

Douleur procédurale

Les procédures communément utilisées pour diagnostiquer et traiter les enfants sont souvent source de douleur et de détresse importante.¹ 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). La prise en charge rapide, efficace, et multimodale de la douleur augmente les chances de succès de l'intervention, la réussite au premier coup, le flot du service à l'urgence, et la satisfaction de l'enfant et de ceux qui l'accompagnent.² Avant d'entamer toute procédure : considérer si la procédure est vraiment nécessaire, regrouper les procédures, optimiser la prise en charge de la douleur, et impliquer les personnes chargées de l'enfant dans le plan/la prise de décision.

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), de lui chanter des chansons, de l'encourager (ex. « Je suis là »).
- La personne en charge de l'enfant ou le soignant peut **tenir** l'enfant dans n'importe quelle position de confort qui ne gêne pas les procédures (ex. assis/debout contre lui) et **bercer** l'enfant après l'intervention.
- Le nourrisson de < 2 mois peut être **emmailloté** (bras et jambes près du corps) ou **enveloppé d'une couverture** pour le calmer avant/pendant/après l'intervention.
- Si la maman allaite l'enfant, **l'allaitement** pendant la procédure (ex. prise de sang, insertion IV) peut agir comme calmant; sinon, la **succion non nutritive** (une suce) pourrait avoir le même effet.
- **Le sucrose par voie orale** peut être donné jusqu'à l'âge de 12 mois mais est efficace surtout chez le nourrisson de < 1 mois. Donner 0,5 mL de soluté glucosé 24 % PO, 2 minutes avant la procédure douloureuse. S'il n'y a pas de soluté glucosé 24 %, substituer par du D50W dilué à part égale avec de l'eau stérile (D25W). Le sucrose peut être utilisé seul ou avec une suce, que ce soit pour un bébé emmailloté ou non, pour toute procédure douloureuse.
- Si l'option est disponible, le parent/personne en charge de l'enfant peut tenir le nourrisson en **contact peau à peau**, en préparation pour la procédure (ex. prise de sang, insertion IV).
- Indiquer aux parents/personne en charge de l'enfant comment aider l'enfant pendant les **ponctions**.
- **Éviter** la ponction au talon et les injections intramusculaires, si possible.
- Pour tout **traumatisme à un membre**, **appliquer des compresses froides** et une attelle, ceci pour réduire la douleur et prévenir les blessures secondaires.

Interventions psychologiques

- Il est important de guider l'adulte et le patient à anticiper toute procédure/douleur associée, et de suggérer des stratégies de distraction. Profiter de l'aide d'un spécialiste du milieu de vie de l'enfant, si disponible – avant, pendant, et après l'intervention.
- **Distractions simples** : bulles, lecture, cartes/livres cherche & trouve (ex. *C'est moi l'espion, [I Spy]*), **trousses de distraction portatives**, et conversation.
- **Distractions technologiques** : jeux/vidéos sur téléphone intelligent; tablette; musique; TV/vidéos; jeux réalité virtuelle.

SUGGESTIONS POUR MINIMISER LA DOULEUR ASSOCIÉE À CERTAINES PROCÉDURES

Lacération

- **Adhésif tissulaire (colle cutanée)** – À tout âge. Attention autour des yeux. Éviter les endroits sous tension. On peut apposer des stérilstrips perpendiculaires avant d'appliquer la colle, pour optimiser les résultats. Ne pas utiliser sur les morsures/plaies non propres.
- **Points de suture résorbables** – À privilégier pour la plupart des points de suture pédiatriques à l'urgence (sauf les plaies sous tension importante). Les enfants souffrent souvent de stress et d'inconfort lors du retrait des points.
- **Lidocaïne 4 % / Épinéphrine 0,05 % / Tétracaïne 0,5 % (LET) en gel** : 0,18 mL/kg/dose (MAX 3 mL/dose) pour patients d'âge 3 mois et plus. Appliquer sur la plaie, avec ou sans gaze, et recouvrir d'un pansement occlusif (ex. Tegaderm®). Appliquer d'avance! L'application dès le triage est recommandée car le gel LET met au moins 30 minutes à faire effet et au moins 45 minutes quand utilisé sur les articulations et la paume des mains/pieds.
- **Minimiser la douleur de l'injection de la lidocaïne** – Chauffer la lidocaïne à la température du corps en frottant le flacon entre les mains, utiliser une petite aiguille (calibre 27-30), et injecter lentement.
- **Ajustement du pH de la lidocaïne injectée** – La modification du pH diminue la douleur de l'injection. Ajouter 1 mL bicarbonate de soude 8,4 % à 9 mL de lidocaïne 1 % ou 2 % (ne pas dépasser 4 mg/kg/dose lidocaïne, MAX 300 mg/dose).

Ponction lombaire

- **Crème anesthésique topique** – Peut être utilisée à tout âge. De préférence, choisir les crèmes à action rapide (ex. Maxilene[®], Ametop[®], L.M.X.4[®]) plutôt que lente à l'urgence. Appliquer 30 minutes avant la procédure (crèmes à action rapide) ou 60 minutes avant (crèmes à action lente) et recouvrir d'un pansement adhésif (ex. Tegaderm[®]).
- **Lidocaïne en injection** – Les crèmes topiques ne gèlent que les premiers millimètres de la surface cutanée. Injecter à la profondeur de l'insertion de l'aiguille de ponction lombaire environ 1-3 mL de lidocaïne 1-2 % (ne pas dépasser 4 mg/kg/dose, MAX 300 mg/dose). Réchauffer et modifier le pH de la lidocaïne tel que décrit ci-dessus.
- **Sucrose par voie orale** – (voir ci-dessus) pour nourrissons, en plus des analgésiques de la section présente.

Blessure musculosquelettique

- **Prise en charge de la douleur** – Utiliser des non-opioides (ibuprofène, acétaminophène, kétorolac) en première intention, les opiacés/opioides étant réservés aux douleurs plus sévères ou en prévision d'interventions plus douloureuses (ex. imagerie diagnostique).
- **Réduction** – Pendant la réduction, utiliser une anesthésie régionale (bloc d'hématome, bloc intra-articulaire ou bloc nerveux) ou une sédation procédurale (voir [Recommandations TREKK sur la Prise en charge de la douleur](#)).

Insertion d'un tube nasogastrique

- **Lidocaïne en spray** – Peu de données probantes sur l'efficacité de la lidocaïne en spray; la thérapie multimodale est essentielle à l'intervention. Chez le patient d'âge 6 mois ou plus, on peut essayer soit la lidocaïne 4 % en atomiseur nasal (10-20 mg), soit la lidocaïne 4 % en nébulisation (3-5 mL). Ne pas dépasser 4 mg/kg/dose.
- **Lidocaïne en gel** – La lubrification du tube nasogastrique avec 1-2 mL de lidocaïne en gel 1-2 % peut être bénéfique pour minimiser la douleur post-insertion chez le nourrisson/enfant de 6 mois et plus.

Ponction (aiguille)

- **Crème anesthésique topique** – Peut être utilisée à tout âge. De préférence, utiliser les crèmes à action rapide (ex. Maxilene[®], Ametop[®], L.M.X.4[®]) plutôt que lente (ex. EMLA[®]). Appliquer 30 minutes avant la procédure (crèmes à action rapide) ou 60 minutes avant (crèmes à action lente) et recouvrir d'un pansement adhésif (ex. Tegaderm[®]).
- **Vaporisateur froid** – Peut être utilisé à partir de l'âge de 3 ans. Dans l'indisponibilité d'un anesthésique topique, un spray froid (ex. Pain-Ease[®]) peut être vaporisé sur la peau intacte avant la procédure, pendant 4-10 secondes ou jusqu'à ce que la peau devienne blanche. Répéter x 1 au besoin.¹

Sonde urinaire

- Considérer les techniques non invasives pour le prélèvement d'urine pour le dépistage (ex. sac, [QuickWee](#), [Clean Catch](#)).
- Interventions physiques et psychologiques pour diminuer la douleur – essentielles vu le manque de données probantes pour la pharmacothérapie.
- **Lidocaïne en gel** – Peu de données probantes sur les bienfaits. La lubrification du cathéter avec 1-2 mL de lidocaïne en gel 1-2 % peut être bénéfique pour traiter la douleur post-insertion chez le nourrisson/enfant de 6 mois et plus.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES POUR LES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS

Les enfants ayant des besoins particuliers (ex. autisme, trouble du développement, non verbal) peuvent ne pas percevoir, rapporter, ou répondre au traitement de la douleur de la même façon que les autres. Voir les [Recommandations TREKK sur la déficience intellectuelle et les troubles du développement](#).

Considérer les suivants :

- **Demander au parent/la personne en charge de l'enfant!** C'est eux qui savent ce qui convient le mieux à leur enfant.
- **Considérations sensorielles** : tamiser la lumière, réduire le bruit, et avoir un minimum de personnel dans la pièce, pourraient aider certains enfants.
- Dans certaines situations (ex. agitation extrême), il pourrait être nécessaire d'avoir recours à un anxiolytique ou à une sédation procédurale et de regrouper toutes les procédures à la fois.

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.

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. Trottier ED, Doré-Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L, Baerg K, Ali S. Managing pain and distress in children undergoing brief diagnostic and therapeutic procedures. *Paediatr Child Health*. 2019;24(8):509-521.
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. 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.
4. 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.
5. The Canadian Association of Paediatric Health Centres, Knowledge Exchange Network. Acute procedural pain: Paediatric recommendations and implementation toolkits. (Accessed online, May 2022). <https://ken.childrenshealthcarecanada.ca/xwiki/bin/view/Paediatric+Pain/Acute+Procedural+Pain%3A+Paediatric+Recommendations+and+Implementation+Toolkits>.

ÉQUIPE D'ÉLABORATION DU CONTENU

Un grand merci aux spécialistes qui ont contribué au contenu et à l'élaboration des Recommandations de base TREKK sur La Douleur procédurale.

Samina Ali, MDCM, FRCPC (PEM)

Professor, Pediatrics & Emergency Medicine
Faculty of Medicine & Dentistry
University of 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 DE DÉVELOPPEMENT

Nous tenons à remercier le [Comité éditorial TREKK](#) et les individus du programme [EIIIC 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

Montréal

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

Danica Irwin, BSc.Phm

Pharmacist, Children's Hospital of
Eastern Ontario

Danielle Buch, BSc, BA

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

Marc Vazquez, MHA/MBA, PMP

EIIIC Knowledge Broker Baylor
College of Medicine