

Déficience intellectuelle et troubles du développement



Les enfants atteints de déficience intellectuelle ou de troubles du développement sont dix fois plus susceptibles d'utiliser les services d'urgence que leurs pairs.¹ Ces troubles comprennent, entre autres, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) et le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Le présent document présente certaines recommandations pour l'approche médicale à l'urgence.

Enjeux

Les compétences des enfants atteints de déficience intellectuelle ou de troubles du développement varient selon le champ de compétences, dont la communication et la compréhension.² Le comportement de ces enfants pourrait paraître inusité d'après l'âge chronologique mais est relativement normal dans le contexte de l'âge développemental. Certaines manifestations pourraient inclure la non observance, l'agressivité, l'hyperactivité, l'automutilation, les sensibilités sensorielles, et les comportements d'auto-stimulation.

Évaluation à l'urgence

La plupart des enfants atteints de déficience intellectuelle ou de troubles du développement présentent à l'urgence pour un changement aiguë dans leur comportement; changement qui pourrait provenir de nombreux facteurs d'ordre médical, comportemental, et/ou psychologique.³

1. **Discernement** : Il est important d'identifier l'enfant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du développement. **À noter** : Voir ci-dessous les interventions du milieu environnant qui pourraient être implantées dès le triage.
2. **Communication** : Déterminer le degré de communication et de compréhension de l'enfant. Est-il non verbal? Est-ce qu'il communique avec des images/technologie? Déterminer avec qui communiquer (l'enfant ou le parent/gardien) et qui décide pour l'enfant.
3. **Rôle du parent/gardien** : Le parent/gardien peut servir d'interprète concernant le comportement de l'enfant et aider le personnel de l'urgence à interagir effectivement avec le patient et à livrer les soins appropriés.
4. **Questions à prioriser** : Les questions suivantes peuvent identifier des stratégies pour une meilleure prise en charge.

Questions ciblées

PRÉFÉRENCES : PATIENT ET PARENT/GARDIEN

- » Qui est/sont principalement responsable(s) de l'enfant?
- » Vers qui diriger la communication (patient ou parent/gardien)? Est-ce que le parent/gardien devrait rester pour la discussion et les procédures nécessaires, ou est-ce qu'il devrait quitter la pièce (la préférence du patient ou du parent/gardien)?
- » La dernière fois que l'enfant était à l'urgence ou chez le médecin, quelles étaient les problématiques? Quels problèmes seraient envisagés aujourd'hui?
- » Comment rendre l'expérience de l'enfant plus positive?

QUESTIONS MÉDICALES

- » Quels sont les symptômes qui amènent la famille à l'urgence?
- » Est-ce que l'enfant a des antécédents parmi les suivants : épilepsie, troubles gastro-intestinaux, infections dentaires, otites aiguës, troubles psychiatriques (anxiété, trouble obsessionnel compulsif, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H), dépression, etc.)?
- » Y a-t-il eu un changement de comportement récent, et si oui, lequel?
- » Est-ce que l'enfant dort bien (pour lui) ou y a-t-il eu un changement dans la qualité/quantité du sommeil?
- » Comment est son hygiène dentaire? (Est-ce qu'il se brosse les dents tous les jours?)
- » Comment est-ce que l'enfant communique la douleur et l'inconfort?

COMPORTEMENT

- » Qu'est-ce qui contrarie ou agite l'enfant et y a-t-il des signes précoces qui indiquent une crise imminente? Que peut-on faire pour éliminer ces déclencheurs? Qu'est-ce qui diminue le stress ou qui aide l'enfant à se calmer?
- » Déterminer l'âge développemental de l'enfant. Quel est son âge de fonctionnement, d'après le parent/gardien?
- » Est-ce que l'enfant s'est déjà blessé lui-même ou a fait du mal à d'autres quand il est contrarié?

ENVIRONNEMENT

- » Est-ce que l'enfant est sensible au toucher, au bruit, à la lumière, ou au mouvement?
- » Quels sont les stimuli sensoriels que l'enfant trouve calmants? Est-ce qu'il a des jouets, une couverture, ou d'autres objets qui le calment?
- » Qui est à la maison avec l'enfant et y a-t-il eu des changements récents?
- » Y a-t-il eu d'autres changements importants récemment dans la vie de l'enfant?
- » Quels sont les soutiens communautaires mis en place pour l'enfant? Y a-t-il un(e) gardien(ne) de répit?

Prise en charge à l'urgence

À l'obtention des renseignements ci-dessus, il sera possible d'intervenir sur le plan environnemental, comportemental, et pharmacologique.

INTERVENTIONS ENVIRONNEMENTALES

- » Limiter le temps d'attente pour minimiser l'agitation et l'anxiété de l'enfant.⁴
- » Désigner une pièce particulière pour la famille ou un endroit calme pour minimiser les stimuli sensoriels.
- » Offrir des jeux et des jouets de différentes couleurs et textures pour distraire et calmer l'enfant.⁵

INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES ET COMMUNICATIVES

- » Parler au patient selon son niveau développemental.⁶
- » Essayer d'éviter l'examen clinique, la prise de signes vitaux, et différentes procédures, sauf si nécessaires sur le plan médical.⁶
- » Utiliser les stratégies de communication auxquelles répond l'enfant, en consultation avec le parent/gardien (ex. Échelle des visages pour la douleur).

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- » Indications pour la prise en charge médicamenteuse : douleur et comportements à symptômes aigus, notamment l'agitation et l'agressivité.⁵
- » Médicaments recommandés pour la douleur : acétaminophène, ibuprofène, agents analgésiques topiques.
- » Médicaments pour traiter l'agitation et l'anxiété : un consensus d'experts recommande les benzodiazépines et les antipsychotiques. À noter : les réactions atypiques et idiosyncrasiques sont fréquentes.^{6,7} (Voir Table 1 – Dosages et effets indésirables.)
- » En considérant le choix de médicament, de dosage, et de voie d'administration, il est important de tenir compte des réponses/réactions aux médicaments dans le passé, du traitement médicamenteux actuel, des contre-indications dans l'anamnèse médicale et comportementale, et des indications actuelles pour l'utilisation des médicaments (sédation procédurale, anxiolyse, etc.).^{6,7}
- » En général, commencer par la plus petite dose thérapeutique possible, pour éviter les effets indésirables.^{6,7}
- » Si patient est déjà sous médicaments (ex. Risperidone, Olanzapine, ou Quétiapine), administrer selon la posologie existante ou considérer 1/4 -1/2 de la dose totale quotidienne (attention de ne pas dépasser la limite supérieure de la posologie).⁸
- » Tout patient doit être considéré comme présentant un risque de chute après avoir reçu un médicament.

Table 1. Médicaments, dosages, et effets indésirables concernant les enfants avec déficience intellectuelle ou trouble du développement

MÉDICAMENT	DISPONIBILITÉ	POSOLOGIE	EFFETS INDÉSIRABLES
Pour l'agitation due à l'anxiété ou de cause inconnue			
LORazépam	Comprimés (oraux & sublinguaux), plusieurs dosages; Injection : 4 mg/mL	0,05-0,1 mg/kg/dose; min-max : 0,02-0,1 mg/kg/dose; q4h PRN; PO/SL/IM, MAX 2 mg/dose : » ≤ 12 ans* ou < 50 kg : 0,5-1 mg/dose, MAX 4 mg/24 h » 13-17 ans ou ≥ 50 kg** : 1-2 mg/dose, MAX 8 mg/24 h	Sédation, hypotension posturale, bradyarythmie, hypoventilation, et/ou effet paradoxale (désinhibition, ↑ agitation)
Pour comportement modérément menaçant ou agression verbale			
OLANzapine	Comprimés (oraux et à dissolution rapide) : plusieurs dosages	0,03-0,07 mg/kg/dose q6h PRN PO Arrondir la dose au 1,25 mg le plus près : » ≤ 12 ans ou < 50 kg : 1,25-2,5 mg/dose, MAX 10 mg/24 h » 13-17 ans ou ≥ 50 kg : 2,5-5 mg/dose, MAX 20 mg/24 h	Sédation, symptômes extrapyramidaux, prolongation QT. À noter : sédation plus marquée avec olanzapine qu'avec rispéridone
RispériDONE	Comprimés (oraux et à dissolution rapide) : plusieurs dosages	» ≤ 12 ans ou < 50 kg : 0,25-0,5 mg/dose, q6h PRN PO, » MAX 2 mg/24 h » 13-17 ans ou ≥ 50 kg : 0,5-1 mg/dose, q6h PRN PO, » MAX 4 mg/24 h	Sédation, symptômes extrapyramidaux, prolongation QT. À noter : plus de symptômes extrapyramidaux avec rispéridone qu'avec olanzapine
Pour comportement très menaçant, agression physique, ou si les antipsychotiques oraux sont refusés ou inefficaces			
Loxapine	Comprimés : 2,5 mg, 10 mg, 25 mg Injection : 50 mg/mL	5-25 mg/dose, 0,1-0,2 mg/dose q6h PRN PO/IM » ≤ 12 ans ou < 50 kg : 6,25-12,5 mg/dose, MAX 50 mg/24 h » 13-17 ans ou ≥ 50 kg : 12,5-25 mg/dose, MAX 100 mg/24 h	Sédation, symptômes extrapyramidaux
Pour symptômes extrapyramidaux (dyskinésie, dystonie, tremblement, rigidité, acathésie, akinésie)			
Diphenhydramine		1-2 mg/kg/dose, q6h PRN IM, MAX 50 mg/dose À noter : Ne pas utiliser PO à cause des réactions dystoniques	Sédation, effets anticholinergiques
* ≤ – Inférieur ou égal à			
** ≥ – Supérieur ou égal à			

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la prise en charge, au service de l'urgence, des enfants avec une déficience intellectuelle ou un trouble du développement. Ce document est inspiré par Matthew McCreary et nous tenons à remercier la famille McCreary pour leur soutien et leur engagement à ce projet. Ce sommaire est produit par les conseillers en déficience intellectuelle et troubles du développement, Dr Ana Hanlon-Deerman et Dr Margo Stevenson du Health Sciences Centre Children's Hospital et les parents des Comité consultatifs sur le TSA et TSAF. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. Lokhandwala T, Khanna R, West-Strum D. [Hospitalization burden among individuals with autism](#). *J Autism Dev Disord*. 2012;42:95-104.
2. Bradley E; Intellectual Disabilities Psychiatric Curriculum Planning Committee. [Guidelines for Managing the Client with Intellectual Disability in the Emergency Room](#). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto. 2002:1-36.
3. Scarpanito N, Bradley J, Kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. [Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting](#). *J Spec Pediatr Nurs*. 2010;15(3):244-254.
4. Centre for Autism and Related Disabilities. [Autism & The Hospital Emergency Room: A practical guide for health professionals to meet the needs of individuals with Autism Spectrum Disorders](#). http://card-usf.fmhi.usf.edu/docs/resources/CARD_HospitalSupport.pdf. Accessed January 3, 2018.
5. McGonigle JJ, Venkat A, Beresford C, Campbell TP, Gabriels RL. [Management of agitation in individuals with autism spectrum disorders in the emergency department](#). *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2014;23(1):83-95.
6. The Royal Children's Hospital Melbourne. [Autism and developmental disability: Management of distress/agitation](#). https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Autism_and_developmental_disability_Management_of_distress/agitation/ Published June 2015. Accessed January 10, 2018.
7. Chun TH, Mace SE, Katz ER. Executive Summary: Evaluation and Management of Children With Acute Mental Health or Behavioural Problems. [Part II: Recognition of Clinically Challenging Mental Health Related Conditions Presenting With Medical or Uncertain Symptoms](#). *Pediatrics*. 2016;138(3):e1-e7.
8. Hilt RJ, Woodward TA. [Agitation treatment for pediatric emergency patients](#). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(2):132-138.