

Concertation autour du soin : la clé du succès

Céline Brunet

IDE, chirurgie pédiatrique CH Le Mans
Avec l'aide des IDE et AP de chirurgie pédiatrique
et le soutien du cadre de santé N. Saci
Et un grand merci au Dr B. Tourniaire pour son soutien et son aide

Contexte

Dans notre service, les soins douloureux sont réalisés en binôme avec si possible la présence des parents.

Les soins les plus courants sont : les poses de perfusions, les mises en traction (pour les fractures de fémurs), les soins de brûlés (la peau brûlée est enlevée à l'arrivée puis la brûlure est nettoyée tous les jours à l'Hibiscrub®). Nous prenons en charge les brûlures touchant moins de 5 % de la surface corporelle de l'enfant.

Dans le service, nous avons travaillé sur l'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la douleur et sur sa traçabilité dans le dossier de soin, mais pas sur des situations de soins se déroulant mal.

Les conditions de réalisation de certains soins posaient problème (avec certains « binômes » plus que d'autres), et m'avaient interpellée, mais je n'en avais pas discuté avec mes collègues. Je n'avais de solution à proposer.

En réalisant le DIU : « Douleur de l'enfant en pratique quotidienne », pour lequel un projet professionnel de type « Changement des pratiques » devait être réalisé, cette réflexion m'est apparue intéressante à travailler.

Certains binômes étaient plus « efficaces » et permettaient des soins les moins douloureux possibles.

En revanche, avec d'autres binômes, les soins étaient plus difficiles à gérer de part et d'autre. En effet, chaque soignant donnait à l'enfant des directives différentes, ce qui engendrait un soin long, anarchique, et en l'occurrence plus douloureux. Cette désorganisation peut avoir des conséquences néfastes pour l'enfant (peur pour les soins futurs, phobie, perte de confiance dans le monde médical, etc.).

Était-ce un problème de binôme ou de soin plus ou moins difficile ? Quand tout se passe bien, la coordination est moins nécessaire, à l'inverse, en cas de difficultés, elle le devient. À la réflexion, il semblait exister des binômes « efficaces » quasiment quelles que soient les conditions : les binômes les plus anciens, chacun connaissant la façon de travailler de l'autre et s'adaptant très facilement à la situation.

Vignette clinique illustrant une des situations

Lors d'un décapage de mains d'un enfant de 4 ans, nous étions trois soignants à réaliser le soin :

- je réalisais le soin technique ;

- une auxiliaire de puériculture (AP) tenait le MEOPA ;
- une 2^e AP lavait l'enfant et m'aidait à le mettre dans la bonne position pour le soin.

J'ai remarqué qu'au même moment :

- je demandais à l'enfant de tourner la main pour réaliser le soin ;
- l'AP qui s'occupait du MEOPA lui disait de respirer calmement et doucement ;
- et celle qui le lavait, lui demandait comment s'appelait sa maîtresse.

Cette situation interpelle : personne ne s'écoute et l'enfant se retrouve assailli de questions et/ou de directives, ce qui n'est efficace ni pour la prise en charge de sa douleur, ni pour la qualité du soin.

Comment réaliser un soin douloureux à plusieurs, avec une bonne coordination ? Est-il possible d'éviter ces chevauchements de paroles, ces questions désordonnées... chacun cherchant sur le moment à faire de son mieux ?

Comment nous coordonner au mieux ?

Objectif de travail

Harmoniser nos pratiques professionnelles avec une définition précise du positionnement et du rôle de chaque soignant lors d'un soin douloureux ou anxiogène.

Dans ce domaine la littérature est très pauvre.

Le décret de loi n° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier (et plus précisément les articles R.4311-2, R.4311-5 et R.4311-8) définit et positionne l'infirmier comme acteur responsable dans la prise en charge de la douleur tant dans son rôle propre que dans son rôle sur prescription.

Aucun texte ne régit l'interaction entre les différents acteurs concernés lors d'un soin douloureux.

En revanche cette problématique a été abordée dans un article de *Soins infirmiers et douleur*, 2^e édition. Paris, Masson 2004 qui définit la complexité du sujet : « À l'image d'un puzzle, une équipe pluridisciplinaire est constituée de professionnels ayant chacun une fonction, un rôle. C'est un peu comme si chacun occupait, dans la prise en charge de la douleur, l'espace d'une pièce de ce puzzle. Chacun dispose d'une zone d'autonomie, d'initiative, de créativité et de la possibilité d'occuper l'espace de toute la pièce qui lui est dévolue, sans pour autant en dépasser la limite. C'est l'emboîtement admirable de toutes ces pièces les unes dans les autres qui garantit la réussite du projet. [...] Cette organisation est longue, difficile, hésitante. Elle nécessite une volonté, un engagement personnel et quotidien de tous. Elle conduit à un réaménagement de l'équipe tant dans la définition des rôles, chacun devant rester vigilant et disponible, que dans la détection de signaux, souvent furtifs qui sont autant de portes entrouvertes pour entrer en relation avec les patients »

Dans ce passage, la prise en charge de la douleur est évoquée dans sa globalité et non spécifiquement lors d'un soin, ce sujet n'ayant pas été, à ma connaissance, abordé dans la littérature.

Méthodologie

Pour mieux identifier nos pratiques, nos comportements lors d'un soin, nos difficultés et nos points forts, nous avons décidé de filmer des soins au quotidien. Lors d'un soin, il est difficile

d'être à la fois participant et observateur. À distance, le visionnage des films permettrait une analyse objective du déroulement du soin, de la position de chaque soignant, etc. Des extraits évocateurs seraient retenus et visionnés en réunion d'équipe, servant de support à notre réflexion.

Le but de ce travail a été expliqué à toutes mes collègues lors des transmissions infirmières(IDE)/AP.

Cette décision a été rapidement acceptée par tous les soignants du service. L'adhésion de l'ensemble de l'équipe au projet a été importante puisque, une caméra ayant été laissée à disposition du personnel, même en l'absence de la personne responsable du projet, les autres soignants ont filmé des soins.

Résultats

Au total 15 films ont été réalisés, sur des soins douloureux nécessitant la présence d'au moins deux soignants, de janvier à avril 2013.

Un travail préalable de « tri » des séquences les plus parlantes a été fait. Les extraits retenus ont été visionnés lors d'une réunion d'équipe (était présents 5 IDE et 5 AP ainsi que le cadre du service). Cette réunion a permis d'aborder de nombreux sujets relatifs aux soins, de discuter et de réfléchir ensemble à nos pratiques et à nos habitudes de service.

Toutes les personnes présentes ont pu s'exprimer facilement et librement, permettant d'aborder aussi des points de désaccord comme : faut-il expliquer tout le soin à l'enfant ? (cela peut créer de la peur) ; quand le soin se passe bien, faut-il être deux soignants ? (sans les deux soignants, le soin se déroulerait-il aussi bien ?) Pourquoi ne pas dire que l'on pique au moment de la pose de perfusion puisque c'est « la vérité » ?

Nous avons également discuté de la possibilité de créer une salle de soin pour la réalisation des soins douloureux mais cette idée n'a pas été retenue par manque de locaux et nous n'avons pas eu de retour d'enfants qui ne voulaient plus être dans leur lit par peur d'un nouveau soin douloureux.

Des points forts et des axes d'amélioration de nos pratiques professionnelles ont pu être mis en évidence.

Cette réflexion pluri-professionnelle a permis d'élaborer une conduite à tenir pour la prise en charge d'un enfant lors d'un soin douloureux ou anxiogène, et d'aboutir à l'écriture d'une fiche technique.

Cette fiche technique a été mise en pratique de juin à septembre 2013 et est affichée dans le bureau infirmier. Chaque soignant a lu la fiche et essaye désormais de respecter les différentes étapes lors de la réalisation d'un soin douloureux. Elle permet que l'équipe se remette en question. À plusieurs reprises, des collègues lors d'un soin ont pensé s'être organisés ou que le soin aurait pu être plus adapté en faisant telle ou telle chose, comme le décrit la fiche.

Nous projetons de filmer à nouveau des soins en octobre 2013, pour pouvoir observer de manière objective, lors d'une réunion d'équipe en novembre 2013, les progrès réalisés et ce qui reste encore à travailler.

Conclusion et perspectives

Comme le dit la littérature, il s'agit d'un travail long, difficile et hésitant.

Les familles et les enfants ont été partie prenante de cette amélioration. Ils ont tous accepté d'être filmés et de participer au projet et ils trouvent ce travail intéressant et pour certains nécessaire.

Pour mener à bien ce type de projet, le soutien du corps médical et du cadre du service sont indispensables. Et l'équipe doit être humble, se remettre en question à tout moment, et savoir discuter sans jugements ni préjugés.

Mais le travail réalisé par toute cette équipe de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier du Mans montre que c'est possible !

Avec le soutien du cadre de service, nous avons en projet de réaliser la fiche technique sous forme de film qui sera mis à disposition sur les ordinateurs des différents services. En effet visualiser l'organisation d'un soin douloureux à plusieurs soignants est plus efficace que de lire une fiche technique.

Fiche technique

- À l'**admission**, en même temps que les habitudes alimentaires, l'**AP demande les préférences** de jeux, de musique, etc. Ces renseignements seront approfondis lors des discussions que l'enfant ou le parent aura avec l'AP lors de la toilette (tout **noter** sur le dossier de soins).
- Avant de commencer le soin :
 - la place de chacun et son rôle seront définis, qui distraira : la maman ou l'AP, sans oublier de faire participer l'enfant si possible ;
 - l'**AP place** chaque protagoniste en accord chacun et l'enfant. Maman souvent à la tête de l'enfant, l'IDE et l'AP sont bien installées (lit monté si nécessaire...);
 - veiller à ne pas être dérangé : l'**IDE donne le téléphone** du service à une collègue qui ne sera pas présente au soin (ou le week-end le laisser dans le bureau infirmier).
- Pendant le soin :
 - pendant que l'IDE se prépare, l'**AP explique** à l'enfant et aux parents tout le déroulement du soin. Par ex : « on va enlever la bande puis nettoyer avec de l'eau (ça peut être froid), puis on va enlever les fils, nettoyer à nouveau et refaire le pansement ». Si l'AP n'est pas sûre du déroulement du soin, elle demande à l'IDE avant ou pendant l'explication. Chaque explication doit se faire avec des mots simples et adaptés à l'âge de l'enfant. Pour finir elle lui demandera s'il a tout compris ou s'il a des questions. **Ne jamais mentir, ni minimiser** ;
 - ne pas oublier d'expliquer ce que l'enfant peut ressentir sous MEOPA (euphorie, paresthésies de la bouche des pieds et des mains, sensation de chaleur, sensibilité aux bruits et à la lumière, sensation de lourdeur ou de légèreté, etc.) ;
 - l'**AP choisit le moyen** de distraction, de diversion... qui sera le plus adapté à l'enfant (sous la responsabilité de l'IDE). Pour cela elle s'aide de la mallette de distraction. Le choix du moyen pourra être adapté tout au long du soin. Si le parent veut jouer ce rôle, l'AP doit l'accompagner et le guider si besoin ;
 - l'**AP met le masque de MEOPA** si nécessaire (l'IDE aura au préalable **donné les antalgiques** ou prémédication nécessaire); le masque peut être placé initialement en laissant l'enfant assis, dans son lit ou dans les bras de ses parents. Il sera allongé et positionné secondairement, quand l'effet du MEOPA se sera fait sentir ;
 - demander à l'enfant, s'il est en âge de le comprendre, s'il veut participer au soin, le regarder ou au contraire, en être distrait ;
 - **avant de commencer le soin, l'IDE attend l'efficacité** de la distraction. En effet si l'enfant n'adhère pas tout de suite à celle qui lui est proposée ou si elle ne paraît pas efficace assez rapidement, les personnes présentes pourraient vouloir suggérer d'autres stimulations, retardant parfois encore plus l'efficacité de la distraction car l'enfant sera submergé de propositions. Il faut parfois un peu de temps à l'enfant pour choisir la proposition qui lui plaît ;
 - « pendant le soin, l'IDE ne doit pas systématiquement décrire ce qu'elle fait car il peut être difficile pour l'AP de capter l'attention de l'enfant vers quelque chose de

positif, si régulièrement on le ramène à la réalité du soin. Parfois, il est préférable de ne pas prévenir l'enfant même s'il le souhaitait, si l'IDE juge au cours du geste que c'est l'attitude à avoir. Il sera toujours possible d'expliquer à l'enfant, après le soin, la raison de son choix. » (Distraire les enfants lors des soins. Sparadrap.) ;

- pendant le soin **l'enfant peut participer** à ce qu'on lui fait. « *Le fait que l'enfant pleure, refuse le soin (agitation, cris...) ne signifie pas obligatoirement que les soignants sont dans l'échec mais que l'enfant est toujours inquiet, qu'il n'a pas compris, qu'il n'est pas d'accord et c'est son droit. Quand ces situations se produisent, il est nécessaire après le soin de faire le point avec l'enfant, d'en parler en équipe pour essayer d'analyser ce qui a fait défaut.* » (Questions/réponses. Sparadrap) ;
- il faut respecter le silence, si l'enfant ne veut pas parler, mais s'il est sous MEOPA, toutes les 2-3 min lui demander s'il se trouve dans un lieu agréable, s'il se sent bien, détendu, pour qu'il se sente accompagné, pour vérifier qu'il ne parte pas dans un « mauvais » rêve ;
- pendant toute la durée du soin il faut maintenir une **ambiance détendue**.
- Quand le soin est fini :
 - **l'IDE** demande à l'enfant de **verbaliser son ressenti** sur ce qui s'est passé et sur ce qui pourrait être amélioré pour le prochain soin (toutes ces propositions doivent être **écrites** dans son dossier de soin pour en tenir compte lors d'un soin futur) ;
 - **ne pas s'éparpiller** pour ranger le matériel... et laisser l'enfant seul, l'accompagner jusqu'au bout ; ne pas enlever le masque du MEOPA trop vite, on peut arrêter le MEOPA et lui laisser le masque sur le visage et c'est lui qui décidera de l'enlever.
- **Si le soin se passe mal, c'est-à-dire, si l'enfant a mal, pleure, se débat... :**
 - interrompre le soin. Comprendre pourquoi ça ne va plus (soin trop long, douleur trop importante, etc.). **L'IDE explique à l'enfant** ce qui reste à faire pour que le soin soit fini ;
 - **laisser à l'AP le temps** de le distraire à nouveau (par un autre moyen de distraction ou de diversion si besoin), de **faire un câlin à maman** ou papa, l'IDE donne si possible un autre traitement antalgique et dès qu'il est à nouveau calme reprend le soin. On peut demander de l'aide à une autre collègue, mais cette dernière **doit suivre les instructions** des soignants déjà présents.

Bien choisir ses mots pendant le soin :

- appeler l'enfant par son prénom et non par des noms familiers comme ma chérie, ma louloutte, mon cœur... ;
- ne pas minimiser avec le mot « juste » (je vais juste...), ou « petit » (c'est un tout petit...), « c'est fini » alors que le soin est loin d'être fini ;
- ne pas imposer ces propres désirs : « tu ne regardes pas, tu penses à la mer..., c'est le fait d'enlever le pansement qui fait le plus mal... ». L'enfant a sûrement d'autres envies, d'autres peurs... que nous ;
- faire attention à nos remarques : « rassure-toi, ça ne va pas faire mal ! », l'enfant ne retient que le mot « mal » ;
- poser toujours des questions ouvertes, lui laisser le temps de répondre, et prendre en compte sa réponse ;

- mieux vaut dire « je vais prélever, commencer ou faire le soin » que « je vais piquer » ;
- ne pas dire « c'est rien ! », « ce n'est pas grave », « n'ai pas peur ! », « tais-toi ! » « chut ! », « sois sage (gentil) ! », « si tu pleures je fais sortir maman... Il fait marcher sa maman », « on ne peut rien faire de plus : c'est normal ! », « ça ne fait pas si mal, ce n'est rien », « ce n'est pas de la douleur, c'est de la peur », « n'y pense pas, tu auras moins mal ! »...

Pour permettre aux soignants de mieux adapter leur attitude au développement cognitif de l'enfant, une fiche est proposée, présentant les étapes de développement et les perceptions de la douleur selon les âges :

Perception de la douleur de l'enfant selon ses capacités cognitives – Florence Reiter, psychologue

Âge	Compréhension	Perception de la douleur
0-2 ans	Se repère par ses 5 sens. N'a pas de schéma corporel, notion du temps et de l'espace. Ne relie pas de cause à des conséquences.	Pas de notion de soulagement possible. Pas de contrôle possible. Détresse globale, angoisse, repli, hostilité. Il est complètement démuni et envahi par la douleur.
3-6 ans	Capable de parler d'objet, de personne ou d'événements qui ne sont pas en rapport à la situation actuelle. Ses pensées sont centrées sur lui-même. Il n'a pas notion de quantité. Phase d'opposition-imitation. Pas de lien entre cause et conséquence.	Les pensées sont dominées par les sensations, pas de distance possible. Il a un sentiment de punition ; méchanceté et douleur sont associées. Il croit à une disparition magique de la douleur. Il est réceptif aux explications.
7-11 ans	Il a besoin de support concret. Il comprend la notion de réversibilité. Il n'est plus centré sur lui. Distingue les causes des conséquences.	Il peut bien localiser la douleur ; comprend les mécanismes concrets et les causes de la douleur. Il a un sentiment de punition. Il est fervent d'explications.
12-16 ans	Capacité d'émettre des hypothèses, d'en tirer des conclusions, de faire des plans d'actions, de tenir compte de plusieurs variables.	Anticipation du soulagement. Référence active aux expériences passées. Il peut comprendre les implications néfastes de la douleur et des traitements.

Pour permettre aux soignants de proposer des distractions adaptées à l'âge de l'enfant, deux fiches sont proposées :

Distraction de l'enfant lors de soin douloureux – Guide méthodologique CH de Sarrebourg

Distraction	0-1 an	1-4 ans	5-10 ans	11 ans et +
Ouïe	Berceuse, musique douce, bâton de pluie, hochets musicaux	Animaux de la nature, instruments de musique	CD sur les bruits de la nature	CD de musique d'ados
Vue	Bâton de pluie, marionnettes en forme d'animaux, comptines animées	Comptines animées, bulles de savon	Photos d'idoles, décoration de la pièce, jeux de lumière, mobile au plafond	Idem 5-10 ans
Toucher	Caresses de maman, gestes enveloppants, fabrication de cocons	Livres avec reliefs, plumes, instruments à vent, balles de mousse, poupée	Idem 1-4 ans	Jeux ou balle antistress
Odorat/Goût	Eau sucrée/vanille	Feutres parfumés, poupées parfumées	Idem 1-4 ans	

Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant – CNRD
Isabelle Celestin-Lhopiteau (psychologue)

Stratégies de distraction	Exemples
Faire un dessin	Le Squiggle : très simple à exécuter. D'abord le soignant trace une courbe libre sur une feuille et laisse l'enfant le compléter à sa guise pour en faire un petit dessin. Ensuite l'enfant réalise une autre courbe de son choix et l'adulte le complète. Cela se fait plusieurs fois à tour de rôle. Cela focalise facilement l'attention de l'enfant. L'accès à l'imaginaire se fait de façon extrêmement simple et ludique.
Regarder ou manipuler des jouets spécialement attrayants et inhabituels compter avec lui des objets, des images	
Souffler des bulles de savon réelles ou fictives	
Présenter des livres	Pour les plus jeunes, il est intéressant de proposer les livres en relief, ceux également où il faut ouvrir une fenêtre pour découvrir quelque chose derrière
Écouter de la musique, chanter une chanson	La musique préférée aide la personne souffrante à mieux tolérer la douleur, quel que soit le style de musique
Faire jouer une marionnette	
Regarder un dessin animé, proposer un jeu vidéo	
Respirer	Comme une locomotive, comme un ballon de baudruche qui se dégonfle

L'association Sparadrap donne des exemples de diversions pour que les équipes développent leur imagination :

- « surprendre agréablement les enfants avec un objet, un jeu intrigant, une activité qu'ils ne connaissent pas. Ce qui est nouveau est toujours très attractif !
Ex : « Je parie que j'aurai fini le soin avant que tu aies trouvé les 7 différences sur l'illustration ! », « Qui saura mieux dessiner la Tour Eiffel sur le tableau ? », « Qui connaît la blague la plus bête ? »
- faire exprès de se tromper pour faire réagir l'enfant : en expliquant quelque chose, en comptant une série de chiffres, en transformant les paroles d'une chanson connue... ou prévenir l'enfant que vous allez volontairement vous tromper ou modifier des paroles et qu'il doit repérer l'erreur ou le changement ;
- faire semblant de se contredire, de se chamailler entre collègues ;

L'idéal est d'essayer d'associer les sensations que l'enfant va ressentir pendant le soin à l'histoire qui est racontée, au livre qui est lu (quelque chose qui colle quand il faut décoller le pansement, quelque chose qui est froid et qui mouille quand on désinfecte...) et d'utiliser des métaphores (le hérisson qui pique au moment de la piqûre...). » (*Distraire les enfants lors des soins. Bien choisir ses mots pendant le soin. Sparadrap*)