

« Je suis bien dans mon lit ! »

Une démarche interdisciplinaire visant à améliorer le positionnement de l'enfant

Dominique Chapelier, Véronique Leerschool

Kinésithérapeutes pédiatriques, service de révalidation pédiatrique,
clinique de l'Espérance, CHC de Liège

Nous nous sommes posé la question de savoir si le positionnement d'un enfant pouvait avoir un impact sur son ressenti douloureux. Dans cette hypothèse, un positionnement adapté pourrait-il diminuer la douleur de l'enfant ? Pour cela, nous nous sommes réunis médecins intensivistes, infirmières et kinésithérapeutes afin de partager les propositions de tous et les contraintes de chacun, l'objectif commun étant le confort et la sécurité pour l'enfant et l'équipe soignante.

Démarche

Afin de se conformer au mieux à la réalité, il était important que notre réflexion soit soutenue par une situation vécue dans notre travail.

- Tout d'abord, réunir l'ensemble des intervenants et constater que l'angle de vue de chacun est évidemment différent.
- Ensuite, accorder nos regards et puis nos gestes dans une représentation commune du positionnement et du bien-être de l'enfant : apprendre à « photographier » en quelques secondes la position de l'enfant et répondre par des gestes simples sous forme d'un protocole court et précis.
- Enfin, imaginer un matériel adapté sur le plan du positionnement de l'enfant mais aussi au niveau des règles d'hygiène et d'entretien du matériel hospitalier.
- La ligne de conduite étant « le confort et de la sécurité de l'enfant et de l'équipe soignante ».

Bases théoriques

Les bases du positionnement font référence au développement neuromoteur de l'enfant sain, c'est-à-dire ses automatismes posturaux, antigravitaires, sa motricité volontaire qui lui permettent en temps normal de s'adapter à toute situation.

L'observation de la position spontanée du jeune enfant nous apporte déjà de nombreux éléments d'évaluation mais aussi de correction possible chez l'enfant malade :

- la colonne est maintenue en contact avec le plan du lit ;
- la tête est dans l'axe et à ce moment, l'enfant est capable de ramener les deux mains vers la ligne médiane ;
- le bassin est enroulé avec la capacité de tenir les membres inférieurs en flexion, en antigravitaire.

De plus, le mieux-être est un point essentiel du positionnement de l'enfant :

- la notion de contenant ;
- la qualité du contact ;
- l'environnement sécurisant.

Protocole

Les gestes sont simples, inspirés du développement neuromoteur de l'enfant sain. La manipulation de l'enfant est toujours douce avec un mouvement enveloppant et sans perte du contact :

- empaument du *bassin* pour l'enrouler et le positionner dans l'axe du corps ;
- *alignement* tronc, épaules et tête ;
- positionnement de la *tête* en tenant compte des contraintes ;
- *enroulement* des épaules ;
- *contenant* sécurisant.

Ou ce que l'on peut aussi appeler BATEC = « *Je suis Bien Avec Toi Et mes Coussins* ».

Notre expérience

Au départ, nous avons travaillé en équipe sur deux situations.

Transport en ambulance

Nous avons évalué ensemble les éléments limitatifs du positionnement de l'enfant :

- l'urgence de la situation ;
- le monitoring ;
- les voies d'accès veineux ;
- l'oxygénothérapie ;
- le ballonnement dû au transport ;
- la limitation de la liberté de mouvement pour l'opérateur.

Nous avons alors proposé différentes solutions :

- comme moyen de contention, choix d'une attelle de dépression pour adulte (bras ou jambe) ;
- sac de couchage adapté ;
- manœuvre rapide et précise comportant enroulement du bassin, placement du boudin sous les jambes, alignement de l'axe du corps et placement de la tête dans l'axe à l'aide d'un petit coussin (application du BATEC) ;
- prévention et vérification des accès nécessaires à l'ensemble des soins prodigués à l'enfant pendant le transport et adaptation en fonction ;
- dépression de l'attelle avec maintien de la position ;
- adaptation des épaules dans l'attelle (modelage de celle-ci). Il est important dans ce cas précis de faire attention au dégagement des voies respiratoires.

Installation au lit

Nous avons évalué ensemble les éléments limitatifs du positionnement de l'enfant :

- la position proclive du lit de l'enfant : pas d'enroulement naturel du bassin ;
- l'éventuelle voie centrale ou tout matériel limitant la mobilité de la tête et de la nuque ;
- les voies d'accès vasculaire et le choix du site ;
- l'alternance de la position.

Nous avons répertorié le matériel existant :

- le « Doomoo » permettant d'avoir une position confortable et corrigée tout en ayant une position déclive et accessible ;
- du matériel courant de type serviettes, coussins malléables pour positionner la tête et l'ensemble du corps ;
- une table chauffante.

Nous avons ensuite imaginé un matériel adapté à savoir un « cocon » modulable qui répondait à nos conditions d'installation. Avec l'aide d'une couturière nous avons alors conçu un prototype. Nous l'avons ensuite soumis à l'essai dans les différents services, accompagné d'une fiche d'évaluation. Après 6 mois, nous avons pu apporter les modifications nécessaires pour améliorer et concevoir un produit final.

Ce matériel sera alors confectionné au sein de l'institution en quantité adaptée à chaque service.

Dans un deuxième temps, nous avons mis en place la formation de l'ensemble des infirmières au protocole BATEC. Trois services sont concernés : les soins intensifs pédiatriques, la pédiatrie générale et la chirurgie-oncologie, chacun ayant ses spécificités en matière de formation (individualisées, en groupe, etc.). L'objectif étant qu'elles s'approprient la technique d'installation.

Conclusion

Cette démarche nous a permis d'échanger nos expériences et compétences autour de l'enfant hospitalisé afin d'adapter son mieux-être et son positionnement, à la satisfaction de tous et dans le respect de notre idée de départ : *confort et sécurité pour l'enfant et l'équipe soignante*.

La dernière phase de ce projet reprendra un feedback des équipes soignantes quant au protocole BATEC, au matériel utilisé et l'évaluation de cette démarche.

Bibliographie

De Woot C, Baldewyns P. *Un bébé, comment ça marche ?* Bruxelles : Latitude junior ; 2007.

Le Metayer M. *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant – éducation thérapeutique, 2^e éd.* Collection « Kinésithérapie pédiatrique ». Paris : Masson ; 1999.

Pinol B, Lacan C, Cambonie G. *Évaluation précoce sensorielle et motrice du nouveau-né vulnérable*. Montpellier : Sauramps Médical ; 2011.

Trusceli D, Mazeau M, De Barbot F et al. *Les infirmités motrices cérébrales – réflexions et perspectives sur la prise en charge*. Paris : Masson ; 2008.