

On a grandi avec PÉDIADOL !

20 ans d'évolution dans un service de pédiatrie

**Dr Paula Battaglini¹, Ghislaine Ruiz², Pascale Caillot³,
Mathilde Deze³, Natacha Estournet³, Christelle Guidone⁴,
Cathy Legier⁵, Patricia Poyatos⁶**

¹ Pédiatre, chef de pôle et de service, ² Cadre de santé, ³ Infirmières,
⁴ Puéricultrice, ⁵ Sage-femme, ⁶ Auxiliaire de puériculture
Service de pédiatrie, centre hospitalier Edmond Garcin – Aubagne (13),
membres du groupe GDPôME

À l'occasion des 20^e Journées PÉDIADOL, nous avons souhaité retracer les étapes de l'amélioration de nos pratiques en matière prise en charge de la douleur, au sein de notre service de pédiatrie générale à l'hôpital d'Aubagne. En effet le congrès annuel de PÉDIADOL organisé à l'Unesco a jalonné nos avancées et notre équipe a progressé au grès des recommandations et bonnes pratiques rapportées chaque année.

Cependant, ces évolutions n'ont pas toujours été faciles. Nous nous sommes confrontés à des difficultés : résistance au changement, mais aussi blocages et contraintes propres aux petites structures. Afin de dépasser ces freins, nous avons mobilisé les bonnes volontés pour fédérer au fur et à mesure l'ensemble de l'équipe autour du projet d'amélioration de la prise en charge de la douleur en utilisant les recommandations et les initiatives découvertes lors du congrès et des ateliers PÉDIADOL.

Présentation du service

Le centre hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne est un établissement public de santé de proximité de 380 lits, situé 17 km à l'est de Marseille.

Le service de pédiatrie fait partie du pôle mère – enfant, avec le service de maternité et le CAMSP.

C'est un service de pédiatrie générale de 15 lits d'hospitalisation conventionnelle et 2 lits d'hospitalisation de jour, qui accueille les patients de 0 à 18 ans sur un bassin de population de 250 000 habitants.

À l'exception des consultations externes, l'ensemble des activités est regroupé dans le même service et assuré par une même équipe médicale et paramédicale, avec une sectorisation hospitalisation/urgences-soins externes :

- hospitalisation médico-chirurgicale et hospitalisation des adolescents en mal-être ;
- hospitalisation de jour et chirurgie ambulatoire ;
- urgences médicales avec une garde sur place de pédiatre (les urgences traumatiques sont reçues par le service d'urgences adultes) ;
- soins externes et consultation post-urgences 7 jours sur 7.

L'activité chirurgicale est en grande partie une activité d'urgence digestive ou orthopédique ; cependant depuis 2011, une activité de chirurgie ambulatoire urologique et digestive s'est mise en

place avec l'arrivée d'un chirurgien pédiatre à temps partagé avec le CHU Timone enfants, et de deux anesthésistes avec compétence pédiatrique.

Les données d'activité 2012 sont : 1 630 hospitalisations, 10 000 passages aux urgences, 700 passages en soins externes/post-urgences et 3 500 consultations externes.

La maternité est de niveau 1 avec 18 lits, pour environ 900 naissances par an.

Nos centres hospitaliers de référence sont l'hôpital Timone enfants et le service de néonatalogie de l'hôpital de la Conception à Marseille.

Nous sommes confrontés essentiellement aux douleurs aiguës, aux douleurs postopératoires et à la douleur provoquée par les soins.

Évolution des pratiques de 1992 à 2013

Pour résumer ces 20 années d'évolution, nous avons identifié quatre périodes.

De 1992 à 2002 : première prise de conscience et premiers changements

En 1992, deux infirmières participent à la journée d'éthique sur la douleur de l'enfant dont le message est « la douleur existe, il faut la prendre en charge » : c'est le début de la prise de conscience.

Depuis plusieurs années déjà, le service propose aux parents de rester auprès de leur enfant 24 heures sur 24, en chambre mère – enfant, et d'être présents lors des soins courants ; les gestes sont réalisés en salle de soin, la chambre devant rester un espace de repos.

Les premières résistances sont donc déjà vaincues et nous recevons favorablement les innovations présentées lors des journées « La douleur de l'enfant, quelles réponses ? » auxquelles nous assisterons ensuite régulièrement.

Au fur et à mesure des participations aux Journées, nous mettons en place les changements et les protocoles, mais malgré l'enthousiasme d'une partie de l'équipe, les résultats resteront mitigés :

- le premier classeur douleur est créé ; les échelles sont mises en place, mais l'évaluation reste aléatoire et soignant-dépendante ;
- une journée d'information douleur est organisée pour tout le service, et animée par la référente douleur du CHU Timone enfant ;
- le protocole EMLA® est mis en place en 1996. La crème EMLA® est d'abord utilisée uniquement pour les gestes programmés. Malgré de nombreuses résistances initiales en raison du délai d'action et de l'allongement des prises en charge, elle se généralise progressivement pour l'urgence, avec la possibilité pour l'infirmière d'accueil d'anticiper l'application dès l'admission. Mais pendant plusieurs années, l'approvisionnement se fera presque au compte-gouttes en raison du coût ;
- le MEOPA fait une timide apparition dans l'établissement en 1998, mais son utilisation reste initialement « confidentielle » : l'administration se fait sous la responsabilité et en présence d'un anesthésiste, avec une certaine lourdeur de la procédure ATU (autorisation signée des parents, surveillance par saturomètre, oxygène après l'administration), et rencontre une certaine résistance voire une opposition des chirurgiens souvent « pressés » ;
- la séniorisation de la garde sur place en 1997 permet une diminution des actes invasifs et

- des hospitalisations ;
- l'hospitalisation en pédiatrie des patients chirurgicaux devient la règle, sauf pour une partie des ambulatoires qui restent en secteur adulte ;
- la mise en place en 2001 des soins externes, ouverts tous les jours de 8 h à 20 h, permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation. Les principaux soins pratiqués en ambulatoire sont les injections d'antibiotiques sur cathéter périphérique obturé, les pansements chirurgicaux et les pansements de brûlures (sans MEOPA mais avec prémédication de palier 1 ou 2) ;
- durant cette période, une réflexion continue est menée sur la confidentialité, l'information aux familles et aux enfants, le respect des rythmes de l'enfant, le regroupement des soins et la suppression des examens systématiques ;
- les bénévoles de l'association « les blouses roses » interviennent quotidiennement dans le service.

Pendant presque 10 ans, et malgré l'implication d'une partie de l'équipe, l'évolution des pratiques est un peu en « zigzags » ; les réticences dans le service et dans l'hôpital cèdent peu à peu mais les organisations sont difficiles à pérenniser, et les pratiques restent largement « soignant-dépendantes ».

Le CLUD n'existe pas encore, l'administration n'apporte que peu de soutien et les formations ne sont ni encouragées, ni prioritaires.

Des produits aussi basiques que l'EMLA[®], le saccharose ou le dissolvant sont souvent indisponibles, jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle pharmacienne plus impliquée qui facilitera les commandes.

Durant ces années, le décalage est flagrant entre notre réalité quotidienne et ce que l'on apprend lors des Journées PÉDIADOL.

De 2002 à 2007 : les textes apparaissent, les difficultés persistent

En 2002, les textes et recommandations imposant la prise en charge de la douleur arrivent : « droits du patient », plans douleur. Les critères de confidentialité, d'organisation des soins, d'environnement, de prise en charge de la douleur sont posés comme des indicateurs de qualité.

Avec les 35 heures en 2003, c'est la fin des équipes fixes, ce qui permet un mélange et une optimisation des compétences, des savoirs et des implications, et participe à affaiblir les résistances « de groupe ».

Le CLUD d'Aubagne est créé, et met en place les protocoles douleur et les formations institutionnelles, mais ses travaux concernent surtout la douleur de l'adulte et la douleur chronique ; la spécificité de la prise en charge de la douleur de l'enfant n'y est que brièvement abordée.

Toujours grâce aux Journées PÉDIADOL, les changements se poursuivent, avec plus ou moins de réussite :

- en 2003, le protocole saccharose est mis en place, mais l'approvisionnement au jour le jour s'avérera bien compliqué. Après une période Canadou, le G30 % est protocolisé en pédiatrie et en maternité, mais mettra plusieurs années à être systématisé ;
- en 2003, nous faisons l'acquisition d'une pompe à morphine grâce à la Fondation de France. Son utilisation restera longtemps difficile, par manque de pratique (faible nombre d'indications posées), par réticence pédiatrique ou anesthésique, et par manque de

coordination avec le bloc ;

- une puéricultrice valide le DU Douleur en 2006-2007, mais quitte l'hôpital l'année suivante ;
- le site internet de PÉDIADOL permet d'accéder à une banque de données et à des protocoles validés.

De 2007 à 2011 : deuxième prise de conscience

Même si la motivation et l'implication de la majorité sont acquises, il s'avère évident que nous sommes en retard, que nous avons des difficultés avec certains protocoles et qu'il y a toujours des pratiques ou des prescriptions soignant-dépendantes.

Nous revenons parfois déprimées des Journées PÉDIADOL : d'un côté, on nous parle de sédation-analgésie ou du MEOPA chez les nouveau-nés, de l'autre côté, nous sommes en difficulté avec la PCA pour les péritonites ou encore l'administration de MEOPA pour les pansements de brûlure.

En 2007, afin d'enclencher une dynamique d'équipe, nous organisons une première formation « L'essentiel de la douleur en pédiatrie » en interne à l'attention de l'ensemble du personnel médical et paramédical du service pédiatrie ; tous les aspects de la douleur de l'enfant y sont abordés (mécanismes, évaluation, antalgiques, soins douloureux), avec distribution à chaque participant du texte de la présentation, des échelles EVA et visages.

Une autre réunion suivra sur la douleur du nouveau-né.

Ces deux réunions vont déclencher une prise de conscience collective et une transformation rapide des pratiques :

- généralisation et systématisation de l'auto et de l'hétéroévaluation ; modification du dossier de soins avec intégration des échelles et de la cotation de la douleur ;
- progression de la morphine IV et orale ;
- généralisation du G30 % en maternité et en pédiatrie ;
- montée en puissance du MEOPA qui se « banalise » en collaboration avec les chirurgiens (au début plus par « amitié » que par conviction). Il est de plus en plus souvent utilisé en urgence, et remplace peu à peu l'EMLA® pour les bilans sanguins. Il faut même de temps en temps rappeler l'obligation de la prescription médicale ;
- amélioration de la prescription médicale « selon EVA » et des prescriptions de recours, mais avec nécessité de rappels réguliers ;
- aménagement et décoration des locaux, achats de livrets Sparadrap en pédiatrie et de cocons pour les nouveau-nés, etc. ;
- organisation du travail paramédical en binôme infirmière/auxiliaire ; progressivement, le personnel s'approprie la prévention de la douleur des soins ;
- intégration de la prise en charge de la douleur dans le projet de service et le projet de pôle ;
- considération des journées PÉDIADOL comme la formation incontournable du service, et encore plus à partir de 2007, avec les ateliers qui apportent le côté pratico-pratique, permettent le partage des expériences et facilitent les mises en pratique.

Malgré cet « élan antalgique », l'équilibre est fragile ; la pérennité des actions et le travail au quotidien restent parfois laborieux ; les pratiques demandent à être harmonisées.

Le service est en demande de référent douleur ; plusieurs membres de personnel sont très motivés

pour s'impliquer activement et nous faisons le choix de créer un mini-CLUD dans le pôle plutôt que de former une seule personne au DIU douleur. Nous pensons en effet qu'une seule personne référente serait en difficulté pour prendre en charge tout le travail (actualisation des protocoles, formation continue du personnel, dynamique d'équipe), d'autant plus qu'aucun budget n'est disponible pour détacher une infirmière d'une partie de son activité clinique.

La participation d'un ou deux membres de l'équipe au DIU est remise à un prochain plan de formation.

Depuis 2011

GDPÔME

Le Groupe douleur du pôle mère – enfant, ou GDPÔME est créé en mai 2011 ; il est constitué au départ d'un pédiatre, d'infirmières de jour et de nuit, d'une auxiliaire, d'une sage-femme, rejoints en 2012 par une anesthésiste pédiatrique, une infirmière-anesthésiste et une urgentiste.

Il se réunit une fois par mois, et travaille d'emblée dans plusieurs directions, en fonction des besoins identifiés pour le service, mais aussi des intérêts et compétences de chacun :

- actualisation des connaissances du personnel ;
- actualisation des protocoles ;
- amélioration de la coordination avec le bloc et les anesthésistes ;
- information préopératoire et mise en place d'une consultation spécifique ;
- prise en charge des brûlures et des plaies ;
- projet distraction et hypnoanalgésie.

Il participe aux Journées et aux ateliers PÉDIADOL.

Il formalise et organise une réunion annuelle d'information douleur pour le personnel médical et paramédical du pôle : retours des Journées PÉDIADOL, nouveautés, « piqûres de rappels », mises au point. Les autres services de l'hôpital sont invités à ces formations.

C'est un groupe qui joue plusieurs rôles : moteur d'idée et d'émulation, outil de formation et d'introduction de nouvelles pratiques, validation des protocoles et procédures. Il rend possibles les changements « de l'intérieur », complément indispensable à l'information qui vient « d'en haut ». Le GDPÔME est reconnu et soutenu par l'encadrement et la direction des soins.

Avancées depuis le GDPÔME

Le service est collectivement bien impliqué dans la prise en charge de la douleur et il reste peu de résistances ; la douleur est expliquée aux enfants et aux parents ; la satisfaction des équipes, des parents et des enfants est indéniable.

Le GDPÔME joue pleinement son rôle de formateur et de « booster » d'équipe ; les 3 formations internes qui ont eu lieu ont permis de relancer la motivation et de pointer les faiblesses.

Le soutien de la Direction des soins est présent (appui dans les décisions, présentation des projets aux instances, appui dans les financements des formations).

La formation « Distraction et hypnoanalgésie lors des soins » est en cours pour tout le personnel médical et paramédical du service, grâce au cofinancement de la Fondation Apicil.

Un pédiatre et une infirmière du GDPÔME suivent le DIU « La douleur de l'enfant en pratique quotidienne ».

En parallèle, un deuxième groupe de travail s'est créé sur le même modèle que le groupe douleur, le BBPÔME qui travaille sur les soins aux nouveau-nés, le lien parental, l'amélioration et l'harmonisation des pratiques dans les différentes unités : service maternité, bloc obstétrical et service pédiatrie.

Concrètement les progrès sont visibles :

- la prévention de la douleur des soins fait partie des pratiques quotidiennes :
 - c'est le binôme IDE-AP qui présente à l'enfant les moyens antalgiques et décide avec lui de ce qui va être fait ; la distraction ou l'hypnoanalgésie sont utilisées pour la majorité des soins ; chaque salle de soin est équipée d'un ensemble de moyens de distraction ;
 - la position couchée pour les soins est souvent remplacée par les soins au bras des parents ;
 - la contention pour les soins est nettement moins fréquente, et souvent limitée à une contention « minimale » ;
 - le protocole d'urgence comprend les items « douleur » et « prescription du MEOPA » ; le dossier de soins comporte une feuille de suivi des mesures antalgiques pour les soins ;
 - le MEOPA (fig. 1) est bien maîtrisé et s'est généralisé pour tous les soins, y compris en urgence (où il est souvent préféré à l'EMLA® à cause de son délai d'action très court), y compris pour les petits enfants, et avec une bonne coopération des chirurgiens qui sont maintenant convaincus. La survenue d'un effet indésirable à type d'agitation-confusion intense mais rapidement réversible a perturbé le personnel présent, il n'a pas été suivi d'une baisse d'utilisation du MEOPA ;
 - le G30 % (fig. 1) est utilisé quasi systématiquement en pédiatrie et maternité, et largement associé aux autres moyens non médicamenteux (suction, allaitement maternel, soins aux bras des parents).

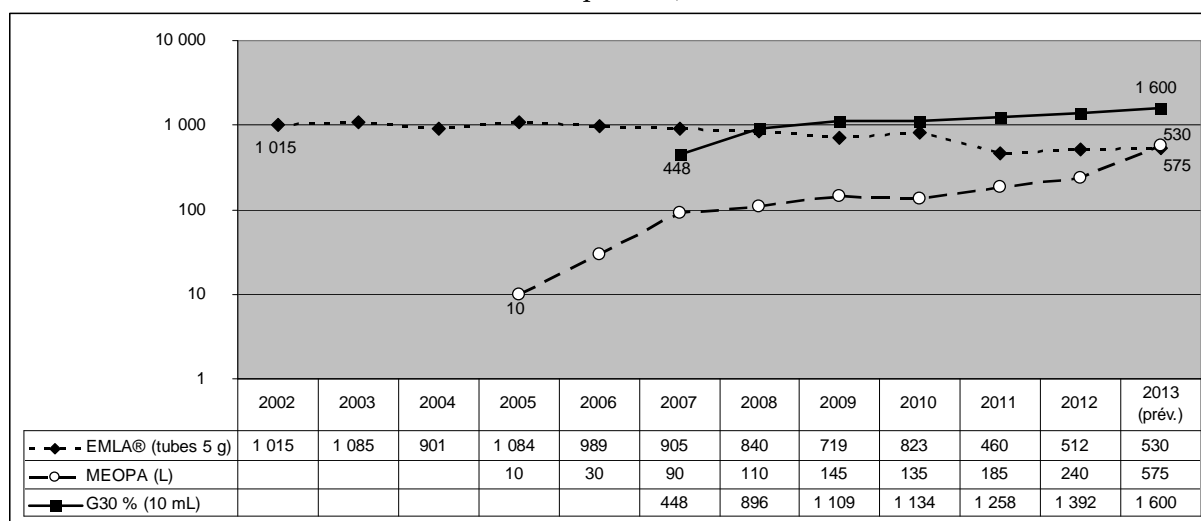


Fig. 1. Évolution des consommations d'EMLA®, du MEOPA en pédiatrie depuis 2002 et du G30 % en maternité + pédiatrie depuis 2005 (données antérieures non disponibles).

- La prise en charge périopératoire s'est améliorée avec :
 - une meilleure maîtrise de la PCA en pédiatrie et une coordination optimisée avec le bloc ;
 - l'harmonisation des prescriptions antalgiques entre anesthésistes et pédiatres ;

- et la création de documents spécifiques enfants : feuille de liaison bloc-service, protocole PCA commun.
- La « consultation Teddy » a été mise en place en janvier 2013.
Il s'agit d'une consultation d'information et d'échange à l'attention des enfants et des parents ; elle est proposée pour tous les enfants au moment de la prise de rendez-vous de la consultation d'anesthésie avant chirurgie programmée.
Elle est assurée par un binôme auxiliaire de puériculture/IADE et a lieu juste après la consultation d'anesthésie dans une salle voisine.
Les objectifs de cette consultation sont :
 - expliquer à l'enfant le parcours opératoire ; le familiariser avec les lieux, les « costumes », les matériels ;
 - répondre aux questions et aux inquiétudes des parents, et leur donner les moyens de « parler » plus facilement de l'opération à la maison.

La réflexion s'est appuyée, entre autres, sur les échanges directs avec d'autres équipes. Plusieurs mois de préparation ont été nécessaires, en collaboration avec le pôle chirurgie-anesthésie-réanimation pour en définir les modalités et l'organisation, pour réaliser les supports d'information et de traçabilité :

- hôpital Playmobil, jeu Lotopital ;
- « Album Teddy » avec photos de l'ours Teddy le long du chemin opératoire, y compris la salle de bloc et la salle de réveil ;
- fiche de liaison pour le bloc comportant des renseignements utiles pour l'accueil et l'accompagnement de l'enfant : vécu chirurgical, angoisses particulières, centres d'intérêt (pour l'hypnoalgésie), doudou, etc. ;
- questionnaire de satisfaction remis aux parents, à ramener le jour de l'intervention.

À l'issue de la consultation, l'enfant repart avec une pochette cadeau contenant le livret Teddy (version papier de l'album photo), un bonnet de bloc, un masque et une électrode, une boîte à bisous, un petit jeu (crayons, ballon, etc.).

Durant le 1^{er} semestre 2013, 53 enfants âgés de 1 à 16 ans ont bénéficié de la consultation Teddy.

Le bilan à 6 mois est encourageant. Les questionnaires montrent une satisfaction générale des parents, les enfants viennent avec moins d'appréhension ; l'organisation, le contenu de la consultation et les supports sont appréciés et dits « utiles ». Par ailleurs, les anesthésistes ont constaté que les enfants sont globalement moins inquiets et plus coopérants, depuis leur arrivée au bloc jusqu'à la salle de réveil.

Ce qui reste à améliorer et les projets... en attendant le 30^e anniversaire

- Le maintien des bonnes pratiques oblige à une vigilance continue ; il est nécessaire d'organiser régulièrement des rappels et/ou informations, et/ou formations sur certains points ou pratiques pour lesquelles on constate un relâchement ou des « oublis » inexplicables :
 - évaluation de la douleur induite par les soins ;
 - réévaluation après antalgique ;
 - prescriptions médicales « si besoin » ou « à la demande ».
- Certaines situations cliniques mettent l'équipe en difficulté et feront l'objet de formations

spécifiques :

- la douleur de l'enfant handicapé ;
 - la douleur prolongée et l'atonie psychomotrice.
- Projets et perspectives :
- entretenir les acquis car l'équilibre est fragile ;
 - réaliser fin 2013 un audit des pratiques (infirmier + médecins) ; mise en route d'une EPP sur le MEOPA et d'une EPP sur la prévention de la douleur du nouveau-né (certification 2014) ;
 - améliorer la prise en charge globale du nouveau-né : évaluation de l'inconfort, soins de développement, environnement, rythmes ;
 - développer la consultation Teddy pour la proposer aux enfants devant subir une intervention en urgence ou semi-urgence : formation des personnels des services de pédiatrie et urgences à l'information par le jeu, « Teddy Box » ;
 - maintenir et développer la transversalité avec les autres services autour de la prise en charge de la douleur : imagerie, urgences, consultations externes, etc. ;
 - formaliser et mettre en place la formation « nouveaux arrivants » ;
 - et bien sûr... continuer à venir à l'Unesco !

Freins et ressources

Ce cheminement a donc été laborieux et il nous a paru intéressant d'essayer d'identifier les « freins » qui ont pu ralentir voire interrompre la progression, et les « ressources » qui nous ont permis d'avancer plus ou moins efficacement.

Nous ne développerons pas la question des résistances, qui ont certainement été les mêmes que dans les autres équipes.

Freins

Les freins qui ont compliqué notre progression nous paraissent essentiellement liés à la taille du service et à la taille de l'établissement : « un petit service dans un petit hôpital ».

Isolement

Nous sommes le seul service de pédiatrie dans le CHEG, et il n'y a qu'une seule unité de soins : il n'y a donc pas de possibilité d'échanges sur les pratiques ou de partage d'expérience comme c'est sans doute le cas dans les plus structures plus importantes. On avance (ou pas) seul. Le CLUD est naturellement plus orienté sur la douleur de l'adulte, la douleur chronique et les soins palliatifs, alors que notre réalité est plus la douleur aiguë et la douleur des soins.

Effectif médical restreint

Jusqu'en 2003, il y avait 2 praticiens hospitaliers dans le service, et un temps médical total qui n'a jamais dépassé 3,5 équivalents temps plein pour l'ensemble des activités cliniques, les tâches administratives et l'amélioration des compétences et des pratiques de tous les domaines d'activité du service. Même avec des chefs de service et cadres de santé successifs motivés, il était difficile de consacrer beaucoup de temps à la prise en charge de la douleur (formation des médecins et de l'équipe, protocoles, matériel, etc.). La situation s'est améliorée en 2003, avec les 35 heures et l'aménagement de la réduction du temps de travail, qui ont permis d'étoffer l'équipe médicale.

Contraintes financières de l'établissement

Elles ont pu limiter les possibilités de formation ou d'achat de matériel et supports d'information

Ressources propres

GDPÔME

Comme cela a été dit plus haut, la constitution du groupe douleur a permis d'impliquer les personnes les plus motivées, d'organiser les formations internes en ciblant nos points faibles et de travailler de front dans plusieurs directions.

- Le fait d'être un « Un petit service dans un petit hôpital » a aussi été un atout :
 - avec une seule équipe médicale et paramédicale, une mesure d'amélioration des pratiques, distraction par exemple, concerne d'emblée tous les secteurs (urgences, hospitalisation, soins externes, voire maternité et consultations). « Quand ça bouge, ça bouge partout » ;
 - l'ambiance « familiale » d'une petite structure permet une proximité entre les médecins et les paramédicaux, et entre les différents services. Cela a contribué à améliorer la prise en charge pré et postopératoire de manière globale.
- L'implication continue de l'encadrement (chefs de service et cadres de santé) a été constante depuis 1993 : participation régulière aux Journées PÉDIADOL, soutien des projets infirmiers, organisation des plannings pour permettre la participation de plusieurs personnes aux formations ou pour détacher du temps sur les réunions et la consultation Teddy, recherche de financements et de partenaires.

Ressources extérieures

- **Textes, plans douleur, démarches d'accréditation.** Ils ont inscrit la douleur comme une priorité dans la prise en charge du patient et dans nos obligations de professionnels de santé.
- **PÉDIADOL.** Les séances plénières nous ont apporté un enseignement indispensable, à la fois théorique et pratique, parfois « dérangent » (EPIPPAIN, contention), quelquefois même un peu déprimant en pointant nos points faibles. Les ateliers sont un plus pour nous, car ils permettent de rompre notre isolement, d'avoir des échanges directs avec les équipes référentes, de partager les expériences d'autres services, et de poser un regard plus critique sur nos pratiques.
- **Formations.** Elles ont chaque fois permis de relancer la dynamique, et notamment la formation « Distraction » suivie par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale en 2013-2014.
- **Fondations et associations** qui répondent à nos appels à projets.

Conclusion

Nous avons rencontré certainement les mêmes freins et difficultés que les autres équipes, et l'amélioration de la prise en charge de la douleur a longtemps été « tâtonnante », bien que la majorité des résistances individuelles aient été vaincues assez rapidement.

Les boosters pour nous ont été :

- la mise en place du GDPÔME ;

- les formations internes annuelles et la formation « Distraction et hypnoalgésie » ;
- la participation régulière aux Journées et ateliers PÉDIADOL.

Bien sûr il reste encore des progrès à faire, dans le service et dans l'hôpital, mais nous avons réussi à installer une dynamique de service et de pôle sur la question de la douleur de l'enfant et à l'entretenir.

Cette dynamique a par ailleurs contribué à fédérer les équipes, à décroiser les prises en charge, et apporte au quotidien beaucoup de satisfaction professionnelle et personnelle.