

DOUZIÈME JOURNÉE

La douleur de l'enfant, quelles réponses ?

Jeudi 2 juin 2005

UNESCO

125, avenue de Suffren - 75007 PARIS

ORGANISATION

- ASSOCIATION POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE L'ENFANT •
- PEDIADOL •

AVEC LE SOUTIEN D' AstraZeneca 

PROGRAMME

MATINÉE

- 9 h 00 Ouverture**
Pr P. DOUSTE-BLAZY, Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Famille.
Modérateurs : Catherine DUBOSS-FRESNEY, Dr Daniel ANNEQUIN
- 9 h 15 *Le nouveau site Internet PEDIADOL***
Dr D. ANNEQUIN (Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris).
- 9 h 30 « Stratégies infirmières » la nouvelle version - Groupe infirmier PEDIADOL**
B. BRAUD (Centre Hospitalier, La Rochelle).
- 9 h 45 *Comment les infirmières peuvent modifier les pratiques médicales : l'exemple des soins d'abcès chez l'enfant en chirurgie viscérale (film)***
D. JOLLY, C. FERREIRA, S. BETSCOUN, J. RAPON, Pr P. HELARDOT (Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris).
- 10 h 00 *Comment les infirmières peuvent enrichir les pratiques médicales : l'exemple de la circoncision à l'hôpital de Dreux (film)***
M. CHEVALIER, M. TACHEAU, Dr T. ABDELKADER (Centre Hospitalier Victor Jousselin, Dreux).
- 10 h 15 *Comment changer les conditions de rééducation avec le MEOPA : l'exemple de l'hôpital Robert Debré (film)***
D. LOPES, F. COSTE, D. MARTEIL, S. MOREAU, C. WOOD (Hôpital Robert Debré, Paris).
- 10 h 30 *Adéquation entre les scores d'évaluation de la douleur et les prescriptions d'antalgiques chez le nourrisson. Résultat d'un audit infirmier aux Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles***
V. TROUVEROY, N. CHARD'HOMME, C. JACQUET (Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles).
- 10 h 45 « Gai-rire » Une expérience de distraction lors des soins (film)**
P. BONNETIN, J. PASSET, Dr F. DALMON (Centre hospitalier de Chambéry)
- 11 h 00 Discussion**
- 11 h 15 Pause**
- Modérateurs : Geneviève BINEL, Dr Richard LENCLEN**
- 11 h 45 *PL, myélogrammes, biopsies osseuses en hématologie oncologie sous kétamine IV et MEOPA***
Dr C. RICARD, C. COSTEAU, E. SANTANACH (Hôpital A. de Villeneuve, Hôpital Lapeyronie, Montpellier).
- 12 h 00 *Effet analgésique insuffisant de la morphine chez le nouveau-né prématuré lors des ponctions au talon***
R. CARBAJAL (CNRD, Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris) ;
R. LENCLEN, M. JUGIE, A. PAUPE (Hôpital, Poissy Saint-Germain) ;
B.A. BARTON (Maryland Medical Research Institute, Baltimore MD) ;
K.J.S. ANAND (Arkansas Children's Hospital, Little Rock AR, USA).
- 12 h 15 *Impact d'une méthode associant tétine - position latérale - humidification sur la réponse au stress et à la douleur chez le nouveau-né prématuré au cours du changement de moustache de sonde gastrique***
B. MARCHAND, N. RENAULT, N. THOMAS, A. BUIL, P. D'ATHIS, C. DANAN, G. DASSIEU (CHIC, Créteil).
- 12 h 30 Discussion**
- 12 h 45 Déjeuner libre (Projection vidéo en continu)**

PROGRAMME

APRÈS-MIDI

Modérateurs : Bénédicte LOMBART, Dr Frédérique LASSAUGE

14 h 15

Amélioration de l'utilisation des pompes PCA morphine chez l'enfant par l'intermédiaire des clips vidéo

R. CARBAJAL, P. THIBAUT (CNRD, Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris) ;
C. KAHN (Hôpital, Poissy Saint-Germain) ; P. MARTRET (Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris).

14 h 30

L'échelle d'évaluation de la douleur HEDEN comme simplification de l'échelle DEGR

P. MAREC-BERARD, F. GOMEZ, S. CANICIO, C. BERGERON (Centre Léon Bérard, Lyon) ;
S. COMBET (Hôpital Debrousse, Lyon) ; C. FOUSSAT (Hôpital Édouard Herriot, Lyon) ;
P. THIBAUT (CNRD, Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris) ; P. LE MOINE (CHU Morvan, Brest).

14 h 45

Que reste-t-il aujourd'hui des présentations Unesco d'hier ?

Dr F. LASSAUGE (Hôpital Saint-Jacques, Besançon) ;
Dr B. TOURNIAIRE (Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris).

15 h 00

Présentation du film « Relaxation, hypnose et migraine de l'enfant »

I. CÉLESTIN-LHOPITEAU (Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris).

15 h 30

Discussion

16 h 00

Pause

Modérateurs : Pascale THIBAUT, Dr Christine RICARD

16 h 30

Résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital

Dr D. COHEN-SALMON (Association Sparadrap).

16 h 45

Présentation du film « Informer par le jeu à l'hôpital. Pour préparer les enfants à un soin, un examen, une opération... »

F. GALLAND (Association Sparadrap) ; B. MINGUET (Clinique de l'Espérance, Liège).

17 h 00

Douleur et troubles comportementaux après chirurgie ORL (« végés », « yoyos ») en ambulatoire chez l'enfant

R. AMOUROUX, Dr D. COHEN-SALMON (Hôpital d'enfants A. Trousseau, Paris) ;
R. GOOZE (Association Sparadrap).

17 h 15

Discussion

17 h 30

Conclusion

Sommaire

- ***Le nouveau site Internet PEDIADOL*** 7
Dr D. ANNEQUIN (Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris)
- ***« Stratégies infirmières » la nouvelle version - Groupe infirmier PEDIADOL*** 9
B. BRAUD (Centre Hospitalier, La Rochelle)
- ***Comment les infirmières peuvent modifier les pratiques médicales :
l'exemple des soins d'abcès chez l'enfant en chirurgie viscérale (film)***
D. JOLLY, C. FERREIRA, S. BETSCOUN, J. RAPON, Pr P. HELARDOT
(Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) 11
- ***Comment les infirmières peuvent enrichir les pratiques médicales :
l'exemple de la circoncision à l'hôpital de Dreux (film)***
M. CHEVALIER, M. TACHEAU, Dr T. ABDELKADER
(Centre Hospitalier Victor Jousselin, Dreux) 16
- ***Comment changer les conditions de rééducation avec le MEOPA :
l'exemple de l'hôpital Robert Debré (film)***
D. LOPES, F. COSTE, D. MARTEIL, S. MOREAU, C. WOOD
(Hôpital Robert Debré, Paris) 22
- ***Adéquation entre les scores d'évaluation de la douleur et les prescriptions
d'antalgiques chez le nourrisson. Résultat d'un audit infirmier
aux Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles***
V. TROUVEROY, N. CHARD'HOMME, C. JACQUET
(Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles) 33
- ***« Gai-rire » Une expérience de distraction lors des soins (film)*** 40
P. BONNETIN, J. PASSET, Dr F. DALMON (Centre hospitalier de Chambéry)
- ***PL, myélogrammes, biopsies osseuses en hématologie oncologie
sous kétamine IV et MEOPA*** 49
Dr C. RICARD, C. COSTEAU, E. SANTANACH (Hôpital A. de Villeneuve,
Hôpital Lapeyronie, Montpellier)
- ***Effet analgésique insuffisant de la morphine
chez le nouveau-né prématuré lors des ponctions au talon***
R. CARBAJAL (CNRD, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) ;
R. LENCLÉN, M. JUGIE, A. PAUPE (Hôpital, Poissy Saint-Germain) ;
B.A. BARTON (Maryland Medical Research Institute, Baltimore MD) ;
K.J.S. ANAND (Arkansas Children's Hospital, Little Rock AR, USA) 57

- ***Impact d'une méthode associant tétine - position latérale - humidification sur la réponse au stress et à la douleur chez le nouveau-né prématuré au cours du changement de moustache de sonde gastrique***
B. MARCHAND, N. RENAULT, N. THOMAS, A. BUIL, P. D'ATHIS,
C. DANAN, G. DASSIEU (CHIC, Créteil) **66**
- ***Amélioration de l'utilisation des pompes PCA morphine chez l'enfant par l'intermédiaire des clips vidéo***
R. CARBAJAL, P. THIBAUT (CNRD, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) ;
C. KAHN (Hôpital, Poissy Saint-Germain) ;
P. MARTRET (Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) **75**
- ***L'échelle d'évaluation de la douleur HEDEN comme simplification de l'échelle DEGRP.***
P. MAREC-BERARD, F. GOMEZ, S. CANICIO, C. BERGERON
(Centre Léon Bérard, Lyon) ; S. COMBET (Hôpital Debrousse, Lyon) ;
C. FOUSSAT (Hôpital Édouard Herriot, Lyon) ; P. THIBAUT (CNRD,
Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) ; P. LE MOINE (CHU Morvan/Brest) **75**
- ***Que reste-t-il aujourd'hui des présentations Unesco d'hier ?***
Dr F. LASSAUGE (Hôpital Saint-Jacques, Besançon) ;
Dr B. TOURNIAIRE (Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) **81**
- ***Présentation du film « Relaxation, hypnose et migraine de l'enfant »***
I. CÉLESTIN-LHOPITEAU (Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris) **91**
- ***Résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital***
Dr D. COHEN-SALMON (Association Sparadrap) **94**
- ***Présentation du film « Informer par le jeu à l'hôpital. Pour préparer les enfants à un soin, un examen, une opération... »***
F. GALLAND (Association Sparadrap) ;
B. MINGUET (Clinique de l'Espérance/Liège) **105**
- ***Douleur et troubles comportementaux après chirurgie ORL (« végés », « yoyos ») en ambulatoire chez l'enfant***
R. AMOUROUX, Dr D. COHEN-SALMON (Hôpital d'enfants
Armand Trousseau, Paris) ; R. GOOZE (Association Sparadrap) **116**

Page 6 blanche

LE NOUVEAU SITE INTERNET PEDIADOL WWW.PEDIADOL.ORG

Dr Daniel Annequin - Président association ATDE PEDIADOL
pediadol@yahoo.fr

En octobre 2004 le site Internet de PEDIADOL a été complètement renouvelé. Une des originalités de PEDIADOL tient au fait que ce site est développé (gestion, mise à jour...) par des professionnels de terrain ayant une pratique quotidienne de la douleur de l'enfant ; cet atout se transforme en handicap quand la charge de travail clinique l'emporte trop largement sur la disponibilité pour PEDIADOL.

En 1990, lors de la création de PEDIADOL, la bibliographie était rare et dispersée, actuellement la quantité d'articles, de revues, de congrès concernant la douleur de l'enfant a considérablement augmenté. Il devient donc impossible de suivre comme nous l'avons fait, de manière exhaustive et continue, la bibliographie sur la douleur de l'enfant.

Nous avons décidé de modifier notre approche en privilégiant largement la facilité d'accès aux informations et de mieux valoriser les richesses de PEDIADOL, notamment le contenu des interventions des journées Unesco.

Nous avons également voulu conserver notre philosophie initiale qui associe pleinement médecins et infirmières dans le développement de PEDIADOL et des journées Unesco sur la douleur de l'enfant.

La composition du « noyau dur » de PEDIADOL reflète bien cette volonté :

- Daniel Annequin (médecin responsable unité douleur, hôpital Trousseau) ;
- Patricia Cimerman (infirmière de recherche clinique, CNRD : Centre National de Ressources contre la Douleur) ;
- Christian Copin (médecin pédiatre, Provins) ;
- Élisabeth Fournier-Charrière (médecin pédiatre, Unité douleur, hôpital Bicêtre) ;
- Édith Gatbois (médecin pédiatre, Unité douleur, hôpital Trousseau) ;
- Bénédicte Lombart (cadre infirmier, Unité douleur, hôpital Trousseau) ;
- Valérie Biran-Mucignat (médecin pédiatre, Néonatalogie, hôpital Trousseau) ;
- Barbara Tourniaire (médecin pédiatre, Unité douleur, hôpital Trousseau).

Deux médecins fournissent régulièrement des résumés bibliographiques à PEDIADOL :

- Didier Cohen-Salmon (médecin anesthésiste, hôpital Trousseau et Président de Sparadrap) ;
- Francis Veyckemans (médecin anesthésiste, hôpital Saint-Luc, Bruxelles).

Remerciements particuliers à Claire Guilabert qui a mis en place le nouveau PEDIADOL et à Nadine Amas qui a assuré la gestion quotidienne de PEDIADOL depuis sa création.

N'hésitez pas à nous faire parvenir (pediadol@yahoo.fr) vos remarques, vos commentaires vos critiques pour améliorer le fonctionnement et les services de PEDIADOL.

« STRATÉGIES INFIRMIÈRES » LA NOUVELLE VERSION

Groupe infirmier PEDIADOL

1999 - PREMIER LIVRET DU GROUPE INFIRMIER PÉDIADOL

Après deux années de travail, le groupe infirmier Pédiadol a édité un premier livret intitulé « Stratégies infirmières de prise en charge de la douleur de l'enfant ». Ce groupe associait des infirmières de différents horizons, engagées dans la prise en charge de la douleur de l'enfant. La mise en commun des expériences professionnelles a permis d'établir une série de recommandations. Ces stratégies concernaient essentiellement la douleur provoquée quotidiennement par les gestes et les soins ; elles mettaient en œuvre des mesures non médicamenteuses utilisables par une majorité des soignants.

Ce premier livret s'adressait à l'ensemble des soignants travaillant auprès d'enfants (médecins, infirmières, élèves infirmières...). Un des objectifs était d'aider les équipes soignantes à structurer leurs pratiques afin d'élaborer des stratégies de soins efficaces sur le plan de l'analgésie. Ce groupe a eu le souci constant d'échapper à la « langue de bois », en restant très précis et très concret dans ses recommandations.

2004 - ACTUALISATION DU LIVRET « STRATÉGIES INFIRMIÈRES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DE L'ENFANT »

ÉVOLUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Ce groupe se compose toujours d'infirmier(e)s, de puéricultrices, d'infirmières spécialisées mais il accueille également des kinésithérapeutes. Ce groupe a pour objectif de représenter d'une façon plus élargie les différents acteurs impliqués dans la santé de l'enfant. Il est avant tout un groupe d'échanges et de réflexions. Ainsi, chacun, de par sa formation, son expérience, son secteur d'activité (chirurgie, néonatalogie, bloc, SSPI ou autres), son lieu d'exercice (Paris, Province, Belgique, Suisse) peut partager son savoir-faire, ses « trucs et astuces » pour « économiser, prévenir, éviter, limiter » la douleur liée aux différents soins.

Quoi de neuf dans la nouvelle version ?

Le sommaire comporte trois parties :

1. Les pré-requis indispensables à toute prise en charge :
 - les généralités, l'évaluation, la législation,
 - la liste de soins pour lesquels nous recommandons une anesthésie générale.
2. La liste des principaux soins douloureux avec pour chacun des recommandations précises.
3. Les stratégies générales de prise en charge (massages, méthodes psycho-comportementales, administration de MEOPA).

Nous avons souhaité élargir les recommandations à d'autres douleurs provoquées afin d'être plus exhaustif.

La partie « généralités » a été étoffée notamment avec un paragraphe sur la présence des parents.

Les principaux textes législatifs concernant la prise en charge de la douleur, la formation du personnel ou bien encore des extraits de la charte de l'enfant hospitalisé ont été intégrés.

Les différents outils d'évaluation de la douleur (échelles, grilles) et les critères (type de douleur, âge...) de leur bonne utilisation ont été détaillés.

Des chapitres apparaissent :

- La « néonatalogie », avec notamment la description de la méthode « du peau à peau ».
- Les actes de kinésithérapie : « les aspirations des voies aériennes », « postures et mobilisations ».
- La prise en charge de la douleur liée à un drain thoracique (pose, retrait).
- Un chapitre complet sur les prélèvements sanguins, découpé en sous-chapitres afin de détailler chaque type de prélèvements.
- Les soins de stomies.
- Les soins de trachéotomie.
- Les soins de bouche.
- L'utilisation du MEOPA, représentant un chapitre à part entière.

Certains soins disparaissent de la liste des recommandations « infirmières » pour être réintégrés dans celle des soins à effectuer sous anesthésie générale. Nous avons délibérément effectué ce choix en sachant que ces gestes sont encore trop souvent pratiqués sans anesthésie ; nous ne souhaitons pas donner de recommandations pouvant « cautionner » la pratique de gestes dont le niveau de douleur et de stress est incompatible avec une prise en charge « habituelle ».

« La douleur de l'enfant : Stratégies de prévention et de prise en charge : un défi au quotidien » (2^e édition) sera disponible sur le site Internet Pédiadol en janvier 2006.

Appel à participation Partagez votre savoir faire !

Le groupe infirmier PEDIADOL vous invite à partager vos "trucs et astuces" concernant certains soins (exemples : la tétine, le doigtier coupé pour l'application de la crème EMLA ; la bouteille de MEOPA costumée...) ; merci de nous les décrire succinctement pour que nous puissions les intégrer dans la prochaine version de ce livret.

COMMENT LES INFIRMIÈRES PEUVENT MODIFIER LES PRATIQUES MÉDICALES : L'EXEMPLE DES SOINS D'ABCÈS CHEZ L'ENFANT EN CHIRURGIE VISCÉRALE FILM VIDÉO FINANÇÉ GRÂCE À LA FONDATION CNP

Danièle Jolly, Christine Ferreira, Sylvie Betscoun, Joël Rapon, Pr Pierre Helardot

Service de chirurgie viscérale, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

daniele.jolly@trs.aphp.fr

RÉSUMÉ DU FILM

Ce film retrace comment des infirmières d'un service de chirurgie pédiatrique ont pu complètement modifier les pratiques médicales en matière de soins douloureux.

Trois études préalables ont été menées au sein du service par les infirmières, les résultats chiffrés de ces audits internes ont convaincu les chirurgiens de changer leurs pratiques aboutissant dans beaucoup de cas à l'abandon pur et simple de la technique du méchage ou à encadrer de manière systématique une prise en charge antalgique efficace pour réaliser ce type de soin (rédaction d'un protocole par les chirurgiens).

Cette expérience est exemplaire à plus d'un titre : la démarche, les outils utilisés par les infirmières montrent qu'il est possible d'apporter des changements concrets améliorant significativement la prise en charge de la douleur provoquée par les soins.

LA NATURE DES SOINS DOULOUREUX

Habituellement et classiquement, la technique du « méchage » consiste après l'évacuation chirurgicale (sous AG) d'un abcès (fesse, périnée...) à changer régulièrement (une voire plusieurs fois par jour) les mèches qui tapissent la cavité de l'abcès pour favoriser le drainage de l'infection et favoriser la cicatrisation. Ce soin réalisé par les infirmières se pratiquait sans prise en charge antalgique malgré une détresse intense observée chez l'enfant.

HISTORIQUE DE LA DÉMARCHE

Danièle Jolly, cadre puéricultrice, membre du CLUD, et Joël Rapon, cadre infirmier supérieur, ont entrepris en 2003 avec l'équipe soignante du service de chirurgie viscérale et néonatale une démarche de changement pour améliorer la douleur provoquée par les soins. Elle a procédé en plusieurs étapes :

- Mise en place d'un groupe de travail interne.
- État des lieux des pratiques antalgiques grâce à un questionnaire remis aux infirmières du service :

- fréquence des soins,
 - matériel utilisé,
 - évaluation de la douleur.
- Étude des dossiers de soin pour préciser quelle a été l'évaluation de la douleur et quels ont été les moyens antalgiques utilisés :
- 5 abcès de la marge anale,
 - 3 abcès de la fesse,
 - 1 abcès de la grande lèvre,
 - 1 abcès de paroi,
 - un écart important est retrouvé entre les réponses des infirmières au questionnaire et l'étude des dossiers.
- Évaluation de 4 enfants lors de méchage :
- utilisation de l'échelle CHEOPS à 3 étapes du soin :
 - ablation de la mèche,
 - irrigation
 - méchage,
 - les résultats montrent des scores de douleur très élevés, aucune prescription de MEOPA n'a été faite.
- Ces résultats ont été montrés à l'ensemble de l'équipe médico-chirurgicale :
- il est décidé de mettre en place un protocole de service aboutissant dans beaucoup de cas à l'abandon pur et simple de la technique du méchage ou à encadrer de manière systématique une prise en charge antalgique efficace pour réaliser ce type de soin,
 - la formalisation de cette démarche aboutit à la rédaction d'un protocole par les chirurgiens (annexe).

EXEMPLARITÉ DE CETTE DÉMARCHE

La valeur de cette démarche apparaît exemplaire à plusieurs titres :

- Elle a été initiée et menée à son terme grâce aux infirmières.
- Les écarts entre les déclarations rassurantes (« on fait des choses pour la douleur... ») et la réalité des dossiers ont pu être objectivés et chiffrés.
- L'évaluation de la douleur avec des outils validés a été réalisée et a permis d'objectiver la détresse et la douleur perçues par l'enfant lors des soins.

- Une discussion avec l'ensemble de l'équipe a permis d'aboutir à des changements rapides apportant un bénéfice direct à l'enfant.
- Les habitudes de soin ont été complètement changées aboutissant à l'abandon de certaines pratiques.
- La rédaction d'un protocole formalisant les pratiques antalgiques a « couronné » cette démarche.

UTILISATION DE CE FILM

Ce film représente un modèle illustrant une démarche concrète de changement efficace aboutissant à la rédaction d'un protocole antalgique.

Il constitue un support idéal de formation, une base de discussion dans les services pour impulser une démarche de changement.

DIFFUSION

Ce film est mis en ligne sur www.pediadol.org.

Merci à la Fondation CNP qui a financé le film.

ANNEXE : LE PROTOCOLE DE SOINS

Rédaction initiale : Dr Frédéric AUBER

 <p>Hôpital Armand Trousseau</p>	<p>PROTOCOLE DE SOINS POST-OPÉRATOIRES DES ABCÈS</p>
---	--

I. Objectif et domaine d'application

Soins postopératoires après drainage chirurgical d'un abcès. Prévention de la douleur durant cette procédure. Favoriser une cicatrisation de qualité aussi rapide que possible, en minimisant les douleurs, les durées d'hospitalisation et les coûts.

II. Personnes concernées

IDE, puéricultrices, médecins.

III. Procédure associée

Procédures de prise en charge de la douleur chez l'enfant.

Protocole d'administration du MEOPA (MO/SOINS1/002/b).

Protocole d'utilisation du saccharose 30 % à visée antalgique chez le nourrisson de moins de 3 mois (MO/SOINS1/003/b).

IV. Description

Matériels et produits utilisés

Compresses, Bétadine dermique, plateau de soin (comportant pince, halstedt, ciseaux), sérum physiologique, seringue 10 mL, Cathlon, Mefixe ou Fixomulle ou Mepor.

Parfois : Remove, mèche simple, ou mèche Algosteril, épingle nourrice, poches type stomie.

En cas d'antécédent d'intolérance à l'iode : prévoir irrigation au sérum physiologique seul.

Périodicité des soins

Devra être adaptée en fonction de l'aspect de l'écoulement (propre/sale), et du type de drainage : se référer à la prescription.

Lieu et modalités des soins

Hospitalisation traditionnelle, ou soins en ambulatoire à la consultation des pansements (sur RV - Pavillon Chigot 1^{er} étage), ou soins en ambulatoire en libéral (soins infirmiers à domicile).

Devra être adaptée en fonction de la périodicité des soins, et de la nécessité d'antalgiques niveau 2-3 ou de MEOPA, et de l'environnement socio-économique familial.

Favoriser les soins en ambulatoire dès qu'un seul pansement quotidien est nécessaire.

Il n'est pas nécessaire que l'enfant soit à jeun.

Aucune antibiothérapie n'est nécessaire sauf si cellulite associée.

Prévention de la douleur.

Devra être adaptée en fonction de la localisation de l'abcès et de l'âge de l'enfant.

La présence des parents doit être favorisée si possible.

Informé l'enfant de l'utilité du soin et de la façon selon laquelle il va se dérouler, de façon adaptée à sa maturité.

Parler et rassurer l'enfant (et ses parents) avant et pendant le soin.

Avant le soin

- Nalbuphine (Nubain) intra-rectal : 0,4 mg/kg 20 minutes avant le soin (inadapté en cas d'abcès de marge anale).
- Ou morphine orale 0,5 mg/kg 30 minutes avant le soin (dose maximale 20 mg).

Pendant le soin

- Administration de MEOPA : se référer à la procédure d'administration du MEOPA. L'administration de MEOPA doit avoir débuté au minimum 3 minutes avant le début du soin. ATTENTION : l'association Nubain/morphine + MEOPA ne peut être faite qu'après prescription médicale.
- Chez l'enfant de moins de 3 mois : utilisation du saccharose 30 % : se référer à la procédure spécifique. Le saccharose doit être administré 2 minutes avant le début du soin.

Après le soin

- Evaluer l'intensité douloureuse du soin pendant et après le soin selon un score adapté (EVA/OPS/EDIN).
- Envisager relais par antalgique si douleur persistante (*cf. procédure spécifique*).

Déroulement du soin

Avant le soin

- Se référer à la feuille de consigne postopératoire et/ou à la prescription journalière pour savoir quel type de drainage a été utilisé au bloc (lame, compresse, mèche, mèche Algosteril ou rien) et quel type de soin a été prescrit pour les suites opératoires.

Pendant le soin

- Enlever le pansement occlusif, si il y a lieu (utiliser du Remove).
- Enlever la précédente mèche, s'il y a lieu, en l'humidifiant au sérum physiologique.
- Il est le plus souvent inutile de faire un prélèvement bactériologique, sauf si prescription ou si aspect inhabituel.
- Irriguer la plaie avec de la Bétadine diluée dans du sérum physiologique (seringue + cathlon en prenant soin d'enlever le mandrin métallique de celui-ci).
- Irriguer la plaie au sérum physiologique.
- Sécher à l'aide d'une compresse.
- En fonction de la prescription :
 - en cas d'orifice et de cavité de petite taille (ex abcès de marge) : PAS de mèche ;
 - en cas d'orifice large et de cavité peu profonde : PAS de mèche (tout au plus « coin » de compresse) ;
 - en cas d'orifice large et de cavité très large avec perte de substance : mettre en place une mèche type Algosteril ;
 - en cas de lame : mobilisation en fonction de l'aspect de l'écoulement et des consignes chirurgicales (maintenir la lame à l'aide d'une épingle à nourrice après mobilisation) ;
 - la mise en place d'une poche type stomie peut être nécessaire dans de rares cas, si l'écoulement est particulièrement abondant ;
 - mettre un pansement occlusif si nécessaire, en fonction de la localisation (compresse + Mefixe/fixomulle ou mepore).

Après le soin

- Rendre compte du soin dans les feuilles de transmissions.
- En cas de soins à domicile, une consultation de contrôle avec un interne de chirurgie ou un chirurgien senior est nécessaire. Date à choisir en fonction de l'aspect local et des difficultés éventuellement prévisibles de réalisation des soins.

Cas particulier des abcès de la marge anale :

- Méchage inutile.
- Pansement occlusif inutile.
- En cas de selles entre les soins : toilette locale à l'eau + savon doux.

COMMENT LES INFIRMIÈRES PEUVENT ENRICHIR LES PRATIQUES MÉDICALES : L'EXEMPLE DE LA CIRCONCISION À L'HÔPITAL DE DREUX

M. Chevalier, M. Tacheau, Dr T. Abdelkader
Centre hospitalier Victor Jousselin, Dreux

Nous sommes deux infirmières anesthésistes de l'hôpital de Dreux qui avons souhaité passer le DU prise en charge de la douleur dans un contexte hospitalier favorable (création d'une unité douleur).

Nous avons participé à la création de l'unité douleur aiguë. Nous avons une situation privilégiée pour suivre les patients : infirmière mi-temps anesthésie, infirmière ressource mi-temps douleur.

L'un de nos objectifs était l'utilisation du MEOPA pour tous les actes invasifs, courts, douloureux, dans tous les services.

Le docteur Abdelkader, chirurgien en viscéral et urologie au centre hospitalier de Dreux, nous fait part d'une difficulté à prendre en charge les circoncisions rituelles des enfants : aucune plage horaire n'y est consacrée au bloc opératoire et il existe un problème de financement pour les familles et pour l'hôpital.

Du fait d'une grande communauté musulmane sur la région drouaise, la demande est importante.

Le docteur Abdelkader a découvert le MEOPA lors des biopsies de prostate que nous accompagnons de cette technique. La satisfaction des patients étant importante et le confort inestimable, nous décidons de l'adopter pour les circoncisions.

Nous nous réunissons :

- deux infirmières anesthésiste\douleur ;
- un médecin anesthésiste\douleur ;
- le chirurgien

pour réfléchir à la manière de pratiquer : locaux, coût, protocole de prise en charge.

En juin 2003, malgré l'avis défavorable du cadre de santé des consultations, nous nous fixons l'objectif de pratiquer dix circoncisions sur trois semaines en toute sécurité puis de réévaluer et réajuster notre pratique.

Forts de cette expérience nous décidons ensuite de travailler en collaboration avec la direction, le cadre de santé douleur, le cadre de santé des consultations et les infirmières du

service afin de justifier et faire reconnaître une technique sérieuse, efficace, très bonne alternative à l'anesthésie générale.

Il s'avère nécessaire de cadrer notre manière de faire et nous établissons en commun des protocoles.

Il est impératif aussi de former les infirmières à la technique du MEOPA pour les rendre autonomes dans un second temps.

Dans un premier temps, nous pratiquons nous-mêmes pour démontrer l'efficacité de ce procédé et surtout rassurer les équipes qui se trouvent face à une technique inconnue. Pour un geste opératoire sous anesthésie locale, aucun monitoring n'est utile ; seule la clinique nous importe.

Nous formons une infirmière et une aide-soignante affectées prioritairement à ce travail pour qu'elles deviennent autonomes. L'aide-soignante travaille par délégation sous la responsabilité de l'infirmière et en sa présence.

Nous informons les chirurgiens de la technique pour être dans des conditions optimales : savoir patienter, rester serein, éviter le bruit, réinjecter l'anesthésique local au fur et à mesure des besoins.

DÉROULEMENT

Les familles amènent leurs enfants en consultation programmée et le chirurgien évalue ceux pouvant bénéficier de la technique ; actuellement tous les enfants vus en consultation bénéficient de la technique.

CRITÈRES

Enfant à partir de deux ans ; aujourd'hui le critère de l'âge n'est plus retenu. Il faut que l'enfant soit calme et la famille coopérante.

- La technique et le mode opératoire sont présentés aux parents lors de la consultation.
- Tous les documents sont expliqués aux parents et aux enfants notamment la manière de poser la crème EMLA : utiliser un doigt de gant, respecter le temps de pose et l'horaire d'administration des antalgiques pour anticiper la prise en charge de la douleur.
- Une infirmière présente le masque à l'enfant en lui fournissant des explications simples et claires.
- Bien qu'il y ait un risque de vomissement lié au MEOPA, nous ne recommandons pas de jeûne mais un repas léger le midi. Enfin les ordonnances sont remises aux familles.
- Elles se présentent le jour convenu une demi-heure avant l'intervention.

L'infirmière et l'aide-soignante accueillent l'enfant et sa famille dans la salle d'attente.

La salle d'intervention est préparée préalablement afin de se consacrer entièrement à l'enfant.

Le chirurgien est prêt. Il ne faut pas de délai d'attente pour éviter d'augmenter l'anxiété de l'enfant et de sa famille. Les parents peuvent choisir de rester pendant le geste ; nous les y encourageons bien que ce soit une pratique peu répandue. Nous estimons que cela permet d'éviter l'anxiété de la séparation.

Tous les acteurs sont convaincus du bénéfice pour les parents et les enfants. Nous appliquons cette pratique à tous. Les parents trop émotifs savent se retirer et patienter à l'extérieur. La confiance et la transparence avec laquelle nous agissons mettent tous les acteurs à l'aise et libres de leur choix (pas de culpabilité).

Les parents participent parfois à l'administration du MEOPA et en renforcent souvent l'effet positif et hilarant en chantant des comptines ou en parlant de sujets qui intéressent l'enfant : jeux vidéo, personnage de bande dessinée, animal familier...

L'enfant est déjà le centre d'intérêt d'un événement heureux et ne pas le laisser seul avec son masque amplifie grandement l'effet du MEOPA.

ORGANISATION GÉNÉRALE

Le jour fixé est le lundi après-midi aux consultations générales de 14 heures à 17 heures dans une salle réservée aux chirurgies sous anesthésie locale.

Nous prenons en charge quatre enfants à raison d'une demi-heure par enfant.

L'enfant rentre chez lui dès la fin de l'intervention.

Une seule reprise pour hémorragie a été réalisée sous anesthésie locale sur les 143 actes effectués en 2004.

Actuellement nous revoyons les enfants huit jours après l'intervention.

Nous notons la satisfaction des familles et des enfants, l'excellent contact peropératoire rend plaisante cette intervention routinière mais nécessaire pour la population drouaise. Actuellement il y a une attente de trois ou quatre mois pour un rendez-vous d'intervention. Ce sont les médecins traitants de la région qui orientent les parents ; le bouche à oreille fonctionne aussi très bien.

Sans la volonté de toute l'équipe des consultations et du chirurgien, notre projet n'aurait pu aboutir.

EVALUATION DE NOS PRATIQUES

Au début nous ne faisons qu'une évaluation globale sans outils spécifiques. Depuis février 2005, une évaluation de la douleur avec l'échelle OPS (sur 8, sans l'item TA) a été mise en place et réalisée par un observateur neutre (souvent une infirmière anesthésiste non impliquée dans le déroulement du geste). Cette évaluation s'effectue avant, pendant et après le

geste opératoire (résultats présentés lors de la communication orale). Une enquête de satisfaction auprès du chirurgien et des parents est aussi réalisée.

L'enfant s'évalue également avec EVA ou échelle des visages selon son âge.

Enfin nous téléphonons aux familles deux jours après l'intervention pour évaluer à distance la douleur, l'inconfort, repérables par des troubles du sommeil, des pleurs à la miction ou une gêne locale.

L'équipe du CNRD (Centre national de ressources de lutte contre la douleur) est venue filmer nos pratiques en mars 2005. A cette occasion, nous avons pu faire le bilan des moyens mis en place.

Malgré la satisfaction globale des parents, des enfants, des soignants plusieurs voies d'améliorations ont été soulignées :

- Nécessité de renforcer l'information des familles lors de la consultation initiale (sur la prise des antalgiques au domicile, l'application de la crème EMLA, le déroulement de l'intervention, l'utilisation du MEOPA...).
- Améliorer les protocoles antalgiques : utilisation préférentielle du bloc pénién pour les petits car souvent l'anesthésie en bague est insuffisante. Utilisation d'antalgiques du palier 2 (codéine, tramadol...) pour les suites opératoires en association avec l'ibuprofène.
- Continuer à maintenir la « culture douleur » au sein de l'équipe soignante (démarche d'évaluation, formations...) qui peut s'émousser avec le temps.
- Pour les petits, intégrer la deuxième partie du geste qui est la plus douloureuse dans l'utilisation des grilles d'observation comportementales.

CONCLUSION

Le succès de ce projet résulte de la conjonction d'une initiative issue d'infirmières « douleur », de la volonté d'un chirurgien très motivé et de la participation active de l'équipe de consultation. Il faut également remercier tous les acteurs qui malgré des réticences initiales ont laissé développer ce projet novateur sans le bloquer.

Au total, ce protocole « antalgique » apparaît très satisfaisant pour tous, que ce soit pour les usagers ou les professionnels. Le bilan récent de nos pratiques va nous permettre d'en renforcer l'efficacité notamment pour les tous petits.



CENTRE HOSPITALIER DE DREUX

UROLOGIE - CHIRURGIE DIGESTIVE, GYNÉCOLOGIE - CÉLIO-CHIRURGIE

Votre enfant ou vous-même allez bénéficier d'une circoncision sous MEOPA (gaz analgésique) et anesthésie locale.

Cette intervention se fera dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Pour cela, nous vous demandons de vous inscrire auprès du bureau des admissions dès votre arrivée.

Il vous sera alors remis une plage d'étiquettes que vous donnerez à l'infirmière référente du service des consultations générales.

Vous présenter dans le service des consultations générales, rez-de-chaussée supérieur du Centre hospitalier général de Dreux.

Avant l'intervention

Avant de partir de votre domicile :

- Appliquer la pommade EMLA et apposer le préservatif ou l'opside (film transparent).

Une demi-heure avant le rendez-vous :

- Prendre le DOLIPRANE (dose indiquée sur l'ordonnance jointe).
- Prendre le NIFLURIL (dose indiquée sur l'ordonnance jointe).

Une deuxième application d'EMLA sera appliquée par l'infirmière dès votre arrivée dans le service.

Après l'intervention

- Veillez à une hygiène rigoureuse après chaque miction. Faire une petite toilette avec de l'HIDIBIL (unidose) ou du SEPTIVON.
- Reprendre si besoin du DOLIPRANE selon la prescription.
- Maintenir l'enfant au calme pendant 24 heures.
- Les fils de la cicatrice sont résorbables (ils n'auront pas à être enlevés).
- Les bains sont autorisés 48 heures après l'intervention.

NE PAS S'INQUIETER SI :

- La verge est enflée. Un œdème et/ou un hématome sans conséquence peuvent persister quelques jours.
- L'enfant ou vous-même ressentez des brûlures en urinant, vous pouvez prendre du NIFLURIL à la dose prescrite initialement (selon l'âge et le poids de l'enfant).
- Il n'est pas nécessaire d'être revu en consultation de chirurgie.

En cas de problème, vous pouvez joindre le secrétariat du service au 02 37 51 52 96 jusqu'à 16 h 30 puis le service au 02 37 51 52 97.

Dreux, le 25/10/2004

DATE DE NAISSANCE :

POIDS DE L'ENFANT :

EMLA CREME : UN TUBE (appliquer la crème une demi-heure avant le rendez-vous et recouvrir avec un préservatif ou chez l'enfant un doigt de gant et fixer si possible au micropore).

DOLIPRANE suppositoire 200 mg (de 18 mois à 5 ans) : un suppositoire trois à quatre fois par jour si douleur : UNE BOITE.

DOLIPRANE suppositoire 300 mg (de 5 ans à 9 ans) : un suppositoire trois à quatre fois par jour si douleur : UNE BOITE.

DOLIPRANE comprimé 500 mg (après 9 ans) : un comprimé matin, midi et soir en cas de douleur : UNE BOITE.

DOLIPRANE comprimé 500 mg (adulte) : deux comprimés matin, midi et soir en cas de douleur : UNE BOITE.

EN DEHORS DES CONTRE-INDICATIONS DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS :

NIFLURIL suppositoire 400 mg (jusqu'à 5 ans) : un demi-suppositoire une demi-heure avant le rendez-vous et un demi-suppositoire matin et soir pendant trois jours après l'intervention : UNE BOITE.

NIFLURIL suppositoire 400 mg (jusqu'à 12 ans) : un suppositoire une demi-heure avant le rendez-vous et un suppositoire deux à trois fois par jour pendant trois jours après l'intervention : UNE BOITE.

NIFLURIL gélule 250 mg (enfant de plus de 12 ans) : une gélule une demi-heure avant le rendez-vous et une gélule matin, midi et soir par jour pendant trois jours après l'intervention (à prendre au milieu du repas) : UNE BOITE.

NIFLURIL gélule 250 mg (adulte) : deux gélules une demi-heure avant rendez-vous et deux gélules matin et soir par jour pendant trois jours après l'intervention (à prendre au milieu du repas) : UNE BOITE.

COMMENT CHANGER LES CONDITIONS DE RÉÉDUCATION AVEC LE MEOPA : L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL ROBERT DEBRÉ

D. Lopes, F. Coste, D. Marteil, S. Moreau

Kinésithérapeutes, Service de rééducation fonctionnelle, Hôpital Robert Debré AP-HP, Paris

C. Wood - Unité de Traitement de la Douleur, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris

LES INTERVENTIONS MULTIFOCALES

Ces interventions s'adressent à des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale.

Elles consistent à réaliser, en un seul temps opératoire, toutes les corrections musculo-tendineuses et osseuses, décidées au cours de bilans antérieurs tels que : l'analyse de la marche, le bilan ostéo-articulaire, l'étude électromyographique, l'évaluation motrice fonctionnelle globale (EMFG) et le bilan de la spasticité.

Tous ces bilans réalisés, ainsi que les interventions dites multifocales rentrent dans le cadre d'un PHRC (Protocole hospitalier de recherche clinique) dirigé par le Pr. Pennecot, chef du service d'orthopédie pédiatrique de l'hôpital Robert Debré. Ce PHRC consiste à étudier l'impact des interventions multifocales sur la marche ou la déambulation des enfants atteints de diplégie ou de quadriplégie spastiques.

Rappelons que les troubles de la marche chez l'enfant IMC sont la résultante première des conséquences neurologiques liées à la lésion cérébrale initiale. Cette lésion est stable et définitive. Elle se traduit par une association variable de spasticité, de faiblesse musculaire, de troubles de l'équilibre et dans certains cas de dystonie.

Globalement, nous considérons que les anomalies constatées au cours de la marche ou de la déambulation se décomposent en 3 groupes :

LES TROUBLES ARCHITECTURAUX

Ils correspondent très souvent à des anomalies d'orientation des pièces osseuses. La majorité de ces anomalies est responsable des anomalies rotationnelles lors de la marche. Ce sont le plus souvent des troubles fémoraux ou tibiaux. Ce sont également des déviations fixées du pied (varus, valgus, etc.). Ils modifient la longueur des bras de levier musculaires. Ces troubles architecturaux sont la conséquence des stimulations anormales (liées au déséquilibre musculaire) sur un squelette osseux en croissance.

LES RÉTRACTIONS

Elles sont la conséquence d'une adaptation du muscle ou des groupes musculaires à une longueur anormale entre ses insertions. Elles sont responsables des limitations d'amplitudes

articulaires. Il faut distinguer lors de l'examen les rétractions des muscles mono-articulaires et celles des muscles bi-articulaires.

Insistons sur le fait que toutes les anomalies ne sont pas nécessairement sous la dépendance d'une anomalie de la commande neurologique. Bon nombre ne sont en fait que la conséquence d'anomalies survenant au niveau des articulations de voisinage. Elles peuvent donc être corrigées si l'on arrive à modifier par une thérapeutique quelconque l'anomalie cinématique initiale.

Par exemple, la flexion dorsale excessive de cheville en milieu d'appui a pour conséquence une avancée trop rapide du tibia, et donc une flexion anormale de genou. Au cours des années cette flexion anormale de genou s'accompagnera d'une relative rétraction des ischio-jambiers, d'une ascension rotulienne, d'un allongement du tendon rotulien se traduisant par la présence d'un défaut d'extension active de genou et/ou d'une limitation d'extension de hanche. Dans ce cas précis, le port d'attelle antérieure type « Rear Entry® » au tout début, pour palier à la flexion trop importante de cheville, aurait pu éviter des gestes chirurgicaux de correction.

L'ACTIVITÉ ANORMALE DE CERTAINS GROUPES MUSCULAIRES

C'est l'anomalie que l'on rencontre par exemple au cours de la marche genou raide. Elle se caractérise par une flexion insuffisante de genou en phase oscillante pendant le passage du pas, entraînant une stratégie coûteuse de compensation. Elle est liée à une contraction anormale (trouble de commande) du rectus femoris en phase oscillante.

Cette activité anormale est dépistée et objectivée par l'étude électromyographique au cours de l'analyse de la marche.

Ainsi les différents examens initiaux cliniques, vidéos et en laboratoire de marche permettront de distinguer les troubles architecturaux, les rétractions et les anomalies de commande.

Nous sommes donc confrontés le plus souvent en postopératoire à des enfants ayant subi :

- des gestes osseux (ostéotomies fémorales, tibiales et/ou du pied) ;
- des allongements musculaires ;
- des transferts tendineux.

La diversité de ces interventions implique une prise en charge kinésithérapique particulière.

Le plan de la kinésithérapie est décidé dans les grandes lignes en préopératoire. Mais c'est en postopératoire immédiat que l'on connaît exactement tous les gestes qui ont été effectués (certains ne peuvent être décidés que pendant l'intervention chirurgicale). L'opérateur nous indique donc les consignes particulières, notamment les limites des mobilisations articulaires, dépendant des gestes opératoires.

Ainsi :

- En cas d'allongement des ischio-jambiers, un angle poplité maximum est défini. Il ne doit pas être dépassé pendant 5 semaines.
- En cas d'abaissement de rotule, la flexion de genou ne doit pas dépasser 60° pendant 5 semaines.
- Pour finir, en l'absence de gestes osseux, la déambulation peut être reprise dès le troisième jour si l'état de l'enfant le permet. Elle sera réalisée à l'aide de barres parallèles.

Les principes de la rééducation précoce sont de :

- Limiter ou lutter au maximum contre la douleur.
- Mobiliser le plus précocement possible les articulations pour éviter les rétractions capsulo-ligamentaires.
- Augmenter les amplitudes articulaires.
- Entretenir la force musculaire.
- Mettre l'enfant en charge le plus vite possible, s'il n'y a pas eu de gestes osseux.

En cas d'ostéotomie fémorale ou tibiale, les ostéosynthèses sont suffisamment solides pour nous permettre les mobilisations.

LE MEOPA

Le MEOPA est un mélange moléculaire (50 % d'oxygène et 50 % de protoxyde d'azote), disponible en bouteille et utilisé pour la réalisation d'analgésies de courte durée (15 à 30 minutes).

Ce mélange induit une analgésie légère et un effet anxiolytique. Son utilisation ne dispense pas, selon les cas, de l'emploi d'autres méthodes : antalgiques, EMLA, autres anesthésiques locaux. Il n'y a pas de modification de la vigilance. Son élimination, par voie pulmonaire, est complète en 3 à 5 minutes.

PERSONNES HABILITÉES À L'UTILISER, CADRE LÉGISLATIF ET CONDITIONS D'UTILISATION

- Sur prescription médicale écrite (décret du 11 février 2002), il est utilisé par un personnel médical ou paramédical formé.
- Il est utilisé essentiellement chez les enfants coopérants et nécessite la participation consciente et volontaire de l'enfant.
- Il s'utilise dans un local avec fenêtre permettant l'aération de la pièce, et impérativement muni d'un système d'aspiration et d'oxygénation.

Il s'agit d'un geste qui nécessite de suivre une procédure enseignée en formation.

CONTRE-INDICATION

- L'association à un dépresseur respiratoire n'est pas formellement contre-indiquée mais nécessite un contrôle médical et une surveillance : il faut donc vérifier le traitement reçu par l'enfant.
- Déconseillé lors de vomissements répétés.
- Refus de participation de l'enfant.
- Traumatismes cranio-faciaux (impossibilité d'application du masque).
- Traumatismes crâniens accompagnés de signes neurologiques.
- Hypertension intracrânienne.
- Occlusion digestive (risque d'augmentation de la pression intra-abdominale).
- Pneumothorax (risque d'augmentation de la pression intra-thoracique).
- Emphysème (distension des bulles).
- Insuffisance cardiaque et troubles hémodynamiques.
- Altération de la vigilance.

MATÉRIEL UTILISÉ

- La bouteille de MEOPA en ayant eu soin de vérifier sa contenance.
- Un manodétendeur spécifique.
- Un tuyau reliant le manodétendeur au ballon.
- Un raccord reliant le ballon au tuyau amenant le gaz.
- Un ballon souple d'anesthésie adapté à la taille et au poids de l'enfant (1,2 litres, 2 litres ou 2,7 litres).
- Une valve anti-retour « Ambu » ou « Digby-leigh » vérifiée.
- Un filtre antibactérien à usage unique.
- Un masque facial parfumé ou non, adapté à la taille de l'enfant.
- Il existe un kit valve + ballon = tuyau pour 15 utilisations.

EFFETS SECONDAIRES

- Sensation d'ébriété, d'euphorie, rêves, hallucinations visuelles et auditives. Le plus souvent ces sensations ne sont pas désagréables. Certains enfants cependant peuvent ressentir un malaise, une agitation.
- Paresthésies, assez fréquentes, dont l'enfant doit être averti avant le geste.
- Hypersalivation.
- Rarement : nausées, vomissement, et céphalées.

DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE DE KINÉSITHÉRAPIE EXEMPLE DE MOBILISATIONS ARTICULAIRES POUR UN GAIN D'AMPLITUDE EN FLEXION DE GENOU EN DÉCUBITUS VENTRAL

DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE TYPE SANS MEOPA

Dès notre arrivée dans le service, nous prenions dans le dossier les renseignements concernant les gestes chirurgicaux effectués, ainsi que le niveau de douleur de l'enfant. Nous étions toujours soulagés par le fait que celui-ci disposait d'une pompe à morphine.

Notre séance commençait donc par une première prise de contact, avec le patient, afin de lui expliquer les grandes lignes de la rééducation.

Nous ne faisons pas d'évaluations de la douleur, et nous pensions que les bolus de morphine administrés au cours de la séance suffiraient pour pallier la douleur générée pendant notre geste. Ce qui était rarement le cas.

Ainsi, les temps de séances variaient entre 30 et 45 minutes, pour des amplitudes qui n'excédaient pas 40 à 60° de flexion et ceci sur 3 voire 4 séances. Pour ce qui était de la douleur, les séances s'arrêtaient si l'enfant ne supportait plus la mobilisation.

EVOLUTION DES SÉANCES AVEC LA MISE EN PLACE DU MEOPA

Le MEOPA nous a été présenté par l'équipe de l'unité du traitement de la douleur qui s'est très vite rendu compte des conditions assez « délicates » des séances. L'infirmière de l'unité douleur (IUD) administrait elle-même le MEOPA en s'occupant des réactions de l'enfant et nous réalisions nos mobilisations sous l'œil attentif de l'infirmière. La prescription de mobilisation sous MEOPA fut, dès la première expérience, demandée de façon systématique. Cet acte de kinésithérapie, en comparaison avec les soins infirmiers, allait vraiment permettre l'introduction progressive du MEOPA dans le service d'orthopédie pédiatrique.

Très vite, pour des questions de disponibilité (y compris pour les week-ends), s'est posée la question de suivre la formation sur le MEOPA de Robert Debré et donc de pouvoir fonctionner de manière autonome : un kinésithérapeute allait administrer le MEOPA, un autre réalisait les mobilisations et un troisième, si cela était nécessaire, réalisait les contre-prises sacrées.

Suite à cette formation, nous avons pu élaborer un langage commun, une sorte de code avec le patient, qui nous guidait, au cours de la séance, sur la vitesse de réalisation des mobilisations. Le principe était, et est encore, que le patient gère lui-même les pauses, en communiquant avec le kinésithérapeute qui administre le MEOPA, en fonction de la douleur ressentie.

Le constat de différentes vitesses d'exécution des mobilisations commença à nous interpeller : pourquoi certains patients subissaient des mobilisations, pour les deux membres, qui duraient moins de 10 minutes et pourquoi d'autres nécessitaient des temps de mobilisations supérieurs à 20 minutes ? Pouvions-nous définir ces variables, jusqu'à présent, inconnues ?

Force était de constater que certains patients, par rapport à d'autres, ne ressentait pas ou peu de douleur, et que les mobilisations étaient plus ou moins fluides (avec quand même toujours un cap plus ou moins difficile aux alentours de 40 à 60° de flexion).

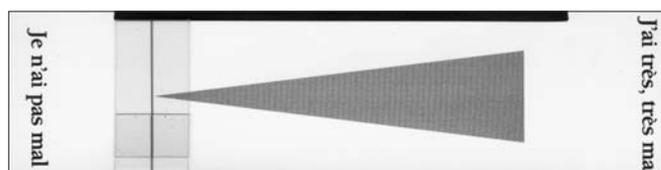
Le MEOPA était-il toujours indispensable en systématique ? Quelle était, pour des mobilisations jugées sans difficultés sous MEOPA, la part des autres antalgiques, et est-ce que le MEOPA pouvait agir aussi bien sans autres antalgiques associés ? Il nous fallait trouver un moyen pour pouvoir évaluer le besoin en MEOPA au cours d'une séance de mobilisation, sans être, à aucun moment, plus douloureux pour l'enfant. L'évaluation et la cotation de la douleur pour l'enfant devinrent alors indispensables, y compris pour des séances de mobilisations qui ne concernaient pas forcément des enfants ayant subi des multifocales.

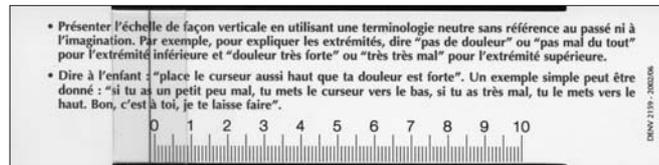
AUJOURD'HUI, QUELS SONT LES OUTILS UTILISÉS POUR UNE SÉANCE DE MOBILISATION SOUS MEOPA ?

C'est dans le service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital Robert Debré, suite à une formation, que sont désormais réalisées les EMFG, ainsi que les bilans de la spasticité. Ces bilans nous permettent maintenant de connaître les patients avant l'intervention chirurgicale et d'avoir à l'avance une idée de ce que nous pourrions mettre en place pour que les séances se déroulent dans des conditions optimum. Par exemple en ce qui concerne le niveau de stress de l'enfant, et de son vécu plus ou moins douloureux des interventions chirurgicales (peur des masques, séances de rééducation douloureuses). C'est aussi à l'issue de ces bilans que nous présentons les échelles de cotation de la douleur, avec la famille de l'enfant, pour savoir laquelle il peut utiliser plus facilement et s'il en a compris le principe.

Pour l'évaluation de la douleur, nous utilisons régulièrement 2 échelles. Ce sont l'Echelle Visuelle Analogique, ou EVA, et l'échelle des visages, ou FPS.

L'EVA est une échelle graduée de 0 à 10 ou de 0 à 100. En sachant que 0 correspond à une douleur nulle et que 10 ou 100 correspond à une douleur décrite comme la plus forte, la plus insupportable, l'EVA est placée verticalement devant l'enfant qui doit placer son doigt « aussi haut que sa douleur est grande ». Cette échelle est plutôt destinée aux enfants de 6 ans et plus.





La FPS représente six visages alignés sur une réglette de gauche à droite.

La consigne est : « Montre-moi le visage qui a mal autant que toi. ».

Cette échelle est plutôt destinée aux jeunes enfants, de 4 à 6 ans.



Une fois ces moyens d'évaluation mis en place, il a aussi fallu prévoir une échelle de cotation de la douleur pour les enfants peu ou non communicants verbalement.

La première solution consiste à l'utilisation d'un guide pratique de la grille de DESS (Douleur Enfant San Salvadour) qui est la première échelle validée d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne polyhandicapée.

La deuxième, qui nous semble de plus en plus indispensable, est la présence des parents. Ces derniers peuvent nous aider à comprendre et donc interpréter les différents moyens de communication de leur enfant. Cette démarche n'est possible qu'à partir du moment où les parents sont volontaires. Ceci était, avant l'utilisation du MEOPA, unimaginable de par les douleurs qui étaient générées durant les séances.

Ainsi dès le début de la séance, avant même la première mobilisation, et jusqu'à la fin, la douleur ressentie par l'enfant sera notre paramètre guide. Mais, la difficulté est d'être toujours vigilant sur la concordance entre la cotation donnée par l'enfant et son état clinique. Différents cas peuvent se présenter à nous :

- Soit la clinique de l'enfant est corrélée à la cotation de la douleur et celle-ci est inférieure à 3 sur 10 : la séance continue sans MEOPA.
- Soit la clinique de l'enfant est corrélée à la cotation de la douleur et celle-ci est supérieure à 3 sur 10 : le MEOPA est mis en place. La mobilisation reprend, une fois que le MEOPA a commencé à faire effet (soit 3 à 4 minutes).

► Soit la cotation de la douleur ne correspond pas à la clinique de l'enfant. Il faut donc essayer d'évaluer la cotation exacte de sa douleur. Dans ce cas précis, il peut être nécessaire de demander l'avis des proches de l'enfant et si nécessaire de contacter l'équipe du traitement de la douleur pour savoir si une médication supplémentaire est nécessaire.

Avant chaque séance, les renseignements administratifs, ainsi que les antalgiques prescrits sont notés dans le document ci-dessous intitulé « **tableau d'évaluation des besoins** ».

MOBILISATIONS SOUS MEOPA Tableau d'évaluation des besoins J-X (Jour distant de l'intervention)	Etat civil : Nom : Prénom : Date de naissance :
--	--

Latéralité de l'enfant : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	Difficultés de mobilisations antérieures à l'intervention : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Médication/prémédication : <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Skénan/Actiskénan <input type="checkbox"/> Nubain <input type="checkbox"/> Myolastan <input type="checkbox"/> Rivotril <input type="checkbox"/> Autres	Type de communication : <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Makaton
Gestes chirurgicaux réalisés : <u>Ténotomies :</u> <input type="checkbox"/> IJ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> Psoas <input type="checkbox"/> Triceps <input type="checkbox"/> Péroniers <input type="checkbox"/> Autres	<u>Gestes osseux :</u> <input type="checkbox"/> Dérotation fémorale <input type="checkbox"/> Dérotation tibiale <input type="checkbox"/> Evans <input type="checkbox"/> Cavalier <input type="checkbox"/> Autres <u>Transferts-musculaires :</u>

La séance peut enfin commencer et tous les renseignements, ou incidents seront notés dans le document intitulé « **tableau des mobilisations en fonction des scores de la douleur** ».

TABLEAU DES MOBILISATIONS EN FONCTION DES SCORES DE LA DOULEUR														
SCORE DOULEUR INITIALE :			GESTE REALISE :								TEMPS DE SEANCE	TEMPS GLOBAL	SCORE DOULEUR FINAL	SCORE DOULEUR FINAL SANS EFFET MEOPA
			10	20	30	40	50	60	70	80				
MEMBRE INFERIEUR DROIT	COTATION DOULEUR	DOULEUR < 3										○ ↓ ◡		○
		SANS MEOPA												
MEMBRE INFERIEUR GAUCHE	COTATION DOULEUR	DOULEUR > 3										◡ ↑ ○		○
		AVEC MEOPA												

LEGENDE : B = BLOPAGE C = CONTRACTION REFLEXE. D = DOULEUR. S = SPASTICITE.

D. LOPES - F. COSTE - D. MARTEL - S. MOREAU
Hôpital ROBERT DEBRE - Rééducation Fonctionnelle - PARIS (19^{ème})

La description détaillée d'une séance type, de mobilisation sous MEOPA, est l'objet de notre communication.

En quelques lignes, voici les temps importants.

- Au début, la vitesse de mobilisation est plutôt lente pour que l'enfant se rende compte qu'il peut à tout moment contrôler et interrompre le mouvement. Puis elle peut être augmentée toujours en rapport avec la réaction du patient.
- Tous les dix degrés, environ, le kinésithérapeute qui fait la mobilisation doit rendre compte des difficultés observées au kinésithérapeute qui administre le MEOPA : sensation de fluidité, de résistance, de dureté et pour finir de blocage.
- Dès que l'enfant se plaint d'une douleur au kinésithérapeute qui administre le MEOPA, celle-ci est cotée. En fonction de sa cotation (à préciser si supérieure à 3), il y aura ou pas de mise en place du MEOPA.

- Toutes les remarques sont notées sur le « tableau des mobilisations en fonction des scores de la douleur » au fur et à mesure que se déroule la séance.
- A partir du moment où la mobilisation d'un membre a nécessité la mise en place du MEOPA, elle est réalisée entièrement dans ces conditions et ce, jusqu'à la fin, sur le membre ciblé.
- Il faut tenir compte du temps d'arrêt de l'effet du MEOPA pour réévaluer l'autre membre, avant sa mobilisation.

CONCLUSION

Le masseur kinésithérapeute se doit, personnellement, d'évaluer au mieux la douleur de son patient, au moment même où il réalise son geste. En effet, il peut induire des douleurs passées inaperçues lors des évaluations précédentes, faites au repos, par une autre personne soignante du service.

De par cet exemple de l'utilisation du MEOPA, nous sommes maintenant plus précis, plus exigeants et plus pertinents dans l'évaluation de la douleur.

Nous devons avoir des critères objectifs qui nous permettent de mieux affiner notre geste par rapport à la clinique de l'enfant.

Nous voyons bien dans le cas de ces enfants, avec une pathologie particulière, que le travail consiste, à travers notre geste, en l'anticipation des réactions douloureuses plus que dans le traitement de la douleur, lorsque celle-ci est déjà installée. Pour la bonne et simple raison que, pour ce genre de pathologie, la douleur est, elle-même, source de réactions dites de défenses qui génèrent ou amplifient encore plus la douleur. En effet, une douleur plus ou moins importante peut entraîner une contraction réflexe, ou une exacerbation de la spasticité, qui ne pourra pas être maîtrisée par l'enfant et qui sera source de douleur car elle aura tendance à entraîner une extension involontaire du genou mobilisé, par une contraction du droit antérieur qui aura subi un geste opératoire !

Grâce à cette remise en cause de nos gestes kinésithérapiques, nous avons commencé à étendre le champ d'action de l'utilisation du MEOPA pour des pathologies purement orthopédiques. Nous l'utilisons même, parfois, pour son côté anxiolytique, par exemple pour simplement relâcher l'enfant lors de confection d'attelle anti-équin.

Nous avons le sentiment (par rapport aux séances qui étaient faites sans MEOPA) que l'utilisation de ce dernier, dans le cadre de notre étude :

- diminue le temps de la mobilisation, puisque nous sommes passés à des temps de séances de 45 à 60 minutes à des séances de 15 à 30 minutes sous MEOPA ;
- augmente de façon significative les amplitudes articulaires puisque nous sommes passés d'une moyenne de 30-60° à 60-110° de flexion des genoux ;
- réduit aussi nettement le nombre de séances pour atteindre ces amplitudes, nous sommes en effet passés de 4-5 séances à 1-3 séances sous MEOPA ;

- permet aussi à l'enfant, et à ses parents, d'avoir une expérience moins traumatisante de la rééducation. Nous ne sommes plus des « bourreaux » et notre intervention est souvent attendue avec impatience ;
- favorise la rééducation en centre : cela reste aussi du domaine du subjectif, mais d'après les constats faits par nos collègues de centre de rééducation, les mobilisations ainsi que les étirements se font plus facilement et les objectifs articulaires sont atteints plus rapidement.

Pour terminer, il nous paraît important de préciser que, suite à ces 5 années d'expérience sur la cotation et la prise en charge de la douleur, nous sommes à ce jour plus sensibles et plus attentifs au ressenti de l'enfant au cours des séances.

Face à cette « nouvelle écoute du thérapeute », nous pouvons imaginer que l'angoisse et le niveau de stress du patient peuvent être moins importants, et que cette situation le rassure.

En effet, nous avons le sentiment, à ce stade et dans le cadre de notre étude, que l'utilisation du MEOPA n'est plus aussi systématique. Son effet anxiolytique serait-il un facteur important dans son utilisation lors de nos mobilisations kinésithérapiques, et en pédiatrie ?

ADÉQUATION ENTRE LES SCORES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET LES PRESCRIPTIONS D'ANTALGIQUES CHEZ LE NOURRISSON. RÉSULTAT D'UN AUDIT INFIRMIER AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, BRUXELLES

Véronique Trouveroy, Nadine Chard'homme, Caroline Jacquet
Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

INTRODUCTION

Les Cliniques universitaires Saint-Luc comptent 964 lits dont 134 de pédiatrie. Mu par des volontés individuelles, le projet d'améliorer la gestion de la douleur en pédiatrie a débuté en 1994. Un Centre de lutte contre la douleur a vu le jour en 2000.

La prise en charge de l'enfant douloureux dépend de la perception qu'a le soignant de cette douleur et des possibilités qu'il possède pour y remédier (moyens, connaissances, craintes...).

L'évaluation systématique de la douleur des enfants, à l'aide d'un outil, est cependant peu ou pas réalisée dans la plupart des unités de soins de pédiatrie car lors de précédentes tentatives d'utilisation d'échelles, les prescriptions médicales d'antalgiques n'étaient pas adaptées et les infirmières se sont démotivées.

Comment, dans ce contexte, dynamiser un projet d'amélioration de la gestion de la douleur ?

En février 2003, un groupe de travail « douleur de l'enfant » a décidé de dresser un état des lieux dans une unité de soin de pédiatrie au moyen d'une enquête. Celle-ci devait objectiver la présence de douleur et évaluer l'adéquation de la prescription médicale.

L'enquête s'est déroulée en novembre 2003 pour tous les enfants hospitalisés dans une unité médico-chirurgicale de 24 lits (toutes pathologies confondues) accueillant des enfants âgés de 0 à 2 ans.

Un nombre conséquent de données ont été relevées pour permettre, en complément, de repérer d'éventuels dysfonctionnements et améliorer la démarche.

L'OUTIL D'ÉVALUATION

L'échelle d'évaluation de la douleur de référence choisie par l'équipe est l'échelle d'hétéro-évaluation EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né à terme ou prématuré).

La grille est constituée de 5 items (visage, corps, sommeil, relation, réconfort) cotés de 0 à 3. Elle est uniquement comportementale. Les scores s'étendent de 0 à 15. Un score de 1 à 4 peut signifier une douleur légère ou un inconfort. Un score de 5 à 8 témoigne d'une douleur modérée, de 9 à 11 d'une douleur intense et de 12 à 15 d'une douleur très intense. L'objectif à atteindre est un score inférieur à 5.

Les infirmières étaient familiarisées avec l'échelle EDIN. Elles l'utilisaient occasionnellement pour les enfants ayant une pompe analgésique (épidurale ou morphine intraveineuse) en postopératoire ou dès qu'un souci de douleur était perçu.

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Selon les recommandations de l'OMS, les antalgiques sont répartis en 3 paliers correspondant à 3 niveaux d'intensité de douleur différents.

Le tableau ci dessous reprend :

- les niveaux d'intensité de douleur ;
- la répartition des antalgiques utilisés dans l'unité de soins où se déroule l'étude ;
- les scores de douleurs de l'échelle EDIN s'y rapportant.

Paliers	Niveaux d'intensité de douleur	Types d'analgésiques	Scores EDIN
1	Légères	Paracétamol	De 1 à 4
		Ibuprofène	
2	Légères à modérées	Tramadol	De 5 à 8
3	Modérées à sévères	Morphine	De 9 à 15

Cependant, les analgésiques du palier 1 peuvent être administrés pour des douleurs modérées et intenses en complément d'antalgiques plus puissants.

Des « co-analgésiques » sont également utilisés tels que les antispasmodiques.

MÉTHODOLOGIE

PRÉPARATION DE L'ENQUÊTE

Élaboration du document d'enquête

Un groupe de travail composé de l'infirmière chef, du cadre infirmier du département de pédiatrie, d'un membre de la cellule « Coordination qualité de service », des infirmières ressources en douleur a réalisé le document d'enquête.

Celui-ci comprend pour chaque enfant hospitalisé les items suivants :

- des données d'identification ;

- le motif d'hospitalisation ;
- la date opératoire pour les patients opérés ;
- la présence d'une technique analgésique spéciale (épidurale ou morphine intraveineuse) ;
- un score de douleur/4 heures ;
- le lien entre la douleur et les soins tels que l'hygiène, une prise de sang, un pansement, la pose d'une perfusion ou une ponction lombaire ;
- les antalgiques administrés au regard de chaque score inscrit ;
- un espace libre pour des commentaires.

Ce document a été régulièrement soumis pour avis au groupe « douleur de l'enfant ». Il a été clôturé en octobre 2003.

Information de l'équipe

Les infirmières ont reçu des directives écrites concernant les modalités de l'enquête. Les médecins ont été avertis par courrier du déroulement de l'étude.

DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée du 5 au 30 novembre 2003.

Les infirmières ont complété un document par jour et par enfant pris en charge.

Les infirmières ressources douleur récoltaient quotidiennement les documents et répondaient aux questions éventuelles.

ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

RÉSULTATS GLOBAUX

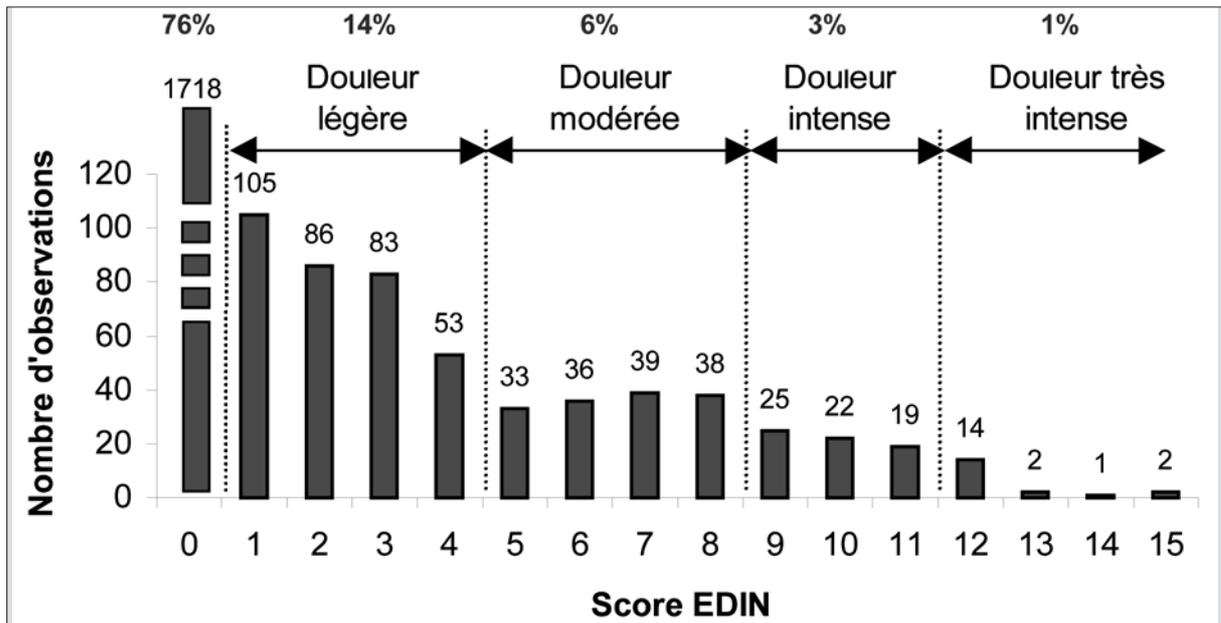
450 journées ont été observées pour 69 enfants hospitalisés du 5 au 30 novembre 2003.

Les feuilles de scores ont été partiellement remplies :

- 2 276 scores ont été notés, soit une moyenne de 5 scores par jour par enfant ;
- les liens entre douleur et administration d'antalgiques ne sont pas toujours présents ;
- les enfants qui avaient bénéficié d'une pompe antalgique à débit continu n'ont pas été pris en considération (nombre de cas insuffisant dans l'analyse des données).

DISTRIBUTION DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

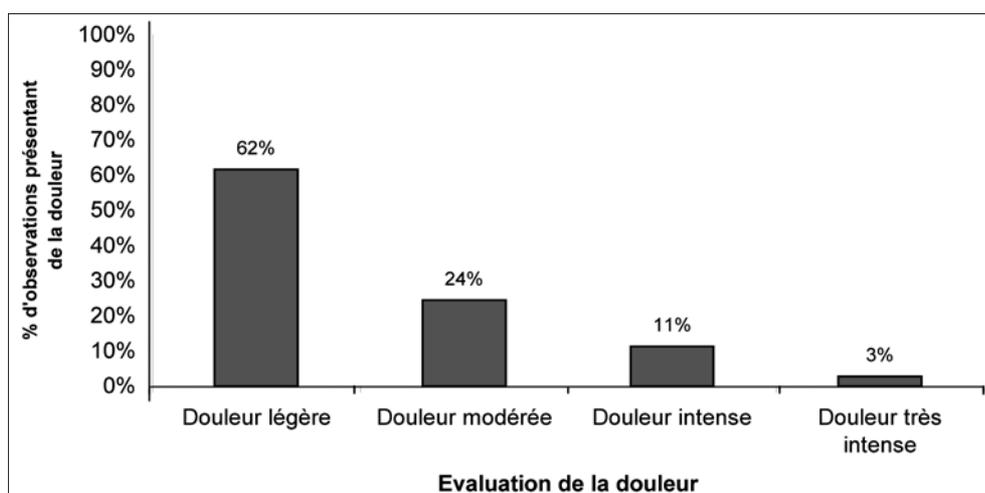
La distribution des scores de douleur relevés lors de l'enquête, soit 2 276 observations, se profile comme suit :



Rappelons que l'objectif à atteindre était un score inférieur à 5. Ces scores correspondent à l'absence de douleur ou à une douleur légère. 89 % des observations (soit 2 045 scores) se situent dans cette fourchette de 0 à 4.

- La zone « douleur modérée », soit des scores entre 5 et 8, comprend 146 observations (6 %).
- La zone « douleur intense », soit des scores de 9 à 11, comprend 66 observations (3 %).
- La zone « douleur très intense », soit des scores supérieurs à 11, comprend 19 observations (1 %).

Puisque seules les observations mentionnant la présence de douleur (558 cas sur 2 276) ont été prises en compte, leur distribution est :



ADÉQUATION DES RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES ET DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

ANNOTATIONS RÉALISÉES PAR LES INFIRMIÈRES

Pour chaque score relevé, observons le choix de la réponse thérapeutique noté par l'infirmière.

Pour un total de 2 276 scores relevés :

- dans 1 216 cas (53 %), aucune annotation de l'infirmière n'est retrouvée ;
- dans 984 cas (43 %), l'infirmière note qu'elle n'administre aucun antalgique ;
- dans 76 cas (3 %), l'infirmière administre un antalgique.

Seuils de douleur		Nombre d'évaluations réalisées	Sans réponse (aucune note)	Notes de l'infirmière	
				Aucune administration d'antalgique	Administration d'antalgique réalisée
Absente		1 718	971	728	19
Présence de douleur	Légère	327	149	163	15
	Modérée	146	68	55	23
	Intense	66	23	32	11
	Très intense	19	5	6	8
TOTAL		2 276	1 216	984	76

Si notre attention se porte sur les scores présentant de la douleur, soit 558 cas, les infirmières ont administré des antalgiques 57 fois, soit dans 1 cas sur 10. Globalement, nous constatons une sous-administration des antalgiques.

Le graphique ci dessous précise, pour chaque niveau de scores de douleur, la réaction des infirmières. Soit :

- pas d'annotation ;
- l'annotation de non-administration d'antalgique ;
- l'annotation de l'administration d'un antalgique.

Lorsque la douleur est absente, les infirmières notent une réponse dans 43 % des cas. En présence de douleur très intense, une annotation est présente dans 74 % des cas dont 42 % ont pour issue l'administration d'un antalgique.

TYPES D'ANTALGIQUES ADMINISTRÉS

Pour déterminer si les antalgiques administrés sont adéquats par rapport à l'intensité de la douleur, les traitements administrés sont appariés au seuil de douleur présent au moment de l'évaluation.

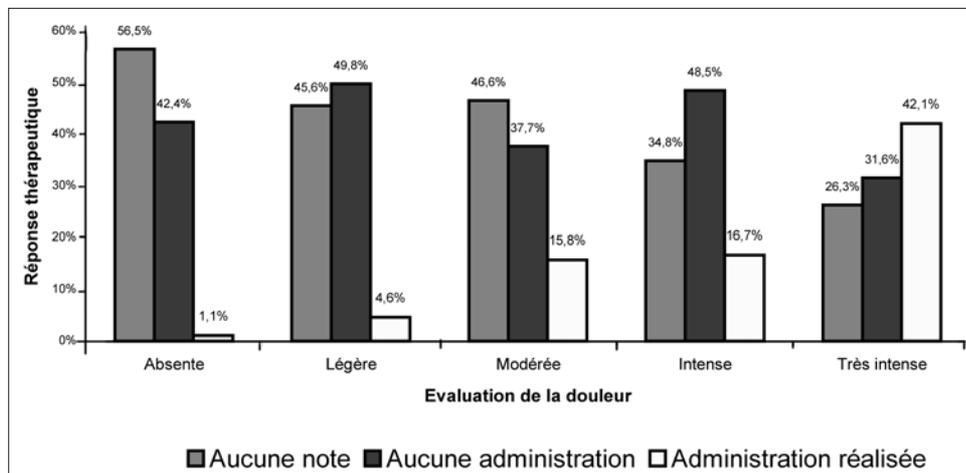
Seuils de douleur	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Autre
Absente	11	1	6	1
Légère	13	0	1	1
Modérée	22	0	1	0
Intense	9	0	0	2
Très intense	6	0	1	1
TOTAL	61 (81 %)	1 (1 %)	9 (12 %)	5 (7 %)

Nous constatons :

- une administration dominante des antalgiques du palier 1 quelle que soit l'intensité de la douleur ;
- une administration des antalgiques des paliers 2 et 3 principalement à des enfants non douloureux. S'agit-il d'administrations systématiques ?
- en situation de douleur (légère, modérée, intense et très intense), une non-prise en compte des recommandations de l'OMS par la réponse apportée.

Comment expliquer ces données ? Nous proposons quelques hypothèses :

- Les traitements prescrits sont-ils efficaces ?
- Une anticipation efficace de la douleur est-elle prévue ?
- Les prescriptions ne comportent-elles que des antalgiques du palier 1 ?



ANTALGIQUES PRESCRITS

Le relevé des prescriptions médicales quotidiennes nous a permis de réaliser le tableau suivant :

Types d'analgésiques prescrits		Prescrit sous condition			Prescrit d'office	TOTAL
		Si douleur	Si douleur ou température	Si nécessaire		
Palier 1	Paracétamol	28	67	56	32	183
	AINS	18	24	0	5	47
Palier 2		0	0	0	0	0
Palier 3		1	0	1	7	9
TOTAL		47	91	57	44	239

Pour 450 journées, nous avons, au total 239 prescriptions d'analgésiques :

- 195 (soit 82 %) sont conditionnelles : « si douleur... », « si nécessaire... ». Cette formulation répond à la demande des infirmières : lorsque la prescription est systématique, elles doivent réveiller les enfants qui dorment, elles préfèrent de ce fait la formulation conditionnelle ;
- 44 (soit 18 %) sont systématiques ;
- 230 concernent uniquement le palier 1 ;
- aucune ne prévoit l'anticipation de gestes douloureux.

CONCLUSIONS

Dans l'unité de pédiatrie concernée par l'enquête, un enfant sur quatre est douloureux.

De plus, les réponses thérapeutiques liées à un score de douleur sont trop souvent inadéquates : seule une évaluation sur dix signant la présence de douleur a pour issue l'administration d'un antalgique. Enfin, les traitements sont inadaptés par rapport à l'intensité de la douleur (96 % des prescriptions sont des antalgiques du palier 1).

Aucune anticipation de la douleur n'est prévue face aux soins et gestes douloureux.

Les prescriptions et l'administration d'analgésiques sont-elles trop prudentes ? L'administration d'analgésiques fait-elle peur ? Quelles sont les difficultés de chacun face à l'administration d'un traitement morphinique ?

Des moyens efficaces de lutte contre la douleur existent et se développent. Comment les adapter et les intégrer aux pratiques de notre institution ?

Le simple fait de réaliser cette étude a déjà, en soi, produit des changements et suscité des réflexions, des demandes de formation. Nous envisageons de répéter ce type d'enquête pour mettre en évidence l'évolution de notre démarche.

Cette étude confirme qu'un projet d'amélioration de la gestion de la douleur nécessite un travail en interdisciplinarité, chaque partenaire de soins doit se sentir concerné.

Pour le bien-être de chacun et surtout des petits patients, le défi ne vaut-il pas la peine d'être relevé ?

« GAI-RIRE » UNE EXPÉRIENCE DE DISTRACTION LORS DES SOINS

P. Bonnetin, J. Passet, Dr F. Dalmon

Service de pédiatrie jeunes enfants, Centre hospitalier de Chambéry

« Plusieurs personnes pensent que j'affirme que le rire est la meilleure des médecines.

C'est faux !

Je crois sincèrement que c'est de prendre soin des autres qui est la meilleure des médecines.

Le rire n'est qu'une façon de prendre soin des autres. »

Docteur Patch Adams

C'est bien souvent à l'hôpital que l'enfant va rencontrer pour la première fois la douleur provoquée par un soin agressif.

Or, la prise en charge de la douleur ne se résume pas à l'administration d'antalgiques. L'équipe soignante dispose, dans son rôle propre, d'une palette de moyens et d'actions permettant l'amélioration de cette prise en charge.

Chaque geste doit être réfléchi et guidé en fonction de l'état de l'enfant et de son âge pour ne pas agir de façon systématique.

GENÈSE D'UNE DRÔLE DE PRISE EN SOIN

Le service pédiatrique de Chambéry comprend une unité d'urgence qui accueille des enfants de 0 à 18 ans, une unité accueillant les enfants de 6 à 18 ans, une unité réservée aux enfants de 0 à 5 ans, un service de réanimation néonatale de niveau 3.

Notre service (0 à 5 ans) est composé de 21 lits, dont 8 en chambre mère-enfant.

L'équipe est constituée de 3 pédiatres, un cadre de santé, 20 infirmières et/ou puéricultrices, 11 auxiliaires de puériculture, 3 agents de service, une secrétaire, un kinésithérapeute et une psychologue.

L'ensemble du personnel travaille en étroite collaboration afin d'assurer les soins dans les meilleures conditions, et en particulier en ce qui concerne la douleur.

Cela n'a pas toujours été le cas...

Il y a trente ans, les prélèvements de sang se pratiquaient très souvent sur une jugulaire externe.

L'enfant était amené en salle de soins sans aucune préparation psychologique.

Il était maintenu tête en extension à l'aide d'un drap afin que l'équipe soignante réalise le prélèvement sans qu'il se manifeste.

La parole, le regard, le toucher et le rire n'avaient que peu de place lors des soins.

Quant aux parents, ils étaient invités à attendre à l'extérieur de la salle afin de ne pas perturber le bon déroulement des soins.

Cette pratique de prélèvement a perduré près de quinze ans et la majorité des enfants ont fait les frais de ce manque de connaissance de la douleur et du matériel peu adapté dont disposaient les soignants.

Puis les ponctions sont devenues moins agressives grâce, en particulier, à l'arrivée de nouveaux produits (crèmes analgésiques) et de nouveaux matériels (épicrâniennes).

Le moyen de contention s'est assoupli offrant aux soignants la possibilité d'entrer en contact avec les enfants dans un climat d'échange et de calme.

Ils ont alors pris conscience de la dureté de leurs gestes et de la nécessité d'offrir aux enfants et à leurs parents des soins personnalisés et humanisés.

Progressivement, ils ont accordé plus de temps à la préparation psychologique de l'enfant en lui expliquant les soins qui devaient être réalisés et surtout en accompagnant chaque geste de parole, de douceur et d'empathie.

C'est dans ce contexte qu'une stratégie soignante médicale et paramédicale de prévention de la douleur de l'enfant s'est élaborée dans le service et plus particulièrement lors des ponctions veineuses.

En effet, on sait aujourd'hui que la douleur de ces gestes peut être mémorisée par les enfants et entraîner des conséquences néfastes et durables comme la phobie des piqûres.

Nous employons assidûment la crème analgésique EMLA[®] mais l'anesthésie locale n'empêche pas le contexte anxiogène du soin.

Le soin en pédiatrie a la particularité de se dérouler fréquemment en présence des parents, créant une relation triangulaire qui nécessite une attention particulière de la part du soignant.

Il doit alors prendre en considération le ressenti de l'enfant et de ses parents afin de pouvoir optimiser ses soins, chaque protagoniste influençant incontestablement le déroulement du soin.

Le soignant, du fait de l'attention qu'il porte au patient, permet à l'enfant et à ses parents d'exprimer leurs craintes. Cet échange permet d'ajuster les soins, d'évaluer et de traiter au mieux les besoins de l'enfant et de ses parents.

En reconnaissant la douleur de l'enfant, le soignant le situe comme sujet dans sa relation avec lui. Mettre des mots sur la douleur de l'enfant dans les actes de soins, c'est partager avec lui une expérience humaine angoissante.

Cette mise en mots des maux de l'enfant passe le plus souvent par le jeu et le rire. Le jeu étant le langage privilégié de l'enfant, l'introduire dans la prise en charge somatique doit faire partie du soin global apporté à l'enfant.

Jouer avec un enfant, c'est être capable de se mettre à son niveau.

Le jeu du « faire semblant », du « comme si », du « il était une fois », permet à l'enfant de transformer la réalité en la rêvant, en la colorant d'émotions moins négatives.

L'enfant laisse de côté son angoisse, sa peur, sa douleur en jouant un autre rôle que le sien. Il est le clown, le sable magique, le prince... il n'est plus l'enfant malade qui a peur et qui souffre dans son lit.

Il se détend, sourit, rit, éclate de rire... et la prise de sang est terminée !

Pour le soignant, le jeu au cours du soin demande une certaine disponibilité psychique. Il lui impose de retrouver l'enfant qui est en lui, afin qu'il puisse venir à la rencontre de l'enfant malade. C'est un état d'esprit, une façon d'être et de soigner spécifique en service de pédiatrie, qui nécessite des connaissances concernant le développement psychologique de l'enfant et s'étaye grâce à une formation de clown.

La bonne volonté ne suffit pas, une adaptation à l'âge de l'enfant et à son psychisme étant nécessaire. Ainsi l'enfant de deux ans qui débute dans le langage et le jeu symbolique sera davantage sensible aux figurines ou marionnettes qui présenteront de petites saynètes, aux jeux de « cache-cache » ou « de coucou » qui introduisent des changements de rythme. Le langage utilisé sera simple et fait de phrases courtes.

L'enfant de quatre ou cinq ans, bien installé dans le langage et le jeu symbolique, pourra bénéficier des jeux de « faire semblant » et de « comme si ».

Il sera également plus accessible à l'humour, aux farces ou aux tromperies.

Cependant, un enfant hospitalisé n'est pas dans un milieu ordinaire et son comportement peut être différent de l'habitude. Il sera nécessaire d'en tenir compte dans les jeux proposés. Le jeu permet le langage des émotions. Pour que cette rencontre véritable ait lieu, le soignant doit avoir une attitude authentique avec l'enfant.

L'enfant peut percevoir le décalage entre les émotions et le discours : « mais non ça ne fait pas mal ! » alors que le soignant se sent mal dans son soin et que l'enfant a mal dans son corps.

Cette non-reconnaissance des affects mutuels est très traumatisante et angoissante pour l'enfant.

Cette manière de prendre en charge la douleur influence considérablement son anticipation (1).

Il a été démontré en IRM fonctionnelle que la perspective de la douleur augmente la perception douloureuse (1).

Montaigne l'avait déjà pressenti : « *Celui qui craint la douleur souffre déjà de ce qu'il craint* ».

Des expériences ont démontré que le seuil de la douleur diminue lorsque le sujet accomplit une tâche répétitive annexe alors qu'il augmente lorsqu'il est dans l'attente des stimuli douloureux (1).

C'est avec ces différentes connaissances et cette sensibilisation aux fondements de l'enfance que notre histoire s'est construite... nous avons bâti les quatre murs de notre maison, il ne nous restait plus qu'à mettre le toit.

Et ce toit nous avons décidé de le peindre en rouge, rouge comme un nez de clown !!!

UTILISATION DU RIRE EN PÉDIATRIE

Pourquoi le rire ?

La question peut paraître saugrenue : elle n'en est pas moins sérieuse !

Rire est d'abord une expérience immédiate de détente : qui n'a pas constaté combien il se sentait mieux après avoir ri en regardant un film comique ou lors d'une discussion joyeuse entre amis ?

Au-delà de cette observation spontanée, de nombreuses recherches (2) ont montré la valeur thérapeutique de l'humour et du rire dans le domaine de la santé.

Si l'on peut penser qu'utiliser le rire en milieu hospitalier ne nécessite pas d'étude pour montrer son efficacité, il est intéressant de connaître les données scientifiques existantes en matière d'humour et de rire. Les bienfaits du rire autant sur la dimension corporelle que psychique des patients sont maintenant parfaitement démontrés (3).

L'humour qui amène le rire est une expérience touchant plusieurs niveaux d'être : cognitif, émotionnel et physique.

En tant qu'individus, nous avons tendance à connaître l'humour soit en le saisissant (ce qui généralement équivaut à une réaction cognitive ou intellectuelle), soit en l'éprouvant (généralement une réaction émotive) ou en riant (une réaction plutôt psychologique).

Le rire, proprement dit, a quant à lui des effets touchant différentes sphères de notre existence : physiologique, psychologique, relationnelle, professionnelle, etc.

IMPACT PHYSIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DU RIRE SUR NOTRE SANTÉ

Selon le Docteur Henry Rubinstein qui s'est longuement penché sur les vertus du rire, l'humour aurait un effet bénéfique sur notre corps et la liste des bienfaits du rire est longue et selon lui bien réelle (2).

Ainsi, l'humour pourrait réduire les tensions, les sensations de douleur, renforcer le système immunitaire, améliorer les fonctions cognitives, prévenir les maladies cardiovasculaires en chassant le stress.

Déjà au début du XX^e siècle, Freud affirmait que l'humour permettait à l'humain de démontrer son refus de se laisser abattre par la souffrance, d'affirmer l'invincibilité de son moi et de faire triompher le principe du plaisir... tout cela en demeurant sain d'esprit (4) !

Le simple fait de sourire améliore l'humeur d'un individu...

Rire a un effet cathartique, permettant une libération émotionnelle et une réduction des tensions emmagasinées.

Le rire et l'humour favorisent la convivialité, le partage et l'établissement de liens entre plusieurs personnes.

Notons cependant qu'il y a des rires qui séparent, créant jugements et distance, tandis que d'autres rapprochent... tout dépend de l'humour mis en œuvre et de son intention.

Rire peut :

- permettre de relativiser une difficulté, aplanir un conflit ;
- favoriser une prise de distance nourrissant à long terme une attitude plus compatissante envers soi comme envers l'autre ;
- agir comme un véritable vecteur de communication, diminuer l'anxiété, aider à dédramatiser et favoriser l'imaginaire et la créativité ;
- constituer une diversion, il détourne l'individu de ses préoccupations habituelles, notamment de sa douleur, et permet de se focaliser pendant un court instant sur d'autres stimuli ;
- diminuer l'anxiété et l'hostilité dans les moments difficiles en amplifiant le sentiment de confiance en soi. La psychanalyse fait d'ailleurs de l'humour une forme de sublimation, permettant de métaboliser, avec l'art et le travail intellectuel l'angoisse propre à notre condition humaine...

Le rire s'inscrirait ainsi dans une démarche de santé holistique, intégrant toutes les dimensions de l'être : ses symptômes physiques, mais également son état psychologique, son bien-être, et les effets que ces éléments peuvent avoir sur le vécu des soins et le processus de guérison.

Rire quelques minutes par jour serait donc une hygiène de vie quotidienne à adopter, nous maintenant en meilleure santé, plus disponibles pour autrui, pour nous-mêmes et pour la vie !

Et n'oublions pas : le rire, comme le sourire, est éminemment contagieux...

... alors propageons sans tarder l'épidémie !!!

OSEZ LE RIRE, LAISSEZ ÉMERGER VOTRE CLOWN INTÉRIEUR !

Jusqu'aux années quatre-vingt, le personnage de clown est un individu costumé qui évoque le comique, la spontanéité, la maladresse, et de manière plus générale le monde des enfants. La fonction primitive du clown était de divertir un public.

Dans l'enfance, ces concepts sont reconnus et acceptés dans un environnement circonscrit par les adultes. Les « clowneries » sont tolérées pour autant qu'elles n'affectent pas l'intégration sociale : « Ne fais pas le clown à table ! », « Ne fais pas le pitre en classe ! », « Tâche de rire plus discrètement ».

Avec l'âge et les responsabilités, ces concepts perdent leur naturel et leur insouciance pour se légitimer à travers un cadre professionnel (clown ou comique de métier) ou un code d'apparence (nez rouge) entraînant ainsi des blocages supplémentaires.

Au début des années quatre-vingt-dix, la définition du clown traditionnel s'élargit à la sphère intime de l'individu. Le clown n'est plus seulement représenté par ce personnage intemporel qui amuse les plus petits et les plus grands.

Le clown est aussi ce personnage qui sommeille en chacun de nous, qui est refoulé par les règles de bienséance, les contraintes sociales et qui attend patiemment un environnement adéquat pour s'exprimer : chanter ou parler de n'importe quoi, seul, sous la douche ou dans la voiture...

Dans le soin, être clown consiste à jouer avec son corps et ses émotions en s'adaptant aux protagonistes actifs dans cette relation soignant/soigné.

C'est un art d'expression corporelle qui permet avec humour, authenticité et spontanéité d'entrer en relation avec soi-même et les autres sur un mode détendu.

Le fait d'oser laisser sortir son clown et sa richesse intérieure n'est guère aisé surtout dans un cadre médicalisé car la peur, les automatismes, la timidité et les blocages freinent son émergence.

Il faut alors tenter de s'approprier son clown intérieur, le reconnaître, l'accepter et s'en servir pour mieux redevenir un enfant.

S'établit alors une nouvelle façon de se connecter à autrui : entrer en contact avec l'enfant et ses parents sur un mode comique en dégageant charisme et séduction avec le geste et les couleurs.

Le reste est simple : mime, jeu de rôle, danse, chant, sketch... le tout avec erreurs, maladresse, spontanéité et sans jugement.

Il ne s'agit pas d'apprendre des techniques mais d'avoir du plaisir à les expérimenter. C'est une célébration de la simplicité et de l'empathie.

Le but n'est pas de devenir un comique mais de développer notre potentiel de rire et d'humour pour mieux gérer notre univers relationnel, dédramatiser, mieux faire passer un message...

Etre clown lors des soins, c'est tenter de mobiliser chez l'enfant la part vivante de son être, celle qui peut se battre pour guérir.

C'est lui permettre de sentir que, même à l'hôpital, il est plus qu'un enfant malade, il est un enfant à part entière qui a toujours la capacité de réinventer le monde à travers le jeu.

Ainsi, les soignants contribuent à diminuer la crainte du monde hospitalier, son vocabulaire, ses protocoles, ses accessoires et permettent aux enfants d'entrer dans un monde ludique, espiègle et imaginaire.

Les enfants trouvent alors leur place au sein de cet environnement si bien organisé.

Ce sont les « soignants clowns » qui sont les otages d'un nouveau monde et les enfants qui en détiennent la clé.

Les émotions négatives ne sont pas jugées ou réfrénées mais intégrées positivement au jeu et à l'imaginaire.

C'est dans cette dynamique et en toute humilité que nous tentons chaque jour d'offrir aux enfants un peu de douceur dans ce monde de...

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Nous avons depuis quelque temps le sentiment d'apporter du réconfort aux enfants et à leurs parents en les abordant à travers le jeu et le rire, mais ce sentiment restait toutefois très subjectif.

Nous avons donc jugé utile de valoriser notre travail en évaluant le plus objectivement possible l'impact du rire dans nos soins.

Notre étude s'est donc concentrée sur cet impact lors des ponctions veineuses.

Après l'étude des différentes grilles d'évaluation de la douleur, en coopération avec l'équipe médicale, nous avons choisi d'utiliser l'échelle CHEOPS qui permet l'évaluation de la douleur aiguë provoquée par les soins, les gestes d'investigation. Sa facilité d'utilisation a également déterminé notre choix.

MÉTHODOLOGIE

Mise en place dans le service dès février 2005, nous avons choisi de standardiser l'évaluation grâce aux critères suivants :

- Les enfants recensés sont âgés de 2 à 5 ans. Ce choix résulte de leur niveau de développement psychologique et physiologique.
- La prise en charge médicamenteuse de la douleur est la suivante : patch analgésique posé 1 h 30 avant le soin et retiré ¼ d'heure avant la ponction.
- Le déroulement du soin reste le même que dans notre pratique habituelle, c'est-à-dire :
 - travail en binôme, un soignant placé de chaque côté du lit de l'enfant ;

- induction systématique du rire par l'infirmière/puéricultrice et passage du relais à l'auxiliaire lorsqu'elle sent la confiance avec l'enfant s'établir avec l'enfant et qu'elle est simultanément prête à effectuer son soin ;
- présence d'un voire des deux parents vivement recommandée.

EVALUATION

L'évaluation a été effectuée sur 30 enfants dans les conditions suivantes :

- Une personne extérieure au soin, médecin ou cadre de santé du service, est présente lors de chaque prélèvement. Son rôle est d'observer la réaction, le comportement de l'enfant en restant le plus objectif possible et sans jamais juger la technique clownesque des soignants. Elle remplit la grille d'évaluation aux 3 temps suivants : T1 = 5 minutes avant la ponction veineuse, T2 = pendant le soin, T3 = 2 à 5 minutes après.
- Une auto-évaluation par l'enfant avec l'échelle des visages est également réalisée.
- Le taux de satisfaction de l'infirmière et des parents vis-à-vis du déroulement du soin est aussi recueilli.

Le traitement et l'analyse des données a eu lieu à la fin du mois d'avril.

Les résultats seront présentés lors de la communication orale.

PRÉSENTATION DU FILM

L'utilisation de la distraction par le rire est difficile à exprimer uniquement par des mots.

Nous avons donc choisi d'utiliser un support visuel afin de faciliter la compréhension de notre travail.

Ce film n'a pas la prétention d'être un guide méthodologique. Il est le témoignage d'une équipe qui voit en cette approche ludique un nouveau souffle dans la relation soignant/soigné.

La scène visionnée se déroule dans l'unité de soins pédiatrique avec Kelly, âgée de quatre ans.

Trois prises de vue étant nécessaires à la concrétisation de ce projet, il nous est apparu judicieux de choisir une enfant dont la maladie nécessitait un contrôle sanguin hebdomadaire.

De manière à réduire l'impact de la caméra lors des soins, le réalisateur a filmé et photographié Kelly une semaine avant le début du tournage.

Nous utilisons occasionnellement des instruments (peluches, jouets...) comme support à nos aventures clownesques car ils nous permettent de créer avec l'enfant une histoire extraordinaire.

Dans le contexte du film, nous avons sciemment choisi de nous aider de ces supports afin de nous projeter plus aisément dans le monde de la drôlerie et de l'enfance.

Notre bonne connaissance de l'enfant, de sa famille (le papa était présent dans la salle) et du réalisateur nous a aussi permis de dépasser l'observation dont nous étions l'objet.

Le regard froid de l'objectif nous a déroutés quelques secondes mais très vite le naturel a repris sa place et nous avons retrouvé notre âme d'enfant pour partager avec Kelly ce petit brin de fantaisie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Laurent B., Peyron R. (centre antidouleur de St-Étienne). *La lettre de l'institut UPSA* juin 2002, n° 17 : 1-12.
2. Rubinstein H. Psychosomatique du rire, rire pour guérir. Robert Laffont, 2003.
3. Raquin B. Rire pour vivre, les bienfaits de l'humour sur notre santé et notre quotidien. Dangles, 1999.
4. Freud S. Le mot d'esprit et sa relation à l'inconnu. 1905.

POUR EN SAVOIR PLUS

Simonds C., Warren B. *Le rire médecin : Journal du docteur Girafe*. Albin Michel, 2001.

Schaller T., Kinou le clown *Le rire, une merveilleuse thérapie, mieux rire pour mieux vivre*. Vivez Soleil, 2003.

Smadja E. *Le rire*. Que sais-je ? 1996.

Venard J. *Les vertus du rire*. Trustar, 1997.

Adams P. *Docteur Patch Adams, quand l'humour se fait médecin*. Stanké, 2000.

Bergson H. *Le rire, essai sur la signification du comique*. 1956.

Bolduc L. *Réveiller son médecin intérieur. Le mieux être par le rire*. Quebecor, 2004.

Dolto-Tolitch C., Federica M. (Illustrations) *Rire guérir. Des clowns qui guérissent*. Seguiet Archimbaud, 2003.

Feuerhahn N. *Le comique et l'enfance*. Somogy, 1998.

Docteur Patch Adams. Avec Robbin Williams.

Code déontologique du rire médecin. 18, rue Geoffroy l'Asniet 75004 Paris.

Le rire. Science et Avenir Juillet, août 1998, n° 115.

FORMATIONS

Au jour d'aujourd'hui, une seule personne a été formée aux techniques de clown au sein de l'équipe.

Un stage de formation « Toucher massage et rire » est programmé pour le mois de septembre à l'Institut de formation Joël Savatofski.

Le stage proposé par cet institut permet de s'initier aux techniques de clown grâce à divers ateliers (improvisation, sketch, jeux de rôle...) tout en se sensibilisant à la communication non verbale utilisée lors du toucher massage.

L'intérêt essentiel de ce stage reste l'approfondissement de la connaissance de soi.

Pour tout renseignement complémentaire : www.touchermassage.com.

PONCTIONS LOMBAIRES, MYÉLOGRAMMES, BIOPSIES OSSEUSES EN HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE SOUS KÉTAMINE IV ET MEOPA

Dr C. Ricard, Dr R. Troncin

Unité Douleur Enfant, DAR A, Hôpital Lapeyronie, Montpellier

Dr R. Tichit, C. Costeau, E. Santanach

Unité Onco-hématologie pédiatrique, Hôpital Arnaud De Villeneuve, Montpellier

« *Primum non nocere* » Hippocrate a introduit ainsi, dès l'Antiquité, la notion de iatrogénie et a fait du risque de nuire en voulant soigner le principal danger à éviter. De nombreux enfants, capables de communiquer verbalement, atteints de cancers, disent qu'ils souffrent plus des douleurs induites, provoquées par les soins, que de celles en relation avec la maladie. Nous constatons tous les jours que le mauvais déroulement d'un geste invasif conditionne les suivants et au-delà, le comportement de l'enfant face à l'ensemble des soins et des soignants.

L'évolution des connaissances scientifiques médicales fait que les actes à visée diagnostique et thérapeutique sont de plus en plus nombreux. Les douleurs provoquées sont, à ce jour, les douleurs les plus fréquemment rencontrées par l'enfant. Les prévenir et les traiter devient le défi des années à venir. Ce défi s'inscrit dans l'un des axes prioritaires du plan quadriennal ministériel : les soignants ont l'obligation légale de prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins et la chirurgie et de mieux prendre en charge la douleur de l'enfant.

Les données épidémiologiques qui permettraient de mieux définir la réalité de ces douleurs chez l'enfant sont peu nombreuses. Une évaluation des pratiques antalgiques et de leur sécurité a été publiée récemment (1, 2). Un projet concernant les Standards options recommandations (SOR) douleur provoquée chez l'enfant atteint de cancer est en cours d'élaboration à l'échelon national sous l'impulsion de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC). Des études récentes s'adressent aux enfants traités en onco-hématologie (3-7).

Les ponctions lombaires (PL), les myélogrammes, les biopsies osseuses sont des gestes reconnus unanimement dans ces études, comme étant douloureux. Les difficultés à obtenir une analgésie correcte, satisfaisante pour l'enfant, sans prendre de risque au niveau de la sédation consciente, nous ont amenés à modifier nos pratiques et à utiliser la kétamine.

QUELQUES RÈGLES FONDAMENTALES CONCERNANT CES GESTES SONT À LA BASE DE NOTRE ÉVOLUTION ET ONT ÉTÉ RESPECTÉES

La douleur dépend de l'acte douloureux mais aussi de sa répétition

La répétition des actes, surtout s'ils ont été mal contrôlés sur le plan antalgique, majore la douleur et baisse son seuil d'apparition. Face à une douleur répétitive il n'y a pas habitude mais plutôt sensibilisation.

La perception et l'expression de la douleur du geste varient avec l'âge de l'enfant

L'absence d'élaboration de ces mécanismes, d'adaptation et de défense psychologique explique que le jeune enfant soit envahi par la douleur provoquée. Le soignant doit s'interroger quant à la manière dont l'enfant peut faire face à la douleur et sur les stratégies qu'il utilise : recherche d'information sur la douleur potentielle ou recherche d'évitement. Deux notions sont essentielles : l'alliance thérapeutique dans une relation de confiance avec l'enfant et le partenariat avec les parents car la connaissance qu'ils ont de leur enfant est irremplaçable. Par ailleurs, lors d'un geste, l'enfant perçoit fortement l'assurance de l'opérateur. Cette assurance fait partie de la relation de confiance.

L'évaluation de la douleur du geste est indispensable

L'auto-évaluation, Echelle visuelle analogique (EVA), Echelle des visages : FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), Echelle numérique, Echelle verbale simple (EVS), se fait immédiatement après le geste. L'évaluation comportementale, NFCS (*Neonatal Facial Coding System*) simplifiée (8), CHEOPS (*Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*) est faite pendant le geste, par une autre personne que celle qui effectue le geste. En pratique quotidienne, l'emploi des échelles d'évaluation est indispensable pour évaluer l'efficacité des protocoles analgésiques utilisés.

La mémorisation de la douleur est présente chez l'enfant

Les stimulations nociceptives entraînent des remaniements neuronaux anatomo-fonctionnels à l'origine d'une sensibilisation qui peut être durable (9).

Les données sur la relation mémoire et douleur font l'objet de travaux et de réflexions fondamentales (10). L'importance du conditionnement, de la modulation cognitive et de la relation médecin malade a été soulignée au niveau de la mémorisation de la douleur lors du congrès SFETD 2004 (11) chez l'adulte. Ces facteurs sont retrouvés chez l'enfant. Les cliniciens, lorsqu'ils pratiquent un geste, a conclu Carl L von Baeyer lors de ce même congrès, ne doivent pas oublier de tenir compte du fait que l'enfant va garder un souvenir de cette expérience. Devant le refus ou la crainte d'un geste, il est utile de savoir ce que l'enfant se rappelle de ses précédents contacts ou relations avec les soignants (12).

La contention, provoquant souvent des états d'agitation chez l'enfant, peut ainsi être à l'origine d'une rapide escalade médicamenteuse

LES PONCTIONS LOMBAIRES (PL), MYÉLOGRAMMES, PONCTIONS BIOPSIES OSSEUSES (PBO) FONT L'OBJET DE PROTOCOLES ANTALGIQUES

Ces gestes sont réalisés sous anesthésie générale au bloc opératoire quand ils peuvent être regroupés ou lors de la mise en place d'un cathéter central, en début de traitement. Mais ils sont faits aussi hors du bloc opératoire quand ils sont isolés.

TECHNIQUES ET MÉDICAMENTS UTILISÉS HORS DU BLOC

- Le MEOPA, mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (13).
- La crème EMLA, mélange eutectique de deux anesthésiques locaux, lidocaïne et prilocaïne (14).
- Les solutions sucrées associées à un moyen de succion (14), tétine ou petite seringue.
- Les techniques non pharmacologiques.

Ces techniques ont une action sur la diminution de l'anxiété. Les méthodes appelées cognitives et comportementales regroupent différentes pratiques faisant intervenir l'enfant et très souvent les parents. Elles sont à adapter à l'âge de l'enfant mais surtout à son développement personnel, à ses sources de « bien-être » et à ses expériences antérieures. Il s'agit de moyens simples, aménagement de l'environnement, confort, distraction, divertissement, présence des parents, participation de l'enfant au geste, exercices respiratoires et de techniques plus élaborées, relaxation, imagerie mentale ou hypnose qui sont encore trop peu enseignées en France. La présence des parents est fortement conseillée quand elle est désirée, elle n'a pas d'incidences négatives sur le soin (14, 15).

L'association de ces techniques à l'inhalation de MEOPA est à favoriser.

Les sédatifs et anxiolytiques agissent sur la composante émotionnelle mais n'ont pas d'action antalgique. **Le midazolam (Hypnovel®)** est très utilisé.

➤ **Les opioïdes**

La nalbuphine (Nubain®) est couramment utilisée par voie intra-rectale (0,4 mg/kg). **La morphine orale** est donnée en dose unique de 0,4 à 0,5 mg/kg. **Le fentanyl** par voie IV fait l'objet de protocoles aux urgences et en onco-hématologie (16). Les études rapportent un taux de 5 à 10 % d'effets indésirables respiratoires (1, 2).

EN PRATIQUE, LES PROTOCOLES SONT TRÈS HÉTÉROGÈNES SELON LES ÉQUIPES

- La douleur de la ponction lombaire est souvent bien contrôlée.

Les protocoles associent l'application de crème EMLA, posée 60 à 90 min avant le geste, à une technique antalgique par solutions sucrées chez l'enfant de moins de 2 mois et à une sédation consciente par MEOPA ou midazolam en prémédication intra-rectale (IR) chez

l'enfant plus grand. Les opioïdes, principalement la nalbuphine, en prémédication intra-rectale, sont souvent utilisés. Mais la répétition de ces ponctions peut induire une « saturation » de l'enfant, une peur phobique, à l'origine d'une agitation majeure.

► La biopsie osseuse est souvent réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale.

Hors du bloc, l'analgésie associe anesthésie locale par EMLA, morphine orale, MEOPA ou midazolam intra-rectal. L'analgésie et la sédation consciente pour cet acte douloureux peuvent être insuffisantes. L'augmentation des doses devient alors nécessaire, elle risque rapidement de ne plus être compatible avec la sécurité. L'anesthésie générale est nécessaire pour ce geste très douloureux.

► Le myélogramme et l'aspiration d'une moelle osseuse, souvent pauvre, posent pour certains enfants le même problème d'efficacité antalgique et de satisfaction que la biopsie osseuse.

Cependant, dans ce cas le recours à l'anesthésie générale est moins fréquent car peut paraître une solution disproportionnée avec le geste.

L'absence d'homogénéité des protocoles est expliquée, en hospitalisation, par la difficulté à trouver la réponse satisfaisante sur le plan de l'analgésie et de la sécurité.

L'analgésie requise pour les myélogrammes et biopsies osseuses est-elle compatible avec la sédation consciente ? Mais la réalisation de ces gestes répétés au bloc opératoire, qui nécessite un jeûne, une attente d'intégration dans le programme opératoire, un déplacement n'est-elle pas trop lourde pour l'enfant et sa famille et génératrice d'anxiété ?

Ces questions nous ont amenés à utiliser la kétamine.

LA KÉTAMINE

La kétamine a été synthétisée en 1962 et utilisée en 1969 comme agent anesthésique. Elle procure une anesthésie dissociative dose-dépendante et possède des propriétés analgésiques avec peu d'effets déresseurs respiratoires et une stabilité cardiovasculaire remarquable. Ses effets psychodysléptiques après anesthésie pour des gestes longs, nécessitant de fortes doses, ont limité les indications en anesthésie. La kétamine possède plusieurs sites d'action : récepteurs NDMA et non NDMA (AMPA, kainates), récepteurs opioïdes, récepteurs cholinergiques et adrénergiques, récepteurs GABA.

Au cours de ces dernières années, la kétamine a trouvé de nouvelles indications dans le traitement de la douleur chronique ou aiguë, neurogène ou nociceptive.

Elle est commercialisée sous forme d'ampoules de 5 mL contenant une solution aqueuse de kétamine à 10 ou 50 mg/mL (Kétalar®).

Administrée par voie IV, elle se lie faiblement aux protéines plasmatiques. Elle est liposoluble. Son délai et sa durée d'action sont courts. Sa demi-vie de distribution est de 7 à 11 min et sa demi-vie d'élimination de 1 à 2 h. Son métabolisme hépatique se fait par

N-déméthylation via le cytochrome P450, conduisant à la formation d'un métabolite, la norkétamine, 3 fois moins puissant, puis par hydroxylation et glucuroconjugaison.

Les doses recommandées en intraveineux (IV), dans la littérature, vont de 0,5 à 2 mg/kg. Elle a fait l'objet, dans les indications qui nous intéressent, hors d'un bloc opératoire, d'essais contrôlés et de nombreuses publications (1, 2, 5, 7, 17, 18). Le GTS (groupe de travail spécifique) pédiatrique de la SFETD lui a consacré sa session lors du congrès annuel de 2003 (19). Le nombre des études publiées ou en cours témoigne de l'intérêt de cette technique et de la nécessité de disposer de recommandations. Pour la plupart des auteurs, la dose doit rester inférieure à 2 mg/kg. A cette posologie les effets secondaires sont de l'ordre de 1 % (1, 2). Des publications récentes préconisent une dose allant jusqu'à 2 mg/kg (5) avec titration de 0,5 mg/kg ou supérieure (17). L'association à du midazolam, IR ou IN (intra-nasal) en prémédication 20 à 30 min avant le geste ou IV (17) pendant le geste, limite ou supprime les effets psychodysléptiques et les réactions désagréables au réveil. Les effets psychodysléptiques et les hallucinations sont moins importants et mieux tolérés chez l'enfant que chez l'adulte (17). L'atropine est recommandée pour éviter l'hypersécrétion salivaire qui peut gêner la liberté des voies aériennes supérieures. L'opérateur doit être prévenu de la présence possible d'un mouvement ponctuel lors d'une stimulation, surtout s'il s'agit d'un geste précis comme une ponction lombaire.

NOTRE EXPÉRIENCE

Depuis janvier 2001, 476 actes ont été réalisés sous analgésie par kétamine dans le service d'onco-hématologie de Montpellier, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation classique. 80 enfants de 2 à 16 ans et de 10 à 65 kg ont été concernés.

INDICATIONS

- « Saturation » de l'enfant sans qu'il y ait eu de problème particulier lors des précédents gestes et/ou refus de l'utilisation du masque et du MEOPA : 75 % des indications.

Le traitement d'une Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) nécessite, au cours des 2 ans et demi de suivi, environ 20 PL et 6 myélogrammes (jusqu'à 10 pour les formes à haut risque). Certains enfants ne veulent plus accepter ces actes et sont très agités. L'intérêt de la méthode repose sur le confort de l'enfant (et de l'opérateur) et l'accès à un traitement non décalé.

- Perte de confiance secondaire à un geste précédent réalisé sans couverture antalgique efficace : 15 % des indications.

Le seul moyen de poursuivre le traitement consiste à proposer que le geste se fasse dans d'autres conditions. L'utilisation de la kétamine permet d'éviter de compromettre la suite du traitement par un refus très précoce de la part de l'enfant.

- Bilan initial d'une maladie hématologique : 10 % des indications.

Le bilan initial de leucose en cas d'absence d'indication immédiate de pose de cathéter central comporte 4 myélogrammes, 1 PL et 2 PBO. Les 2 PBO peuvent être décalées au bloc lors de la pose du KT central.

Le bilan initial d'aplasie médullaire idiopathique demande 2 myélogrammes, 2 PBO.

La méthode permet d'éviter un séjour au bloc opératoire et de réaliser la totalité des prélèvements plus rapidement (pour une LAL) : les résultats ainsi obtenus permettent de débiter le traitement plus tôt.

En cas de conflit (avec l'équipe, la famille...), les adolescents ou jeunes adultes sont prêts à tout arrêter quelles qu'en soient les conséquences. La confiance est alors primordiale.

PROTOCOLE

Avant le geste

L'enfant est à jeun pendant 4 heures pour les solides et 2 heures pour les liquides. Il est prémédiqué par 0,4 mg/kg de midazolam intra-rectal ou oral suivant l'âge.

L'atropine est donnée en intra-rectal chez l'enfant jeune. Il reçoit, avec ses parents, une information de la part de l'onco-hématologue et des infirmières. Il est examiné par le médecin anesthésiste lors d'un premier geste.

Pendant le geste

Le geste est fait en salle de soins infirmiers.

L'analgésie débute par l'inhalation de MEOPA couplée aux techniques de relaxation et hypnose. Si l'enfant refuse l'utilisation du masque, l'administration de kétamine est immédiate et le MEOPA est inhalé en deuxième temps.

La dose de kétamine intraveineuse est administrée par bolus de 0,5 mg/kg. Ils sont répétés suivant la longueur du geste et le besoin d'analgésie. La dose totale est régulièrement de 1 à 1,5 mg/kg.

La surveillance est faite par le monitoring de la saturation en oxygène et par la surveillance de la fréquence cardiaque. Aspiration centrale et matériel de contrôle de la fonction respiratoire sont disponibles immédiatement.

Après le geste

Le réveil est immédiat. L'enfant retourne dans sa chambre. Le contrôle de la saturation en oxygène est maintenu 1 heure. L'évaluation de la douleur est faite systématiquement.

Les réactions psychodysléptiques (agitation, hallucination...) et les modifications de comportement sont recherchées systématiquement. L'enfant peut boire l'heure après la fin du geste et manger légèrement 2 heures après. Le « retour à la rue » est accordé 3 heures après le geste.

RÉSULTATS

Les enfants et leurs parents sont satisfaits. Aucun enfant n'a de souvenir de la réalisation du geste au réveil.

Un seul adolescent a préféré l'anesthésie générale pour myélogrammes et PBO.

Nous n'avons noté que 2 incidents sur les 476 gestes.

Un enfant de 10 ans a présenté une désaturation après l'injection qui a nécessité une ventilation assistée au masque de 5 min. Il s'agissait d'un enfant inquiet et très agité. Du fait de l'agitation, les bolus avaient été très rapprochés et la dose initiale supérieure à 2 mg/kg. Les gestes suivants ont été réalisés sous kétamine sans incidents.

Une enfant de 4 ans, 15 kg, a présenté une désorientation au réveil. La réalisation de la ponction lombaire avait été retardée par rapport à la prémédication, le geste s'est avéré difficile et long et a demandé des changements de main et imposé plusieurs réinjections. Les gestes suivants ont été réalisés, chez cette enfant, sous kétamine sans incidents.

L'utilisation de la kétamine nécessite, de la part du médecin clinicien, une formation de base lui permettant de gérer les éventuels effets secondaires respiratoires.

CONCLUSION

Prévention et anticipation sont basées sur la combinaison de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques. Leur complémentarité est essentielle. L'inhalation du MEOPA, et la crème anesthésiante sont largement documentées. L'association de ces 2 techniques aux techniques hypnotiques a des effets spectaculaires. Cependant la douleur ou l'appréhension de certains gestes est parfois trop forte pour être accessible aux techniques de « sédation consciente » ou aux techniques hypnotiques. La kétamine est alors une alternative intéressante à l'anesthésie générale pour assurer une analgésie satisfaisante avec un bon rapport bénéfice/risque.

L'antalgie, au cours de ces actes douloureux, présente un bénéfice considérable à court terme pour la réalisation du geste. Elle offre aussi un intérêt majeur à long terme. Elle évite un conditionnement aversif, une mémorisation négative et l'anticipation douloureuse qui en résulte lors de gestes répétés. Proposer un geste identique à l'enfant sans provoquer d'appréhension est le témoin d'une bonne alliance émotionnelle et thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Murat I., Gall O., Tourniaire B. Procedural pain in children : evidence-based best practice and guidelines. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2003 ; 28 (6) 561-572.
2. Murat I. *Prise en charge de la douleur provoquée par les soins et actes thérapeutiques chez l'enfant*. 2004 ; www.cnrdr.fr.

3. McGrath A. *et al.* A survey of children's acute, recurrent, and chronic pain : validation of the Pain Experience interview. *Pain* 2000 ; 87 : 59-73.
4. Ljungman G., Gordh T., Sorensen S., Kreuger A. Pain variations during cancer treatment in children : a descriptive survey. *Pediatric Hematol Oncol* 2000 ; 17 (3) : 195-7.
5. Evans D., Turnham L., Barbour K., Kobe J., Wilson L., Vandebek C.J., Montgomery C., Rogers P. Intravenous ketamine sedation for painful oncology procedure. *Paediatr Anaesth* 2005 Feb ; 15 (2) : 131-8.
6. Kuppenheimer W.G., Brown R.T. Painful procedures in pediatric cancer. A comparison of interventions. *Clin Psychol Rev* 2002 Jun ; 22 (5) : 753-86.
7. Young K.D. Pediatric procedural pain. *Ann Emerg Med* 2005 Feb ; 45 (2) : 160-171.
8. Hunter M., McDowell L., Cassey J. An evaluation of the Faces Pain Scale with young children. *J Pain Symptom Manag* 2000 ; 20 : 122-129. Et site www.pediadol.org.
9. Reynolds M., Fitzgerald M. Long term sensory hyperinnervation following neonatal skin wounds. *J Comp Neurol* 1995 ; 358 : 487-498.
10. Ornstein P.A., Manning E.L., Pelphrey K.A. Children's memory for pain. *J Dev Behav Pediatr* 1999 ; 20 (4) : 262-277.
11. SFETD Mémoire et douleurs, pratiques plurielles. Congrès Douleur 2004, 4^e congrès annuel de la SFETD. Montpellier – 18-20 novembre 2004. www.sfetd-douleur.org.
12. Von Baeyer C.L., March T., Salmon K., Rocha E., Wood-Pillette C. Mémoire et douleur chez l'enfant. Congrès Douleur 2003. 3^e congrès annuel de la SFETD. Paris La Villette – 13-15 novembre 2003. www.sfetd-douleur.org.
13. Annequin D., Carbajal R., Chauvin P., Gall O., Tourniaire B., Murat I. Fixed 50 % Nitros Oxide Oxygen Mixture for painful Procedures : A french Survey. *Pediatrics* 2000 ; 105-e47.
14. www.cnrdr.org.
15. www.pediadol.org.
16. Pitetti R.D., Singh S., Pierce M.C. Safe and efficacious use of procedural sedation and analgesia by non-anesthesiologists in a pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003 ; 157 (11) : 1090-6.
17. Green S.M., Krauss B. Clinical practice guideline for emergency department ketamine dissociative sedation in children. *Ann Emerg Med* 2004 Nov ; 44 (5) : 460-71.
18. Annequin D. Pratique de l'analgésie et sédation par des non-anesthésistes In : *La douleur de l'enfant, quelles réponses ? Actes de la huitième journée*. Unesco, Paris, 2000.
19. www.sfetd-douleur.org.

EFFET ANALGÉSIQUE INSUFFISANT DE LA MORPHINE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ LORS DES PONCTIONS AU TALON

Ricardo Carbajal - Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur,
Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris, France

Richard Lenclen, Myriam Jugie, Alain Paupe - Service de médecine néonatale,
Hôpital de Poissy Saint-Germain, Poissy, France

Bruce A. Barton - Maryland Medical Research Institute, Baltimore MD

K.J.S. Anand - University of Arkansas for Medical Sciences
Arkansas Children's Hospital, Little Rock AR, USA

Cet article est une synthèse de l'article publié dans le numéro de juin 2005 de la revue *Pediatrics* :

Morphine Does Not Provide Adequate Analgesia for Acute Procedural Pain Among Preterm Neonates. Ricardo Carbajal, Richard Lenclen, Myriam Jugie, Alain Paupe, Bruce A. Barton, and Kanwaljeet J. S. Anand. *Pediatrics* 2005 ; 115 (6) : in press

Acknowledgements : This study was supported by grant funds from the Fondation CNP, France (to R. Carbajal and R. Lenclen) and the National Institute for Child Health and Human Development (HD36484 to K.J.S. Anand, HD36270 to B.A. Barton). The authors gratefully acknowledge the contributions of the physicians, nurses, pharmacists, ultrasonographers, occupational and physical therapists at the participating institutions, and the parents who gave consent for this study.

INTRODUCTION

Les nouveau-nés prématurés subissent beaucoup de gestes douloureux lors de leur prise en charge habituelle dans les unités de réanimation néonatale (1, 2). Les données récentes de la littérature montrent que les bébés prématurés sont capables de ressentir la douleur (3, 4) et en réalité, en raison de l'immaturité et la vulnérabilité de leur système nerveux, ils sont extrêmement sensibles à la douleur (5). Non seulement les gestes douloureux provoquent des réactions douloureuses chez les nouveau-nés très prématurés (6), mais il existe un cumul des preuves indiquant que les gestes douloureux répétés entraînent une hyperalgésie (7) ainsi que des changements à long terme chez ces jeunes patients (8-10). Par conséquent, il est impératif de trouver des traitements sûrs et efficaces pour soulager la douleur de ces nouveau-nés.

Certains groupes d'experts ont recommandé l'utilisation des perfusions continues de morphine en tant qu'analgésique continu pour les soins de routine et les gestes douloureux pratiqués chez les nouveau-nés ventilés en réanimation (11, 12) ; ces recommandations ont été faites malgré une littérature limitée sur l'efficacité de la morphine pour les gestes douloureux

de routine (13) et sur son innocuité dans cette population (14, 15). Une étude a montré que la morphine administrée en période néonatale n'avait pas d'effets indésirables sur l'intelligence, la fonction motrice ou le comportement chez des enfants évalués à l'âge de 5-6 ans (6).

Les données actuelles sont contradictoires en ce qui concerne l'efficacité de la morphine pour soulager la douleur induite par les gestes habituellement pratiqués chez les nouveau-nés ventilés. Deux études ont évalué son efficacité lors des aspirations trachéales (15, 17) ; dans l'une d'entre elles, Anand *et al.* ont trouvé une diminution des scores de douleur (17), alors que dans l'autre, Simons *et al.*, en utilisant 3 mesures validées de la douleur, n'ont pas trouvé de différence entre les groupes morphine et placebo (15). En revanche, dans une autre étude, il fut trouvé que les perfusions de morphine chez des nouveau-nés à terme et prématurés diminuaient les expressions faciales de douleur lors des ponctions au talon ; cependant, dans cette dernière étude les scores de douleur n'étaient pas corrélés aux taux plasmatiques de morphine (18).

L'objectif principal de cette étude a été de mesurer l'efficacité analgésique des perfusions continues de morphine pour soulager la douleur induite par les ponctions au talon chez des nouveau-nés prématurés ventilés.

MÉTHODOLOGIE

La présente étude a été une étude ancillaire d'un essai clinique randomisé, multicentrique, contrôlé contre placebo et en double aveugle (Etude NEOPAIN : **NEurological Outcomes and Pre-emptive Analgesia In Neonates**) réalisé dans 16 centres et conçu pour évaluer les effets de la morphine prophylactique sur l'incidence des effets neurologiques graves chez le nouveau-né prématuré ventilé. La présente étude fut réalisée dans une seule unité de réanimation néonatale dans le but d'évaluer l'efficacité analgésique de la morphine pour le soulagement de la douleur induite par les ponctions au talon. Les critères d'inclusion étaient : nouveau-nés de 23 à 32 semaines d'aménorrhée, intubés avant 72 heures de vie, et ventilés pendant moins de 8 heures lors de l'inclusion. Les critères d'exclusion comportaient des anomalies congénitales (nécessitant une intervention chirurgicale, médicale ou cosmétique dans les 7 premiers jours de vie), une asphyxie à la naissance (Apgar ≤ 3 à 5 minutes de vie ou pH au cordon $\leq 7,00$), un retard de croissance intra-utérin (poids de naissance $< 5^e$ percentile pour l'âge), toxicomanie maternelle aux morphiniques (prise de drogues dans les 72 heures précédant l'accouchement ou test positif dans les urines maternelles) et les enfants participant à d'autres études. Les enfants inclus étaient supposés subir une ponction au talon pour une détermination du glucose sanguin dans le cadre de leur prise en charge habituelle. Nous avons évalué l'efficacité de la morphine, administrée en continue, pour soulager la douleur induite par les ponctions au talon en comparant les scores de douleur observés chez les enfants qui recevaient de la morphine *versus* ceux des enfants qui recevaient du placebo.

Le protocole et la lettre de consentement éclairé ont été approuvés par le comité de protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale.

Les nouveau-nés qui ont été randomisés au groupe morphine ont reçu une dose de charge de morphine (100 µg/kg en IVL de 1 heure) suivie d'une perfusion continue de 10, 20 ou 30 µg/kg/h pour les nouveau-nés de 23-26 SA, 27-29 SA ou 30-32 SA d'âge gestationnel, respectivement. Afin de déterminer l'efficacité de la morphine, les réponses à trois ponctions au talon ont été évaluées : ponction de T1 (niveau basal) avant la dose de charge, ponction de T2 à 2-3 heures de la dose de charge et ponction de T3 après 20-28 heures de perfusion continue de morphine. La douleur induite par la ponction au talon fut mesurée avec deux échelles validées : l'échelle DAN et l'échelle PIPP. La concentration sanguine de morphine fut mesurée au temps T3 avec un seuil de détection de 15 ng/mL. La cotation de la douleur fut réalisée par un observateur indépendant qui ne participait pas au prélèvement. L'évaluation de la douleur commençait à l'introduction de l'aiguille et terminait lorsque le prélèvement était obtenu. L'apparition d'une hypotension (définie comme la nécessité d'administrer des drogues vasoactives ou une expansion volémique) fut recherchée avant le début de la dose de charge, après la dose de charge et à 24 (±) 4 h de perfusion continue.

CALCUL DU NOMBRE DES SUJETS

Nous avons testé l'hypothèse que l'administration intraveineuse de morphine réduirait les scores de douleur lors des ponctions au talon par rapport aux scores obtenus lors de l'administration du placebo. L'évaluation avec l'échelle DAN a été le critère principal de jugement. Un calcul avec le logiciel PASS en utilisant des données obtenues préalablement chez des nouveau-nés prématurés (25-32 SA) a indiqué qu'un effectif de 19 enfants était nécessaire dans chaque groupe pour montrer une différence de 2 points entre les groupes avec une puissance de 80 %, un risque alpha de 5 % et une déviation standard de 2,2.

ANALYSE STATISTIQUE

Les comparaisons entre les groupes placebo et morphine aux temps T1 (niveau basal), T2 et T3 ont été réalisées avec une mesure répétée d'analyse de variance. Le facteur intra-sujet a été le score de douleur à T1, T2 et T3 ; le facteur inter-sujet a été le groupe de traitement, placebo *versus* morphine.

RÉSULTATS

Entre février et décembre 2001, 42 nouveau-nés furent inclus dans la présente étude (voir diagramme de la fig. 1). Il n'y a pas eu de différence dans les caractéristiques périnatales entre les groupes placebo et morphine (tableau 1). Le tableau 2 montre les scores de douleur moyens induits par les ponctions au talon dans les groupes morphine et placebo aux temps T1, T2 et T3. Le tableau 3 montre les résultats des mesures répétées d'analyse de variance pour les comparaisons intra- et inter-groupe en utilisant les scores DAN. Le facteur intra-groupe (douleur aux temps T1, T2 et T3) ne fut pas significativement différent au fil du temps ($p = 0,651$), indiquant ainsi que les changements au niveau des scores de douleur sur les trois temps furent les mêmes chez les nouveau-nés des groupes placebo et morphine.

Le tableau 4 montre les mesures répétées d'analyse de variance pour les comparaisons intra- et inter-groupe utilisant les scores PIPP. Le facteur intra-groupe (douleur à T1, T2 et T3) fut statistiquement différent au fil du temps ($p = 0,044$) ; mais l'interaction entre douleur aux trois temps et les groupes de traitement ne fut pas statistiquement significative ($p = 0,860$) indiquant, comme pour l'échelle DAN, que les changements dans les scores de douleur sur les trois temps furent les mêmes pour les groupes placebo et morphine. La concentration moyenne (DS) de morphine mesurée au temps T3 fut de 63,36 (33,35) et 0,44 (1,79) pour les groupes morphine et placebo, respectivement. Il n'y a pas eu de corrélation entre les concentrations sanguines de morphine et les scores de douleur : DAN ($R = -0,05$, $p = 0,16$) ou PIPP ($R = -0,02$, $p = 0,58$).

DISCUSSION

Dans cette étude, l'administration de morphine intraveineuse comportant une dose de charge suivie d'une perfusion continue n'a pas montré une efficacité adéquate pour soulager la douleur des ponctions au talon des nouveau-nés prématurés. Ce résultat interpelle car la morphine est largement utilisée dans le but de donner une analgésie continue lors des soins de routine et des gestes pratiqués chez des nouveau-nés prématurés ventilés (1, 2, 11-15, 17, 18). Chez les enfants gravement malades, il est bien établi que la morphine réduit les réponses comportementales et hormonales de stress induites par la chirurgie chez les nouveau-nés à terme (19-21), et améliore l'adaptation au respirateur (22) et la sédation des nouveau-nés prématurés ventilés (23) ; mais les effets analgésiques de la morphine sur la douleur aiguë ponctuelle créée par les gestes reste encore incertaine. Bien que des données initiales étaient en faveur d'une efficacité analgésique de la morphine lors des gestes douloureux chez le prématuré (17, 18), des études récentes semblent réfuter l'efficacité de la morphine dans ce contexte. Dans une étude d'observation conduite chez des nouveau-nés prématurés, l'administration d'une première dose postopératoire de morphine n'a pas entraîné des modifications des taux plasmatiques de norépinéphrine ni des index de tonus vagal ou des réflexes de retrait en flexion (24). Plus récemment, une étude randomisée contre placebo n'a pas montré d'effet analgésique de la morphine en perfusion continue lors des aspirations trachéales (15).

L'inefficacité relative de la morphine en période néonatale a aussi été trouvée chez l'animal (25-27). Chez les rats nouveau-nés, l'efficacité de la morphine augmente 40 fois entre le 3^e (P3) et le 14^e (P14) jour de vie (28).

Les explications possibles pour une inefficacité de la morphine lors des gestes chez le nouveau-né prématuré sont l'immaturité des récepteurs, un métabolisme incomplet de la morphine au niveau hépatique et un découplage des récepteurs induit par la douleur aiguë.

Basés sur nos résultats, nous concluons que la morphine ne procure pas une analgésie adéquate chez des nouveau-nés prématurés ventilés pour la douleur induite par les gestes tels que les ponctions au talon. **Il faut souligner que ces conclusions ne s'appliquent pas à la douleur continue et elles ne doivent pas conduire à la réduction du traitement analgésique**

des enfants prématurés ventilés et douloureux chez qui la douleur constitue un facteur de risque pour une instabilité physiologique et pour des effets négatifs à long terme. En fait, l'administration de morphine en continu aux nouveau-nés n'élimine pas la nécessité d'utiliser d'autres moyens analgésiques (par exemple les solutions sucrées) qui sont efficaces pour la douleur des gestes.

Fig. 1 - Profil des inclusions.

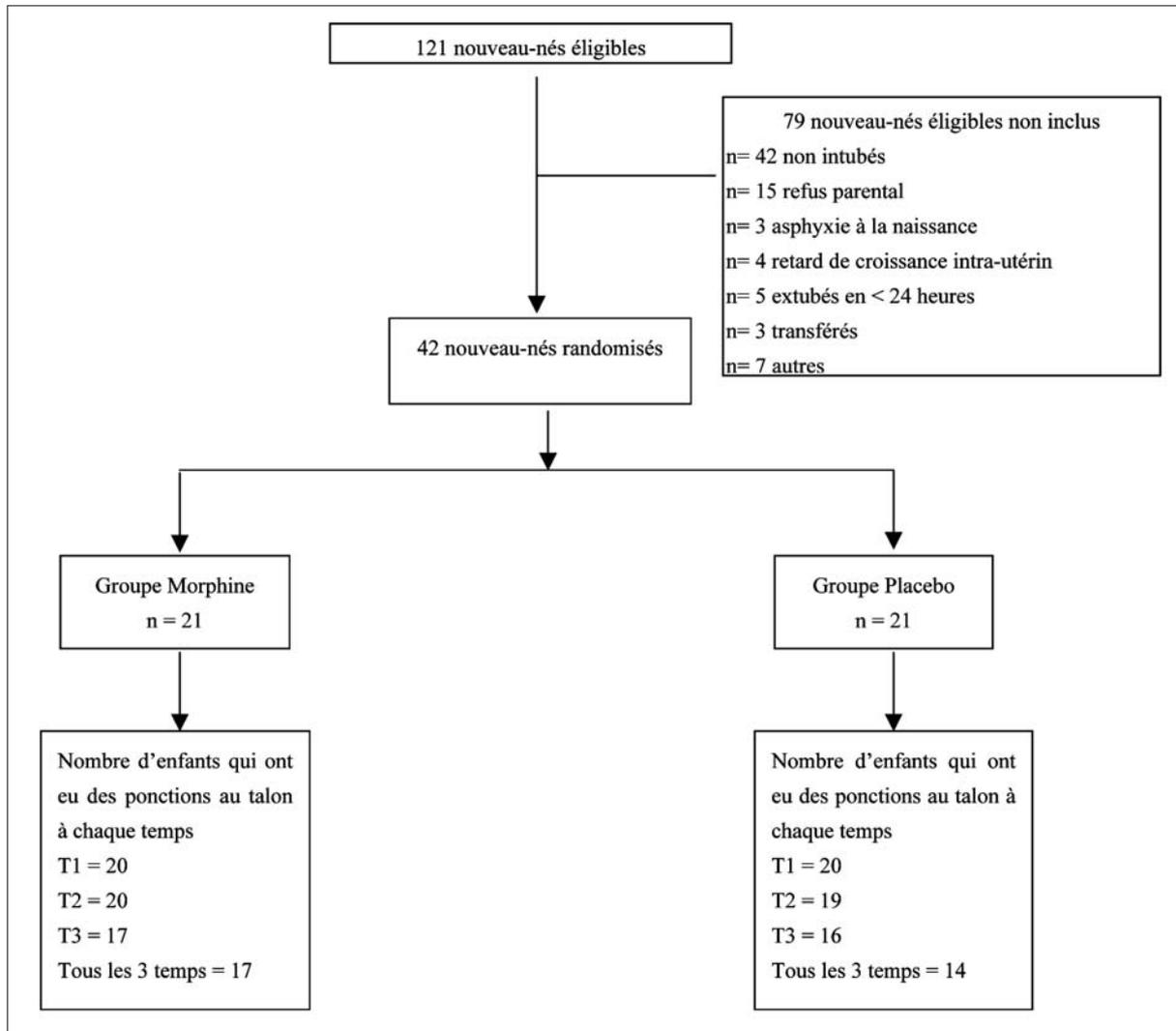


Tableau 1 - Caractéristiques périnatales des 42 nouveau-nés prématurés inclus.

	Placebo (n = 21)	Morphine (n = 21)	p
Age gestationnel ¹ (SA)	27,2 (1,7)	27,3 (1,8)	0,862
23-26 SA	7	7	> 0,999
27-29 SA	12	12	> 0,999
30-32 SA	2	2	> 0,999
Poids de naissance ¹ (g)	972 (270)	947 (269)	0,768
Garçons/filles	13/8	13/8	> 0,999
Voie basse/Césarienne	5/16	5/16	> 0,999
Apgar ²			
1 min	5 (3-7)	6 (2-7)	0,296
5 min	8 (7-10)	8 (7-10)	0,730
Score d'éveil ²			
T1	1,24 (0,44)	1,68 (1,29)	0,168
T2	1,33 (0,97)	1,72 (1,53)	0,368
T3	1,15 (0,38)	1,33 (1,15)	0,616
Né dans le même hôpital	21	21	> 0,999
Corticoïdes en anténatal	21	21	> 0,999
Score CRIB2	4 (1-5)	4 (1-6)	0,797

1 - Moyenne et déviation standard.

2 - Médiane et intervalle interquartile.

Tableau 2 - Moyennes (DS) de scores de douleur induite par les ponctions au talon pratiquées avant (T1), 2 à 3 heures après (T2) et 20 à 28 heures après (T3) une dose de charge de morphine suivie d'une perfusion continue chez des nouveau-nés prématurés. L'échelle DAN va de 0 à 10 et l'échelle PIPP de 1 à 21. Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

		Placebo Moyenne (DS)	Morphine Moyenne (DS)
Echelle DAN	T1	4,8 (4,0)	4,5 (3,8)
	T2	4,6 (2,9)	4,4 (3,7)
	T3	4,7 (3,6)	3,1 (3,4)
Score PIPP	T1	11,5 (4,8)	10,0 (3,6)
	T2	11,1 (3,7)	8,8 (4,9)
	T3	9,1 (4,0)	7,8 (3,6)

Tableau 3 - Résultats des mesures répétées de l'analyse de variance pour les facteurs intra- et inter-groupes comparant les scores DAN durant les ponctions au talon pratiqués avant (T1), 2 à 3 heures après (T2) et 20 à 28 heures après (T3) une dose de charge de morphine suivie d'une perfusion continue chez des nouveau-nés prématurés.

Intra-Groupe

Source	Somme des carrés	Degrés de liberté	F	p
Temps (T1, T2, T3)	9,36	2	0,432	0,651
Interaction Temps* Groupe de Traitement	8,97	2	0,414	0,663
Erreur (Temps)	628,41	58		

Inter-Groupe

Source	Somme des carrés	Degrés de liberté	F	p
Groupe de traitement	3,92	1	0,701	0,409
Erreur	161,97	29		

Tableau 4 - Résultats des mesures répétées de l'analyse de variance pour les facteurs intra- et inter-groupes comparant les scores PIPP durant les ponctions au talon pratiqués avant (T1), 2 à 3 heures après (T2) et 20 à 28 heures après (T3) une dose de charge de morphine suivie d'une perfusion continue chez des nouveau-nés prématurés.

Intra-Groupe

Source	Somme des carrés	Degrés de liberté	F	p
Temps (T1, T2, T3)	81,14	2	3,29	0,044
Interaction Temps* Groupe de Traitement	3,72	2	0,151	0,860
Erreur (Temps)	715,50	58		

Inter-Groupe

Source	Somme des carrés	Degrés de liberté	F	p
Groupe de traitement	21,90	1	2,49	0,125
Erreur	255,19	29		

RÉFÉRENCES

1. Johnston C.C., Collinge J.M., Henderson S.J., Anand K.J. A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units. *Clin J Pain* 1997; 13(4): 308-12.
2. Simons S.H., van Dijk M., Anand K.S., Roofthoof D., van Lingen R.A., Tibboel D. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157(11): 1058-64.
3. Giannakoulopoulos X., Teixeira J., Fisk N., Glover V. Human fetal and maternal noradrenaline responses to invasive procedures. *Pediatr Res* 1999; 45(4 Pt 1): 494-9.
4. Anand K.J., Carr D.B. The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. *Pediatr Clin North Am* 1989; 36(4): 795-822.
5. Andrews K., Fitzgerald M. The cutaneous withdrawal reflex in human neonates: sensitization, receptive fields, and the effects of contralateral stimulation. *Pain* 1994; 56(1): 95-101.
6. Porter F.L., Wolf C.M., Miller J.P. Procedural pain in newborn infants: the influence of intensity and development. *Pediatrics* 1999; 104(1): e13.
7. Taddio A., Shah V., Gilbert-MacLeod C., Katz J. Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. *JAMA* 2002; 288(7): 857-61.
8. Anand K.J., Scalzo F.M. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biol Neonate* 2000; 77(2): 69-82.
9. Johnston C.C., Stevens B.J. Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics* 1996; 98(5): 925-30.
10. Taddio A., Katz J., Ilersich A.L., Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 1997; 349(9052): 599-603.
11. Anand K.J. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(2): 173-80.
12. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Committee on Drugs. Section on Anesthesiology. Section on Surgery. Canadian Paediatric Society. Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics* 2000; 105(2): 454-61.
13. Moustogiannis A.N., Raju T.N., Rooney T., McCulloch K.M. Intravenous morphine attenuates pain induced changes in skin blood flow in newborn infants. *Neurol Res* 1996; 18(5): 440-4.
14. Anand K.J.S., Hall R.W., Desai N.S., Shephard B., Bergqvist L.L., Young T.E. *et al.* Effects of pre-emptive morphine analgesia in ventilated preterm neonates: Primary outcomes from the NEOPAIN Trial. *Lancet* 2004; 363: 1673-1682.
15. Simons S.H., van Dijk M., van Lingen R.A., Roofthoof D., Duivenvoorden H.J., Jongeneel N. *et al.* Routine morphine infusion in preterm newborns who received ventilatory support: a randomized controlled trial. *Jama* 2003; 290(18): 2419-27.
16. MacGregor R., Evans D., Sugden D., Gaussen T., Levene M. Outcome at 5-6 years of prematurely born children who received morphine as neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1998; 79(1): F40-3.
17. Anand K.J., Barton B.A., McIntosh N., Lagercrantz H., Pelausa E., Young T.E. *et al.* Analgesia and sedation in preterm neonates who require ventilatory support: results from the NOPAIN trial. Neonatal Outcome and Prolonged Analgesia in Neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(4): 331-8.

18. Scott C.S., Riggs K.W., Ling E.W., Fitzgerald C.E., Hill M.L., Grunau R.V. *et al.* Morphine pharmacokinetics and pain assessment in premature newborns. *J Pediatr* 1999; 135(4): 423-9.
19. Farrington E.A., McGuinness G.A., Johnson G.F., Erenberg A., Leff R.D. Continuous intravenous morphine infusion in postoperative newborn infants. *Am J Perinatol* 1993; 10(1): 84-7.
20. Bouwmeester N.J., Hop W.C., van Dijk M., Anand K.J., van den Anker J.N., Tibboel D. Postoperative pain in the neonate: age-related differences in morphine requirements and metabolism. *Intensive Care Med* 2003; 29(11): 2009-15.
21. Bouwmeester N.J., Anand K.J., van Dijk M., Hop W.C., Boomsma F., Tibboel D. Hormonal and metabolic stress responses after major surgery in children aged 0-3 years: a double-blind, randomized trial comparing the effects of continuous versus intermittent morphine. *Br J Anaesth* 2001; 87(3): 390-9.
22. Dyke M.P., Kohan R., Evans S. Morphine increases synchronous ventilation in preterm infants. *J Paediatr Child Health* 1995; 31(3): 176-9.
23. Wood C.M., Rushforth J.A., Hartley R., Dean H., Wild J., Levene M.I. Randomised double blind trial of morphine versus diamorphine for sedation of preterm neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1998; 79(1): F34-9.
24. Franck L.S., Boyce W.T., Gregory G.A., Jemerin J., Levine J., Miaskowski C. Plasma norepinephrine levels, vagal tone index, and flexor reflex threshold in premature neonates receiving intravenous morphine during the postoperative period: a pilot study. *Clinical Journal of Pain* 2000; 16(2): 95-104.
25. Marsh D., Dickenson A., Hatch D., Fitzgerald M. Epidural opioid analgesia in infant rats I: mechanical and heat responses. *Pain* 1999; 82(1): 23-32.
26. Abbott F.V., Guy E.R. Effects of morphine, pentobarbital and amphetamine on formalin-induced behaviours in infant rats: sedation versus specific suppression of pain. *Pain* 1995; 62(3): 303-12.
27. McLaughlin C.R., Lichtman A.H., Fanselow M.S., Cramer C.P. Tonic nociception in neonatal rats. *Pharmacol Biochem Behav* 1990; 36(4): 859-62.
28. Giordano J., Barr G.A. Morphine- and ketocyclazocine-induced analgesia in the developing rat: differences due to type of noxious stimulus and body topography. *Brain Res* 1987; 429(2): 247-53.

IMPACT D'UNE MÉTHODE ASSOCIANT TÉTINE – POSITION LATÉRALE – HUMIDIFICATION SUR LA RÉPONSE AU STRESS ET À LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ AU COURS DU CHANGEMENT DE MOUSTACHE DE SONDE GASTRIQUE

B. Marchand, N. Renault, N. Thomas, A. Buil, P. D'Athis, C. Danan, G. Dassieu
Réanimation néonatale, Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Dans notre unité, le changement de moustache de sonde gastrique est un soin fréquent, nécessaire mais douloureux. Cette fréquence de réalisation a justifié que l'on s'interroge sur l'adéquation entre ce soin prodigué, nécessaire à l'enfant, et sa capacité à le vivre avec le moins de stress et de douleur possible.

Dans cette perspective, les soins de développement nous ont ouvert un champ de réflexion intéressant.

En réanimation néonatale, bien au-delà des soins techniques et pour éviter que nos tout petits ne se sentent abandonnés dans un monde trop grand de sensations désagréables, nous devons de leur rappeler le plus possible cette intimité profonde, cette intimité du ventre qui respecte leur sens et qui favorise ainsi l'éclosion, le développement et l'épanouissement de leurs capacités. Respecter ses sens, c'est entre autres respecter son sens tactile. Ainsi la peau ne doit pas être simplement agressée mais devenir aussi une surface de contacts, d'échanges, de stimulations positives qui permettront à l'enfant un développement harmonieux de son corps et de son comportement. Quant à la bouche, qui est une des zones les plus sensibles de la peau, elle ne doit pas être seulement un lieu de passage des sondes, un lieu de soins, mais plutôt devenir un lieu où l'on guette et favorise le suçotement, un lieu de plaisir et de sécurisation, un lieu aussi de maturation et d'apprentissage.

C'est à partir de ce constat que l'équipe de réanimation néonatale a choisi de travailler sur un soin récurrent et douloureux qui est le changement de moustache effectué auparavant sans précaution particulière.

OBJECTIF

L'objectif de cette étude a été de montrer qu'une méthode associant tétine, position latérale et humidification pouvait permettre de diminuer le stress et la douleur au cours d'un changement de moustache de sonde gastrique.

MATÉRIEL

Il s'agit d'une méthode prospective, randomisée et unicentrique, sur une période de trois mois (de mai à juillet 2004) dans le service de réanimation néonatale du Centre hospitalier intercommunal de Créteil.

Cette étude a eu pour but de comparer deux procédures de soins utilisables lors du changement de moustache de sonde gastrique chez le prématuré de 27 à 31 semaines, entre J3 et J5, quel que soit son mode ventilatoire.

Toute pathologie neurologique, tout traitement sédatif ou toute intervention qualifiée de préventive contre la douleur ou l'agitation (participation des parents ou d'un tiers pendant le soin, canadou...) excluait l'enfant de l'étude.

Pour chaque procédure de soin, l'observation a été filmée et visualisée par quatre membres de l'étude.

Cette observation comportait 3 séquences :

- avant le soin, qui est la donnée de base. L'enfant est dans son incubateur, au repos ou éveillé, l'infirmière lui prend simplement la température ;
- pendant le soin ;
- après le soin pendant 30 secondes.

Pour chaque séquence, un score de douleur et de stress a été établi.

Parallèlement à cette observation, un enregistrement des constantes physiologiques a été effectué pendant toute la durée du soin.

PROCÉDURE

Les deux procédures utilisées sont :

LA MÉTHODE TLH

Cette méthode utilise deux techniques de soutien comportemental préconisées dans les soins de développement, à savoir la tétine dont les effets analgésiques et réconfortants ont été reconnus dans différents articles, et la position latérale avec soutien tête-dos-fesses qui permet de préserver la position naturelle du bébé en flexion et qui favorise ainsi la stabilisation motrice et le rassemblement corporel.

A ces deux techniques, nous avons ajouté l'humidification préalable du sparadrap, qui nous paraissait nécessaire pour un décollement plus aisé.

LA MÉTHODE STANDARD

Cette méthode fait suite à des observations menées, au préalable, au sein de notre unité. Elle est donc le reflet de nos pratiques. Le soin est réalisé sur un enfant installé en position dorsale, sans tétine et sans humidification préalable du sparadrap.

Les deux procédures sont réalisées dans les mêmes conditions environnementales (sonores et lumineuses).

CRITÈRES À ANALYSER

A chaque temps de l'observation, l'évaluation de la douleur s'est faite avec la grille DAN (échelle de douleur aiguë du nouveau-né, Docteur Carbajal, 1997) qui propose trois items comportementaux (motricité faciale, mouvements du corps, expression vocale de la douleur) avec 4 ou 5 possibilités de réponses, l'évaluation du stress, quant à elle, s'est faite grâce à l'APIB qui est une échelle non standardisée tirée des travaux du Docteur Als et qui nous a permis de coter 18 signes de stress en trois catégories : physiologiques, moteur, attention et interaction.

POPULATION

L'étude a donc inclus 23 prématurés se répartissant en 11 bébés THL (dont 1 exclu pour absence de score) et 12 standards. Les deux groupes sont comparables pour le sexe et le terme, par contre les bébés THL sont de plus petits poids de naissance. Les conditions d'évaluation sont standards pour les deux groupes évalués.

RÉSULTATS

Avant le soin, les scores ne sont pas significativement différents.

Pendant le soin, le score de douleur est plus bas dans la méthode TLH que dans la méthode standard ($1,5 \pm 2,3$ vs $6,8 \pm 2,4$; $p < 0,002$). Il en va de même pour le stress ($2,2 \pm 1,5$ vs $6,3 \pm 1,3$; $p < 0,002$).

Après les soins, le score de douleur, dans la méthode TLH, reste plus bas que dans la méthode standard ($0,0 \pm 0,0$ vs $2,5 \pm 2,1$; $p < 0,001$) de même pour le stress ($0,3 \pm 0,5$ vs $3,4 \pm 1,6$; $p < 0,001$).

Pour la méthode standard, le changement de moustache apparaît comme douloureux et un certain nombre de signes de stress sont présents. La méthode TLH semble permettre une diminution des signes de stress et de douleur et permet un retour plus rapide de l'enfant vers un état d'équilibre.

	TLH (n = 11)	Standard (n = 12)	Test médiane
Score de douleur (DS)			
Avant soin	0,888 (1,69)	1,80 (3,04)	ns
Pendant	1,50 (2,27)	6,83 (2,36)	p = 0,002
Après	0,00 (0,00)	2,50 (2,11)	p = 3.10 ⁻⁵
Score de stress (DS)			
Avant soin	2,22 (1,85)	3,30 (2,58)	ns
Pendant	2,20 (1,47)	6,25 (1,28)	p = 0,002
Après	0,30 (0,483)	3,41 (1,62)	p = 10 ⁻⁴

CONCLUSION

La portée de ces conclusions reste toutefois limitée, du fait du faible échantillonnage.

Néanmoins les résultats mis en évidence sont particulièrement significatifs : 1,50 *versus* 6,83 pour le score de douleur (échelle DAN) pendant le soin. Ce travail nous encourage à poursuivre ce type de prise en charge pour l'ensemble des soins réalisés auprès des enfants de notre unité de soins. Ce type d'étude peut permettre de convaincre les soignants de modifier leurs habitudes de soins.

Car au-delà des résultats, pour nous déjà très prometteurs, cette démarche d'observation nous a permis de prendre le temps de regarder ce que nos tout petits avaient à nous dire et ainsi remettre en question nos procédures devenues des procédures de routine.

Quelle satisfaction de constater qu'avec de petites stratégies, utilisables par tous et qui ne demandent pas plus de temps, nous pouvions considérablement améliorer la qualité de vie de nos tout petits.

Le changement de comportement face à ce soin n'a pas été à ce jour évalué mais l'enveloppement en position latérale et la tétine, au cours d'un soin douloureux, semble de plus en plus faire partie de nos pratiques et de notre quotidien.

POUR EN SAVOIR PLUS

Charpak N., de Calume Z., Hamel A. *La Méthode Kangourou*. ESF, Paris, 1996.

Cukier Hemeury F. Importance de l'adaptation des prématurés pour leur évolution. *Progrès en néonatalogie* 1987 ; 7, 250-257.

Debillon T., Bureau V., Savagner C., Zupan-Simunek V., Carbajal R. Pain management in French neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2002 ; 91 : 822-826.

Druon C. *A l'écoute du bébé prématuré*. Aubier, Paris, 1996.

Kleberg A., Westrup B. *et al.* Indications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely who received care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Hum Dev* 2002 ; 68 (2) : 83-91.

Robison L.D. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003 ; 32 (3) : 379-86.

Sizun J., Ratynski N. *et al.* Evaluation of the medical impact of developmental care. *Arch Paediatr* 2002 ; 9 Suppl 2 : 109s-111s.

Sizun J., Westrup B. Early developmental care for preterm neonates : a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004 ; 89 (5) : F384-8.

AMÉLIORATION DE L'UTILISATION DES POMPES PCA MORPHINE CHEZ L'ENFANT PAR L'INTERMÉDIAIRE DES CLIPS VIDÉO

Ricardo Carbajal, Pascale Thibault

Centre National de lutte contre la Douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

Chantal Kahn

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier Poissy Saint-Germain

Patricia Martret

Unité Douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

INTRODUCTION

Les pompes de PCA constituent une grande avancée dans l'amélioration du traitement de la douleur. Chez l'enfant, elles sont utilisées fréquemment depuis plusieurs années dans les salles de postopératoire et dans les services d'hématologie et d'oncologie pédiatrique. En revanche, leur utilisation dans les services de pédiatrie générale est beaucoup plus modeste. Pourtant beaucoup de ces services en France ont reçu des pompes PCA qui souvent restent dans des placards. Ceci est dû en grande partie au manque de formation du personnel médical et paramédical au maniement de l'analgésie par PCA en pédiatrie générale, aux difficultés techniques pour la maîtrise par tout le personnel de ces pompes, au manque d'un référent local pouvant motiver et former le reste de l'équipe à l'utilisation de la PCA, au manque de protocoles clairs sur les indications et l'utilisation de ces pompes dans le cadre de la pédiatrie générale. Or, nous considérons qu'il y a une place importante pour ce mode d'administration de la morphine dans un service de pédiatrie générale.

OBJECTIF

L'objectif du présent projet a été de réaliser une série de clips multimédias de formation et d'utilisation pratique de la PCA morphine chez l'enfant. Nous avons choisi trois types de pompes pour montrer en détail leur utilisation. Les clips vidéo préparés sont destinés au personnel soignant qui devrait pouvoir s'en servir à tout moment car les clips devraient être accessibles sur les ordinateurs du service, sur ces CD-Rom, sur un réseau Internet et probablement sur des organisateurs de poche (Palm, Pocket PC). Le but de ce travail est de contribuer à une meilleure utilisation de la PCA morphine. Bien que les clips soient en principe destinés aux services de pédiatrie générale, ils pourront très certainement aussi être utilisés par tout service utilisant des pompes de PCA (service de chirurgie ou d'une spécialité médicale).

CLIPS DISPONIBLES

Les clips qui ont été réalisés concernent les pompes PCA suivantes :

- Gemstar de Abbott ;
- Graseby 3300 ;
- Graseby 9300.

Pour ces pompes, des séquences sur les principales fonctions ont été préparées. L'accès direct à la section souhaitée permet l'obtention immédiate d'une réponse aux questions que le soignant se pose.

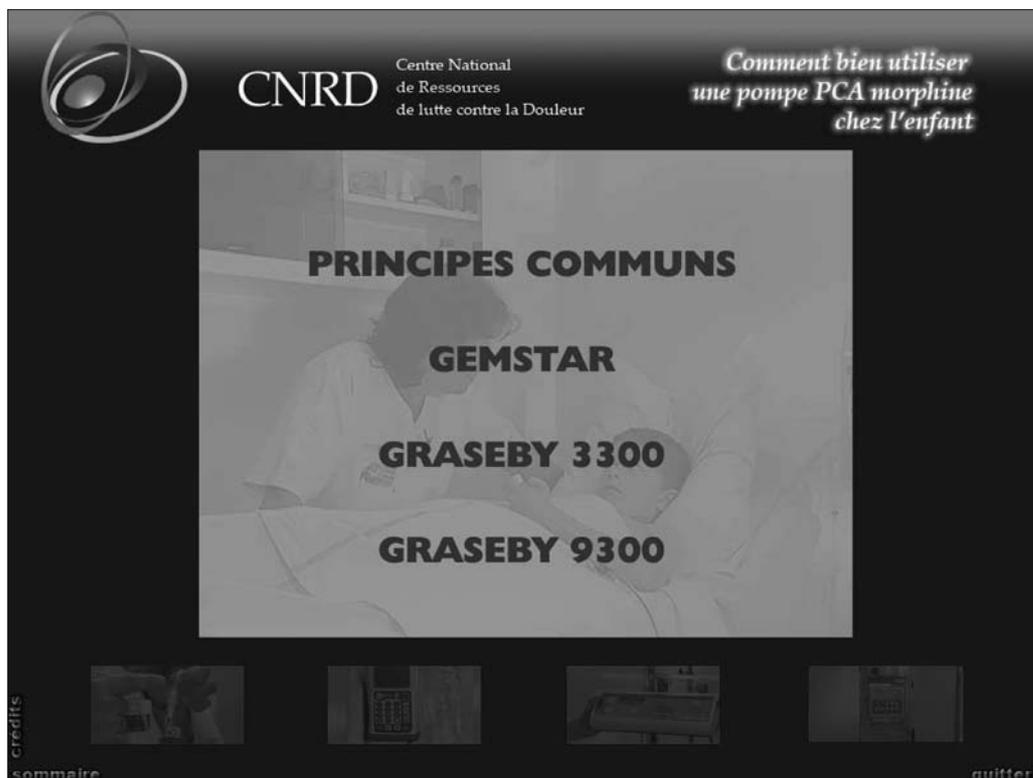
La présentation des clips est précédée d'une section commune qui présente les principes de l'utilisation de la PCA.

Un clip séparé a été préparé pour expliquer à l'enfant le fonctionnement de la PCA et comment faire pour mieux l'utiliser.

Des versions bas débit et haut débit seront disponibles sur le site du CNRD. Une version bas débit est déjà disponible depuis février 2005 sur www.cnr.fr.

Des copies d'écran sont présentées ci-dessous.

Ecran du sommaire



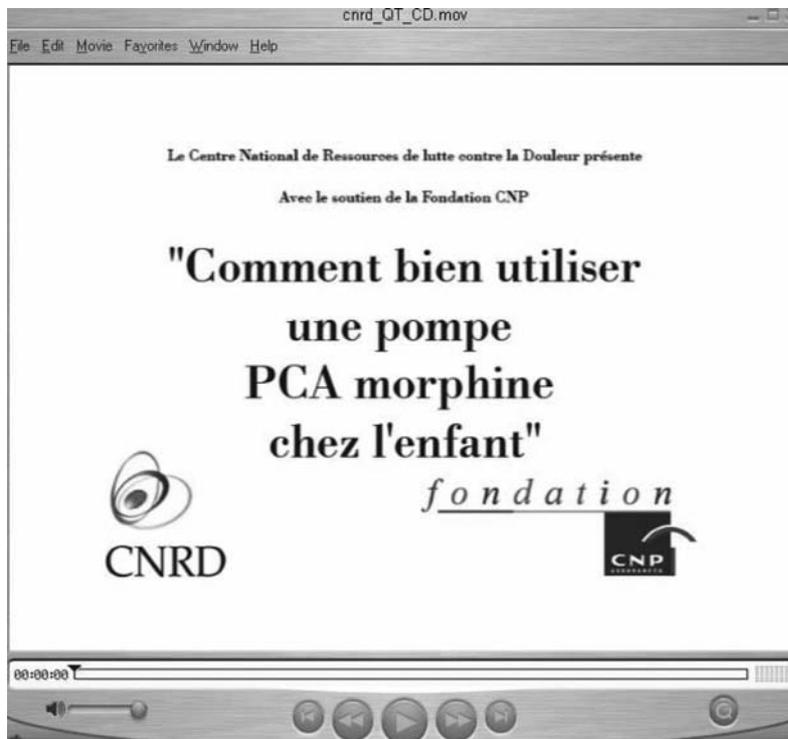
Principes communs : principes de la PCA

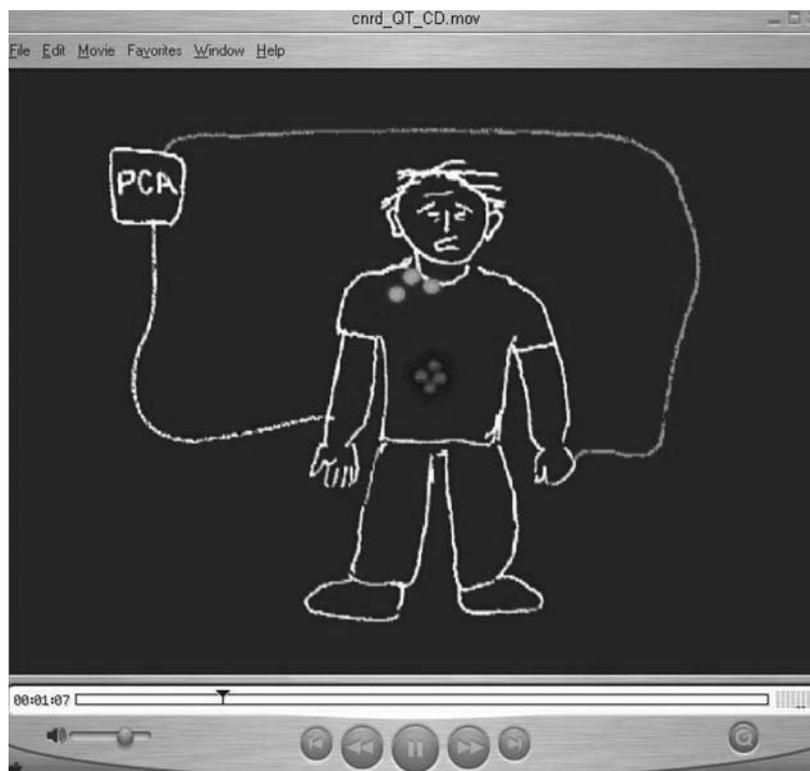
The slide features the CNRD logo (Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur) and the title 'Comment bien utiliser une pompe PCA morphine chez l'enfant'. A table of contents on the left lists sections: Principes de la PCA, Titration initiale, Dilution de la morphine, Réglages de la PCA, Administration du bolus médecin, Surveillance du patient, Traitement du surdosage, Valeur anti-reflux, Verrouillage/déverrouillage, Historique, and Conclusion. The main content area includes the text 'Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur présente Avec le soutien de la Fondation CNP' and the title 'Principes communs : Principes de la PCA'. Logos for CNRD and Fondation CNP are at the bottom.

Principales sections du fonctionnement d'une pompe PCA

The slide features the CNRD logo and the title 'Comment bien utiliser une pompe PCA morphine chez l'enfant'. A table of contents on the left lists sections: Présentation de la pompe, Purge de la Tubulure, Installation de la cassette, Programmation de la pompe, Verrouillage / déverrouillage, Modification de la prescription, Historique, Réglages de l'alarme, Bolus médecin, and Réglages de l'horloge. The main content area shows a woman in a white lab coat holding a PCA pump connected to an IV stand. Below the image, the text reads 'Chantal KHAN Cadre de Santé Service de pédiatrie Centre Hospitalier Poissy / Saint Germain en Laye'.

Clips destinés aux enfants





CE PROJET A ETE REALISE GRACE AU SOUTIEN DE LA FONDATION CNP

L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR HEDEN COMME SIMPLIFICATION DE L'ÉCHELLE DEGR

Perrine Marec-Bérard, Sophie Canicio, Christophe Bergeron
Unité d'oncologie pédiatrique, Centre Léon Bérard, Lyon

Frédéric Gomez - Unité de biostatistique, Centre Léon Bérard, Lyon

Sylvie Combet - Département d'anesthésie pédiatrique,
Hôpital Debrousse, Hospices civils de Lyon

Christiane Foussat - Département d'anesthésie pédiatrique,
Hôpital Edouard Herriot, Hospices civils de Lyon

Pascale Thibault - CNRD, Hôpital Armand Trousseau, Paris

Philippe Le Moine - Service de pédiatrie, CHU Morvan, Brest

INTRODUCTION

La douleur est un concept subjectif qui n'est pas accessible à une mesure physique directe. La quantification de la sévérité d'une douleur repose sur différents outils qui sont fondés soit sur une approche psychométrique, soit sur une approche comportementale, soit encore, de façon plus discutable, sur le recueil de paramètres physiologiques ou la consommation d'antalgiques. D'un point de vue conceptuel, on considère généralement que ces outils sont complémentaires, dans la mesure où ils permettent d'appréhender, à des degrés divers, la qualité et l'intensité de l'expérience douloureuse sous ses différents aspects : sensoriel, affectif et cognitif. L'évaluation de la douleur chez l'enfant nécessite un outil dont le résultat soit reproductible et fiable. Lorsqu'il a plus de 6 ans et qu'il ne présente pas de troubles de communication, les échelles visuelles analogiques permettent une évaluation fiable par l'enfant lui-même (1).

Chez l'enfant de moins de 6 ans, l'auto-évaluation n'est pas toujours réalisable et il faut faire appel à une hétéro-évaluation. Le score d'Amiel-Tison permet d'évaluer la douleur postopératoire entre 0 et 7 mois (2), l'échelle de Cheops la douleur en salle de réveil chez l'enfant pré-scolaire (3). D'autres échelles sont validées en néonatalogie telles que le « facial coding system » (4) ou chez les polyhandicapés.

L'échelle DEGR a été validée par le Dr Gauvain-Piquard pour la douleur prolongée de l'enfant de moins de 6 ans atteint de cancer. Initialement constituée de 17 items (5), cette échelle a été simplifiée à 15 items (6) puis à 10 items ciblant des « signes directs de douleurs » (SDD) répertoriés à 5 items, des « signes d'atonie psychomotrice » (ATM) en 3 items et des « signes d'expression volontaire de douleur » (EVD) en 2 items. Chaque item est coté de 0 à 4 donnant un score global sur 40. Si l'échelle DEGR est fiable et validée, son concepteur reconnaît qu'elle est difficile d'emploi en pratique quotidienne : « La cotation, qui prend 5 à 10 min, s'effectue au terme d'une observation de 4 heures, en général en fin de matinée. » (6). Cette contrainte implique que les soignants rencontrent quelques difficultés à utiliser cet outil de façon

systématique au lit du malade. C'est pour cette raison que nous avons imaginé construire et valider un outil plus facile d'utilisation et moins consommateur de temps. Nous rapportons ici l'étude prospective de faisabilité et de validation de l'échelle simplifiée d'hétéro-évaluation de la douleur de l'enfant HEDEN (Hétéro-Evaluation, Douleur ENfant).

MÉTHODOLOGIE

L'échelle HEDEN est une échelle simple de cotation de la douleur (5 items cotés de 0 à 2 avec un score global de 0 à 10) élaborée par consensus d'experts à partir de l'échelle DEGR en respectant la pertinence des domaines sémiologiques avec :

- 2 items traduisant les signes directs de douleurs (position antalgique et contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise) ;
- 2 items traduisant les signes d'atonie psychomotrice (intérêt pour le monde extérieur et lenteur et rareté des mouvements) ;
- et 1 item traduisant l'expression volontaire de la douleur (plaintes somatiques).

Les trois domaines sémiologiques ont été intentionnellement mélangés dans la grille. Une cotation en 3 niveaux au lieu de 5 a été choisie permettant ainsi de garder les niveaux extrêmes et le niveau médian (annexe).

La démarche de validation de l'échelle HEDEN comporte une première étude de faisabilité, suivie d'une étude de validité afin de montrer la conformité des résultats avec ceux d'un autre instrument déjà validé dans ce domaine (échelle DEGR) grâce à des mesures de corrélation (coefficient de corrélation de Spearman). Les plans d'expériences des deux études sont similaires. Une analyse en composantes principales (ACP) sur les items DEGR permettra d'étudier les corrélations entre les différents items afin d'aboutir à des groupements d'items exprimant une dimension particulière de la douleur. Elle précisera le bon positionnement des items avec les domaines SDD, APM, et EVD, pour prouver la bonne maîtrise de l'échelle DEGR par l'évaluateur. Une étude de concordance inter-observateur permettra de s'assurer que les scores obtenus avec l'échelle HEDEN sont peu « soignant-dépendants », c'est-à-dire comparables quel que soit l'observateur. Ceci s'apprécie par le calcul du coefficient de corrélation intra-classe (CCI) considéré satisfaisant lorsqu'il est supérieur à 0,6. Enfin une étude de la cohérence interne permettra d'estimer l'homogénéité des items de l'échelle, c'est-à-dire l'existence d'une cohérence entre chaque item au sein d'une même échelle. Elle est déterminée par le coefficient alpha de Crombach. Celui-ci varie de 0 à 1 et est d'autant plus grand que les items sont corrélés entre eux. La cohérence interne est considérée comme significative quand le coefficient est supérieur à 0,6.

Dans ces deux études prospectives multicentriques (4 centres pour l'étude de faisabilité et 5 pour l'étude de validation), des enfants âgés de 2 à 6 ans présentant un état douloureux dans des services spécialisés de pédiatrie lyonnais (en oncologie pédiatrique, pédiatrie générale, chirurgie pédiatrique, hématologie pédiatrique) ont bénéficié de trois

hétéro-évaluations simultanées, une avec l'échelle DEGR par une infirmière de recherche clinique dédiée (obtention d'un financement grâce à un programme hospitalier de recherche clinique en 1998) et deux avec l'échelle HEDEN par deux infirmières différentes du service. L'âge, le sexe, la localisation douloureuse, la durée de l'évaluation étaient relevés.

RÉSULTATS

Cinquante-neuf enfants (représentant 63 observations) ont été évalués dans l'étude de faisabilité et 48 enfants (représentant 53 observations) l'ont été dans l'étude de validité. Nous avons gardé pour l'analyse les doubles observations chez le même enfant parce qu'il existait plus d'un mois entre les événements douloureux et que ces deniers étaient de nature et d'étiologie différentes.

Dans l'étude de faisabilité, l'analyse en composantes principales (ACP) de l'évaluation par DEGR confirme les 3 domaines de représentation des phénomènes douloureux. Les items de l'échelle DEGR sont tous classés dans leurs domaines respectifs sauf l'item « position antalgique au repos » qui se positionne à parts égales dans les SDD et dans l'APM. Ceci permet de dire que l'évaluation par l'échelle DEGR par notre évaluateur a été bien faite.

La corrélation entre l'échelle HEDEN et DEGR ($r = 0,5$) est admissible. L'étude de la validité de concordance de l'échelle HEDEN montre que seul l'item « contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise » a une faible corrélation avec la somme des autres items HEDEN ($r = 0,172$). Les autres coefficients se situent entre 0,36 et 0,52. La fiabilité de l'échelle HEDEN est bonne (coefficient alpha de Crombach = 0,61) ainsi que la concordance inter-observateur ($r = 0,62$) mesurée sur les 34 observations qui ont bénéficié d'une deuxième évaluation par HEDEN.

Dans l'étude de validation, l'analyse en composantes principales des items de la DEGR confirme les 3 domaines de représentation des phénomènes douloureux que sont les SDD, l'ATM et l'EVD. Dans cet échantillon, tous les items sont classés dans leurs domaines respectifs, en particulier l'item « position antalgique au repos » qui était plutôt classé comme signe d'ATM dans l'étude de faisabilité et qui se situe plus volontiers comme SDD dans cette nouvelle étude.

Les scores des 5 items HEDEN ont été corrélés avec les trois sous-scores de l'échelle DEGR. Les corrélations sont toutes significatives entre 0,31 et 0,64 (tableau 1). La corrélation entre les scores globaux DEGR et HEDEN est bonne ($r = 0,60$, $p < 0,001$), et meilleure que dans l'étude de faisabilité ($r = 0,5$). Le coefficient alpha de Crombach à 0,75 montre une bonne concordance entre les items. L'analyse de la concordance inter-observateur effectuée sur 52 observations ayant eu la deuxième évaluation montre une bonne concordance entre les scores globaux avec un coefficient de corrélation intra-classe de 0,67 (IC 95 % : 0,48-0,79, $p < 0,0001$).

Après transformation du score global DEGR dont l'étendue est de 0 à 40 en un score dont l'étendue est de 0 à 10, on montre une moyenne de score identique entre l'échelle HEDEN comparée à l'échelle DEGR.

La durée moyenne de remplissage de la grille HEDEN est de 4,42 min (1 à 32 min) (DS = 10,4) *versus* 23,09 min (5 à 50 min) (DS = 5,9) pour la grille DEGR.

Tableau I - Analyse des corrélations entre HEDEN et DEGR.

	Signes directs de douleur	Atonie psychomotrice	Expression volontaire de la douleur
Lenteur et rareté du mouvement		0,310 (p = 0,024)	
Désintérêt pour le monde extérieur		0,388 (p = 0,004)	
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise	0,487 (p < 0,001)		
Position antalgique au repos	0,635 (p < 0,001)		
Plaintes somatiques			0,351 (p = 0,010)
Score global		0,603 (p < 0,001)	

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

La complexité de l'échelle DEGR (10 items, 5 cotations par item), et le temps nécessaire à l'obtention du score en font un outil difficilement utilisable dans les services de pédiatrie actuellement. La mise au point d'une échelle simplifiée, nécessitant une période d'apprentissage courte et un temps d'évaluation inférieur à 5 min pourrait être une solution, même s'il existe une perte d'information critiquable.

Dans ce cadre, une étude de validation d'une échelle simplifiée de mesure de la douleur a été réalisée. Nous souhaitons repartir de la sémiologie de la douleur décrite par le Dr Gauvain-Picard et, par « consensus d'expert », nous avons sélectionné les items qui nous semblaient les plus représentatifs des domaines de la douleur avec un score de 0 à 10.

Le processus de validation de cette nouvelle échelle a obéi à un certain nombre de recommandations méthodologiques décrites par ailleurs (7).

Dans un premier échantillon de 59 patients, l'échelle HEDEN a montré des qualités psychométriques suffisantes pour continuer à être validée dans un deuxième échantillon de 48 patients.

Pour essayer d'expliquer les résultats supérieurs pour l'échelle HEDEN dans l'étude de validation par rapport à l'étude de faisabilité, il faut retenir la présence de données manquantes de 3 des items de l'évaluation DEGR, et plus particulièrement pour l'item « contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise » avec plus d'un tiers de données manquantes dans l'étude de faisabilité. Pour ne pas se priver de nombreuses observations lors de l'analyse, nous avons modélisé les données manquantes (valeur moyenne calculée des observations renseignées pour l'item en question), ce qui peut expliquer en partie ces résultats. Pour l'étude de validation, des

consignes plus strictes sur la qualité du recueil des données ont été appliquées, permettant une bonne validation de la structure interne de l'échelle DEGR et une corrélation significative entre l'échelle HEDEN et DEGR. De plus l'échelle HEDEN est fiable et reproductible entre les examinateurs.

HEDEN par sa présentation simple permet de quantifier de manière rapide et objective la douleur prolongée de l'enfant. Elle semble adaptée à une pratique quotidienne au lit du malade par l'ensemble des soignants (auxiliaires puéricultrices, infirmières, médecins) et son apprentissage est aisé.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES 2000. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [online]. [<http://www.anaes.fr>].
2. Barrier G., Attia J., Mayer M.N., Amiel-Tison C., Shnider S.M. Measurement of post-operative pain and narcotic administration in infants using a new clinical scoring system. *Intensive Care Med* 1989 ; 15 Suppl 1 : S37-9.
3. McGrath P.J., Johnson G., Goodman J.T., Schillinger J., Dunn J., Chapman J.A. The Children of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) : A behavioral scale for rating postoperative pain in children. In : Fields H.L., Dubner R., Cervero F., eds. *Advances in pain research and therapy*. Raven Press, New York, 1985 : 395-402.
4. Grunau R.E., Oberlander T., Holsti L., Whitfield M.F. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonates. *Pain* 1998 ;76(3):277-86.
5. Pain in children aged 2-6 years : a new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit—preliminary report. *Pain* 1987 ; 31(2):177-88.
6. The development of the DEGR (R) : A scale to assess pain in young children with cancer. *Eur J Pain* 1999 Jun ; 3 (2) : 165-176.
7. Coste J., Guillemin F., Pouchot J., Fermanian J. Approaches to shortening Composite Measurement Scales. *J Methodological* 1997 ; 50 (3) : 247-252.

Annexe : Grille d'hétéro-évaluation de la douleur chez l'enfant – Score HEDEN

Signes de douleur	0	1	2	Cotation		
				Date :	/	/
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plainte avec geignements, cris ou sanglots, ou supplications			
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	L'enfant s'intéresse à son environnement	Perte d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé	Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout			
Position antalgique (SDD)	L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable	L'enfant choisit à l'évidence une position antalgique	Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé			
Lenteur et rareté des mouvements (APM)	Mouvements larges, vifs, rapides, variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices rares	Enfant comme figé, immobile dans son lit, alors que rien ne l'empêche de bouger			
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (SDD)	Examen et mobilisation sans problème	Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant	Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation			
TOTAL						

EVD : expression volontaire de douleur ; SDD : Signes directs de douleur ; APM : atonie psychomotrice.

QUE RESTE-T-IL AUJOURD'HUI DES PRÉSENTATIONS DES JOURNÉES UNESCO « LA DOULEUR DE L'ENFANT QUELLES RÉPONSES ? » ?

Dr F. Lassaige - Anesthésiste, CHU Besançon

Dr B. Tourniaire - Pédiatre Unité douleur, Hôpital Trousseau, Paris

INTRODUCTION

Nous arrivons à la 12^e journée « La douleur de l'enfant quelles réponses ? ». La première a eu lieu en 1991. Depuis, les changements dans les pratiques ont été nombreux, les protocoles se sont modifiés...

Cette année, nous avons voulu savoir ce qu'il restait aujourd'hui des présentations Unesco. Que sont devenus tous ces protocoles présentés ? Sont-ils toujours là, identiques, ont-ils évolué, ont-ils disparu ? Pourquoi ? Les efforts fournis par tous les soignants qui sont venus présenter leur travail ont-ils été poursuivis, ont-ils atteint leur but ? Comment avons-nous évolué dans nos services ?

Les présentations antérieures à 1997 n'ont pas été incluses ; cependant, nous pouvons retenir la qualité et l'intérêt d'un grand nombre d'entre elles ; certaines communications « pilotes » ont abouti à un élargissement de la réglementation des antalgiques chez l'enfant, à des démarches de soins standardisées, bases des travaux ultérieurs dans le domaine de la douleur pédiatrique. Ainsi, la communication première de Daniel Annequin en 1992, décrivant les bénéfiques antalgiques du mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA), a suscité la mise en place de ce mélange par plusieurs équipes, le plus souvent grâce à l'aide d'un médecin-anesthésiste. L'enquête multicentrique de 1996 en vue de l'obtention de l'AMM (autorisation de mise sur le marché), en novembre 1997, a permis de préciser les modalités d'utilisation du MEOPA et a simplifié sa mise en place. Citons également la crème EMLA mise en place dès 1992 à Marseille. Enfin, plusieurs centres ayant présenté une démarche de soins infirmiers ont valorisé le travail d'équipe entre infirmières, cadre de santé et médecin référent et ont incité d'autres services à suivre leur exemple.

MÉTHODE DE L'ENQUÊTE

Nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès des services français ayant présenté des travaux entre 1997 et 2004. Nous avons choisi de privilégier comme interlocuteur le cadre ou cadre supérieur des services dans lesquels une étude locale avait été réalisée dont la thématique portait sur la mise en place d'une échelle d'évaluation, d'une méthode antalgique ou sur une pathologie particulière. Le nombre d'établissements contactés (au hasard), sur l'ensemble du territoire, a été restreint à 20 en raison du nombre total de communications présentées.

Entre 1997 et 2004, une quarantaine de présentations répondent à ces critères. L'enquête téléphonique a été réalisée par deux médecins spécialistes de la douleur de l'enfant, non impliqués dans les présentations concernées.

Type de présentation		Année de présentation
Mise en place d'un outil d'évaluation	DEGR chez l'enfant brûlé	1997
	EDIN chez le nouveau-né en maternité	1998
	OPS en chirurgie viscérale	1998
	San Salvador chez l'enfant polyhandicapé	2001
	Visages et EVA en postopératoire	2002
	EVA et visages chez l'enfant drépanocytaire	2002
EMLA	Chez le nouveau-né et le prématuré	1997
	EMLA aux urgences	1998
	EMLA chez le nouveau-né	1999
	Dans un service de pédiatrie générale	1997
Solutions sucrées	Glucose, saccharose et tétine en maternité	1998
	Glucose oral et succion lors des sous-cutanées chez le prématuré	2001
	EMLA et/ou saccharose lors des sous-cutanées chez le prématuré	2002
MEOPA	Dans un service de pédiatrie générale	1997
	Chez l'enfant polyhandicapé	2000
	Pour les endoscopies bronchiques	2001
	Pour les bilans urodynamiques	2004
	Pour les cystographies rétrogrades	2004
	Dans les actes dentaires de l'enfant avec un retard de développement	2004
Morphine	Prescriptions en institut médico-pédagogique	1997
	Morphine orale chez le nourrisson en chirurgie maxillo-faciale	1999
	La morphine aux urgences pédiatriques	2004
Pompes PCA	Gestion en service de chirurgie pédiatrique	1999
	Introduction dans un service de pédiatrie générale	2002
Autres moyens médicamenteux	Evolution des prescriptions antalgiques dans un service d'enfants polyhandicapés	1997
	Les colles cutanées, alternative à la suture	1999
	Analgésie lors du sondage des voies lacrymales	2001
	Cathéters péri-neuraux	2002

Type de présentation		Année de présentation
Moyens non médicamenteux	Le NIDCAP	1998
	Relaxation et hypnose thérapeutique dans la douleur	2001
	Les effets antalgiques du peau à peau	2001
	Le massage en néonatalogie	2004
Place des parents	Parents lors des gestes invasifs aux urgences	1999
Néonatalogie	L'infirmière face aux micro-prélèvements	1998
	Le NIDCAP	1998
	EMLA et prodafalgan chez le nouveau-né et le nourrisson	1999
	Prévention, prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né	2000
	L'allaitement maternel lors des ponctions veineuses	2001
	Les effets antalgiques du peau à peau	2001
	Glucose oral et succion lors des sous-cutanées chez le prématuré	2001
	EMLA et/ou saccharose lors des sous-cutanées chez le prématuré	2002
	Prélèvement veineux ou capillaire, influence sur les résultats du test de Guthrie	2004
Le massage en néonatalogie	2004	
L'enfant polyhandicapé	Evolution des prescriptions antalgiques dans un service d'enfants polyhandicapés	1997
	Prescriptions en institut médico-pédagogique	1997
	San Salvador chez l'enfant polyhandicapé	2001
Drépanocytose	Utilisation de deux échelles EVA et visages	2002
	Comment les adolescents verbalisent la plainte	2001
	Prise en charge antalgique : nouveau protocole	2002
Autres situations cliniques	Amygdalectomie : Recommandations antalgiques	2000
	Radiologie pédiatrique : prise en charge de la douleur	2000
	Hémophilie : la douleur au quotidien	2000
	La douleur dans l'ostéogenèse imparfaite	2001
	Fractures non chirurgicales : évaluation et prise en charge de la douleur	2002

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Vingt services ont pu être joints. Les entretiens ont duré entre 15 et 20 minutes. Globalement, les résultats sont très satisfaisants, montrant la pérennisation et l'évolution positive des pratiques.

Deux grands effets des travaux présentés sont retrouvés :

► **Les effets directs de l'étude.**

Tous les services sont encore dans une dynamique active de prise en charge de la douleur. Les protocoles ont presque toujours évolué, ils ont donné lieu à de nouvelles versions ; la pratique acquise lors de l'étude est complètement intégrée dans la « routine » du service.

► **Les effets indirects : l'extension des pratiques aux services voisins et l'apparition de nouveaux protocoles.**

Les services ayant travaillé sur un antalgique (EMLA ou MEOPA...) ont mis en place d'autres protocoles antalgiques ou d'évaluation. Les services ayant présenté des outils d'évaluation ont pu développer une prise en charge adaptée aux résultats de l'évaluation (protocoles antalgiques, conduites à tenir...). De nombreux exemples montrent que le travail local initial a profité aux autres services de l'hôpital.

QUELQUES EXEMPLES

LA NÉONATOLOGIE : MASSAGES, PEAU À PEAU ET TEST DE GUTHRIE

Un service ayant présenté à l'Unesco en 2004 sa pratique des massages a obtenu un financement par son hôpital pour la réalisation d'un film ; ce film et cette pratique ont fait l'objet de conférences auprès du personnel de la petite enfance de diverses structures de la région. Deux infirmières sont toujours les référentes pour le massage. Elles formaient jusqu'à présent leurs collègues à cette pratique dans le service. Les formations vont être plus formalisées. Le massage est réalisé devant les parents et leur est enseigné s'ils le souhaitent. Cette pratique de service est expliquée aux familles dans un livret d'accueil et par des affiches. L'équipe a prévu de travailler en collaboration avec des villes voisines et de réfléchir au positionnement des bébés et à la prise en charge relationnelle plus globale.

Une équipe de néonatalogie a présenté en 2001 la méthode du peau à peau. Cette pratique a été initialement proposée dans l'unité par un médecin. L'équipe, méfiante au départ, a finalement accepté cette pratique et constaté rapidement une nette amélioration du confort de l'enfant, la diminution des sonneries d'alarmes, l'amélioration de l'état hémodynamique des bébés, une amélioration de l'alimentation. La phase suivante a consisté à proposer systématiquement cette pratique aux familles, de manière très codifiée (horaires précis, durée du peau à peau...). Les résultats de l'étude et une meilleure habitude des soignants ont entraîné depuis la pérennisation de la pratique avec beaucoup plus de souplesse dans les horaires, la durée... L'équipe a entamé une réflexion sur sa manière de présenter le peau à peau aux parents, sans trop influencer leur décision, avec moins de « militantisme » et plus de souplesse. Actuellement elle s'oriente sur des soins personnalisés de type « NIDCAP ». Dans ce service, les échelles d'évaluation EDIN et DAN sont utilisées, l'équipe travaille à les rendre systématiques.

Plusieurs études en néonatalogie présentées par un centre hospitalier d'Ile-de-France ont abouti aux mêmes conclusions concernant le sucre et le « peau à peau ». Ces méthodes sont très

régulièrement appliquées. Seul l'allaitement maternel lors des ponctions capillaires est peu suivi. Depuis ces trois communications, deux audits ont eu lieu. Des réunions de service sont organisées pour les nouvelles infirmières. L'EMLA est utilisée pour les ponctions lombaires et les tests de Guthrie sont faits par ponction veineuse. Les restrictions d'utilisation d'EMLA concernent les enfants de moins de 28 semaines d'aménorrhée, avant huit jours de vie (utilisation soumise dans ce cas à une prescription) et les enfants sous métoprolol. Entre 28 et 32 semaines, l'EMLA est appliquée pour les ponctions lombaires (1 fois par 24 h) ; après 32 semaines la crème est aussi employée pour les ponctions veineuses. Toutes ces données figurent dans des protocoles régulièrement réactualisés.

Une étude présentée en 2004 a montré que les résultats des tests de Guthrie étaient différents selon le mode de prélèvement, capillaire (ponction au talon) ou veineux. La douleur du prélèvement veineux pouvant être mieux soulagée qu'en capillaire grâce à la crème EMLA, si la méthode de prélèvement devait évoluer vers la voie veineuse, de nouvelles normes devraient être fixées. Depuis ce travail, les tests de Guthrie restent réalisés dans ce service en veineux pour tous les enfants qui ont besoin d'un autre prélèvement sanguin ; ils sont faits au talon à la lancette pour les autres, avec saccharose et téline, sans EMLA. Cette méthode antalgique semble bien efficace à l'équipe, même pour les prélèvements au talon. Néanmoins il n'y a pas eu de travail d'évaluation de la douleur de ce geste. Le service de néonatalogie a diffusé la pratique du saccharose à la maternité qui l'utilise maintenant régulièrement. L'équipe est en grande majorité formée au « NIDCAP ». L'évaluation par l'échelle EDIN est systématique ; ceci a été rendu possible par une décision du cadre de service en accord avec les médecins qui ne prescrivait d'antalgiques que si une EDIN avait été faite. Evidemment toutes ces pratiques reflètent une cohésion importante d'équipe.

LES PCA

En 1999 un service de chirurgie pédiatrique a présenté la gestion des PCA. Actuellement cette pratique est acquise, la douleur est très bien prise en charge ; les pompes PCA sont installées en salle de réveil ; quand la posologie est insuffisante, l'anesthésiste est appelé, il modifie la prescription et la programmation de la pompe PCA. Une difficulté est à noter : les pompes ne sont jamais programmées par les infirmières du service. L'EMLA est posée systématiquement et le MEOPA utilisé pour tous les soins douloureux. L'évaluation est systématique par EVA (les enfants ont tous plus de 5 ans dans cette unité). Pour les enfants polyhandicapés, l'évaluation de la douleur se fait par l'observation simple sans utiliser de grille comportementale type « San Salvador ».

L'EMLA ET LE MEOPA

En 1997, un service de pédiatrie générale a présenté la mise en place de la crème EMLA systématique. Depuis, ce protocole est resté utilisé. Tous les prélèvements et perfusions sont réalisés avec la crème anesthésiante. Ce protocole précisait que l'application de crème était possible chez l'enfant à partir de l'âge de 3 mois. Cet âge est toujours respecté actuellement car

le protocole n'a pas été réactualisé. Par contre, d'autres évolutions positives ont eu lieu avec le développement de l'utilisation du MEOPA, et sa diffusion à d'autres services de l'hôpital. Cette pratique a connu plus de difficulté à s'implanter car aucun médecin de l'unité n'était « moteur ». Les échelles d'évaluation de la douleur sont toujours peu utilisées.

En 1999, une unité de néonatalogie a montré les avantages de l'utilisation de l'EMLA. Depuis, cette méthode est utilisée systématiquement chez les enfants. Un protocole précise les doses en fonction de l'âge gestationnel. En cas d'urgence pour le prélèvement, une solution sucrée est utilisée. Le patch d'EMLA a été utilisé un temps, découpé pour obtenir la posologie adaptée mais cette technique a été abandonnée en raison d'une moins bonne efficacité que la crème. Dans ce service la dynamique de prise en charge de la douleur est permanente. Il existe des infirmières référentes douleur qui tiennent leurs collègues au courant des nouveautés. Les médecins sont très impliqués.

L'utilisation du MEOPA dans un service de chirurgie pédiatrique a été présentée en 1997. Depuis, il est utilisé très régulièrement pour tous les soins douloureux, y compris pour des toilettes... à partir d'environ 2 ans. D'autres antalgiques sont utilisés comme l'EMLA (de manière systématique) et les PCA chaque fois que nécessaire. Les PCA sont gérées par un seul anesthésiste : un problème de continuité se pose quand il est en congé.

En 2001, une communication a été présentée sur l'association MEOPA, Hypnovel rectal et anesthésie locale pour réaliser des endoscopies bronchiques. L'infirmière responsable n'a pu être jointe mais le protocole est connu et suivi (y compris au niveau de l'autre site d'endoscopie bronchique existant sur l'hôpital).

Le MEOPA lors des bilans urodynamiques (BUD) a fait l'objet d'une communication en 2004. L'infirmière responsable en rééducation pédiatrique est très motivée par la douleur et son traitement, qu'il s'agisse des sondages urinaires (BUD), des enfants en consultation pour ostéogénèse imparfaite, des actes de kinésithérapie ou des injections de toxines botuliques. Un réel travail d'équipe se fait entre médecin rééducateur, infirmières et équipes spécialistes de la douleur. Les protocoles sont écrits et revus (EMLA, saccharose, MEOPA, matériel adapté), des fiches techniques ont été validées par le CNRD (Centre national de ressources de lutte contre la douleur). Cet appel montre un bilan très positif : plusieurs protocoles sont en lien direct avec les présentations antérieures et soulignent bien la prise de conscience de la problématique douleur par cette équipe.

En 2004 une communication par un service de radiologie a concerné le MEOPA pour les cystographies. Ce travail d'équipe a permis le développement de protocoles écrits et diffusés par le responsable communication de cet établissement. Chaque service pédiatrique dispose des « fiches radio » diffusées par l'association Sparadrap (www.sparadrap.org) et de documents spécifiques pour les autres actes radiologiques habituels. La cadre de santé interrogée, qui a pris ses fonctions peu après la présentation Unesco, est très satisfaite de ce suivi, les manipulateurs radio ont une formation « MEOPA » et l'administrent eux-mêmes. Ce protocole a aussi permis de développer l'information et l'accueil des enfants et parents. Pour les enfants

en consultation externe, la préparation à l'acte radiologique se fait à leur arrivée soit par le médecin radiologue, soit par le manipulateur radio. En hospitalisation, le personnel soignant donne une fiche adaptée à l'acte et délivre des explications de vive voix. Le retour des familles et du personnel est très positif sur toute cette prise en charge.

LA MORPHINE

En 2004 a été présenté un protocole d'administration de morphine orale par les infirmiers, aux urgences, avant examen médical pour des enfants ayant eu un traumatisme. Ces prises sont conditionnées par un score d'EVA d'au moins 4 sur 10. Les posologies administrées varient de 0,125 à 0,2 mg/kg. La prise peut être renouvelée 45 minutes plus tard si l'évaluation reste haute. Ce protocole fonctionne toujours ; l'ensemble de l'équipe y adhère sans difficulté. La coopération des enfants a été nettement améliorée depuis cette prise en charge. Quelques rares familles refusent la prise de morphine. Demeure le problème du suivi des enfants, qui ne sont pas réévalués après leur prise d'antalgique (car vont à la « radio », revoient le chirurgien...) et ne reçoivent le plus souvent pas de deuxième dose. La question de l'efficacité peut effectivement se poser car les posologies sont relativement faibles. Dans ce service, l'EMLA, le MEOPA et le saccharose sont utilisés très régulièrement selon des protocoles.

En chirurgie maxillo-faciale, un protocole d'administration de morphine orale dès le premier jour postopératoire a été présenté en 1999. Actuellement, ce protocole n'est pas régulièrement poursuivi : lorsque l'enfant quitte la SSPI, le relais de la morphine en intraveineux (IV) se fait le plus souvent avec la nalbuphine en IV ou en intra-rectal (si l'enfant n'est plus perfusé), en association au paracétamol en IV ou par voie orale. Les protocoles antalgiques ont été réécrits en 2002 par l'un des médecins de l'unité, responsable des protocoles. Mais l'analgésie dépend également de la prescription du médecin-anesthésiste. Un audit est en cours dans cette unité. L'évaluation est systématique, quel que soit l'âge de l'enfant avec les échelles EDIN ou OPS pour les petits, EVA et visages en auto-évaluation pour les plus grands. L'échelle San Salavador est également utilisée pour l'enfant handicapé. Les infirmières ont la possibilité de suivre des formations (par l'unité douleur de l'hôpital). Le cadre de santé interrogé souligne cependant la discordance de prise en charge selon les services et les équipes : certains enfants pris en charge par d'autres services avant leur arrivée dans cette unité présentent des défauts flagrants d'analgésie.

L'ÉVALUATION

L'utilisation de la « DEGR modifiée » dans un service de brûlés a été mise en place en 1997 par un binôme psychologue-médecin. Ces deux personnes sont toujours présentes dans le service. Cette grille est toujours réalisée systématiquement et permet l'adaptation des prescriptions de morphine. D'autres échelles sont actuellement utilisées : l'échelle Amiel-Tison et une échelle de visages (modifiée par le service) comportant 4 au lieu de 6 visages. Le personnel ayant participé à l'étude est profondément convaincu de la nécessité de son utilisation : les comportements observés avec cette échelle correspondent réellement à des

items cliniques valables et utiles. Cependant, lors de l'arrivée de nouvelles infirmières, il faut chaque fois les persuader de la nécessité d'évaluer.

En 1997, un institut médico-psychologique accueillant des enfants polyhandicapés a présenté un travail sur les prescriptions d'antalgiques et le dossier de soins avec l'échelle San Salvador. Cette échelle est actuellement toujours utilisée systématiquement ; elle est expliquée aux familles qui la remplissent aussi quand l'enfant, au domicile, présente un changement de comportement. Quand les familles n'arrivent pas à utiliser l'ensemble de la grille, une forme plus simple avec des critères d'observation leur est proposée. Ces évaluations sont toutes notées dans le dossier de soins. En cas de douleur, du paracétamol est donné ; il n'existe pas de protocole antalgique allant au-delà du paracétamol. Si la douleur persiste, l'enfant sera revu par un médecin. Ce travail a permis de changer complètement le regard porté sur l'enfant. Une association, créée dans la région Rhône-Alpes, regroupe les infirmières travaillant dans des instituts identiques ; des réunions de formation à l'échelle San Salvador se tiennent régulièrement en utilisant le film *Les ailes du regard* ; avec échanges réguliers sur les pratiques...

Une maternité et un service de réanimation néonatale ont travaillé en 1998 sur l'utilisation de l'échelle EDIN. Le service de maternité n'utilise plus cette grille systématiquement depuis longtemps, mais ce travail leur avait permis de bien mettre en évidence la douleur chez certains nouveau-nés. L'équipe est actuellement très sensible à ce sujet, a bien repéré les signes de douleur et se sert de l'échelle EDIN au moindre doute. Depuis, l'EMLA, le saccharose ou la tétée au sein sont utilisés systématiquement pour tous les prélèvements. Le service de réanimation néonatale, par contre, a gardé l'utilisation systématique de l'échelle EDIN et d'autres échelles (DAN, CHEOPS, EVA, échelle de visages, COMFORT). Un groupe de réflexion sur la douleur se réunit régulièrement avec des médecins du service et un anesthésiste « douleur ». Actuellement des protocoles sont écrits ou en cours d'écriture pour de nombreux gestes douloureux : intubation, fixation des drains thoraciques, pose de sonde naso-gastrique...

Une communication en 2002 portait sur l'utilisation de l'échelle des visages *versus* EVA chez l'enfant drépanocytaire. Actuellement, l'évaluation est faite régulièrement, en consultation comme en hospitalisation : l'échelle des visages est plus utilisée que l'EVA en raison de sa meilleure compréhension par les enfants, même au-delà de 12 ans. De son côté, l'équipe la trouve plus fiable. Chez l'enfant plus petit, l'échelle comportementale DEGR est la plus utilisée. Dans tous les cas, une évaluation du retentissement de la pathologie sur la qualité de vie de l'enfant est associée à l'évaluation de la douleur. Il n'y a pas d'échelle pour le domicile (30 % des parents ne savent ni lire ni écrire). Dans ce service le médecin, très impliqué, n'a pas modifié les modalités thérapeutiques de prise en charge des enfants, mais les modalités d'évaluation se sont améliorées.

La mise en place d'outils d'évaluation au quotidien dans un service de chirurgie viscérale a été présentée en 1998. L'échelle utilisée dans cette étude était l'OPS. Actuellement, des

évaluations sont faites régulièrement dans la partie « soins intensifs » mais pas dans le reste du service sauf si une PCA est en place. Plusieurs échelles sont maintenant utilisées : Cheops, OPS, EDIN, EVA. Une des difficultés est l'insuffisance de réévaluation de la douleur après antalgique. Les protocoles antalgiques sont réactualisés régulièrement. Une dynamique de changement existe, des réunions sont organisées pour les nouvelles infirmières et les formations « douleur » sont favorisées.

DISCUSSION

Les résultats de cette enquête sont rassurants à deux titres : la pérennisation des pratiques et leur diffusion à d'autres unités. Cependant faute d'actualisation il existe un risque réel de fixer un protocole obsolète. Les équipes stables avec peu de mouvements de personnel ont moins d'efforts à faire pour perpétuer leur pratique mais doivent elles-mêmes les remettre sans cesse en cause. Durant les échanges téléphoniques, des commentaires contradictoires nous ont été livrés sur l'ancienneté et la stabilité des équipes : quelquefois ce sont les « vieux » qu'il faut persuader de changer ; quelquefois ce sont les « jeunes » qui ne voient pas la nécessité de faire une évaluation, d'administrer un antalgique... Parfois les remarques d'élèves infirmiers « surpris » par une pratique inadéquate ont pu provoquer des changements bénéfiques.

Cette enquête amène plusieurs réflexions ou pistes de travail :

- ▶ Dans les services de chirurgie les bonnes pratiques dépendent essentiellement de la présence d'un anesthésiste pour la prescription ; il est important de développer la formation et l'autonomisation des services notamment pour maniement des pompes PCA par les infirmières ; la formation des plus jeunes médecins aux prescriptions d'antalgiques, de PCA est souvent indiquée...
- ▶ Les résultats des tests de Guthrie sont différents selon qu'ils sont réalisés en veineux ou en capillaire ; actuellement la technique de prélèvement est certainement très variable d'une unité à l'autre en France. Seule une étude de comparaison des résultats sur une plus grande cohorte permettra de fixer des recommandations.
- ▶ Treize ans après la première communication Unesco sur la crème EMLA, son utilisation reste parfois soumise aux « bon vouloir » des soignants, médecins ou infirmières ; la généralisation de son utilisation n'est pas parfaite L'utilisation de la crème EMLA en fonction de l'âge est variable selon les protocoles de service et une homogénéisation des pratiques pourrait être proposée, en particulier dans les services de néonatalogie.
- ▶ Pour les prélèvements veineux en néonatalogie, le saccharose et la tétine sont bien utilisés mais l'EMLA plus aléatoirement. Une étude sur l'intérêt de cette association pour les prélèvements veineux pourrait être intéressante. Pour les injections sous-cutanées, les études ont montré une amélioration du confort lorsque la crème EMLA est associée à la succion et aux solutions sucrées.

- En néonatalogie, la mise en place de méthodes telles que le massage ou le « peau à peau » ont amélioré l'implication des familles.
- Il est classiquement déconseillé de modifier une échelle validée ou d'en « fabriquer » une. Le travail portant sur l'utilisation d'une « DEGR » et d'une « échelle de visages » modifiés a montré que l'appropriation de ces outils par l'équipe est renforcée et très bonne ; ils sont systématiquement utilisés, traduits en diagrammes et constituent le support des prescriptions médicamenteuses.
- Dans les services d'urgences, la question du temps n'a pas été réglée ; la crème EMLA n'est pas toujours appliquée. Certains soignants pensent que cette application anticipée serait angoissante pour l'enfant et ses parents. L'utilisation « au dernier moment » du MEOPA a supplanté la crème EMLA.
- Enfin, en 2005, une nette augmentation de la consommation de MEOPA est observée. Un audit national sur cette pratique permettrait de mieux connaître les utilisations actuelles. Il peut exister des dérives d'utilisation pour certains soins qui nécessiteraient une AG ; ces soins réalisés avec des niveaux de douleur importants aboutissent à un rejet de la méthode par l'enfant.

CONCLUSION

Cette enquête montre que les services ayant travaillé sur une étude en tirent de nombreux profits : outre la valorisation de la présentation à l'Unesco, les protocoles présentés se pérennisent et évoluent positivement ; ces changements positifs en entraînent d'autres...

La participation à une étude dans un service, manifestement, change le regard, et ce changement est durable. Quelles que soient les conditions initiales, mettre sur pied une étude peut amener un tel changement. Pour réaliser un travail, il est nécessaire d'avoir initialement un « moteur », qui peut être un cadre infirmier, des infirmiers, un médecin, un binôme soignant... La mise sur pied de l'étude elle-même, son analyse statistique sont parfois difficiles à réaliser si les soignants sont isolés. La création du CNRD (www.cnr.fr) permet d'aider ces équipes à mettre en place ce type d'études.

Dans tous les services, nous avons vu que l'étude a permis de gagner l'adhésion de l'ensemble de l'équipe qui garde en mémoire ce travail, s'appuie sur les résultats, prend confiance et développe de nouvelles idées pour améliorer la prise en charge. Réaliser une étude dans une unité est un bon moyen de vaincre les résistances et d'implanter durablement des protocoles.

Nous avons été agréablement surpris de ces informations. Evidemment cette enquête téléphonique déclarative comporte certains biais mais toutes les personnes interrogées ont répondu spontanément avec beaucoup de liberté et de motivation. Nous les remercions de leur disponibilité et de bien avoir voulu partager leur expérience.

PRÉSENTATION DU FILM « RELAXATION, HYPNOSE ET MIGRAINE DE L'ENFANT »

Isabelle Célestin-Lhopiteau - Psychologue-psychothérapeute,
Centre de la migraine de l'enfant, Hôp. Armand Trousseau, Paris

FICHE TECHNIQUE

Un film écrit par Isabelle Célestin-Lhopiteau, psychologue-psychothérapeute, Centre de la migraine, hôpital Armand Trousseau, Paris.

Conseillers scientifiques : Docteur Daniel Annequin, responsable du Centre de la migraine, Docteur Barbara Tourniaire, praticien hospitalier, Centre de la migraine, hôpital Armand Trousseau à Paris.

Réalisateur : Richard Hamon.

Production : ACNRD.

Diffusion : SPARADRAP, 48, avenue de la Plaine 75020 PARIS Tél. : 01 43 48 11 80.

Durée : 32'13 – Format VHS.

Un film réalisé grâce au soutien de la Fondation CNP et l'aide du CNRD.

POURQUOI CE FILM ?

Il n'existe pas de support d'information sur ces pratiques. Ce film est donc né de la volonté de montrer cette synergie thérapeutique entre la prise en charge médicamenteuse (pour le traitement de crise) et la prise en charge non pharmacologique par la relaxation et l'hypnose (pour le traitement de fond).

Encore trop souvent mal comprise et sous-estimée, la migraine de l'enfant est une pathologie fréquente qui touche pourtant entre 5 et 10 % des enfants. Même s'il existe actuellement une palette de moyens permettant d'améliorer significativement la prise en charge de la migraine de l'enfant, les praticiens sont encore peu formés pour identifier et traiter cette pathologie très fréquente. Au cours de cette dernière décennie, des améliorations ont été enregistrées dans son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique. Cependant des progrès restent à faire tant sur le plan pharmacologique que non pharmacologique puisqu'il persiste de grandes inégalités entre les établissements hospitaliers et les diverses équipes médicales.

L'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) recommande l'utilisation des méthodes de relaxation et d'hypnose dans le traitement de fond non médicamenteux de la migraine de l'enfant.

Ce film décrit précisément la réalité de l'apprentissage de la relaxation et de l'hypnose thérapeutique dans le traitement de fond de la migraine de l'enfant. Après

un rappel de l'état des connaissances concernant la migraine de l'enfant, ce film montre grâce à l'alternance de séances filmées, d'interviews d'enfants, de parents et de professionnels, l'intérêt sur le plan psychologique et somatique de ces deux pratiques dont l'apprentissage permet à l'enfant d'acquérir une meilleure autonomie.

Depuis 8 ans, différentes méthodes psychocorporelles (relaxation, hypnose, bio-feedback) ont fait leurs preuves dans la prise en charge des enfants suivis au centre de la migraine de l'enfant de l'unité douleur à l'hôpital Trousseau à Paris, comme l'a confirmé l'étude randomisée réalisée en 2002 incluant 41 enfants migraineux. D'autres études (Gysin en 1999 ; Spinhoven en 2000) ont permis de confirmer l'efficacité de l'hypnose thérapeutique auprès d'enfants migraineux, notamment en ce qui concerne la diminution du nombre de crises et leur intensité.

DÉFINITIONS

LA RELAXATION

L'étymologie du mot *relaxation* renvoie au latin « relaxationem, relaxare » qui est synonyme de relâchement, de tension diminuée. Le terme de relaxation correspond à une réalité physiologique : la diminution du tonus musculaire.

Nous appelons relaxation un ensemble de techniques, méthodes et thérapies des plus variées qui se rejoignent sur certains points. La relaxation n'est pas comme certains l'imaginent de l'inaction car au contraire c'est une action de concentration sur soi, sur ses sensations. La relaxation est « *une tentative de se libérer physiquement, mais aussi moralement, intellectuellement et effectivement d'une contrainte* » (P. Geismann et R. Durand de Bousingen). Elle peut également être définie comme l'acquisition du tonus musculaire et de l'état émotionnel optimal par rapport à une situation.

C'est d'ailleurs pourquoi nous pouvons parler de relaxation au pluriel tellement les pratiques sont nombreuses et il serait très difficile de les lister toutes. Toutes prennent le corps comme médiateur de la thérapie. On obtient la relaxation par différentes techniques et la relaxation peut n'être qu'une étape de la technique : on la retrouve en sophrologie, en hypnose, en thérapie cognitivo-comportementale ou encore dans le yoga...

L'HYPNOSE

Elle peut être définie, comme le propose F. Roustang, comme « *un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, de même cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde* ».

Le monde de l'enfance est d'emblée porteur de cette capacité de rêve. L'hypnose qui fait appel à l'imaginaire est pour cette raison même particulièrement accessible aux enfants, qui

spontanément s'expriment, expérimentent, construisent leurs connaissances, structurent leur pensée et élaborent une vision du monde aussi grâce à cet imaginaire.

C'est en se mettant, pendant la séance d'hypnose, en contact plus amplement avec son imagination et à partir de ses expériences corporelles, que l'enfant va se recentrer peu à peu sur sa propre expérience, l'observer, la considérer différemment, découvrir des possibilités de changement et ainsi réactiver le plus efficacement possible ses propres ressources pour changer. Pour cela, il existe différentes clefs ouvrant cette porte vers l'imaginaire et permettant à l'enfant de mettre en scène les multiples facettes d'une réalité possible : le jeu, les dessins, les contes, dans lesquelles il se projette avec toute la force de son imagination pour reconfigurer son monde, changer sa relation aux autres et à soi-même.

LES IDÉES FAUSSES SUR LA MIGRAINE

Dire « La migraine, c'est psychologique » ou « Ce n'est que somatique » est faux.

La migraine de l'enfant est l'exemple typique de cette intrication biologique et psychologique, puisqu'il s'agit d'une maladie d'origine génétique, avec des facteurs déclenchants de la crise divers mais dont le principal est le stress, qu'il soit somatique (manque ou excès de sommeil, jeûne, tensions musculaires, excès de lumière ou de bruit) ou psychologique (anxiété, émotions positives ou négatives, hypervigilance, perfectionnisme). Or, il existe un risque de dissocier ce côté somatique du côté psychologique au moment du diagnostic mais aussi dans la prise en charge thérapeutique.

LES IDÉES FAUSSES SUR CES PRATIQUES

► **Sur la relaxation** : Cette pratique n'est pas, comme certains l'imaginent, de l'inaction car au contraire c'est une action de concentration sur soi, sur ses sensations.

► **Sur l'hypnose** : L'hypnose thérapeutique véhicule encore de fausses idées à son sujet.

- *L'hypnose n'est pas le sommeil.*

L'hypnose est un état de veille intense, une veille paradoxale, car malgré une apparence de passivité, le patient est très actif : en hypnose, la mémoire, l'attention, la vigilance sont amplifiées.

- *L'enfant ne perd pas le contrôle de lui-même pendant une séance d'hypnose.*

Elle n'implique aucune relation de domination sur le sujet, contrairement à l'hypnose de spectacle, mais une relation de confiance et d'échanges. Ce n'est pas un moyen de contention psychique.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LA PLACE DES PARENTS À L'HÔPITAL

Dr Didier Cohen-Salmon - Médecin-anesthésiste pédiatrique,
Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

Président de l'association SPARADRAP, 48 rue de la plaine, Paris 20, Tél. 01 43 48 11 80

La situation qui est faite aux parents à l'hôpital quand un enfant est hospitalisé reste mal connue. Les textes réglementaires parus depuis 20 ans ⁽¹⁻⁴⁾ sont clairement favorables à la présence des parents auprès de leur enfant à l'occasion d'un soin ou d'une hospitalisation. La nouvelle circulaire relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent précise et encourage encore la présence et le rôle des parents en pédiatrie.

Mais beaucoup des témoignages que nous recevons à SPARADRAP suggèrent un décalage entre les textes et la réalité. Parents et enfants ^(5, 6) font état de situations très inégales. Des parents nous interrogent sur leurs droits en ce qui concerne l'hébergement, l'information et la présence lors des soins.

Les données de la littérature ⁽⁷⁾ indiquent que toute hospitalisation d'enfant, même d'assez courte durée, peut engendrer des séquelles.

Des réalisations pionnières sont médiatisées, elles témoignent de progrès réels mais ne sauraient effacer les carences et les problèmes.

Pour toutes ces raisons, nous avons voulu réaliser une enquête nationale sur ce sujet pour disposer de données précises, objectives et validées. Celle-ci a été réalisée à l'initiative de l'association SPARADRAP, par l'institut SYNOVATE, grâce au financement de la Direction générale de la santé du ministère de la Santé et de la protection sociale et avec le soutien de la Société française de pédiatrie.

OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

L'enquête a été supervisée par un comité de pilotage réuni sous la direction du Pr. Bréart, épidémiologiste à l'INSERM. L'étude a été réalisée par SYNOVATE, un institut de recherche indépendant.

L'enquête a été effectuée en décembre 2003 grâce à deux questionnaires : l'un distribué dans les services pédiatriques et l'autre à tous les parents d'enfants hospitalisés un jour donné dans le service. Elle a concerné 136 services tirés au sort parmi les 670 services de pédiatrie générale ou de sur-spécialité pédiatrique¹ recensés en métropole.

1 - Un service sur-spécialisé est un service pédiatrique s'occupant spécifiquement d'une spécialité médicale : hématologie, etc.

Les objectifs :

- Disposer d'un état des lieux objectif, de données chiffrées sur la place des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, en France en 2003 : quelles sont les conditions matérielles d'accueil et d'hébergement ? Comment sont-ils informés ? Quel est leur rôle ?
- Détailler et confronter les points de vue des parents et des soignants.
- Valoriser les avancées et repérer les difficultés, afin de dégager des priorités d'actions et d'émettre des propositions concrètes.

Le taux de participation a été très important :

- 170 questionnaires services reçus (110 services et 60 unités) (soit un taux de retour de 80 %) ;
- 1 479 questionnaires parents reçus (soit un taux de retour de 80 %).

Cet excellent taux de retour garantit la validité de l'enquête et témoigne de l'intérêt des personnes interrogées.

Nous présentons ici les résultats de l'enquête qui ont trait à la prise en charge de la douleur de l'enfant et en particulier aux soins douloureux

LES SOINS DOULOUREUX

PRÉSENCE ET RÔLE DES PARENTS LORS DE SOINS DOULOUREUX

D'après les soignants

La présence des parents est-elle autorisée...							
	Au bloc opératoire dans la salle d'endormissement	Au bloc opératoire dans la salle de réveil	Dans la chambre pendant la visite médicale	Pendant certains soins ou examens Prise de sang	Pendant des soins courants Pansements	Pendant les soins ou examens douloureux ou impressionnants	Pour assister à un examen radiologique
<i>Base répondants</i>	108	116	160	165	156	157	156
Systématiquement	8 %	23 %	85 %	45 %	53 %	18 %	40 %
Souvent	6 %	9 %	9 %	35 %	28 %	17 %	31 %
Parfois	6 %	32 %	1 %	17 %	15 %	24 %	15 %
Non	80 %	35 %	5 %	4 %	4 %	41 %	14 %

D'après les parents

Dans ces différentes périodes ou situations, votre présence auprès de votre enfant est-elle...							
	Au bloc opératoire dans la salle d'endormissement	Au bloc opératoire dans la salle de réveil	Dans la chambre pendant la visite médicale	Pendant certains soins ou examens prise de sang	Pendant des soins courants Pansements	Pendant des soins ou examens douloureux ou impressionnants	Pour assister à un examen radiologique
<i>Base répondants</i>	304	324	784	834	623	398	656
Imposée	3 %	3 %	13 %	6 %	6 %	6 %	9 %
Proposée, encouragée	14 %	33 %	81 %	66 %	77 %	36 %	69 %
Découragée	3 %	6 %	3 %	15 %	9 %	24 %	7 %
Interdite	81 %	59 %	3 %	15 %	9 %	36 %	15 %

Il y a ici cohérence entre les réponses des parents et celles des soignants concernant leur présence pendant les soins, aussi bien pour les soins courants tels que la prise de sang que pour les soins plus impressionnants.

Les parents sont 18 % à ne pas avoir pu assister à des soins courants (pansements, ablations de fils...), 22 % à un examen radiologique, 30 % à des soins ou examens (prise de sang, injection) et 60 % à des soins douloureux ou impressionnants (ponction lombaire, myélogramme).

Selon les soignants, seules 18 % des unités autorisent systématiquement la présence des parents pendant les soins douloureux.

Il serait intéressant de relier la présence des parents lors des soins et le niveau de prise en charge de la douleur, ce que la présente enquête ne permet pas de faire. En effet, une analgésie insuffisante lors des soins est une raison classique pour écarter les parents. Pourtant de nombreux travaux montrent que les parents sont très utiles dans cette situation, pour l'enfant mais aussi pour les soignants (8-10).

Rappelons enfin que la prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la douleur de l'enfant sont des priorités du deuxième programme national de lutte contre la douleur (11).

PARTICIPATION DES PARENTS AUX SOINS

Plusieurs questions portaient sur la perception des parents qui ont assisté aux soins de leur enfant.

Les parents se sont-ils sentis :				
	Préparés	Informés	Mis à l'aise	Libres de sortir
Oui	86 %	77 %	93 %	80 %
Non	14 %	23 %	7 %	3 %
Ne sait pas				17 %

Lors d'un soin, ou d'une façon générale, avez-vous le sentiment que vous avez plutôt été considéré comme... (plusieurs réponses possibles)	
<i>Base répondants</i>	<i>1 273</i>
Un porte-parole de votre enfant	37 %
Un partenaire	37 %
Une personne indispensable	37 %
Une aide	33 %
Une personne digne de confiance	22 %
TOTAL POSITIF	95 %
Un visiteur	4 %
Transparent, inexistant	4 %
Un gêneur	4 %
Un mauvais parent	1 %
TOTAL NEGATIF	10 %

Les parents se sentent en majorité bien préparés à assister à des soins donnés à l'enfant.

La vision des parents sur la place que les équipes soignantes leur accordent est très positive. Ils se sentent majoritairement préparés, informés, mis à l'aise, libres de sortir s'ils ne supportent plus. Ils sentent que leur présence a été utile. Seuls 10 % des parents se sentent perçus négativement.

Au total quand les soignants acceptent la présence des parents, la perception subjective des parents est très bonne.

EXPLICATION DU SOIN AUX PARENTS

Vous a-t-on donné des explications question (la base répondants est mentionnée pour chaque sous-question)							
	S'il y a eu examen, un soin :			S'il y a eu opération :			
	Qu'il allait avoir lieu ?	Comment il se déroulerait ?	Quels en étaient les résultats ?	Comment allait se dérouler l'opération ?	Quand elle a commencé ?	Quand elle s'est terminée ?	Comment s'était déroulée l'opération ?
<i>Base répondants</i>	<i>1 032</i>	<i>987</i>	<i>995</i>	<i>379</i>	<i>332</i>	<i>327</i>	<i>328</i>
Oui, sans que vous ayez eu à le demander	80 %	66 %	59 %	77 %	69 %	61 %	66 %
Oui, à votre demande	14 %	25 %	33 %	17 %	23 %	28 %	30 %
TOTAL OUI	94 %	91 %	92 %	93 %	92 %	90 %	96 %
Non, bien que vous l'ayez demandé	3 %	4 %	5 %	3 %	3 %	5 %	1 %
Non, et vous n'avez pas cherché à savoir	3 %	5 %	3 %	4 %	5 %	6 %	3 %
TOTAL NON	5 %	10 %	7 %	7 %	8 %	10 %	4 %

Les parents se disent globalement bien tenus au courant lorsque des soins doivent avoir lieu (80 %). On peut cependant noter que dans le cadre d'un soin ou d'un examen, un quart des parents ont eu à solliciter des informations sur leur déroulement. Un tiers d'entre eux ont dû demander les résultats de l'examen pour les obtenir.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE DES PARENTS CONCERNANT LA DOULEUR

Quel est votre niveau de satisfaction sur les points suivants...	
	La prise en charge de la douleur
<i>Base répondants</i>	<i>1 273</i>
Tout à fait satisfait	49 %
Plutôt satisfait	34 %
TOTAL SATISFAIT	83 %
Plutôt pas satisfait	5 %
Pas du tout satisfait	2 %
TOTAL INSATISFAIT	7 %
Ne sait pas	10 %

Les parents sont majoritairement satisfaits de la prise en charge de la douleur (83 %) mais seulement la moitié sont tout à fait satisfaits (49 %), un tiers d'entre eux (34 %) sont plutôt satisfaits, 7 % sont insatisfaits et 10 % ne savent pas. On peut bien sûr s'interroger sur ces parents « plutôt satisfaits » ; cette réponse moyenne ne conviendrait-elle pas tout aussi bien à des parents « plutôt » insatisfaits ?

PLACE DE LA DOULEUR DANS LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LES PARENTS

Quels problèmes ou difficultés avez-vous rencontrés du fait de l'hospitalisation de votre enfant ? (liste fermée, plusieurs problèmes pouvaient être cités)	
<i>Base répondants</i>	<i>1 374</i>
Des inquiétudes concernant la santé de votre enfant	71 %
Des problèmes de garde de vos autres enfants	24 %
Des problèmes de trajet domicile-hôpital	23 %
Des problèmes de gestion de la douleur de l'enfant	15 %
Des problèmes dus à un arrêt de travail pour s'occuper de votre enfant	14 %
Des difficultés de communication avec certains membres de l'équipe soignante	12 %
Des problèmes financiers	9 %
Des conflits avec certains membres de l'équipe soignante, manque d'amabilité, de sociabilité irritabilité du personnel soignant	4 %
Aucun problème	18 %

Le problème de la prise en charge de la douleur n'est cité que par 15 % des parents mais c'est, parmi les cinq premiers problèmes cités par les parents, le premier qui implique directement l'activité de soins. C'est donc le premier problème sur lequel les soignants peuvent agir directement.

En effet les quatre premiers problèmes cités (inquiétude pour la santé de l'enfant, garde des autres enfants, problème de trajets, arrêt de travail) se rapportent plus au retentissement matériel et psychologique de la maladie et de l'hospitalisation de l'enfant sur la vie familiale.

Très naturellement, l'inquiétude des parents concernant la santé de l'enfant reste la préoccupation largement majoritaire. Au point, pour certains, d'occulter ou de relativiser d'autres considérations ?

UTILISATION DES DOCUMENTS D'INFORMATION SUR LA DOULEUR

Comparatif des documents fournis par les soignants des appréciations de ces documents par les parents	Le document existe selon les unités	Déclaratif : fourni systématiquement par les unités	Déclaratif : reçu par les parents	Parents ayant lu le document remis	Parents ayant trouvé clair le document lu
<i>Base répondants</i>	<i>170</i>	<i>170</i>	<i>1 479</i>	<i>Variable selon chaque document</i>	<i>Variable selon chaque document</i>
Un livret d'accueil de l'hôpital	88 %	58 %	43 %	91 %	97 %
Un livret d'accueil du service	71 %	59 %	32 %	94 %	99 %
Des documents ou feuillets d'information sur des pathologies	45 %	18 %	21 %	98 %	95 %
Le contrat d'engagement sur la douleur de l'enfant du ministère de la Santé	19 %	10 %	13 %	97 %	99 %
Des documents d'information pour l'enfant	Non posée	Non posée	15 %	94 %	99 %
Aucun de ces documents		11 %	39 %		

Le feuillet d'information sur la douleur « Contrat engagement douleur » censé être donné à tous les parents (selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé) est en fait très peu distribué. Une unité sur 10 le donne systématiquement et il est réceptionné par 13 % des parents.

D'une façon générale, les documents d'information sont disponibles dans assez peu de services et ne sont pas donnés systématiquement. Les réponses des parents et des soignants ne sont pas cohérentes concernant le livret d'accueil du service. D'une façon globale, alors que 11 % des services disent ne donner aucun des documents cités, 39 % des parents disent n'en avoir reçu aucun. C'est le document « officiel », émanant de l'autorité ministérielle, sur l'engagement des soignants contre la douleur qui est un des moins utilisés.

Pourtant, contrairement à une opinion assez courante, quand ces documents sont fournis la quasi-totalité des parents les lisent et ils sont très appréciés ! Cette discordance met en lumière un besoin non satisfait d'information chez les parents.

La divergence de vues entre parents et soignants est réelle : seuls 7 % des soignants citent l'information au nombre des moyens de nature à améliorer l'accueil des parents, alors que c'est une attente exprimée par 42 % des parents.

INDICATEURS DE SATISFACTION

A partir du niveau de satisfaction des parents concernant la douleur, il a été possible de faire des croisements avec différents éléments. Ainsi on trouve :

- plus de parents insatisfaits lorsqu'ils ont été découragés de rester pendant un soin ou un examen (30 % vs 15 %) ;
- moins de parents insatisfaits si on leur a proposé d'assister à un examen ou à un soin (50 % vs 66 %) ;
- plus de parents tout à fait satisfaits lorsqu'on leur a expliqué ce qu'ils doivent faire et ne pas faire pendant un soin (86 % vs 77 %) et qu'on les a mis à l'aise (86 % vs 70 %) ;
- plus de parents tout à fait satisfaits quand on leur a remis un feuillet d'information sur la douleur (26 % vs 17 %).

Sur ces questions, le seuil de significativité retenu (Khi-2) a été de 99 % (soit 1 % de risque d'erreur compte tenu de l'échantillonnage).

La tendance est cohérente. Elle suggère que les efforts de partenariat des soignants sont bien accueillis par les parents. L'analyse croisée des réponses permet de mesurer que la satisfaction des parents est principalement liée aux informations données sur la maladie, les soins et les examens, et à la possibilité d'être présents lors des soins.

Ces facteurs sont des déterminants directs de la satisfaction des parents.

LES ATTENTES DES SOIGNANTS CONCERNANT LES PARENTS

En règle générale, qu'attendez-vous des parents question (liste fermée, plusieurs réponses possibles)	
<i>Base répondants</i>	<i>170</i>
Qu'ils rassurent l'enfant	65 %
Qu'ils fassent un lien entre vous et l'enfant et vous aident à mieux le comprendre	58 %
Qu'ils donnent des repères familiaux à l'enfant	57 %
Qu'ils adhèrent au traitement de l'enfant	46 %
Qu'ils vous épaulent dans les gestes quotidiens	34 %
Qu'ils aident l'enfant à garder le moral	26 %
Qu'ils rassurent et distraient les enfants pendant des soins douloureux	22 %
Qu'ils fassent le lien entre l'enfant et le monde extérieur	19 %
Qu'ils établissent un lien d'attachement précoce, d'avoir une relation positive avec leur enfant	4 %
Qu'ils apprennent à s'occuper des soins de leur enfant, qu'ils soient conscients de leur compétence à prendre en charge leur enfant	2 %
Qu'ils ne gênent pas l'activité des soignants	1 %

Note : Les trois derniers items ont été ajoutés par les soignants, ils n'étaient pas présents dans la liste proposée.

Dans les réponses à cette question de portée générale, nous voyons que les professionnels attendent beaucoup des parents. Ils leur attribuent un rôle positif très important. L'image du parent passif, qui se contenterait de ne pas gêner les soins, est tout à fait dévalorisée (1 %). Toutes les attentes, sauf la dernière citée, vont dans le sens d'une recherche de partenariat entre parents et professionnels.

La présence des parents vous aide à... (liste fermée, plusieurs réponses possibles)	
<i>Base répondants</i>	<i>170</i>
Mieux comprendre l'enfant	74 %
Soigner plus facilement l'enfant	59 %
Bien préparer la sortie	48 %
Distraire l'enfant	39 %
Evoluer et à adapter vos pratiques	37 %
Soulager le personnel de certaines tâches auprès de l'enfant	35 %
Travailler dans une meilleure ambiance	24 %
Mieux adapter le traitement	11 %

Les réponses à cette question confirment que de nombreuses équipes considèrent la présence des parents comme une aide. Il est également significatif que plus du tiers des soignants considèrent que la présence des parents est un facteur d'évolution de leurs pratiques soignantes.

Mais ces parents qui sont perçus comme une aide précieuse peuvent représenter aussi pour les soignants, dans bon nombre de cas, une source de problèmes. La perception des parents par les soignants est volontiers ambivalente.

Diriez-vous que dans votre service, la présence des parents...	
<i>Base répondants</i>	<i>170</i>
Contribue à un bon fonctionnement et ne pose aucun problème	53 %
Et parfois source de tensions	65 %
Et source régulière ou importante de tensions ou conflits	4 %
Ne pose aucun problème	24 %

MISE EN ÉVIDENCE DES DIFFÉRENCES ÉVENTUELLES ENTRE LES DIFFÉRENTS TYPES DE SERVICES HOSPITALIERS, DU POINT DE VUE DE LA DOULEUR

Pour cela les résultats obtenus pour les différents types de services ont été comparés à ceux de l'échantillon général. Le seuil de significativité (Khi-2) retenu pour l'analyse a été de 95 % minimum (soit 5 % de risque d'erreur compte tenu de l'échantillonnage).

Il en ressort plusieurs points importants :

En pédiatrie générale

- La présence des parents auprès de leur enfant est un peu plus souvent autorisée pendant les soins douloureux (interdite pour 31 % de parents au lieu de 36 %).
- 47 % des parents n'ont reçu aucun document d'information (vs 39 %).

En néonatalogie

On trouve plus de services qui interdisent ou découragent les parents à être présents auprès de leur enfant lors de soins impressionnants ou douloureux :

- 56 % des services interdisent la présence des parents pendant les soins douloureux (vs 36 %).
- 26 % des parents ont été découragés à assister à certains soins ou examens (vs 15 %).
- Le problème majeur pour les parents en néonatalogie c'est l'inquiétude pour la santé de leur enfant (79 % vs 71 %).
- 10 % des parents citent des problèmes de gestion de la douleur de leur enfant (vs 15 %).

En service de soins lourds

On trouve nettement plus de services qui interdisent ou découragent les parents à être présents auprès de leur enfant lors de soins impressionnants ou douloureux.

- Dans 31 % des services, la présence des parents pendant certains soins ou examens n'est pas autorisée (vs 16,5 %) et 15 % des parents ont été découragés d'assister à un examen radiologique (vs 7 %).
- Par contre 60 % des parents ont reçu le livret d'accueil de l'hôpital (vs 43 %). Probablement en raison de la gravité des pathologies traitées, les autres documents sont plus souvent délivrés. 18 % des parents ont reçu des feuillets d'information sur la douleur (vs 13 %), 30 % des informations sur la maladie ou les soins (vs 21 %) et 21 % des feuilles d'informations pour l'enfant (vs 15 %).
- Comme en néonatalogie, et en relation évidente avec la gravité des situations, le problème dominant pour la plupart des parents reste l'inquiétude pour la santé de leur enfant (78 vs 71 %).

Mais cette inquiétude exprimée diffère finalement assez peu, dans ces situations graves, de ce qu'elle est pour l'échantillon global, toutes situations confondues. L'inquiétude ressentie n'est pas nécessairement parallèle à la gravité objective de l'état de l'enfant. Cette divergence est source de bien des malentendus.

En service de chirurgie

L'accueil des parents au bloc opératoire reste encore embryonnaire malgré la forte demande des parents. En effet :

- 88 % des services n'autorisent pas la présence des parents en salle d'endormissement (vs 51 %) et 93 % des parents déclarent que leur présence y est interdite (vs 81 %).
- 71 % des services n'autorisent pas la présence des parents en salle de réveil (vs 24 %) et 76 % des parents déclarent que leur présence y est interdite (vs 59 %).

En contraste avec ces chiffres, 44 % des parents voudraient pouvoir assister à l'endormissement ou au réveil en cas d'anesthésie (vs 30 % pour l'échantillon global). Là aussi la divergence est flagrante entre la situation vécue par les parents et leurs attentes.

En hôpital de jour

La présence des parents est beaucoup plus développée pendant les soins :

- Seulement 7 % des services interdisent la présence des parents pendant les soins douloureux (vs 38 %) ;
- Seulement 6 % des parents ont été découragés à assister à certains soins ou examens (vs 15 %).

Cette formule d'hospitalisation semble donc favoriser une plus grande implication des parents, et une meilleure acceptation de leur présence.

En service de sur-spécialités

L'implication des parents est là aussi plus importante pendant les soins et examens, probablement en raison de la chronicité de beaucoup d'affections traitées dans ces services. Ainsi la présence des parents est proposée pour :

- 25 % des parents en salle d'endormissement, ou de réveil ou pendant certains soins ou examens (vs 14 %) ;
- 78 % pendant un examen radiologique (vs 69 %) ;
- Seulement 7 % des parents n'ont pas été admis pendant des soins douloureux (vs 15 %).
- 84 % pour l'administration des médicaments.

Les différences enregistrées montrent bien l'hétérogénéité des situations. La place réservée aux parents est fortement dépendante des conditions matérielles, des situations pathologiques traitées et de l'organisation des soins.

EN CONCLUSION

Plusieurs enseignements utiles peuvent être tirés de cette enquête dans le domaine de la lutte contre la douleur de l'enfant.

Malgré un notable taux de satisfaction déclarée par les parents, des divergences se font jour entre les attentes des parents et la réalité vécue.

Ces divergences concernent surtout deux domaines :

- la présence des parents lors des soins, examens et au bloc opératoire, encore peu développée et qui reste très en deçà des recommandations contenues dans les textes officiels ;
- les informations données sur ces soins et examens et sur l'état de l'enfant.

La perception des parents par les soignants est dans l'ensemble positive. Beaucoup de soignants apprécient l'aide que leur apportent les parents. Mais dans le même temps les soignants semblent méconnaître à quel point une bonne information et des efforts dirigés vers le partenariat contribuent à la satisfaction globale des parents.

(L'ensemble des résultats de l'enquête ainsi qu'une synthèse peuvent être consultés sur le site www.sparadrapp.org).

RÉFÉRENCES

1. Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants – Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale – Secrétariat d'Etat chargé de la santé – Secrétariat chargé de la famille, de la population et des travailleurs immigrés.
2. *Charte de l'enfant hospitalisé*. EACH, Apache 1988.
3. Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie – Ministère de l'emploi et de la solidarité – Direction des hôpitaux.
4. Circulaire n° 161 DHOS/0/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique – Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
5. *Quand les parents témoignent... Pour réfléchir sur l'hospitalisation des enfants*. SPARADRAP, 2003.
6. *L'hôpital raconté par les enfants*. Association SPARADRAP, 1999.
7. Thompson R.H., Vernon D.T.A. Research on children's behavior after hospitalization : a review and synthesis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1993, Vol 14, N°1 : 28-35.
8. Carbajal R. Présence des parents lors des gestes douloureux. *Soins Pédiatrie – Puériculture* Masson juin 2003 ; n° 212 : 36-39.
9. *Soins douloureux en pédiatrie. Avec ou sans les parents ?* (film de formation et livret d'accompagnement) Association SPARADRAP. Paris, 2000.
10. *Pour en savoir plus sur la douleur de l'enfant*. (film de formation) Association SPARADRAP. Paris, 2003.
11. Circulaire DHOS/ED/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Paris, 2002.

PRÉSENTATION DU FILM « INFORMER PAR LE JEU À L'HÔPITAL. POUR PRÉPARER LES ENFANTS À UN SOIN, UN EXAMEN, UNE OPÉRATION... »

Françoise Galland - Directrice de l'association SPARADRAP, Paris
Bénédicte Minguet - Psychologue et Coordinatrice des projets d'humanisation
à la Clinique de l'Espérance à Liège, Belgique
benedicte.minguet@chc.be

Association SPARADRAP - 48 rue de la plaine - 75020 Paris

Théoriquement, tout le monde s'accorde à dire :

- Qu'il est nécessaire d'informer les enfants et les parents avant un soin, un examen ou une opération.
- Que le jeu est un moyen privilégié pour entrer en relation avec un enfant.
- Qu'il n'y a pas de « petit » ou de « grand » soin pour un enfant et qu'à l'hôpital chaque situation peut être anxiogène.
- Que les « premières fois » sont déterminantes pour les suivantes et qu'il faut prendre le temps de bien préparer les enfants pour éviter d'éventuelles peurs, voire des phobies.
- Qu'il est nécessaire de s'adapter à l'histoire de chaque enfant, de l'informer en fonction de ses expériences passées, de ce qu'il sait déjà.

Mais dans la pratique, comment faire ?

Il existe un dispositif « d'information par le jeu » qui permet de répondre efficacement à ces attentes et à ces besoins, et certaines équipes hospitalières le pratiquent ou l'expérimentent avec succès. Cependant utiliser le jeu avec un enfant dans le cadre des soins, c'est simple et compliqué à la fois !

Simple parce que l'enfant est le plus souvent disposé à utiliser cette technique, et compliqué, car pour la mettre en place, il faut pouvoir l'inscrire dans un projet de soin, partagé par l'équipe. Il faut lui donner un caractère « institutionnel » pour éviter que cette technique ne reste accessoire et anecdotique, comme la marotte de quelques membres.

DIFFÉRENTES PRATIQUES DU JEU À L'HÔPITAL

LES DIFFÉRENTES FORMES DE JEU

A l'hôpital, le jeu peut prendre différentes formes et elles ont toutes leur intérêt. Alors que certaines ne demandent aucune formation particulière et s'expriment selon la sensibilité et la personnalité de chaque soignant, d'autres au contraire demandent réflexion, organisation et formation.

Le jeu distraction : il permet à l'enfant de s'amuser, de se détendre, de mieux vivre les moments tels que les soins, les examens, les séparations, la solitude ou l'attente grâce à différents moyens couramment utilisés dans les services : le doudou, des jeux visuels, sensoriels, ou auditifs (sablier huile colorée et eau, jouet avec petites lumières clignotantes, labyrinthe aux murs, jeux imitant les bruits d'animaux...) (1).

Le support visuel d'information : c'est l'utilisation d'objets tels qu'une peluche, une poupée, une marionnette pour présenter les conséquences d'une opération ou d'un soin (la pose d'un drain, d'un cathéter...) d'une façon plus attractive et efficace. L'enfant peut voir, manipuler, toucher et pas seulement écouter ce qu'on lui explique.

Le dispositif de jeu : c'est placer l'enfant dans un cadre précis de jeu où l'enfant peut s'approprier l'information reçue sur sa maladie, son opération ou son traitement pour mieux maîtriser la situation. C'est aussi le moyen d'évaluer ce qu'il a compris en le voyant jouer sous nos yeux.

A L'ÉTRANGER

L'utilisation du jeu à l'hôpital recouvre des réalités ou des fonctionnements qui se sont développés de façon différente selon certains pays.

En Suède, les travaux d'Ivonny Lindquist, institutrice, ont démontré dans les années soixante-dix l'intérêt du jeu à l'hôpital et ont contribué à développer la thérapie par le jeu. Les thérapeutes par le jeu interviennent auprès des enfants dans des services de thérapie par le jeu au sein des hôpitaux (2).

Dans les pays anglo-saxons, Etats-Unis, Canada, Australie, l'information par le jeu est dispensée par des « *Child Life Specialists* »¹ (3). Ils accompagnent les enfants hospitalisés et pratiquent l'information par le jeu au quotidien grâce à des poupées et des marionnettes chirurgicales (*Patient puppets*)². Ce travail auprès des enfants a obtenu une véritable reconnaissance professionnelle.

En Belgique, depuis quelques années, la Clinique de l'Espérance à Liège a développé une autre approche pluridisciplinaire qui associe les différents professionnels dans le projet d'information par le jeu. Médecins, infirmières, instituteurs, éducateurs, psychologues sont parties prenantes et actifs dans la chaîne de l'information (4, 5). C'est cette expérience que l'association SPARADRAP a voulu promouvoir et présenter en s'associant avec Bénédicte

Minguet, psychologue et coordinatrice des projets d'humanisation des soins (6, 7), pour la réalisation du film de formation et proposer des sessions de formation sur ce thème. Ce projet a pu aboutir grâce au soutien de la Fondation de France et de la Fondation CNP.

En France à l'hôpital, il n'existe ni thérapeute par le jeu, ni « *Child Life Specialist* ». La profession la plus proche est celle d'éducateurs de jeunes enfants mais ces derniers ne sont pas forcément inclus dans la préparation des enfants et leur accompagnement lors des soins. Même si de nombreux services pédiatriques utilisent le jeu, cette pratique est plus ou moins bien institutionnalisée : seules quelques personnes motivées s'y investissent et elle garde encore trop souvent un caractère accessoire.

L'INFORMATION PAR LE JEU RÉPOND AUX BESOINS DE L'ENFANT

Le jeu a une fonction essentielle pour l'enfant, c'est pourquoi il est important de lui offrir une place à l'hôpital pour respecter la manière dont l'enfant se structure, grandit et apprend (8).

Au cours de son évolution, chaque enfant traverse des moments importants empreints d'inquiétude ou d'angoisse : la découverte de visages étrangers, la séparation d'avec la maman, les premiers pas à l'école... A chaque fois l'enfant y réagit, s'y adapte, aidé par l'adulte certes, mais aussi grâce à ses propres ressources, avec son propre langage, et la création d'un espace que l'on nomme transitionnel dans lequel le jeu prend toute sa valeur.

Le jeu est le moyen privilégié de l'enfant pour appréhender de nouvelles situations et faire face aux difficultés : jouer à l'hôpital fait le lien entre ce qui est connu et rassurant pour l'enfant et la nouvelle situation.

LE JEU COMME SUPPORT D'INFORMATION AIDE L'ENFANT À COMPRENDRE CE QUI VA SE PASSER

L'information par le jeu donne à l'enfant la possibilité de comprendre ce qui lui arrive, ce que l'on va lui faire, percevoir et intégrer ce que l'on attend de lui.

Plusieurs types d'informations sont nécessaires à l'enfant concernant le corps, le temps, l'espace, les sensations et les émotions (9) :

- **la maladie** : les différentes étapes, l'évolution à court, moyen ou long terme, les parties du corps concernées, les soins, examens, traitements, la prise en charge de la douleur, l'opération et ses conséquences ;
- **la succession des événements** qu'il va vivre et les différents lieux et personnes concernées : quitter sa chambre, prendre l'ascenseur pour la salle d'opération ou d'examen, se réveiller dans un autre lieu comme la salle de réveil, attendre, retourner dans sa chambre, savoir qui va s'occuper de lui dans chacun des différents lieux ;

- **les sensations** : au contact de certains matériels, équipements ou médicaments (froid, chaleur, serrement, douceur...), les bruits (scopes, alarme...), les odeurs (masque, gaz anesthésiant...), la douleur (l'intensité, les moyens de l'évaluer et de la soulager...);
- **les émotions** : la séparation d'avec les parents, les pertes de repères au moment du réveil, les drôles de rêves, la tristesse, la colère peut-être, mais aussi la joie, la satisfaction de faire face...

Les moyens, techniques ou supports pour informer sont nombreux et cette variété est fort utile pour s'adapter aux différents âges et à chaque enfant. Certains enfants sont plus sensibles aux documents écrits et illustrés, d'autres sont plus réceptifs à l'audiovisuel ou à l'informatique, d'autres, enfin préfèrent des représentations en volume qu'ils manipulent (poupées, personnages Playmobil®, peluches, maquette, matériel médical...).

Les objets ludiques sur lesquels sont représentés une pathologie, un traitement ou un examen (peluches, poupées, marionnettes) permettent d'accompagner et de faciliter la compréhension des explications orales données par l'équipe soignante. C'est aussi le moyen de s'adapter au mieux au niveau de connaissance de l'enfant ou de ses parents. L'information par le jeu encourage les enfants et les parents à poser des questions, à signaler leurs propres inquiétudes et permet de rassurer lors du soin en y faisant référence : « Maintenant, je vais te donner la prémédication, comme tu l'avais donnée à la poupée tout à l'heure... ».

LE DISPOSITIF DE JEU INCITE L'ENFANT À DEVENIR ACTEUR ET À MAÎTRISER LA SITUATION

Il est possible de donner une information de qualité grâce à des supports adaptés. Mais on peut aller plus loin encore : jouer le soin, le reproduire, le répéter sans conséquence préjudiciable et le partager sous une autre forme avec les soignants, peut augmenter la coopération de l'enfant au moment du soin et lui donner la possibilité de faire de son hospitalisation une expérience constructive.

Le dispositif de jeu permet en effet :

- de respecter le rythme d'intégration de l'information et d'autoriser la nécessaire répétition ;
- de passer du rôle passif à actif : l'enfant peut changer de rôle et devenir celui qui soigne, qui décide ;
- de passer d'une information réaliste, objective, au jeu symbolique, où l'enfant est libre de faire ce qu'il veut, d'imaginer, de rêver ;
- de donner à l'enfant la possibilité de canaliser et d'exprimer ses émotions, et même de dire « non » pour refuser une proposition de l'hôpital ! ;
- d'évaluer ce que l'enfant a compris ou ressenti et donc, à terme, d'adapter les pratiques hospitalières.

LE JEU, UN MOYEN DE PARTAGER L'ÉVÉNEMENT AVEC LES PARENTS, L'ENTOURAGE, L'ÉCOLE

Le fait de « maîtriser » la situation grâce au dispositif de jeu permet à l'enfant de partager son expérience en dehors de l'hôpital. Il est très important d'informer correctement les parents qui deviennent un relais de l'information, capables de répondre aux questions posées par l'enfant et sa fratrie, à la maison. Cette mission est d'autant plus facilitée que l'information leur a été donnée de manière indirecte. Dans le cadre du dispositif de jeu, ils écoutent ce que le soignant montre à l'enfant : « quand l'enfant joue, les parents apprennent ! ». De retour à la maison, l'enfant peut sans limite reproduire, répéter ce qu'il a vécu et entendu au travers du jeu. Il peut inviter dans son jeu ses frères et sœurs, ses amis, les élèves de son école.

C'est une manière pour l'enfant de développer l'estime de soi et cela participe à éviter le développement d'une phobie de l'hôpital ou des blouses blanches (10, 11).

L'INFORMATION PAR LE JEU AIDE LES SOIGNANTS DANS LEURS PRATIQUES

LE JEU FACILITE LA RELATION ET ÉTABLIT UN PARTENARIAT BÉNÉFIQUE ENTRE SOIGNANTS, ENFANTS ET PARENTS

Nouer une relation avec un enfant hospitalisé peut se faire instantanément ou prendre du temps. Chaque enfant est différent, chaque angoisse recèle une intensité différente et se réfère à une histoire que le soignant ne connaît pas. L'important, c'est de préparer le terrain de la rencontre. L'information par le jeu, par son dispositif ou par ses supports, fait comprendre à l'enfant, quasiment instantanément, l'effort réalisé par le service pour l'accueillir. C'est comme si une pancarte clignotait « Ici les enfants sont les bienvenus ! ».

Adapter l'hôpital aux besoins de l'enfant, et non l'inverse, traduit la volonté des soignants de rencontrer l'enfant sur son terrain. Cette recherche de partenariat est le début d'un cercle vertueux entre l'enfant, les parents et les soignants.

L'information par le jeu rend visible la dimension relationnelle de l'acte de soin fort peu valorisée. L'enfant — et les parents — y sont sensibles et perçoivent la bonne disposition du soignant à son égard. Ce moment privilégié agit également dans le sens d'une valorisation du travail des soignants et peut donc contribuer à la prévention de l'épuisement professionnel.

L'INFORMATION PAR LE JEU EST UN PROJET D'ÉQUIPE

Informer l'enfant par le jeu est une pratique d'équipe dans laquelle chaque professionnel joue son rôle selon sa formation, tout en partageant le même outil :

- le médecin l'utilise pour donner une information médicale à l'enfant, dialoguer avec les parents (par exemple la perte de cheveux pour l'oncologie), communiquer avec la fratrie ;

- la puéricultrice, l'infirmière, l'auxiliaire de puériculture pour montrer les soins et proposer de les reproduire (pour les maladies chroniques), décrire les conséquences postopératoires, évaluer la façon dont l'enfant vit les traitements en le voyant les reproduire ;
- le psychologue pour permettre l'expression des sentiments, des émotions ;
- l'instituteur pour aborder de façon pédagogique l'anatomie, le schéma corporel, approfondir les notions vues avec l'infirmière ;
- l'éducateur pour encourager l'enfant à jouer, à échanger, à répéter à son rythme le geste, le soin, l'opération...

L'information est donnée à différents moments, selon les besoins de l'enfant, son état émotionnel, mais également en fonction du temps disponible de chacun. L'infirmière montre les soins sur une poupée mais ne disposera pas toujours de tout le temps nécessaire pour accompagner l'enfant qui veut reproduire le geste. L'éducatrice peut alors prendre le relais. Le médecin répond aux questions des frères et sœurs et la psychologue revient sur un moment difficile en faisant parler la poupée...

L'information par le jeu crée une référence commune entre les différents professionnels et renforce la cohérence de l'équipe aux yeux de l'enfant et de sa famille. L'effet de cohérence sera d'autant plus fort que l'équipe s'est entendue sur les objectifs et le langage à utiliser avec les outils mis en place.

LA NÉCESSITÉ DE SE FORMER ET DE FAIRE DES PROTOCOLES

Pour s'investir de façon durable et efficace sur ce projet, il est nécessaire que des membres de l'équipe soient formés : au moins le cadre de santé du service et une ou plusieurs infirmières ou puéricultrices et idéalement d'autres membres (éducateur de jeunes enfants, médecin, psychologue...). Ces personnes pourront alors transmettre leurs connaissances et motiver le reste de l'équipe, afin que le projet ne retombe pas sur les épaules de quelques personnes qui s'épuiseraient. L'analyse des besoins et la sélection des priorités seront ensuite faites collectivement.

Il est également important de formaliser le projet et de concevoir un protocole des informations à donner : sur la maladie, les soins, les examens et la procédure, l'organisation, les lieux et les personnes rencontrées. C'est un travail qui prend du temps car il faut sélectionner les informations à donner pour chaque indication, les lister, les rédiger dans un langage adapté, les faire valider par les médecins. Cette formalisation permet de transmettre l'information aux autres membres de l'équipe, aux nouveaux arrivants, puis de l'améliorer selon les réactions des familles. C'est aussi l'occasion de repérer des pratiques inutiles ou des défauts dans la prise en charge de la douleur.

LE DISPOSITIF DE JEU, UN DISPOSITIF DONT LES EFFETS SONT ÉVALUABLES À COURT, MOYEN ET LONG TERME

L'information par le jeu a déjà fait la preuve de son efficacité. Au quotidien, les conséquences positives permettent aux équipes d'évaluer la qualité de leur travail.

A court terme, et pour les équipes qui pratiquent ce type d'information, l'examen et le soin sont plus tranquilles, l'ambiance est plus détendue. L'enfant ne pleure plus avant ou pendant le soin, à condition également que la prise en charge de la douleur soit efficace ! Le jour de l'opération, l'enfant arrive en terrain connu, il est donc moins craintif (12-14). Mais le fait qu'un enfant manifeste tout de même son mécontentement, sa colère, sa peur, alors que l'équipe l'a bien préparé, ne signifie pas nécessairement que l'information n'a pas été efficace. L'enfant se souvient de l'intention... Et dans tous les cas, l'équipe soignante aura évité une « surviolence » : celle de la surprise et de ne pas avoir été préparé à vivre ce moment difficile.

Dans le cadre des maladies chroniques, l'enfant est amené à revenir de nombreuses fois à l'hôpital et les équipes soignantes ont compris la nécessité d'instaurer très vite une relation de confiance. C'est d'ailleurs sans doute pour cette raison que les expériences d'information par le jeu ont débuté et perduré dans les services prenant en charge les enfants atteints de maladies graves ou chroniques. En effet, le retour positif des enfants aide les équipes à soutenir leurs efforts d'amélioration de la qualité de l'information et des soins et participe à l'amélioration de la qualité de vie des soignants.

A long terme, une information adaptée évite les développements de phobies et favorise les contacts sereins avec les soignants (15, 16). Par ailleurs, un enfant qui est capable d'évoquer son expérience à l'hôpital de façon positive (même s'il a vécu des moments difficiles) donne immédiatement à son auditeur une image plus nuancée de l'hôpital, qui contribue à prévenir d'éventuelles inquiétudes chez celui qui l'écoute et qui sera peut-être à son tour amené à fréquenter l'hôpital.

COMMENT UTILISER LE FILM : « INFORMER PAR LE JEU À L'HÔPITAL »

Le film montre en images une double réalité : l'évidence, l'efficacité et l'intérêt de l'approche, mais aussi la nécessité de méthode, de rigueur et de réflexion pour mener à bien le projet d'information par le jeu. Lorsqu'une équipe est intéressée par le propos, il est pertinent de lui présenter ce film pour permettre à chacun de réagir autour des potentialités que le projet offre mais également autour des difficultés qu'il pointe et qu'il est important de prendre en compte dès le départ du projet.

L'implantation d'un projet dans un service requiert différentes étapes, le film comme le livret d'accompagnement peuvent faire office de guide à différents moments :

➤ Au moment de la sensibilisation de l'équipe : pour proposer d'identifier les différents domaines d'application de ce projet, encourager une réappropriation pluridisciplinaire du

projet par le partage des différents points de vue de ses membres : quel est l'intérêt du médecin, de l'infirmière, de l'enfant, du parent...

- Au moment de la mise en pratique : la lecture du livret d'accompagnement présente les fondements théoriques et des balises méthodologiques. Il mène l'équipe plus loin dans la réflexion et propose des conseils pratiques³.
- Au moment de son implantation institutionnelle : le film comme le livret d'accompagnement présentent les difficultés auxquelles le service devra faire face pour avancer. Elles sont le plus souvent exprimées en termes d'inquiétudes ou de réticences de la part des équipes soignantes. En effet, il est courant d'entendre parler de la crainte de perdre du temps, de donner trop d'informations, de provoquer une réaction émotionnelle chez les parents...
- Le film comme le livret tentent de démontrer l'adéquation entre les besoins de l'enfant, de sa famille et le souci des équipes de créer des outils d'information basés sur le jeu. Ils insistent sur le fait que le temps investi par l'information par le jeu est un temps récupéré dans les soins, facilitant l'adaptation de l'enfant à son traitement. Loin d'être réduite à l'utilisation d'un simple jouet, l'information par le jeu se présente alors comme une démarche professionnelle qui multiplie les approches que fait l'enfant de sa maladie et soude l'équipe autour d'un même outil et d'un même langage... Démonstration à l'appui...
- Enfin pour les équipes qui le souhaitent, une formation de trois jours est possible au sein de leur établissement : voir les informations pratiques sur le site de sparadrap : www.sparadrap.org.

CONCLUSION

Pour que le jeu soit autorisé à sortir des salles de jeux, qu'il ne soit pas réduit à la seule distraction mais s'utilise dans l'information, pour que l'équipe entière s'en empare et non une seule personne, un grand travail de formation reste à faire. Dans ces conditions de formation et de formalisation, cette pratique simple et originale à la fois se développera et s'inscrira dans un véritable projet d'équipe d'humanisation des soins.

Nous sommes convaincus que le fait d'informer par le jeu à l'hôpital respecte les besoins des enfants et participe à une meilleure prise en charge des douleurs provoquées : « Quand on a moins peur, on a moins mal. » Plus largement, cette pratique aide les soignants à devenir « bien traitants ». A l'image des équipes soignantes qui ont innové et se sont mobilisées dans ce domaine, mais sans nier les difficultés à surmonter, nous voulons inciter le plus grand nombre à se lancer dans l'aventure.

INFORMATIONS PRATIQUES

RÉSUMÉ DU FILM

Un film qui permet en 33 minutes de présenter l'intérêt du dispositif d'information par le jeu à l'hôpital.

Support de communication entre l'enfant, ses parents et les soignants, le jeu est un outil d'information efficace qui permet à l'enfant de mieux comprendre le milieu qui l'entoure et ce que l'on attend de lui à l'hôpital, mais aussi de s'exprimer à ce sujet.

Le jeu aide les soignants à évaluer la compréhension que l'enfant a des soins, de l'opération ou de la maladie et à adapter au mieux leurs pratiques en fonction de chaque enfant, chaque famille.

Tourné dans des services de pédiatrie, de chirurgie, de cardiologie, de radiologie et d'onco-hématologie, le film présente de nombreuses situations dans lesquelles il est possible d'informer l'enfant par le jeu ainsi que les supports utilisés : personnages Playmobil®, poupées, marionnettes... L'enfant devient acteur de son traitement et il peut partager l'événement avec son entourage. Parents et soignants témoignent de l'efficacité de son approche. Le film pointe les étapes nécessaires pour que ce projet se partage en équipe : la réflexion, la formation, l'organisation.

Sans nier les difficultés à surmonter, ce film invite les équipes pédiatriques à s'investir dans cette démarche qui a fait ses preuves.

FICHE TECHNIQUE

Auteurs : Françoise Galland, directrice de l'association SPARADRAP et Bénédicte Minguet, psychologue et coordinatrice des projets d'humanisation des soins à la Clinique de l'Espérance, Liège

Réalisation : Richard Hamon

Production : Association SPARADRAP

Production exécutive : Mosaïque films

Durée : 33 minutes

Format : VHS ou DVD gravé

Livret d'accompagnement : de 36 pages, comprenant apports théoriques, conseils pratiques, découpage minuté du film, bibliographie

Script : le script complet du film est disponible sur rubrique Catalogue puis Films

Lieux de tournage

► En France :

- Centre hospitalier universitaire d'Angers, Service de radiologie pédiatrique B

- Hôpitaux civils de Colmar, Le Parc, Centre de la mère de l'enfant
- Hôpital cardiologique Louis Pradel à Lyon – Unité 41 Service de cardiopédiatrie
- En Belgique :
 - CHC Clinique de l'Espérance de Liège – Département pédiatrique

COMMENT SE PROCURER LE FILM ?

- Auprès de l'association SPARADRAP

Adresser la commande par courrier ou sur le site Internet, possibilité de paiement en ligne
Association SPARADRAP 48, rue de la Plaine 75020 Paris
Tél. : 43 48 11 1 80 – Fax : 01 43 48 11 50 - contact@sparadrap.org - www.sparadrap.org.

- La Fondation CNP enverra gratuitement un film au format VHS accompagné de son livret à tous les instituts de formation et aux facultés de médecine qui lui en feront la demande. Cette offre est valable jusqu'au 31 décembre 2005 dans la limite d'un stock de lancement de 1 000 cassettes.

Adresser la demande par courrier, mail ou fax à : Fondation CNP Héron Building 66 avenue du Maine 75682 Paris CEDEX 14 – Fax : 01 42 18 92 85.

RÉFÉRENCES

1. Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant. Cohen-Salmon Didier, 2004. Site Internet du CNRD Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. www.cnr.fr.
2. *L'enfant à l'hôpital. La thérapie par le jeu. 20 ans après Lindquist, Ivonny.* Association Apache, 2004 Téléchargeable uniquement sur le site : www.apache-france.net.
3. Gaynard L., Wolfer J., Golberger J., Thompson R., Redbum L., Laidley L. *Psychosocial Care of children in hospitals : A Clinical practice Manual.* Child Life Council, 1998.
4. Respect de l'enfant hospitalisé. Moins de peur, moins de mal ? Paroles d'hôpital ! *Congrès d'humanisation des soins et de prise en charge de la douleur en pédiatrie*, Liège, Belgique, 13 décembre 2002.
5. Minguet B. Le jeu, outil relationnel d'information pour l'enfant à l'hôpital. *Flash* janvier 2001 ; n° 43, Belgique.
6. Minguet B. Les liens entre la démarche d'humanisation des soins et les initiatives de prise en charge non pharmacologique de la douleur : genèse des projets dans l'empathie entre les soignants et les patients. *Bulletin d'éducation du patient, Centre d'éducation du patient ASBL*, 4 rue Fond de la Biche 5530 Godinne, Belgique, 1999. Vol. 18, n° 3-4 : 116-119.
7. Minguet B. Le jeu. *Outil d'information pour l'enfant à l'hôpital.* Les cliniques Saint-Joseph ASB. Belgique, 1999, 20 min, VHS SECAM.
8. Winnicott D.W. *Jeu et réalité. L'espace potentiel.* Gallimard, 2002.

9. Galland F., Cohen-Salmon D., Herrenschildt S. *L'hôpital, j'y comprends rien ! Comment informer les familles sur le fonctionnement de votre service*. Petit guide SPARADRAP, 2000.
10. Ellis J., Spanos N. Cognitive-behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures : A critical review. *Journal of pain and symptom management* 1994 ; 9 (2) : 96-108.
11. Cohen L.L., Blount R.L., Panopoulos G. Nurse coaching and cartoon distraction : an effective and practical intervention to reduce child, parent, and nurse distress during immunizations. *Journal of Pediatric Psychology* 1997 ; 22 (3) : 355-70.
12. Farenheim E., Wintergest U., Belorahdsky B.H. Reducing pain experience of IV injection in chronically ill children. *Monatsschrift Kinderheilk* 1993 ; 141 (4) : 330-2.
13. Young M.R., Fu V.R. Influence of play and temperament on the young child's response to pain. *Children Health Care* 1988 ; 16 : 209-15.
14. Zelikovsky N., Rodrigue J.R., Godycz C.A., Davis M.A. Cognitive behavioral and behavioral interventions help young children cope during a voiding cystourethrogram. *Journal of Pediatric Psychology* 2000 ; 25 (0) : 535-43.
15. Kuttner L. Management of young children's acute pain and anxiety during invasive medical procedures. *Pediatrician*. 1989 ; 16 (1-2) : 39-44.
16. Schiff W.B., Kristen D.H., Peterson N., Rakusan T. Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV infection. *Journal of Pediatric Psychology* 2001 ; 26 (7) : 417-27.

DOULEUR ET TROUBLES COMPORTEMENTAUX APRÈS CHIRURGIE ORL (« VÉGÉS », « YOYOS ») EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT

Rémy Amouroux - Psychologue, Unité Fonctionnelle d'Analgésie Pédiatrique, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

Rachel Gooze - Etudiante en psychologie, Association Sparadrap, Paris

Didier Cohen-Salmon - Anesthésiste, DAR Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

INTRODUCTION

L'adénoïdectomie et la pose d'aérateur trans-tympanique comptent parmi les interventions chirurgicales les plus fréquentes chez l'enfant, représentant en France jusqu'à deux tiers des interventions pratiquées avant 4 ans (1). Elles sont couramment pratiquées en hospitalisation de jour. Par conséquent l'essentiel des suites opératoires se passe au domicile, hors de la surveillance des équipes soignantes, et la charge de la surveillance et des soins repose sur la famille. De ce fait, nous disposons de très peu de renseignements sur les suites opératoires, tant en ce qui concerne la douleur postopératoire que sur le comportement de l'enfant et la perception parentale de ce type d'intervention.

Il a été montré que dans la chirurgie pédiatrique en hospitalisation de jour, la prise en charge de la douleur de l'enfant au domicile est souvent inadéquate (2). Après une hospitalisation de jour pour intervention chirurgicale chez l'enfant, des changements de comportement de l'enfant sont fréquemment notés. Leur fréquence est très variable, allant de 28 à 88 % des enfants selon les études (3).

Une précédente étude (4) avait montré l'existence d'une douleur postopératoire, et d'autre part un pourcentage élevé de changements comportementaux à domicile chez les enfants opérés. Cette étude a eu pour but de confirmer ces résultats sur un effectif plus important, d'évaluer la douleur postopératoire après la sortie de l'enfant, et d'examiner la corrélation éventuelle entre la douleur au domicile et les changements comportementaux.

POPULATION

Soixante-quatre enfants ont été étudiés consécutivement sur une période de 4 mois par deux investigateurs non impliqués dans la prise en charge anesthésique et analgésique. Tous les enfants étaient classés ASA 1 ou 2. Ils étaient admis en hospitalisation de jour pour adénoïdectomie et/ou pose d'aérateur trans-tympanique. Tous les parents et enfants ont accepté de participer à l'étude.

Les 64 enfants étaient âgés de 4,3 ans ($\pm 2,4$) et se répartissaient de la manière suivante : 28 adénoïdectomies (VG), 16 poses d'aérateur trans-tympanique (ATT), 20 associations des

deux interventions (VG-ATT). Il n'y avait pas de différences significatives d'âge entre les trois groupes (VG $3,7 \pm 2,4$ ans ; VGATT $4,4 \pm 2,2$ ans ; ATT $5,2 \pm 2,6$ ans). Le nombre moyen d'hospitalisations préalables par enfant était de 0,9. Pour 48,4 % des enfants il s'agissait de la première hospitalisation.

MÉTHODE

PROTOCOLE ANESTHÉSIQUE

Tous les enfants ont été vus en consultation pré-anesthésique. Au cours de celle-ci des explications sur l'intervention et l'étude ont été données aux parents et à l'enfant. Celui-ci a pu essayer le masque d'anesthésie et a reçu un livret de préparation « Je vais me faire opérer – Alors on va t'endormir » (5). La prémédication comprenait du midazolam (0,5 mg/kg) par voie rectale trente minutes avant l'heure prévue de l'anesthésie. L'anesthésie a été induite par le sévoflurane au masque à la concentration de 6 % dans un mélange oxygène-protoxyde d'azote à 50 %.

65,6 % des enfants ont été intubés (71,4 % des VG, 95 % des VG-ATT et 18,8 % des ATT).

26,6 % ont reçu au cours de l'anesthésie du sufentanyl (25 % des VG, 40 % des VG-ATT et 12,5 % des ATT). 34,4 % ont reçu de la méthylprednisolone (39,3 % des VG, 45 % des VG-ATT et 12,5 % des ATT).

L'analgésie postopératoire comprenait du paracétamol (15 mg/kg) administré par voie veineuse pendant l'anesthésie (84 % des cas). Dans 9,4 % des cas aucun antalgique n'a été administré. 4,7 % des enfants ont reçu du paracétamol par voie rectale et 1,6 % de la morphine par voie veineuse.

En cas d'efficacité clinique insuffisante, la morphine (26,6 %), la nalbuphine (14,1 %) et le paracétamol (4,7 %) ont été utilisés comme antalgique de relais en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Les 40,7 % qui ont reçu un morphinique se répartissaient de la façon suivante : 35,7 % des VG, 43,8 % des ATT, 45 % des VG-ATT.

EVALUATION DE LA DOULEUR

La douleur postopératoire a été évaluée en utilisant une version modifiée de l'échelle Objective Pain Scale (OPS) comprenant quatre items : pleurs, mouvements, comportement et expression de la douleur. Les résultats de cette échelle se traduisent par un score à 8 points, chaque item pouvant être coté 0, 1 ou 2 selon la présence et l'intensité de la caractéristique évaluée. Les enfants ont été évalués à trois reprises, à la sortie du bloc opératoire, à la sortie de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), et enfin à la sortie de l'hôpital. Pour des raisons de commodité, l'Echelle numérique simple (ENS) d'auto-évaluation de la douleur a été utilisée quotidiennement en hétéro-évaluation par les parents pendant la semaine suivant l'intervention.

MODALITÉS DE SÉPARATION PARENTS/ENFANTS ET PRÉSENCE DES PARENTS AU RÉVEIL

Les modalités de séparation entre l'enfant et ses parents étaient les mêmes dans les trois groupes. Après la prémédication, les enfants étaient accompagnés par un brancardier jusqu'au bloc opératoire. Les parents n'étaient pas présents lors de l'induction anesthésique.

Lors de cette étude, la présence des parents au réveil en SSPI était une pratique récente. Elle s'effectuait à l'initiative de l'équipe infirmière. Dans 57,9 % des cas un parent a été admis auprès de l'enfant en SSPI (33 mères et 4 pères).

RECUEIL DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX POSTOPÉRATOIRES

La recherche de modifications du comportement de l'enfant a fait appel à la version simplifiée du Post-Hospital Behavior Questionnaire (PBHQ) de Vernon et Schulmann (6). Celle-ci a été réalisée par Kotiniemi *et al.* (7) à partir du questionnaire original en 27 items à partir d'une étude sur une population d'enfants en hospitalisation brève. Cette version simplifiée en sept items PHBQ évaluée, à l'aide de questions fermées standardisées, dans quelle mesure le comportement de l'enfant a été modifié par rapport au niveau habituel.

Le questionnaire explorait différentes dimensions du comportement de l'enfant : la sollicitation parentale, les colères, les réveils nocturnes, l'alimentation, les frayeurs, les cauchemars et les problèmes à l'endormissement. Pour chaque item, les parents pouvaient choisir entre trois réponses : « moins qu'avant », « autant qu'avant », « plus qu'avant ».

Le jour de l'intervention les parents ont reçu un formulaire de recueil de données pour le PBHQ et l'ENS. On leur a expliqué comment utiliser ces outils. Ils ont été contactés téléphoniquement à deux reprises, le lendemain et le septième jour après l'intervention afin de recueillir ces données.

RÉSULTATS

SCORES DE DOULEUR

Score OPS

Le score de douleur moyen, évalué à l'entrée en SSPI à l'aide de l'Objective Pain Scale, est de 3,5 (\pm 3,2). Il existe une différence significative ($p < 0,05$) entre le groupe VG d'une part (OPS = 4,6 \pm 2,8), et les groupes ATT (OPS = 2,6 \pm 3,3) et VG-ATT (OPS = 2,7 \pm 3,1) d'autre part.

La moyenne des scores OPS à la sortie de SSPI est de 1,4 (\pm 2,1). A la sortie de l'hôpital il est de 0,5 (\pm 1,0). Il n'existe pas de différences significatives entre les groupes pour ces deux dernières évaluations.

Il existe un lien statistique entre la présence d'un parent en SSPI et le premier score OPS recueilli lors de l'arrivée de l'enfant en SSPI. Le score moyen des enfants pour lesquels un

parent a été appelé en SSPI ($4,5 \pm 2,9$) est significativement plus élevé ($p < 0,01$) que celui des enfants dont les parents n'étaient pas présents ($2,2 \pm 2,9$).

Il existe un lien entre le type d'intervention et la présence des parents : respectivement 67,9 % et 65 % des parents d'enfants des groupes VG et VG-ATT étaient présents en SSPI, contre 31,3 % de ceux du groupe ATT ($p < 0,05$).

Score OPS	Effectif total	VG	ATT	VG-ATT
Entrée SSPI	$3,5 \pm 3,2$	$4,6 \pm 2,8$	$2,6 \pm 3,3$	$2,7 \pm 3,1$
Sortie SSPI	$1,4 \pm 2,1$	$1,4 \pm 1,6$	$1,6 \pm 2,4$	$1,6 \pm 2,4$
Sortie hôpital	$0,5 \pm 1,0$	$0,6 \pm 1,1$	$0,3 \pm 0,8$	$0,5 \pm 0,9$

Score ENS

Au retour à la maison, 93,8 % des enfants ont reçu au moins une fois du paracétamol prescrit systématiquement. Les scores de douleur recueillis à la maison sont globalement faibles : seul le groupe VG obtient un score ENS supérieur à 2 le premier jour du retour à la maison. Dès le 4^e jour, tous les scores sont inférieurs à 1.

ENS	Effectif total	VG	ATT	VG-ATT
J1	$1,75 \pm 2,430$	$2,214 \pm 2,833$	$0,875 \pm 1,544$	$1,800 \pm 2,308$
J2	$0,719 \pm 1,988$	$1,259 \pm 2,611$	$0,200 \pm 0,775$	$0,450 \pm 1,605$
J3	$0,766 \pm 1,832$	$1,393 \pm 2,409$	$0,125 \pm 0,500$	$0,400 \pm 1,273$
J4	$0,656 \pm 1,664$	$0,893 \pm 2,025$	$0,625 \pm 1,586$	$0,350 \pm 1,089$
J5	$0,500 \pm 1,436$	$0,714 \pm 1,863$	$0,313 \pm 0,873$	$0,350 \pm 1,089$
J6	$0,486 \pm 1,345$	$0,714 \pm 1,697$	$0,125 \pm 0,500$	$0,450 \pm 1,234$
J7	$0,391 \pm 1,190$	$0,679 \pm 1,634$	$0,125 \pm 0,500$	$0,200 \pm 0,696$

Scores PBHQ

75 % des parents ont rapporté l'existence d'au moins un trouble du comportement 24 heures après la sortie. Après 7 jours, 40,6 % des parents ont mentionné la fréquence accrue d'au moins un de ces troubles. Mais pour chaque catégorie de troubles, au moins un enfant sur deux ne présente pas de changement.

Les changements les plus fréquemment rapportés étaient la sollicitation parentale accrue, les colères et les troubles de l'endormissement.

Il existe une différence significative ($p < 0,05$) concernant la fréquence des réveils nocturnes à 7 jours entre les groupes VG, ATT et VG-ATT : 28,6 % des parents d'enfants opérés des végétations ont rapporté plus de réveils nocturnes qu'avant l'opération, tandis qu'aucun des parents d'enfants des groupes ATT et VG-ATT ne signalait ce phénomène.

Magnitude des changements comportementaux 24 heures après l'intervention			
Comportement	Moins qu'avant	Autant qu'avant	Plus qu'avant
Sollicitation parent	0 %	59,4 %	40,6 %
Colères	7,8 %	54,7 %	37,5 %
Réveils nocturnes	1,6 %	78,1 %	20,3 %
Problèmes d'alimentation	3,1 %	76,6 %	20,3 %
Frayeurs	6,3 %	84,4 %	9,4 %
Cauchemars	1,6 %	89,9 %	9,4 %
Problèmes d'endormissement	7,8 %	70,3 %	21,9 %
Magnitude des changements comportementaux 7 jours après l'intervention			
Comportement	Moins qu'avant	Autant qu'avant	Plus qu'avant
Sollicitation parent	0 %	76,6 %	23,4 %
Colères	7,8 %	78,1 %	14,1 %
Réveils nocturnes	9,4 %	78,1 %	12,5 %
Problèmes d'alimentation	6,3 %	84,4 %	9,4 %
Frayeurs	1,6 %	89,1 %	9,4 %
Cauchemars	3,1 %	89,1 %	7,8 %
Problèmes d'endormissement	1,6 %	85,9 %	12,5 %

DISCUSSION

Après adénoïdectomie en ambulatoire, la douleur est habituelle et 80 % des enfants nécessitent une analgésie au domicile. Le retour à la normale se fait habituellement en trois jours (8). Dans le travail de Nikanne (9), la douleur au domicile reste le plus souvent modérée, mais elle est qualifiée de sévère pour 20 % des enfants. La douleur à la déglutition est plus sévère que la douleur de repos.

Mais il est possible que l'adénoïdectomie telle qu'elle est décrite dans des travaux nord-américains ou finnois diffère sensiblement de la technique française, ce qui rend les comparaisons difficiles. Les protocoles anesthésiques et chirurgicaux ne sont pas les mêmes, de même que la durée moyenne de l'intervention.

Dans notre étude, les scores de douleur sont restés globalement faibles. D'autre part, à l'entrée en SSPI, la douleur des enfants opérés des végétations est significativement plus forte que celle des enfants qui ont subi des poses d'aérateurs accompagnées ou non d'adénoïdectomies. Cette différence significative entre les scores de douleur initiale des adénoïdectomies d'une part, les poses d'aérateurs accompagnées ou non d'adénoïdectomies d'autre part, s'explique probablement par une prise en charge anesthésique et analgésique peropératoire différente, qui dans le deuxième cas couvrirait mieux la douleur du réveil. En effet, une analgésie peropératoire par le sufentanyl est plus souvent utilisée quand l'adénoïdectomie est associée à une pose d'aérateurs.

L'insuffisance du paracétamol seul, au moins à la dose utilisée (15 mg/kg) est confirmée par le pourcentage important (40 %) des enfants qui doivent recevoir un morphinique de relais en SSPI.

Cette insuffisance est indirectement démontrée par les nombreux travaux qui proposent d'autres approches analgésiques : utilisation d'anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS), de tramadol (10), paracétamol rectal à haute dose (40 mg/kg) combiné à un AINS (11).

La présence des parents à l'induction et en SSPI est une pratique encore peu fréquente dans les hôpitaux français (12, 13). Lorsqu'elle est mise en place, cette mesure est perçue comme un acquis important aussi bien par les parents que par les équipes soignantes (14). Les deux tiers des enfants étudiés ont bénéficié de la présence d'un parent en SSPI. Au moment de l'étude, la présence des parents en SSPI était une pratique relativement récente dans le service. Elle n'était pas systématique, mais laissée à l'appréciation de l'équipe infirmière.

Nous avons mis en évidence un lien statistique entre un niveau de douleur plus important à l'entrée en SSPI, le type d'intervention (comprenant une adénoïdectomie), et la présence d'un parent. Les deux premiers facteurs sont prédictifs de l'appel au parent.

De ce fait l'appel aux parents a pu être décidé du fait des manifestations de l'enfant. Ce lien entre le premier score OPS, évalué avant que le parent soit présent, et l'appel au parent suggère une confusion possible entre douleur et détresse, et une utilisation de la présence du parent pour répondre aux manifestations de l'enfant, plutôt que comme un élément constituant de la prise en charge globale de l'enfant opéré. Rappelons que, dans ce service, la décision de faire entrer un parent en SSPI avait été prise devant la difficulté de différencier la douleur et la détresse, en l'absence du parent. Un des buts recherchés était de pouvoir réaliser une évaluation plus fiable de la douleur.

La diminution rapide des scores de douleur ultérieurs, évalués eux en présence des parents, peut correspondre à une baisse objective du niveau de douleur. Mais il est également possible que le premier score OPS mesure aussi en partie la détresse psychologique de l'enfant. Il se confirmerait ainsi qu'une évaluation fiable du niveau de douleur ne peut se faire que dans des conditions de stabilité émotionnelle suffisante, assurée au mieux par la présence du parent en SSPI.

Le mode de recueil du PHBQ a différé par rapport à la première étude puisque l'interrogation des parents était comparative par rapport à l'état antérieur des enfants. Cette méthode de passation du PHBQ est considérée comme la plus sensible (15). Elle permet d'enregistrer l'absence de changement, et aussi les changements jugés positifs par les parents.

Pour toutes les catégories de troubles étudiés, au moins la moitié des enfants ne présente pas de changement selon les parents. Les changements jugés positifs concernent un faible pourcentage d'enfants. Les pourcentages de changements jugés négatifs sont toujours élevés. Les principaux troubles cités sont la sollicitation accrue des parents et les colères. Ils relèvent donc des deux catégories « anxiété de séparation » et « agressivité envers l'autorité » du questionnaire de Vernon.

Pour Tuomilehto (16), l'adénoïdectomie en hôpital de jour avec traitement préventif de la douleur occasionne une incidence négligeable de troubles du comportement. Dans cette étude, ces troubles ont été recherchés à une et trois semaines après l'opération. Les troubles les plus fréquents à une semaine (recherche d'attention, colères, excitation, pleurs et éveils nocturnes) semblent pourtant plus fréquents que dans notre étude.

Contrairement aux résultats de notre étude précédente, les troubles de l'alimentation ne touchent ici que 20 % des enfants à 24 heures et diminuent rapidement par la suite.

Contrairement aux résultats rapportés par Kotiniemi, l'occurrence de changements du comportement de l'enfant après l'opération ne semble pas être liée à des niveaux élevés de douleur au domicile.

CONCLUSIONS

Au total, le protocole anesthésique et analgésique utilisé chez les enfants étudiés laisse persister une douleur de réveil nécessitant un traitement de relais chez de nombreux enfants, en particulier après adénoïdectomie seule. En revanche cette douleur diminue rapidement pour atteindre des niveaux très faibles à la sortie de l'hôpital et au domicile.

La différence significative que nous avons retrouvée entre la douleur initiale après adénoïdectomie seule et après adénoïdectomie associée à une pose d'aérateurs, suggère une possible banalisation de l'adénoïdectomie non associée à un autre geste chirurgical. Ce phénomène retentirait sur la prise en charge anesthésique et analgésique de l'adénoïdectomie seule.

Le lien entre le score de douleur initial et l'appel au parent en SSPI soulève la question des motivations de l'appel au parent pour les soignants. Les relations entre l'évaluation de la douleur en SSPI et la présence d'un parent pourraient être éclairées par des études comparatives.

Notre précédente étude émettait l'hypothèse d'un lien éventuel entre douleur au domicile et troubles comportementaux. Les faibles niveaux de douleur évalués par les parents ne sont pas en faveur d'un lien causal entre ces deux facteurs. La question des déterminants de ces troubles comportementaux, ouvrant la voie à une prévention, reste donc ouverte.

RÉFÉRENCES

1. Clergue F., Auroy Y. French survey of anesthesia in 1996. *Anesthesiology* 1999 ; 91 : 1509-20.
2. Wolff A.R. Tears at bedtime : a pitfall of extending day-case surgery without extending analgesia. *British Journal of Anesthesia* 1999 ; 82 (3) : 319-320.
3. Kain Z., Mayes L.C., Wang S.M., Hofstadter M.B. Postoperative behavioural outcomes in children. Effects of sedative premedication. *Anesthesiology* 1999 ; 90 : 758-65.

4. Amouroux R., Cohen-Salmon D. Végés, yoyos, évaluation de la douleur. In : *La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Neuvième journée de l'Unesco*, 17 décembre 2001, ATDE, Paris.
5. *Je vais me faire opérer- Alors on va t'endormir*. Sparadrap, Paris, 1996.
6. Vernon D.T.A., Schulmann J.L., Foley J.M. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. *American Journal of Diseases of the Child* 1966 ; 111 : 581-93.
7. Kotiniemy L.H., Ryhänen P.T. Behavioural changes and children's memories after intravenous, inhalation and rectal induction of anaesthesia. *Paediatric Anaesthesia* 1996 ; 6 : 201-07.
8. Kokki H., Ahonen R. Pain and activity disturbance after paediatric day case adenoidectomy. *Paediatric Anaesthesia* 1997 ; 7 (3) : 227-31.
9. Nikanne E., Kokki H., Tuovinen K. Postoperative pain after adenoidectomy in children. *British Journal of Anaesthesia* 1999 ; 82 (6) : 886-89.
10. Viitanen H., Annila P. Analgesic efficacy of tramadol 2 mg/kg (-1) for paediatric day-case adenoidectomy. *British Journal of Anaesthesia* 2001 ; 86 (4) : 572-5.
11. Viitanen H., Tuominen N., Vaaraniemi H., Nikanne E., Annila P. Analgesic efficacy of rectal acetaminophen and ibuprofen alone or in combination for paediatric day-case adenoidectomy. *British Journal of Anaesthesia* 2003 ; 91 (3) : 363-7.
12. Cohen-Salmon D., Constant I., Murat I. Enquête sur la présence des parents lors de l'induction anesthésique. Communication au 40e Congrès national de la SFAR. Palais des Congrès 24-27 septembre 1998. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1998 ; 17 (8) : R167, 896.
13. Association SPARADRAP. *Enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital. Synthèse des résultats*. Paris 2005.
14. Hall P.A., Payne J.F., Stack C.G., Stokes M.A. Parents in the recovery room : survey of parental and staff attitude. *BMJ* 1995 ; 310 : 163-4.
15. Thompson R.H., Vernon D.T.A. Research on children's behavior after hospitalization : a review and synthesis. *Development and Behavioral Pediatrics* 1993 ; 14 (1) : 28-35.
16. Tuomilehto H., Kokki H., Ahonen R., Nuutinen J. Postoperative behavioral changes in children after adenoidectomy. *Archives of Otolaryngology : Head and Neck Surgery* 2002 ; 128 (10) : 1159-64.