

LA DISTRACTION AU BLOC OPERATOIRE... UN JEU D'ENFANT ?

Résumé :

Aujourd'hui, dans les blocs opératoires, les infirmiers anesthésistes sont de plus en plus polyvalents. Cette polyvalence exige une adaptabilité pour répondre aux exigences du métier dans une dynamique où la productivité et l'optimisation du temps sont omniprésentes. On peut alors s'interroger sur les moyens qu'ont les infirmiers anesthésistes pour parvenir mettre en confiance les patients dans ce contexte chirurgical et plus particulièrement les enfants.

Cette étude traite alors de la manière dont la distraction est utilisée par l'IADE pour établir une relation avec l'enfant de plus de 3 ans dans un bloc pluridisciplinaire. L'objectif est de vérifier si la distraction est un moyen de communication efficace pour établir une relation complice avec les enfants et ainsi obtenir leur coopération jusqu'à leur induction (moment où l'on endort le patient). Il s'agit d'un temps fort de l'anesthésie, qui est aussi une des procédures les plus stressantes pour l'enfant.

Ce travail de recherche qualitatif s'inscrit dans une phase de changement des pratiques où la distraction commence à se répandre au bloc opératoire, mais reste individu-dépendant au prix d'un investissement personnel volontaire.

Mots clés :

Distraction, coopération, relation IADE/enfant, communication, bloc opératoire pluridisciplinaire

Introduction

Au bloc opératoire, la rigueur et la sécurité sont primordiales. Pour l'enfant-patient, la découverte de cet environnement « agressif », sans la présence de ses parents, pour bénéficier d'une intervention chirurgicale suscite peur et anxiété. La chirurgie et l'anesthésie peuvent être des faits marquants. Pour les parents, laisser leur enfant à des « inconnus » est également une épreuve. De plus, dans les blocs opératoires pluridisciplinaires, les infirmiers anesthésistes doivent s'adapter aux situations, aux spécialités et aux patients (adultes comme enfants) pour conditionner ces derniers. Le contexte est donc complexe.

La communication entre l'IADE et l'enfant va être déterminante dans l'élaboration d'une relation qui tend à instaurer une confiance réciproque. Pour limiter les freins à la communication, le choix des mots employés avec une connotation positive, un champ lexical

compréhensible par l'enfant, l'emploi d'un vocabulaire le moins médicalisé possible et une approche avec précautions et douceur ont leur importance. Cette dernière passe par le verbal, le paraverbal et le non verbal (tels que la gestuelle, le ton de la voix, le rythme de parole, la posture, la proximité, le regard, les mimiques, le comportement). Les informations qui sont captées tiennent de l'interprétation inconsciente de ce qui est perçu, vu, entendu, ressenti par l'un et l'autre dans l'échange. Dans le contexte de l'anesthésie avant l'induction de l'enfant, la brièveté et l'intensité de cet échange sont des caractères contextuels indispensables à prendre en compte pour s'investir efficacement dans cette communication.

L'enfant patient, quel que soit son âge et son développement est dans une position basse, de vulnérabilité avec un besoin de sécurité et de confort dans l'ici et maintenant (besoin d'être reconnu/accepté, besoin d'être rassuré.) C'est en réponse à ces besoins et pour se conformer aux attentes mutuelles de l'un et l'autre, que le processus de confiance interpersonnelle va pouvoir se mettre en place. Celui-ci est indispensable pour aboutir à la coopération et la participation du patient. Le fait de clarifier ses intentions peut aussi être aidant dans la communication, donnant à l'enfant des clés pour comprendre ce que l'on attend de lui mais aussi lui donner la possibilité de s'exprimer sur ses attentes ou ses craintes.

En somme, se donner les moyens d'une relation de confiance avec l'enfant au bloc opératoire passe par une communication verbale et non verbale optimisée permettant une relation de confiance entre l'IADE et l'enfant allant être anesthésié.

En tant qu'outil de communication, la distraction prend la forme d'une technique ou une approche qui vise à diriger, capter, détourner l'attention de l'enfant vers un élément non agressif dans l'environnement immédiat. Elle peut prendre différentes formes comme les jeux, les histoires, les scénarios imaginaires, ou simplement le fait de parler d'autre chose. Son usage peut rendre l'enfant acteur du soin, sa coopération favorisante et favorisée par la confiance réciproque. Ainsi, le mode de communication peut être adapté à l'enfant et à la situation pour l'accompagner au mieux en optimisant un temps d'échange bref et dont l'enjeu est important.

Ce travail cherche donc à voir comment la distraction est utilisée par des IADE auprès des enfants avant leur induction anesthésique.

Méthodologie

Cette recherche se déroule dans deux blocs pluridisciplinaires, avec des niveaux différents de prise en charge pour la pédiatrie dont un centre régional spécialisé et un centre de proximité. Des infirmiers anesthésistes experts ont été rencontrés en nombre identique sur chaque site. Il s'agissait de quatre professionnels polyvalents avec une activité mixte adultes et enfants, ayant une expérience de plus de 10 ans.

Pour analyser l'activité sur les deux sites et obtenir des conditions similaires, une situation commune de soins a été définie en ciblant une population d'enfants de cinq ans pris en charge pour une chirurgie de tête (spécialité présente sur les deux sites). Afin de recueillir les données ciblées et précises, un outil a été choisi : l'instruction au sosie construite sous forme de grille d'entretien. Celle-ci permet d'analyser l'activité en s'intéressant à la façon dont les gens procèdent.

L'objectif au cours de ces entretiens est de faire dire aux professionnels rencontrés, sous forme d'instructions, leur manière de parvenir à mettre en confiance l'enfant entre l'accueil en salle et son induction. Cela permet donc voir s'ils emploient des méthodes de distraction, tout en recueillant des précisions sur leurs techniques et leurs intentions.

La durée maximum de recueil a été limitée à trente minutes par entretien, chacun enregistré à l'aide d'un dictaphone pour faciliter leur retranscription tout en permettant de rester précis dans les données.

Le fait de faire une instruction au sosie permet d'analyser les pratiques des instructeurs (les IADE) en leur demandant d'expliquer précisément ce qu'ils mettent en place pour mettre en confiance l'enfant entre l'accueil en salle et son induction. L'idée est de pouvoir reproduire exactement leur pratique, comme leur sosie.

Pour analyser les données recueillies, des grilles d'analyse ont été élaborées : inductive par catégorisation et déductive en s'appuyant sur un article de Didier Cohen Salmon qui traite de la distraction lors des soins. Les éléments apportés par chaque professionnel ont pu ainsi être classés pour mettre en avant des similitudes et des divergences dans les pratiques.

Résultats

De manière générale, tous les IADE utilisent des moyens de distraction en vue de la coopération de l'enfant dont les plus communs et fréquents relèvent de l'imaginaire et des jeux. Leur efficacité est la plupart du temps facilement observée. Les signes d'efficacité communs étant la réduction de la peur ou de l'anxiété et une coopération facilitée de l'enfant ; ce qui rejoint la notion de coping. L'état émotionnel et l'âge de l'enfant sont pris en compte par tous les IADE de l'enquête pour adapter leur prise en charge.

Ce qui semble également commun dans les discours tient au fait que tous parlent d'adaptabilité, d'improvisation, de feeling... Cependant, le professionnel, même en ayant plus de 10 ans d'exercice avec une activité régulière en pédiatrie, n'est pas formé à l'utilisation de ces techniques. Il s'en retrouve livré à lui-même, à sa volonté et à ses propres expériences pour improviser et adapter une démarche recherchant la réceptivité et la confiance de l'enfant. A cela, s'ajoute une part significative d'investissement personnel et d'émotivité.

Ainsi, il semble intéressant de réaliser que les pratiques ne sont pas uniformisées, chacun se les appropriant à sa manière avec des attentes différentes, des attitudes et positionnements soignants différents. Dans les discours, on peut ainsi globalement différencier trois attitudes différentes avec une hétérogénéité des pratiques. Si nous nous y intéressons plus en détails, il apparaît que les IADE d'un même établissement ont sensiblement la même approche et les mêmes attentes se basant sur un rapport de complicité avec l'enfant pouvant parfois être maternant. Sur le deuxième établissement, les deux IADE ont des stratégies de mise en confiance différentes, un se fondant plutôt sur le rationnel pour expliquer, le second plutôt dans une démarche hypnotique se servant de la distraction imaginaire pour obtenir la compliance nécessaire de l'enfant.

En revanche, malgré ces divergences, cette étude met en avant la plus-value ressentie sur le terrain à obtenir la coopération de l'enfant par la mise en confiance de celui-ci et le recours à la distraction. Plusieurs arguments en faveur de la sécurité anesthésique apparaissent ainsi avec entre autres moins de risque de spasme, un confort de travail avec une ambiance moins pesante, la réalisation d'une anesthésie plus douce avec une consommation d'agents anesthésiques qui semblerait moins importante, un réveil estimé plus calme, et un vécu moins difficile pour tous. La diminution de l'anxiété de l'enfant, un meilleur souvenir pour lui et l'éviction des situations de contention également éprouvantes pour le personnel ont été également développées.



Figure 1 Nuage de mots représentant les termes les plus fréquemment retrouvés dans les résultats de l'enquête.

Discussion

Même si le recours à la distraction fait l'unanimité, sa pratique est quant à elle hétérogène, et tient d'une démarche individuelle et volontaire, à laquelle les professionnels ne sont pas formés. Cette approche leur demande de l'investissement personnel. Ils expriment utiliser les moyens qu'ils ont à disposition, faisant preuve de créativité et d'adaptabilité selon la réceptivité de l'enfant. La préparation psychologique de l'enfant a également été pointée indépendamment de la distraction pour conditionner le comportement de l'enfant.

Le positionnement professionnel diffère en fonction des individus, notamment sur la nature des liens et de la distance qu'ils ont avec l'enfant. D'après les résultats, la relation qui s'établit entre l'IADE et l'enfant relèverait plus de la confiance que de la complicité.

Pour construire la relation de confiance, toutes les personnes rencontrées ont exprimé avec insistance la nécessité de mettre en place la relation dès l'accueil dans le SAS. Ce temps d'échange leur permet un 1^{er} contact avec l'enfant et ses parents pour faire le lien, facilitant la transition et la séparation avec les parents. Cette dynamique a pour objectif d'initier un processus de confiance, qui est progressif. Il s'avère selon les situations rencontrées que la coopération ne soit pas possible et le recours à la contention est parfois la seule issue. Son recours est au maximum évité. Les raisons avancées par les IADE pour éviter la contention tiennent au fait qu'un enfant qui pleure et s'agite rend bien plus à risque l'induction (pouvant être source de désorganisation, de précipitation, d'hypersécrétion et de spasme sans abord veineux préalable). De plus, la manière dont s'est endormi l'enfant conditionnerait son réveil. En ce qui concerne les limites ou les difficultés auxquelles les professionnels seraient confrontés, il semblerait selon eux, qu'elles soient peu nombreuses voire anecdotiques, et plutôt

verbalisées dans le bloc non spécialisé. Ont été abordés des limites dans des contextes particuliers d'enfants multi-opérés n'ayant plus confiance, les enfants ayant des déficits sensoriels comme frein à la communication, le nombre trop important d'interlocuteurs et enfin l'usage efficace ou non de la prémédication. Les quelques cas qui aboutissent à la contention de l'enfant (estimés à 5% selon un IADE et 1 à 2 enfants sur 10 pour un autre) mettent en lumière un aspect ingrat, émotionnellement pesant voire violent de la prise en charge. Nous pouvons voir que le vécu des situations où l'enfant est opposant aux soins s'avère communément difficile pour les IADE parce qu'il renvoie des sentiments d'impuissance, d'échec, de culpabilité avec un contexte de travail plus à risques; et cela malgré le fait que ces IADE expérimentés s'inscrivent dans une démarche bienveillante. Les réactions individuelles sont variables allant du retrait avec une attitude maternante (possible transfert) à la décharge de responsabilité. On peut alors se demander si l'utilisation de la distraction pour la coopération de l'enfant n'est pas aussi inconsciemment un moyen détourné de se protéger en tant que professionnel pour éviter de vivre des situations qui renvoient des choses pouvant être difficiles.

Parallèlement à cette réflexion, la considération de l'enfant a évolué aussi bien dans la société que dans le soin. En effet, lorsque l'on s'intéresse à l'histoire de l'anesthésie pédiatrique, on peut voir qu'elle a rapidement évolué, et de manière relativement récente. Aujourd'hui, l'enfant est considéré comme un individu à part entière, c'est en plus des parents, l'interlocuteur direct des soignants. Il a le droit de choisir et de s'exprimer, il doit être informé sur les soins et on recherche son consentement. L'enfant est également reconnu dans ses besoins individuels physiques, psychiques, affectifs et relationnels, ce qui entraîne des changements dans les pratiques de soin et dans notre façon de communiquer. Aussi, on s'aperçoit dans l'enquête que le vécu de la contention par les professionnels change par rapport à il y a 10 ans.

CONCLUSION

La distraction au bloc opératoire peut prendre différentes formes ; ce n'est pas forcément qu'un jeu, les attentes qu'on a de son usage sont sérieuses et pas si simple à mettre en place.

On sait que l'anxiété pré-op est responsable de troubles comportementaux post-opératoires. Il y a encore 28 % des enfants anesthésiés qui sont concernés encore à j-15, et on sait aussi que les méthodes de prévention les plus efficaces sont les techniques de coping ou de distraction. Y réfléchir et voir, en équipe, comment améliorer le vécu de l'enfant lors de son parcours au bloc mérite donc qu'on s'y intéresse.

Bibliographie :

Articles :

Dossier *L'enfant au bloc opératoire*, « La chirurgie pédiatrique, un domaine à part entière », « l'accueil de l'enfant au bloc opératoire », « Silence, on chante », « L'intervention chirurgicale : les étapes de la prise en charge de l'enfant », « La prise en charge péri opératoire de la douleur de l'enfant », (2001), Inter Bloc 2001 Tome 20, N°2, p.101-123.

Ecoffey, C. (2013). Organisation de l'anesthésie des enfants dans un hôpital non pédiatrique. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation (Vol. 32, No. 1, p. 65-67). Elsevier Masson.

N.Simonin, V. Nicolas, N. Boussard, (2011), « L'accueil du jeune enfant de 0 à 5 ans au bloc opératoire », inter bloc 2011 tome 30 n°4, p.247-248.

Lombart B, (2015), la contention lors des soins un dilemme quotidien en pédiatrie. Médecine et enfance, Vol 35 n°7, sept 2015.

Sabourdin, N. (2013, Décembre). Histoire de l'anesthésie pédiatrique: des origines jusqu'à la fin du XIX e siècle. In Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation (Vol. 32, No. 12, p.e237-e242).Elsevier-Masson.

Internet :

Didier Cohen-Salmon, CNRD, février 2005, « Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant », <http://www.cnr.fr/Utilisation-des-techniques-de.html>

Febvre Nolwenn, Dr Séverine Delahaye-Larralde, (2015), 22es Journées La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?, « Accompagnement interactif lors du parcours opératoire », www.pediadol.org, p.97-98.

Projets Anesthésie de l'Enfant, Sparadrap, <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Initiatives-de-terrain/Anesthesie-de-l-enfant>

Ouvrages :

F.Bernard, H. Muselec, (2013), « La communication dans le soin, hypnose et techniques relationnelles » Editions Arnette

Pédiadol, (2016), « La douleur de l'enfant, quelles réponses ? », 23^{ème} Journées, Livre des communications.