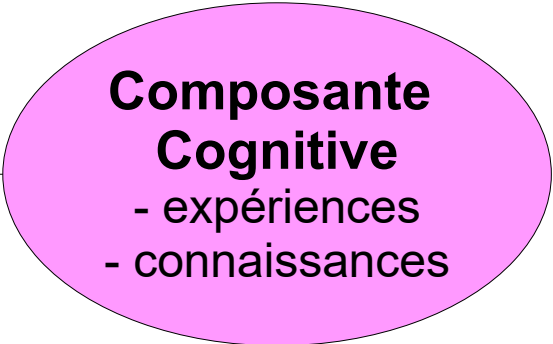
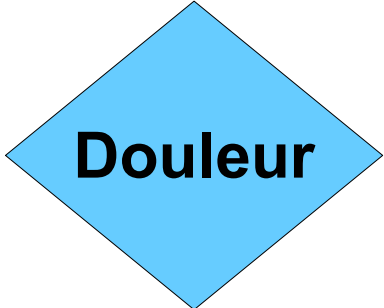
1- De part leur durée :

Aiguë : système d'alerte

Chronique (15 jrs/mois pdt 3 mois) : répond à un modèle bio-psycho-social

2- Sémiologie : Excès de nociception / Neurologique

3- Composantes de la douleur



Les différentes causes de douleur et leur fréquence.

Présente chez 63 % d'entre eux L.SCHWARTZ, JM.ENGEL, MP.JENSEN. "Pain in persons with cerebral palsy". Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1999, 80: 1243-6.

1- Digestives : Troubles du transit (constipation), RGO, fausses routes, lésions dentaires , buccales, dilatation gastrique chez 60 % des PH (FA. SVENDSEN. « Accompagnement soignant de la dilatation gastrique chez l'enfant et l'adulte sévèrement polyhandicapés » Motricité cérébrale Volume 28, Issue 4, Décembre 2007, 149-156 Elsevier Masson

2- Ostéoarticulaires et musculaires: Spasticité, rétractions, excentration de hanche, enraidissement, immobilité, fractures.... Douleur rachidienne chez l'adulte PC : 62 %

Les différentes causes de douleur.

3- *Post chirurgicales* : ostéotomies, ténotomies, arthrodèses, Nissen, Gastrostomie...

4- *Cutanées* : points de pression, appareillages mal adaptés, zone de grattage, verrue plantaire, ongle incarné, macérations dans les plis cutanés...

5- *Respiratoires* : encombrements avec difficultés à tousser, pneumopathies

6- *Douleurs induites par les soins*

Douleurs induites

Se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.

Classification des gestes

EPIPPAIN 2008

- 1 Piqûres avec accès vasculaire
- 2 Piqûres sans accès vasculaire
- 3 Intubation trachéale
- 4 Pose de drain thoracique et actes de chirurgie mineure
- 5 Actes avec intrusion d'une sonde dans un orifice naturel
- 6 Soins d'hygiène
- 7 Actes de kinésithérapie
- 8 Actes de radiologie

Les facteurs aggravants

La répétition des petits gestes douloureux (mémorisation, anxiété).

L'enchaînement des soins.

Une douleur préexistante.

Une communication défailante...

Conséquences pour l'enfant

Anxiété, troubles du comportement, du sommeil, perte de confiance en l'adulte, phobies des soins, suspension ou arrêt des soins...

Conséquences pour l'aidant

Mauvaise image de soi, déni, fuite des soins vers un épuisement professionnel.

Pistes théoriques d'amélioration

1. Indication du geste
2. *Choix de l'analgésie, association des moyens*
3. *Adaptation du comportement, communication*
4. Information de l'enfant, de ses parents
5. *Évaluation avant, pendant et après le soin*
6. Présence d'une tierce personne
7. Organisation : anticipation, respect de l'efficacité des moyens antalgiques, travail en binôme
8. Installation, environnement
9. Choix d'un matériel adapté
10. *Dextérité (ancienneté, expérience, aptitude....). Passer le relai n'est pas échoué.*
11. Traçabilité de l'évaluation, des moyens antalgiques

Facteurs d'influence

Liés au soin: nature du geste, site (dos, intimité...) ,durée et répétition

Liés à l'environnement: cadre connu ou nouveau, calme ou bruyant, agité, lien soignant/soigné

Liés au patient: age, degré de fatigue, état psychologique, compréhension du soin et sa représentation, antécédents de douleur.

Liés au soignant: connaissance, maîtrise technique, degré d'attention, disponibilité, connaissance des moyens antalgiques, vécu personnel, environnement (charge de travail, organisation...), contexte (urgence...).

Douleur et troubles autistiques

Troubles :

- de la communication
- de la socialisation
- comportements stéréotypés
- intérêts restreints

ET

Réactions sensorielles inhabituelles (hyper ou hypo sensibilité et variabilité)

CENTRE REGIONAL DOULEUR ET SOINS SOMATIQUES EN SANTE MENTALE,
AUTISME, POLYHANDICAP, ET HANDICAP GENETIQUE RARE.

Djéa Saravane

Moyens indépendants d'une prescription médicale.

La limitation des gestes

Le comportement attentionné du soignant

Communication soignée

Ce que l'enfant sait

L'environnement, le confort

Le matériel adapté

La place des parents

L'organisation, ergonomie du soignant

Information du patient : **supports+++ . coping**

L'évaluation de la douleur et de l'anxiété

Attention à la banalisation !!!!!



- A la banalisation de la douleur: ce n'est pas parce qu'il s'agit d'une douleur chronique ou récurrente qu'ils n'ont pas mal.
- Attention à la banalisation des gestes:

Qu'est ce qu'une personne non communicante ?

- non-verbalisant (handicaps sensoriels, troubles cognitifs, déficits psychomoteurs)
- non-comprenant (démence, surdité...)
- non-participant/non-coopérant (troubles du comportement, pathologies psychiatriques, états végétatifs chroniques, coma, patients sédatisés).

Analgésie chez la personne
adulte non communicante

J. ETIENNE, Dr S. CURAC, Dr A. RICARD-HIBON,
E. WOJCIECHOWSKI, Pr J. MANTZ

Chez l'enfant

- L'âge même anténatal (Anand)
- Le développement psycho moteur
- L'adolescence
- La relation triangulaire : enfant parent soignant

Place du développement psychomoteur de l'enfant (Piaget)

V Guillouf: Aspects psycho-développementaux de la douleur chez l'enfant.

« Comprendre comment l'enfant développe sa conception de la douleur permet d'améliorer la qualité des soins. »

Place du développement psychomoteur de l'enfant

De 0 à 2 ans: intelligence sensorimotrice

- douleur envahissante
- pas de notion de temps
- pas de capacité d'attente de soulagement.
- peur des situations douloureuses à partir de 6-12 mois
- schéma corporel n'est pas acquis.

Stratégies non cognitives d'adaptation: bisous, câlins, souffler sur la zone douloureuse, succion non nutritive, solution sucrée jusqu'à 3 mois.
. (sécurisation, diminution du stress, gate control).

Place du développement psychomoteur de l'enfant

De 2 à 7 ans: stade préopératoire

- maladie associée à d'autres éléments extérieurs
- cause est dans l'objet ou la personne proche avec notion de contagion.
- pas de notion de cause et de conséquence.
- douleur est associée à une notion de punition.

.

Place du développement psychomoteur de l'enfant

De 7 à 11 ans: stade opératoire concret

Fait la différence entre la cause et les conséquences.

Descriptions vagues, confusion des organes.

Peut localiser la douleur .

Peur d'une atteinte à l'intégrité du corps.

Aime les explications.

Place du développement psychomoteur de l'enfant

Après 11ans: stade opératoire. Pensée abstraite

Explications physiologiques: dysfonctionnement d'organe .
Explications psycho-physiologiques: lien psychisme et santé.
Stratégies d'adaptation à la douleur pas toujours au point.
Peut imaginer les conséquences de la douleur.

Mais... contexte de l'adolescence c'est à dire de blocages relationnels, de conflits, d'importance de l'image corporelle...

Place du développement psychomoteur de l'enfant

Et.....

Troubles perceptifs

Troubles du schéma corporel

Atteintes cognitives

Troubles du comportement....

L'évaluation de la douleur chez l'enfant

1- Les grands principes de l'évaluation

Toute modification comportementale doit faire penser douleur

L'auto évaluation est la règle quand elle est possible

Le doute est en faveur de l'enfant

Les parents sont partenaires de l'évaluation

Utiliser une échelle d'évaluation validée et ne pas la modifier

L'évaluation de la douleur chez l'enfant

2- Comment choisir une échelle d'évaluation ?

Choix en fonction de l'âge (développement psychomoteur)

Choix en fonction du type de douleur : aiguë/ chronique, postopératoire, oncologie, neurologique, liée aux soins...

Choix en fonction des capacités de communication

Choix d'équipe : formation à l'évaluation

Les outils d'évaluation

1- La démarche d'évaluation

Penser douleur : toute modification comportementale doit faire penser douleur

Identifier les signes

Tracer

Evaluer

Tracer

Mettre en œuvre les traitements

Tracer

Réévaluer

Tracer

Recommandations de l'HAS (2021)

La douleur doit être systématiquement évaluée par l'ensemble de l'équipe et des aidants lors de tous les actes, y compris les actes de la vie quotidienne (transferts, habillage, toilette...) par des outils validés et standardisés

- Nécessite une approche adaptée à l'âge
- Justifie souvent d'outil d'hétéro-évaluation
- L'auto évaluation est la règle quand elle est possible
- L'hétéro-évaluation repose sur des outils adaptés à l'âge et à la situation de l'enfant
- Les parents sont partenaires de l'évaluation
- Tous les outils sont disponibles sur www.pediadol.org

Obtention d'informations

- Reproductibles
- Valides
- Sensibles aux effets du traitement
- *Suivi de l'efficacité du traitement*
- *Détermination d'un seuil thérapeutique*

Avec quel outil évaluer?

Auto évaluation:

réalisée par l'enfant lui-même

Tenir compte de l'âge

Hétéro-évaluation:

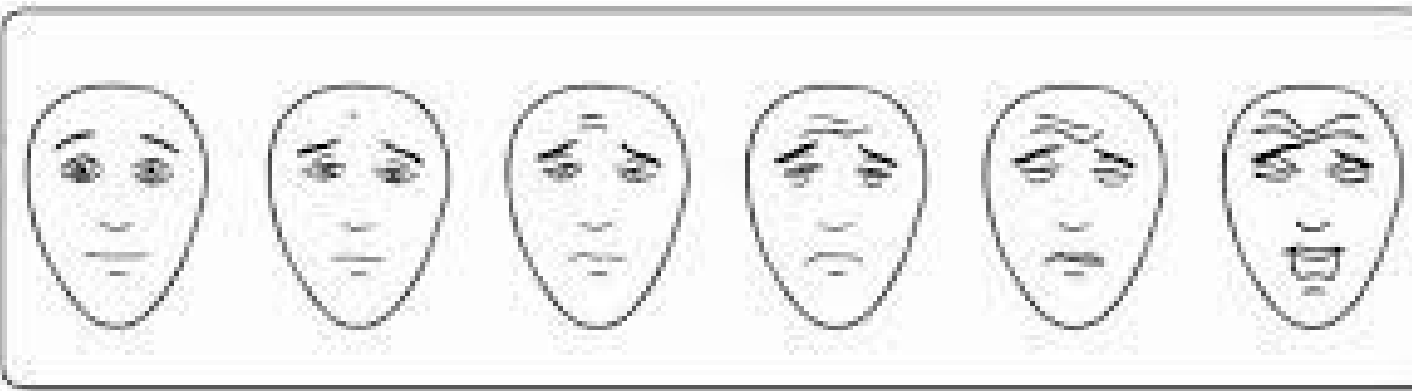
réalisée par une tierce personne

Tenir compte de l'indication

Les échelles d'autoévaluation : l'EVA




Les échelles d'autoévaluation : l'Echelle des visages



10 8 6 4 2 0

Échelle de visages pour l'enfant à partir de 4 ans (Faces Pain Scale - Revised) (FPS-R)

Consignes : "Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-là (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Choisis le visage qui montre combien tu es mal en ce moment."

Logo officiel de l'Association Française pour l'Évaluation de la Douleur (AFED) 
www.afed.org
Avec le soutien des Universités de Bordeaux et de Montpellier

Wells G et al. The Faces Pain Scale - Revised: Towards a common scale to evaluate pain experiences. Pain 2001; 93: 193-201. © 2001, Elsevier. L'Échelle des visages de Wells G et al. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation and performance characteristics for two acute surgical sites. Pain 1995; 47: 159-169. Copyright © 2001, International Association for the Study of Pain. Tous droits réservés. Toute réimpression sans autorisation de l'Association Française pour l'Évaluation de la Douleur est formellement interdite.

Les échelles d'hétéro-évaluation

Polyhandicap: Définition

Association Polyhandicap France :


- « Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. » Définition adoptée au Conseil d'Administration du 3/12/2002.
 - « Le point commun à toutes ces situations est l'absence de communication verbale ou codée, nécessitant donc une approche de la douleur par l'hétéro-évaluation ».
- Dr Geneviève Metton


Echelles d'évaluation de la douleur

- DESS: Douleur enfant San Salvador
- FLACC Modifiée :Face Leggs Activity Cry
Consolability
- GED – DI :Grille d'Evaluation de la Douleur-
Déficience intellectuelle
- PDP: Profil Douleur Pédiatrique (ou PPP Pediatric
Pain Profil)

La grille DESS (douleur Enfant San Salvador)

L'utilisation de cette grille se fait en 2 volets:

 Le dossier de base: il caractérise l'enfant en dehors de toute situation douloureuse.

 La grille de cotation de la douleur avec ses 10 items, en comparant avec le dossier de base.

Le dossier de base

- Il doit être rempli en équipe pluridisciplinaire (parents, soignants, éducateurs, kinésithérapeutes, médecins...)
- Il doit être le reflet le plus fidèle et précis de l'enfant dans sa vie quotidienne, tant sur ses modes de communication, de réaction que sur ses potentialités cognitives et motrices.
- Il doit suivre l'enfant partout, surtout si celui-ci est accueilli dans un établissement où le personnel ne le connaît pas.

Cette rubrique doit être remplie pour chaque patient, en dehors de tout phénomène douloureux

- 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 manipule ? Si oui, lesquelles (*sursaut, accès tonique, trémulations, 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, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?
.....
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 ?
.....

La grille d'évaluation

- Elle contient 10 items, divisés en 3 groupes: les signes de la douleurs, les signes moteurs et les signes de régression psychique.
- Pour chaque item, on cote de 0 à 4 l'importance de la modification.
- Le total de la cotation est de 40.
 - A partir de 2/40, il y a un doute sur la douleur.
 - A partir de 6/40 , la douleur est certaine.

Nom _____ Prénom _____ Date _____

En cas de douleur, utiliser la grille et coter selon le schéma suivant :

Manifestations habituelles: 0 - Modification douteuse: 1 - Modification présente: 2 - Modification importante: 3 - Modification extrême: 4

La cotation est établie de façon rétrospective sur 8 heures.

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 0.

HEURES

--	--	--

		0	1	2	3	4
ITEM 1	Pleurs et/ou cris (<i>bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Se manifeste comme d'habitude - Semble se manifester plus que d'habitude - Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux - Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels - Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (<i>tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur</i>) 	0	0	0		
		1	1	1		
		2	2	2		
		3	3	3		
		4	4	4		
ITEM 2	Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (<i>l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Réaction habituelle - Semble réagir de façon inhabituelle - Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel - Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement - Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs 	0	0	0		
		1	1	1		
		2	2	2		
		3	3	3		
		4	4	4		
ITEM 3	Mimique douloureuse (<i>expression du visage traduisant la douleur; un rictus paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Se manifeste comme d'habitude - Faciès inquiet inhabituel - Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux - Mimique douloureuse spontanée - Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (<i>tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur</i>) 	0	0	0		
		1	1	1		
		2	2	2		
		3	3	3		
		4	4	4		
ITEM 4	Protection des zones douloureuses (<i>protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Réaction habituelle - Semble redouter le contact d'une zone particulière - Protège une région précise de son corps - Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement - 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	0	0	0		
		1	1	1		
		2	2	2		
		3	3	3		
		4	4	4		

ITEM 5	Gémissements ou pleurs silencieux <i>(gémît au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente)</i>	➤ Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		➤ Semble plus geignard que d'habitude	1	1	1
		➤ Geint de façon inhabituelle	2	2	2
		➤ Gémissements avec mimique douloureuse	3	3	3
		➤ Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs	4	4	4
ITEM 6	Intérêt pour l'environnement <i>(s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent)</i>	➤ Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		➤ Semble moins intéressé que d'habitude	1	1	1
		➤ Baisse de l'intérêt, doit être sollicité	2	2	2
		➤ Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations	3	3	3
		➤ Etat de prostration tout à fait inhabituel	4	4	4
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement</i>					
ITEM 7	Accentuation des troubles du tonus <i>(augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyperextension...)</i>	➤ Manifestations habituelles	0	0	0
		➤ Semble plus raide que d'habitude	1	1	1
		➤ Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux ...	2	2	2
		➤ Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
		➤ Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement</i>					
ITEM 8	Capacité à interagir avec l'adulte <i>(communique par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité)</i>	➤ Se manifeste comme d'habitude	0	0	0
		➤ Semble moins impliqué dans la relation	1	1	1
		➤ Difficultés inhabituelles pour établir un contact	2	2	2
		➤ Refus inhabituel de tout contact	3	3	3
		➤ Retrait inhabituel dans une indifférence totale	4	4	4
<i>Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication</i>					
ITEM 9	Accentuation des mouvements spontanés <i>(motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...)</i>	➤ Manifestations habituelles	0	0	0
		➤ Recrudescence possible des mouvements spontanés	1	1	1
		➤ Etat d'agitation inhabituel	2	2	2
		➤ Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
		➤ Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
ITEM 10	Attitude antalgique spontanée <i>(recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant</i>	➤ Position de confort habituelle	0	0	0
		➤ Semble moins à l'aise dans cette posture	1	1	1
		➤ Certaines postures ne sont plus tolérées	2	2	2
		➤ Soulagé par une posture inhabituelle	3	3	3
		➤ Aucune posture ne semble soulager	4	4	4

Le total de la cotation est sur 40. A partir de 2, il y a un doute. A partir de 6, la douleur est certaine. SCORE

--	--	--

FLACC modifiée

(Face Leggs Activity Cry Consolability)

- C'est un échelle élaborée pour les enfants de la naissance à 18 ans. Elle est modifiée pour les enfants en situation de polyhandicap, la traduction française n'est pas formellement validée.
- Elle ne nécessite pas de connaître le comportement habituel de l'enfant.
- Elle s'utilise surtout dans les situations de douleur aiguë: en post-opératoire, lors des soins...
- Il y a 5 items comportementaux.
- Cotation sur 10: jusqu'à 3/10 on parle d'inconfort, à partir de 4/10, la douleur est présente.

Les items

- **VISAGE :** 0 – Pas d'expression particulière ou sourire.
 - 1 – Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, (*semble triste ou inquiet*)
 - 2 – Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton (*visage affligé, expression d'effroi et de panique*)
- **JAMBES :** 0 – Position habituelle ou détendue
 - 1 – Gêné, agité, tendu (*trémulations occasionnelles*)
 - 2 – Coups de pieds ou jambes recroquevillées (*augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents*)
- **ACTIVITE :** 0 – Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement.
 - 1 – Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu [*moyennement agité (ex bouge sa tête d'avant en arrière, agressif), respiration superficielle, saccadée, soupirs*]
 - 2- Arc-bouté, figé ou sursaute (*agitation sévère, se cogne la tête, tremblement, retient sa respiration, halète ou inspire profondément, respiration saccadée importante*)

- **CRIS** : 0 - Pas de cris (éveillé ou endormi)
 - 1 - Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle (*explosion verbale grognement occasionnel*)
 - 2 - Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots plaintes (*explosion verbale ou grognement constant*)
- ou
- fréquentes
- **CONSOLABILITE:**
 - 0 – Content, détendu.
 - 1 – Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait.
 - 2 – Difficile à consoler ou à reconforter (*repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort*)

L'échelle FLACC est modifiée par les parties grisée en italique qui sont spécifiques aux enfants en situation de handicap)

Score total: sur 10 . 0 détendu et confortable

1-3 léger inconfort

4-6 douleur modérée

7-10 douleur sévère ou inconfort majeur

GED – DI

(Grille d'Evaluation de la Douleur- Déficience intellectuelle)

- Echelle élaborée pour les enfant à partir de 3 ans.
- Ne nécessite pas de connaître le comportement habituel de l'enfant, ni ses signes neurologiques habituels.
- Valide quelque soit le niveau d'atteinte cognitive, (les comportements de la douleur étant indépendants du niveau de la déficience). C'est la plus validée, même si certains items ne sont pas côtés.
- Il y a 27 items comportementaux.
- Se cote sur le comportement des 5 dernières minutes.
- Cotation sur 90: à partir de 6/90, il y a une douleur modérée, après 11/90 la douleur est moyenne à sévère.

0 = PAS OBSERVÉ 1 = OBSERVÉ À L'OCCASION 2 = PASSABLEMENT SOUVENT 3 = TRÈS SOUVENT NA = NE S'APPLIQUE PAS

Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA

Total: 0 + 0 =

Profil Pain Pediatric: PPP

Profil Douleur Pédiatrique: PDP

PDPRCNI d'Oxford et de l'ICH de Londres

- ❖ Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chez l'enfant présentant des troubles moteurs et des apprentissages sévères.
- ❖ Appréciée des familles qui deviennent pleinement actrices de l'évaluation
- ❖ Comprend 20 items.
- ❖ Chaque item est coté sur une échelle de 4 points allant de « pas du tout » à « vraiment beaucoup » sur une période donnée.
- ❖ Après avoir additionné les scores de chaque item, le score total variera de 0 à 60.
- ❖ Scores de 14 et plus correspond à une douleur modérée à sévère.



Première étape

Histoire de la douleur à remplir par les parents : Quelles sont les expériences de douleurs précoces ou passées?

- Dans la petite enfance
- Interventions chirurgicales
- Maladies et traumatismes



Deuxième étape

Quel est le comportement de votre enfant quand il va vraiment bien?

- Votre enfant est-il comme ça tout le temps, la plupart du temps, parfois, rarement?
- Pensez vous que votre enfant soit douloureux même lors d'une bonne journée comme celle-ci?

Lors d'une bonne journée, mon enfant :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	SCORE
Est joyeux	3	2	1	0	
Est sociable ou communique	3	2	1	0	
Semble en retrait ou déprimé	0	1	2	3	
Pleure, gémit, grogne, crie ou hurle	0	1	2	3	
Est difficile à consoler ou réconforter	0	1	2	3	
Se mutile (se mord ou se cogne la tête...)	0	1	2	3	
Rechigne à manger/ est difficile à nourrir	0	1	2	3	
A un sommeil perturbé	0	1	2	3	
Grimaces, visage crispé, yeux plissés	0	1	2	3	
Front plissé, sourcils froncés, air inquiet	0	1	2	3	
Semble apeuré (yeux grands ouverts)	0	1	2	3	
Grince les dents ou fait des mouvements de bouche	0	1	2	3	
Agité, ne tient pas en place, stressé	0	1	2	3	
Tendu, raide ou spastique	0	1	2	3	
Se recroqueville ou ramène ses jambes sur son thorax	0	1	2	3	
Cherche à toucher ou frotter une zone particulière	0	1	2	3	
S'oppose à la mobilisation	0	1	2	3	
Se rétracte ou proteste quand on le touche	0	1	2	3	
Se tortille, jette sa tête en arrière, se contorsionne ou se cabre	0	1	2	3	
A des mouvements involontaires ou stéréotypés, sursaute, tressaille, convulse	0	1	2	3	
TOTAL					



Troisième étape

Quelle est la douleur la plus gênante pour votre enfant?
Depuis combien de temps, quand ,à quelle fréquence, Qu'est ce qui aide?

Lorsqu'il ressent cette douleur, mon enfant est:

Moyens médicamenteux et évaluation

- douleur légère : EVA 1 à 3 : palier 1: doliprane / ains
- douleur modérée EVA 4 à 7 : palier 2 : opioïdes faibles (codéine et tramadol)
- douleur intense EVA sup à 7 : palier 3: opioïdes forts (morphine)
- MEOPA et anesthésiques loco régionaux

Webinaire Pédiadol du 18 10 2022 : préconisation de passer des paliers 1 aux paliers 3 pour des raisons métaboliques (variabilités)

Les traitements de la douleur

Les moyens non médicamenteux

- *Les méthodes physiques et physiologiques*

Thermo thérapie massage TENS

- *Les méthodes cognitivo comportementales:* identifier les pensées et les recadrées (relaxation, renforcement, méditation, coping, hypnose, distraction, réalité virtuelle, music care...)
- *Les méthodes psycho corporelles:* corps médiateurs: yoga, massage, art thérapie

L'hypno-analgésie

Définition

« modèle de fonctionnement psychologique dans lequel un individu, grâce à l'intervention d'une personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante en restant en relation avec l'accompagnateur » (GODIN)

L'État hypnotique est un processus physiologique naturel : expérience quotidienne de dissociation lorsque l'on se met en retrait dans un ailleurs, un souvenir, une rêverie, un livre, un paysage... = la « transe commune » pour Erickson

Hypnose et pédiatrie

- Capacités à l'hypnose sont limitées avant l'âge de 3 ans
- Apogée entre 7 et 14 ans
- Nécessité de s'adapter au développement cognitif de l'enfant
 - Utilisation des outils de communication habituels de l'enfant : jeu, dessins, contes

Quelques outils hypnotiques en Pédiatrie

La communication thérapeutique

L'hypnose conversationnelle: État de conscience modifié qui se produit en direct

L'hypno-analgésie: « emploi de l'hypnose à visée antalgique en gérant les éléments associés à cette douleur, avec en premier lieu l'anxiété et l'anticipation douloureuse »

L'auto-hypnose: le sujet est inducteur et sujet de l'hypnose

La communication Positive

Le cerveau n'entend pas la négation

- Simplifier et réadapter son vocabulaire: exemple la scie à plâtre est devenu la "chatouilleuse"
- Diminuer la longueur des phrases
- Etre dans une attitude de distraction: " l'attention au service de la tension"
- Sans banaliser la douleur

La communication positive

La règle des 3 V de la communication

7 % : Communication Verbale(signification des mots)

38 % : Communication Vocale (intonation et son de la voix)

55 % : Communication Visuelle (expression du visage et du langage corporel)

Article ressource « Confiance en soin »

MERCI

Les sites à connaître

- Pédiadol
- Sparadrap
- Dolomio