

La plupart des visites médicales sont liées à la douleur.<sup>1</sup> La douleur non traitée entraîne des conséquences immédiates (douleur/détresse chez l'enfant, parents, professionnels de la santé; temps d'intervention prolongé; guérison ralentie) et à long terme (sensibilité à la douleur, évitement des soins médicaux, peur des piqûres, anxiété procédurale). Le traitement rapide, efficace, et multimodal de la douleur augmente les chances de succès des interventions, la réussite au premier coup, le flot du service à l'urgence, et la satisfaction de l'enfant et de ceux qui l'accompagnent.<sup>2</sup> La mesure fréquente de la douleur et la considération de la situation particulière de chaque famille, de leur état de détresse, et des leurs expériences de vie, peuvent guider le choix de thérapie appropriée.

## ÉCHELLES DE DOULEUR RECOMMANDÉES POUR LES ENFANTS

Demander à l'enfant d'évaluer sa douleur. S'il en est incapable (ex. trouble cognitif, non verbal), utiliser l'échelle FLACC-R.<sup>1</sup>

1. **Échelle FLACC-R (BRAVO en français)** – Pour enfants d'âge 0-3 ans ou non verbaux.

2. **Échelle des visages – Révisée** – Pour enfants de 4-12 ans.

3. **Échelle verbale numérique** – Pour enfants de plus de 6 ans.

(ex. « Sur une échelle de 0 à 10, si 0 correspond à « pas de douleur »

et 10 correspond à « la pire douleur imaginable », dis-moi à quel numéro correspond ta douleur »).



## SUGGESTIONS GÉNÉRALES POUR MINIMISER LA DOULEUR

### Interventions physiques

- Demander aux parents/personnes en charge de l'enfant de **rester dans la pièce** si possible et de le distraire, de le calmer avec un touché doux (si l'enfant le désire), d'ajouter de la conversation ou de la musique, et/ou de lui conseiller de prendre des respirations profondes.
- La personne en charge de l'enfant peut tenir l'enfant dans n'importe quelle **position de confort** qui ne gêne pas l'examen ou les procédures (ex. assis/débout contre lui) et **bercer** l'enfant sitôt après l'intervention.
- Le nourrisson de < 2 mois peut être **emmaillotté** (bras et jambes près du corps) ou **enveloppé d'une couverture** pour le calmer en attendant les évaluations/résultats.
- La personne en charge d'un nourrisson peut le tenir en **contact peau à peau**, en attendant les évaluations/résultats.
- Si la maman allaite l'enfant et qu'il n'est pas NPO, **l'allaitement peut agir comme calmant**. Sinon, **la succion non nutritive** (ex. une suce) pourrait le calmer.
- Les **compresses chaudes/froides** peuvent soulager la douleur (ex. chaud pour crises d'anémie falciforme ou mal de dos, froid pour blessures musculosquelettiques aiguës).

### Techniques de distraction

- **Distractions simples:** bulles, lecture, cartes/livres cherche & trouve (ex. la série C'est moi l'espion, [I Spy]), chansons, **trousses de distraction portatives** (ex. jouets POP-IT, Fidget), conversation.
- **Distractions technologiques:** jeux/vidéos sur téléphone intelligent; tablette; TV/vidéos; musique; réalité virtuelle.

## INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES POUR LA DOULEUR AIGÛE

- Utiliser en conjonction avec les interventions physiques et les distractions ci-dessus.
- Réévaluer la réponse au médicament à intervalles réguliers. On recommande de réadministrer, au besoin.
- L'analgésie précoce n'affecte PAS la précision du diagnostic.
- Éviter les injections intramusculaires et sous-cutanées si possible, les options intranasales et intraveineuses étant moins douloureuses et leur absorption plus prévisible.
- Pour le nourrisson d'âge < 12 mois, consulter le Centre de référence pédiatrique pour leurs recommandations lorsqu'il s'agit d'opioïdes ou d'analgésie IV pour soulager la douleur.

### Opioïdes

- Titrer tous les opioïdes jusqu'à l'effet clinique et aussi pour minimiser les effets secondaires.
- Toujours utiliser les opioïdes avec d'autres thérapies médicamenteuses, jamais seuls.
- Les effets secondaires tels que la nausée, sédation, ou confusion peuvent être mépris pour une allergie. Un historique détaillé de tous les antécédents d'allergie aux médicaments est essentiel, la véritable allergie à la morphine et aux autres opioïdes étant extrêmement rare. La réaction croisée est rare aussi.
- Selon Santé Canada et le US FDA, éviter la codéine chez l'enfant/ado < 18 ans<sup>3</sup> et l'hydrocodone chez les < 6 ans.<sup>4</sup>
- L'administration d'un opioïde avant la sédation procédurale augmente le risque de désaturation en oxygène, de vomissements, et du besoin de ventilation en pression positive, surtout dans les 30 minutes suivant l'administration.
- Avant de prescrire des opioïdes pour l'utilisation à domicile, évaluer la famille pour **le risque d'abus d'opiacés**.
- Ne pas prescrire d'opioïdes PO à domicile pour plus de 3 jours (ou 10 doses au total) pour la plupart des diagnostics.
- Recommander un laxatif émoullissant si opioïdes PO à domicile. Voir **Recommandations TREKK sur la constipation**.
- Les opioïdes doivent être gardés dans un endroit sécuritaire hors de la portée des enfants et donnés uniquement au besoin. Toute quantité restante doit être retournée au pharmacien pour **disposition sécuritaire**.

# Prise en charge de la douleur

Douleur légère (ex. 1-3 sur 10)		
Drug	Dose	Comments/Cautions
ibuprofène PO	10 mg/kg/dose q6h PRN (MAX 600 mg/dose)	Pour enfants d'âge ≥ 6 mois, médicament de première intention pour les blessures musculosquelettiques et la plupart des douleurs inflammatoires.
acétaminophène PO	15 mg/kg/dose q4h PRN (MAX 1000 mg/dose)	Ne pas dépasser le moins de 75 mg/kg/jour ou 4 g/jour.
Douleur modérée (ex. 4-6 sur 10) Toujours commencer par un des médicaments non opioïdes ci-dessus; ajouter un opioïde ci-dessous au besoin.		
morphine PO	0.2-0.5 mg/kg/dose q3-4h PRN (MAX 15 mg/dose)	L'opioïde prescrit le plus souvent en pédiatrie. Manque de preuve d'efficacité pour la douleur musculosquelettique. Pour la prise en charge initiale, la 2e dose peut être donnée avant 3 h.
HYDRomorphine PO	0.03-0.06 mg/kg/dose q3-4h PRN (MAX 1-2 mg/dose)	Risque accru des erreurs de dosage. Ne pas utiliser si l'âge < 6 mois ou le poids < 10 kg.
oxyCODONE PO	0.1-0.2 mg/kg/dose q4-6h PRN (MAX 5-10 mg/dose)	Risque de prolongation de l'intervalle QT. Comprimés doivent être avalés entiers.
Si pas de réponse à l'opioïde PO, considérer une plus petite dose d'opioïde par voie IV/intranasale (voir Douleur sévère, ci-dessous).		
Douleur sévère (ex. 7-10 sur 10)		
fentaNYL Intranasal	1,5 mcg/kg/dose (MAX 100 mcg/dose). Administer 0,5-1 mcg/kg/dose (MAX 50 mcg/dose) 10 min après la 1e dose, au besoin. Diviser la dose entre les deux narines (MAX 1 mL/narine)	Antidouleur efficace et rapide. Soulage la douleur de façon précoce si l'accès IV n'a pas encore été établi. Administer par atomiseur intranasal pour augmenter l'absorption. Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, et score de douleur avant et 10 min après l'administration.
fentaNYL IV	1 mcg/kg/dose q1-2h PRN (MAX 50 mcg/dose)	Administer lentement pour éviter la rigidité thoracique. Pour la prise en charge initiale de la douleur, la 2e dose peut être donnée avant 1 h. Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, et score de douleur avant et q10 min après l'administration (pour MIN 30 min). Certaines institutions recommandent de surveiller la sat O2 pour 30 min après l'administration. Surveiller similairement à la morphine IV (ci-dessous).
morphine IV	0.05-0.1 mg/kg/dose q2-4h PRN (MAX 4-8 mg/dose)	Surveiller similairement au fentaNYL IV (ci-dessus). Pour la prise en charge initiale de la douleur, la 2e dose peut être donnée avant 2h.
TOUJOURS AJOUTER UN AINS (« NSAID ») PO OU IV POUR DIMINUER L'UTILISATION DES OPIOÏDES QUAND ON ANTICIPE LA NÉCESSITÉ DE PLUSIEURS DOSES D'OPIOÏDE POUR CALMER LA DOULEUR.		
ibuprofène PO	Dosage – voir Douleur légère (ci-dessus)	
kétorolac IV	0,5 mg/kg/dose q6h PRN (MAX 30 mg/dose, 15 mg/dose par la suite)	Éviter le Kétorolac IV si de l'ibuprofène ou tout autre AINS a été administré dans les 6 heures précédentes.

## CONSEILS PRATIQUES POUR PARENTS QUI HÉSITENT À DONNER DES ANALGÉSQUES

1. L'objectif aujourd'hui est de garder votre enfant confortable jusqu'à ce qu'on sache exactement ce qu'il a; il n'a pas besoin d'avoir mal pendant qu'on établit le diagnostic et le traitement.
2. Le fait de traiter la douleur n'affaiblira pas votre enfant. Par contre, le fait de ne pas la traiter peut engendrer des conséquences à long terme; ex. la façon dont il perçoit la douleur et sa perception des visites médicales à l'avenir.
3. On va commencer par la dose maximale des médicaments non opioïdes. Les AINS ont un effet antidouleur équivalent à celui de la morphine, mais avec moins d'effets secondaires.
4. La douleur associée à un traumatisme musculosquelettique est la plus sévère pendant les 3 premiers jours. Utiliser des méthodes antidouleur complémentaires (ex. immobilisation, compresses de glace).
5. Il n'y a aucune donnée probante clinique comme quoi l'usage des AINS affecteraient la guérison des os chez l'enfant.

**Pour la liste complète des références et des membres de l'équipe de développement, voir la page suivante.**

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le traitement de la douleur chez l'enfant au Service de l'urgence. 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 et EIIC ne seront pas responsables 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 et EIIC n'assument aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans leur autorisation.

# Prise en charge de la douleur

## RECOMMANDATIONS DE BASE

Les Recommandations de base sont des courts sommaires pour les professionnels de la santé, indiquant les connaissances à date en matière de diagnostic et de prise en charge aux urgences pédiatriques. Cette ressource n'est pas conçue à être utilisée comme guide pas-à-pas. Elle est idéale à l'usage éducatif et pour résumer les évidences sur la prise en charge de la douleur pédiatrique au Service de l'urgence. L'élaboration de ce document suit un processus rigoureux et itératif, en collaboration avec des spécialistes de différents domaines (soins infirmiers, simulation, urgentologie, soins intensifs, pharmacie). Pour plus de détail, voir les sections Références et Équipes de développement et d'élaboration du contenu, ci-dessous.

## RÉFÉRENCES

1. Birnie KA, Hundert AS, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. *Pain*. 2019;160(1):5-18. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001377. PMID: 30180088
2. Drendel AL, Ali S. Ten practical ways to make your ED practice less painful and more child-friendly. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. Volume 18, Issue 4, December 2017, 242-255.
3. Health Canada. Non-prescription pain relief products containing codeine are not recommended for use in people under 18 years of age. July 2020. Accessed May, 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/medeffect-canada/health-product-infowatch/august-2020/hpiw-ivps-eng.pdf>
4. Health Canada. New safety measures for prescription codeine and hydrocodone to further restrict use in children and adolescents. July 2016. Accessed May, 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/medeffect-canada/health-product-infowatch/august-2020/hpiw-ivps-eng.pdf>
5. Drendel AL, Kelly BT, & Ali S. Pain assessment for children: overcoming challenges and optimizing care. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(8):773-81. doi: 10.1097/PEC.0b013e31822877f7. PMID: 21822093
6. Fein JA, Zempsky WT, Cravero JP; Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Anesthesiology and Pain Medicine; American Academy of Pediatrics. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*. 2012;130(5):e1391-405. doi: 10.1542/peds.2012-2536. PMID: 23109683

## ÉQUIPE D'ÉLABORATION DU CONTENU

Un grand merci aux spécialistes qui ont contribué au contenu et à l'élaboration de cette ressource.

### Samina Ali, MDCM, FRCPC (PEM)

Professor, Pediatrics & Emergency Medicine Faculty of Medicine & Dentistry  
University of Alberta Edmonton, Alberta

### Amy L. Drendel, DO, MS

Professor of Pediatrics and Medical Director Children's Wisconsin Emergency Department Trauma Center, Medical College of Wisconsin

### Corrie Chumpitazi, MD, MS

Associate Professor of Pediatrics  
Baylor College of Medicine, Division of Emergency Medicine,  
Texas Children's Hospital

### Naveen Poonai, MSC, MD, FRCPC

Associate Professor, Pediatrics, Internal Medicine, Epidemiology & Biostatistics, Schulich School of Medicine & Dentistry  
Scientist, Child Health Research Institute Research Director, Division of Pediatric Emergency Medicine, Western University

## ÉQUIPE D'ÉLABORATION DU CONTENU

Nous tenons à remercier le Comité éditorial TREKK et les individus du programme EIIC KEAP pour leur support éditorial et leur expertise au développement de cette ressource. Merci également aux personnes suivantes qui ont coordonné et encadré ce projet

### Mateja Carevic, BA, MA TREKK

Knowledge Broker University of Manitoba

### Mona Jabbour, MD, MEd, FRCPC

TREKK Co-Director Interim Chair/Chief, Department of Pediatrics  
Associate Professor, Pediatrics and Emergency Medicine, University of Ottawa Children's Hospital of Eastern Ontario

### Sarah Reid, MD

TREKK Editorial Lead  
Clinical Investigator, CHEO Research Institute Physician, Division of Emergency Medicine, CHEO Assistant Professor and Director, Emergency Department Outreach, University of Ottawa

### Corrie Chumpitazi, MD, MS

Associate Professor of Pediatrics  
Baylor College of Medicine, Division of Emergency Medicine, Texas Children's Hospital

### Danielle Buch, BSc, BA

Traduction française, documents TREKK BLR, PedsPac  
Rédactrice médicale et scientifique  
Chargée de cours, Université de Montréal

### Marc Vazquez, MHA/MBA, PMP

EIIC Knowledge Broker Baylor College of Medicine

### Danica Irwin, BSc.Phm

Pharmacist, CHEO