

MEOPA ... ou pas ? Bas les masques !

*Institut de Formation en Soins Infirmiers Nord
Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille*

*UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles*

Travail de Fin d'Etudes



Noah et Victoria.

*VIAL ép. MORGANA Virginie
Promotion 2012-2015
Soutenance le 16 juin 2015*

Remerciements

J'adresse tout d'abord mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail de fin d'études :

En premier lieu Mme [REDACTED] cadre formatrice, qui m'a guidée dans mon travail.

Je remercie aussi les infirmiers, infirmières et puéricultrices qui m'ont accordé de leur temps pour partager leur expérience durant mes entretiens au sein de leur service.

Je remercie également l'ensemble des enseignantes qui m'ont accompagnée, inspirée et aidée à me réaliser personnellement et professionnellement dans ma nouvelle vie durant ces trois dernières années. Merci pour votre bienveillance à mon égard et d'avoir été présentes dans les mauvais moments... Nous en avons partagé beaucoup de bons ! Un grand merci ! Je ne vous oublierai jamais. A toutes, bonne continuation...

Plus personnellement,

A l'amour de ma vie, Eric, pour son soutien, ses conseils, son écoute bienveillante depuis mon inscription au concours infirmier en 2012 et plus particulièrement tout au long de la réalisation de ce travail... malgré la distance qui nous sépare régulièrement tu as toujours répondu présent. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir poussée à me surpasser quand le doute m'envahissait parfois... Nous avons tous deux accompli de grandes choses ces temps-ci, je suis très fière de toi en retour. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime...

A mes trésors, Noah et Victoria, pour leur patience et leurs encouragements permanents...ces trois années ont été tout aussi éprouvantes pour eux, sinon plus... Mes chéris, merci pour ce beau cadeau que vous m'avez offert en participant à la couverture de ce travail ! Votre dessin me va droit au cœur, je vous aime.

A mes parents pour leur amour inconditionnel, leur soutien et leur écoute de tous les instants. Merci pour vos encouragements et votre foi en ma réussite...La distance qui nous sépare n'est que géographique... Je serai toujours là pour vous... Je vous aime tendrement.

A ma grand-mère, mamie merci pour ton soutien, ton amour et ta bienveillance.
A ma regrettée mémée, je sais que où tu te trouves, tu veilles sur moi.

A mon frère Yannick et ma belle sœur, Aurore, ainsi que mes nièces Eléa et Loïse, je vous remercie d'avoir rendu possible nos rencontres qui ont toujours été de grands moments de retour aux sources, indispensables pour aller jusqu'au bout de cette aventure folle ! Merci de m'avoir encouragée et soutenue dans mes choix... Je vous aime.

A mes beaux-parents, Nénée et Michel, je vous remercie pour votre soutien et votre présence dès que j'en ai eu besoin. Merci pour vos encouragements...

A ma belle sœur Valérie, mon beau-frère Philippe et mes neveu et nièce, Tom et Léa, merci pour votre soutien... Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

Un grand merci à mes amis marseillais d'avoir pris soin de mes enfants lorsque le travail ne me le permettait pas : Estelle et Pierre-Fabrice, Françoise et Gilles, Isabelle et Fred.

A mes amis d'enfance, les Lyonnais, Céline, Fabien, Sophie, Laëtitia, ces trois années nous ont éloignés davantage les uns des autres mais l'Amitié perdure et vos marques de soutien m'ont fait chaud au cœur.

A mon amie Anne-Cécile, merci pour ton amitié fidèle depuis plus de 10 ans...

A mon amie du Nord, Géraldine, merci pour ton regard bienveillant...

Enfin un immense merci à cette formation qui m'a permis de rencontrer des gens formidables et de nouer des amitiés très fortes :

A Cécile, le destin nous a mis sur le même chemin et je sais que sans toi, je n'en serais peut-être pas là. Nos préoccupations de maman sont moins lourdes à porter quand on les partage... Merci pour ton soutien quotidien... Tu es une fille extraordinaire.

Au Girls Power, Alexandra, Agathe, Cécile (les Dalton !): à nos soirées de révisions partiels, nos angoisses mais aussi nos petites virées déjeuner, nos longues heures sur les bancs de la fac qui ont vu naître une amitié sincère. Vous me manquerez. Je vous souhaite toute la réussite que vous méritez. Vos futurs patients auront de la chance de croiser votre chemin... et vos futurs collègues de vous connaître. Bonne continuation les filles... Alexandra, tout le bonheur du monde dans ta vie de future mariée... Agathe, continue d'envoyer des signaux, il finira par comprendre ! Je vous adore...

A toute ma promotion, Yann, Audrey, Margaux, Camille, Gaëlle, Charlotte, Marjorie, Anaïs, Livia, Elodie, Lucile, Stéphanie, Jennifer, Justine, Lila... et à tous ceux que je n'ai pas nommé mais non oublié...

*A mon grand-père, Léon, brancardier pendant la guerre
puis infirmier dans la police ... Merci de m'avoir
attendue... Je t'aime Parrain.*



(1925-2014)

Notes aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel effectué en vue de l'obtention du diplôme d'état à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Nord de Marseille. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

Sommaire

Introduction	4
I. Situation de soins	5
A. Situation d'appel	5
B. Questionnement et émergence de la question de départ provisoire	6
II. Problématisation	7
A. PHASE DESCRIPTIVE	7
1. <i>L'accompagnement</i>	7
2. <i>Les urgences pédiatriques</i>	7
a) Etat des lieux	7
b) Cadre légal	8
c) Le service	8
d) L'infirmière exerçant en service d'urgences	9
1. Cadre légal	9
2. Missions et activités	10
3. Compétences requises	10
3. <i>L'enfant</i>	11
a) Définition	11
b) Cadre légal	11
c) Le développement cognitif	11
d) Le développement psychoaffectif	12
4. <i>Les parents</i>	13
5. <i>La douleur</i>	14
a) Cadre légal	14
b) La douleur physique	14
c) L'impact de la douleur sur le plan psychologique	15
d) L'anxiété (et la douleur)	16
e) La mémoire de la douleur	17
6. <i>Le MEOPA (Mélange Equimolaire d'oxygène et de Protoxyde d'Azote N2O-O2)</i>	18
a) Historique	18
b) Cadre légal du MEOPA	19
c) Présentation	20
1. Présentation du matériel	20
2. Propriétés pharmacologiques et effets cliniques	20
3. Indications et effets indésirables	21
d) Posture soignante infirmière	21
1. Le rôle prescrit	21
2. Le rôle propre	22
e) Limites du MEOPA	22
7. <i>Outil d'enquête</i>	23
a) Choix de l'outil	23
b) Présentation des résultats	23

8. Synthèse de la phase descriptive -----	27
9. Question de départ définitive -----	28
B. PHASE EXPLICATIVE -----	28
1. L'accompagnement -----	28
a) Eclairage historique -----	28
b) Une pratique soignante -----	29
c) Devoir d'information et droit à l'information -----	29
1. Le Devoir du soignant -----	29
2. Un contexte particulier -----	30
3. Le Droit du patient -----	32
2. La triade -----	33
a) Qu'est-ce que la triade ? -----	33
b) La triade en service d'urgence -----	33
c) De la reconnaissance du lien parents/enfant par les soignants... -----	34
d) ... à la présence des parents pendant les soins -----	34
e) La notion de partenariat -----	35
3. L'adhésion thérapeutique -----	36
a) Définition -----	36
b) Cadre légal -----	37
c) Qu'en est-il sur le terrain ? -----	37
d) Les résistances de l'enfant -----	38
e) Des solutions ? -----	38
1. En amont du soin -----	38
2. La relation de confiance -----	39
3. La distraction -----	40
4. Synthèse de la phase explicative -----	41
III. Problématique -----	42
IV. Hypothèse -----	42
Conclusion -----	43
Bibliographie -----	44
Annexes -----	51
Annexe 1 Présentation du matériel -----	52
Annexe 2 Indications, contre-indications et effets indésirables du MEOPA -----	53
Annexe 3 Protocole d'utilisation du MEOPA AP-HM Nord -----	54
Annexe 4 Lettre au directeur des soins et grille d'entretien -----	55
Annexe 5 Tableaux d'encodage des entretiens -----	56
Annexe 6 Fiche Sparadrap© Le MEOPA pour avoir moins mal -----	57

Introduction

Ce mémoire de fin d'études est l'aboutissement de mes trois années de formation au sein de l'IFSI Nord de l'AP-HM. Je me sens privilégiée d'avoir pu suivre ce cursus, désormais universitaire, des sciences infirmières. Cette formation, jalonnée d'apprentissages théoriques et pratiques, a été source d'enrichissement professionnel mais également source d'inspiration et de renouveau sur un plan plus personnel dans le cadre de ma reconversion professionnelle. J'exerçais déjà une profession très technique dont la relation était le cœur de métier. C'est naturellement que je suis allée à la rencontre des patients au fil des stages, apprenant et appliquant consciencieusement protocoles et soins techniques, tout en conciliant et préservant la relation à l'autre. Avant mon entrée dans ce nouveau monde du travail, je souhaitais effectuer un stage en pédiatrie non seulement pour parfaire mon apprentissage mais également pour observer mon positionnement et voir si j'étais en capacité émotionnelle de soigner des enfants étant moi-même parent. La pédiatrie est un domaine à part entière et peu enseigné à l'IFSI et à l'université, la majorité des enseignements concernant le patient adulte. Ce fut donc une réelle chance d'avoir pu y évoluer pendant la formation. Ce stage m'a confortée dans mon aptitude à travailler auprès des enfants et de leurs aidants. J'ai découvert un autre monde soignant, une autre posture infirmière, une approche différente du soin. Mon parcours m'a amenée à l'hôpital de jour où j'ai été témoin de la relation particulière qui lie l'infirmière à l'enfant et à sa famille, en chirurgie bébé puis aux urgences pédiatriques. C'est cette dernière partie du parcours qui m'a le plus attirée. Il y avait beaucoup de soins techniques, du dynamisme, une cohésion d'équipes au sein desquelles je me suis facilement intégrée de part mon caractère avenant et mes aptitudes à travailler en équipe comme je l'ai toujours fait par le passé. Malgré le turnover de patients, j'ai découvert une place omniprésente pour les soins relationnels qui accompagnent toute action soignante. J'ai pu mettre à profit mes qualités relationnelles auprès des enfants et de leurs parents. C'est cette dimension relationnelle de « triade » qui m'a beaucoup intéressée.

Lorsque s'est présenté le moment d'arrêter le sujet de ce travail de fin d'études, c'est naturellement que mon choix s'est porté sur la pédiatrie. Mon expérience aux urgences pédiatriques s'est révélée riche en émotions et en découvertes. J'ai donc décidé d'axer mes recherches sur une pratique infirmière fréquente dans ce service, l'accompagnement lors de la prise en soin d'un enfant douloureux sous anesthésique inhalé, le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA).

C'est lors de mon premier stage de deuxième année au sein des équipes d'urgences pédiatriques que j'ai découvert le MEOPA. Je connaissais l'existence de ce gaz, administré parfois en service adulte, mais je ne savais pas qu'il était possible de l'utiliser en pédiatrie. J'ai réellement été surprise par ses effets sur les enfants lors de soins douloureux et j'ai eu envie d'approfondir ce mode d'analgésie dans le cadre de mon TFE. En effet, dans le contexte soignant actuel, dans lequel la reconnaissance et la prise en charge de la douleur sont au cœur des préoccupations, il m'est apparu très intéressant d'approfondir cette pratique durant ce mémoire afin d'enrichir mes connaissances et mes compétences soignantes pour mener à bien mon projet professionnel à venir, que je souhaiterais poursuivre en service de pédiatrie.

I. Situation de soins

A. Situation d'appel

Dans de nombreuses situations j'ai pu constater les bénéfices du MEOPA lors de la pose de cathéters veineux périphériques, de ponctions veineuses périphériques ou de sutures. Je trouvais ce procédé extraordinairement efficace tant sur le plan de l'analgésie que sur la diminution de l'anxiété liée au soin lui-même. C'est pour cela que lorsque j'ai été confrontée à ma première situation « d'échec de ce gaz », je n'ai pas su comment réagir :

Un petit garçon de quatre ans s'est ouvert le genou et une interne est en charge de lui faire des points de sutures car la plaie est assez profonde. L'infirmière et moi accompagnons l'enfant et sa maman en salle de suture. Cette salle ressemble à un bloc opératoire. Il y fait froid, il y a beaucoup de matériel, une table froide et une grosse lumière au dessus. L'environnement de la salle a un effet anxiogène sur l'enfant et sa maman qui se crispent peu à peu à l'approche de la table (faciès tendu, le petit garçon resserre sa maman plus fort). Je prépare le MEOPA, utilisé à chaque soin de suture, j'adapte les tuyaux et le masque à usage unique et vérifie le niveau de gaz restant dans la bouteille. Le dosage du MEOPA est toujours le même, soit moitié d'oxygène, moitié de protoxyde d'azote. Seul le débit diffère, il est réglé en fonction du rythme de ventilation spontanée de l'enfant, le ballon devant toujours être gonflé, ni trop, ni trop peu. L'enfant est en larmes, ne tient pas en place lorsque sa mère l'installe sur la table. Nous demandons à la mère de le serrer contre elle pour l'apaiser. Elle affiche un air compatissant, fronce les sourcils et semble souffrir pour son lui, ce qui n'échappe pas à son fils. L'infirmière en charge de l'enfant tente de le rassurer, et lui montre le masque qu'il devra mettre sur son visage pour avoir moins mal. Dans un climat tendu de pleurs et de cris, l'infirmière donne de nombreuses explications à l'enfant et à sa mère sur les effets du produit, la sensation bizarre qu'il va ressentir, les fourmillements possibles dans les mains. J'installe le masque sur son visage. Il s'agite, semble le refuser, mais sa mère parvient à lui faire garder assez de temps pour qu'il en ressente les effets. Il semble se calmer un peu. L'interne commence le soin après avoir injecté de la Xylocaïne® sur les pourtours de la plaie. Au bout de quelques minutes seulement, l'enfant commence à hurler, à se débattre. L'infirmière me demande de retirer le masque aussitôt. Le petit garçon dit voir des monstres autour de lui et semble terrifié. A ce moment là je me demande comment l'interne va pouvoir finir les sutures sans que l'enfant n'ait mal. Je me sens désemparée face à cet enfant en crise de panique, voyant que la mère n'arrive pas à le calmer non plus. Je me contente de le maintenir doucement, mes deux mains autour de son buste pour réduire les soubresauts qui empêchent l'interne de poursuivre le soin, sans pouvoir dire un mot. Pendant que l'infirmière lui tient les jambes pour ne pas qu'il se blesse, elle entame une discussion avec lui d'une voix douce, sereine mais ferme à la fois avec un débit assez lent. Elle choisit des mots adaptés à l'âge de l'enfant qui se calme peu à peu, tout du moins assez pour que la plaie soit suturée. Une fois le soin terminé et la plaie refermée, le petit garçon semble soulagé mais encore sous le choc de cette expérience. Il est coutumier dans le service de laisser repartir l'enfant avec son masque à usage unique après le soin. L'infirmière lui propose donc de le garder, mais il le refuse en se cachant la tête dans le cou de sa mère.

Rétrospectivement, je me suis sentie démunie face à la réaction de cet enfant, je ne pense pas avoir été d'une grande aide pour l'infirmière qui a très bien géré cette crise. C'est alors que j'ai pris conscience des difficultés que pouvait engendrer un échec d'analgésie sous

MEOPA mais également de la place de la relation de confiance soignant/enfant tout au long de son utilisation. Les compétences infirmières de savoirs, et de savoir-faire ne suffisent pas lorsqu'on administre du MEOPA à un enfant, le savoir-être auprès de lui est primordial. Dans cette situation présente, je me suis demandée si la relation soignant/enfant, perturbée par l'angoisse majeure du petit garçon, n'avait pas eu un lien de causalité avec l'échec de cette analgésie ? Ou si la réaction du petit garçon était purement et simplement liée à un effet secondaire du MEOPA ?

B. Questionnement et émergence de la question de départ provisoire

Après m'être un peu renseignée sur le MEOPA, les prémices de mes recherches m'ont conduite à des réponses essentiellement techniques sur son mode d'administration, l'âge minimum des patients, ses propriétés pharmacologiques. Je me suis alors questionnée sur la place de la relation soignant/soigné dans un domaine purement technique qu'est l'administration de MEOPA.

- Est-ce que l'utilisation du MEOPA nécessite une formation professionnelle et si oui, est-ce que les soins relationnels dans le cadre de son administration sont abordés et dans quelle proportion ?
- Un infirmier polyvalent, remplaçant ou récemment diplômé aurait-il su prendre en charge une telle situation, mettre en place un accompagnement relationnel particulier auprès de l'enfant ?
- Les soignants ont-ils une liberté de choix dans son utilisation ?
- Comment les soignants préparent-ils les enfants à un soin sous MEOPA ?
- Que recouvre cette notion d'accompagnement pour les soignants ?
- Quelle est la place de l'accompagnement relationnel dans ce soin ?
- Quelle est la place des parents ou des aidants dans cet accompagnement ?
- Dans le contexte d'une urgence, est-il toujours possible de mettre en place un accompagnement relationnel adapté au comportement de l'enfant ?

De ces questionnements découle ma question de départ provisoire:

Dans quelle mesure l'accompagnement relationnel infirmier auprès des enfants accompagnés de leurs parents, influence-t-il la réussite de la prise en soin de la douleur par MEOPA en service d'urgences pédiatriques ?

II. Problématisation

A. PHASE DESCRIPTIVE

Je vais apporter un éclairage théorique à cette phase descriptive dans un premier temps, en définissant les principaux mots clés de ma question de départ sous différents champs disciplinaires. Un éclairage pratique enrichira mes recherches en dernier lieu, afin de réaliser une synthèse des apports et des notions à approfondir.

1. L'accompagnement

L'accompagnement est un terme polymorphe, cependant une notion omniprésente tout au long de ce travail, qui fera l'objet d'un approfondissement dans la phase explicative.

Selon le dictionnaire historique de la langue française (Le Robert, 1992), l'étymologie du mot vient de la racine *compagnon*, « cum » qui signifie « avec » et de « panis » qui signifie le pain. L'accompagnement serait l'action de partager son pain, le compagnon, celui avec qui on partage le pain (Mottaz, 2009) [1]. Dans le domaine du soin, l'accompagnement est « l'ensemble d'actions et d'attitudes médicales et paramédicales, visant à guérir ou soulager une personne atteinte d'une maladie grave de longue durée. Mettre en place des mesures visant à atténuer les effets négatifs de quelque chose, assister, aider. Aller quelque part avec quelqu'un, conduire, escorter » [2]. Je souhaiterais définir le contexte de cet accompagnement à travers les mots clés suivants, dont le premier nous situe l'environnement.

2. Les urgences pédiatriques

Je désirais initier ce travail par la définition du contexte de ma question de départ afin de comprendre par la suite son influence sur la prise en soin des enfants.

Qu'est-ce que la pédiatrie ? La pédiatrie du grec *Pais*, enfant et *iatréia*, médecine [3], est définie selon le Larousse médical comme étant « la branche de la médecine consacrée à l'enfant et à ses maladies. La pédiatrie est la spécialité qui traite de l'enfant, depuis la vie intra-utérine, en collaboration avec les obstétriciens (médecine anténatale), jusqu'à l'âge adulte (au terme souvent imprécis de l'adolescence) » [4]. Qu'en est-il de l'exercice de la pédiatrie en service d'urgences ?

a) *Etat des lieux*

D'après une étude réalisée en France en 2003, un quart des urgences étaient pédiatriques [5]. Les moins de six ans représentaient la moitié de la population vue aux urgences. Depuis une dizaine d'années, cette fréquentation ne cesse d'évoluer, ainsi l'AP-HP a vu son activité augmenter de 27,5% en 5 ans, entre 2005 et 2010 [6]. Force est de constater l'importance de la pédiatrie en France, et notamment de la demande de soins d'urgences liée à cette spécialité. En effet, le caractère anxiogène que revêt un enfant malade pour ses parents, sa famille, explique en partie ce phénomène, « l'urgence en pédiatrie ... est toujours pour une famille, une situation traumatisante et la qualité de l'accueil, la gestion de la souffrance physique et morale et la capacité à partager les informations doivent être des soucis permanents » (Leroux, 2005) [7]. Ces études démontrent ainsi que l'anxiété parentale représente un quart des motifs exposés à l'arrivée en service.

Cet état des lieux place les urgences pédiatriques comme étant un espace privilégié de réponse aux besoins des enfants. Ces structures pluridisciplinaires se démocratisent aux yeux des parents et deviennent en quelque sorte un réflexe de pensée, face à une demande « urgente » de réassurance et de réconfort quant à l'état de santé de leur enfant (80% des enfants arrivent aux urgences sans y avoir été adressés au préalable par un médecin de ville) [5].

b) Cadre légal

D'après un article de la revue Soins pédiatrie/puériculture [8], la réglementation sur l'organisation des soins d'urgences pour les enfants n'est pas clairement définie. Elle dépend de la capacité d'accueil des structures, du nombre de professionnels formés en pédiatrie et en soins d'urgences. Ainsi certains Centres Hospitaliers Universitaires ont un service pédiatrique mais peu de personnel formé pour y exercer. La réponse à la demande de soins s'en trouve donc différée, retardée. Cependant bien que cette réglementation soit insuffisante en matière d'organisation, elle est toutefois claire en ce qui concerne l'accueil des enfants en service.

Ainsi, la circulaire du 20 mai 2003 [9] relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences, établit que « les enfants ont vocation à être pris en charge chaque fois que cela est possible, et en particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants ». Cette circulaire ne précise pas le niveau ou le degré d'expérience exigé dans cet accueil bien spécifique mais démontre bien une volonté d'accueil de qualité pour les enfants.

Trois ans plus tard, apparaissent les décrets n°2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 modifiant le code de la santé publique, relatifs à la médecine d'urgence [10] [11], qui définissent plus précisément l'environnement et les conditions de cet accueil : « les enfants sont accueillis soit dans une structure dédiée d'UP, soit dans un SU en collaboration avec une structure de pédiatrie située ou non dans l'établissement ... Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés, pour permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé ... L'organisation de l'accueil doit favoriser la présence des parents près de l'enfant ».

Une notion importante dans la suite de ce travail apparaît dans les textes, à savoir la présence des parents auprès de leur enfant en service d'urgences pédiatriques.

c) Le service

Les urgences pédiatriques ont pour mission l'accueil et le traitement de l'urgence médicale ou chirurgicale de l'enfant après évaluation clinique 24h/24 et 7j/7, que ce soit au sein du service d'urgence ou à l'extérieur de celui-ci après avoir écarté tout risque d'urgence vitale. Elles ont ainsi pour but d'améliorer la surveillance, la sécurité de l'enfant dès son arrivée et la prise en charge de la famille ou des accompagnants.

Le traitement de l'urgence par son degré de gravité, le tri et l'accueil est effectué par l'Infirmier (ère) Organisateur de l'Accueil (IOA). La suite de la prise en charge médicale, chirurgicale ou psychologique, peut avoir lieu soit dans le cadre d'une UHCD, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, en S.A.U.V (Service d'Accueil de l'Urgence Vitale), soit un transfert en service de médecine ou de chirurgie pédiatriques selon la pathologie, dans le

cadre d'une hospitalisation plus longue. Bien souvent, des soins immédiats permettent un retour à domicile dans de très courts délais après avoir été vus par un médecin ou un chirurgien (points de suture, examens complémentaires, pose de plâtre).

Je souhaiterais développer les missions et compétences de l'infirmière en service d'urgences afin d'apporter un éclairage objectif et global sur son rôle dans un tel service.

d) L'infirmière exerçant en service d'urgences

Dans un service d'urgences pédiatriques, les professionnels paramédicaux peuvent exercer en tant qu'infirmiers ou puéricultrices. Le diplôme de puéricultrice [12] n'est pas exigé pour y travailler. Une expérience professionnelle auprès des enfants est souhaitée cependant car la particularité de la pédiatrie est bien différente des services adultes. Je traiterai dans ce travail de la fonction d'infirmière et non de la spécialité de puéricultrice.

1. Cadre légal

Le cadre règlementaire de l'exercice infirmier est défini par le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels, et l'exercice de la profession d'infirmier codifié au Code de la Santé Publique (CSP) aux articles R.4311-1 et suivants [13].

L'infirmière exerce dans ses deux domaines de compétences qui sont définis plus particulièrement dans les articles suivants :

- R. 4311-3 et 5 relatifs au rôle propre :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement ...».

L'alinéa 19 correspond aux actions mises en place systématiquement lors de l'arrivée d'un enfant en service d'urgences : « Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ».

Le travail en équipe pluridisciplinaire est mis en avant, d'autant plus qu'il est primordial dans un service comme celui-ci, où tous les acteurs de soins sont sollicités et concourent à la prise en soin efficiente de l'enfant. Ainsi, l'infirmier « peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. »

- R. 4311-7 -8 -9 -10 relatifs au rôle prescrit. J'aborderai ces points dans la partie concernant la posture infirmière traitant du MEOPA.

2. Missions et activités

Ses missions requièrent une grande polyvalence. Elle accueille les patients et leur famille et réalise un recueil de données. Elle effectue le tri de l'urgence en fonction de la gravité (IOA). Elle évalue l'état clinique de l'enfant et surveille son évolution. Elle prend en charge sa douleur (je développerai ce point dans la partie qui traite du MEOPA). Elle donne des informations claires et adaptées à l'âge de l'enfant (de la sortie de la maternité à l'âge de 16 ans) et à sa famille. L'infirmière exerce son rôle collaborant dans la réalisation des prescriptions médicales et dans l'assistance auprès des médecins et chirurgiens lors des soins spécifiques la nécessitant (Ponction Lombaire, pose de plâtre, réduction de luxation). Elle élabore un parcours personnalisé de soins et réalise des soins infirmiers prescrits par le médecin (administration de thérapeutiques et examens complémentaires) et des soins relevant de son rôle propre. Elle exerce son rôle collaborant avec les aides-soignants dans la préparation des boxes et les soins d'hygiène et de confort. Elle coopère avec les manipulateurs radio, les techniciens de laboratoire, les PMI¹, l'assistante sociale, les brancardiers et ambulanciers, les équipes d'urgence (le SAMU, les marins et sapeurs pompiers) [14].

3. Compétences requises

L'infirmière est également amenée à faire face et à gérer tous types de situations d'urgences vitales, ou en lien avec l'entourage, l'agressivité des familles et la gestion des émotions dans le cadre de violences verbales ou physiques par exemple [14].

Ainsi, des cadres supérieurs de santé de la région PACA ont réfléchi à un profil de poste pour les infirmiers travaillant en service d'urgences (transposable aux urgences pédiatriques) [15] et ont mis en évidence les compétences et qualités, selon eux, indispensables à l'évolution dans un tel service « Un travail de recherche récent dans les services d'Urgences visant à l'élaboration d'un référentiel compétences a démontré que bien plus qu'ailleurs l'Idc exerçant aux urgences devait posséder des qualités et aptitudes personnelles, des compétences professionnelles et relationnelles lui permettant de s'adapter au turn-over, aux populations et à la diversité des pathologies reçues » (Bénichou, 2007). Ils soulignent la complexité de ce poste, qui de ce fait, ne pourrait pas permettre à des intérimaires non formés ou non préparés de s'y improviser au pied levé « l'expérience a montré qu'un infirmier affecté ponctuellement aux urgences ne possédait pas les qualités requises pour s'adapter à la spécificité du service, ... turn over rapide des patients, ... demande pressante des familles, que l'encadrement ne pouvait affecter qu'à l'UHCD² ».

L'infirmière travaillant dans un tel service, en dehors de ses connaissances et de son savoir faire, doit posséder des aptitudes personnelles et relationnelles, un savoir être particulièrement développés pour répondre aux attentes des familles et des enfants anxieux, dans un contexte de soin particulièrement stressant que sont les urgences: communication adaptée, fiabilité et anticipation dans le discours, écoute et empathie, non jugement. « Au-delà du savoir, des connaissances que l'infirmier va acquérir pendant sa formation en IFSI, nous pensons qu'il y a un savoir faire et un savoir être et savoir réagir avec efficacité et efficience pour exercer le métier d'infirmier dans un service d'Urgences » (Seba, Bénichou, 2007) [15].

¹ Protection Maternelle Infantile

² Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Le savoir-être auprès des enfants passe tout d'abord par la connaissance de leur développement cognitif afin d'évaluer ce qu'ils peuvent comprendre, et celle du développement psychoaffectif afin que nous puissions les comprendre à notre tour dans leur comportement, attitudes et réactions. Ainsi je souhaiterais approfondir ces deux différents aspects du développement de l'enfant.

3. L'enfant

a) Définition

L'enfance est par définition « une période de l'évolution de l'homme qui se situe au début de son existence. L'enfance débute dès les premiers jours de vie d'un être humain et se termine à la puberté, qui marque le début de l'adolescence. D'un point de vue médical, l'enfance est composée de trois grandes périodes : la période néonatale qui couvre le premier mois de vie d'un enfant, la première enfance qui commence avec le deuxième mois de vie et qui se termine aux 2 ans de l'enfant et la deuxième enfance qui débute à 2 ans et qui se termine vers 12 ans [16]. L'enfance se termine à la puberté qui inaugure l'adolescence. »

b) Cadre légal

Je trouvais intéressant de souligner l'existence d'un texte qui, bien que n'étant pas reconnu d'un point de vue législatif, a ouvert les consciences sur la singularité de l'enfant en tant que tel, sa vulnérabilité et la nécessité de le protéger. Ce texte est la *Déclaration de Genève*, ratifiée le 26 septembre 1924 au sein de la Société Des Nations [17]. Cette déclaration a été pensée et écrite par Eglantyne Jebb, ancienne institutrice anglaise et militante activiste pour le droit des enfants. Elle est également l'instigatrice de la fondation *Save the Children Fund*, basée à Londres, qui continue de véhiculer cette volonté de reconnaître à l'enfant des droits spécifiques, sur une échelle internationale. La Déclaration de Genève fut le socle et le point de départ d'une réflexion plus profonde qui a donné naissance à tous les textes de lois que nous connaissons depuis, sur le droit des enfants et surtout nos devoirs envers eux, notamment celui de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant adoptée le 20 Novembre 1989 par l'Assemblée Générale des Nations Unies. Ainsi, le 20 novembre est déclaré en France Journée Nationale de défense des droits des enfants par le Parlement [18].

Je m'intéresserai plus particulièrement aux enfants âgés de 4 à 6 ans car les axes de réflexion ne seront pas les mêmes selon que l'on parle d'un nourrisson ou d'un enfant plus âgé. Cette période de la deuxième enfance correspond également à l'âge préscolaire ou au stade préopératoire selon Jean Piaget³. Il est important de situer l'enfant dans ses différentes phases du développement cognitif et psychoaffectif et des compétences qui y sont associées, afin d'adapter au mieux nos actions soignantes.

c) Le développement cognitif

Selon Jean Piaget, il existe différents stades bien distincts dans le développement cognitif de l'enfant. Quatre phases le constituent. Le stade sensori-moteur de la naissance à deux ans, le

³Jean Piaget (1896-1980), philosophe, physicien et psychologue Suisse.

stade préopératoire qui nous concerne, entre deux et sept ans, le stade des opérations concrètes de sept à onze ans et enfin celui des opérations formelles au delà de douze ans [19]. La communication caractérise ce stade préopératoire. L'enfant est capable de poser beaucoup de questions mais également d'y répondre. Il acquiert un répertoire de 1800 à 2500 mots à 6 ans, ce qui est facilitateur pour les échanges. Il est capable de se représenter mentalement certaines actions, la symbolique étant très importante, à partir d'un mot il peut s'imaginer un objet. Il différencie le passé du futur, mais ne possède pas encore la notion réelle de temporalité. L'égoïsme caractérise également ce stade. L'enfant ne voit et n'appréhende les choses que de son point de vue et pense que les autres personnes les voient également comme lui. Son égoïsme le fait se sentir coupable, responsable des situations rencontrées. Ainsi il croit que s'il a mal, c'est qu'il a commis une faute et qu'il en est puni. La concentration le limite également à n'envisager qu'une dimension à la fois, ainsi on observe une difficulté à fixer son attention à cet âge là, qui fait que l'enfant va avoir tendance à être accaparé par des situations extérieures, va être facilement déconcentré, détourné de l'action présente. C'est également l'âge de la pensée magique et animiste (croyance que tous les objets sont vivants). Vers l'âge de 4 à 7 ans, « les notions de poids, de longueur, d'espace, de nombre sont acquises » (de Broca, 2012. p. 130) [20].

d) Le développement psychoaffectif

Sur le plan émotionnel, j'ai choisi d'évoquer le modèle d'Erikson⁴ [21]. Selon lui le développement psychoaffectif de l'enfant se construit à partir de cinq crises psychosociales qui continuent dans la vie adulte selon trois autres crises. L'enfant est sans cesse confronté à deux états ambivalents afin de s'adapter à la complexité du monde qui l'entoure pour atteindre l'autonomie et l'indépendance. L'enfant de quatre à six ans traverse la phase dite initiative/culpabilité. Il est pris entre son désir d'émancipation par rapport à ses parents et celui de culpabilité lié au fait de dépasser les limites autorisées et de décevoir ses parents qu'il admire. Il est d'ailleurs en quête d'identification par rapport au modèle qu'ils renvoient. Il a envie de découvrir par lui-même le monde qui l'entoure, de prendre des initiatives, de prendre un peu de distance avec ses parents [19].

La théorie de l'attachement⁵ de Bowlby est mise en avant également dans le développement psychoaffectif de l'enfant qui selon lui, résulte de la conséquence de la séparation d'avec sa mère. Il souligne l'importance de l'intervention précoce mère/enfant pour un développement affectif harmonieux. La maman donne une sphère affective contenant, une stabilité dans la relation, une souplesse et une adaptation aux besoins. Un enfant qui aura vécu un attachement dit secure avec sa mère, développera une certaine confiance en lui et une envie de s'ouvrir aux autres, l'enfant se montrera curieux de découvrir sans crainte le monde qui l'entoure. Les interactions présentes et futures avec son environnement et les relations sociales seront ainsi facilitées.

Toutes ces informations générales sur le développement de l'enfant, communes à tous grâce aux différents modèles précités, vont être autant d'indicateurs essentiels dans sa prise en charge lors de sa venue aux urgences. Après avoir fait un point sur les aptitudes et émotions

⁴ Erik Erikson, psychanalyste américain (1902-1994).

⁵ John Bowlby, Psychanalyste anglais (1907-1990). La théorie de l'attachement est un courant de recherches qui vit le jour dans la fin des années cinquante. L'attachement est un besoin primaire indépendant des autres besoins de l'enfant. Lien mère/enfant possible grâce aux comportements innés (agrippements, pleurs, sourire) du bébé qui le maintiennent en contact avec sa mère.

des enfants, je souhaiterais apporter un éclairage sur les parents, qui, nous l'avons vu, font partie intégrante du processus de développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant, de part leurs interactions permanentes avec lui et leur position de figure protectrice, contenante, sécurisante. Il en est ainsi dans le foyer mais qu'en est-il à l'hôpital ? Quelle est leur place ? Que dit la loi ?

4. Les parents

Au X^{ème} siècle, il est « emprunté du latin *parens*, « le père ou la mère », participe présent de *parere*, « enfanter », n.m.pl. Le père et la mère, ceux à qui l'on doit d'être né. Toute personne à qui l'on est lié par le sang, par la naissance, membre d'une même famille » (Dictionnaire académique français, 1986) [22].

La présence des parents à l'hôpital est depuis peu de temps reconnue et édictée par la circulaire n°83-24 (83/9 bis) du 1^{er} août 1983 [23] qui leur ouvre les portes des services mais les exclut de toute participation aux soins techniques : Titre 5 «...les parents **doivent pouvoir assister** aux soins médicaux infirmiers s'ils le souhaitent et si leur comportement ne s'avère pas gênant ». Il faudra attendre la charte de l'enfant hospitalisé en 1988 [24] pour que cela change. Ainsi, l'article 3 indique : « on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, ... On informera les parents sur les règles de vie ... propres au service **afin qu'ils participent activement aux soins** de leur enfant. »

Dix ans après, la circulaire du 23 novembre 1998 renforce la place qui doit être accordée aux parents en insistant sur le fait que la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant « doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit » [25]. Malgré cette circulaire, les pratiques soignantes évoluent lentement au rythme des mentalités, parfois avec un léger décalage, ainsi on constate que malgré cette reconnaissance officielle, cette place accordée aux parents dans les services et pendant les soins n'est pas toujours respectée. Elle serait soignant-dépendant, dépendrait également de la politique des services [26].

Enfin, le décret du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, affirme son soutien aux familles: « Les établissements et les services d'accueil veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés, ... Ils apportent leur aide aux parents afin que ceux-ci puissent concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale » [27]. Ainsi, nous assistons un an plus tard à la création du congé de présence parentale qui permet aux parents qui travaillent de rester auprès de leur enfant malade pendant quatre mois renouvelable deux fois soit un an maximum, et de retrouver leur poste au terme de ce congé. La caisse d'allocation familiale peut reverser une allocation de présence parentale au parent en bénéficiant, sur avis médical [23].

Après cet état des lieux législatif qui situe et légitime les parents auprès de leur enfant à l'hôpital, je développerai leurs interactions avec les soignants⁶ à travers la relation soignants/enfant/parents, qui fera l'objet d'un concept traité en deuxième partie de ce travail.

⁶ Soignant(s) : ce terme définit l'infirmier et/ou l'infirmière tout au long de ce travail.

Les parents connaissent mieux que quiconque leur enfant, son caractère, ses comportements, ses réactions émotionnelles. Ainsi ils représentent une source d'informations et d'indications précieuses pour les soignants, dans la lutte contre la douleur induite par les soins : « Les parents sont des partenaires dans la prise en charge de la douleur de leur enfant » (Broccard, Deymier, 2006. p.131) [28].

5. La douleur

a) *Cadre légal*

La prise en charge de la douleur de l'enfant est légiférée dans la charte de l'enfant hospitalisé de 1988, nommée EACH [7] (European Association for Children in Hospital), à l'article 4 selon lequel « on essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur » [24].

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits du patient hospitalisé, le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental. Ainsi selon l'article L1110-5: « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » [29].

Trois plans de lutte contre la douleur ont vu le jour depuis 1998 [30] mais les deuxième et troisième plans (de 2002 à 2010) ont mis l'accent sur la prévention et le traitement des douleurs induites par les soins et sur la prise en charge de la douleur de l'enfant en particulier.

J'ai choisi d'aborder les textes de lois se rapportant à la prise en charge de la douleur par les soignants dans la partie 6 sur le MEOPA, afin d'éviter des redondances d'informations.

b) *La douleur physique*

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) proposée en 1979, « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'un tel dommage » [31]. Il y a plusieurs types de douleur mais je parlerai ici de la douleur aiguë, induite par les soins, qui nous concerne dans le cadre de ma question de recherche. Cette douleur est produite par excès de nociception, l'information douloureuse (ou stimulus) au niveau périphérique est transmise vers la moelle et enfin au niveau cérébral pour être reconnue comme telle. Il s'agit du mécanisme de la douleur le plus fréquent. L'ANAES⁸ dans ses recommandations la définit comme suit : « Le terme de douleur aiguë renvoie à 3 notions différentes : intensité, brutalité, caractère qualitatif. La définition retenue est celle adoptée dans la circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 : « La douleur aiguë est une sensation vive et cuisante, qui s'inscrit dans un tableau clinique d'évolution rapide » (2000) [32]. Je soulignerais que 10 à 15% des enfants pris en charge aux urgences subissent des soins douloureux à type de ponctions veineuses, de suture, de pansements ou autres actes comportant une effraction cutanée [33].

⁷ APACHE est le nom de l'association française qui se réunit avec le groupe européen d'associations EACH, autour des questions de l'enfant à l'hôpital. Ils se réunissent 2 fois par an lors de conférences pour avancer sur ces questions.

⁸ ANAES devenue HAS depuis 2005.

Rappelons que la douleur de l'enfant n'a été que tardivement prise en compte. En effet, jusque dans les années quatre-vingt la société a cru que les enfants ne pouvaient pas souffrir comme les adultes, qu'ils ne ressentaient pas la douleur. Ils partaient du principe que le cerveau du nouveau-né n'avait pas atteint sa maturité et donc était incapable de ressentir la douleur. Les enfants plus grands n'étaient pas épargnés, on pensait que certes ils souffraient un peu, momentanément mais qu'ils oublieraient vite la douleur, donc qu'il était inutile d'en tenir compte. Ainsi, les professionnels de santé ne mettaient rien en place ni pour l'évaluer ni pour la soulager.

Au cours des trente dernières années les travaux de recherches sur la douleur, comment l'évaluer, la traiter et la soulager ont fait avancer les mentalités. Aujourd'hui elle est au cœur de la prise en charge et placée en tête des préoccupations soignantes en pédiatrie. L'Afssaps⁹ déclare en 2009 que « L'organisation de la prise en charge de la douleur est désormais intégrée dans les critères d'accréditation des établissements hospitaliers » [34]. Ainsi la douleur a fait l'objet de recommandations dans les soins, un comité de lutte contre la douleur (CLUD) est né dans les établissements de santé et des protocoles sur la douleur aiguë lors de gestes médicaux sont établis en vue de la diminuer voire de l'inhiber totalement. Le quatrième plan national de lutte contre la douleur mis en place depuis 2013 (2013-2017) est axé sur les trois types de douleurs, aiguës, provoquées par les soins et chroniques.

Des échelles d'évaluation de la douleur adaptées à tous les âges de l'enfance ont vu le jour dès 1998, pour faciliter sa prise en charge, la quantifier afin de pouvoir évaluer l'efficacité des moyens mis en place en vue de la soulager. La circulaire du 22 septembre 1998 [35] précise que « la diffusion massive et la systématisation de l'utilisation des échelles de mesure de la douleur doivent contribuer à ce que la douleur soit mieux évaluée et donc mieux traitée ». Ainsi, on notera l'existence d'échelles d'hétéro-évaluation par exemple l'échelle Cheops (pour les enfants de 1 à 7 ans), ou d'autoévaluation lorsque l'enfant grandit et est en âge de la décrire et de la quantifier, par exemple l'échelle des visages ou l'ENS (échelle numérique simple de 0 à 10), l'EVS (échelle verbale simple). A noter qu'il existe des échelles pour les douleurs aiguës et les douleurs prolongées [28]. Dans le cadre des douleurs induites par les soins, une anticipation de cette douleur par les soignants permettra de la prévenir au mieux.

c) L'impact de la douleur sur le plan psychologique

Bien que la douleur ait une composante objective qui correspond à l'atteinte organique, tissulaire, il n'en demeure pas moins qu'elle reste subjective pour l'enfant qui la vit, la subit. « L'expérience (douloureuse) constitue par essence ce qu'un individu peut éprouver par lui-même » (Wrobel, Donnadiou, 2007, p. 32) [36]. Comme vu précédemment, l'enfant d'âge préscolaire ou au stade préopératoire, vit la douleur comme une punition. Il est important de lui expliquer que ce qui lui arrive n'est pas en lien avec des mauvaises actions qu'il aurait pu faire avant d'avoir mal (des bêtises par exemple). Il faut rassurer l'enfant en ce sens. Dans cette phase d'égoïsme, l'enfant peut également tenir quelqu'un d'autre pour responsable de sa douleur et adopter un comportement agressif vis à vis de ceux qui lui font mal également : le soignant pendant les soins. En ce sens, la charte européenne de l'enfant hospitalisé indique à l'alinéa 8 que « l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille ».

⁹ Afssaps : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé devenue ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé depuis le 01 mai 2012.

Ainsi, la reconnaissance et la prise en compte de l'anxiété générée par les soins et une hospitalisation, doivent être évaluées et traitées au même titre que la douleur physique. « L'une des compétences indispensables de la pédiatrie d'urgence est la prise en charge de la sédation et de l'analgésie de l'enfant car il faut savoir distinguer traitement de l'anxiété (anxiolyse) et le traitement de la douleur elle-même » [37]. Nous allons nous intéresser de plus près à l'anxiété de l'enfant et son retentissement sur la douleur afin de comprendre les enjeux de l'accompagnement lors de soins douloureux auprès de lui.

d) L'anxiété (et la douleur)

L'origine du concept d'anxiété (anxietas) remonte au XII^{ème} et XIII^{ème} siècle. En médecine il était défini comme le fait d'avoir une disposition naturelle à l'inquiétude. A partir de 1968, le mot « anxiogène » est employé pour définir toute source d'anxiété ou d'angoisse. Dès 1970, le mot anxiolytique est employé en médecine et en pharmacologie avec l'apparition des premiers traitements contre l'anxiété (Molière, 2009, p.70) [1].

Définition du Larousse [38] : « Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité ; Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse. » L'anxiété peut se matérialiser par des signes cliniques bien distincts, palpitations, tachycardie, pâleur, dyspnée, sueurs, hypertension.

« Des études ont montré que la douleur engendre de l'anxiété et que celle-ci majore le vécu douloureux » (Annequin, 2007) [39]. La douleur est par définition une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, ce qui montre bien le lien existant entre anxiété et douleur. Selon de Dr Annequin, « l'anxiété est une émotion difficilement séparable de l'expérience douloureuse » (2007) [39]. Leora Kuttner¹⁰ souligne également le rôle des émotions dans la physiologie de la douleur en expliquant : « Dans le centre (ou au cœur) du cerveau se trouve le système limbique, système clé des émotions. Le stress, l'humeur et les émotions interagissent et sont sous l'influence du système endocrinien et de la libération de cortisol (une hormone du stress) ; tout cela modifie l'expérience douloureuse » (2011, p. 47) [40].

Deux professionnelles de la santé en pédiatrie ont choisi de définir l'anxiété comme suit : « L'anxiété est un état émotionnel qui existe chez chacun d'entre nous et qui est lié à l'appréhension d'un danger potentiel plus ou moins subjectif. Il s'agit d'une dimension normale de la personnalité. Signal d'alarme (...) qui permet d'accroître notre vigilance » [41]. Elles soulignent que l'anxiété est particulière chez l'enfant car elle est liée à son développement. Il l'exprimera différemment selon son âge, tout au long de sa vie. Cette anxiété est dite « développementale ». La difficulté en tant que soignant réside dans l'interprétation des manifestations de cette anxiété chez l'enfant en fonction des situations auxquelles il est confronté. Notons que l'anxiété d'un enfant générée par sa première visite à l'hôpital, peut être une réponse adaptative à une nouvelle situation. L'anxiété étant totalement subjective, il est délicat de l'évaluer avec objectivité. Cependant il existe des échelles d'évaluation de l'anxiété (peu nombreuses) comme celles existantes pour la douleur. Le plus difficile étant de différencier le degré de l'anxiété et celui de la douleur. Ces échelles ne sont pas beaucoup utilisées en France car elles ont été élaborées dans les pays anglo-saxons et leur traduction varie, aucune d'elle n'a obtenu validation. Il est donc fréquent que les soignants

¹⁰ Leora Kuttner : Docteur en psychologie clinique spécialisée dans la douleur de l'enfant.

utilisent l'échelle visuelle analogique de la douleur pour quantifier le degré d'anxiété (de 0 à 10).

Mes recherches littéraires au sujet de la composante émotionnelle de la douleur m'ont amenée à aborder la notion d'anxiété. De cette notion en émerge une nouvelle, tout aussi importante, celle de la mémoire de la douleur chez l'enfant et de ses conséquences possibles.

e) La mémoire de la douleur

Leora Kuttner, dans son livre *L'enfant et sa douleur*, explique qu'il y a trois dimensions à prendre en compte dans le traitement de la douleur. Elle les nomme les trois P : Pharmacologique - Physique- Psychologique. Ainsi elle prône une approche biopsychosociale. Elle affirme qu'il est nécessaire d'accompagner l'enfant, de l'aider à affronter sa difficulté face à la douleur pour ne plus la subir mais la surmonter. Nous savons aujourd'hui que l'enfant garde en mémoire les expériences douloureuses et que la réactivation de ces souvenirs peut avoir des répercussions dommageables par la suite, comme l'apparition de troubles anxieux pouvant aller jusqu'au vécu phobique de certaines situations [40].

En ce sens, lors de la 17^{ème} journée Unesco *La douleur de l'enfant, quelles réponses ?*, des professionnelles de la santé, psychologues et puéricultrices ont souligné également que pour des enfants qui reviennent à l'hôpital et qui ont vécu des situations douloureuses difficiles, la mémoire du mauvais souvenir pourrait renforcer l'anxiété liée à la nouvelle expérience hospitalière, « bien que les répercussions d'un soin ne prêtent le plus souvent pas à conséquence, elles peuvent parfois être délétères et avoir un impact majeur sur le développement psychique de l'enfant. ... Une phobie du soin peut se développer. ... Il s'agit d'un trouble psychopathologique qui ne peut se résorber avec les stratégies de distraction et qui ne répond absolument pas à la réassurance. Elle nécessitera une prise en charge psychologique avec un psychiatre ou un psychologue à distance de la phase aiguë de détresse » (Rousseau-Salvador¹¹, Maunoury¹², 2010, p.8) [41].

Le Dr Annequin, conclut enfin, après avoir pris connaissance des études menées sur le terrain, que l'anxiété et la peur générées par les soins douloureux, ainsi qu'une communication inappropriée des professionnels de santé (informations pas assez claires), majorent l'intensité de la douleur perçue par l'enfant. Il complète et rejoint le Dr Leora Kuttner sur un des points essentiels de l'impact de la douleur sur le développement de l'enfant, à savoir que ces émotions intenses « vont majorer la mémorisation et induire des phénomènes de conditionnement qui vont aggraver les conditions de réalisation des soins ultérieurs » (Annequin, 2007) [39]. Il introduit une notion importante qu'est la prévention de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant par le biais de stratégies d'adaptation favorisant son sentiment de sécurité et celui de sa famille. La communication et le savoir-être des professionnels de santé sont au cœur de cette prévention, « ces « programmes » permettant « d'appivoiser » l'enfant en gagnant sa confiance. Ils reposent beaucoup sur des moyens non pharmacologiques où la qualité relationnelle (soignants/enfant/parents) est déterminante.

Mais quelle réponse avons-nous à apporter à cette douleur polymorphe ? Quels moyens pharmacologiques possédons-nous pour y répondre en complément de cette qualité

¹¹ Rousseau-Salvador, Céline : Psychologue psychomotricienne CLUD AP-HP Armand Trousseau Hôpital d'enfants.

¹² Maunoury, Nadège : Puéricultrice de l'équipe douleur, AP-HP Necker-Enfants Malades.

relationnelle ? Pour répondre à cela, je vais aborder à présent un des moyens médicamenteux souvent utilisés en service d'urgences pédiatriques, qui associe prise en charge de la douleur ET de l'anxiété. Il est systématiquement proposé lors de pose de points de sutures (en association avec un anesthésique local) pour la prise en charge de la douleur induite par les soins, aux enfants en âge de le recevoir, le MEOPA.

6. Le MEOPA (Mélange Equimolaire d'oxygène et de Protoxyde d'Azote N2O-O2)

« Le MEOPA est actuellement le produit de référence pour les actes, les soins douloureux chez l'enfant car il possède un ensemble de caractéristiques originales : rapidité, réversibilité d'action, double effet antalgique et anxiolytique, excellent profil bénéfice/risque (niveau A) » (Afssaps, 2009) [34].

a) Historique

Le MEOPA, Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote est un mélange gazeux pour inhalation (constitué de 50% de protoxyde d'azote et de 50% d'oxygène) qui s'utilise comme moyen médicamenteux de prise en charge de la douleur pour ses propriétés antalgiques et anxiolytiques. Il est incolore et inodore.

Le protoxyde d'azote a été découvert à la fin du XVIII^{ème} siècle, en 1772 par un chimiste anglais nommé Joseph Priestley¹³. C'est en 1799, que Humphry Davy¹⁴, chimiste britannique, décrit ses effets analgésiques et dysphoriques lors d'une expérience en auto-administration. En 1844, les dentistes américains Colton et Wells, l'utilisent pour des anesthésies par inhalation lors de soins dentaires. Des chirurgiens dentistes continuent de l'intégrer à leurs pratiques vingt ans après, mais ce n'est qu'en 1868 que Samuel Andrews¹⁵ propose de le mélanger à de l'oxygène afin d'augmenter sa durée d'action et donc d'administration. En 1961, l'anglais Tunstall réalise le premier mélange stable d'oxygène et de protoxyde d'azote à 50% qu'il appelle Entonox [42].

En France, le MEOPA est connu sous sa forme actuelle depuis le siècle dernier (combinaison protoxyde d'azote et oxygène). Il était alors utilisé dans les transports médicalisés et pour les actes obstétricaux dès 1960 en milieu hospitalier. Au début des années quatre-vingt-dix, son système d'inhalation a été modifié pour une meilleure utilisation chez les enfants par le biais de matériel adapté à leur morphologie, équipé d'une valve anti-retour, garantissant une meilleure sécurité d'emploi. Il était surtout utilisé dans les services d'onco-hématologie pédiatriques.

L'auteur de référence concernant le MEOPA en pédiatrie est le Dr Daniel Annequin, anesthésiste pédiatrique et psychiatre français qui est également le président de l'association Pédiadol© et un des membres fondateurs de l'association Sparadrap© (Présidente actuelle Dr Catherine Devoldère, ancien président Dr Cohen-Salmon également auteur de nombreux articles sur le sujet). Le Dr Annequin a été le responsable médical du second programme national de lutte contre la douleur au Ministère de la santé (2002-2005), précité dans ce

¹³ Joseph Priestley : Chimiste et pasteur anglais (1733-1804)

¹⁴ Humphry Davy : Physicien et chimiste britannique (1778-1829)

¹⁵ Samuel Andrews : Chimiste anglo-américain, spécialiste des techniques de distillation (1836-1904)

travail. Il a réalisé une revue de littérature de 2000 à 2008 référençant toutes les études réalisées sur le MEOPA de part le monde, dont une étude nationale multicentrique (31 centres français audités sur 2 mois en 1996) sur son efficacité qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de ce travail de fin d'études. Cette étude répertorie les actes pour lesquels il a été utilisé (21,1% en cas de suture) et démontre son efficacité et sa sécurité d'administration en concluant qu'« aucun effet indésirable grave n'a été observé ». (Annequin et al. 2000) [43].

b) Cadre légal du MEOPA

En 1998, le MEOPA bénéficie d'une ATU de cohorte¹⁶ qui officialise son emploi, souvent décrié par les anesthésistes craignant de voir un produit leur étant réservé au bloc opératoire jusqu'alors (potentialisation avec d'autres psychotropes en anesthésie), tomber entre les mains de personnels non formés à son usage, hors du bloc.

Le 15 novembre 2001, l'ANSM délivre l'AMM¹⁷ au MEOPA. Deux produits Kalinox® (Air liquide Santé) et Medimix® (AGA/LINDE médical) sont commercialisés.

Il m'a paru intéressant d'exposer des données issues de son utilisation dans le cadre de l'ATU afin de démontrer son importance en milieu pédiatrique. En effet, 75% des prescriptions sont réalisées pour des enfants, dont 53% aux urgences. Les actes de petites chirurgies superficielles représentent l'utilisation prépondérante du MEOPA [44]. Ces données ont été relevées sur une période de 10 mois, auprès de 30 000 patients. Seulement 3% des usagers ont présenté des effets indésirables à type de troubles digestifs, vertiges et céphalées.

La Commission de la Transparence délivre un avis favorable à son utilisation en 2002 et un niveau de SMR (Service Médical Rendu) important.

A ce jour, 4 laboratoires (Laboratoires Sol France, Laboratoires Air Products Industries, Air liquide Santé, AGA médical), commercialisent le MEOPA sous les dénominations suivantes [45] :

- Kalinox®, Entonox® (ex Medimix®), Antasol® 135 depuis 2001
- Oxynox® depuis 2004
- Antasol® 180 depuis 2012

Jusqu'en 2009 son utilisation est réservée à l'usage hospitalier. Depuis le 30 novembre 2009, date de la dernière AMM, il est sorti de la réserve hospitalière et est étendu au domaine des soins dentaires en cabinet sous l'étroite surveillance des instances de pharmacovigilance (CRPV) et d'addictovigilance. Un plan de gestion des risques est également mis en place [46]. Il est également possible, pour des patients le nécessitant, de le conserver à domicile.

¹⁶ Autorisation Temporaire d'Utilisation délivrée par l'ANSM (Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé depuis 2012, anciennement Afssaps)

¹⁷ Autorisation de Mise sur le Marché indispensable à la commercialisation d'un produit ou dispositif médicamenteux ayant passé les 3 premières phases des essais cliniques : phase 1 administration sur sujet sain/ phase 2 déterminer les doses efficaces/ phase 3 évaluation de l'effet thérapeutique sur un sujet malade. La phase 4 étudie le produit une fois sur le marché pour en prouver l'efficacité (rôle de la Commission de Transparence dans le niveau du SMR)

c) *Présentation*

1. Présentation du matériel

L'administration du MEOPA nécessite un obus de gaz de 5L ou 15L. Un kit complet d'administration avec valve unidirectionnelle équipée d'un filtre antibactérien avec le masque facial. Une valve d'administration à la demande : Utilisation systématique du filtre antibactérien avec le masque facial. Un filtre antibactérien à usage unique (adapté au poids du patient) à intercaler entre le masque et le kit. Un masque facial à usage unique adapté au patient [47]. Un tuyau souple d'évacuation des gaz expirés. Des kits complets à usage unique existent également (*Annexe 1*).

2. Propriétés pharmacologiques et effets cliniques

Son mécanisme d'action est très peu connu, seulement entrevu (des études sont actuellement menées chez l'animal) (Annequin, 2009) [48]. On ne connaît avec certitude du MEOPA que ses effets cliniques [49] :

- Sédation consciente qui est caractérisée par [50] :
 - Un état de conscience du patient.
 - Des réflexes de protection des voies aériennes préservés : réflexes laryngés. Ainsi il n'est pas nécessaire de respecter le jeûne pour en bénéficier.
 - Une ventilation normale et des mouvements oculaires normaux.
 - Une coopération totale du patient : il peut répondre aux ordres, exprimer ce qu'il ressent. L'enfant ne dort pas, il est communicant avec l'entourage.
 - Une diminution de la notion du temps, parfois une amnésie partielle de l'acte.
- Antalgique : analgésie (de surface) des actes douloureux de courte durée <1h chez l'adulte et l'enfant (certainement grâce à la libération d'endomorphine et d'action *anti-NMDA* récepteurs de la douleur) : Une diminution de réaction aux stimuli douloureux. Effet principalement recherché : On pourrait le classer dans le palier 2 des antalgiques sur l'échelle de l'OMS, soit pour les douleurs modérées à intenses, selon le Pr Isabelle Murat¹⁸ [51]. Cependant il est classé dans le palier 1 pour les douleurs faibles à modérées.
- Anxiolytique (agirait sur des régions cérébrales responsables des émotions, de l'anxiété). Il diminue l'angoisse et prévient l'apparition de phobie des soins.
- Euphorisant (effet associé): on parle aussi de gaz hilarant pour ses effets désinhibants. Les perceptions sensorielles sont également modifiées.

Son action est très rapide (absorption pulmonaire), il agit après 3 minutes d'inhalation car ce gaz est peu soluble dans le sang. Sa réversibilité d'action l'est tout autant (il n'est pas métabolisé), les effets s'estompent après quelques minutes d'arrêt de l'inhalation. Son administration non invasive favorise la prise en soin de la douleur sans en induire davantage.

¹⁸ Pr Isabelle Murat : chef de service d'anesthésie, Hôpital Trousseau, Paris.

3. Indications et effets indésirables

Le MEOPA est indiqué dans la prévention de la douleur induite par les soins (*Annexe 2*). Le MEOPA peut être utilisé chez les enfants de plus d'un mois bien qu'avant 3 ans, il semblerait moins efficace du fait de la concentration alvéolaire minimum efficace supérieure à celle des enfants plus grands. De plus, les enfants de plus de 4 ans sont plus enclins à coopérer lors de son administration (auto-administration favorisée pour un meilleur résultat) [49]. Le débit administré ne dépend pas du poids de l'enfant mais de sa ventilation spontanée. Qu'il soit réglé à 2 ou 10L/min, « la concentration du protoxyde d'azote reste fixe 50% » [52].

Les études d'efficacité depuis l'an 2000 démontrent son utilité lors de la réalisation de points de suture aux urgences, étant plus efficace pour diminuer la détresse des enfants, les effets secondaires étant également moins nombreux [43]. Bien que le MEOPA soit un produit qui remplisse les critères sécurité/efficacité, ses effets indésirables restent néanmoins présents et à prendre en compte lors de son administration (*Annexe 2*) [47].

3.1 Des études en quelques chiffres

Une étude réalisée en 2002 dans un service d'urgences pédiatriques sur 600 enfants d'âge moyen de 5 ans et demi, a montré que « la tolérance a été bonne chez 548 enfants (92,4 %). 52 enfants (8,6 %) ont présenté des effets secondaires transitoires : vomissements (5,8 %), céphalées (0,6 %), agitation (1,1 %), vertiges (1%). Aucun effet secondaire n'a entraîné l'interruption des soins » [43] [53].

En 2007, six études de cohorte ont été menées concernant la sécurité du MEOPA. Sur « 1000 patients soit un total de 47 802 sujets, le risque d'effet indésirable « sérieux », « sévère » ou « majeur » peut être estimé à 0,11% » [54]. Cela démontre que les effets indésirables restent tout de même rares et réversibles en quelques minutes après l'arrêt de l'inhalation.

d) *Posture soignante infirmière*

Le code de déontologie infirmier rappelle la complémentarité des rôles, que sont le rôle propre et le prescrit, dans un seul et même article 21: « En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur » [55].

1. Le rôle prescrit

Selon les textes de l'AMM, « L'administration doit être faite dans des locaux adaptés, par un personnel médical ou paramédical spécifiquement formé et dont les connaissances sont périodiquement réévaluées... » [49].

« Toute utilisation du mélange gazeux se pratique sur prescription médicale » (Annequin, 2002) après avoir écarté toute contre-indication et sur demande de l'infirmière en charge des soins de l'enfant qui le juge opportun. Des protocoles de service existent et sont à disposition du personnel (*Annexe 3*) [49].

En ce sens, une circulaire datant de 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales, voyait le jour. Elle fut complétée par le décret de compétences du CSP à l'article R. 4311-8 qui habilite l'infirmier ou l'infirmière « à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers » [13].

2. Le rôle propre

Bien que l'utilisation du MEOPA relève du rôle prescrit, le rôle propre infirmier est tout aussi important lors de son administration. En effet, l'infirmière doit mettre en avant ses compétences relationnelles auprès de l'enfant et de sa famille afin de leur expliquer l'acte qui va être réalisé et les effets du mélange gazeux. Elle doit s'assurer que ceux-ci aient compris afin de favoriser une auto-administration de l'enfant comme vue précédemment. Le masque n'est jamais appliqué de force à l'enfant. L'infirmière présente avec exactitude le déroulé et les étapes du soin à l'enfant. En ce sens, elle lui laisse le temps de poser des questions, lui présente le matériel et le laisse se familiariser avec. Elle doit rassurer l'enfant, favoriser la présence des parents et un environnement calme pour limiter les stimuli extérieurs source d'anxiété. L'infirmière est également responsable de la vérification préalable du matériel, du niveau suffisant de protoxyde d'azote et d'oxygène contenus dans la bouteille, de l'intégrité du matériel à usage unique (masque, ballon, valve anti-retour) ou non.

En plus des informations fournies à l'enfant et à ses parents, elle est en charge de la surveillance de l'état clinique et psychologique de l'enfant tout au long de son utilisation. Elle doit mettre en place des moyens de distractions pendant le soin, raconter une histoire ou chanter des chansons [47]. Elle doit être en mesure de détecter toute survenue d'effets indésirables afin d'en cesser l'usage. Ceci est légiféré dans l'article R. 4311-2 du CSP, alinéa 4 qui précise que les soins infirmiers ont pour but de « contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique ... dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs » [13]. Ainsi son administration est effectuée de préférence par deux soignants, un qui gère le matériel et le dispositif, et l'autre qui maintient le contact verbal avec l'enfant et effectue la surveillance.

Après l'utilisation du MEOPA, l'infirmière s'assurera de la complète récupération de l'enfant et évaluera sa satisfaction et sa douleur. L'acte devra être tracé dans le dossier de soin de l'enfant bénéficiaire, en précisant la durée, les effets, le comportement de l'enfant au moment du soin.

e) *Limites du MEOPA*

- *Pharmacodépendant :*

Les limites du MEOPA résident dans ses propriétés antalgiques. Selon l'ANAES, « le MEOPA doit être proposé pour tous les soins provoquant une douleur légère à modérée. Ce n'est pas un antalgique majeur et il n'est pas recommandé seul pour les douleurs sévères ». Il

faut être conscient de ces limites « ce n'est pas une anesthésie complète qu'on fait sous MEOPA » selon le Dr Simon, N¹⁹.

- *Patient-dépendant :*

Les limites du MEOPA concernent avant tout les contre-indications médicales strictes (*Annexe 2*). Ensuite, d'un point de vue de l'autonomie de choix, le refus catégorique de l'enfant ne permet pas son administration. En effet, « l'application de force sur le visage de l'enfant du masque conduit dans la majorité des cas à l'échec mais aussi à une phobie ultérieure du masque et de la méthode » (Dr Annequin D.). L'Afssaps ajoute que « l'auto-administration (l'enfant tient lui-même le masque sur son visage) doit être privilégiée mais ce peut être une limitation chez l'enfant anxieux » (p. 49) [34]. Une contention souple peut-être toutefois envisagée le temps que les effets du produit se fassent sentir, toujours en suivant les mouvements de la tête de l'enfant. Si cela ne fonctionne pas, il ne faudra pas insister.

Après avoir cheminé à travers mes diverses lectures, je souhaiterais présenter mes données recueillies sur le terrain auprès des professionnels avant de les confronter dans ma synthèse de cette phase descriptive.

7. Outil d'enquête

a) *Choix de l'outil*

J'ai fait le choix d'utiliser l'entretien semi directif pour mener mon enquête sur le terrain. Je souhaitais recueillir des données qualitatives et non quantitatives, sur une pratique professionnelle, ce qu'elle représente pour les soignants mais également des données très subjectives et personnelles que je n'aurais pas pu obtenir avec un questionnaire dans lequel j'aurais dû « imposer » au préalable des réponses possibles. Ainsi j'ai effectué mon enquête, munie de ma grille d'entretien (*Annexe 4*), auprès de cinq professionnels (infirmiers et puéricultrices) travaillant en service d'urgences pédiatriques. Les résultats présentés ci-après correspondent aux tableaux d'encodage reportés en annexe (*Annexe 5*).

b) *Présentation des résultats*

1. « *Selon vous, qu'est ce que l'accompagnement relationnel auprès des enfants de 4 à 6 ans ? Les parents y ont-ils leur place ?* »

Le verbe « expliquer » est cité 4 fois/5 : Pour 4 des 5 soignants interrogés, l'accompagnement auprès de l'enfant de 4 à 6 ans est le fait de donner des explications sur le soin qui va lui être fait. Pour la cinquième, l'accompagnement passe par la distraction pendant le soin, « chanter une chanson, raconter une histoire » (IDE 3).

Deux soignantes relèvent le fait que la communication doit être adaptée à l'âge de l'enfant, à son niveau cognitif.

¹⁹ Dr Simon : Chef de service des Urgences Centre Hospitalier Poissy-Saint Germain.

Un soignant dit allier les gestes à la parole. Un des soignants dit que l'accompagnement représente cinquante pour cent du soin et permet son acceptation pour qu'il se passe dans de meilleures conditions, il va permettre aussi de calmer l'anxiété. En ce sens, 2 soignants pensent qu'il faut être rassurant et une cinquième exprime la notion de confiance.

Lors de ma relance sur la présence des parents lors de cet accompagnement, l'ensemble des soignants y est favorable et dit que leur présence est privilégiée, incontournable, que les parents sont aussi convaincants. Les parents « peuvent m'aider à convaincre l'enfant, légitimement mon soin » (IDE 5). Tous les soignants leur expliquent le soin conjointement à l'enfant.

2. Quels sont les bénéfices de cet accompagnement lors des soins ?

Le verbe « rassurer » est cité 4 fois/5 : pour 4 soignants, l'accompagnement va permettre de rassurer l'enfant. L'action de mettre en confiance est également liée au fait de rassurer pour 4 des soignants (« confiance » est cité 4 fois). Les explications sont à nouveau citées par 2 fois.

Une nouvelle fois, les notions de peur, d'anxiété et de stress sont citées 3 fois et un quatrième soignant évoque le fait d'un possible traumatisme (IDE 3) : les actions mises en place par les soignants tendent alors à « éviter le stress » (IDE 1), « effacer la peur » (IDE 4) et canaliser l'anxiété (IDE 5).

Un des 4 soignants précise le lien de causalité entre douleur et anxiété « Au plus il est calme, au moins il a mal » (IDE 4). La distraction est à nouveau évoquée pour « détourner l'attention » et rendre les conditions de soins plus favorables, « moins traumatisantes pour la prochaine fois (IDE 3) ».

Enfin, pour un des soignants, l'accompagnement est un gain de temps pour le soin si cette anxiété est « bien canalisée » (IDE 5).

3. « Que pensez-vous du Mélange Equimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote ? »

Les notions de facilité, d'outil d'aide et de bonnes conditions de soins (confort énorme en pédiatrie) ressortent chez 4 soignants. Le cinquième le trouve « formidable ».

Une deuxième notion de fréquence d'utilisation apparaît également pour l'ensemble des soignants: « Souvent utilisé, quasi tout le temps pour les sutures » (IDE 1), « utilisé de manière plus régulière » (IDE 2) « beaucoup utilisé » (IDE 3), « ... dès que je peux » (IDE 4), « ... lors de ... sutures ce qui est fréquent aux urgences » (IDE 5).

Deux aspects limitants émergent toutefois, pour l'un des soignants il s'agit de l'intolérance de certains enfants et pour l'autre, la peur du masque.

4. Qu'en est-il de la formation du personnel ?

2 soignants/5 ont bénéficié de la formation nécessaire à l'administration du MEOPA, dont un possédant le DU douleur. Les 3 autres ont été initiés et formés entre professionnels, parmi eux, un l'avait également vu pendant sa formation à l'IFSI. Un soignant exprime sa volonté de le généraliser dans la pratique quotidienne et précise qu'une formation est possible dans leur établissement sur une journée (IDE 2). Un autre soignant, quant à lui, évoque la

possibilité d'un changement dans le service qui pourrait entraîner la formation de tout le personnel.

D'un point de vue légal, du personnel doit y avoir été formé pour prétendre à la dotation en MEOPA dans le service, de la part de la pharmacie (IDE 2). 3 soignants/5 déclarent demander l'avis du médecin avant son utilisation et précisent l'obligation d'une prescription médicale. Un soignant évoque l'existence d'un protocole dans le service (IDE 1).

Quant à ma relance effectuée par rapport à leur choix personnel de s'y être formé ou de l'utiliser, les deux soignants ayant bénéficié d'une formation expriment leur volonté « d'amoindrir la douleur... de travailler sur la gestion de la douleur... (IDE 5) quant à l'IDE 2, elle a bénéficié de la formation MEOPA dans le cadre de son DU douleur. Enfin, la notion d'autonomie de choix émerge d'un soignant qui indique « si on pense que ce serait mieux, on suggère au médecin qui le prescrit » (IDE 5).

5. « Comment préparez-vous les enfants à un soin sous MEOPA ? »

On retrouve ici la même notion retrouvée dans les réponses de la question 1 concernant l'accompagnement, à savoir le verbe « Expliquer » qui est cité 5 fois par l'ensemble des soignants. En effet, tous préparent les enfants au soin par le biais d'explications, à l'enfant et aux parents (IDE 2). Pour ce soignant, « le parent est acteur et participe ! » (IDE 2).

Tous les soignants décrivent à l'enfant les effets cliniques, les modifications sensorielles possibles avec le gaz, dont 3 qui expliquent à l'enfant qu'il va rire. L'ensemble des soignants lui laisse manipuler le matériel et le masque avant le soin. Le côté ludique apparaît pour un soignant qui déclare « essayer de le faire rire pour qu'il ait envie de l'essayer ... quelque chose qui devrait être sympathique pour lui » (IDE 5).

Un soignant déclare ne pas avoir de refus sauf en cas « d'expérience antérieure négative (IDE 2). Un autre le rejoint en disant ne pas avoir de refus de la part des parents (IDE4). L'IDE 5 précise que si le parent montre qu'il n'a pas peur, l'enfant adhère au soin. Facteurs limitants : Un soignant énonce que le masque est anxiogène (IDE 2), et 2 soignants précisent « on ne force pas l'enfant pour le masque » (IDE 2 et 3).

6. « Les enfants entre 4 et 6 ans acceptent-ils facilement de respirer dans le masque ?...

3 soignants disent que « ça dépend de chaque enfant, certains acceptent et d'autres refusent mais à tout âge » (IDE 1) (IDE 2) (IDE 4). Un soignant déclare que les enfants de 4 à 6 ans assimilent bien à cet âge (IDE 2).

... la présence des parents est-elle un facteur favorisant ? »

La présence des parents « favorise l'acceptation du soin » (IDE 1) : L'ensemble des soignants constate que la présence des parents favorise l'acceptation du masque. « Les parents c'est chouette » (IDE 2), « le parent, quel que soit le soin, il rassure l'enfant, l'enfant se sent plus en confiance » (IDE 3), « les parents essayent de convaincre, ... sont aidants, des fois c'est eux qui tiennent le masque » (IDE 4), « le parent valide donc l'enfant est moins angoissé, ils obéissent ... parents-support...parent-relai

(distraction)...présence très importante pour moi » « on emmène l'enfant sur un plan imaginaire ... ils adhèrent généralement » (IDE 5).

3 soignants/5 reprennent l'idée qu'il est important de prendre le temps de bien expliquer ce qu'il va se passer à l'enfant (IDE 2, 3, 5).

7. En cas de refus ? Quelles actions mettre en place ?

D'autres moyens antalgiques sont proposés par 4 soignants à savoir le patch Emla® et une anesthésie locale.

D'autres approches complémentaires sont proposées « hypnose, RESC » (IDE 2), à nouveau des explications et des moyens de distractions pour 3 d'entre eux.

Si le refus est catégorique, 3 soignants déclarent ne pas forcer l'enfant. 2 soignants cherchent la compliance avec l'aide des parents (IDE 3 et 4). Un soignant précise que la peur générée par la situation de soins « les rend ingérables » (IDE 2) et le MEOPA « perd son bénéfice, l'anxiété ne sera pas calmée » (IDE 5).

8. « D'après votre expérience professionnelle, quelles sont les limites du MEOPA ? »

2 soignants expriment le refus de l'enfant, en première limite. 2 soignants parlent de l'âge des enfants qui serait limitant.

4 soignants évoquent les effets indésirables (vomissements) et contre-indications médicales strictes. Un soignant indique que le MEOPA peut générer de la peur et des hallucinations (IDE 1).

2 soignants insistent sur l'antalgie limitée du MEOPA dont un précise que ses propriétés anxiolytiques sont plus importantes que l'antalgie : « A mon avis un des effets les plus importants c'est quand même l'effet anxiolytique et amnésiant intéressant » (IDE 2). Ce même soignant dit qu'il faut être « conscient des limites » et ne pas hésiter à l'associer à un palier 3 si la douleur est trop importante, voire pratiquer une anesthésie générale si nécessaire pour certains soins très douloureux « pansements de brûlures, réduction de fracture ».

« Dans le contexte singulier des urgences, avez-vous toujours les moyens de mettre en place un accompagnement relationnel qui vous satisfasse ? »

Lors de ma relance sur le contexte des soins en urgence, 4 soignants confirment qu'ils ont toujours le temps de mettre en place le MEOPA en quelques minutes et que celui-ci leur fait gagner du temps sur le soin au final (IDE 4 et 5). Le cinquième soignant insiste sur la relation de confiance à établir, rassurer et la présence des parents.

9. Expérience des professionnels auprès des enfants ?

Nous retrouvons une grande hétérogénéité dans le groupe interviewé. Chaque soignant a une ancienneté différente. De 2 à 4 ans pour les plus jeunes, de 13 ans, et enfin de 18 et 20 ans pour les plus anciens. 2 des 5 soignants sont puéricultrices.

8. Synthèse de la phase descriptive

A l'heure où la reconnaissance et la prise en charge de la douleur de l'enfant sont devenues un enjeu de santé publique, les services d'urgences pédiatriques s'hyperspécialisent en proposant des réponses de soins de plus en plus spécifiques. L'accueil se déroule souvent dans une atmosphère anxiogène pour les enfants et parfois tendue pour les soignants et les parents, chacun légitimant la place qu'il a auprès de l'enfant. Pour cela, les soignants y évoluant, doivent eux-mêmes s'adapter et avoir une connaissance aiguë du développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant aux différents stades de sa vie afin d'apporter, à leur niveau, des soins en adéquation avec leur service d'accueil. Les soignants de terrain me confirment d'ailleurs cette nécessité de s'adapter à l'âge des enfants et à leur niveau de compréhension. En effet, cette connaissance de l'enfant selon son âge, la nécessité et le devoir d'allier les parents dans cette prise en soins, sont autant de facteurs à inclure dans cette approche soignante, dans cet accompagnement au sein des urgences pédiatriques. Mes lectures m'ont permis ainsi de réaliser tout ce qui se joue lors d'une prise en charge de la douleur chez l'enfant, et notamment toutes les dimensions à considérer. J'ai fait le choix de traiter du MEOPA en ce qui concerne la prévention de la douleur de l'enfant en service d'urgence, car son administration paraît être un bon moyen de réponse aux douleurs induites par les soins et à l'anxiété. Bien que m'ayant semblé aisé lors de mon stage en tant que novice et profane, l'usage du MEOPA se révèle être, en théorie, extrêmement encadré, légiféré, protocolé, ce qui fait de lui un produit efficace et sûr. Ceci m'est attesté lors de mon enquête, l'ensemble des soignants précisant la nécessité d'une prescription médicale, et l'efficacité du traitement. Nous avons pu constater l'amplitude des champs de compétences nécessaires à l'infirmière travaillant dans un tel service, qu'elles soient relationnelles ou techniques, et la nécessité d'en mobiliser l'ensemble lors de l'utilisation du MEOPA, notamment son savoir être auprès de l'enfant et de ses parents. En effet, une de ses limites réside dans l'acceptation du masque par l'enfant. Mon enquête sur le terrain auprès des professionnels a rejoint ces points abordés dans la littérature. Nous avons, à présent, certaines clés en main pour mieux comprendre la question de départ dans son ensemble, à savoir la source d'anxiété que peut représenter le contexte des urgences pour les usagers, la connaissance du rôle des soignants, les acteurs concernés par les soins (ce qu'un enfant entre quatre et six ans est en mesure de comprendre, ses particularités, et l'importance de la présence de ses parents) et la connaissance du traitement. Nous pouvons donc nous demander de quelle manière est mené cet accompagnement concrètement ? La réussite du soin sous MEOPA sous-entend qu'il peut y avoir des échecs, comme nous l'avons vu dans ma situation d'appel, à quoi sont-ils dus exactement et comment y remédier ? De manière plus générale, nous pourrions penser, au regard des lectures, des entretiens et de ma question de départ, que le soignant ne serait finalement pas le seul à conduire cette prise en soin ?

Pour tenter de répondre à ces questions et ainsi à ma question de départ, je traiterai dans ma phase explicative du concept d'accompagnement, de ce qu'il recouvre pour les soignants, et du concept de relation soignants/enfant/parents dite « triade » qui, comme dans les écrits, ont émergé de mes entretiens. Enfin, tel que mentionné dans la littérature et confirmé par les professionnels de terrain, le MEOPA ne peut être administré de force. La recherche du consentement de l'enfant étant indispensable, je développerai, en dernière partie de cette phase explicative, le concept d'adhésion thérapeutique.

9. Question de départ définitive

A la lumière de mes éclairages théoriques et pratiques, la présence des parents auprès de leur enfant est légitimée. Ma question de départ initiale devient provisoire et laisse place à une nouvelle question dont la nuance prend tout son sens.

Dans quelle mesure l'accompagnement relationnel infirmier auprès des enfants et de leurs parents, influence-t-il la réussite de la prise en soin de la douleur par MEOPA en service d'urgences pédiatriques ?

B. PHASE EXPLICATIVE

1. L'accompagnement

Au sortir de mes entretiens, j'ai fait le bilan des idées fortes abordées par les professionnels afin d'amener plus avant ma réflexion quant à ma question de départ définitive. Afin de pouvoir répondre à cette question, il s'agit en premier lieu de comprendre que recouvre le concept d'accompagnement pour les soignants dans un contexte de soin d'urgence ? J'ai donc choisi de développer ce concept au travers de nouveaux éclairages théoriques enrichis des points de vue des professionnels de terrain qui ont participé à mon enquête.

a) *Eclairage historique*

Je souhaitais à travers ma situation de départ, me pencher sur la dualité présente dans le soin, à savoir que « la technique et le relationnel ne sont plus à opposer mais à articuler ensemble » (Bouvet, Sauvaige, 2005) [56]. Un soignant me le confirmera lors des entretiens, « L'accompagnement c'est cinquante pour cent du soin » (IDE 5).

L'accompagnement a de tout temps existé, dans sa forme la plus littérale du terme. Au XVII^{ème} siècle, il se définit comme « une partie qui accompagne la partie principale ». Le verbe accompagner signifie prendre pour compagnon, puis se joindre à quelqu'un, notamment pour faire un déplacement en commun [57]. Seule l'idée de déplacement physique est présente. Au XVIII^{ème} siècle, l'accompagnement prend la forme du compagnonnage où l'ouvrier après son apprentissage, travaille aux côtés de son maître pour devenir maître à son tour. Jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, la médecine tâtonne, de nombreuses épidémies et maladies, notamment la tuberculose, emportent les populations avant l'âge de 50 ans. Les infirmières et les médecins mettent en place un accompagnement en tant que soutien psychologique auprès des familles et des personnes en fin de vie. La solidarité et les liens de voisinage et d'entre-aide très forts à cette époque là, participent à un accompagnement des personnes en souffrance, au nom de la charité chrétienne. Puis dans les années d'après-guerre, la science fait un grand bond en avant avec la découverte des antibiotiques et le développement de techniques chirurgicales. Les prouesses techniques tendent alors à éclipser l'accompagnement, « la spécialisation porte en elle une énorme force expansive de progrès. Mais elle contient aussi le germe d'une régression dans l'ordre intellectuel et spirituel... » (Chavez, 1958) [58]. Les sciences sont alors enseignées au détriment de l'aspect psychologique des patients. Dans les années quatre-vingts, l'accompagnement se met en place en unité de soins palliatifs pour répondre aux besoins de patients en fin de vie et à l'écoute des familles et de l'entourage.

Cependant, à la fin des années quatre-vingt-dix, l'accompagnement n'est plus seulement réservé ou assimilé aux soins palliatifs mais devient polymorphe, depuis 1997 précisément selon Mireille Cifali²⁰ [59]. Il s'est introduit dans bon nombre de domaines professionnels, de métiers en lien avec l'humain dans lesquels la relation est omniprésente à plus ou moins grande échelle (sous forme de coaching, tutorat par exemple). Cependant l'accompagnement n'a pas la même signification, le même sens, la même mission ou vocation selon le domaine et les situations dans lesquels on le retrouve aujourd'hui. Je m'attarderai à définir le concept d'accompagnement dans le domaine qui nous intéresse, celui des soins douloureux au sein des urgences pédiatriques, auprès d'enfants d'âge préscolaire, au travers des écrits et des témoignages de terrain.

b) Une pratique soignante

Nous retrouvons bon nombre de synonymes au verbe accompagner mais « escorter » est repris par Paul²¹ [60], en lui attribuant une définition plus particulière dans « le registre du soin, de la protection, de l'aide et de l'assistance ». C'est aussi aller avec, prendre quelqu'un par la main, être sa sécurité pour lui permettre d'aller là où il ne peut pas aller tout seul. « Être à côté de, dans sa présence pour qu'il fasse le pas là où ça résiste » (Cifali, 2012) [59]. L'aider à faire face en lui donnant des repères, des pistes s'il s'égaré en chemin. Il est question, en ce sens, d'encourager l'autre à surmonter une épreuve difficile en lui assurant un soutien sans faille, dans le cas présent, un enfant à qui il va falloir beaucoup de courage pour affronter le soin et qui aura besoin de ce soutien de la part du soignant mais également de ses parents. Je souhaitais savoir, à travers ma première question posée aux soignants, ce qu'accompagner un enfant d'âge préscolaire signifiait pour eux, car comme nous l'avons vu, c'est un large concept. Je désirais connaître également quelles actions y étaient associées (Question 5), dans leurs pratiques. L'ensemble des soignants interviewés pense qu'accompagner, c'est « expliquer », « informer les enfants et les parents ».

c) Devoir d'information et droit à l'information

1. Le Devoir du soignant

Le devoir d'information fait partie de la responsabilité de tout soignant à l'égard de son patient. Selon le code de santé publique concernant les devoirs envers les patients : « L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement » [61]. Cela est tout à fait pertinent dans l'utilisation du MEOPA.

Le premier sens du mot responsabilité est *répondre* du latin *responsun, respondere, répondre de...* (*Ses actes*), qui est associé à une idée de disponibilité [62], je réponds, je suis là pour toi, je t'entends et t'écoutes. L'accompagnement lors des soins relève du rôle propre infirmier. Il n'est pas un métier en soi mais il fait partie intégrante de notre profession, de nos

²⁰ Mireille Cifali : Enseignante suisse dans les sciences de l'éducation, psychanalyste, philosophe, clinicienne dans les métiers de l'humain.

²¹ Maëla Paul : Docteur en sciences de l'éducation, formatrice, consultante auprès des professionnels de l'accompagnement, membre associé du CREN (Centre de Recherche en Education de l'Université de Nantes)

compétences soignantes. Malgré tout, selon Michel Fontaine²², il peut être souvent minimisé voire relégué au second plan du soin technique par les professionnels. Pourtant il requiert une expertise infirmière, une analyse de la personne accompagnée, une réelle compétence (C6 : Concevoir et conduire une relation dans un contexte de soin) défini dans notre référentiel: « Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ; Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ; Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées » (ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, ministère de la santé et des sports, 2009) [63]. Ces compétences demandent également au soignant d'être capable de s'adapter aux personnes qui se présentent à lui. Ainsi les soignants rejoignent leur champ de compétence car pour eux, cet accompagnement est synonyme de communication adaptée à l'âge de l'enfant mais également de mise en confiance, de réassurance auprès de l'enfant : « Le soignant doit être à l'écoute et avoir une communication adaptée à l'âge et au degré de compréhension de l'enfant » (IDE 2). En ce sens, ils rejoignent les écrits de Paul concernant la notion de protection et d'assistance, et les écrits de Mme Thibault-Wanquet²³ qui déclare que « connaître les besoins de l'enfant hospitalisé nécessite de connaître les besoins de l'enfant exempt de pathologie, en fonction de son âge, de son développement psychomoteur et psychoaffectif » (2008) [23]. En effet, nous avons vu que cette connaissance du développement de l'enfant fait partie des compétences requises en service d'urgence. En effet, l'enfant d'âge préscolaire est capable de comprendre, de poser beaucoup de questions mais également d'y répondre. Cette compétence de l'enfant est précieuse dans le domaine du soin car elle va permettre à l'infirmière et aux différents intervenants d'adapter au mieux leur prise en charge, « il faut s'adapter bien sûr à l'âge de l'enfant » (IDE 1). Nous comprenons ici toute l'importance de connaître les grandes phases du développement de l'enfant. Les soignants se veulent aussi rassurants auprès de cet enfant souvent anxieux à son arrivée inopinée en service : « ...expliquer pour calmer son anxiété et comprendre ce qu'il va se passer... » (IDE 5).

2. Un contexte particulier

En effet, le lieu et le contexte des urgences sont anxiogènes pour les enfants et les parents, du fait de l'afflux incessant de patients à toute heure du jour et de la nuit, comme nous avons pu le souligner en début de travail. La prise en compte de ce facteur stress par les soignants des urgences, permet la mise en place d'actions ayant pour but de diminuer ces tensions. Bien qu'habitué à y travailler, ils ne perdent pas de vue que bien souvent pour les enfants, l'arrivée dans le service est une découverte, un lieu inconnu qui effraie, « l'hôpital est un milieu très hostile pour eux, surtout quand ils sont confrontés à la douleur ou la maladie » (IDE 2).

Je me suis donc demandé si dans un contexte d'urgence, les soignants avaient toujours la possibilité de mettre en place cet accompagnement auprès des enfants (Relance question 8) ? Nous l'avons vu, le turn-over des patients est important et les urgences doivent être

²² Michel Fontaine : Infirmier Diplômé d'Etat (RN), Docteur en sciences sociales (PhD), DEA en sociologie (MA), DESS en Santé publique (MPH), DEA en Ethique Théologique (MTh). Chargé de cours à l'université de Lausanne.

²³ Mme Thibault-Wanquet Pascale : Cadre supérieur de santé, en poste au Centre national de ressources de lutte contre la douleur, Hôpital d'enfants Armand-Trousseau, Paris (en 2011). Formatrice en soins palliatifs pédiatriques (en 2011).

rapidement prises en charge. J'ai été surprise des réponses catégoriques et unanimes obtenues à cette relance. L'ensemble des soignants exprime qu'ils prennent toujours le temps d'expliquer les soins à l'enfant et aux parents, même s'ils n'ont que quelques minutes. Leora Kuttner souligne en ce sens l'importance cruciale de ces explications à la famille qui pourra seconder ainsi les soignants dans la prise en soin de la douleur de l'enfant et insiste également sur le fait que ces explications incombent au soignant « de le faire parfois dans des situations contraignantes et pressé par le temps » (2011) [40]. En prenant le temps de mettre en place cet accompagnement, le soin sous MEOPA peut être réalisé dans les meilleures conditions possibles. Un soignant souligne ainsi : « on prend 5 minutes supplémentaires, on ne perd pas de temps car le geste technique est facilité » (IDE 5). Je constate que les soignants respectent les recommandations préconisées en faveur de l'administration du MEOPA, citées en amont de ce travail. Ce que certains soignants pourraient juger comme étant du temps perdu sur l'urgence et le soin, se révèle être finalement un gain de temps dans la prise en soin de l'enfant pour d'autres, « on prend deux minutes pour lui expliquer c'est du temps de gagner pour la suite » (IDE 4). Au plus il aura eu d'explications, au plus il se sentira en confiance, au moins il aura peur et exprimera de résistances au traitement proposé. Dans le même temps, je m'étais également interrogée sur l'importance et le degré de gravité de l'urgence qui auraient pu être un frein à un bon accompagnement (explications suffisantes ? informations comprises par l'enfant ?). Un soignant m'explique qu'il n'y a pas d'urgence, dans le cas d'une suture par exemple, qui ne puisse bénéficier d'un accompagnement en vue de soins nécessitant l'administration du MEOPA, « même un enfant qui arrive avec les pompiers qui a un bras en vrac... on peut tout à fait aller chercher notre obus de MEOPA et faire le transfert du brancard des pompiers au brancard du service et le changement d'attelle sous MEOPA, ça peut s'envisager, ça prend quelques minutes » (IDE 2). Je me rends compte que même dans un service aussi singulier dans lequel la prise en charge des enfants doit être rapide, l'accompagnement a tout autant sa place que les soins techniques, il représente même un outil privilégié favorisant ces soins.

Les informations transmises à l'enfant et aux parents sur le déroulé du soin ont également vocation de repères, « parler, tout leur expliquer, le soin, s'assurer qu'ils ont compris... » (IDE 4). Grâce aux explications des soignants, l'enfant sera à même d'appréhender le soin, de se sentir soutenu, de ne pas se sentir seul face à sa douleur et sa peur. Le parent également informé pourra soutenir son enfant, être dans l'anticipation des gestes. En ce sens, les professionnels de santé de l'association Sparadrap® préconisent aux soignants de prévenir les parents sur les différentes prises en charges possibles au sortir des urgences afin qu'ils puissent s'organiser au mieux et en informer également leur enfant pour lui permettre de s'adapter au changement (Galland, Cohen-Salmon, 2008) [64]. Cet accompagnement relève de la responsabilité « primaire, fondamentale, de ce qui est vitalement nécessaire » (Fontaine, 2009) [65]. Il va de soi. Ainsi, il engage l'entière responsabilité du soignant, il en va de son devoir. J'ajouterais qu'en pédiatrie plus qu'ailleurs, l'information mais surtout la manière dont elle est transmise, est primordiale dans le processus de soin de l'enfant. Elle est la base de tout soin. Si les soignants ont un devoir d'information, cela sous-tend que les enfants et leurs parents y ont également droit.

3. Le Droit du patient

D'un point de vue légal, la charte européenne de l'enfant hospitalisé, rédigée à Leiden en 1988 lors de la première Conférence européenne des associations "Enfant à l'hôpital", cadre les droits des enfants et donc indirectement les devoirs des soignants. Ainsi les articles 4 et 5 stipulent que « les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant (...) Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins » [24]. "Les enfants doivent être informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé en fonction de leur âge et de leur faculté de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux."

Lorsque l'enfant arrive aux urgences avec ses parents, la première action soignante après son évaluation clinique est de lui donner une information claire et adaptée tout au long de son passage dans le service, comme nous l'avons vu dans les devoirs du soignant. L'infirmière veille à transmettre cette information directement à l'enfant en présence des parents qui doivent être inclus dans la prise en charge, et s'assurer que l'enfant ait compris. Cette information est primordiale d'une part parce que légalement obligatoire, ensuite parce qu'elle contribue à diminuer l'anxiété de l'enfant générée par le lieu et les soins invasifs effectués sous MEOPA. Elle doit être donnée de manière anticipée afin de préparer au mieux l'enfant à ce dont il devra faire face, encore une fois dans un but d'adaptation progressive à la situation [64]. Ainsi lors de l'enquête Sparadrap© menée en 2004 sur la présence des parents à l'hôpital, 89% des parents jugent que l'information, lorsqu'elle est donnée à l'enfant, est adaptée [66]. Kuttner, L. identifie aussi la composante sensorielle à cette information en soulignant que « Les enfants ont besoin qu'on leur donne des explications dans un langage clair, approprié à leur niveau de développement, en les informant en termes sensoriels des étapes du soin » (2011). Ainsi, en réponse à ma cinquième question sur la préparation de l'enfant à un soin sous MOEPA, un soignant y fait référence : « On leur explique qu'ils respirent un gaz rigolo qui fait rire, on emploie des mots adaptés à leur âge » (IDE 4). Je me rends compte que les pratiques réalisées sur le terrain répondent aux recommandations théoriques identifiées en amont. Nous pouvons constater que, sur ce point, l'échantillon interviewé travaille au plus près des règles établies dans un souci de bientraitance, de non-malfaisance, de respect du patient et de ses droits.

L'accompagnement est un acte de soin à proprement parler, un fait social de relation, à l'origine, entre deux personnes, le soignant et le soigné. Michel Fontaine part du postulat bien plus fort en écrivant que « soigner, c'est nécessairement accompagner » (2009) [65]. En effet, il semble difficile de soigner sans entrer en relation avec l'autre, l'accompagnement faisant partie intégrante de l'acte médical, nous l'avons souligné. Cependant, la particularité de cette relation en pédiatrie, est qu'elle se crée entre trois personnes, trois entités bien distinctes, l'enfant, le soignant, et les parents. Nous l'avons vu à plusieurs reprises dans cette partie consacrée à l'accompagnement, les parents sont associés à la prise en charge de l'enfant. Comme me le confirmait un soignant lors des entretiens : « Les parents sont incontournables dans cette approche que l'on peut avoir de l'enfant en milieu hospitalier » (IDE 2). Ainsi, je souhaite approfondir à présent la relation triangulaire soignants/enfant/parents dite « triade ».

2. La triade

a) *Qu'est-ce que la triade ?*

L'évolution du modèle paternaliste en un modèle où le patient devient plus autonome et acteur de sa santé, a influencé la manière dont les enfants sont pris en charge à l'hôpital. Nous parlons aujourd'hui en pédiatrie d'un modèle de soins centrés sur la famille et non plus uniquement sur l'enfant. « Sauf cas particulier, un enfant ne vient pas tout seul à l'hôpital... Soigner un enfant en pédiatrie implique donc obligatoirement être en rapport avec ses parents » (Galland, Cohen-Salmon, Cellier, et al. 2004) [66]. Et qui dit être en rapport avec ses parents signifie les accueillir, les écouter et les considérer au même titre que l'enfant. « Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres » (Thibault-Wanquet²⁴, 2008) [23].

b) *La triade en service d'urgence*

Nous pourrions donc définir la triade comme étant une manière de penser, de concevoir et de conduire un accompagnement. Nous avons vu que ce concept est soumis à plusieurs critères qui font de lui toute sa complexité, sa diversité mais aussi sa difficulté à appréhender parfois pour les soignants. Nous avons expliqué le contexte des urgences et la communication avec le patient, ici l'enfant mais également ses parents. Il y a une grande différence dans cette relation triangulaire lorsqu'elle est établie au sein d'un service classique ou dans un service tel que les urgences. En effet, les rapports soignants/enfant/parents qui peuvent s'instaurer pendant une hospitalisation programmée de plus longue durée sont soumis à de nombreux facteurs qui sont à prendre en compte au quotidien sur la place de chacun au sein du service, la cohabitation jour et nuit, la répartition du travail parents/soignants pour les actes de la vie quotidienne auprès de cet enfant mais surtout le temps qui permet à chacun de mieux se connaître. Dans notre situation présente, nous sommes confrontés à une collaboration beaucoup plus éphémère car les rapports avec l'enfant et sa famille ne se prolongent pas au delà de la prise en charge momentanée que nécessite l'état de santé de l'enfant. La suite des soins s'arrête aux portes du service ou continue bien au delà, en service d'hospitalisation auprès d'autres soignants, comme nous l'avons vu dans les missions d'un service d'urgences pédiatriques. En ce sens, la relation doit être plus rapidement instaurée car l'enfant et les parents doivent s'adapter au plus vite à l'enchaînement des soins et examens demandés en fonction de la pathologie pour laquelle ils consultent. En ce sens, Mme Thibault-Wanquet souligne l'importance du premier accueil en service, qui est un moment essentiel pour la suite de l'hospitalisation. Elle déclare que ce temps de rencontre entre l'enfant, la famille et le soignant, est un « temps au cours duquel la confiance s'installe » (2008) [23]. Un soignant la rejoint sur ce point en mettant en évidence cette importance de créer ce lien dans les meilleurs délais, les meilleures conditions et pour cela insiste sur le rôle des parents : « Pour rentrer en relation avec l'enfant, les parents sont nécessaires et le soignant doit être à l'écoute » (IDE 2) afin de pouvoir, lui aussi, s'adapter à la situation. La présence des parents va également favoriser le lien de confiance entre l'enfant et les soignants et par delà favoriser la prise en soin « ils favorisent la confiance de l'enfant » (IDE 2).

²⁴ Thibault- Wanquet, Pascale : Cadre supérieur de santé, en poste au Centre national de ressources de lutte contre la douleur, Hôpital d'enfants Armand-Trousseau, Paris (en 2011). Formatrice en soins palliatifs pédiatriques (en 2011).

c) De la reconnaissance du lien parents/enfant par les soignants...

Grâce aux avancées de psychanalystes, de pédiatres et de psychologues dans le domaine de la psychologie de l'enfant dès la fin du XIX^{ème} siècle, les séparations précoces de la mère et de son enfant, et en particulier lors d'une hospitalisation, sont reconnues comme étant délétères et source de traumatisme pour l'enfant, « Robertson²⁵ identifie dès cette époque que l'expérience hospitalière présente pour l'enfant les dangers d'un traumatisme affectif » (Thibault-Wanquet, 2008) [23]. Mme Thibault-Wanquet insiste sur la nécessité de respecter ces liens d'attachement parents-enfant, de connaître ses besoins psychoaffectifs et d'en comprendre les enjeux pour un accueil de qualité. Comme l'a décrit Bowlby dans sa théorie de l'attachement exposée en amont de ce travail, l'enfant qui aura vécu un attachement secure avec sa mère dans sa prime enfance, développera un sentiment de confiance en lui et en les autres. « Ce lien constitue un gage de la capacité de l'enfant à se construire ultérieurement sur le plan psychique, à créer des relations sociales y compris à l'âge adulte » (Thibault-Wanquet, 2008). Cela pourra être facilitateur dans une situation de soin particulièrement effrayante pour lui, car il pourra certainement s'adapter plus rapidement à celle-ci, échanger avec les soignants avec moins d'appréhension.

d) ... à la présence des parents pendant les soins

Cependant, l'accompagnement ou la manière d'accompagner dépend tout de même du soignant qui est à son initiative, lui seul semble décider d'intégrer ou non les parents dans la démarche de soin, malgré les textes de lois en faveur de leur présence. Le constat des membres de l'association Sparadrap© durant leur enquête sur le terrain montre qu'en service d'hospitalisation classique, les soignants sont réticents à effectuer certains soins douloureux en présence des parents, « La possibilité pour les parents de rester lors des soins ne fait pas consensus...les professionnels continuent de se réserver le droit de demander aux parents de sortir (30% ont déclaré que leur présence a été découragée ou interdite pendant certains soins ou examens) » (2004) [66]. Trois ans auparavant, deux enquêtes françaises sur la présence des parents pendant les soins douloureux en service d'urgence ont montré que leur place était favorisée. Il est démontré que lorsque les parents ont le choix, ils restent pendant ces soins. De ce fait, leur anxiété est amoindrie et leur présence n'entrave pas le bon déroulement du soin. 93,8% des soignants trouvent même que cela est une bonne idée [33]. J'ai pu constater la prise de conscience soignante quant à l'importance de cette présence parentale à travers ma propre enquête. En effet, je souhaitais connaître leur position à ce sujet (cf question 1). L'ensemble des soignants m'a confirmé travailler **avec** les parents et non seulement en leur présence : « Les parents ont leur place autant que l'enfant... Parent support...parent relai...la présence des parents est très importante pour moi » (IDE 5). Tous ont également déclaré effectuer l'ensemble des soins en présence des parents. « Les parents ont leur place on est en pédiatrie ! On fait les soins avec les parents de manière systématique sauf si les parents refusent car ils ont peur ou sont anxieux » (IDE 3). L'écart entre les données des enquêtes réalisées dans les années 2000 et mon constat dix ans après, montre une évolution positive des pratiques soignantes dans cette relation de triade. Nous constatons une réduction des écarts entre les recommandations préconisées sur la question parentale et les pratiques de terrain. Les parents semblent bien intégrés au processus de soin de leur enfant, en service d'urgences pédiatriques tout du moins. Alors que l'enquête française en service d'urgence montrait

²⁵ James Robertson : Travailleur social en psychiatrie et psychanalyste (1911-1988).

toutefois qu'un quart des parents restaient figés dans la salle de soin faute de savoir quoi faire et quel comportement adopter lors des soins douloureux, cela soulève question quant à certains axes d'amélioration qui pourraient être entrepris afin que chacun trouve sa place et le rôle qu'il a à jouer auprès de l'enfant.

e) La notion de partenariat

Le rôle éducatif du soignant est ainsi mis en évidence. Il va permettre aux parents de trouver cette place en leur indiquant comment l'aider lui, mais également comment aider leur enfant. Kuttner, L. explique que les parents ont besoin « d'apprendre davantage de chose sur la douleur et sur la façon d'aider leur enfant à faire face à sa douleur » (2011) [40]. Ainsi il est nécessaire de « Leur laisser une place en mettant en valeur leurs compétences, leur exposer clairement ce que l'on attend d'eux et ce qu'ils ne sont pas censés faire » (Galland, Carbajal, Cohen-Salmon, 2007) [67]. Par définition, le partenariat de soins est « la coopération entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé ... le partenariat de soins et de services a pour principal objectif la réalisation du projet de vie du patient en reconnaissant et en mobilisant les savoirs de toutes les parties, y compris ceux des patients/proches considérés comme membres de l'équipe clinique dans le cadre de leurs soins » (Néron, 2012) [68]. Pour cela, une transmission croisée des savoirs soignants et parentaux doit être favorisée. Le soignant apporte ses compétences médicales et relationnelles aux parents et à l'enfant afin de les aider à comprendre la situation, à l'affronter, à la gérer au mieux. D'un autre côté, les parents apportent au soignant leurs compétences « d'experts de leur enfant » qui le connaissent mieux que quiconque, dans ses habitudes, ses réactions, son comportement, les mots qui font écho pour lui, ceux qui sont à proscrire. Les parents et l'enfant sont des personnes ressources, acteurs du projet de soin qui leur est proposé. La complémentarité des compétences de chacun va permettre une prise en soin individualisée et efficace. Les soignants de terrain m'ont ainsi indiqué que seuls les parents « connaissent leur enfant » (IDE 2), ou encore « je me sers du parent... », dans laquelle on retrouve cette notion de partenariat dans les dires de l'IDE 5 et de l'IDE 4 en parlant des parents : « Ils seront complices avec nous et ils seront acteurs du soin ». Il ne faut pas oublier que cette relation de partenariat débute dès l'arrivée en service avec le recueil de données effectué avec l'aide des parents et de l'enfant, qui fournissent des informations cruciales sur l'histoire de la maladie, les antécédents de l'enfant, s'il est allergique à certaines substances médicamenteuses ou alimentaires, ses aversions. Quant à l'enfant, lui seul peut décrire sa douleur, son intensité et sa nature car nous l'avons vu, il s'agit d'une expérience subjective. Les parents concourent donc à la réussite de la prise en soin de leur enfant aux côtés des soignants. Nous pouvons également souligner le travail remarquable des membres de l'association Sparadrap© qui diffusent sur internet des petits guides à l'attention des parents et des enfants dans le but de les familiariser avec le monde médical, de les aider à trouver cette place au sein de l'équipe soignante. Ainsi, un guide de vingt et une fiches sur le positionnement des parents en salle de soin, en fonction du geste réalisé sur leur enfant, leur est proposé afin de les aider à participer sans gêner l'équipe médicale « Quand chacun trouve sa place, le soin est confortable et efficace ! » (2013) [69]. Le travail de cette association contribue à rendre les parents et les enfants acteurs de leurs soins, de leur santé, ce travail doit être poursuivi au sein des services et encouragé par les professionnels de santé pour que ce partenariat perdure. Des outils sont proposés, à nous soignants, de les exploiter à bon escient (*Annexe 6*).

L'implication de l'enfant lors des soins qui lui sont prodigués est indispensable à une prise en soin de qualité. Cela me renvoie à l'enseignement du Pr Le Coz²⁶ concernant le respect des principes éthiques émergents de la loi du 4 mars 2002, à savoir le principe de bienfaisance pour lequel le soignant accomplit les soins pour le bien du patient et celui de non-malfaisance, il lui épargne des préjudices qui ne feraient pas sens pour lui. Le principe qui fait le plus sens pour moi dans cette situation de soin est celui de l'autonomie, qui sous-tend le respect de la décision du patient, ici celle de l'enfant. Ainsi, comme le soulignaient à juste titre des membres de l'association Sparadrapp©, « la base d'un réel partenariat, c'est de demander leur avis aux enfants et aux parents et d'en tenir compte » (Galland, Carbajal, Cohen-Salmon, 2007) [67].

Au regard de ma situation de soin et de mon questionnement de départ, nous avons vu que les soins douloureux sous MEOPA nécessitent l'adhésion de l'enfant au port du masque. « C'est de la qualité de la relation enfant, famille, soignants que le processus d'adhésion au traitement antalgique va dépendre » (Célestin-Lhopiteau²⁷, I., Thibault, P. 2009) [70].

3. L'adhésion thérapeutique

a) Définition

Le mot adhésion provient du verbe adhérer qui signifie « partager une idée, une opinion, les faire siennes » (Larousse) [71]. Le mot thérapeutique désigne la « partie de la médecine qui s'occupe des moyens - médicamenteux, chirurgicaux ou autres - propres à guérir ou à soulager les maladies. Manière choisie de traiter une maladie ; traitement, thérapie » (Larousse). L'adhésion thérapeutique pourrait se définir comme le fait d'être consentant à un traitement proposé dans le but de guérir ou de soulager une maladie, un symptôme. Le concept d'adhésion thérapeutique est apparu récemment. Il signifiait « rattacher, rallier à un groupe ou encore donner une approbation après réflexion » (Le Robert illustré, 1996) [72].

En santé publique, selon Ankri et al. il désigne « l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient » (1995) [73]. Cette adhésion est donc bien volontaire de la part du patient, elle en appelle à son autonomie. La notion de relation symétrique entre le soignant et le soigné est clairement sous-tendue, le patient acteur également. C'est cette même volonté, cette acceptation du patient qui fait qu'il n'est ni soumis, ni compliant²⁸ à l'égard du soignant. Ce dernier met ses compétences au service du patient afin de l'aider à surmonter ses difficultés comme nous l'avons évoqué dans la notion de partenariat. Le soignant en appelle à son rôle propre. Le référentiel en atteste dans la compétence six qui désigne que l'infirmier doit être capable de « rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique » (C6 alinéa 4) [63]. Cette recherche d'adhésion devient donc l'objectif premier du soignant qui est intimement convaincu des propriétés antalgiques et anxiolytiques du produit sur le geste douloureux à réaliser. En effet,

²⁶ Pierre Le Coz : Philosophe spécialiste français de l'éthique. Professeur des Universités en philosophie. Vice-président du Comité consultatif national d'éthique de 2008 à 2012. Chargé de mission en sciences humaines et sociales à la Faculté de médecine de Marseille, il enseigne la philosophie morale, la bioéthique et l'éthique médicale.

²⁷ Célestin-Lhopiteau, Isabelle : Psychologue, psychothérapeute, Unité Douleur et Soins Palliatifs (UDSP).

²⁸ Compliance : Notion introduite par Sackett et Haynes en 1976 qui fait référence à l'exécution par le patient des consignes du médecin, et connote l'idée de soumission ou d'obéissance.

nous avons pu constater dans la première partie de ce travail l'efficacité et la sécurité du MEOPA au travers de nombreuses études. Les résultats de mon enquête vont dans ce sens lorsque je leur demande ce qu'ils pensent du MEOPA (Question 3), l'ensemble des soignants véhiculent une image positive, l'utilisant très fréquemment, surtout aux urgences, « quasi tout le temps pour les sutures » (IDE 1). Une soignante le qualifie « d'outil d'aide pour les soins » (IDE 1), alors qu'un autre pense qu'il « facilite le soin » (IDE 5). De manière générale, il paraît être facile et rapide d'utilisation pour les soignants et procure un « confort énorme en pédiatrie » (IDE 2). Alors comment recueillir cette adhésion ? Quelles sont les limites ? Que dit la loi ?

b) Cadre légal

Lorsque l'on parle d'adhésion, cela nous amène forcément à la recherche du consentement par les professionnels de santé et par là même, le droit de refus du patient. Mais qu'en est-il des enfants, mineurs au regard de la loi ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme avec le droit à l'information (vu précédemment) celui du consentement du patient à l'acte médical dans l'article L 1111-4 du CSP : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment... Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Cette loi précise le droit des enfants en matière de consentement : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ». Dans le cadre de l'administration du MEOPA, les recommandations prônent ainsi de « ne pas appliquer le masque de force... », et la recherche d'une auto-administration. L'ensemble des soignants confirme ne pas forcer l'enfant, ne pas appliquer le masque de force car cette action engendrerait une agitation supplémentaire qui compromettrait la réussite du soin. « Quand je vois qu'il y aura un refus net et précis, il n'y a aucun bénéfice à continuer, ça ne va pas calmer son anxiété... » (IDE 5).

Je tiens à souligner ici que dans ma situation, les enfants d'âge préscolaires (4 à 6 ans) sont capables de s'exprimer, de comprendre et d'échanger comme nous l'avons évoqué en première partie de ce travail. Cet alinéa a été repris de l'article 12 de la CIDE²⁹ qui stipule que les « Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité » (1989) [74]. Nous retrouvons ces recommandations dans le code de déontologie infirmier à l'article 16, qui en reprend les termes en les appliquant aux actions infirmières [55].

c) Qu'en est-il sur le terrain ?

Ces recommandations confèrent à l'administration de ce produit le caractère limitant principal, la condition sine qua non, au-delà des contre-indications médicales, à savoir l'acceptation de l'enfant à respirer dans le masque. « Une des difficultés majeures de ce protocole consiste à faire accepter « spontanément » le masque par l'enfant ; sinon la contrainte physique induira une agitation qui ne pourra être contrôlée par le MEOPA.

²⁹ Convention Internationale des Droits de l'Enfant en 1989, précitée dans ce travail.

L'obstacle sera d'autant plus grand que l'enfant a déjà eu des expériences « malheureuses » avec le masque » (Annequin, 2002) [49]. Ainsi, lors de mon enquête auprès de l'équipe d'urgences pédiatriques, j'ai demandé aux soignants si les enfants acceptaient facilement de respirer dans le masque (Question 6) ? Bien que l'acceptation du masque dépende de chaque enfant, les soignants me disent qu'en général, ils acceptent si le soin a été bien présenté. Mais ce caractère limitant m'est confirmé par deux soignants lors de ma question sur les limites du MEOPA (Question 8). En effet, en dehors des contre-indications médicales, des effets secondaires, de l'antalgie limitée et de l'âge de l'enfant, ils évoquent le refus possible de l'enfant « si l'enfant refuse... » (IDE 1), ou « Si ça l'angoisse plus qu'autre chose, un enfant qui pleure et qui refuse le MEOPA ne va pas se laisser conduire dans le domaine de l'imaginaire, je dirais même que ça peut l'amener à vomir, à se débattre, donc pas du tout bénéfique à ce niveau là » (IDE 5). Alors qu'en est-il lorsque l'enfant refuse ? Le soin semble compromis dans ce cas de figure, tout du moins avec ce mode d'antalgie. « L'adhésion au traitement est un processus qui se construit à plusieurs : l'enfant, ses parents, les soignants. Au cours de ce processus, des résistances peuvent exister pour chacun des intervenants » (Célestin-Lhopiteau, Thibault 2009) [70]. J'évoquerai ici les résistances de l'enfant.

d) Les résistances de l'enfant

Nous avons souligné le contexte anxiogène des urgences pour un enfant douloureux arrivant avec précipitation en service. Nous avons démontré le lien existant entre douleur et anxiété. Nous pouvons donc penser qu'une des premières résistances au traitement médicamenteux, ici le MEOPA, pourrait être induite par l'anxiété et la peur de l'enfant face d'une part à la douleur, et d'autre part, à ce mode d'antalgie peu courant, car son utilisation est limitée au milieu hospitalier. Un des soignants m'explique ainsi que « le masque peut faire peur » (IDE 3). L'enfant a peur de s'étouffer, il ne comprend pas comment il peut respirer alors qu'on lui obstrue le nez et la bouche. Selon Mmes Célestin-Lhopiteau et Thibault, « il est important de penser ces résistances comme utiles à l'enfant ou à ses parents au moment où elles sont exprimées, car elles constituent pour chacun une protection psychique. Ces résistances permettent à certains de se sentir actifs dans la situation qu'ils subissent » (2009) [70]. Selon le Pr Le Coz également, la personne s'oppose pour être reconnue. Ainsi l'enfant, par son refus, a l'impression de garder un certain contrôle sur la situation qui semble lui échapper. Cela lui laisse le temps de mettre en place un coping³⁰ efficace, face à cette situation angoissante. Comme le soulignent le Dr Broccard et Mme Deymier de l'institut UPSA contre la douleur, « dès que l'enfant est assez grand, toute explication doit être accompagnée d'un temps de reformulation qui lui permette d'exprimer ses craintes » (2006) [28]. Sa résistance devrait nous pousser à remettre en question notre accompagnement auprès de lui.

e) Des solutions ?

1. En amont du soin

Face à ce refus, l'important est de se demander pourquoi afin d'amener l'enfant à l'adhésion, pour son bien. Avons-nous été assez clairs dans la transmission des informations ? Notre approche était-elle la bonne face à cet enfant là ? Avons-nous pris le temps de considérer chacun des acteurs du soin, l'enfant et ses parents ? Le soignant doit sans cesse s'adapter aux

³⁰ Coping : stratégie d'adaptation développée par un individu dans le but de faire face à une situation nouvelle pour lui.

petits patients et peut-être que quelquefois, la solution envisagée en amont n'est pas forcément la plus adaptée sur le moment pour ce patient là ? Ainsi, j'ai questionné les soignants sur les actions mises en place lors de la préparation d'un soin sous MEOPA (Question 5). Nous avons découvert, dans la phase descriptive, les actions recommandées dans la littérature en ce qui concerne l'administration du MEOPA à travers le rôle propre du soignant. Je constate que les actions des soignants interviewés corrèlent tout à fait avec les recommandations officielles. Tous, montrent le matériel à l'enfant, le laissent manipuler, se l'approprier, lui expliquent comment ça marche, qu'il peut respirer normalement avec le masque. « On leur explique qu'ils respirent un gaz rigolo qui fait rire on emploie des mots adaptés à leur âge, j'aime bien leur montrer le masque qu'ils se l'approprient un peu, sur le visage des parents, sur le leur, on lui montre tout, on explique tout » (IDE 4). Tous les soignants impliquent les parents dans cette démonstration, afin de les convaincre eux-aussi des bienfaits et de la sécurité du médicament car l'administration du MEOPA est également soumise à l'acceptation des parents. En ce sens, un soignant m'indique que le refus des parents est exceptionnel et qu'une expérience négative antérieure en est à l'origine si c'est le cas (IDE 2). En effet, certains parents pensent que leur enfant va s'endormir, qu'il s'agit d'une anesthésie comportant donc des risques. Il est nécessaire de bien expliquer que non : « ...explication aux parents, ce n'est pas de l'anesthésie, ça passe par voie pulmonaire » (IDE 2). Même si le parent adhère, ce travail auprès de l'enfant peut s'avérer insuffisant et il peut camper sur ses positions, refuser catégoriquement le masque. J'ai donc ensuite demandé aux soignants quelles actions étaient mises en place en cas de refus de l'enfant, afin de les confronter à la littérature et de connaître les moyens de médiation employés pour acquiescer cette adhésion (Question 7).

2. La relation de confiance

Je souhaitais également savoir si la présence des parents était un facteur favorisant, afin de soulever leur rôle auprès des enfants dans cette étape difficile (Question 6). Les soignants recherchent donc la « compliance » avec les parents, s'appuient sur eux pour parvenir à cette adhésion, « la présence des parents favorise l'acceptation du soin » (IDE 1), « ils obéissent aux parents quand ils disent il faut le faire pour ton bien » (IDE5). Je constate que les propos tenus par les professionnels interviewés induisent la notion de compliance qui est opposée à celle d'adhésion volontaire dans le sens où un enfant compliant est un enfant qui obéit, qui est soumis, qui se plie aux désirs de l'autre. Un soignant me précise ainsi « Les parents essaient de convaincre l'enfant car ils comprennent que c'est pour le bien du petit ... avec les parents on recherche la compliance » (IDE 4). Dans un même temps, la relation de confiance existant entre les parents et l'enfant va d'elle-même induire cette compliance. Selon Alain de Broca, cette confiance naît de l'attachement existant entre l'enfant et ses parents, et se définit par « la capacité à se fier à autrui » (2012) [20]. L'enfant est par définition dépendant de ses parents qui ont un rôle protecteur à son égard depuis sa naissance et de ce fait, il est naturellement convaincu que les recommandations de ses parents ne peuvent être que bonnes pour lui, de ce fait, il accepte en toute confiance, « ... avec les parents quel que soit le soin, ils rassurent l'enfant, l'enfant se sent plus en confiance » (IDE 3). La présence rassurante des parents reste le facteur déterminant dans l'acceptation du masque, et donc du soin. Kuttner, L. a écrit que « la première attente des soignants vis-à-vis des parents est qu'ils rassurent leur enfant, et, a priori, c'est aussi ce que les parents désirent pouvoir faire » (2011). Les soignants interviewés s'accordent à penser que les parents rassurent leur enfant, qu'ils lui évitent un stress supplémentaire, qu'ils sont de manière générale très aidants lors des soins douloureux. En

résumé, comme l'a souligné un soignant, « le parent est acteur et participe » (IDE 2). La présence parentale et la qualité des informations transmises par les soignants à l'enfant vont lui permettre de se sentir en confiance et de franchir le pas. Une fois que l'enfant ressent les bienfaits du MEOPA, il se détend, les résistances lâchent, le soin se déroule dans de bonnes conditions. Nous comprenons toute l'importance de la triade dans cette phase d'acceptation du soin car les soignants travaillent en coopération avec les parents et l'enfant, sur le chemin de l'adhésion thérapeutique.

« Le travail du soignant dans ces situations consiste à leur permettre de trouver leur place et d'avoir un rôle actif dans l'accompagnement de l'enfant, en l'encourageant, le distrayant, le soutenant. » (Thibault, 2009) [75].

3. La distraction

« *Quand on travaille en pédiatrie on a beaucoup d'imagination !* » (IDE 2).

Selon les auteurs de l'association Sparadrap©, la perception de la douleur est grandement influencée par le contexte de soin, comme nous avons pu le souligner en première partie de ce travail avec le lien étroit existant entre douleur et anxiété. Même si l'enfant n'est à priori pas douloureux, l'anxiété peut majorer cette sensibilité à la douleur et le soin peut s'avérer difficile pour l'enfant et le soignant si cette anxiété n'est pas canalisée [76]. La distraction peut donc être un bon moyen de canaliser son anxiété en détournant son attention de l'objet à l'origine de sa peur. Comme nous l'avons décrit dans le développement cognitif de l'enfant, à cet âge là, la distraction est aisée car il éprouve des difficultés à fixer son attention, il peut être rapidement détourné de l'objectif principal qui est la réalisation du soin. Cette caractéristique du développement de l'enfant est un facteur facilitant au moment du soin. Ainsi certains soignants insistent sur les bénéfices de la distraction par les parents qui peut passer par « chanter une chanson, raconter une histoire, écouter de la musique » (IDE 3) ou bien « les câlins des parents » (IDE 5). De plus, les bénéfices de la pensée magique aideront les enfants à se laisser transporter dans l'imaginaire plus volontiers. Un des soignant expose le soin sous un aspect ludique : « Je lui explique ce que c'est le but, pour le détendre le relaxer. J'essaie de le faire rire pour qu'il ait envie de l'essayer et d'expérimenter quelque chose qui devrait être sympathique pour lui. Je lui laisse jouer avec le masque, je me sers du parent en mimant le geste sur le parent pour qu'il constate que c'est sans danger, que le parent n'a pas peur du masque. Après l'enfant est très curieux de l'utiliser et il adhère au soin » (IDE 5). Les parents peuvent être aidants dans cette tâche de distraction. Les soignants peuvent ainsi leur dédier cette fonction ou les y aider afin de les inclure dans le soin, les rendre acteurs comme le fait un soignant interviewé : « parent relai, il raconte une histoire, le distrait, il lui chante une chanson » (IDE 5). Cette action contribuera à les investir en salle de soin afin qu'ils ne se sentent plus inutiles, comme nous l'avons souligné précédemment dans l'enquête sur la présence des parents pendant les soins douloureux (« un quart des parents restaient figés... faute de savoir quoi faire » p. 35). Nous sommes là en présence d'une véritable inclusion des parents pendant le soin, ils sont acteurs du soin de leur enfant, conjointement au soignant. Ceci va avoir un impact favorable sur le sentiment d'impuissance que peuvent ressentir certains parents face à la douleur de leur enfant.

« Les moyens non médicamenteux tels que l'information, l'accueil, l'organisation et la distraction sont souvent oubliés et pourtant sont les piliers d'une communication adéquate

entre l'enfant et les soignants et la base d'une relation de confiance de celui-ci dans l'équipe qui le prend en charge...» (Rousseau-Salvador, Maunoury, 2010, p. 11) [41].

4. Synthèse de la phase explicative

Les différents auteurs consultés pour définir le concept d'accompagnement (Mireille Cifali, Michel Fontaine, Maela Paul), insistent sur la notion de cheminer ensemble, d'aller là où le patient désire et non pas faire à sa place ou décider de ce qui est bon pour lui. Ces éclairages théoriques, bien qu'essentiels à la compréhension du sujet, restent toutefois assez philosophiques. L'enquête sur le terrain m'aura permis de mieux cerner ce qu'est l'accompagnement en service d'urgences pédiatriques durant les soins douloureux sous MEOPA d'un point de vue pratique. En effet, l'information et la communication entre les différents acteurs de la triade, leurs interactions et leur échange de savoirs, semblent être déterminants dans la réussite de la prise en soin de l'enfant sous MEOPA. Nous avons pu également souligner, à travers les différents cadres légaux, l'importance et l'intérêt de rechercher le consentement de l'enfant, patient de droits. A travers cela, nous assistons à son autonomisation dans l'univers hospitalier. En effet, les soignants encouragent un enfant libre de ses choix, qu'ils écoutent et prennent en compte dans sa douleur, ses craintes, ses peurs. Au sujet de ces émotions, nous les avons identifiées comme étant la principale résistance de l'enfant au traitement, et de ce fait, à considérer dans la recherche d'une adhésion thérapeutique. Ce processus, garant de la réussite du soin sous MEOPA, passe par l'implication des parents qui distraient, qui rassurent du simple fait de leur présence, mais aussi du soignant qui aura su s'adapter à la situation et à son petit patient, et enfin à l'enfant lui-même qui aura pu, grâce à tout cela, se sentir en confiance et mettre en place une stratégie de coping efficace pour gérer au mieux cette situation de soins douloureux sous MEOPA.

III. Problématique

L'univers des urgences pédiatriques, comme nous avons pu l'apprécier dans ces deux précédentes parties, requiert des aptitudes soignantes spécifiques, bien au delà du savoir faire technique, un savoir être particulier. En effet, lors d'un soin sous MEOPA, nous avons pu entrevoir la prédominance du rôle propre infirmier, dans la littérature comme sur le terrain, mais également l'importance de connaître son cadre légal, seul garant des bonnes pratiques. Le respect des droits du patient et de ses proches ne peut exister sans cette connaissance. Ainsi, la présence des parents auprès de leur enfant pendant les soins, de part son caractère légal et légitime, ne devrait-elle pas aller de soi ? Mon enquête sur le terrain met en lumière cette volonté de travailler avec les parents, ce respect du droit de l'enfant. Nous comprenons, tout au long de ce travail, que d'un accompagnement que je pensais exclusivement infirmier nous aboutissons à un accompagnement soignant/parents qui va permettre à l'enfant de se sentir en confiance pour atteindre l'objectif indispensable au soin sous MEOPA, son adhésion à la thérapeutique proposée. J'ai découvert les avantages d'un réel partenariat soignant/parents/enfant, qui ne se limite pas à accepter leur présence mais à en faire des acteurs de soin, à condition que le soignant y soit également sensibilisé. La faisabilité du soin ne dépendrait-elle finalement pas, en grande partie, de la posture du soignant ? De sa manière de penser le soin ? De l'appréhender, seul ou avec les proches ? Ainsi, en terme de réponse possible à ma question définitive je propose l'hypothèse suivante.

IV. Hypothèse

La reconnaissance des parents et de l'enfant en tant que partenaires de soin par les soignants permet la diminution de l'anxiété et l'adhésion thérapeutique indispensables à la prise en charge de la douleur par MEOPA.

Conclusion

Ce travail de fin d'études nous a permis d'explorer l'univers de la pédiatrie dans un contexte particulier de soins d'urgence. Nous avons pu éprouver la complexité que cela représente à travers le travail des soignants qui œuvrent à la prise en soin de l'enfant au quotidien, et notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur par MEOPA. Une posture soignante spécifique se dégage de cet accompagnement demandant aux soignants d'importantes qualités telles que le discernement, l'adaptabilité, l'empathie mais également la connaissance du développement de l'enfant sain et de ses besoins. Cela requiert également de travailler en toute humilité, de savoir reconnaître ses limites, de respecter celles de chacun et d'être dans l'échange et le partage avec l'enfant et ses parents. La cellule familiale représente ainsi le maillon fort sur lequel le soignant peut s'appuyer dans l'utilisation de ce mode d'antalgie et notamment dans la recherche d'adhésion de l'enfant. La triade ainsi se dessine et nous prouve que ce modèle de soins centrés sur la famille améliore cette prise en charge. L'expérience du terrain nous démontre, au même titre que la littérature, l'outil formidable que représente le MEOPA dans le traitement des douleurs induites par les soins dès lors que l'enfant se laisse transporter dans l'imaginaire.

Mais qu'en est-il lorsque les résistances au traitement ne cèdent pas ? Lorsque le refus est ferme et inébranlable ? Nous avons évoqué dans ce travail l'apparition possible de troubles anxieux pouvant aller jusqu'au vécu phobique de certaines situations de soin, lorsque celui-ci n'est pas réalisé dans les meilleures conditions pour l'enfant. Nous savons aujourd'hui qu'il garde en mémoire les expériences douloureuses, aussi devons-nous tout mettre en œuvre pour les prévenir. Quels outils nous reste-t-il pour nous y employer ?

Lors de mon enquête, une soignante laisse entrevoir des approches complémentaires possibles lors de refus en masse de l'enfant, à savoir la RESC (Résonnance Energétique par Stimulation Cutanée) ou l'hypnose pour faire diminuer son anxiété, le décontracter (IDE 2). Ces méthodes sont identifiées comme étant des thérapies non médicamenteuses auxquelles les soignants peuvent également se former. Ces approches font partie du rôle propre infirmier, le soignant étant à même de les utiliser en complète autonomie après formation. Nous pourrions envisager que l'association d'une de ces thérapies non médicamenteuses comme l'hypnose pourrait potentialiser les actions du MEOPA lors de son administration ?

L'avancée et la valorisation des sciences infirmières dans un cursus désormais universitaire, permet à tout soignant le désirant, d'enrichir ses compétences par le biais de la formation continue. Cette posture soignante s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins prodigués, essentielle à tout infirmier (ère) selon moi.

Sur un plan plus personnel, ce travail de fin d'études représente en soi une telle démarche dès lors qu'il suscite des questionnements, une réflexion et une remise en question permanente des pratiques soignantes.

Bibliographie

Bibliographie

[1] Formarier, M., Jovic, L. (2009). Les concepts en Sciences Infirmières. Lyon : Mallet Conseil. 291p.

[2] Le petit Larousse Grand format (2001). p 33

[3] (1999). Dictionnaire des termes de médecine 25^{ème} édition. Le Garnier Delamare. Paris : Maloine. 619 p.

[4] Encyclopédie Larousse [en ligne] (page consultée le 10 janvier 2015)
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/pediatrie/15223>

[5] Carrasco, V., Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale [en ligne]. Études et résultats n° 212, Drees. (Page consultée le 20 décembre 2014) <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>

[6] Mercier, JC. (2010). Engorgement des urgences pédiatriques et demande de soins croissante. Les défis des urgences pédiatriques. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 252, 16-17.

[7] Leroux, P. (2005). Urgences pédiatriques, quelles spécificités ? Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ? [en ligne] *Le HCSP Adsp*, 52, 51-53.
(Page consultée le 20 décembre 2014) <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=94>

[8] Aurel, M., Diependaele, JF., Martinot, A. (2010). L'organisation des soins d'urgence pour les enfants en France. Les défis des urgences pédiatriques. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 252, 18-19.

[9] Circulaire DHOS/SDO n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences [en ligne]. (Pages consultées le 22 décembre 2014)
http://www.snpeh.org/snpeh_circulaire_urgence_mai03.pdf
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261837.htm>

[10] Code de la Santé Publique. Structures de médecine d'urgence. Légifrance [en ligne]. (Page consultée le 22 décembre 2015)
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2E8B183EB88EFC9CE6B38292798161B6.tpdila12v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916938&dateTexte=20150308&categorieLien=id#LEGIARTI000006916938

[11] Circulaire DHOS/01 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences [en ligne]. (Page consultée le 11 janvier 2015) www.sante-sports.gouv.fr

[12] Fiche métier infirmier/puériculteur [en ligne]. (Page consultée le 22 novembre 2014)
<http://www.sante.gouv.fr/infirmier-puericulteur.html>

[13] Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique. Partie réglementaire, quatrième partie. Livre III. Titre Ier. Chapitre Ier. Section 1 : actes professionnels.

[14] Fiche de poste de puéricultrice relative aux compétences requises pour exercer aux urgences pédiatriques [en ligne]. (Page consultée le 19 octobre 2014). http://www.ch-stdenis.fr/sections/rub__hopital_public/fichiers_joints/m/downloadFile/FichierJoint_1/Infirmiere_puericultrice_de_lequipe_de_nuit.pdf?nocache=1211200329.95

[15] Seba, C., Benichou, B. (2007). Y-a-t-il un profil type d'infirmier/ère aux urgences. Collège PACA de Médecine d'urgence [en ligne]. (Page consultée le 19 octobre 2014). http://www.copacamu.org/IMG/pdf/BENICHOU_Texte_-_Profil_de_poste_de_l_IDE_aux_urgences.pdf

[16] Dr Horde, P. Santé médecine. Définition de l'enfance [en ligne]. (Page consultée le 23 décembre 2014) <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/23566-enfance-definition>

[17] Humanium. Déclaration de Genève [en ligne]. (Page consultée le 27 décembre 2014) <http://www.humanium.org/fr/normes/declaration-de-geneve-1924/>

[18] Livret de législation IFSI semestre 1. 2012.

[19] Elissalde, S-N. (2012). Le développement de la personne et de la personnalité. Cours faculté de médecine Aix-Marseille Nord, semestre 1 UE 1.1 : Psychologie, sociologie anthropologie.

[20] De Broca, A. (2012). Le développement de l'enfant, Aspects neuro-psycho-sensoriels. Paris : 5ème édition Elsevier Masson. 298 p.

[21] Thomas, R.M., Michel, C. (1994). Théories du développement de l'enfant ; Etudes comparatives. De Boeck. 572 p. (p 241 - 250)

[22] La Définition.fr [en ligne]. (Page consultée le 28 décembre 2014) <http://www.la-definition.fr/definition/parent>

[23] Thibault-Wanquet, P. (2008). Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital. La place des proches dans la relation de soin. Paris : Elsevier Masson. 155 p.

[24] Charte européenne de l'enfant hospitalisé (1988) [en ligne]. (Page consultée le 29 décembre 2014) <http://www.apachefrance.com/index.html?menu=56870&id=56850>

[25] Circulaire DH/EO3 n° 98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visites des enfants hospitalisés en pédiatrie [en ligne]. (Page consultée le 29 décembre) <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-50/a0503147.htm>

[26] Mougel, S., (2009). Au chevet de l'enfant malade, Parents/Professionnels, un modèle de partenariat ? Paris : Armand Colin. 271 p.

[27] Décret n° 2000-762 du 1er août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le code de la santé publique [en ligne] (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) Art. R. 180-1. (Page consultée le 9 février 2015) <http://admi.net/jo/20000806/MESD0022398D.html>

[28] Dr Boccard, E., Deymier, V. (2006). Pratique du traitement de la douleur. Paris : Institut UPSA de la douleur. 199 p

[29] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Titre II Démocratie sanitaire - Chapitre 1er - Droits de la personne - Article 3.

[30] L'action des pouvoirs publics [en ligne]. (Page consultée le 27 février 2015) <http://www.sante.gouv.fr/l-action-des-pouvoirs-publics.html>

[31] Institut UPSA. Mécanismes de la douleur [en ligne]. (Page consultée le 27 février 2015) http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/comprendre_douleur/mecanismes-de-la-douleur

[32] ANAES (2000). Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. (Page consultée le 13 mars 2015) http://www.pediadol.org/IMG/pdf/ANAES_prise_en_charge_douleur_aigue.pdf

[33] Carbajal, R. (2004). Présence des parents lors des gestes douloureux. Actes du colloque Parents d'enfant hospitalisés : visiteurs ou partenaires ? Association Sparadrapp©. 05/10/04, Paris. 170 p. (47 - 51).

[34] Afssaps (2009). Recommandations de bonne pratique. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. 167 p.

[35] Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

[36] Dr Wrobel, J., Dr Donnadiou, S. (2007). Les douleurs induites. Paris : Institut UPSA de la douleur. 192 p.

[37] Institut UPSA. Douleur et urgences [en ligne]. (Page consultée le 6 mars 2015) <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences>

[38] Larousse. Définition de l'anxiété [en ligne]. (Page consultée le 20 mars 2015) <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxiété/4369?q=Anxiété#4348>

[39] Annequin D. (2007). Plus on a peur, plus on a mal ? 14^{ème} journée UNESCO La douleur de l'enfant, quelles réponses ? 07/12/07, Paris.

[40] Kuttner, L. (2011). L'enfant et sa douleur, identifier, comprendre, soulager. Paris : Dunod. 448 p.

[41] Rousseau-Salvador, C., Maunoury, N. (2010). Peur, douleur : peut-on savoir ? 17^{ème} journée, La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Actes du colloque UNESCO Pédiadol, 02-03/12/10, Paris, 12 p.

[42] Pellat JM, Hodaj H, Kaddour A, et al. LE MEOPA (Kalinol) Mélange Équimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote dans le traitement de la douleur. *Douleurs* 2004; 5 (5-c1) 275-281

[43] CNRD (2009). Mélange oxygène protoxyde d'azote. Copyright Daniel Annequin [en ligne]. (Page consultée le 8 novembre 2014) 23 p.
www.cnrdr.fr/IMG/pdf/MEOPA%20Revue.pdf

[44] Compte rendu de la Commission de la Transparence (2002) [en ligne]. (Page consultée le 22 août 2014) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct021115.pdf>

[45] Maison, P. (2014). Compte rendu de séance. Réunion du Comité technique de Pharmacovigilance [en ligne] p 13-16. (Page consultée le 10 novembre 2014) http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6259701b30dc0177bdccfb40e2c0c874.pdf

[46] Afssaps (2010). Plan de gestion des risques [en ligne]. (Page consultée le 03 mars 2014) http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Plan_de_gestion_de_risque_concernant_la_sortie_de_la_reserve_hospitaliere_de_certaines_specialites_a_base_de_melange_equimolaire_d_oxygene_et_de_protoxyde_d_azote_MEOPA_.pdf

[47] Lejwi, M. (2014). Protocole d'administration du MEOPA AP-HM Nord. PEC/OBS/7276/DII/DLR/PG-A/02 CCLUD P3

[48] Annequin, D. (2009). Utilisation du MEOPA chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée. Vidéo de l'Institut UPSA de la douleur – 24 min.

[49] Annequin, D. (2002). Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) mise au point et actualisation. 10^{ème} journée UNESCO La douleur de l'enfant, quelles réponses ? 06/12/02, Paris.

[50] Philippart, F. (2006). La sédation consciente au mélange protoxyde d'azote/oxygène en odontologie. *Votre pratique, Douleurs*, 7,5, 252-255.

[51] Murat, I. (2009). Utilisation du MEOPA chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée. Vidéo de l'Institut UPSA de la douleur – 24 min.

[52] Pédiadol. MEOPA Foire aux questions [en ligne]. (Page consultée le 18 septembre 2014) <http://www.pediadol.org/Melange-equimoleculaire-oxygene,636.html#q9>

[53] Kalach N, Barbier C, el Kohen R, Begon-Lours J, Nyombe-Nzungu P, Sonna M, Laurent A, Kremp O. [Tolerance of nitrous oxide-oxygen sedation for painful procedures in emergency pediatrics: report of 600 cases]. *Arch Pediatr* 2002; 9:1213-1215.

[54] Collado V, Nicolas E, Faulks D, et al. (2007). A review of the safety of 50% nitrous oxide/oxygen in conscious sedation. *Expert Opin Drug Saf* 2007; 6:559-571.

[55] Groupe de travail « Ethique et Déontologie ». Projet de code de déontologie [en ligne]. (Page consultée le 16 avril 2015). http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf

[56] De Bouvet, A., Sauvaige, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière : pour une créativité éthique*. Bruxelles : De Boeck. 160 p.

[57] Le Robert, dictionnaire historique (2002). [en ligne]. (Page consultée le 28 décembre 2014) <http://www.etab.ac-caen.fr/centre-ph-lucas/carep/dossier/accompagnement.htm>

[58] Kermarec, J. (2006). *Historique des soins palliatifs*. Assemblée Générale de l'association ASP Yvelines [en ligne]. (Page consultée en mars 2015). <http://www.aspyvelines.org/AG23mars-JK.pdf>

[59] Cifali, M. (2012). *Accompagner : pratiques et limites. Les rendez-vous des acteurs de la formation, de l'insertion et de l'accompagnement* [en ligne], 28/02/2012, Nancy. (Page consultée le 24 novembre 2014) Vidéo conférence. <https://www.youtube.com/watch?v=H9QyC8c-CGw>

[60] Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan. 356 p.

[61] CSP Chapitre II, Règles professionnelles, Section 1, Sous-section 2, Article 4312-32.

[62] Cours faculté de médecine Aix-Marseille Nord. UE 1.3 S1 Législation Ethique Déontologie- La responsabilité.

[63] Annexe II référentiel de compétence. Arrêté du 31 juillet 2009. Ministère de la santé. Compétence 6. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

[64] Galland, F., Cohen-Salmon, D., (2000). *L'hôpital j'y comprends rien*. Paris : Les petits guides SPARADRAP n°2. Association Sparadrapp©.

[65] Fontaine, M. (2009). *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers*. *Pensée plurielle*, 03/2009 (22), 53-63.

[66] Galland, F., Cohen-Salmon, D., Cellier, E. et al. (2004). Enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital. Synthèse des résultats. Association Sparadrap© et institut Synovate. 12 p.

[67] Galland, F., Carbajal, R., Cohen-Salmon, D. (2007). Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? Paris: Les petits guides SPARADRAP© n°3. Association Sparadrap©.

[68] Néron, A. (2012). Le partenariat de soins entre le patient et l'équipe médicale. CSSS Alphonse Desjardins. Faculté de médecine de Montréal [en ligne]. (Page consultée le 12 avril 2015)
http://www.csssalphonsedesjardins.ca/fileadmin/CSSSAD/PDF/Centres_d_expertises_et_services_régionaux/Clinique_plaies_complexes/Présentation_congrès/Partenariat_soins_patient_équipe_médicale.pdf

[69] Association Sparadrap© (2013). Quand chacun trouve sa place, le soin est confortable et efficace [en ligne]. (Page consultée le 10 avril 2015)
<http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Quelle-place-quel-role-pour-les-parents-lors-d-un-soin>

[70] Célestin-Lhopiteau, I., Thibault, P. (2009). Les résistances et refus aux traitements antalgiques chez l'enfant. *Médecine thérapeutique/ Pédiatrie*, 12, 5, 347-355.

[71] Larousse. Dictionnaire de français [en ligne]. (Page consultée le 18 avril 2015)
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adhérer/1066?q=adhérer#1058>

[72] Debout, C. (2009). L'adhésion thérapeutique. In : Formarier, M., Jovic, L. Les concepts en Sciences Infirmières. Lyon : Mallet Conseil, 53-54.

[73] Ankri, J., et al (1995). Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. *Santé publique*, 4.

[74] Convention Internationale des Droits des Enfants [en ligne] (Page consultée le 28 mars 2015) <http://www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>

[75] Thibault, P. (2009). Prévenir les douleurs provoquées chez l'enfant. *Médecine thérapeutique/ Pédiatrie*, 12, 5. 292-302.

[76] Association Sparadrap©. Pourquoi distraire l'enfant pendant un soin [en ligne]. (Page consultée le 10 avril 2015). <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Distraire-les-enfants-lors-des-soins/Pourquoi-distraire-l-enfant-pendant-un-soin>

Annexes

LE MEOPA, Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

1. Indications

- « Tout acte comportant une effraction cutanée en association avec un anesthésique local : pose de points de sutures par exemple.
- Pose de perfusion et de ponctions veineuses
- Ponction lombaire
- Sondage vésical
- Myélogramme
- Pansement de brûlure
- Infiltration d'une anesthésie locale
- Injection intra musculaire et intra articulaire
- Ablation de drains (sauf les drains thoraciques) »

2. Effets indésirables

Mineurs

Majeurs mais rares

- Nausées/vomissements
- Modifications des perceptions sensorielles, euphorie, rêves, paresthésies, vertiges
- Agitation, anxiété, angoisse, désorientation, hallucinations
- Mouvements anormaux, notamment en cas d'hyperventilation

- Respiratoire : désaturation, apnée, hypoxie
- Cardiovasculaire : bradycardie
- Neurologique : Approfondissement de la sédation

3. Contre-indications

Concernant les contre-indications médicales, les textes extraits de l'AMM identifient:

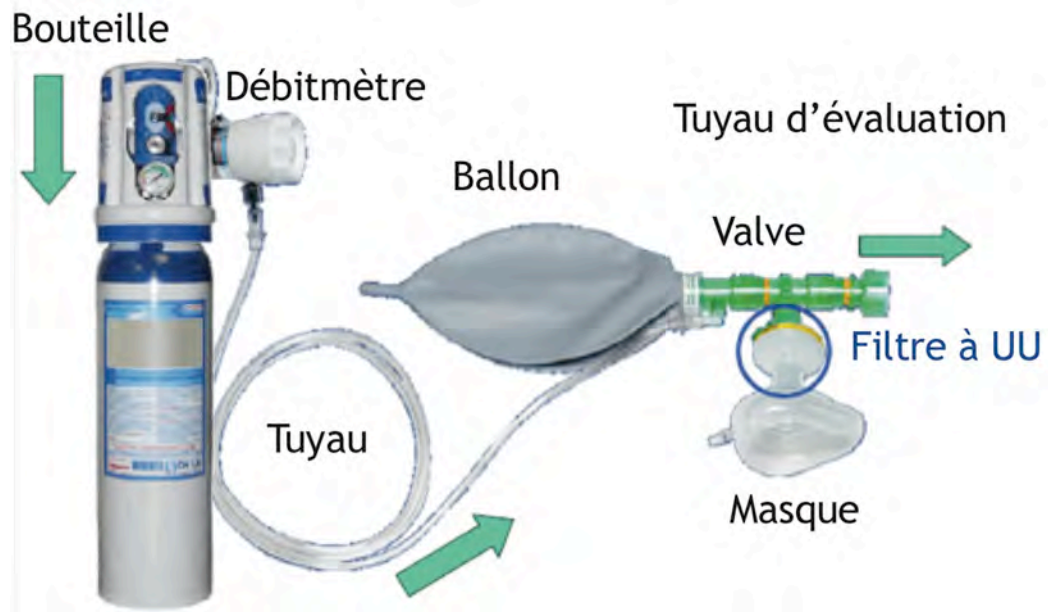
- « Patients nécessitant une ventilation en oxygène pur
- Hypertension intracrânienne
- Toute altération de l'état de conscience empêchant la coopération du patient
- Pneumothorax ; bulles d'emphysème ; embolie gazeuse ; accident de plongée ; distension gazeuse abdominale
- Traumatisme facial intéressant la région d'application du masque.
- Intensité douloureuse trop élevée
- Durée de l'acte, du soin trop longue »

4. Interactions médicamenteuses

Le MEOPA ne doit pas être utilisé en association d'un psychotrope ou d'un morphinique sous peine de voir ses effets déprimeurs respiratoires potentialisés. Ce risque « reste exceptionnel mais néanmoins réel ».

LE MEOPA, Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

Présentation du matériel





Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Comité Central de Lutte contre la Douleur

PEC/OBS/7276/DII/DLR/PG-A/02

CCLUD P3

PROCOLE D'ADMINISTRATION DU MEOPA

Date de la diffusion : mars 2014

Version : 1

Nombre de pages : 12

Rédigée par : Dr M. Lejwi

Vérifiée par : CCLUD

Approuvée par : Direction Générale

1 DEFINITION

MEOPA – Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (Médimix[®] – Entonox[®] – Kalinox[®]): médicament, sous la forme d'un gaz incolore, inodore et inflammable composé d'un mélange d'oxygène 50 % et de protoxyde d'azote 50 % agissant par inhalation.

Le MEOPA permet de :

- ✓ Modifier la perception d'un ressenti douloureux afin d'obtenir le soulagement d'une douleur provoquée par les soins de courte durée (<1 heure) ;
- ✓ Diminuer l'angoisse ;
- ✓ Prévenir l'apparition de phobie des soins.

2 OBJECTIFS DU PROCOLE

Ce protocole a pour objectif d'harmoniser les pratiques concernant l'utilisation du MEOPA. Il définit les modalités d'organisation, d'administration et de gestion de ce médicament.

3 POPULATION CONCERNEE

Enfant de plus d'un mois, bien que l'effet antalgique soit moins efficace jusqu'à 3 ans car la concentration alvéolaire minimum efficace est supérieure à celle des enfants plus grands.

Adulte quel que soit l'âge.

4 DOMAINE D'APPLICATION

Ce protocole concerne les personnels participant à la prise en charge de la douleur, **préalablement formés** :

- médecins,
- dentistes,
- sages-femmes,
- infirmières,
- puéricultrices,
- masseurs kinésithérapeutes,
- techniciens en imagerie médicale...

Concernant d'autres personnels tels que les auxiliaires de puériculture ou aides-soignants, ils ne sont concernés que par l'aide qu'ils apportent lors du soin, à l'exclusion de la manipulation du MEOPA.

L'administration de MEOPA n'entre pas dans le cadre de l'anesthésie générale. Les contraintes telles que consultations d'anesthésie, jeûne, monitoring, salle de réveil ne s'appliquent donc pas.

L'administration du MEOPA ne se substitue pas à l'anesthésie générale si les gestes sont trop douloureux ou invasifs.

5 INDICATIONS

- Analgésie des actes douloureux de courte durée
 - Ponctions veineuses ou artérielles, pose de cathéters périphériques ;
 - Mobilisations, toilettes, rééducation ;
 - Pose de sondes gastriques ou urinaires ;
 - Ponctions lombaires ;
 - Biopsie ostéo-médullaire, rénale et hépatique ;
 - Endoscopies bronchiques ou digestives ;
 - Myélogramme ;
 - Ablation de corps étrangers, fécalome ;
 - Ablation de drains et redons ;
 - Pansements de brûlés, d'escarres, ulcères, sutures... ;
 - Radiologie : dilatation de fistule, cystographie rétrograde, mobilisations, installations ;
 - Injection de toxines botuliniques ;
 - Bilans uro-dynamiques, manométrie ano-rectale ;
 - Orthèses.

- Analgésie lors de l'aide médicale urgente et traumatologique :
 - Souvent co-analgésique dans un cadre d 'analgésie multimodale ;
 - Réduction de fracture simple, luxation périphérique, plâtre, sutures ;
 - Soins aux brûlés ;
 - Transport de patients douloureux.
- Analgésie en soins dentaires.
- Actes de kinésithérapie : mobilisations, rééducation...
- Analgésie au cours d'une crise drépanocytaire.
- Obstétrique : en milieu hospitalier exclusivement, dans l'attente d'une analgésie péridurale, ou en cas de refus ou d'impossibilité de la réaliser.

6 CONTRE INDICATIONS

- Refus du patient (**contre-indication formelle**).

L'administration de protoxyde d'azote, pour des raisons de coefficient de partage, augmente rapidement le volume et/ou la pression de cavités gazeuses closes :

- Epanchements gazeux non drainés (diagnostic ou suspicion): pneumothorax, pneumo médiastin, pneumopéritoine, bulle d'emphysème, embolie gazeuse, accident de plongée... ;
- Distension gazeuse abdominale ;
- Patients nécessitant une ventilation avec une concentration en oxygène >50% ;
- Hypertension intracrânienne ;
- Toute altération de l'état de conscience, empêchant la coopération du patient ;
- Anomalies neurologiques d'apparition récente et non expliquées ;
- Traumatisme crânien ;
- Patient ayant reçu récemment un gaz ophtalmique (SF6, C3F8, C2F6) utilisé dans la chirurgie oculaire tant que persiste une bulle de gaz à l'intérieur de l'œil et au minimum pendant une période de 3 mois. Des complications postopératoires graves peuvent survenir en rapport avec l'augmentation de la pression intraoculaire ;
- Déficit connu et non substitué en vitamine B12 ou en acide folique.

7 EFFETS INDESIRABLES

Mineurs

- Nausées/vomissements
- Modifications des perceptions sensorielles, euphorie, rêves, paresthésies, vertiges
- Agitation, anxiété, angoisse, désorientation, hallucinations
- Mouvements anormaux, notamment en cas d'hyperventilation

Majeurs mais rares

- Respiratoire : désaturation, apnée, hypoxie
- Cardiovasculaire : bradycardie
- Neurologique : Approfondissement de la sédation

En cas d'administration prolongée et répétée: risque d'anémie mégaloblastique et de leucopénie, risque de syndrome neurologique **si non substitution en vitamine B12**

8 PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Risques de potentialisation des effets secondaires si association:
 - analgésie multimodale,
 - benzodiazépines et autres psychotropes

Dans cette situation, présence impérative **d'un médecin sénior** et surveillance de la saturation en oxygène pendant toute la durée de la procédure.

- Risque d'inflammation, en cas d'utilisation concomitante avec corps gras, aérosols, produits combustibles et solvants à proximité du masque.
- Le mélange doit être stocké et administré à une température supérieure à 0°C.
- Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

Après l'arrêt de l'administration du mélange, et surtout si l'administration a été prolongée, les patients ambulatoires qui doivent conduire ou utiliser des machines devront être gardés sous surveillance jusqu'au retour à l'état de vigilance antérieur à l'administration, en s'assurant de la disparition des effets indésirables éventuellement survenus.

9 GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- **Grossesse et fertilité**

La plupart des données collectées à propos des femmes enceintes ne montre pas de malformation ou de toxicité foëto/néonatale. Toutefois certaines études disent ne pas pouvoir conclure à propos de la foëtotoxicité au cours du premier trimestre de la grossesse, en particulier lorsqu'il s'agit d'utilisations répétées dans un local non ventilé.

Des études sur l'animal ainsi que des études observationnelles notamment d'assistantes dentaires aux Etats-Unis ont montré un retentissement sur la fertilité masculine ou féminine pour des expositions prolongées à des doses importantes dans des locaux mal ou pas ventilés.

En conséquence, il convient de recommander :

- Dans toute situation **le rapport bénéfice / risque** doit être systématiquement évalué.
- Eviter les expositions répétées au MEOPA en cas de grossesse et de problème de fertilité, surtout si le local n'est pas ventilé et/ou aéré.
- **Une évacuation extérieure de l'air expiré par le patient, ou des locaux disposant d'une aération correcte ou d'un système de ventilation** permettant de maintenir la concentration de protoxyde d'azote dans l'air ambiant à un niveau minimum, soit <25ppm.

- **Allaitement**

Il n'existe aucune donnée sur la présence de protoxyde d'azote dans le lait maternel. Cependant, après une courte période d'administration de protoxyde d'azote, et considérant sa courte demi-vie, l'interruption de l'allaitement n'est pas nécessaire.

10 MODALITES D'ADMINISTRATION

- L'administration du MEOPA doit être réalisée dans un lieu **ventilé** – en cas d'utilisation récurrente dans une même pièce, celle-ci doit **être ventilée entre chaque utilisation** ;
- **Prescription médicale** (datée et signée) ou application de ce protocole ;
- **Traçabilité** de l'administration dans le dossier du patient ;
- Durée maximum d'inhalation : 60 MINUTES par jour en continu ;
- Durée maximum de traitement : 15 JOURS ;
Si nécessité de prolonger le traitement au delà de 15 jours, effectuer une fenêtre thérapeutique de 4 jours ou administration concomitante de vit B12 ;
- Nécessité de **2 soignants** pour la réalisation du soin sous MEOPA, dont un **spécifiquement formé à la technique**, à la tête du patient ;
- Favoriser l'auto inhalation ;
- Pas de jeûne obligatoire (réflexes laryngés conservés) ;
- Association possible avec d'autres antalgiques ;
- Connaissance –diffusion, affichage...- des coordonnées téléphoniques d'un médecin du service joignable et pouvant intervenir en cas d'urgence et du numéro d'appel d'urgences vitales: **63 = Timone enfants – 60 =Timone adulte et Conception- 60= Ste-Marguerite – (à partir de fin mai 2014) Nord Adultes – 60, Enfants – 63 et Femmes enceintes – 62.**

11 LE MATERIEL

a. Matériel spécifique

- ✓ Un obus contenant MELANGE EQUIMOLAIRE d'OXYGENE ET PROTOXYDE d'AZOTE de 5 ou 15 litres délivrée par les gaz médicaux. Médicament liste I.

Bouteille blanche ; partie haute, ogivale, **rayée de Bandes bleues verticales et horizontales**



Manodétendeur débilite intégré – en position 0 lors du stockage



Craint le gel. Le mélange est instable en-dessous de -5°C ; l'apport de frigorifiques peut entraîner la liquéfaction d'une partie du protoxyde d'azote donnant lieu à l'inhalation de mélanges inégaux, comportant trop d'oxygène en début d'administration (mélange peu analgésique) et trop de protoxyde d'azote à la fin (mélange hypoxique).

Ne pas exposer les bouteilles à une température inférieure à 0°C .

Respecter la position des bouteilles:

- **EN POSITION HORIZONTALE** pour le stockage des bouteilles pleines avant leur utilisation, durant 48 h au moins à des températures comprises entre 10°C et 30°C , dans une zone tampon à l'intérieur de la pharmacie et/ou dans le service utilisateur.
- **EN POSITION VERTICALE** avec arrimage systématique pour toutes les autres situations (stockage des bouteilles pleines dans le local de stockage des bouteilles de gaz, utilisation des bouteilles pleines, transport des bouteilles pleines dans les établissements de santé et dans les véhicules, stockage des bouteilles vides).

Prévoir un mode stockage permettant de le différencier des obus d'oxygène.

✓ 2 systèmes d'administration du gaz au patient existent :

- Un **kit complet d'administration** avec valve unidirectionnelle. Utilisable pour 15 patients différents à condition d'utiliser un filtre antibactérien avec le masque facial.



- **Une valve d'administration à la demande** – réf 75067405622/135931

Utilisation
antibactérien

systematique du filtre
avec le masque facial.



- Un **filtre antibactérien** à usage unique (adapté au poids du patient) à intercaler entre le masque et le kit.
- Un **masque facial** à usage unique adapté au patient (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) ou masque nasal pour les soins dentaires.
- un **tuyau souple** d'évacuation des gaz expirés.

b. Matériel non spécifique

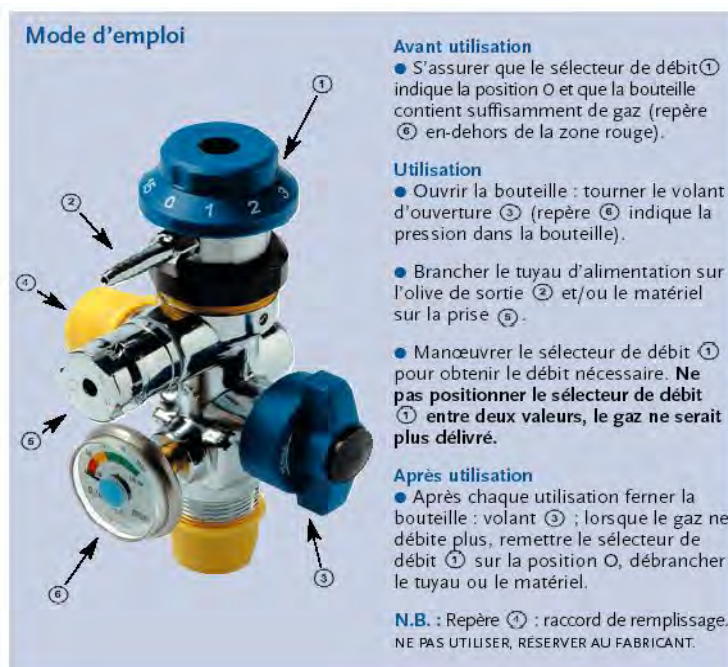
- Une prise d'oxygène murale avec débitlitre
- Un masque à haute concentration (ou lunettes à O₂)
- Une prise de vide avec une aspiration prête à l'emploi dans la pièce où se déroule l'acte
- Un chariot d'urgence présent et fonctionnel dans l'unité
- Un oxymètre de pouls

c. Manipulation du matériel

- Manipuler le matériel avec les mains propres et sèches, exemptes de corps gras ;
- Vérifier que l'aiguille du manomètre se trouve dans la zone verte, avant le soin ;



- Ne pas ouvrir la bouteille en position couchée ;
- Ne jamais forcer ni utiliser d'outils pour ouvrir ou fermer la bouteille de gaz et le manodétendeur ;
- Veillez à ce qu'aucune personne ne soit en face du manodétendeur lors de l'ouverture de l'obus de MEOPA ;



- Vérifier l'intégrité du système d'administration (absence de fuites) ;
- Vérifier que le tuyau d'évacuation des gaz soit installé de manière à évacuer ceux-ci vers un lieu aéré (extérieur ou pièce avec ventilation active, la climatisation ne convient pas).

12 LE SOIN

a. Avant le soin

- Dans un lieu ventilé (ventilable)
- Environnement calme, éviter le bruit et l'agitation,
- Dans le cas d'un enfant :
 - ✓ favoriser la présence des parents, rassurer l'enfant, et ne pas utiliser cette technique en cas de pleurs ou d'agitation importants
- Information délivrées au patient et aux parents de l'enfant:
 - ✓ Décrire précisément avec des mots simples les différents temps du soin
 - ✓ Informer sans alarmer des sensations pouvant être ressenties (cf. effets indésirables)
 - ✓ Préciser à l'enfant qu'il ne dormira pas
 - ✓ Mettre en confiance, exercer le patient à tenir le masque de façon étanche
 - ✓ Laisser le temps à l'enfant de poser des questions

b. Pendant le soin

- Installer le patient en position confortable au calme
- Lorsque le patient est un enfant, il convient de favoriser la distraction (histoire, chanson, comptine...)
- Il est préconisé à la personne administrant le mélange gazeux ainsi qu'aux parents dans le cas d'un enfant de porter un masque « ½ face » (canard)
- Ouvrir la bouteille puis le débitre en débutant en fonction du tableau ci-dessous :

Poids du patient	Débit de gaz
< 10 kg	2 litres
10 à 20 kg	3 à 5 litres
20 à 40 kg	6 à 10 litres
>40 kg ou adulte	4 à 15 litres

- N'appliquer le masque sur le visage que lorsque le ballon est **gonflé**.

- Le ballon doit osciller en fonction des temps respiratoires du patient. Il ne doit jamais se collaber. Le débit du mélange est à adapter en permanence et tout au long du soin, à la ventilation du patient.

- ✓ Si le ballon est distendu : Diminuer légèrement le débit des gaz
- ✓ S'il est collabé : Augmenter le débit
- ✓ Veillez à ce qu'il n'y ait pas de fuite

- Inhalation du mélange en ventilation spontanée pendant 3 minutes minimum avant le début de l'acte, ne pas stimuler le patient pendant cette durée.
- La personne qui administre le mélange gazeux conserve le contact verbal avec le patient, surveille la ventilation et la pression de la bouteille tout au long de l'acte. Il donne le signal de départ de l'acte. Si le patient enlève son masque, le décompte est repris à zéro.
- Le soin débute lorsque le patient est détendu et que la respiration devient régulière et calme.

La surveillance est clinique :

- les mouvements respiratoires sont réguliers et calmes ;
- les téguments sont roses, le patient ne transpire pas ;
- Le ballon du kit MEOPA (cf supra).

CONDUITE A TENIR EN CAS D'EFFET SECONDAIRE	
Nausées Vomissement Agitation Désorientation	▶ Arrêt de l'administration
Perte de connaissance Désaturation Bradycardies	▶ Arrêt de l'administration ▶ Libération des voies respiratoires ▶ Oxygénation du patient ▶ Mise en position latérale de sécurité ▶ Appel médecin ou N° d'urgence

c. Après le soin

- Oter le masque, laisser le patient à l'air ambiant ;
- Fermer la bouteille puis purger le manodétendeur en ouvrant le débitre au maximum et stoker la bouteille ;
- Aérer le lieu du soin ;

Le patient peut boire et manger normalement et reprendre ses activités.

d. **Traçabilité de l'utilisation du MEOPA** - fiche technique Surveillance MEOPA en annexe- Critères à retranscrire après chaque utilisation sur un support connu de tous et conservé dans le dossier du patient:

- Temps d'exposition en minutes (avec cumul depuis le début de l'hospitalisation) ;
- Evaluation et traçabilité de douleur avant, pendant et après le soin ;
- Satisfaction du patient et des soignants ;
- Survenue d'éventuels effets secondaires.

13 ENTRETIEN DU MATERIEL

- Le filtre antibactérien est jeté après utilisation (usage unique) ;
- Le masque peut être réutilisé dès lors que l'on a une notion de répétitivité d'actes pour un même patient. Dans ce cas, nettoyage au Surfanios® ;
- Appliquer une chiffonnette humide imprégnée de Surfanios®, sur la bouteille et le chariot ;
- **le kit MEOPA** (ballon, tubulure, valve) est utilisable 15 fois ; il se nettoie avec du SURFANIOS entre chaque utilisation.
- **le système d'administration avec valve à la demande :**
 - Trempage et surfanios ;
 - Changement de la valve anti retour lorsqu'elle est usée ;
 - Le reste du système ne se change pas, sauf dégradation ;
- Contrôler que la quantité de gaz restant dans l'obus (exprimée en bars sur le manomètre) soit suffisante à une prochaine administration (si < 30 bars vérifier qu'une deuxième bouteille soit disponible) ;
- Laisser sécher puis ranger ;
- Il peut être utile de réaliser un relevé régulier de la quantité de gaz restant dans l'obus.

Références bibliographiques

Références réglementaires

- Circulaire DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11 février 1999 relative à l'application de protocoles de mise en place de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- Circulaire n° DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
- Décret n°2000-509 du 6 juin 2000 modifiant le décret n° 97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale.
- Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Ministère délégué à la Santé.
- Programme national de lutte contre la douleur, plan 2006-2010, du ministère de la santé.
- Code de déontologie médicale.
- Charte du patient hospitalisé.

Références bibliographiques

- Résumé des caractéristiques des produits, MEDIMIX 50, KALINOX, ENTONOX.
- Utilisation du MEOPA dans « La douleur de l'enfant » D. ANNEQUIN, Ed. Masson.
- SFETD – référentiel d'activité infirmier ressource douleur – Novembre 2007 – Fiche d'utilisation du MEOPA.
- Modalités d'administration du MEOPA – Groupe hospitalier Armand Trousseau – Dr Daniel Annequin – Avril 2007.
- Protocole d'utilisation et d'administration du MEOPA – Service d'Accueil des Urgences enfants – CHU Nord Marseille – Aout 2007.
- Recommandations de l'AFSSAPS, Juin 2009, Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant.
- Recommandations de bonne pratique- Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte – AFSSAPS – juin 2010.

GRILLE D'ENTRETIEN

Actuellement étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI Nord de Marseille, je souhaite réaliser un entretien semi-directif auprès de vous, afin d'apporter des éléments de réponse à mon Travail de Fin d'Etudes. Il est axé sur l'accompagnement durant les soins douloureux en service d'urgences pédiatriques. Afin de mener à bien cet entretien, je vous invite à bien vouloir répondre le plus honnêtement possible à mes questions et vous remercie pour le temps que vous me consacrez aujourd'hui. Je joins à cette grille d'entretien ma charte de confidentialité.

Question 1 :

Selon vous, qu'est ce que l'accompagnement relationnel auprès des enfants de 4 à 6 ans ?

Les parents y ont-ils leur place?

Question 2 :

Lors d'un soin douloureux, quels sont les bénéfices de l'accompagnement relationnel ? (*Pour l'enfant et pour le déroulement du soin?*)

Question 3:

Que pensez-vous du Mélange Equimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote ?

Question 4 :

Avez-vous été formé à son utilisation ? Si oui dans quelles circonstances ?

(*Etait-ce un choix, un souhait ou une obligation du service ?*)

Question 5 :

Comment préparez-vous les enfants à un soin sous MEOPA ?

Question 6 :

Les enfants entre 4 et 6 ans acceptent-ils facilement de respirer dans le masque ?

La présence des parents est-elle un facteur favorisant dans l'acceptation du masque ?

Question 7 :

Lors d'un soin douloureux, en cas de refus de l'enfant, quelles actions mettez-vous en place?

Question 8 :

D'après votre expérience professionnelle, quelles sont les limites du MEOPA ?

(*Dans le contexte singulier des urgences, avez-vous toujours les moyens de mettre en place un accompagnement relationnel qui vous satisfasse ?*)

Pourriez-vous m'indiquer depuis combien de temps vous travaillez auprès des enfants ?

Soignant interrogé	Nombre d'année en pédiatrie = ?
N°...	... ans

Mme VIAL ép. Morgana Virginie

Marseille, le 20 Janvier 2015

Tel :

e-mail

Monsieur le Directeur des soins

Objet : Demande d'autorisation pour effectuer des entretiens d'enquête.

Monsieur le Directeur des soins,

Actuellement étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI de l'AP-HM de l'hôpital Nord, j'élabore mon Travail de Fin d'Etudes, axé sur l'accompagnement relationnel durant les soins douloureux en service d'urgences pédiatriques.

Afin de poursuivre mes recherches, je sollicite votre accord pour réaliser des entretiens semi-directifs auprès de différents infirmiers et puéricultrices travaillant aux urgences pédiatriques de l'établissement, ce qui me permettra d'apporter un éclairage clinique. J'aimerais également enregistrer ces entretiens avec l'accord des professionnels, afin de retranscrire le verbatim qui me permettra de réaliser une analyse fiable des données recueillies. Je pourrai ainsi confronter mes recherches théoriques à l'expérience des professionnels, leurs pratiques sur le terrain, et répondre à ma question de départ. Je précise que les enregistrements ne seront utilisés qu'à des fins scolaires et aucunement diffusés en dehors de cet usage.

Mon travail de fin d'études est réalisé sous la guidance de Mme ■■■, cadre formatrice de deuxième année à l'IFSI Nord.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire de ma grille d'entretien que j'aimerais soumettre aux professionnels ainsi que ma charte d'entretien.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, je reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur des soins, l'expression de mes respectueuses salutations.

Tableaux d'encodage des entretiens

Questions	IDE 1	
	Idées principales	Mots clés
1	Place essentielle des parents qui vont rassurer l'enfant. Dialogue, gestes rassurants et adaptation à l'âge des enfants. Les parents ont une place privilégiée, sans eux le soin est plus difficile. Pour comprendre le soin il faut voir où en est l'enfant au niveau cognitif, adopter une posture, des gestes en complément à la parole.	Etre rassurants. Parents privilégiés. Expliquer avec des gestes. Adaptation âge des enfants
2	Evite le stress Evite l'imagination de choses qui ne vont pas se passer.	Expliquer le soin dès le début. Eviter le stress Rassurer l'enfant.
3	Le MEOPA est une aide au niveau des soins surtout aux urgences. Il est utilisé quasi tout le temps pour les sutures. Des enfants ne le tolèrent pas (c'est rare)	Outil d'aide pour les soins. Souvent utilisé, quasi tout le temps pour sutures Intolérance de certains enfants
4	Formée non. Pas de formation au niveau du service Mais protocole Ca va peut-être changer	Pas de formation Sur prescription médicale. Protocole existant. Changement ?
5	Elle leur montre le masque, le ballon présente le matériel. Elle leur explique comment ça se passe. Il existe des parfums pour mettre dans le masque. Manipulation par l'enfant du matériel, du ballon gonflé, explication que l'enfant doit avoir une respiration normale.	Explications. Présentation et manipulation du matériel avant le soin. Montre le masque
6	L'acceptation du masque dépend de chaque enfant : certains acceptent d'autres refusent, mais à tout âge. La présence des parents favorise l'acceptation du soin.	Dépend de chaque enfant. Enfant rassuré si parent présent. Acceptation avec les parents.
7	Patch d'Emla® si refus. Lors de sutures si refus on l'utilise pas, anesthésie locale.	On ne force pas. Anesthésie locale ou patch Emla® si refus.
8	Si refus de l'enfant, si ne le supporte pas. Relationnel, mettre en confiance avec le parent dans le bloc (sutures). On n'oblige pas : peut générer des hallucinations de la peur.	Refus de l'enfant Relationnel très important Mettre en confiance Parent présent Rassurer. Peut générer de la peur, hallucinations.
9	Depuis 1997 Puéricultrice depuis 1999	18 ans

Q	IDE 2	
	Idées principales	Mots clés
1	<p>« Les parents sont incontournables dans l'approche. Hôpital milieu très hostile confronté douleur ou maladie. Etudes montrent que leur présence est bénéfique lors des soins. Pour rentrer en relation avec l'enfant les parents sont nécessaires et le soignant doit être à l'écoute et avoir communication adaptée à l'âge et degré de compréhension...Rassurant et expliquer les choses. Explications aux parents et aux enfants »</p>	<p>Parents incontournables. Hôpital milieu très hostile Communication adaptée Rassurants Explications parents enfants</p>
2	<p>« Surtout présence des parents. Permet une distraction et une réassurance indispensable et incontournable. Rassurés par le personnel et les parents qui peuvent distraire les enfants, eux connaissent leurs enfants. Stratégies autres pour prévenir les soins douloureux...Favorise la confiance de l'enfant. Attitude qui s'apprend dans le positionnement physique et les paroles toujours dans le positif. Explications suffisantes pour pouvoir recevoir le soin dans de bonnes conditions »</p>	<p>Parents connaissent leur enfant Réassurance Rassurés Distraction. Confiance Explications</p>
3	<p>« Pour cette tranche d'âge là très très confortable depuis qu'il est utilisé de manière plus régulière en pédiatrie a apporté énormément de confort pour les enfants et pour les soignants Faire le soin dans de bonnes conditions » Pas nécessité du médecin sur place sur PM</p>	<p>Confort énorme en pédiatrie Bonnes conditions de soin.</p>
4	<p>« Formée DU douleur et formations sur le MEOPA, et micro formations en service. Plan de formation continue sur l'hôpital. Service dotation ouverte : exigences de la pharmacie. Choix au départ, car le MEOPA n'était pas très utilisé bien que dotation, et envie de le généraliser dans la pratique quotidienne. Formation sur la journée, concis, simple. »</p>	<p>Formation MEOPA et DU douleur Envie de généraliser la pratique</p>
5	<p>« Le parent est acteur et participe. On explique à l'enfant, on présente le matériel et le masque qui est un peu anxiogène : air qui n'est pas mauvais, confortable, fait rigoler. Certains sont coopérants, d'autres non. On n'applique jamais de force le masque. Jamais de contention car très délétère (contention souple, on suit les mouvements) Explication aux parents, pas de l'anesthésie, passe par voie pulmonaire. Pas de refus de la part des parents en général sauf expérience antérieure négative. »</p>	<p>Parent acteur Masque anxiogène Explications aux parents et enfant On ne force pas. Pas de refus sauf expérience antérieure négative</p>
6	<p>« Réassurer, on fait manipuler les enfants. C'est dépendant des enfants, en général ça se passe assez bien, dans les bras des parents, le parent commence à appliquer le masque à l'enfant. Ils assimilent assez bien entre 4 et 6 ans. » « Les parents c'est chouette »</p>	<p>Réassurance Manipulation Parents très importants</p>
7	<p>« On parle. Situations compliquées par moments : Si patch posé au préalable on s'en contente. En suture plus délicat : la panique peut empêcher les enfants de comprendre. La peur les rend ingérables. Explications, distractions, approches complémentaires (RESC, Hypnose...) »</p>	<p>On n'applique pas le masque de force. Peur les rend ingérables.</p>
8	<p>Antalgie limitée : sutures VVP pansements, PL ou ajouter palier 3 (réduction de fractures interdites et doivent se faire au bloc car douleur ++++) « A mon avis un des effets les plus importants c'est quand même l'effet anxiolytique et amnésiant intéressant ». Etre conscient des limites antalgiques. « On peut en être inquiet ». Si urgence vitale : pas de MEOPA. Toujours le temps de mettre en place le MEOPA : jamais de sutures en urgence. Mise en place rapide du MEOPA « même enfant qui arrive avec les pompiers : obus MEOPA et transfert, changement d'attelle sous MEOPA tout à fait envisageable, ça prend quelques minutes. »</p>	<p>Antalgie limitée Effets anxiolytique et amnésiant intéressants Etre conscient des limites Rapide d'utilisation</p>
9	20 ans auprès des enfants. Puéricultrice.	20 ans

Q	IDE 3	
	Idées principales	Mots clés
1	« Peut englober plein de chose : chanter une chanson, raconter une histoire, écouter de la musique. » « Les parents ont leur place on est en pédiatrie. On fait les soins avec les parents de manière systématique sauf si parents refusent car peur anxieux. »	Chanter, raconter. Soins avec parents
2	« Permet de rassurer l'enfant le détendre le mettre en confiance, pour lui faire accepter plus facilement le soin, le parent distrait et peut détourner l'attention. Conditions plus favorables, moins traumatisant pour la prochaine fois. »	Rassurer, accepter plus facilement le soin Mettre en confiance Détourner l'attention Moins traumatisant pour la prochaine fois
3	« Formidable, on s'en sert beaucoup ici, détendre l'enfant le rendre plus compliant aux soins, rend le soin plus efficace, bon souvenir à l'enfant. » Bien expliquer comment ça fonctionne car le masque peut faire peur. « On l'utilise beaucoup ici. »	Formidable. Compliance Explications. Masque peut faire peur Beaucoup utilisé
4	« Pas eu de formation à proprement dit mais explications sur comment ça se passe, cours à l'école, entre professionnels. »	Pas de formation Cours IFSI Entre professionnels
5	« Expliquer ce que c'est, comment ça se passe, qu'on les met dans une salle, ... puis réveillé, papa maman restent là. » « Bien être et améliorer le soin, sinon pas la peine si c'est néfaste. On ne contraint jamais un enfant à mettre le masque. » Antalgique et anxiolytique. « Des fois pas suffisant : ça aide à la coopération, pour amorcer le soin. »	Expliquer Antalgique et anxiolytique on ne force pas enfant pour le masque
6	« Si on a pris le temps de bien leur expliquer généralement il n'y a pas de problème... Parent quel que soit le soin, il rassure l'enfant, l'enfant se sent plus en confiance. »	Prendre le temps de bien expliquer. Parent rassurant Confiance
7	« Si c'est pour suture, pas grand chose en dehors de l'anesthésie locale. Chansons, histoires. » « Si pas compliant : On essaie de mettre tout en place pour que ça se passe bien mais malheureusement le soin passe avant tout. »	Chansons, histoires Recherche la Compliance Anesthésie locale
8	Age de l'enfant et les effets secondaires. Améliore mais n'enlève pas complètement la douleur. Quand pas de notion d'urgence vitale : soins quotidiens on a les moyens de tout mettre en place pour faire les soins comme on a envie et dans de bonnes conditions. 3 minutes pour expliquer ce qu'on fait dans 95% des cas : toujours les soins à deux (une qui explique à l'enfant et l'autre qui va chercher le matériel)	Age de l'enfant EI Antalgie limitée Toujours le temps Soins toujours à deux : une explique, l'autre s'occupe du matériel.
9	Depuis 13 ans.	13 ans

Q	IDE 4	
	Idées principales	Mots clés
1	<p>« Parler, tout leur expliquer, le soin, s'assurer qu'ils ont compris ainsi que les parents. Communiquer avec eux, qu'ils aient confiance en vous. Difficile en situation de stress, si deux parents on voit celui qui stresse le moins pour ne pas communiquer le stress à l'enfant »</p>	<p>Parler enfants parents Expliquer Confiance</p>
2	<p>« Que ça se passe bien, sans cri, sans peur, surtout la peur qu'il faut effacer. Au plus il est calme au moins il a mal. Rassurer, au plus il aura confiance, et les parents au plus en confiance, au plus ils rassureront l'enfant. Ils seront complices avec nous et ils seront acteurs du soin. »</p>	<p>Effacer la peur Enfant calme = moins mal Confiance Rassurer Parents acteurs</p>
3	<p>« C'est très bien, dès que je peux, très facilement sur les grands même à partir de 2 ans, associé à l'Emla®, mais des fois même sans Emla®, plus rapide. » « Enfants plus ou moins réceptifs : le soin se passe super bien. »</p>	<p>Très bien Facile Rapide</p>
4	<p>« Pas de formation, formée par mes collègues, mon expérience. » Demande l'aval du médecin à chaque utilisation, demande aux parents, s'ils connaissent s'ils sont d'accord. Sauf CI Médecin favorable à la demande.</p>	<p>Pas de formation Par les collègues Avis médecin Avis parents</p>
5	<p>« On leur explique qu'ils respirent un gaz rigolo qui fait rire on emploi des mots adaptés à leur âge, j'aime bien leur montrer le masque qu'ils se l'approprient un peu, sur le visage des parents, sur le leur, on lui montre tout on explique tout. » Est-ce qu'il va dormir ? Première question des parents car ils pensent que c'est une anesthésie. « Jamais eu de refus de la part des parents. »</p>	<p>Expliquer mots adaptés Montre le masque S'approprier le masque Jamais de refus des parents</p>
6	<p>« Ca dépend : de temps en temps ça ne marche pas du tout. Quand c'est vraiment douloureux on insiste un petit peu, après ils se détendent et ça se passe bien. Les parents essayent de convaincre l'enfant car ils comprennent que c'est pour le bien du petit, des fois c'est eux qui tiennent le masque. Ils sont aidants. »</p>	<p>Ca dépend Parents convaincants Parents aidants Insiste un peu</p>
7	<p>« Si prise de sang : Emla®, si pour des pansements : antalgiques. Avec les parents, on recherche la compliance. »</p>	<p>Recherche de Compliance</p>
8	<p>« Ceux qui ne supportent pas : vomissements de suite. Les CI type gastro. Oui on prend deux minutes pour lui expliquer c'est du temps de gagner pour la suite. »</p>	<p>CI On prend le temps = Gain de temps</p>
9	<p>« Depuis 2 ans tout pile avant je travaillais avec les adultes »</p>	<p>2 ans</p>

Q	IDE 5	
	Idées principale	Mots clés
1	<p>« Partie 50% du soin, permet de l'accepter dans les meilleures conditions possibles. Expliquer pour calmer son anxiété comprendre ce qu'il va se passer et arriver à la validation du soin si possible. Les parents ont leur place autant que l'enfant ... j'explique le soin aux parents et à l'enfant, ils peuvent m'aider à convaincre l'enfant et ça légitime mon soin. » Si le parent est d'accord, l'enfant aussi.</p>	<p>50% du soin acceptation Expliquer pour calmer anxiété parents et enfants. Parents convaincants</p>
2	<p>« Installer une relation de confiance qui va faciliter le geste technique, l'enfant se débattrra moins même s'il pleure et qu'il comprend plus au moment du soin, ça nous fait gagner du temps si l'anxiété est bien canalisée. »</p>	<p>Relation de confiance Gain de temps Anxiété canalisée</p>
3	<p>« Facilite le soin surtout lors de ponction veineuse ou de sutures ce qui est fréquent aux urgences »</p>	<p>Facilite le soin Sutures Ponction veineuse fréquentes</p>
4	<p>« Oui, lors d'un stage en pédiatrie. Un de mes objectifs car je travaillais sur la gestion de la douleur. Outil qui permet d'amoindrir la douleur. Sur PM donc si on pense que ce serait mieux, on suggère au médecin qui le prescrit. »</p>	<p>Formation Amoindrir la douleur Suggère au médecin Sur PM</p>
5	<p>Présentation ludique : « Je lui explique ce que c'est le but, pour le détendre le relaxer j'essaie de le faire rire pour qu'il ait envie de l'essayer et d'expérimenter quelque chose qui devrait être sympathique pour lui. Je lui laisse jouer avec le masque, je me sers du parent en mimant le geste sur le parent pour qu'il constate que c'est sans danger que le parent n'a pas peur du masque. Après l'enfant est très curieux de l'utiliser et il adhère au soin. »</p>	<p>Ludique Expliquer Relaxer, détendre Donner envie Si parent pas peur =Adhésion au soin</p>
6	<p>« Oui facilement quand on l'a bien présenté avec le côté ludique du ballon vert une fois qu'il est gonflé, tu vas pouvoir faire un rêve, je vais te raconter une histoire, et donc on amène l'enfant sur un plan imaginaire et ils adhèrent généralement il sont envie de rêver. Le parent valide donc l'enfant est moins angoissé ou ils obéissent aux parents quand ils disent il faut le faire pour ton bien. Parent support quand je suis concentré sur mon geste ou que je surveille le MEOPA, parent relai : raconte histoire, distrait, chante la chanson. La présence des parents est très importante pour moi. »</p>	<p>Envie de rêver Adhésion Parent valide Moins angoissé Parent support Parent relai Importance des parents</p>
7	<p>« Si refus net et précis, aucun bénéfice à continuer, ça ne calmera pas son anxiété. Histoire, chansons, câlins des parents. Je ne lui impose pas de force. »</p>	<p>Si refus pas de bénéfice : anxiété non calmée. Distraction. Pas de force</p>
8	<p>« CI médicales, stricte donc on n'utilise pas. «Enfant très anxieux qui n'aime pas l'odeur, on peut avoir un stylo qui parfume mais pas toujours en service. Si ça l'angoisse plus qu'autre chose, un enfant qui pleure et qui refuse le MEOPA ne va pas se laisser conduire dans le domaine de l'imaginaire, je dirais même que ça peut l'amener à vomir à se débattre pas du tout bénéfique à ce niveau là. Oui on prend 5 minutes supplémentaires on ne perd pas de temps car geste technique facilité. Volonté de service d'avoir une bonne gestion de la douleur. »</p>	<p>CI Enfants anxieux et Refus = Pas de bénéfice Gain de temps Geste facilité Bonne gestion douleur</p>
9	<p>« Ca fait 4 ans, aux urgences pédiatriques. »</p>	<p>4 ans</p>

Tableau récapitulatif des mots clés

Q	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
1	Etre rassurants. Parents privilégiés. Expliquer avec des gestes. Adaptation âge des enfants	Parents incontournables. Hôpital milieu très hostile Communication adaptée Rassurants Explications parents enfants	Chanter, raconter. Soins avec parents	Parler enfants parents Expliquer Confiance	50% du soin acceptation Expliquer pour calmer anxiété parents et enfants. Parents convainçants
2	Expliquer le soin dès le début. Eviter le stress Rassurer l'enfant.	Parents connaissent leur enfant Réassurance Rassurés Distraction. Confiance Explications	Rassurer, accepter plus facilement le soin Mettre en confiance Détourner l'attention Moins traumatisant pour la prochaine fois	Effacer la peur Enfant calme = moins mal Confiance Rassurer Parents acteurs	Relation de confiance Gain de temps Anxiété canalisée
3	Outil d'aide pour les soins. Souvent utilisé, quasi tout le temps pour sutures. Intolérance de certains enfants	Confort énorme en pédiatrie Bonnes conditions de soin.	Formidable. Compliance Explications. Masque peut faire peur Beaucoup utilisé	Très bien Facile Rapide	Facilite le soin Sutures Ponction veineuse fréquentes
4	Pas de formation Protocole existant. Changement Sur PM	Formation MEOPA et DU douleur Envie de généraliser la pratique	Pas de formation Cours IFSI Entre professionnels	Pas de formation Par les collègues Avis médecin Avis parents	Formation Amoindrir la douleur Suggère au médecin Sur PM
5	Explications. Présentation et manipulation du matériel avant le soin. Montre le masque	Parent acteur Masque anxiogène Explications aux parents et enfant On ne force pas. Pas de refus sauf expérience antérieure négative	Expliquer Antalgique et anxiolytique on ne force pas enfant pour le masque	Expliquer mots adaptés Montre le masque S'approprier le masque Jamais de refus des parents	Ludique Expliquer Relaxer, détendre Donner envie Si parent pas peur = Adhésion au soin
6	Dépend de chaque enfant. Enfant rassuré si parent présent. Acceptation avec les parents.	Réassurance Manipulation Parents très importants	Prendre le temps de bien expliquer. Parent rassurant Confiance	Ca dépend Parents convainçants Parents aidants Insiste un peu	Envie de rêver Adhésion Parent valide Moins angoissé Parent support Parent relai Importance des parents

7	On ne force pas, Si refus : Anesthésie locale ou patch.	On n'applique pas le masque de force.	Chansons, histoires Recherche la Compliance	Recherche de Compliance avec les parents.	Pas de force Si refus pas de bénéfice : anxiété non calmée.
8	Refus de l'enfant Relationnel très important Mettre en confiance Parent présent Rassurer. Peut générer de la peur, hallucinations.	Antalgie limitée Effets anxiolytiques et amnésiants Peur les rend ingérables. Etre conscient des limites Rapide d'utilisation Approches complémentaires (RESC hypnose...) explications, distractions.	Age de l'enfant EI Antalgie limitée Toujours le temps Soins toujours à deux : une explique, l'autre s'occupe du matériel.	CI On prend le temps = Gain de temps	CI Enfants anxieux et refus = Pas de bénéfice Gain de temps Geste facilité Bonne gestion douleur Distraction
9	18 ans	20 ans	13 ans	2 ans	4 ans

Représentation des mots les plus cités dans ce tableau

Concepts principaux émergents : **Parents** - **Expliquer (communication)** - **Anxiété/peur/stress** => Rassurer, mettre en confiance - **Adhésion/compliance**

Analyse des mots clés les plus cités :

Autres termes émergents: Toujours le temps/prendre le temps/gain de temps - Rapide d'utilisation/facile - Distraction.

Les mots du champ lexical de la douleur n'apparaissent que très peu (antalgie limitée, moins mal, bonne gestion de la douleur) en comparaison à celui de l'anxiété.

Demande de reproduction d'images SPARADRAP

1 - Image(s) ou illustration(s) demandée(s), et titre du document, ou page du site Internet dont elle(s) est (sont) extraite(s) :

LE GEOPA POUR AVOIR NOUS NAL (LES FICHES SPARADRAP)

2 - Nature de votre document (mémoire, livret, affiche,...) :

Travail de Fin d'Etudes

3 - Emplacement de (des) image(s) dans votre document (page de couverture, annexes,...) :

Annexes

4 - Autres précisions :

Les règles à respecter impérativement

1 - Les images elles-mêmes et les textes associés à cette image ne peuvent être modifiés ni sur le fond ni sur la forme.

2 - A côté ou sous chaque image doit apparaître la mention « Copyright - association SPARADRAP », qui indique clairement que l'image nous appartient et que personne d'autre à son tour ne peut l'utiliser sans notre accord.

3 - Dans votre document, vous devez préciser le **titre exact** du ou des documents d'où l'illustration est extraite. Vous pouvez le mentionner :

- soit à côté de l'image,
- soit en remerciements,
- soit, si plusieurs illustrations sont utilisées, dans un sommaire des illustrations.

4 - Tous les documents, ou rubrique Internet dont une image a été utilisée, doivent être cités en **bibliographie**.

Eventuellement, vous pouvez mentionner les coordonnées de l'association.

Enfin, nous serions ravis de recevoir votre document une fois terminé (format numérique) pour le mettre à disposition sur notre site Internet. D'avance merci !

Vos coordonnées

Nom, Prénom VIAL ep MERGANA Virginie

Adresse 4, Les Hauts de Gombout, 9 chemin de Palama 13013 Marseille

Tél 06 16 19 62 49

E-mail : mergana.vie@free.fr

Je m'engage à respecter les règles de reproduction citées ci-dessus.

Date et signature :

Le 20 mai 2015
[Signature]

Accord donné par SPARADRAP le : 21/05/2015



[Signature]

V.05/2013



Pour guider les enfants dans le monde de la santé

Vous venez d'apprendre que votre enfant doit avoir un examen ou un soin et vous manquez de temps pour commander la fiche SPARADRAP ?

Pour vous rendre service, l'association SPARADRAP met à votre disposition une version numérique de ses fiches pratiques téléchargeable gratuitement.

Cela vous permet de les consulter à l'écran avec votre enfant et de lui expliquer comment va se passer le soin ou l'examen.

La collection des fiches est également disponible en version "papier" sur www.sparadrap.org
> Catalogue > Par types de documents > Fiches pratiques

Le MÉOPA pour avoir moins mal



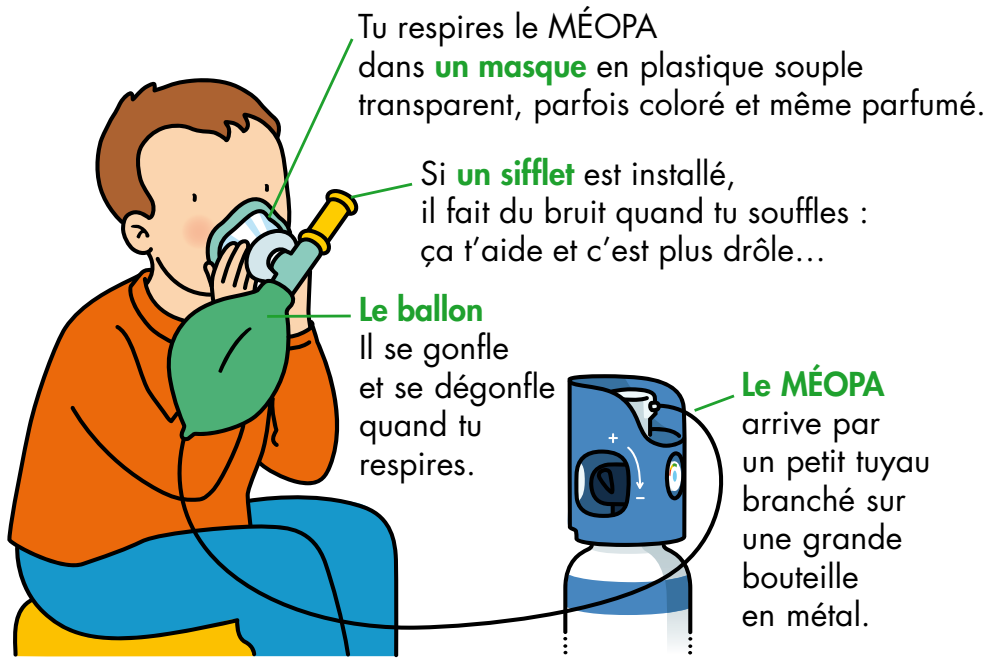
**Pour comprendre ta maladie ou te soigner,
il est parfois nécessaire de te faire des soins
ou des examens qui sont douloureux.**

Pour éviter que tu aies mal,
le médecin ou l'infirmière peut te proposer
de respirer un produit spécial.

C'est un mélange de deux gaz,
l'oxygène et le protoxyde d'azote.
On appelle ce mélange gazeux
le MÉOPA*.

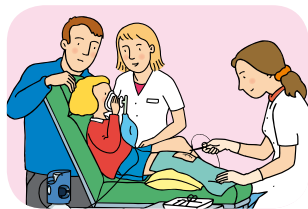
**Ce produit que tu vas respirer grâce à un masque
ne va pas t'endormir, il va plutôt te détendre,
et tu auras moins mal et moins peur.**

Comment ça fonctionne ?

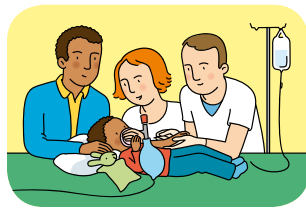


On peut utiliser le MÉOPA pour faire...

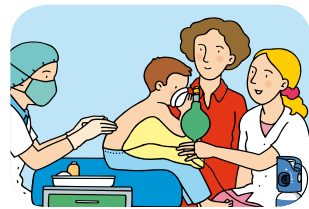
des points de suture



la pose d'une perfusion



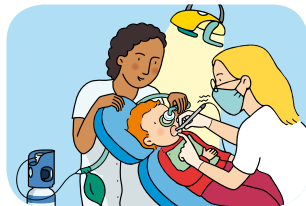
une ponction lombaire



la pose d'une sonde



des soins dentaires



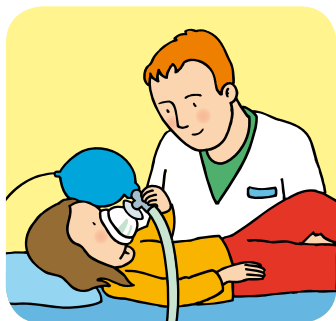
des soins à domicile



et aussi des soins de brûlure, un myélogramme...

Ce que tu vas faire

- Le médecin et l'infirmière décident avec toi de la position dans laquelle tu vas t'installer : assis, dans les bras de tes parents ou allongé, selon le soin.



- Tu peux tenir le masque toi-même : tu le places en même temps sur ton nez et ta bouche, en appuyant un peu sur ton visage pour éviter les fuites.
- Tu respires tranquillement et régulièrement pendant 3 minutes, puis pendant toute la durée du soin ou de l'examen. S'il y a un sifflet, tu souffles doucement pour le faire fonctionner.
- Quand le soin ou l'examen est fini, on te prévient et tu peux enlever le masque.

Ce que tu vas ressentir

- Le MÉOPA n'a pas d'odeur particulière.
- Il ne te fait pas dormir, tu es très détendu et tu restes conscient (éveillé) : tu entends tout ce que l'on dit autour de toi, tu peux parler et répondre aux questions.
- Il peut modifier certaines de tes sensations et te faire rire.
- Parfois, tu peux avoir un peu "mal au cœur", ou avoir l'impression de faire un mauvais rêve, mais cela disparaît très vite.
- En tout cas, grâce au MÉOPA, tu as moins mal ou pas mal du tout pendant que l'on fait le soin ou l'examen.

Dans quels lieux utilise-t-on le MÉOPA ?

On l'utilise à l'hôpital, aux urgences et en hospitalisation pour différents soins*. Depuis 2010, il peut aussi être proposé chez les dentistes et à domicile. Mais le personnel doit apprendre à s'en servir et toutes les équipes soignantes ne sont pas encore formées.

Et si mon enfant ne veut pas mettre le masque ?

Pour certains enfants, mettre un masque sur leur visage peut être mal vécu. C'est pourquoi, avant de commencer, les soignants proposent à votre enfant d'essayer le masque pour qu'il s'y habitue. L'idéal est qu'il le tienne lui-même, éventuellement avec l'aide d'un soignant ou la vôtre.

Combien de temps le produit fait-il effet ?

Le MÉOPA fait de l'effet après 3 minutes d'inhalation et tout le temps que l'enfant continue à respirer dans le masque. L'effet se dissipe dès que l'on retire le masque.

Est-ce que c'est toujours efficace ?

- Dans la majorité des cas, oui. Souvent, le MÉOPA est utilisé en association avec d'autres moyens pour avoir moins mal (la distraction, la crème anesthésiante, l'anesthésie locale...).
- On peut sans risque s'en servir de nombreuses fois si c'est nécessaire : il reste efficace à chaque fois.

Y a-t-il des effets indésirables ?

Il sont très rares (nausées, vomissements, maux de tête...) et ils ne durent pas plus de quelques minutes.

* Voir les fiches SPARADRAP "Les points de suture : comment avoir moins mal ?", "La ponction lombaire", "La prise de sang" et "La cystographie rétrograde".

Un document
édité et diffusé
par l'association
SPARADRAP



Avec le soutien de
Linde Healthcare



Auteurs : Dr Didier COHEN-SALMON, Françoise GALLAND,
Sandrine HERRENSCHMIDT.

Illustrations et réalisation graphique : Sandrine HERRENSCHMIDT.

Merci aux personnes qui ont bien voulu faire une relecture de ce document.
En particulier : Dr Daniel Annequin, Dr Elisabeth Fournier Charrière,
Béatrice Geaugeais, Dr Frédérique Hay-Fendler.

Pour en savoir plus
www.sparadrapp.org

- > Des documents pour les enfants
- > Des conseils pour les parents
- > Le dico de la santé
- > Une rubrique sur les piqures

Le catalogue des publications
est envoyé sur simple demande
et disponible sur notre site
Internet www.sparadrapp.org

Ces documents sont vendus
pour assurer les coûts
de réimpression,
de gestion et d'envoi.