



RECOMMANDATIONS DE BASE:

Douleur procédurale

L'enfant canadien moyen hospitalisé subit une moyenne de 6,3 procédures douloureuses par période de 24 heures¹. La douleur non traitée a des conséquences. **Conséquences à court terme** : douleur et détresse pour l'enfant, les parents et les prestataires de soins, procédure plus longue et guérison plus lente. **Conséquences à long terme** : sensibilité accrue à la douleur, augmentation du comportement d'évitement, hyper-vigilance sociale et une anxiété accrue avant une procédure douloureuse. Un traitement rapide et efficace de la douleur améliore le taux de réussite d'une procédure, évite la nécessité d'effectuer plusieurs tentatives, améliore l'efficacité du service de l'urgence et améliore le niveau de satisfaction du patient et du prestataire de soins². Il est possible d'utiliser des interventions physiques, pharmacologiques et psychologiques pour minimiser la douleur procédurale chez les enfants.

SUGGESTIONS GÉNÉRALES AFIN DE MINIMISER LA DOULEUR

PHYSIQUE

- » **Demander aux parents/prestataires de soins** de rester dans la chambre et leur demander de distraire calmement l'enfant, de le toucher (si l'enfant le souhaite) et de lui dire des mots rassurants (« Je suis là pour toi. », « Je t'aime. »).
- » Si possible, **allaier** pendant la procédure (ex. ponction veineuse, insertion d'une intraveineuse) peut aider à relaxer l'enfant.
- » **Succion non-alimentaire** (ex. suce) peut être utilisée si l'allaitement n'est pas possible.
- » Pour les jeunes enfants, il est possible de **mettre des couvertures sur le corps de l'enfant ou de l'emballer** afin de le calmer pendant la procédure.
- » Si possible, les parents peuvent utiliser la « **méthode kangourou** » soit un contact peau à peau pendant le temps de préparation avant la procédure (ex. ponction veineuse, insertion d'une intraveineuse).
- » Les parents peuvent **tenir** l'enfant dans plusieurs positions qui n'interfèrent pas avec la procédure (ex. debout et en contact physique avec l'enfant) et **bercer** l'enfant après la procédure.

SUGGESTIONS POUR MINIMISER LA DOULEUR LORS DE PROCÉDURES SPÉCIFIQUES

PROCÉDURES IMPLIQUANT DES AIGUILLES (EX. – INSERTION D'UN CATHÉTER IV, PONCTIONS SANGUINES, VACCINATIONS)

- » **Crème topique anesthésique** – Utiliser pour tous les âges. Crèmes à action rapide (ex. Maxilene^{MC}, Ametop^{MC}) sont préférables aux crèmes à action lente (ex. EMLA^{MC}). Appliquer 30 minutes avant la procédure pour les crèmes à action rapide et 60 minutes pour les crèmes à action lente. Il est recommandé d'appliquer la crème au moment du triage.
- » **Solution orale de sucre** – Utiliser jusqu'à l'âge de 12 mois. Convient mieux pour < l'âge de 1 mois. 2 ml de solution glucosée à 24 %, 2 minutes avant le début de la procédure douloureuse. (Si 24 % de glucose n'est pas disponible, diluer D50W en parts égales avec de l'eau stérile pour créer un substitut à D25W).
- » **Pulvérisation de froid** – Utiliser pour tous les âges. Si une crème topique anesthésique n'est pas disponible, utiliser un pulvérisateur à froid (ex. Pain-Ease^{MC}). Vaporiser sur la peau de 5 à 10 secondes avant la ponction de la peau.

RÉPARATION DE LACÉRATION

- » **Crème topique anesthésique** – Si > l'âge de 3 mois, il est possible de couvrir la lacération de 1 à 3 ml de crème topique anesthésique [ex. solution de lidocaïne, d'épinéphrine et de tétracaïne] et de recouvrir le tout d'un pansement occlusif (ex. Tegaderm^{MC}). Appliquer de 30 à 45 minutes avant d'effectuer la réparation. Il est recommandé d'appliquer la crème au moment du triage.
- » **Colle pour tissus (ex. Dermabond^{MC}, Glu-Stitch^{MC})** – Utiliser pour tous les âges. Éviter la région des yeux. Éviter les zones de tension. Possible de renforcer avec des stéri strips posés de manière perpendiculaire.
- » **Sutures résorbables** – Endroits à faible tension (ex. pas les jointures). Sutures résorbables conviennent à tous les enfants.
- » **Ajustement du pH de la lidocaïne injectée** – dilution de la lidocaïne diminue la douleur de l'injection. Ajouter 1 ml de 8,4 % de bicarbonate de sodium à 9 ml de 1 ou 2 % de lidocaïne. **Dose maximale de lidocaïne : 4 mg/kg.**
- » **Minimiser la douleur d'une injection de lidocaïne** – Réchauffer la lidocaïne à la température ambiante en frottant la fiole entre vos mains. Utiliser une aiguille de calibre 27-30 et administrer lentement.

MISE EN PLACE D'UNE SONDE NASOGASTRIQUE

- » **Nébulisation de lidocaïne** – Utiliser pour tous les âges. Nébulisation de 4 % de lidocaïne (3-5 ml) ou un mélange atomisé de 4 % de lidocaïne via un vaporisateur nasal (2 vaporisations). Appliquer 1 à 2 minutes avant la procédure. Il est aussi possible d'utiliser benzocaïne en nébulisation.
- » **Lidocaïne en gel** – Utiliser pour tous les âges. Lubrifier la sonde nasogastrique avec 1 à 2 ml de gelée de lidocaïne à 1-2 % peut être bénéfique afin de traiter la douleur après l'insertion causée par des éraflures mineures au nasopharynx.

CATHÉTÉRISME URÉTRAL

- » **Solution orale de sucrose** – Utiliser jusqu'à l'âge de 12 mois. Convient mieux pour < l'âge de 1 mois. 2 ml de solution glucosée à 24 %, 2 minutes avant le début de la procédure douloureuse. (Si 24 % de glucose n'est pas disponible, diluer D50W en parts égales avec de l'eau stérile pour créer un substitut à D25W).
- » **Lidocaïne en gel** – Utiliser pour tous les âges. Il existe peu de données en ce qui concerne les avantages. Lubrifier le cathéter avec 1 à 2 ml de gelée de lidocaïne à 1-2 % peut être bénéfique afin de traiter la douleur après l'insertion causée par des éraflures mineures à l'urètre.
- » L'utilisation de **méthodes non pharmacologiques** pour minimiser la douleur est la clé en raison du manque de données pour les agents pharmacologiques.

PONCTION LOMBAIRE

- » **Crème topique anesthésique** – Utiliser pour tous les âges. Crèmes à action rapide (ex. Maxilene^{MC}, Ametop^{MC}) sont préférables aux crèmes à action lente dans les urgences. Appliquer 30 minutes avant la procédure pour les crèmes à action rapide et 60 minutes pour les crèmes à action lente.
- » **Infiltration avec lidocaïne** – Crèmes topiques ne font qu'engourdir les premiers millimètres de la peau. **Dose maximale : 4 mg/kg.** Injecter la zone la plus profonde choisie pour une ponction lombaire avec un maximum de 1 ml lidocaïne à 1-2 %.
- » **Solution orale de sucrose** – Utiliser jusqu'à l'âge de 12 mois. Convient mieux pour < l'âge de 1 mois. 2 ml de solution glucosée à 24 %, 2 minutes avant le début de la procédure douloureuse. (Si 24 % de glucose n'est pas disponible, diluer D50W en parts égales avec de l'eau stérile pour créer un substitut à D25W).

PSYCHOLOGIQUE

- » **De simples techniques de distraction** peuvent comprendre des bulles, des livres, des cartes/livres de jeux, des troussees portables pour distraire les enfants et simplement converser avec l'enfant.
- » **Distractions technologiques** peuvent utiliser des appareils qui appartiennent à la famille ou qui se trouvent dans votre service de l'urgence, soit une tablette, un lecteur DVD, un téléphone intelligent, de la musique, des vidéos, des appareils de réalité virtuelle, etc.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES POUR LES ENFANTS HANDICAPÉS

- » Les enfants qui ont des besoins spéciaux (ex. autisme, retard global de développement, retard du langage) pourrait ne pas percevoir, se rendre compte ou répondre à un traitement antidouleur de la façon habituelle. Prendre en considération ce qui suit :
- » **Demander aux parents!** Les parents et les prestataires de soins savent souvent ce qui fonctionne le mieux pour l'enfant.
- » Considérations sensorielles : faible luminosité, faible bruit et un minimum de personnel dans la chambre peut aider certains enfants.
- » Dans certaines circonstances (ex. agitation extrême), vous aurez peut-être à faire une sédation pour effectuer les procédures nécessaires.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la gestion de la douleur procédurale chez l'enfant. Ce sommaire est produit par les conseillers en douleur du réseau TREKK, le D^r Samina Ali du *Stollery Children's Hospital* et le D^r Amy Drendel du *Medical College of Wisconsin*. 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 liées 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) Stevens BJ, Abbott LK, Yamada J, Harrison D, Stinson J, Taddio A, Barwick M, Latimer M, Scott SD, Rashotte J, Campbell F, Finley GA; CIHR Team in Children's Pain. [Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals](#). CMAJ 2011; 183(7):E403-10.
- 2) Ali S, McGrath T, Drendel AL. [An Evidence-Based Approach to Minimizing Acute Procedural Pain in the Emergency Department and Beyond](#). *Pediatr Emerg Care* 2016;32(1):36-42.
- 3) Committee on Fetus and Newborn & Section on Anesthesiology and Pain Medicine. [Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update](#). *Pediatrics* 2016; 137(2):e20154271.
- 4) The Canadian Association of Paediatric Health Centres, Knowledge Exchange Network. [Acute Procedural Pain: Paediatric Recommendations and Implementation Toolkits](#). (Accessed online, August 2016).

© Octobre 2016, TREKK; révision en 2018.

