

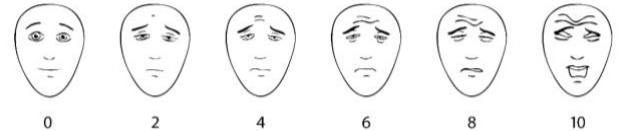
Prise en charge de la douleur

La plupart des visites médicales sont liées à la douleur.¹ La douleur non traitée a des conséquences immédiates (douleur et détresse chez l'enfant, parents, professionnels de la santé; évaluation inadéquate du patient; guérison ralentie) et à long terme (sensibilité à la douleur, évitement des soins médicaux, développement de douleurs chroniques). Le traitement rapide, efficace, et multimodal de la douleur augmente les chances de succès, le flot du service à l'urgence, et la satisfaction de l'enfant et de ceux qui s'en occupent.¹ La mesure fréquente de la douleur et la prise en considération de la situation unique de chaque enfant, de son état de détresse, et de son expérience de vie, peuvent aider les professionnels de la santé à choisir la 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), demander au parent/gardien.

1. **Échelle FLACC-R** – Pour enfants de moins de 4 ans ou non verbaux.
2. **Échelle des visages (Révisée)** – Pour enfants de 4 à 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/gardiens** de rester dans la pièce et de distraire l'enfant, de le calmer en le touchant doucement (si l'enfant le désire), de l'engager en conversation, et/ou de lui suggérer de respirer profondément.
- » **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 non nutritive (une suce)** pourrait le calmer.
- » Le parent/gardien peut **tenir** l'enfant dans n'importe quelle position de confort qui ne gêne pas l'examen ou les procédures (ex. assis ou debout contre lui) et **bercer** l'enfant sitôt après.
- » Le jeune nourrisson peut être **emmailloté** (bras et jambes près du corps) ou **enveloppé d'une couverture** pour le calmer en attendant les évaluations/résultats.
- » Si l'option est disponible, le parent/gardien peut tenir le nourrisson en contact peau à peau, soit en **méthode kangourou**, en attendant les évaluations/résultats.

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- » **Distractions simples** : bulles, lecture, cartes/livres cherche/trouve (*I Spy*), trousse de distraction portatives, conversation.
- » **Distractions technologiques** : tablette, lecteur DVD, jeux sur téléphone intelligent, musique, vidéos, jeux réalité virtuelle.

Interventions pharmacologiques pour douleur aiguë

- » Utiliser en conjonction avec interventions physiques et psychologiques ci-dessus.
- » Réévaluer la réponse au médicament à intervalles réguliers pendant la visite à l'urgence. Redoser, au besoin.
- » Il n'y a AUCUNE donnée probante comme quoi l'analgésie précoce réduit la précision du diagnostic.
- » Pour le nourrisson de moins de 12 mois, consulter le Centre de référence pédiatrique pour leurs recommandations sur l'évaluation/diagnostic, le transfert potentiel, et le besoin d'opioïdes ou d'analgésie IV pour soulager la douleur.

OPIOÏDES

- » Adapter le dosage de tout opioïde selon l'efficacité clinique/effets secondaires.
- » Une véritable allergie à la morphine et aux autres opioïdes est extrêmement rare. La réaction croisée est rare aussi.
- » Selon Santé Canada, éviter la codéine chez l'enfant/ado < 18 ans² et l'hydrocodone chez l'enfant < 6 ans.³
- » Attention à l'utilisation de la sédation procédurale dans les 30 minutes suivant l'administration d'un opioïde : il y a un risque accru d'évènements respiratoires indésirables.
- » Avant de prescrire des opioïdes pour l'utilisation à domicile, évaluer la famille pour le risque d'abus d'opiacés.
- » La prescription de départ pour les opioïdes PO ne doit pas dépasser 3 jours (ou 10 doses au total) pour la plupart des diagnostics.
- » Recommander un laxatif émoullissant avec les opioïdes PO à domicile. Voir les [Recommandations TREKK sur la constipation](#).
- » 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.

ANALGÉSIE POUR ENFANTS D'ÂGE 1 AN ET PLUS		
DOULEUR LÉGÈRE (ex. 1-3 sur 10)		
Médicament	Dosage	Commentaires/Précautions
ibuprofène PO	10 mg/kg/dose q6h PRN (MAX 600 mg/dose)	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)		
ibuprofène ET acétaminophène PO	Dosage – voir Douleur légère (ci-dessus)	
<i>Considérer l'ajout d'un opioïde.</i>		
HYDROmorphone PO (comprimés, liquide)	0.03-0.06 mg/kg/dose q3-4h PRN (MAX 1-2 mg/dose)	Risque accru des erreurs de dosage. Risque potentiel augmenté de l'utilisation abusive des opioïdes à l'avenir.
morphine PO (comprimés, liquide)	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 2 ^e dose peut être donnée avant 3 h.
oxyCODONE PO (comprimés)	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.
<i>Si pas de réponse à l'opioïde PO, considérer une plus petite dose d'opioïde par voie IV/intranasale (voir Douleur sévère, ci-dessous).</i>		
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 1 ^e 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.
morphine IV	0.05-0.1 mg/kg/dose q2-4h PRN (MAX 5-7.5 mg/dose)	Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, et score de douleur avant et q10 min après l'administration (MIN 30 min). Certaines institutions recommandent de surveiller SaO ₂ pour 30 min après l'administration. Pour la prise en charge initiale de la douleur, la 2 ^e dose peut être donnée avant les 2 h.
fentaNYL IV	1 mcg/kg/dose q1-2h PRN (MAX 50 mcg/dose)	Surveiller comme pour morphine IV (ci-dessus). Pour la prise en charge initiale de la douleur, la 2 ^e dose peut être donnée avant 1 h.
<i>Toujours ajouter un AINS PO ou IV pour diminuer l'utilisation des opioïdes, si on anticipe la nécessité de plusieurs doses d'opioïde.</i>		
ibuprofène PO	Dosage – voir Douleur légère (ci-dessus)	
kétorolac IV	0.5 mg/kg/dose q6h PRN (MAX 30 mg/dose)	Éviter l'ibuprofène ou tout autre AINS pendant au moins 6 h suivant le kétorolac IV.

Conseils pratiques pour parents/gardiens qui hésitent à donner des analgésiques

1. L'objectif aujourd'hui est de soulager 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; ex. 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 AINS 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 pendant les 3 premiers jours. Au besoin, on lui donnera des opioïdes **seulement** pour les 3 jours où on s'attend à la plus forte douleur (ex. MAX 10 doses).

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 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 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. 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.
2. Health Canada. [Non-prescription pain relief products containing codeine are not recommended for use in people under 18 years of age](#). July 2020. Accessed December 2, 2020.
3. Health Canada. [New safety measures for prescription codeine and hydrocodone to further restrict use in children and adolescents](#). July 2016. Accessed December 2, 2020.
4. 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.
5. Drendel AL, Kelly BT & Ali S. [Pain assessment for children: overcoming challenges and optimizing care](#). *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(8):773-81.
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.