

Cette lettre d'information est désormais diffusée exclusivement par mail. N'hésitez pas à la transmettre, l'imprimer et l'afficher dans vos services.

20^e Journées « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? »
Mardi 3 décembre 2013 : Conférences thématiques — Unesco
Lundi 2 & mercredi 4 décembre 2013 : Ateliers de formation — Faculté St-Antoine (Paris) — Quelques places encore disponibles
Inscriptions sur www.pediadol.org

Faire un travail de recherche clinique : pourquoi, comment ? Réussir en 10 étapes

● POURQUOI ?

- Pour montrer objectivement l'efficacité d'une pratique
- Pour améliorer la qualité des soins
- Pour permettre la valorisation de son travail
- Pour publier ses résultats et servir de référence
- Pour faire un audit ou une EPP (Évaluation des pratiques professionnelles)

● COMMENT ?

Exemple : Une équipe d'un hôpital pédiatrique souhaite évaluer ses pratiques concernant un examen quotidien.

1 Formulation d'une question

Dans notre service, la prise en charge de la douleur des enfants lors des bilans urodynamiques est-elle optimale ?

2 État des lieux des pratiques

Les bilans urodynamiques se déroulent en présence des parents, sous MEOPA systématique depuis 2 ans, dans une atmosphère calme et ludique. Une information orale sur le déroulement de l'examen et ses désagréments éventuels est donnée dès la prise de rendez-vous avec la remise d'un livret explicatif.

Recherche documentaire : d'autres équipes ont-elles publié sur ce sujet ? Existe-t-il des études, des recommandations ?

3 Hypothèse de départ

Une bonne information en amont et l'utilisation du MEOPA permettent de réaliser l'examen dans de bonnes conditions, diminuent la douleur liée à la pose de la sonde urinaire et suscitent la satisfaction des enfants, des parents et des soignants.

4 Formulation d'un objectif précis

Le but de l'étude est d'évaluer la douleur de l'enfant provoquée par cet examen afin de mettre en évidence l'efficacité des

moyens mis en place (présence des parents, information, environnement calme, MEOPA, etc.).

5 Choix du critère de jugement (d'évaluation)

La mesure de la douleur aux 3 temps de l'examen (introduction de la sonde, remplissage de la vessie, retrait de la sonde) en auto-évaluation avec l'échelle des visages, en hétéro-évaluation par un observateur extérieur ne réalisant pas le geste (DAN ou FLACC ou CHEOPS selon l'âge).

6 Préparation du projet

- Réalisation des supports pour le recueil et la saisie des données qui permettront d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse annoncée (toutes les données doivent être exploitables)
- Description de l'organisation pratique, définition du rôle de chacun et des modalités pratiques de l'étude (début de l'étude, qui fait quoi, quand, comment ?)

7 Réalisation de l'étude selon un protocole prédéfini

8 Analyse des données et interprétation des résultats

9 Évaluation de l'impact sur les pratiques professionnelles au quotidien

Validation du protocole.

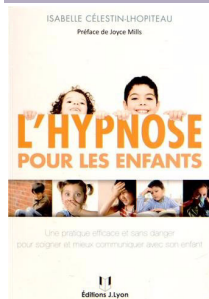
10 Diffusion des résultats

Dans le service, en réunion de CLUD, en congrès, dans une revue scientifique.

Une « petite étude » avec quelques patients, accompagnée d'une réflexion de service peut générer de grands changements. Une recherche plus ambitieuse destinée à publication dans une revue scientifique exige une méthodologie plus complète : effectif plus important, calculé a priori, demande de l'avis du Comité de protection des personnes, etc.

À lire

I. Célestin-Lhopiteau



Ce livre, destiné aux parents et aux soignants, apporte des réponses claires sur l'hypnose, grâce à de nombreux exemples, exercices et témoignages de praticiens, à travers un triple éclairage donné par les neurosciences, la psychologie et l'anthropologie. Présentation de l'hypnose comme pratique de soin et art de la communication pour les adultes, les enfants... et les soignants. L'hypnoanalgésie pour les soins est peu abordée.

Éditions Josette Lyon - juin 2013

Le « problème » de la codéine

Depuis l'alerte de l'ANSM recommandant de ne plus utiliser la codéine chez les enfants de moins de 12 ans et jamais après amygdalectomie, des groupes d'experts (SFP – SFETD – SFCE – SFAR) se sont réunis pour réfléchir aux alternatives possibles. Nous recommandons désormais une stratégie en deux étapes (comme l'a fait l'OMS) :

1. paracétamol + AINS (sauf contre-indication) ;
2. (ou d'emblée selon le degré de douleur) morphine, orale ou IV selon la situation et les modalités possibles de surveillance.

La place du tramadol et de la nalbuphine reste à discuter selon les équipes.

Emmaillotage ou contention...

... quelles(s) différence(s)

L'embaillotage pour favoriser l'endormissement pendant les premières semaines de vie revient à la mode dans les pratiques de puériculture à domicile.

Mais l'embaillotage pour réaliser un soin, à l'hôpital, doit bien être distingué de la contention. Il peut jouer le rôle de contenant qui rassure l'enfant, mais ne doit pas devenir le moyen d'obtenir de force une relative immobilité lorsque l'enfant proteste ou se débat ! De plus si l'embaillotage est trop serré, interdisant tout mouvement, il sera source de stress pour le bébé.

L'efficacité de l'embaillotage pour diminuer la douleur est controversée et l'on retrouve peu d'études sur ce sujet.

Le regroupement en flexion de la tête et des membres (*facilitating tucking*) a montré une supériorité antalgique et doit donc être associé à l'embaillotage.

Ces deux méthodes peuvent être utilisées de la naissance à 1 mois, bien que la littérature manque pour étayer ces préconisations. Elles doivent toujours être accompagnées d'autres moyens antalgiques : succion non nutritive, solutions sucrées, crème anesthésiante, dans le cadre d'une relation chaleureuse avec le bébé et ses parents.



La distraction high-tech à portée de main aux urgences pédiatriques



L'équipe des urgences de l'hôpital Armand Trousseau utilise depuis 2012 des tablettes tactiles pour distraire les enfants lors des soins. Celles-ci sont disponibles dans les lieux stratégiques de soin : salles de sutures, de prélèvement. L'équipe a peaufiné au fil des utilisations le choix des programmes en fonction de l'âge de l'enfant y compris chez le bébé pour lequel des applications spécifiques sont proposées. Par ailleurs un système de support orientable de la tablette a été mis au point pour optimiser son utilisation dans toutes les situations de soins. Cette initiative a été récompensée par le Trophée des patients 2013.

Armengaud JB et al. *Réalités pédiatriques* 2013

Pas d'écran à la rencontre

Aujourd'hui l'accompagnement de l'enfant lors du soin devient une véritable priorité pour de nombreuses équipes pédiatriques. L'utilisation de la distraction, de l'hypnoanalgésie lors des soins se généralise. Les supports de distraction virtuelle s'invitent dans les salles de soin. Ces initiatives sont à saluer et à reproduire. Néanmoins il convient de rappeler certains incontournables. L'accompagnement de l'enfant par le soignant implique un engagement relationnel auquel aucune médiation technologique ne pourra se substituer. Certaines étapes sont à respecter. Accompagner un enfant lors d'un soin nécessite de le **rencontrer**. La rencontre ne peut avoir lieu que si le soignant parvient à rejoindre l'enfant. Cette étape peut parfois s'avérer complexe tant l'enfant est débordé par l'anxiété ou la douleur. Dans ces situations, le soignant doit faire preuve d'inventivité et d'adaptabilité. Il s'agit d'emblée de permettre à l'enfant d'exprimer ses émotions, de les reconnaître pour passer dans un second temps à la distraction de l'attention et à la réalisation du soin.



Quand un soin se passe mal...

Il n'est pas rare que lors d'un soin l'enfant commence à s'agiter, refuse le soin, se débat. Ces situations sont à décrypter afin de mieux y faire face. Voici quelques repères pour adapter nos stratégies :

1. dans « l'urgence » : interrompre un soin qui se passe mal ;
2. laisser le temps à l'enfant de souffler, de retrouver le calme ;
3. observer ce qui se passe et réfléchir ; l'enfant était-il agité d'emblée ? (ce qui prédisait l'échec) Quel moment a dé-

clenché le refus et l'agitation ? Quelles sont les expériences antérieures, les représentations que l'enfant a du soin, celles de ses parents ? Faut-il administrer des antalgiques plus puissants ? Ajouter un anxiolytique (midazolam) ?

4. le soin peut-il être repris « dans la foulée » ? Moyennant des ajustements, des explications, de nouveaux moyens médicamenteux ou non ?
5. à distance du soin, décrypter la situation avec l'enfant et sa famille, et en équipe, pour prévoir le soin suivant dans de meilleures conditions.

Agenda

- 8^e JOURNÉE DU CNRD 14 OCTOBRE 2013 — PARIS
DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS

www.cnrdr.fr

- PROCHAINE RÉUNION DE LA SFCE 29 NOVEMBRE 2013 — PARIS
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS ET LEUCÉMIES DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

sfce.douleur@chu-nancy.fr

- 13^e CONGRÈS DE LA SFETD 13-16 NOVEMBRE 2013 — PARIS
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

www.sfetd-douleur.org

Encore bien d'autres informations sur www.pediadol.org