

# PRÉVENIR LA DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS CHEZ L'ENFANT : QUEL MÉDICAMENT À QUEL MOMENT ?

VERSION 2025

Fin d'administration  
du médicament

**Je ne fais pas le soin**  
Délai à respecter avant de débuter le soin

**Je peux faire le soin**  
Durée d'action permettant le soin

indication âge = AMM

indication âge = Avis d'experts

## PIC D'ACTION

### MÉDICAMENTS ANTALGIQUES

<b>MÉOPA</b>	<b>VOIE RESPIRATOIRE</b>	à partir de 1 mois	À commencer 3 minutes avant le début du soin et à poursuivre toute la durée du soin. Si l'inhalation est interrompue plus de quelques secondes, attendre à nouveau 3 minutes avant de poursuivre le soin. Si la durée prévisible du soin est supérieure à 35-45 minutes, se poser la question d'une sédation ou d'une AG.		3'	La sédation dure le temps de l'inhalation et persiste 2' après le retrait du masque
<b>MORPHINE*</b> MORPHINIQUE FORT	<b>VOIE ORALE</b>	à partir de 6 mois	D'emblée si EVA prévisible du soin > 6	Surveillance étroite avant 1 an	1 h	2 h
	<b>VOIE INTRA-VEINEUSE</b>	dès la naissance	5 minutes de perfusion. D'emblée si EVA prévisible du soin > 6		10'	2 h
<b>NALBUPHINE</b> MORPHINIQUE FAIBLE	<b>VOIE INTRA-VEINEUSE</b>	à partir de 18 mois	Antalgique et sédatif. Parfois insuffisant car effet plafond. Possible avant 18 mois sous surveillance.	20 minutes de perfusion.	10'	1 h
	<b>VOIE RECTALE</b>	à partir de 18 mois	Possible avant 18 mois sous surveillance.	Voie rectale = absorption et durée d'action variables.	20'	1 h

\* Pour prévenir la douleur d'un soin, la morphine est le morphinique de référence. Les équipes formées utilisent parfois le fentanyl intra-nasal. Les morphiniques nécessitent une surveillance rapprochée, en particulier en cas de troubles respiratoires ou d'association médicamenteuse.

Le paracétamol, les AINS, la codéine (à partir de 12 ans) et le tramadol (oral, à partir de 3 ans) sont insuffisants ou inadaptés pour prévenir la douleur provoquée par les soins. Mais ces antalgiques peuvent compléter l'analgésie post-soin (dans ce cas les administrer une heure avant).

### ANESTHÉSISQUES LOCAUX

<b>LIDOCAÏNE</b> PRILOCAÏNE	<b>VOIE TRANSCUTANÉE</b> CRÈME OU PATCH	dès la naissance (nouveau-né > 37 SA)	Profondeur d'anesthésie : 1 h d'application = 3 mm / 2 h d'application = 5 mm Vasoconstriction possible : enlever la crème ou le patch 10 minutes avant le soin ou appliquer de l'eau chaude. Possible chez le nouveau-né < 37 SA à dose réduite		1 h 2 h	1 à 2 h
<b>LIDOCAÏNE</b>	<b>INTRADERMIQUE SOUS-CUTANÉE</b>	dès la naissance	Suture, ponction, geste chirurgical ou dermatologique superficiel. Si nécessaire, compléter l'injection superficielle par une injection plus profonde.		3'	30'
	<b>GEL BUCCAL</b>	à partir de 9-12 mois	Plaie de bouche. Lèvres et langue : uniquement en antérieur (attention à ne pas anesthésier le carrefour laryngé)		5'	15'
	<b>SPRAY</b>	à partir de 6 ans	Pose de sonde naso-gastrique. Pulvérisation dans la narine, pas dans la gorge. Possible à partir de 10 kg : 2 pulvérisations maximum		5'	15'

### SOLUTIONS SUCRÉES + SUCCION NON NUTRITIVE

<b>GLUCOSE / SACCHAROSE</b>	<b>VOIE ORALE</b>	0 à 4 mois voire plus	Effet renforcé grâce à la succion non nutritive. Administration répétée nécessaire si soin au-delà de 5 minutes. Allaitement au sein = action équivalente		2' 5'	
-----------------------------	-------------------	-----------------------	---	--	-------	--

### AUTRES MÉDICAMENTS DE LA SÉDATION - ANALGÉSIE

<b>MIDAZOLAM</b>	<b>VOIE ORALE</b>	à partir de 6 mois	Anxiolytique à associer avec antalgique		30'	1 h
	<b>VOIE RECTALE</b>	à partir de 6 mois	Surveillance respiratoire (vigilance particulière chez l'ancien prématuré)	Absorption et durée d'action variables. Rester auprès de l'enfant pour repérer le pic d'action	10'	1 h
	<b>VOIE INTRA-VEINEUSE</b>	à partir de 6 mois		Réservé aux équipes formées	10'	1 h
<b>KÉTAMINE</b>	<b>VOIE INTRA-VEINEUSE</b>	à partir de 6/12 mois	Utile si échec MÉOPA, phobies. Titration de faibles doses. Réservé aux équipes formées		2' 10'	

Les équipes formées à la surveillance intensive peuvent utiliser la clonidine, le propofol ou la dexmédétomidine.

### AUTRES MOYENS

<b>FROID</b>	<b>APPLICATION LOCALE SPRAY</b>	selon tolérance	30 secondes avant l'effraction cutanée		0,5' 1'	
<b>FROID + STIMULATION</b>	<b>APPLICATION LOCALE</b>	selon tolérance	Dispositif BUZZY®		0,5' 3' à 10' selon soin	

Ces médicaments doivent être associés systématiquement à des moyens non-médicamenteux : une information sur le déroulement du soin, l'installation confortable de l'enfant, la présence des parents, la distraction, l'hypnoanalgésie...

#### Molécules et voies d'administration

- Pour choisir le médicament, tenir compte :
  - de la durée du soin et de l'intensité prévisible de la douleur induite
  - d'un éventuel traitement antalgique déjà existant pour une douleur de fond
  - de l'anxiété ou de la phobie de l'enfant, des soins antérieurs, de l'avis des parents
- Voie d'administration :
  - Privilégier la forme orale (sauf si un cathéter est déjà en place)
  - Voie rectale : parfois en l'absence de voie IV et/ou si vomissements
  - Éviter au maximum les injections sous-cutanées ou intramusculaires
- Respecter les délais d'action avant de faire le soin pour éviter :
  - l'insuffisance ou l'échec de l'analgésie
  - la démotivation et l'insatisfaction des professionnels
  - l'insatisfaction et la perte de confiance de l'enfant et de ses proches
- Doses en fonction de l'âge, du poids et du niveau supposé de douleur induite ++  
Attention : tenir compte d'un éventuel surpoids
- Dose de charge et association de plusieurs molécules : efficacité ++  
Mais surveillance clinique à adapter (sédation, respiration)
- Anticiper une éventuelle douleur post-soin. Un traitement est parfois à envisager
- Prévenir et surveiller les effets secondaires

#### Organisation, environnement et évaluation

- Analgésie de qualité = planification, anticipation
- Pour prévenir et limiter la contention :
  - encourager un mouvement du membre opposé à celui immobilisé
  - privilégier la position assise, faire des pauses si le soin est long
  - en cas d'agitation, suspendre le soin, réévaluer l'urgence et les moyens utilisés
- Évaluer systématiquement la douleur (auto ou hétéro-évaluation) :
  - pendant : pour modifier ou compléter la thérapeutique si nécessaire
  - après : pour traçabilité et réadapter pour le soin suivant
- Évaluer le ressenti de l'enfant et noter le résultat. Critère de succès : l'enfant est d'accord, s'il doit avoir le même soin, de le faire dans les mêmes conditions
- En fin d'examen et juste après, favoriser la mémorisation des éléments positifs de la réalisation du soin.
- Féliciter l'enfant (par ex. en lui remettant un certificat de bravoure)
- Pour les posologies et spécialités se reporter aux protocoles de l'établissement ou au guide de l'association PÉDIADOL "Douleur de l'enfant, l'essentiel"



Ce poster a été rédigé par un groupe de travail :  
Pr Daniel ANNEQUIN, Marie Anne BEL, Patricia CIMERMAN, Dr Claire DE-LORME, Dr Catherine DEVOLDÈRE, Dr Elisabeth FOURNIER-CHARRIÈRE, Céline GUIOT, Dr Michel OLIVIER, Martine QUINTARD, Christine THIBERGE, Dr Barbara TOURNIAIRE ainsi que Françoise GALLAND et Sandrine HERRENSCHMIDT pour l'association SPADRAP.  
En s'inspirant des posters réalisés par : le CLUD du CHU de Toulouse, le Réseau Régional Douleur Basse Normandie et le CLUD de l'Hôpital Privé d'Antony.  
Merci aux professionnels qui ont accepté de relire ce document.  
Réalisation graphique : Sandrine HERRENSCHMIDT.



Un document  
créé et diffusé par  
l'association  
SPADRAP

Ce poster est téléchargeable gratuitement  
au format numérique sur [www.spadrap.org](http://www.spadrap.org)  
Il est relu tous les ans et actualisé  
selon l'évolution des recommandations  
L'impression est autorisée sans aucune modification  
de tout ou partie des textes, crédits et mentions

À l'origine, ce poster a été créé grâce au soutien de la Fondation APICIL et la Fondation Stavros Niarchos  
© Association SPADRAP décembre 2016 - Tous droits de traduction, d'adaptation  
et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.