



1. INTRODUCTION

La douleur induite par les gestes thérapeutiques ou diagnostiques doit toujours être prévenue et traitée.

Une bonne prise en charge repose sur l'association de techniques pharmacologiques et non pharmacologiques, permettant une analgésie et une diminution de l'anxiété et du vécu de la douleur.

2. OBJET

1. Harmoniser les pratiques de prise en charge de la douleur induite par les gestes thérapeutiques ou diagnostiques dans les services d'urgence de la région.
2. Optimiser la prévention et le traitement de la douleur induite par les gestes thérapeutiques ou diagnostiques dans les services d'urgence de la région.
3. S'inscrire dans la démarche qualité des établissements.

3. DOMAINE D'APPLICATION

Population concernée :

- Tout enfant de 0 à 18 ans

4. PERSONNEL CONCERNE - RESPONSABILITES

- Professionnels des services d'urgences : Médecins, internes, infirmiers, puériculteurs, étudiants

5. DESCRIPTION DE L'OBJET

A. RECOMMANDATIONS PRATIQUES

- Evaluer la douleur dès l'arrivée de l'enfant et tout au long de sa prise en charge.
- Apaiser le stress, rassurer l'enfant et sa famille, expliquer, informer clairement avant le soin (éviter pendant sauf demande de l'enfant).
- Permettre la présence et l'implication des parents.
- Adapter le traitement à l'âge, à la situation clinique et au degré d'urgence. Favoriser l'analgésie multimodale (G 30%, MEOPA, antalgiques de palier 1 à 3, anesthésiques locaux, anxiolytiques, sédatifs).
- Privilégier une voie d'administration simple.


Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences

Réf. :.

Page 2 / 5

- Administrer les antalgiques le plus tôt possible et respecter les délais d'efficacité pour le soin.
- Evaluer l'efficacité de la prescription antalgique et surveiller les effets indésirables éventuels.
- Savoir arrêter un geste quand l'analgésie est insuffisante et réévaluer la prescription.
- Accompagner au cours du soin avec des techniques de distraction ou des techniques dérivées de l'hypnose.
- Faire une ordonnance de sortie avec prescription anticipée d'antalgiques.

Immobiliser le segment de membre douloureux sous MEOPA en cas de traumatisme (si non fait en pré - hospitalier) : la priorité absolue.

B. RECOMMANDATIONS SELON LES SITUATIONS CLINIQUES

Situation clinique	Première proposition	Deuxième proposition	Pratique quotidienne Recommandation d'experts
Ponction et/ou pose de voie veineuse chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois	Solution sucrée (1) associée à la succion d'une tétine ou allaitement maternel +/- crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne (2)	MEOPA	
Ponction et/ou pose de voie veineuse	Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne	MEOPA si situation d'urgence ou phobie de l'enfant (en association avec crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne)	
Ponction artérielle (gaz du sang)	Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne		MEOPA Δ : risque de modification des résultats de la gazométrie artérielle
Ponction articulaire évacuatrice	Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne + infiltration de lidocaïne + MEOPA	Anesthésie générale au bloc sur avis du chirurgien	
Ponction capillaire au talon chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois	Solution sucrée associée à la succion d'une tétine ou allaitement maternel		
Ponction lombaire	MEOPA + crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne si acte programmé		
Ponction lombaire chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois	Solution sucrée associée à la succion d'une tétine + crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne si acte programmé		
Ponction pleurale	Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne + infiltration de lidocaïne + MEOPA (sauf pneumothorax)	Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne + infiltration de lidocaïne + midazolam Kétamine	

RESEAU REGIONAL DOULEUR EN BASSE NORMANDIE



RECOMMANDATIONS

RC 6 - 2014 Version 1

Réf. :.

Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences

Page 3 / 5

Brûlures (pour les pansements)	MEOPA +/- midazolam	Sédation profonde (par exemple : association midazolam – kétamine – morphinique) +/- anesthésie générale)	
Extraction d'un corps étranger	Selon localisation midazolam intra rectal ou oral Lidocaïne gel ou spray MEOPA	Anesthésie générale	
Morsure ou plaie complexe grave	Avis spécialisé et prise en charge adaptée au soin proposé		
Ongle incarné	Anesthésie générale sur avis chirurgical		
Pronation douloureuse	Réduction immédiate	MEOPA	Immobilisation du bras en écharpe 24 à 48 h (si récurrence ou délai important avant réduction)
Réduction de hernie	Midazolam ou diazépam + solution sucrée associée à la succion pour les nourrissons jusqu'à 4 mois		Proposer un bain pour détendre le nourrisson
Réduction orthopédique de fracture ou luxation : Selon gravité	Recommandations AFSSAPS : anesthésie générale	MEOPA – morphine - midazolam	Intérêt d'associer la kétamine
Réduction de paraphimosis	Gel de lidocaïne + MEOPA + midazolam Solution sucrée associée à la succion pour les nourrissons jusqu'à 4 mois	Bloc pénien + MEOPA Kétamine ou anesthésie générale	Si oedème important appliquer des compresses imbibées de G30% pendant 30 minutes
Sondage vésical	Gel de lidocaïne 2% + MEOPA lubrifier la sonde avec de la vaseline Solution sucrée associée à la succion pour les nourrissons jusqu'à 4 mois		
Suture d'une plaie mineure	Lidocaïne spray ou infiltration de lidocaïne tamponnée* (selon étendue de la plaie) + MEOPA +/- midazolam intrarectal		
Suture d'une plaie complexe ou étendue	Anesthésie générale		

*cf. recommandations selon les molécules

(1) Recommandations : Utilisation d'une solution sucrée à visée antalgique (RRDBN 2014)

http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/9506.pdf

(2) Recommandations : Utilisation de la crème EMLA® (RRDBN 2004)

http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7134.pdf

Livret : Douleur et inconfort liés aux soins en pédiatrie (RRDBN 2009)

http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7136.pdf

C. RECOMMANDATIONS SELON LES MOLECULES

Molécule	Voie et posologie	Délai d'action	Durée d'action	Commentaire
Midazolam	IV : 0,05 à 0,1 mg / kg Sans dépasser 1mg Réinjections possibles si inefficacité PO : 0,5 mg / kg IR : 0,4 mg / kg	2 mn Variable 10 à 30 mn 20 à 30 mn	20 à 30 mn Action rapide et brève 45 mn	Dose max per os ou intra rectale 10 mg Antidote: flumazénil
Diazépam	0,5 mg / kg IR sans dépasser 10 mg	5 à 10 mn	1 à 3 h	
Lidocaïne injectable à 1%	Infiltration : 2 à 7 mg / kg	5 à 10 mn	45 mn	
Lidocaïne injectable à 1% tamponnée	Volume de préparation à injecter en fonction du poids : . 2 à 3 kg : 0,25 ml . 3 à 5 kg : 0,5 ml . 5 à 10 kg : 0,75 ml . 10 à 20 kg : 1 ml . > 20 kg : 1,5 ml			Préparation de la lidocaïne tamponnée : . Prendre un flacon de 20 mL de lidocaïne injectable à 1% . Remplacer 4 ml de lidocaïne par 4 ml de bicarbonate de Na 4,2%
Gel de lidocaïne à 2%	0,1 à 0,2 g (gel) / kg Soit 0,1 à 0,2 ml / kg	5 à 10 mn	30 mn	
Lidocaïne nébuliseur à 5% 1 pulvérisation = 9 mg de lidocaïne	. Enfants > 6 ans 2 à 4 pulvérisations /10 kg . Enfants < 6 ans 1 pulvérisation / 10 kg	1 à 3 mn	10 à 15 mn	
Kétamine	0,5 à 1 mg / kg en IVL Réinjections possibles jusqu'à 2 mg / kg	1 mn IV	10 à 15 mn	
Morphiniques	Se référer à la plaquette « OPIOIDES chez l'enfant » Guide pratique d'utilisation - RRDBN - avril 2012 http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7131.pdf			

Nb : l'ANSM recommande de n'utiliser la codéine chez l'enfant de plus de 12 ans qu'après échec du paracétamol et/ou des AINS, de ne plus utiliser ce produit chez les enfants de moins de 12 ans, de ne plus utiliser ce produit après amygdalectomie ou adénoïdectomie, de ne plus utiliser ce produit chez la femme qui allaite.



6. TEXTES REGLEMENTAIRES

- **Plan quadriennal** de lutte contre la douleur 2006-2010
- **Décret n ° 2002--194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Texte abrogé décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 et indexé au Code de la santé publique (CSP - Livre 3, Titre 1, Chapitre 1, Section 1.- art R 4311-1à15)
- **Circulaire DGS/DH/DAS n ° 99 /84 du 11 février 1999** relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.
- **Charte de l'enfant hospitalisé – Rédigée à Leiden - 1988**

7. DOCUMENTS DE REFERENCE - BIBLIOGRAPHIE

- URGENCES PEDIATRIQUES du prématuré à l'adolescent 2^{ème} édition – Coordination : P. Labrune, D. Oriot, B. Labrune, G. Huault - Edition De Boeck - Estem
- AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique : Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Juin 2009
- Protocole « L'essentiel de la prescription antalgique aux urgences Pédiatriques » - Urgence Pédiatrique CHU Hôtel-Dieu – NANTES 2005
- Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques - Dr R. Carbajal – CNRD 2004
- La douleur chez l'enfant - D.Annequin - Elsevier/Masson - Pédiatrie au quotidien 2002
- Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans ; ANAES 2000
- Banque Claude Bernard en ligne
- www.chu-toulouse.fr
- www.cnrdr.fr
- www.pediadol.org
- www.thériaque.org
- www.vidal.fr

	GRUPE DE TRAVAIL PEDIATRIQUE	Date
Rédaction	Groupe de travail pédiatrique du comité opérationnel	avril 2014
Modifications		
Validation	Comité opérationnel	12 septembre 2014