



RECOMMANDATIONS DE BASE:

Prise en charge de la douleur

La plupart des visites médicales sont liées à la douleur. La douleur non traitée a des conséquences pour l'enfant¹. **Conséquences immédiates** : douleur et détresse chez l'enfant, les parents, et les professionnels de la santé; évaluation inadéquate du patient; et guérison ralentie. **Conséquences à long terme** : sensibilité augmentée à la douleur, évitement des soins médicaux, hypervigilance sociale, et anxiété accrue lors des visites médicales. Le traitement rapide et efficace de la douleur augmente la satisfaction de l'enfant et de ceux qui s'en occupent, diminue les chances que la douleur se détériore (« wind-up phenomenon »), améliore le flot du service de l'urgence, et diminue la possibilité de litige. Il existe des interventions physiques, psychologiques, et pharmacologiques utiles pour minimiser la douleur chez l'enfant.²

POURQUOI ÉVALUER LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

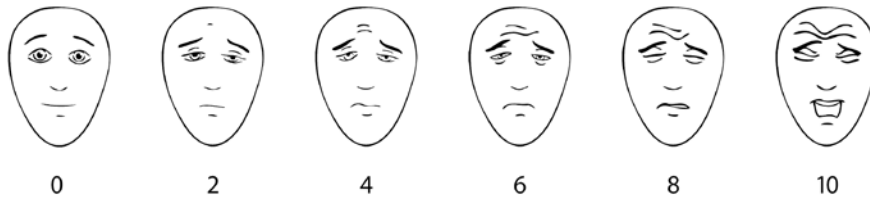
- » L'évaluation de la douleur pédiatrique dirige le choix de thérapie appropriée.
- » La nature complexe et biopsychosociale de la douleur ne permet pas de la caractériser par une seule évaluation. Il est important de réévaluer la douleur à plusieurs reprises et de considérer chaque enfant cas par cas – sa situation, son état de détresse, son expérience vécue – pour mieux guider le traitement.

COMMENT MESURER LA DOULEUR PÉDIATRIQUE

- » L'idéal serait de demander à l'enfant d'évaluer sa propre douleur. Cependant, si l'enfant n'en est pas capable ou n'est pas coopératif (ex : trouble cognitif, non verbal), on référera la question au parent/gardien.

ÉCHELLES RECOMMANDÉES

1. [Échelle FLACC](#) – Pour les enfants d'âge < 4 ans ou non verbaux
2. [Échelle des visages \(Révisée\)](#) – Pour les enfants d'âge 4-12 ans



©2001, International Association for the Study of Pain (IASP).

Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. [The Faces Pain Scale – Revised](#): Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93:173-83.
L'utilisation de cette échelle à des fins clinique, pédagogique ou de recherche est gratuite et ne requiert pas d'autorisation de l'IASP sous réserve de ne la modifier ou l'altérer d'aucune façon que ce soit.
Pour sa reproduction dans une revue, un livre ou une page web, ou pour toute utilisation commerciale, une autorisation est requise.

3. [Échelle verbale numérique et analogue](#) – Pour les enfants d'âge > 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 POUR MINIMISER LA DOULEUR

INTERVENTIONS PHYSIQUES

- » **Demander aux parents/gardiens** de rester dans la pièce et de distraire l'enfant, de le calmer en le touchant doucement (si l'enfant le désire), et de lui suggérer de relaxer et de respirer.
- » **Si la maman allaite** l'enfant et qu'il n'est pas NPO, l'allaitement peut agir comme calmant.
- » Si l'allaitement n'est pas une option ou si l'enfant est NPO, **la succion** (une suce) peut le calmer.
- » Le jeune nourrisson peut être emmaillotté ou enveloppé d'une couverture pour le calmer en attendant les évaluations/résultats.
- » Si c'est une option, le parent peut tenir le nourrisson en **contact peau à peau, soit en méthode kangourou**, pour le calmer en attendant les évaluations/résultats.
- » Le parent peut tenir l'enfant dans n'importe quelle position qui ne gêne pas l'examen ou les procédures (ex : assis ou debout contre lui) et **bercer** l'enfant sitôt après.

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- » **Distraction simple** : bulles, lecture, cherche et trouve (sur cartes et livres « I Spy »), trousse de distraction portative, conversation.
- » **Distractions technologiques**, disponibles au service de l'urgence ou amenées par la famille : tablette (ex : iPad), lecteur DVD, vidéos, musique, jeux interactifs sur téléphone intelligent, jeux de simulation virtuelle, etc.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES POUR LA DOULEUR AIGÜE

- » À utiliser avec les interventions physiques et psychologiques ci-dessus.
- » Réévaluer la réponse au médicament à intervalles réguliers pendant la visite à l'urgence. Il est recommandé de redoser, au besoin.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES POUR LA DOULEUR AIGÜE (SUITE)

- » Il n'y a aucune donnée probante comme quoi l'analgésie précoce réduit la précision du diagnostic.
- » Les dosages des médicaments ci-dessous sont recommandés pour les enfants de plus d'un an. Pour les nourrissons, veuillez consulter le formulaire de votre hôpital ou un spécialiste pour nourrissons.

DOULEUR LÉGÈRE

- » **Échelle de douleur** : 1–3 sur 10; inconfort léger
- » **Ibuprofène PO** – 10 mg/kg (max 600 mg par dose, q6-8h, prn) **OU**
- » **Acétaminophène PO** – 15 mg/kg (max 1000 mg par dose, q4-6h, prn)

DOULEUR MODÉRÉE

- » **Échelle de douleur** : 4–6 sur 10; inconfort modéré
- » **Ibuprofène PO** – 10 mg/kg (max 600 mg) **ET** **acétaminophène PO** 15 mg/kg (max 1000 mg)
- » Considérer l'ajout d'un opioïde par voie orale :
 - » **Oxycodone PO** – 0,1-0,2 mg/kg (maximum 10 mg per dose, q4-6h, prn)
- » Adapter le dosage des opioïdes selon l'efficacité clinique/effets secondaires.
- » Recommander/prescrire un laxatif émoullent (ex : Lactulose®, PEG 3350, RestoraLax®) avec l'usage des opioïdes.
- » Selon les [recommandations de Santé Canada](#), la codéine et l'hydrocodone sont à éviter chez l'enfant, particulièrement chez l'enfant de moins de 12 ans, en raison d'efficacité limitée et de questions de sécurité.
- » Considérer une faible dose de médicaments par voie IV/IN si l'enfant ne répond pas aux médicaments par voie orale (voir **DOULEUR SÉVÈRE**).

DOULEUR SÉVÈRE

- » **Échelle de douleur** : 7–10 sur 10; visiblement souffrant
- » **Fentanyl par voie intranasale (IN)** : 1–2 mcg/kg (maximum 100 mcg/dose). Administrer par atomiseur, ½ dose par narine; maximum 0,75 mL/narine; de préférence utiliser une forte concentration de fentanyl (50 mcg/mL); antidouleur efficace pendant la pose de l'IV; **OU**
- » Opioïdes par voie intraveineuse (IV) :
 - » **Morphine IV** – 0,05–0,1 mg/kg (maximum 10 mg) **OU**
 - » **Fentanyl IV** – 1–2 mcg/kg (maximum 50 mcg par dose) **OU**
 - » **HYDRORmorphine IV** – 0,01–0,02 mg/kg (maximum 1 mg par dose)
- » Considérer l'ajout d'AINS (« NSAIDS ») par voie IV ou PO pour diminuer l'ajout des opioïdes, si la douleur devait nécessiter plusieurs doses d'analgésie : **Kétorolac IV** 0,1 mg/kg (maximum 30 mg) **OU** **Ibuprofène PO** (voir **DOULEUR LÉGÈRE** pour dosage).

CONSEILS PRATIQUES POUR PARENTS, EN MATIÈRE D'ANALGÉSIE

- » Certains parents hésitent de traiter la douleur chez l'enfant, anticipant des effets secondaires ou des effets indésirables, ou en raison de certaines perceptions erronées. Les énoncés suivants présentent les faits pour rassurer le parent.
 1. Notre objectif aujourd'hui est de conforter votre enfant 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, telles la façon dont il perçoit la douleur et sa perception des visites médicales à l'avenir.
 3. Il n'y a aucune donnée probante clinique comme quoi l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS ou « NSAIDS ») affecte la guérison des os chez l'enfant.
 4. On va commencer par la dose maximale des médicaments non opioïdes, car ceux-ci ont moins d'effets secondaires que les opioïdes. On ne lui donnera des opioïdes que si la douleur persiste ou devient plus sévère.
 5. La douleur associée à un traumatisme musculosquelettique est la plus sévère au cours des 3 premiers jours. On lui donnera des opioïdes **seulement** pendant les 3 jours où on s'attend à ce que la douleur soit la plus forte (ex : 5 -10 doses seulement).
 6. Les opioïdes doivent être gardés dans un endroit sécuritaire hors de la portée des enfants. Ils doivent être donnés uniquement au besoin. Toute quantité restante doit être retournée au pharmacien pour disposition sécuritaire.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la prise en charge de la douleur aigüe chez l'enfant. Ce sommaire est produit par les conseillers sur la douleur du réseau TREKK, Dr Samina Ali du *Stollery Children's Hospital* et Dr 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) Hartling L, et al. [How Safe Are Common Analgesics for the Treatment of Acute Pain for Children? A Systematic Review](#). *Pain Res Manag*. 2016;5346819.
- 2) Drendel AL, Ali S. [Ten Practical Ways to Make Your ED Practice Less Painful and More Child-Friendly](#). *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2017;18(4):242-255.
- 3) Drendel AL, Kelly BT & Ali S. [Pain assessment for children: overcoming challenges and optimizing care](#). *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(8):773-81.
- 4) 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.