

# Analgésie au SAUP: Nos Options

Douleur légère  
1-3 (Palier 1)

Douleur modérée  
4-7 (Palier 2)

Douleur sévère  
8-10 (Palier 3)

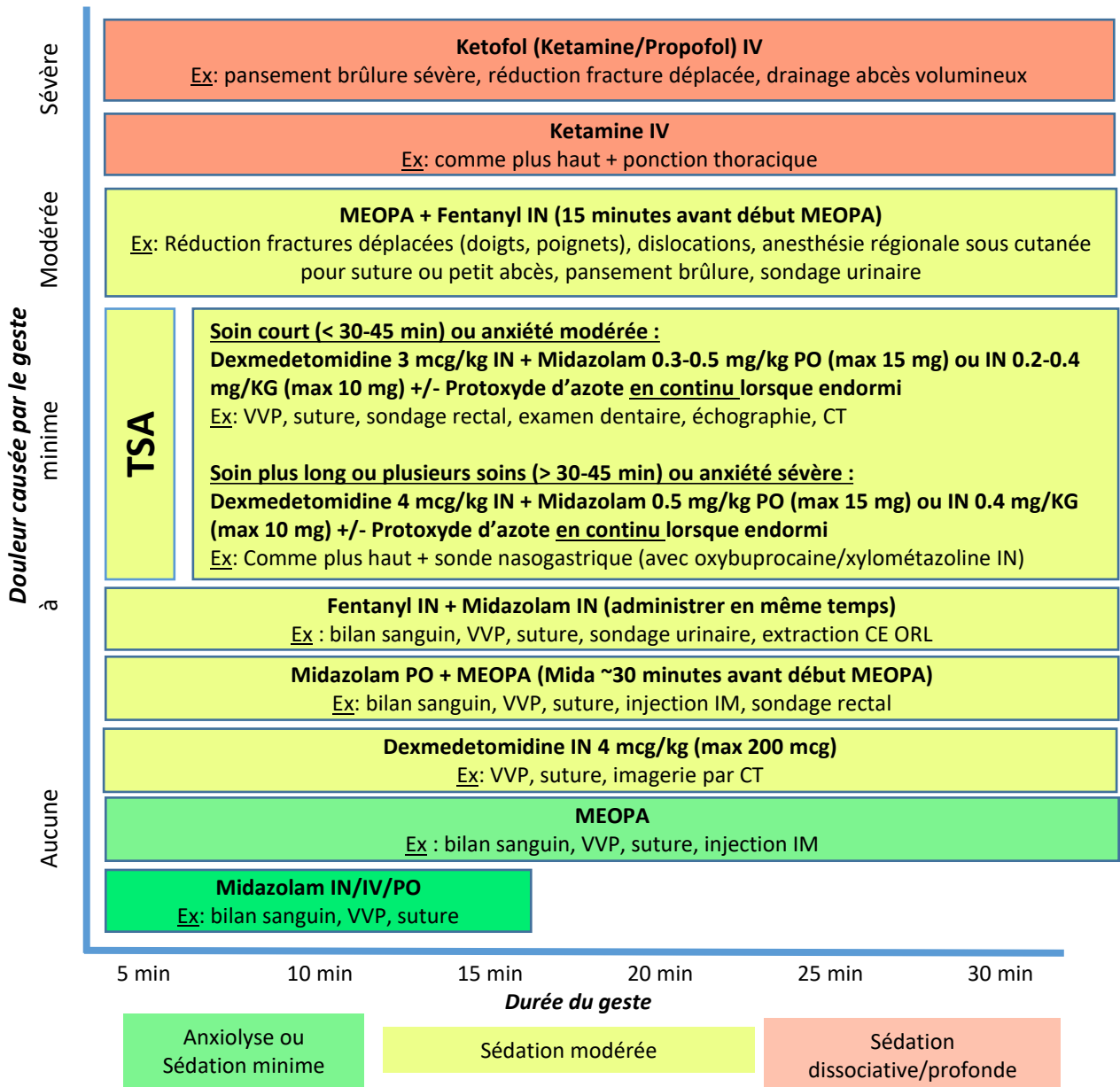
	Posologie	Fréquence habituelle	Début d'action	Commentaires
Paracétamol PO	15 mg/kg/dose (max 1 G/dose)	Chaque 4-6 heures Max 4x/jour	30-45 min	Réévaluation douleur à 30 min
Ibuprofene PO	10 mg/kg/dose (max 800 mg/dose)	Chaque 6-8 heures Max 3-4x/jour	30-45 min	Réévaluation douleur à 30 min
Paracétamol IV	15 mg/kg/dose (max 1 G/dose)	Chaque 4-6 heures Max 4x/jour	30- 40 min	Réévaluation douleur à 30 min
Acide méfénamique PO/PR	6.5mg/kg/dose PO 12 mg/kg/dose IR	3x/jour	30-45 min	Réévaluation douleur à 30 min
Ketorolac IV	0.5 mg/kg (max 30 mg/dose)	Chaque 6 heures Max	45 min	Réévaluation douleur à 30 min

## Médicament palier 2 et 3 à associer obligatoirement à médicament(s) palier 1

Tramadol PO	2 mg/kg/dose (max 100 mg/dose)	Chaque 6 heures	30-45 min	Réévaluation douleur à 30 min
-------------	-----------------------------------	-----------------	-----------	-------------------------------

Fentanyl <b>IN/IV</b>	selon protocole		3 min	Selon protocole Réévaluation douleur à 30 min
Ketamine <b>IV</b> (à but antalgique)	0.3-0.5 mg/kg max 30 mg/dose	Peut être répétée une fois après au moins 15 min	30 secondes	Saturométrie Réévaluation douleur à 5 min
Ketamine <b>IN</b>	1 mg/kg/dose Max 50 mg/dose	Peut être répétée une fois après 10 min	5-10 minutes	Monitoring cardiorespiratoire en place
Morphine <b>IV</b>	0-6 mois: 0.03 mg/kg	Chaque 2-4 heures (Plus souvent sous OM)	15-30 min	1. Monitoring cardiorespiratoire  2. Evaluer effets adverses: Bradypnée Désaturation Score de sédation > 2: Endormi, se réveille avec stimuli tactiles  3. Réévaluation douleur à 10-15 minutes
	> 6 mois, dose initiale: 0.1 mg/kg (max 5 mg/dose)  Si non soulagé: titration (dose complémentaire) 0.05 mg/kg			

# Quel anxiolytique/sédatif choisir ?



## Critères «Aldrete Modifié» de retour à domicile après une sédation modérée ou profonde/dissociative

Critère	2 points	1 point	0 point
Activité	Bouge 4 membres	Bouge 2 membres	Ne bouge pas
Respiration	Respire profondément / tousse bien	Dyspnée, respiration superficielle	Apnée / assistance
Circulation (TA)	±20% valeur pré-sédation	±20-50%	>50% variation
Conscience	Éveillé	Réveillable	Non réveillable
SpO <sub>2</sub>	≥ 95% à l'air ambiant	Besoin O <sub>2</sub> pour ≥ 92%	< 90% malgré O <sub>2</sub>

≥ 9/10 : RAD possible. < 9/10 : surveillance continue et intervention

Anxiolyse ou  
Sédation minime

Sédation modérée

Sédation  
dissociative/profonde

	Posologie	Exemple d'indication	Commentaire
Commencer avec <b>distraction, imagerie guidée</b> et/ou <b>Hypnose</b> . Complémenter au besoin avec :			
Midazolam	<b>PO</b>	0.5 mg/kg max 15 à 20 mg	Procédure <b>courte</b> et <b>peu/non douloureuse</b> , chez un enfant qui serait davantage apeuré par l'administration intranasale (souvent > 4 ans)
	<b>IN</b>	Selon protocole; 0.4 mg/kg, max 15 mg	Procédure <b>courte</b> et <b>peu/non douloureuse</b> : Suture de plaie anesthésiée VVP, etc.
	<b>IV</b>	0.05 – 0.1 mg/kg, max 1 à 2 mg/dose	Anxiolyse pour geste rapide. Anxiolyse pré-sédation. Anxiolyse pour CT.
MEOPA +/- Antalgie PO +/- Fentanyl IN  <b>Sédation plus profonde, associer à :</b> Midazolam PO ou Dexmedetomidine IN	Selon protocole MEOPA	Procédure <b>courte</b> et <b>peu douloureuse</b> : Ponction lombaire VVP, suture, pansement, etc.  Lorsque associé à double antalgie premier palier + Fentanyl 15 minutes plus tôt: Réduction fractures déplacées (doigts, poignets) ou dislocations	Doit être <b>associé à antalgie</b> au besoin (fentanyl IN 15 min avant, particulièrement utile).  Pour sédation plus importante couplée au midazolam PO, fentanyl IN ou dexmedetomidine IN, monitoring complet si patient paraît endormi et médecin ou infirmier spécialisé présent
Dexmedetomidine <b>IntraNASAL</b>	Selon protocole, généralement:  4 mcg/kg, max 200 mcg	Procédure plus longue et <b>non douloureuse</b> : Suture de plaie complexe bien anesthésiée. Faciliter l'examen d'un enfant autiste, etc.	<b>Aucun effet antalgique.</b> Durée d'action: <b>40-90 min.</b> Effet ressemble au sommeil. Monitorer et préparer patient comme pour sédation procédurale (monitor, O2 disponible, aspiration, documentation des signes vitaux aux 5 min)
Dexmedetomidine <b>IntraMUSCULAIRE</b>  (rarement utilisé)	Selon protocole TSA, généralement: 4-5 mcg/kg, max 200 mcg	Sédation procédurale du grand <b>enfant autiste</b> qui refuse l'intranasal et chez qui la kétamine IM veut être évitée	Monitorer et préparer patient comme pour sédation procédurale (monitor, O2 disponible, aspiration, documentation des signes vitaux aux 5 min)
Ketofol/Propofol <b>IV</b>	Selon protocole	Procédure courte ou de durée moyenne, douleur <b>sévère</b> : pansement brûlé sévère, réduction fracture, drainage abcès volumineux	Souvent en remplacement à la kétamine pure
Ketamine <b>IV</b>  (ou IM, mais rare)	Selon protocole	Procédure <b>plus longue</b> (mais < 30 min), <b>douleur sévère</b> : comme celles de du ketofol + ponction thoracique	Selon protocole. <b>Kétamine IM</b> (ex: enfant autiste nécessitant un soin douloureux) = 4-5 mg/kg, max 300 mg