

L'infirmière face à l'appréhension des soins chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans



CHARBONNIER Laurianne

**Mémoire de Fin d'Etude – UE 5.6 S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles**

Travail remis le 4 juin 2012

**IFSI du Centre Hospitalier d'Orsay
Directeur de mémoire : ALLOMBERT Catherine**

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Catherine Allombert, cadre de santé formatrice de l'IFSI d'Orsay, pour ses conseils et le temps qu'elle m'a consacré, tout au long de l'année, dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Je remercie ensuite les infirmières qui ont partagé leurs expériences avec moi et ont répondu à mes questions. Je remercie tout particulièrement Madame A. qui m'a beaucoup apporté sur ce thème et a su me guider dès le début de mes recherches.

Je remercie aussi les collègues de ma promotion pour le soutien et les échanges sur ce travail.

Je souhaite aussi remercier mon entourage pour leur soutien, les relectures et l'aide précieuse qu'ils m'ont apporté dans la réalisation de ce travail.

Table des matières :

Introduction	5
Cadre de référence	8
1. Le développement de l'enfant âgé de 3 à 5 ans	8
1.1. Les besoins fondamentaux de l'enfant	8
1.2. Le développement moteur et intellectuel chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans	9
1.3. Le développement affectif et social.....	10
2. Les soins vécus par l'enfant âgé de 3 à 5 ans	13
2.1. Définitions	13
2.2. Les représentations des enfants face aux soins	13
2.3. Les répercussions des soins	15
3. Les moyens de prendre en charge cette appréhension chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans	16
3.1. Les moyens médicamenteux.....	16
3.1.1. L'anesthésie locale : crème EMLA [®] ou Anesderm Gé [®] ou xilocaïne	16
3.1.2. Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) : Medimix [®] , Kalinox [®] , Antasol [®] , Oxynox [®]	17
3.2. Les moyens non médicamenteux	18
3.2.1. La relation soignant / soigné adaptée à l'enfant.....	18
3.2.2. Les méthodes de distraction	20
3.2.3. Les méthodes psycho-corporelles	21
4. La place accordée aux parents lors des soins	22
4.1. Du côté des enfants et de leurs parents.....	22
4.2. Du côté des soignants	24
4.3. La triade soignant / parents / enfant	25
Problématique	27
Conclusion	35

Introduction

Parce que l'hôpital est souvent un lieu inconnu pour les enfants. Parce que, souvent imprévu, il peut être source d'anxiété pour l'enfant et ses parents. C'est à nous, soignants, de faire en sorte que ce passage à l'hôpital se déroule dans les meilleures conditions, c'est aussi à nous d'adapter notre prise en charge à l'enfant et à ses parents, et d'utiliser au mieux les moyens mis à notre disposition pour que cet événement soit le moins désagréable voire le moins traumatisant possible.

Tout au long de ma troisième année de formation en soins infirmiers, j'ai pu découvrir la pédiatrie, par différents stages en hôpital de jour pédiatrique, en néonatalogie, aux urgences pédiatriques et en neurochirurgie pédiatrique, ce qui a pu me conforter dans mon projet professionnel. Au cours de ces stages deux situations m'ont particulièrement interpellée.

Ainsi, la première situation, qui a retenu mon attention, s'est déroulée dans un hôpital de jour public. J'accueille un enfant âgé de 5 ans, diagnostiqué hyperactif, venu ce jour avec sa mère pour une série d'examens, afin de pouvoir mettre en place un traitement par Ritaline® (psychostimulant indiqué dans le traitement de l'hyperactivité). Je me présente avec l'infirmière qu'ils connaissent déjà, les installe, leur explique comment va se dérouler la journée et que je vais devoir commencer par faire une prise de sang. Une fois ce mot prononcé, l'enfant refuse et dit à sa mère : « ça va faire mal ! ». Je me mets alors à sa hauteur et lui demande s'il en a déjà fait ; il ne s'en souvient pas mais sa mère me dit que oui. Il se blottit alors contre sa mère en répétant qu'il ne veut pas avoir de piqûre.

Face à cette situation, j'avais peur de ne pas réussir à le piquer, qu'il ait mal et qu'il appréhende encore plus par la suite. J'ai donc essayé de trouver des moyens de lui faire accepter le soin. D'une voix douce, j'ai commencé par lui expliquer, en me mettant à sa hauteur et en le regardant, que les patchs (Emlapatch® : anesthésique local) qui avaient été collés sur ses bras allaient l'empêcher d'avoir mal. Pour appuyer mes propos, je lui explique qu'il peut essayer de se pincer et qu'il ne sentira rien, mais il refuse d'essayer et me dit que la piqûre rentre dans le bras donc qu'il aura mal. Je lui propose alors de respirer dans un masque qui sent la fraise (Meopa® : analgésique par inhalation) afin de le détendre. Il accepte aussitôt et, avec l'aide de sa maman, maintient le masque en place sur son visage.

Sa mère continue de le rassurer, et pendant que je prépare mon matériel dans le poste de soin, je lui propose d'allumer la télévision sur une chaîne de dessins animés, ce qu'il accepte avec le sourire. Lorsque je reviens dans la chambre, je me mets à sa hauteur, accroupie à côté du lit et pose mon plateau à proximité mais de façon à ce qu'il ne le voit pas. Je lui touche la main pour attirer son attention et lui demande comment il va depuis tout à l'heure. Il me regarde en rigolant, j'en conclus qu'il va plutôt bien. Je lui explique que je vais serrer un peu son bras avec un élastique mais que cela ne sera pas douloureux. L'infirmière et sa mère essayent de le distraire par des questions ou des chansons. Je réalise ainsi la prise de sang sans difficulté. Au vu de la situation du départ, je ne m'attendais pas du tout à pouvoir réaliser ce geste aussi facilement. Je retire l'aiguille, comprime avec une compresse puis je lui dis qu'il peut retirer le masque. Il regarde alors ce que je fais et je lui montre le petit point rouge laissé par l'aiguille. L'enfant commence par ne pas croire que je l'ai déjà piqué ; je lui confirme avec le sourire que c'est le cas en lui disant qu'il a été très courageux. Il ajoute, d'un ton étonné, qu'il n'a rien senti, me redemande une nouvelle piqûre et me dit « ça fait même pas mal ! ».

La deuxième situation qui m'a interpellée s'est déroulée lors de mon stage aux urgences pédiatriques, de nuit, dans un hôpital public. Au cours d'une nuit, alors que je passe dans le couloir, on me demande d'aller voir dans un box si les soignants n'ont pas besoin d'aide. Au moment où je rentre, sont présents dans la chambre : une interne, une aide soignante ne faisant pas partie du service mais ayant pallié le manque de personnel, un enfant de 4 ans ayant une plaie au front nécessitant deux points de suture et son père. La maman n'ayant pas souhaité rester pendant le soin s'est absentée à l'extérieur de l'hôpital.

Lorsque je rentre dans la chambre je vois l'aide-soignante en train d'essayer de maintenir l'enfant immobile sur le lit et de lui plaquer le masque Meopa[®] sur le visage. L'interne a mis ses gants stériles et assiste à la scène. L'aide-soignante me demande de mettre le masque sur le visage de l'enfant pendant qu'elle le maintient. J'essaye, mais voyant ses hurlements, les coups de pieds qu'il donne, ainsi que le père qui n'ose même pas regarder la scène, j'arrête. Je propose alors que l'enfant retourne dans les bras de son père, ce qui le calme immédiatement. Je lui demande s'il est déjà venu à l'hôpital. Il ne me répond pas, mais son père me dit que c'est la première fois. L'interne lui explique ce qui va se passer, qu'elle va recoudre sa peau pour soigner sa blessure et que grâce au masque qui sera sur son visage, il ne sentira plus rien.

Au bout de quelques minutes l'enfant semble apaisé, je lui montre alors le masque, lui dit qu'il sent bon la fraise, en le faisant d'abord respirer à son père, puis je lui propose que ce soit ce dernier qui maintienne le masque sur son visage avec lui. Il accepte. Pendant ce temps je sors de ma poche des bulles de savon, il semble reconnaître le personnage qui y est dessiné. Je fais alors quelques bulles en faisant participer son père. Le jeune garçon semble oublier le masque et le soin prévu.

Nous essayons de réinstaller l'enfant sur le lit. Il regarde ce qui se passe autour de lui tout en se laissant plutôt faire. Le soin se déroule ensuite sans difficultés. L'aide soignante maintient les mains de l'enfant pour qu'il ne touche pas le champ stérile, son père est assis à ses côtés et l'encourage avec nous. A la fin du soin l'enfant a le sourire et est félicité par l'équipe soignante et son père.

De ces deux situations et des interrogations qu'elles soulèvent, j'ai orienté ma question de départ de cette façon : **Comment l'infirmière prend-elle en charge l'appréhension des soins chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans ?**

Afin de traiter ce sujet, j'ai choisi de présenter tout d'abord mon cadre de référence sur le développement de l'enfant appartenant à cette tranche d'âge, ses représentations des soins, de l'hôpital et des soignants. Ensuite je développerais une partie sur les moyens médicamenteux et non médicamenteux dont nous disposons en tant que soignant pour prendre en charge cette appréhension des soins. Enfin j'accorderais une partie entière aux parents, la place qu'ils occupent lors des soins, leur vécu et leurs expériences. Enfin, j'exposerais ma problématique, avec l'analyse de mes situations vécues en stage, mes motivations à traiter ce sujet, mon cheminement, afin d'aboutir à ma question de recherche.

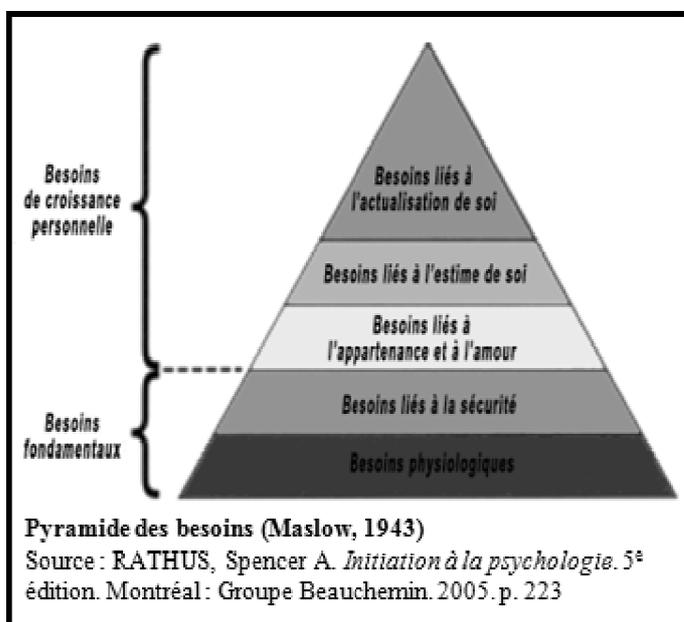
Cadre de référence

1 Le développement de l'enfant âgé de 3 à 5 ans

1.1 Les besoins fondamentaux de l'enfant

D'après le dictionnaire Larousse, l'enfant est défini comme « *un garçon ou une fille avant l'adolescence* »¹. Il ajoute une dimension d'attachement, d'appartenance : « *le fils ou la fille de quelqu'un* »¹.

Le besoin se définit comme une « *situation de manque ressentie comme pressante et poussant à la recherche des actions et des objets de la satisfaction. Nos besoins sont multiples et correspondent aux différentes dimensions de l'homme : besoins végétatifs, besoins affectifs, sociaux, sexuels... Les besoins peuvent être considérés comme fondamentaux et communs à chaque homme mais une marque personnelle distingue fortement les besoins de chacun et les formes particulières de leur satisfaction* »².



Maslow définit cinq niveaux de besoins. Ces derniers sont hiérarchisés, c'est-à-dire que l'on ne peut satisfaire un besoin de niveau supérieur que lorsque les besoins inférieurs sont déjà satisfaits :

- Les besoins physiologiques : ce sont les besoins de survie tels que respirer, se nourrir, dormir... Le jeune enfant dépend souvent des autres dans la satisfaction de ses besoins physiologiques fondamentaux.

¹ *Dictionnaire Français Larousse [En ligne]*. [Consulté le 07/03/2012]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant>

² MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 194-195. ISBN 978-2-7573-0200-2

- Le besoin de sécurité : l'enfant a besoin de se sentir physiquement et psychologiquement en sécurité. L'insatisfaction de ce besoin peut engendrer de la peur chez l'enfant. S'il se sent en sécurité physiquement, il sera plus à même de se développer. Le fait que l'on accorde de l'importance à sa valeur personnelle, favorise le développement de son estime de soi. La sécurité affective de l'enfant nécessite un cadre rassurant, tant au niveau des personnes qui l'entourent, qu'au niveau des lieux. L'enfant a besoin de repères pour se structurer. La sécurité affective passe aussi par des limites données à l'enfant. Les règles sécurisantes ont pour but de le protéger, de le sécuriser et d'en prendre soin.
- Le besoin d'appartenance à un groupe lui permet de confirmer son existence par la place qu'on lui donne dans ce groupe.
- Le besoin d'estime de soi : l'enfant a besoin d'être reconnu comme une personne à part entière.
- Le besoin d'autoréalisation : pour développer ses compétences et son autonomie, l'enfant a besoin de faire des expériences et des découvertes. Il doit les faire seul, mais l'adulte est à ses côtés et l'accompagne dans cette prise d'autonomie et d'indépendance.

1.2 Le développement moteur et intellectuel chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans

Au niveau cognitif, le psychologue Jean Piaget situe l'enfant, âgé de 3 à 5 ans, au stade de pensée préopératoire. A ce stade, c'est la représentation symbolique qui domine, c'est à dire l'élaboration, dans la pensée, d'images à partir des objets du monde réel. Elle s'achève par la pensée intuitive où l'enfant se concentre sur l'apparence des choses et n'a pas de raisonnement logique. D'une part, la pensée est égocentrique et intuitive, l'enfant a du mal à faire la distinction entre sa pensée et celle des autres. D'autre part, Piaget constate un développement du jugement moral. En effet, l'enfant croit à une justice immanente, il tient compte du résultat matériel dans ses jugements et reconnaît la nécessité d'une sanction, ce qui le conduit vers une attitude de responsabilité.

Au niveau du langage, le vocabulaire du jeune enfant est encore limité. Il doit s'approprier progressivement de nouvelles données linguistiques au sein de son entourage familial et scolaire afin d'accéder à des énoncés plus élaborés. Les parents jouent un rôle important dans la construction du langage chez l'enfant.

L'enfant de cet âge oriente spontanément toutes ses activités vers le jeu : jeux fonctionnels, de fiction, de réception, de construction. A cet âge, il a besoin de mouvement et supporte mal de rester immobile. Si d'une part l'enfant peut interrompre fréquemment ses activités pour passer à une autre, il commence d'autre part à expérimenter la continuité, c'est-à-dire à ne pas apprécier de se faire interrompre lorsqu'il est occupé dans une activité. C'est aussi la période de la latéralisation où un côté du corps se révèle plus habile que l'autre et est utilisé préférentiellement.

Jean Piaget s'est intéressé à comprendre et étudier les mécanismes de développement cognitif et intellectuel de l'enfant en les isolant de l'affectivité. Or cette composante est importante à prendre en compte dans l'approche soignante.

1.3 Le développement affectif et social

Au niveau du développement affectif, Freud place l'enfant âgé de 3 à 5 ans dans le stade phallique. A ce stade, la zone érogène est la zone génitale et on peut distinguer trois aspects³:

- « *L'érotisme urétral qui désigne le plaisir à uriner, mais également celui de se retenir ;*
- *La masturbation infantile, c'est-à-dire la découverte de son propre corps ;*
- *La curiosité sexuelle de l'enfant ».*

Le jeune enfant s'intéresse à l'origine des enfants et élabore ses théories par rapport à la conception. Il prend conscience de la différence des sexes et se situe comme fille ou garçon dans son rapport à lui-même et à ses parents.

Vient ensuite le complexe d'Œdipe, où apparaissent l'angoisse de privation, l'angoisse de frustration et l'angoisse de castration. « *Pour le garçon, comme pour la fille, il s'agit de séduire le parent de sexe opposé, la femme ou l'homme, appréhendé derrière la mère ou le père. Cette conquête s'accompagne inévitablement d'une rivalité envers le parent du même sexe, obstacle à une telle emprise* »⁴.

³ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 87. ISBN 978-2-7573-0200-2

⁴ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 89. ISBN 978-2-7573-0200-2

Par ce stade, l'enfant passe d'une relation duelle avec l'adulte à une relation qui le met face aux adultes et à leurs liens. La résolution du complexe d'Œdipe repose dans la renonciation des désirs libidinaux et hostiles et dans l'identification au parent du même sexe, comme une sorte d'intériorisation des images parentales.

Au niveau social, le jeune enfant se situe dans la présocialisation, c'est-à-dire qu'il a tendance à aller vers l'autre et désire être avec les autres.

D'après le dictionnaire Larousse, le terme parent désigne une « *personne liée à une autre par le sang ou par le mariage* »⁵.

C'est John Bowlby qui fonde la théorie de l'attachement et le définit comme « *un besoin « primaire », inné chez le petit homme. Celui-ci a la capacité, par des comportements comme les pleurs, les sons, les sourires, de rechercher la proximité de l'adulte ou figure d'attachement, et d'apporter ainsi une réponse à ses besoins. Cette proximité permet à l'enfant de se construire une base de sécurité, essentielle à son développement, lui permettant ultérieurement de s'ouvrir au monde extérieur. C'est un processus interactionnel progressif, qui débiterait au cours de la grossesse et se prolongerait tout au long de l'enfance* »⁶.

Bell et Goulet distinguent trois attributs de l'attachement⁷:

- « *La proximité physique et affective du parent avec son enfant ;*
- *La réciprocité durable dans les interactions : l'enfant attire l'attention du parent par des comportements d'attachement, le parent apprend à les reconnaître et y répond par des actions appropriées ;*
- *L'engagement : les parents se sentent responsables de l'enfant et s'investissent dans leur rôle parental ».*

⁵ Dictionnaire Français Larousse [En ligne]. [Consulté le 08/03/2012]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parent%20parente/58139#57797>

⁶ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 1^e édition. Paris : Mallet Conseil. 2009. p. 80. ISBN 9782953331103

⁷ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 1^e édition. Paris : Mallet Conseil. 2009. p. 81. ISBN 9782953331103

« Le premier espace qui va se créer entre l'enfant et sa mère est l'espace transitionnel. Il n'est ni propre à l'enfant seul, ni propre à la mère seule. Il est fait de leur union et de leur désunion à la fois. Il se concrétise par l' « objet transitionnel », objet consistant, malléable et doux que l'enfant manipulera, sucera, sentira et qui représentera l'union de la relation symbiotique initiale sans l'être réellement. C'est dans cet espace que deviendront possibles les premiers jeux et intérêts extérieurs puis les phénomènes culturels investis. Le tiers dans la relation mère-enfant, le père en premier lieu, mais aussi les intérêts de la mère en dehors de son enfant, sont particulièrement importants dans la constitution de cet espace pour l'enfant mais aussi pour ses propres investissements extérieurs »⁸.

La connaissance des stades de développement de l'enfant permet au soignant de mieux comprendre son comportement et la manière dont il perçoit son environnement. Ce repère théorique nous permet d'adapter nos mots, nos actes à l'enfant. Ainsi, une meilleure communication peut nous permettre de diminuer l'anxiété de l'enfant face au monde hospitalier et d'adopter une prise en charge soignante de qualité.

⁸ ALGRANTI FILDIER, Brigitte. *Cours sur la psychiatrie de l'Enfant*. IFSI Orsay, 2012. 66p.

2 Les soins vécus par l'enfant âgé de 3 à 5 ans

2.1 Définitions

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être interdépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents* »⁹.

Selon le dictionnaire Larousse, l'appréhension se définit comme une « *crainte vague d'un danger futur* »¹⁰. Ce concept se rapproche de celui de la peur qui lui se définit comme un « *phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginaire ou d'une menace. Contrairement à l'angoisse ou à l'anxiété, la peur a toujours un objet précis et certaines fois, elle peut être maîtrisable* »¹¹.

La douleur et la peur sont extrêmement liées lors des soins, notamment parce que le jeune enfant lui-même ne fait pas la différence entre ces deux termes.

Selon L'international Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion* »¹².

2.2 Les représentations des enfants face aux soins

La Charte européenne de l'enfant hospitalisé stipule que « *l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité* ».

⁹ Haute Autorité de Santé. *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques [En ligne]*. [Consulté le 14/03/2012]. HAS, octobre 2007. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613211

¹⁰ *Dictionnaire Français Larousse [En ligne]*. [Consulté le 10/03/2012]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/appr%C3%A9hension>

¹¹ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 1^e édition. Paris : Mallet Conseil. 2009. p. 214. ISBN 9782953331103

¹² FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 1^e édition. Paris : Mallet Conseil. 2009. p. 148. ISBN 9782953331103

Dans le monde hospitalier, et notamment lors des soins, les enfants ressentent une certaine appréhension qui peut être liée à différentes peurs¹³ :

- *« La peur d'être séparé de ses parents. La présence des parents au chevet de l'enfant est un élément rassurant et nécessaire pour lui permettre de faire face à la situation.*
- *La peur de l'inconnu. L'image de l'hôpital véhiculée par les médias et les adultes peut donner aux enfants l'impression d'un lieu hostile où ce qu'on y vit est forcément dramatique, effrayant et empreint de souffrance. Par ailleurs, l'hôpital est souvent associé au lieu dans lequel un de leur grand-parent est décédé. A cela, ajoutons tout ce qui pour l'enfant est inconnu dans le monde hospitalier : l'environnement de l'hôpital, un langage qu'il n'a pas appris, des gestes qui peuvent le surprendre, des visages inconnus.*
- *La peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps. Ainsi, l'enfant se construit parfois, des représentations tout à fait fausses quant aux conséquences des actes de soin et peut imaginer : que la blessure ne se referme jamais, que la cicatrice reste énorme... Et plus l'enfant est jeune plus sa crainte est grande, car elle est difficile à raisonner. Avec l'âge, l'enfant apprend à maîtriser son schéma corporel mais le soin et l'intervention sont des exceptions qu'il ne connaît pas bien encore.*
- *La peur d'avoir mal. Selon l'âge bien entendu, elle est anticipée de façon différente. Elle sera d'ailleurs plus importante si l'enfant ne comprend pas la raison du soin et/ou si une expérience antérieure à l'hôpital ou lors d'un soin a laissé une trace négative. »*

Entre 3 et 5 ans, la douleur est essentiellement une expérience physique. Le jeune enfant ne peut pas faire la distinction entre la cause et les conséquences de la douleur. Elle est souvent perçue comme une punition en retour d'une mauvaise action ou pensée. Et sa disparition est souvent associée à un phénomène magique. La pensée égocentrique de l'enfant fait qu'il peut tenir l'autre, notamment le soignant, pour responsable de sa douleur et peut donc devenir verbalement ou physiquement agressif s'il a mal. Si le développement cognitif semble fondamental, d'autres facteurs influencent la manière dont l'enfant vit sa douleur : son histoire, son tempérament, son sexe, ses éventuels handicaps, son milieu familial et il faut savoir en tenir compte en tant que soignant. A cet âge, la capacité de l'enfant à gérer sa douleur est limitée et la plupart d'entre eux comptent sur l'aide des parents.

¹³ MINGUET, Bénédicte. *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical...* [En ligne]. [Consulté le 15/10/2011]. Sparadrap, avril 2011. Disponible sur : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical>

2.3 Les répercussions des soins

D'une part, l'enfant gardera en mémoire le contexte du soin, l'ambiance et une possible douleur. La mémoire de la douleur va entretenir la peur des soins. D'autre part, la répétition de l'acte majore la douleur au lieu de la diminuer. Ainsi, des expériences antérieures douloureuses peuvent modifier la perception de la douleur de l'enfant et influencer sa manière de réagir à des événements douloureux futurs. De plus, entre 3 et 5 ans, l'enfant découvre son corps et celui des autres, ainsi, certains soins peuvent entraîner un rapprochement entre le fantasme et la réalité potentiellement traumatisant.

Une mauvaise expérience de soin peut conduire l'enfant à avoir une véritable phobie des soins ou encore au traumatisme psychique. Une maman témoigne : « *Pendant plus de trois mois elle a fait des cauchemars, ne voulait plus qu'on lui lave sa fufounette, mettait les mains devant pour se protéger* »¹⁴. Une autre maman ajoute : « *Le retour de Flaurine à la maison s'est passé dans un refus total d'enlever son manteau et ses chaussures pendant près de trois heures. Dans le même temps, elle a uriné sur elle, dit qu'il fallait attacher ses poupées parce qu'elles étaient méchantes et a refusé de s'endormir sans veilleuse* »¹⁵.

Il faut garder à l'esprit que la relation parents-enfant habituellement structurante et rassurante peut être mise à mal lorsqu'un enfant est hospitalisé. En effet, c'est une source de stress pour les parents qui doivent gérer leur enfant hospitalisé mais aussi leur vie privée, professionnelle et familiale. Il est donc important que les soins se déroulent pour le mieux tant pour l'enfant que pour ses parents.

¹⁴ COHEN-SALMON, Didier ; SASTRE Danièle. *Quand les parents témoignent... Pour réfléchir sur l'hospitalisation des enfants*. 1^{er} édition. Paris : association Sparadrapp. 2003. p. 27-28. ISBN 2-912096-29-4

¹⁵ Ibid.

3 Les moyens de prendre en charge cette appréhension chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans

3.1 Les moyens médicamenteux

Au niveau législatif, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé précise que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée* ». Dans le même sens, l'article R. 4311-2 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique, relatif à la profession infirmière, stipule que l'infirmier doit « *participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage* ». Enfin, la Charte européenne de l'enfant hospitalisé ajoute qu' « *on évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur* ».

Dans cette partie je vais m'intéresser particulièrement à deux traitements médicamenteux. D'une part, ils vont prévenir la douleur pouvant être provoquée par un soin, et d'autre part prendre en charge l'appréhension de l'enfant qui peut être générée par ce soin.

3.1.1 L'anesthésie locale : crème EMLA[®] ou Anesderm Gé[®] ou xilocaine

La crème EMLA[®] ou Anesderm Gé[®] « *est composée de deux anesthésiques locaux (lidocaïne et prilocaïne) agissant par diffusion transcutanée et permettant une anesthésie locale de la peau saine sur une profondeur de 3 mm après 1 heure de pose et de 5 mm après 2 heures* »¹⁶.

Elle est indiquée dans les ponctions veineuses, artérielles, lombaires, de chambre implantable et de moelle osseuse, les injections intradermiques, sous-cutanées, intramusculaires, les actes de dermatologie superficielle, l'urologie ou la gynécologie pour la libération d'adhérences prépucciales.

¹⁶ ANNEQUIN, Daniel. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. [En ligne]. [Consulté le 14/01/2012]. Pédiadol, décembre 2006. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/La-douleur-de-l-enfant-strategies.html>

La crème anesthésiante locale se présente sous deux formes :

- un tube de crème de 5g accompagné de pansements adhésifs cutanés (EMLA[®] ou Anesderm Gé[®])
- un patch prêt à l'emploi contenant 1g de crème (EMLA[®])

Cette crème peut entraîner une vasoconstriction veineuse, gênante pour la ponction veineuse, mais cédant en 20 à 30 minutes.

Par ailleurs, la crème ou le spray de xilocaine permet une anesthésie locale avec le délai d'action le plus court. Il peut être utilisé sur les muqueuses et présente une courte durée d'action. Il est principalement indiqué pour le sondage urinaire ou l'anesthésie du larynx.

3.1.2 Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) : Medimix[®], Kalinox[®], Antasol[®], Oxynox[®]

« Ce gaz est utilisé pour ses propriétés antalgiques, anxiolytiques, euphorisantes et amnésiantes, et est indiqué dans la prévention des gestes douloureux »¹⁷. Il peut être utilisé par le personnel paramédical sur prescription médicale mais nécessite une formation préalable.

Il est indiqué dans les gestes de courte durée (moins de 60 min) ou les effractions cutanées : ponction lombaire, ponction veineuse, petite chirurgie, ablation de corps étrangers ou de drains, pansements, sondage vésical...

Ce gaz peut entraîner des effets indésirables mais réversibles en quelques minutes : nausées et vomissements, sédation profonde, malaise, dysphorie, céphalées intenses.

Il est important de familiariser l'enfant avec le matériel et de privilégier sa participation lors de l'application du masque sur le visage. L'inhalation doit débiter au minimum 3 minutes avant le début du geste et se poursuivre pendant toute la durée de celui-ci. De plus, il faut maintenir un contact verbal avec l'enfant tout au long de l'inhalation.

¹⁷ WOOD, Chantal. *Prise en charge de la douleur chez l'enfant, une approche multidisciplinaire*. 1^e édition. Paris : Masson. 2002. 185 p. ISBN 2-294-00806-5

L'utilisation de la crème anesthésiante locale ou du MEOPA a considérablement modifié l'appréhension des enfants à l'égard des soins. Cependant, cette utilisation nécessite aussi de fournir à l'enfant des explications adaptées à son âge sur ce qui va lui être fait. De plus, pour une meilleure efficacité et une meilleure prise en charge, associer des moyens médicamenteux aux moyens non médicamenteux est indispensable, tout comme favoriser la participation des parents.

3.2 Les moyens non médicamenteux

3.2.1 La relation soignant / soigné adaptée à l'enfant

La relation désigne « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. (...) D'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux, les facteurs physiques* »¹⁸. C'est « *le rapport d'indépendance entre deux choses ou deux personnes dans le mode d'existence, le rapport réciproque entre deux personnes (...) La relation d'aide se définit comme l'aide psychologique. La relation est le support de l'aide. La relation d'aide, c'est aussi l'engagement dans la voie de l'accompagnement. Cette approche tient compte de la prise en charge de la personne ; c'est le prendre soin du sujet (...) La relation d'aide est basée sur quatre attitudes non directives : l'empathie, l'écoute active, le non jugement, la congruence* »¹⁹.

La communication verbale et la communication non verbale jouent un grand rôle dans cette relation soignant / soigné. On entend par communication verbale cet échange entre deux personnes dont le moyen de communication est la parole. D'autre part, la communication non verbale complète le message verbal, elle aide à comprendre ce qui est dit, elle regroupe tout ce qui n'est pas parole. Ainsi elle comprend : les gestes, les silences, les postures, le ton de la voix, le toucher, l'expression faciale, les odeurs, les sons... Enfin, pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait une concordance entre le message verbal et non verbal. Le verbal et le non verbal avec les enfants vont jouer un rôle important pour lui donner une image positive de lui, le valoriser et établir une relation de confiance avec lui.

¹⁸ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 9. ISBN 978-2-7573-0200-2

¹⁹ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 1^e édition. Paris : Mallet Conseil. 2009. p. 62-64. ISBN 9782953331103

Ainsi en mettant en jeu ces deux types de communication avec l'enfant, on va pouvoir favoriser la relation de confiance, et donc la réalisation du soin. De ce fait, en ayant le sourire, en prenant le temps, en se présentant à l'enfant et à ses parents, on instaure déjà un climat de confiance.

Dans un premier temps, il est important de savoir ce que l'enfant et les parents souhaitent et connaissent du soin. Est-ce que les parents souhaitent rester pendant le soin ? L'enfant souhaite il avoir ses parents à ses côtés ? Quel est son âge, son expérience face à ce type de situations, ses centres d'intérêts afin d'adapter au mieux notre prise en charge et prendre en compte ses choix pendant le soin.

Dans un deuxième temps, l'enfant et ses parents ont le droit d'être informés, avant, pendant et après le soin. Cependant, il faut que l'information soit faite dans un langage et une posture adaptée à chacun : en se mettant à la hauteur de l'enfant lorsqu'on s'adresse à lui, en utilisant des mots adaptés à son stade de développement, en s'appuyant sur des supports (posters, livres, poupées...). Il est essentiel de prévenir l'enfant si un soin s'annonce difficile ou douloureux et de l'informer dans le même temps des solutions que l'on met en place pour y remédier. On vérifiera ensuite qu'il a compris nos explications par des questions simples ou en lui demandant de reproduire le geste. Il est aussi important de favoriser sa participation, s'il le souhaite.

Ensuite, afin de rassurer l'enfant de cet âge, il est important de lui préciser que ce n'est pas une punition, qu'il n'est pas responsable de ce qu'on lui fait, mais que c'est nécessaire pour lui. Il faut lui permettre de garder un « objet transitionnel », souvent un doudou, qui va pouvoir le rassurer dans ce milieu qui lui est inconnu.

Après le soin, on peut procéder à un geste réparateur, comme caresser l'endroit de l'acte (pli du coude lors d'une prise de sang, bras lors d'une prise de tension...), lui permettre d'aller dans les bras de ses parents si le soin a entraîné une séparation, lui offrir un bonbon ou bien encore un diplôme de bravoure. Là encore, il existe de nombreuses solutions.

Ensuite, il est intéressant de recueillir le ressenti de l'enfant face au soin qu'il vient de vivre, que ce soit par des mots, des gestes, ou encore des dessins. Il est important d'être à l'écoute et de reconnaître la détresse et la douleur de l'enfant. L'enfant se sent ainsi entendu et compris. Il peut alors retrouver une confiance en lui et dans les adultes.

La prise en charge de la douleur et la présence des parents sont intimement liés. En effet, on appréhende moins leur regard si on a tout mis en place pour prévenir la douleur qui peut être générée par les soins.

3.2.2 Les méthodes de distraction

Même sans formation préalable, et selon la créativité du soignant, il existe différentes méthodes de distraction de l'enfant lors des soins²⁰. « *La méthode de distraction est utilisée dans un but analgésique lors d'un soin douloureux, en agissant sur la composante émotionnelle et cognitive de la douleur. L'utilisation de méthodes de distraction par l'infirmière ou l'infirmière puéricultrice fait partie du rôle propre de l'infirmier. Toutes ces méthodes peuvent être réalisées à son initiative, comme le confirme l'article R4311-3 du même code : « (...) identifie les besoins de la personne, (...) met en œuvre les actions appropriées et les évalue »* »²¹ :

- La musique : on peut chanter avec ou pour l'enfant, lui faire écouter de la musique etc.
- Les jeux : faire des bulles de savon, souffler dans un gant pour faire un bonhomme, avoir des jouets à disposition de l'enfant dans la salle de soin, pratiquer le même soin sur son doudou ou une peluche de l'hôpital etc. Il existe une très grande variété de jeux pouvant être utilisés pendant les soins chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans.
- Les livres : lui raconter une histoire ou demander aux parents de lui raconter une histoire. Capter son attention en lui demandant de chercher quelque chose sur une image etc.
- Les animations : l'intervention de clowns, d'associations peuvent permettre de distraire l'enfant pendant les soins.

²⁰ COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise. *Les enfants n'aiment pas les piqûres! Livret destiné à celles et ceux qui les font*. 3^e édition. Paris : association Sparadrapp. 2010. 27 p. ISBN 978-2-912096-50-0

²¹ LOMBART, Bénédicte ; THIBAUT, Pascale. Utilisation des méthodes de distraction. *Soins pédiatrie-puériculture*, avril 2005, n°223, p. 45.

- L'aménagement : des chambres et des couloirs colorés et décorés de dessins, de personnage qu'ils connaissent mettent en confiance l'enfant. De même, agrémenter la tenue de l'infirmière par un badge coloré, des stylos amusants permettent eux aussi de rendre l'hôpital moins inconnu à l'enfant. On peut aussi proposer à l'enfant d'allumer la télévision afin de centrer son attention sur quelque chose lorsqu'on prépare notre matériel, ou au moment de faire le soin.

De plus, effectuer les soins avec l'aide des parents ou d'un autre professionnel de santé permet de pouvoir se concentrer sur le soin pendant que l'autre distrait l'enfant.

3.2.3 Les méthodes psychocorporelles

Il existe aussi des méthodes psychocorporelles dans cette prise en charge :

- La relaxation est l'apprentissage du relâchement musculaire qui engendre, secondairement, une détente psychique. La sophrologie en fait partie.
- L'hypno-analgésie est *« une méthode antalgique qui utilise les techniques de communication hypnotique pour modifier la perception de la sensation douloureuse »*²².
- L'hypnose peut être définie comme un *« état naturel de conscience modifiée dans lequel nous nous trouvons plusieurs fois par jour, le plus souvent sans nous en rendre compte, lorsque nous regardons un film passionnant, par exemple. Les techniques de communications hypnotiques permettent au thérapeute de faciliter ce phénomène naturel. Il accompagne l'enfant dans son imaginaire et l'aide ainsi à s'extraire du contexte anxiogène des soins »*²³.
- Le Toucher-Massage[®] : *« Les gestes sont réalisés en douceur, dans le respect de ce que souhaite et ressent l'enfant. Le principe est d'apporter détente et réconfort pour lui redonner toutes ses capacités. Toucher et masser c'est être simplement et physiquement présent pour l'enfant. Ce moment peut représenter pour l'enfant l'occasion d'exprimer parfois plus volontiers ses besoins et ses préoccupations profondes »*²⁴.

²² RESTIF, Anne-Sophie. L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux. *Soins pédiatrie-puériculture*, mai/juin 2010, n°254, p. 39.

²³ Ibid.

²⁴ BIOY, Antoine; MOREAUX, Thierry; PASTUREL, Agnès; WOOD, Chantal. L'hypnose et le Toucher-Massage[®] pour soulager la douleur en fin de vie. *Soins pédiatrie-puériculture*, septembre 2011, n°262, p. 37.

4 La place accordée aux parents lors des soins

4.1 Du côté des enfants et de leurs parents

Selon la Charte européenne de l'enfant hospitalisé : « *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état* ».

Un enfant de cette tranche d'âge tient à ce que ses parents restent avec lui lors de son hospitalisation et des soins. Si ses parents sont exclus, il peut se sentir abandonné alors qu'il a le plus besoin d'eux, dans un monde qui lui est inconnu. Encourager la présence des parents permet d'éviter un stress supplémentaire et inutile à l'enfant, voire un traumatisme.

En présence des parents, le comportement des enfants est moins inhibé, et peut se manifester par des pleurs ; ils constituent un des modes de communication privilégiés du jeune enfant et ne doivent pas forcément être interprétés comme une manifestation d'angoisse. C'est aussi parce qu'il se sent écouté par une personne de confiance que l'enfant pleure.

La circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 ajoute que « *en tout état de cause, le père, la mère ou une autre personne qui s'occupe de l'enfant doit pouvoir rester auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent* ». La Charte européenne de l'enfant hospitalisé ajoute qu' « *on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant. 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* ».

« *70 % des parents ayant participé à l'étude de Poissy, sur les conséquences et la pertinence de la présence des parents lors de gestes douloureux, pensent que leur enfant ou eux-mêmes doivent donner leur avis sur la présence des parents lors d'un soin douloureux. L'anxiété des parents était nettement supérieure lorsqu'ils n'étaient pas auprès de leur enfant lors du geste... La satisfaction des parents présents était meilleure que celle des parents absents* »²⁵.

²⁵ COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise ; CARBAJAL Ricardo. *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? Quelques propositions à l'usage des professionnels de santé*. 2^e édition. Paris : association Sparadrapp. 2007. p. 4. ISBN 2-912096-19-7

La plupart des parents préfèrent rester auprès de leur enfant lors des soins, même si une première expérience a été mal vécue. L'exclusion du lieu de soin est difficile à vivre pour eux : ils peuvent se sentir rejetés et trahis, perdre confiance en l'équipe soignante, et devenir suspicieux et revendicatifs. D'autre part, n'ayant pas assisté à la scène ou n'ayant comme aperçu que des cris ou de pleurs de leur enfant, ils ne savent plus quelle attitude adopter avec lui et se sentent envahis par un sentiment de colère. Une maman témoigne : « *Pendant vingt minutes, j'ai entendu ma fille hurler. J'ai récupéré ma fille dans un état de nerfs incroyable. J'étais très en colère (...) Le jour de la fibro, sous prétexte que cela prendrait plus de temps et même une hospitalisation, on ne l'a pas anesthésiée et, nous les parents, on nous a mis dehors pour la raison que ma fille ne comprendrais pas que je la laisse lui faire du mal* »²⁶.

Ce que les parents ont du mal à supporter, ce sont les douleurs prévisibles qui pourraient être évitées. Cela peut entraîner chez les parents un sentiment de colère, d'impuissance, de culpabilité, de frustration, de désespoir, d'isolement, de perte de confiance dans le domaine médical... Une maman explique : « *Le problème, c'est moi : je me sens coupable de ne pas avoir accordé assez de crédit à mon instinct de m'être laissée abuser par des médecins sans compréhension. Je me sens mal vis-à-vis de ma fille* »²⁷. Il faut garder à l'esprit que ce sont les parents qui connaissent le mieux leur enfant et qui sont le plus à même de le reconforter et de prédire ses réactions. Une maman témoigne : « *On nous a expliqué que notre inquiétude n'avait pas lieu d'être, que les infirmières sont plus psychologues que les parents* »²⁸.

Enfin, en tant que parent, il n'est pas facile de se détacher de sa propre histoire d'enfant. Ainsi, voire que les choses se passent de façon plus humaine pour leur enfant peut avoir pour eux un effet de réparation. Les parents sont aussi capables de percevoir les difficultés et même la souffrance des soignants, notamment due à ce sentiment d'impuissance face à des douleurs qu'ils ne peuvent soulager, ou des actes douloureux qu'on leur demande d'infliger.

²⁶ COHEN-SALMON, Didier ; SASTRE Danièle. *Quand les parents témoignent... Pour réfléchir sur l'hospitalisation des enfants*. 1^{er} édition. Paris : association Sparadrap. 2003. p. 26-29. ISBN 2-912096-29-4

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

4.2 Du côté des soignants

Selon Maslow, on ne peut agir sur nos besoins supérieurs que si chaque besoin d'un niveau inférieur est satisfait. En ce qui concerne l'enfant âgé de 3 à 5 ans hospitalisé, il peut satisfaire ses besoins physiologiques avec l'aide de ses parents ou des soignants. Ainsi, la satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant engendre les besoins du niveau suivant, celui de sécurité et ainsi de suite. Le besoin de sécurité peut ainsi être satisfait par la qualité de la relation avec l'enfant. A cet âge, l'enfant a un besoin d'individualité, d'intimité et d'identification. De plus, l'enfant a besoin de ce lien avec ses parents pour son développement psychique et la construction de sa personnalité, il a besoin de se sentir en sécurité et aimé. Vient ensuite le besoin d'appartenance. Le premier groupe d'appartenance de l'enfant est sa famille, ses parents. Par la suite, le besoin d'estime de soi peut être satisfait pour l'enfant par l'intérêt qu'on lui porte en tant que soignant et surtout en tant que parents. Enfin, les besoins liés à l'actualisation de soi nécessitent la présence de ses parents qui sont à ses côtés et l'accompagnent dans cette prise d'autonomie. Les parents intervenant dans chacun des besoins de l'enfant, on ne peut agir en tant que soignant sans les prendre en compte. Cependant, on constate encore de grandes différences quant à la présence des parents lors des soins, selon les établissements et les services. *« Les soignants considèrent que la présence des parents a aidé l'enfant dans 68% des cas »*²⁹.

Les soignants qui refusent la présence des parents mettent en avant : *« un manque d'habitude et de formation, la difficulté à travailler sous le regard des parents, la peur d'être jugés et d'avoir à rendre des comptes, un stress supplémentaire, la peur d'être moins performant ou de faire des erreurs, le manque de temps pour accueillir les parents, la peur de voir les parents « s'effondrer » et d'avoir à s'occuper d'eux, la peur que l'enfant soit plus difficile »*³⁰. *« La présence des parents a rendu les soignants « nerveux » dans seulement 8% des cas. Les performances des soignants lors des ponctions veineuses n'ont pas été modifiées par la présence parentale et le nombre de tentatives pour réussir le soin n'est pas supérieur »*³¹.

²⁹ COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise ; CARBAJAL Ricardo. *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? Quelques propositions à l'usage des professionnels de santé*. 2^e édition. Paris : association Sparadrap. 2007. p. 3-6. ISBN 2-912096-19-7

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

En tant que soignant, on se doit de respecter le choix des parents, d'assister ou non aux soins, et ne pas les culpabiliser.

Si ces derniers souhaitent assister aux soins, il est important de les informer sur le soin et sa prise en charge, de les rassurer, de les guider, de leur donner un rôle à jouer auprès de leur enfant en mettant en valeur leurs compétences, leur expliquer clairement ce qu'on attend d'eux en tant que soignant. Ainsi, ils peuvent s'installer à proximité de leur enfant, le toucher, lui tenir la main, lui parler, l'écouter, l'encourager, chanter pour ou avec lui, lui raconter une histoire, le distraire, le consoler et le féliciter après le soin. Une maman témoigne : « *Je me suis assise avec mon fils sur les genoux ; je lui tenais le bras avec l'infirmière. Celle-ci a pris le temps. Et bien sûr, avant, après et pendant, nous lui avons expliqué ce qui se passait* »³².

Cependant, lorsqu'ils ne souhaitent pas rester, il est primordial de savoir ce qui les inquiète, de les informer et de les rassurer, et de mettre tout en œuvre pour faciliter leur présence. « *Quelquefois, quand un parent ne veut pas rester, justement, on fait exprès de laisser la porte ouverte. Pour qu'il ait la liberté de rentrer, même s'il doit se forcer et faire un effort sur son angoisse et son anxiété* »³³.

4.3 La triade soignant / parents / enfant

La présence de trois partenaires, autour des mêmes préoccupations, implique une répartition mouvante des jeux relationnels tels que l'alliance et l'opposition. L'alliance se définit comme « *toutes les stratégies qui vont pousser à s'entendre, à partager un avis, à s'attacher à un même objectif, à partager les mêmes sentiments* »³⁴. A l'inverse, l'opposition concerne « *toutes les stratégies où s'exerceront les dissensions, les rivalités, les jalousies* »³⁵.

³² COHEN-SALMON, Didier ; SASTRE Danièle. *Quand les parents témoignent... Pour réfléchir sur l'hospitalisation des enfants*. 1^e édition. Paris : association Sparadrap. 2003. p.26-27. ISBN 2-912096-29-4

³³ COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise ; CARBAJAL Ricardo. *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? Quelques propositions à l'usage des professionnels de santé*. 2^e édition. Paris : association Sparadrap. 2007. p. 4. ISBN 2-912096-19-7

³⁴ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 35-40. ISBN 978-2-7573-0200-2

³⁵ Ibid.

Ainsi, trois cas de figure peuvent se présenter :

- L'alliance se fait entre l'enfant et ses parents contre le soignant. Ainsi, « *le soignant peut devenir l'intrus, l'étranger, voire le persécuteur. Cela le met dans une situation très inconfortable qui peut aller d'une simple gêne jusqu'au sentiment d'être un véritable agresseur face à ce couple famille/patient qui se défend en le rejetant. (...) Il importe de comprendre les sentiments qui sont éprouvés par le patient et sa famille* »³⁶.
- L'alliance se fait entre l'enfant et le soignant contre ses parents. Ici, « *la famille se sentant dépossédée de ses droits sur un de ses membres a le choix entre un retrait, qui peut n'être qu'apparent et dont elle rumine la revanche pour plus tard, ou un renforcement de ses revendications devenues celles d'une victime. Or, être en présence d'une telle relation conflictuelle incite toujours les soignants à jouer à ce moment un rôle de protecteur et de défenseur. Comprendre ce qui se passe entre les protagonistes est la première étape pour sortir de ces impasses, et le soignant doit s'interroger sur le rôle qu'il a tenu bon gré mal gré afin d'essayer une nouvelle attitude plus adaptée à la recherche d'une solution de compromis. L'idéal de relation entre les trois interlocuteurs serait qu'ils se considèrent tous comme des partenaires, animés par une même motivation. Mais la complexité psychologique de chaque famille et de chaque équipe induit rarement un partenariat à trois suffisamment efficace* »³⁷.
- L'alliance se fait entre le soignant et les parents contre l'enfant. « *Dans tous les cas identiques d'alliance entre soignant et famille contre le patient, la famille s'appuie sur les soignants pour obtenir ce qu'elle n'a pas pu imposer. L'autorité familiale se complète de l'autorité médicale dans une conjugaison qui pèse sur le patient. Le risque de cette alliance est la perte de confiance du patient, confiance qu'il sera très difficile de regagner mais sans laquelle les soins n'auront pas leur efficacité maximale* »³⁸.

L'idéal serait que tous les interlocuteurs de cette triade soignant / parent / enfant se considèrent comme des partenaires ayant un but commun.

³⁶ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 35-40. ISBN 978-2-7573-0200-2

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

Problématique

Dans un premier temps j'ai analysé mes deux situations vécues en stage. Dans ces deux cas, la principale difficulté a été d'obtenir le consentement de l'enfant qui est apeuré par le soin que l'on souhaite faire et qui le refuse dans un premier temps. Il a donc fallu mettre en place différents moyens pour permettre la réalisation de ce soin.

L'accueil représente le premier contact que l'on a avec l'enfant et ses parents, il va être déterminant pour la suite. Il est donc important de les faire patienter le moins possible, de les accueillir avec le sourire, de veiller à ce qu'ils soient bien installés, d'être à l'écoute, de répondre à leurs questions et de leur expliquer le déroulement de la journée en adaptant son langage et sa posture en fonction de chacun. Ainsi, être à la hauteur de l'enfant, utiliser des mots simples, permet un réel échange et une mise en confiance. Les parents ainsi rassurés pourront être un réel atout dans la prise en charge de leur enfant et ce dernier saura se montrer davantage coopératif avec nous, soignants.

Ensuite, on peut faire participer l'enfant en faisant appel à ses cinq sens. On peut lui proposer de se pincer pour vérifier l'efficacité des patchs anesthésiant, de respirer dans un masque qui sent la fraise évoquant ainsi quelque chose d'agréable. De plus, en maintenant le masque sur son visage, avec ou sans l'aide de ses parents, il participe au soin et se retrouve acteur dans la gestion de sa peur, concentrant son attention sur autre chose que le soin.

De plus, la présence d'un des parents, dans ces deux situations, a été d'une aide précieuse, une fois les informations nécessaires reçues et le climat de confiance installé. Ainsi, ils ont chacun pu rassurer et distraire leur enfant (chansons, bulles de savon etc.) et aussi participer aux soins.

Réaliser ce type de soins en binôme, avec une autre infirmière ou une auxiliaire de puériculture est facilitateur. En effet, l'une peut distraire l'enfant, avec la participation possible des parents, laissant ainsi sa collègue se concentrer sur la réalisation de son soin. Dans ces deux situations, la distraction de l'enfant pendant le soin joue elle aussi un rôle important. Plusieurs méthodes de distraction laissent ainsi place à la créativité du soignant.

Comme l'ont écrit Bénédicte Lombart et Pascale Thibault, « *La méthode de distraction est utilisée dans un but analgésique lors d'un soin douloureux, en agissant sur la composante émotionnelle et cognitive de la douleur. L'utilisation de méthodes de distraction par l'infirmière ou l'infirmière puéricultrice fait partie du rôle propre de l'infirmier* ».

Le fait de valoriser l'enfant à la fin du soin, lui apporte une certaine fierté et lui fait prendre conscience qu'il peut faire confiance aux soignants. Cela prévient aussi la future appréhension possible s'il retourne à l'hôpital. De plus, il partagera sûrement son expérience avec ses camarades de classe, en leur disant qu'il n'a rien senti, et ces derniers s'ils sont confrontés à l'hôpital auront peut-être à leur tour beaucoup moins d'appréhension.

Enfin, dans la deuxième situation, le fait que l'aide soignante ne fasse pas partie du service, qu'elle pallie le manque de personnel et qu'elle n'ait pas l'habitude des services de pédiatrie a pu avoir un impact négatif dans le déroulement de ce soin. En effet, elle peut manquer de connaissances théoriques sur le développement de l'enfant, sur la manière dont il perçoit les soins, les soignants et l'hôpital. Ce manque de connaissances associé à son absence d'expérience en service de pédiatrie peut entraîner une prise en charge inadaptée de l'enfant. Ainsi, elle peut ne pas savoir comment aborder le soin avec l'enfant et comment y intégrer les parents. L'enfant peut ainsi ne pas comprendre ce qui se passe, ce qu'on va lui faire, mais aussi avoir le sentiment qu'on l'éloigne de ses parents dans un moment difficile. Les parents peuvent eux aussi vivre très mal cette situation et se sentir impuissants.

Face à tous ces éléments, je me suis interrogée sur différents points :

- A quoi est due l'appréhension des soins chez l'enfant ?
- Comment adapter les moyens de distraction à l'enfant ? Quels sont les autres moyens non médicamenteux permettant de prendre en charge cette appréhension chez l'enfant ?
- Comment exploiter la présence des parents lors des soins ? Quelle est la législation en vigueur face à la présence des parents lors des soins ?
- La prise en charge de ce profil de patient nécessite-t-elle une formation spécifique ?
- Quel souvenir garde l'enfant de son hospitalisation et des soins ? Quel sera l'impact sur la prochaine hospitalisation ou les soins futurs ?

Pour répondre à mes questions, je me suis tout d'abord renseignée sur le cadre juridique. Ainsi, comme j'ai pu les citer dans le cadre de référence, plusieurs textes sont en relation avec ces situations : la circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983, le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique relatif à la profession infirmière avec ses articles R4311 et R4312 et enfin le référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'infirmier. Je tiens à citer tout particulièrement la Charte européenne de l'enfant hospitalisé : *« on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant », « un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état », « 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 »*. De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé ajoute que *« toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée »*.

A partir de mes situations d'appel, du cadre juridique en lien, et de mes recherches, j'ai pu confirmer que ce problème touchait le champ professionnel infirmier et établir ma question de départ : **Comment l'infirmière prend-elle en charge l'appréhension des soins chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans ?**

Une fois que j'avais recueilli un ensemble de données juridiques et réglementaires, j'ai effectué des recherches sur le développement psychomoteur de l'enfant ce qui m'a permis de me centrer sur un stade de développement : celui des enfants âgés de 3 à 5 ans. D'une part, parce qu'ils ont représenté la majorité des enfants que j'ai pu rencontrer à l'hôpital de jour et aux urgences pédiatriques. D'autre part, les enfants de cette tranche d'âge sont capables de communiquer verbalement, mais aussi de comprendre, dans un langage adapté, ce qu'on leur dit, et se posent beaucoup de questions. C'est aussi un âge où l'enfant fait preuve de curiosité et d'imagination et où le jeu est omniprésent dans sa vie quotidienne. Il faut donc faire preuve d'autant plus de créativité, en tant que soignant, dans la recherche des moyens de distraction de l'enfant lors des soins. De plus, à cet âge, les parents occupent une grande place auprès de l'enfant. Selon Bénédicte Minguet les soins peuvent générer différentes peurs chez l'enfant : *« la peur d'être séparé de ses parents, de l'inconnu, de l'atteinte à l'intégrité de son corps, d'avoir mal »*. Permettre la présence des parents auprès de l'enfant est donc essentiel.

Ainsi, John Bowlby a fondé la théorie de l'attachement qu'il définit comme « *un besoin « primaire », inné chez le petit homme. Celui-ci a la capacité, par des comportements comme les pleurs, les sons, les sourires, de rechercher la proximité de l'adulte ou figure d'attachement, et d'apporter ainsi une réponse à ses besoins. Cette proximité permet à l'enfant de se construire une base de sécurité, essentielle à son développement, lui permettant ultérieurement de s'ouvrir au monde extérieur. C'est un processus interactionnel progressif, qui débiterait au cours de la grossesse et se prolongerait tout au long de l'enfance* ». En effet, l'enfant est très sensible à l'avis de ses parents et de l'adulte en général, il a besoin de leur affection, de sécurité, mais aussi parfois de sérénité. Dans le même sens, Maslow définit une hiérarchisation des besoins humains selon cinq grandes catégories : les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance à un groupe, d'estime de soi, d'auto-réalisation. En ce qui concerne l'enfant, on s'aperçoit que ses parents interviennent à chaque niveau de la pyramide des besoins. En effet, si dans ce milieu inconnu, nous séparons l'enfant de ses parents, pour un soin, dans une situation où l'enfant a le plus besoin de leur présence, il peut se sentir abandonné et craindre la perte de l'amour de ses parents. De plus, les parents peuvent se sentir dépossédés de leurs droits sur leur enfant. De ce fait, même si, comme l'a mis en évidence Didier Cohen-Salmon, certains soignants redoutent encore la présence des parents lors des soins, pour différentes raisons : « *un manque d'habitude et de formation, la difficulté à travailler sous le regard des parents, la peur d'être jugés et d'avoir à rendre des comptes, un stress supplémentaire, la peur d'être moins performant ou de faire des erreurs, le manque de temps pour accueillir les parents, la peur de voir les parents « s'effondrer » et d'avoir à s'occuper d'eux, la peur que l'enfant soit plus difficile* », il est important, en tant que soignant, de respecter ce lien et de préserver au maximum cette interaction parents / enfant. C'est face à tous ces éléments, qu'il faut souligner que le soin en pédiatrie nécessite une réelle mise en confiance des parents et de leur enfant.

Au cours d'un de mes stages dans un hôpital de jour pédiatrique, j'ai pu participer à une réunion du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ainsi qu'à la journée portes ouvertes sur la prise en charge de la douleur à l'hôpital. Plusieurs stands étaient mis en place et une classe de CM1 d'une trentaine d'élèves est venue exprimer son ressenti face à la douleur et découvrir les moyens d'y remédier. Cette journée leur a permis, d'une part, de voir l'hôpital et les soignants avec un nouveau regard, d'autre part de se familiariser avec du matériel soignant.

Ainsi, ils ont pu, entre autres, découvrir l'EMLA[®] et constater les effets du MEOPA. Cette intervention m'a fait réfléchir sur la prise en charge en amont de cette appréhension des soins chez l'enfant. Ainsi, des interventions dans les écoles pourraient sûrement permettre de réduire cette appréhension.

Par mes expériences en stage, mes lectures, et un entretien (cf. Annexe I et Annexe II) que j'ai mené avec une infirmière, travaillant en pédiatrie et spécialisée dans la prise en charge de la douleur, j'ai pu me rendre compte de l'importance de la place des parents en service de pédiatrie et lors des soins. Cependant ces derniers ont toujours été présentés sous deux aspects : les parents aidants et acteurs dans la prise en charge de l'appréhension des soins chez leur enfant, et les parents source de difficulté, d'anxiété pour l'enfant et le soignant dans cette prise en charge. L'étude de Poissy³⁹, qui avait déjà été menée sur la présence des parents lors des soins, ainsi que des témoignages, m'ont aussi permis de recueillir le ressenti à la fois du côté des soignants, des enfants et des parents sur la présence de ces derniers lors des soins.

Je me souviens qu'au cours de mon premier stage en pédiatrie, dans un hôpital de jour, je réalisais les soins en binôme avec une infirmière, ce qui me permettait de me concentrer sur mon soin et d'adapter à l'enfant, mes techniques acquises sur l'adulte. A ce moment, je me sentais incapable de gérer le soin seule. En effet, j'étais trop préoccupée par l'acte technique en lui même. Mon manque d'expérience, le travail sous le regard des parents, et ma non maîtrise des soins sur l'enfant m'empêchaient de créer une réelle relation triangulaire avec l'enfant et ses parents. Ainsi, sans la collaboration avec l'infirmière, les soins ne se seraient sûrement pas déroulés dans les meilleures conditions. D'autant plus que ces enfants et leurs parents, qui viennent à l'hôpital de jour, voient toujours la même infirmière. Ils sont habitués à son visage, à sa voix, à son sourire, à sa manière de faire. Si elle m'avait laissée gérer la situation seule, ces enfants se seraient retrouvés face à une inconnue, sans aucune expérience en pédiatrie, à laquelle ils n'étaient pas préparés. Ils auraient aussi pu perdre une certaine confiance qu'ils avaient en l'infirmière, qui les laisse entre mes mains. Au fur et à mesure de ce stage, et surtout une fois que je me suis sentie à l'aise dans les soins techniques infirmiers spécifiques au service, j'ai pu développer mes techniques relationnelles et de distraction, auprès de l'enfant lors des soins et mettre ainsi en place une réelle relation triangulaire.

³⁹ Première étude française sur la présence des parents lors d'un soin, réalisée par l'équipe des urgences de l'hôpital de Poissy, de novembre 1998 à février 1999

J'ai notamment appris sur les méthodes de distraction de l'enfant par mimétisme, en observant beaucoup la manière de faire de l'infirmière, mais aussi par des recherches personnelles. Ainsi, je ne me sépare plus de mes bulles de savon, j'ai toujours sur ma blouse un badge coloré avec mon prénom, un stylo amusant etc. Ce stage m'a aussi permis de développer mon relationnel avec les parents lors des soins. Pour ceux qui souhaitaient ne pas y assister, il s'agissait de les rassurer, de ne pas les culpabiliser, et de les mettre en confiance. Pour ceux, qui à l'inverse choisissaient de rester, il était important de leur trouver un rôle, de les faire participer au soin directement (maintient du masque MEOPA, retrait des patchs EMLA[®] etc.) ou indirectement en rassurant leur enfant, en le distrayant (chansons, histoires etc.).

Par la suite, j'ai effectué un stage aux urgences pédiatriques. Lors de ce stage, j'ai pu m'enrichir d'autres prises en charge, tant sur la distraction des enfants lors des soins, que sur la prise en charge des parents. Ce service a la spécificité d'accueillir les enfants et leurs parents pour une durée limitée. C'est aussi souvent le premier contact qu'ont les enfants avec l'hôpital. A cela s'ajoute la rapidité dont nous devons faire preuve en tant que soignant face à l'arrivage massif de patients, mais aussi la forte anxiété des parents et des enfants qui se retrouvent dans une situation inattendue et sont dans l'attente d'un diagnostic. Contrairement à ce que j'avais connu à mon précédent stage, ici, l'enfant voit de multiples visages : celui du médecin, celui de l'interne, celui de l'infirmière, celui de l'auxiliaire de puériculture, et celui de l'étudiante infirmière sans compter celui des manipulateurs radio ou autres. Le service fonctionne, de plus, sur un roulement en sept heures, ainsi, un enfant peut voir une multitude de soignants en fonction de l'heure à laquelle il arrive. L'enfant qui se retrouve dans un milieu inconnu, aurait besoin de pouvoir s'identifier à quelqu'un. De même les parents ont besoin de se sentir en sécurité, de ne pas avoir à répéter, une multitude de fois, le motif de leur venue, qu'il y ait une cohérence dans leur prise en charge etc. Tout cela peut entraîner un stress supplémentaire autant pour l'enfant que pour les parents, qui peuvent l'un comme l'autre vivre difficilement les soins prodigués à l'enfant. Il n'est pas rare de voir l'enfant nous fixer lorsqu'on arrive dans la chambre, puis se tourner vers ses parents en demandant « c'est qui ? », ou encore qu'il commence à pleurer dès lors que l'on rentre dans la chambre.

Enfin, lors de mon stage optionnel, en service de neurochirurgie pédiatrique d'un hôpital public, spécialisé dans la prise en charge des enfants, j'ai observé un mode de fonctionnement totalement différent. En effet, le service est composé de 15 chambres individuelles : 10 chambres mère-enfant et 5 boxes. Le roulement des infirmières et auxiliaires de puériculture se fait en 12h ou en 7h, selon leurs souhaits. Ainsi chaque jour, il y a toujours 2 infirmières qui travaillent en 12h et souvent une infirmière en 7h qui vient le matin et/ou une autre l'après-midi. Les infirmières se partagent le service en deux ou en trois en fonction du nombre qu'elles sont, et gardent toujours le même côté. Ainsi, leur amplitude horaire de travail et la sectorisation du service permettent une réelle mise en confiance de l'enfant et de ses parents qui peuvent se référer à cette même infirmière. L'enfant connaît notre prénom, retient notre visage, notre voix, et peut ainsi se sentir davantage en sécurité. Il s'agit là aussi de les informer sur la durée de notre présence, sur la personne qui prendra notre relais etc.

Au cours de ce stage, j'ai aussi pu remarquer que tous les soins étaient réalisés avec les parents, dans la mesure où ces derniers souhaitent et se sentent capable d'y assister, que ce soit une prise de sang, une pose de cathéter, un pansement etc. Les infirmières s'appuient réellement sur les parents qui deviennent alors des partenaires de soins. Il s'agit de les mettre en confiance, de leur fournir des explications et de répondre à l'ensemble de leurs questions. Ainsi les soins effectués sur l'enfant peuvent être réalisés sur les genoux d'un des parents, ou avec la voix rassurante de ces derniers... J'ai remarqué que d'autoriser cette participation des parents, même si elle peut générer un stress supplémentaire pour le soignant, permettait une réelle mise en confiance à la fois de l'enfant qui ne se sent pas abandonné, et des parents qui ne se sentent pas exclus, et qui n'écoutent pas, impuissants, les pleurs de leur enfant. Cependant, certaines situations sont plus difficiles à gérer. Dans cet hôpital beaucoup d'enfants arrivent d'autres pays, et leurs parents n'ayant pas pu se déplacer avec eux, ils sont accompagnés par une « marraine ». Comment instaurer cette relation triangulaire et comment pouvons-nous aider à préserver ce lien parents-enfant durant l'hospitalisation ? Comment est vécu le soin par l'enfant qui se retrouve dans un lieu inconnu, loin de ses parents avec parfois en plus la barrière de la langue ? Quels sont les autres ressources à notre disposition dans de tels cas ?

Tout comme mes autres stages en service de pédiatrie, je suis parvenue à mettre en place cette relation triangulaire, pendant les soins, uniquement à partir du moment où j'avais acquis les soins techniques. Cependant, cela reste quelque chose de difficile à mettre en place car comme l'ont définie Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, la relation est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. (...) D'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation : les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux, les facteurs physiques* ». Or en service de pédiatrie, cette relation met en jeu trois interlocuteurs : l'enfant, ses parents, et le soignant. La présence de trois partenaires, autour des mêmes préoccupations, implique une répartition mouvante des jeux relationnels tels que l'alliance et l'opposition. L'alliance est définie, par les auteurs cités ci-dessus, comme « *toutes les stratégies qui vont pousser à s'entendre, à partager un avis, à s'attacher à un même objectif, à partager les mêmes sentiments* ». L'idéal serait donc tous les interlocuteurs de cette triade soignant / parent / enfant se considèrent comme des partenaires ayant un but commun. Cependant, « *la complexité psychologique de chaque famille et de chaque équipe induit rarement un partenariat à trois suffisamment efficace* ».

A cela s'ajoute l'annonce d'une maladie grave. Cette épreuve perturbe l'équilibre de toute une famille, le parent peut se distancier de l'enfant ou alors le surprotéger, le couple peut se souder ou se déchirer, le parent et l'enfant peuvent diriger leur colère vers le corps médical et paramédical. J'orienterais donc ma question de recherche de cette façon : **Comment peut-on préserver cette relation triangulaire entre l'enfant, ses parents et l'infirmière, lorsque le diagnostic de maladie grave, pour l'enfant, est annoncé ?**

Conclusion

En tant que soignant, on ne peut se résoudre à effectuer des soins techniques machinalement. En effet, l'approche est bien plus complexe car elle prend en compte une multitude de facteurs : l'histoire du patient, son caractère, son âge, son entourage, ses expériences antérieures... La satisfaction des besoins de l'enfant, du fait de son jeune âge, diffère de celle de l'adulte. Ainsi, le jeu fait partie intégrante de l'environnement de l'enfant. De même, ses parents représentent la sécurité, les adultes en qui il a le plus confiance. Ces éléments sont essentiels dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé, d'autant plus que nous savons maintenant les conséquences que peuvent avoir certaines situations de soins, vécues comme traumatisantes pour l'enfant et ses parents.

Par ailleurs, une des spécificités des services de pédiatrie est qu'ils accueillent des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans. Vaste période pendant laquelle l'enfant se développe au niveau moteur, cognitif, social, affectif. Ainsi, rien que ce facteur entraîne des modes de prise en charge multiples et la connaissance des stades de développement est indispensable pour adapter nos actions. En effet, la façon par laquelle on s'adressera à l'enfant, les mots que l'on emploiera, les moyens de distraction que l'on utilisera, le rôle que l'on donnera aux parents, dépendent dans un premier temps du stade de développement de l'enfant.

Si, dans les services de pédiatrie, la présence des parents, auprès de leur enfant lors des soins, y est de plus en plus proposée, les méthodes de distraction couramment exploitées et utilisées en parallèle des ressources médicamenteuses. Comment peut-on encore améliorer la prise en charge des enfants hospitalisés ? Est-ce qu'en développant une prise en charge en amont de l'hospitalisation, on pourrait permettre une diminution de cette anxiété tant du côté des enfants que de leurs parents ? Cela permettrait de familiariser l'enfant avec le milieu médical, les soignants, le matériel, l'environnement par l'intermédiaire d'interventions dans les écoles par exemple. De plus, certaines méthodes psychocorporelles comme l'hypnose ou la relaxation dont l'efficacité a été prouvée pour réduire l'appréhension des soins, ne font pas encore partie des habitudes des services. Quels sont les freins à l'utilisation de ces pratiques ? Est-il possible d'envisager une généralisation de ces pratiques, à la suite de formations spécifiques ?

J'accorde aussi une place toute particulière aux parents qui, je pense, peuvent représenter un réel atout, dans la prise en charge de leur enfant, lorsque certaines conditions sont mises en place, tant de leur côté que du notre. J'insiste d'autant plus sur la place qu'ils occupent auprès de leur enfant hospitalisé que leur présence est encore trop souvent mal vécue par les soignants. Que ce soit au cours de mes lectures, de mes stages ou des rencontres que j'ai pu faire avec d'autres soignants, la place des parents a toujours soulevé beaucoup d'interrogations mais aussi de craintes. Cependant pour parvenir à mettre en place une relation triangulaire de qualité entre l'enfant, ses parents, et l'infirmière, notamment pendant les soins, il faut accepter d'y intégrer les parents.

Par l'élaboration de ce travail, j'ai pu approfondir mes connaissances sur l'enfant et son développement psychomoteur, affectif et social, sur ses représentations des soins et les répercussions que cela entraîne, sur les moyens médicamenteux et non médicamenteux dont nous disposons en tant que soignant pour prendre en charge cette appréhension, mais aussi sur la place des parents pendant les soins et le ressenti des enfants, des soignants et des parents face à cela. La réalisation de ce travail m'a aussi permis de m'ouvrir aux différentes façons de procéder de chaque soignant et d'établir une réflexion sur un thème qui me semble incontournable lorsqu'on souhaite exercer la profession d'infirmière en service de pédiatrie. J'ai ainsi pu déterminer le rôle qu'occupait l'infirmière, dans la réalisation des soins, au sein de ce duo parent/enfant hospitalisé.

Cette année de formation a été très enrichissante. En effet, si j'ai pu, d'une part, concrétiser mon projet professionnel, j'ai aussi pu voir une multitude de façons de procéder, auprès de divers soignants, dans différents services de pédiatrie, au sein de plusieurs établissements hospitaliers. Par mes différentes expériences, j'ai été face à des situations plus compliquées où la relation triangulaire telle qu'on l'imagine est plus difficile à mettre en place. Je veux mettre en avant tout particulièrement le cas des familles recomposées où l'enfant et le soignant peuvent parfois se retrouver au centre d'un conflit. J'ai aussi été mise face à l'hospitalisation des enfants venus de l'étranger sans leurs parents, où la encore la relation triangulaire et le vécu des soins par l'enfant sont mis à mal. A chaque fois, j'ai essayé d'accorder une place importante aux parents, en respectant leurs souhaits. J'ai aussi essayé, dès que je me suis sentie à l'aise dans les soins techniques, de leur donner un rôle à jouer auprès de leur enfant.

Ce que je souhaite aujourd'hui, c'est faire passer un message aux professionnels de la santé qui agissent auprès d'enfants. La prise en charge du duo parents/enfant est quelque chose de complexe en tant que soignant. On regrette le manque de formations, le manque d'actions dans ce sens. Dans mon avenir professionnel, je reste déterminée à intégrer les parents aux soins de leur enfant, car j'ai pu voir les bienfaits que cela pouvait produire auprès de chaque acteur, et à mobiliser le maximum de personnes en ce sens.

Bibliographie

Périodiques :

- BELL, Linda. L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 2008, vol. 5, n°2, p. 39-44.
- BIOY, Antoine ; MOREAUX, Thierry ; PASTUREL, Agnès; WOOD, Chantal. L'hypnose et le Toucher-Massage® pour soulager la douleur en fin de vie. *Soins pédiatrie-puériculture*, septembre/octobre 2011, n°262, p. 35-38.
- CICCHELLI-PUGEAULT, Catherine. La santé des enfants, fonction parentale d'hier et d'aujourd'hui. *La Santé de l'Homme*, septembre 2003, n°367, p. 10-12.
- DEBELLEIX, Emmanuelle. Parents à l'hôpital. *L'infirmière magazine*, 1^{er} février 2011, n°272, p. 12-19.
- LOMBART, Bénédicte ; THIBAUT, Pascale. Utilisation des méthodes de distraction. *Soins pédiatrie-puériculture*, avril 2005, n°223, p. 45-46.
- RESTIF, Anne-Sophie. L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux. *Soins pédiatrie-puériculture*, mai/juin 2010, n°254, p. 37-39.
- THIBAUT, Pascale. Douleur de l'enfant : des avancées, une pérennisation à surveiller. *Soins pédiatrie-puériculture*, mai/juin 2011, n°260, p. 44-47.
- THIBAUT, Pascale ; SCHMITT Claudine. La douleur de l'enfant. *L'infirmière magazine*, 1^{er} juin 2011, n°280, p. 31-39.

Ouvrages :

- ALGRANTI FILDIER, Brigitte. *Cours sur la psychiatrie de l'Enfant*. IFSI Orsay, 2012. 66p.
- CHAZAUD, Jacques. *Précis de psychologie de l'enfant*. 2^e édition. Paris : Dunod. 2005. 128 p. ISBN 2-10-049020-6
- COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise ; NGUYEN, Kim-Chi. *L'hôpital raconté par les enfants*. 1^e édition. Paris : association Sparadrap. 1999. 72 p. ISBN 2-912096-12-X
- COHEN-SALMON, Didier ; SASTRE Danièle. *Quand les parents témoignent... Pour réfléchir sur l'hospitalisation des enfants*. 1^e édition. Paris : association Sparadrap. 2003. 52 p. ISBN 2-912096-29-4
- COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise. *Les enfants n'aiment pas les piqûres! Livret destiné à celles et ceux qui les font*. 3^e édition. Paris : association Sparadrap. 2010. 27 p. ISBN 978-2-912096-50-0
- COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise ; CARBAJAL Ricardo. *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? Quelques propositions à l'usage des professionnels de santé*. 2^e édition. Paris : association Sparadrap. 2007. 11 p. ISBN 2-912096-19-7
- COHEN-SALMON, Didier. *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*. 1^e édition. Paris : Erès. 2007. Le contrôle des comportements de l'enfant lors de soins potentiellement douloureux : l'éducatif au détour des gestes médicaux, p. 65-77. ISBN 978274920794

- FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 1^e édition. Paris : Mallet Conseil. 2009. 290 p. ISBN 9782953331103
- MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Lamarre. 2008. 232 p. ISBN 978-2-7573-0200-2
- RATHUS, Spencer A. *Initiation à la psychologie*. 5^e édition. Montréal : Beauchemin. 2005. p. 223. ISBN 2-7616-1983-8
- WOOD, Chantal. *Prise en charge de la douleur chez l'enfant, une approche multidisciplinaire*. 1^e édition. Paris : Masson. 2002. 185 p. ISBN 2-294-00806-5

Sites internet :

- ANNEQUIN, Daniel. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. [En ligne]. [Consulté le 14/01/2012]. Pédiadol, décembre 2006. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/La-douleur-de-l-enfant-strategies.html>
- ANNEQUIN, Daniel. *Recommandations de bonne pratique : Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant* [En ligne]. [Consulté le 07/11/2011]. Afssaps, juin 2009. Disponible sur : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-aigue-et-chronique-chez-l-enfant-Recommandations-de-bonne-pratique>
- CELESTIN-LHOPITEAU, Isabelle. *Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant* [En ligne]. [Consulté le 24/11/2011]. CNRD, juin 2004. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Prise-en-charge-non.html>
- COHEN-SALMON, Didier. *Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant*. [En ligne]. [Consulté le 24/11/2011]. CNRD, février 2005. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Utilisation-des-techniques-de.html>
- DEVOLDERE, Catherine. *Prise en charge de la douleur provoquée par les soins, comment faisons-nous en Néonatalogie et en Pédiatrie dans un centre hospitalier général ?* [En ligne]. [Consulté le 06/01/2012]. CNRD, octobre 2008. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Prise-en-charge-de-la-douleur.html>
- DOUSTE-BLAZY, Philippe. *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires* [En ligne]. [Consulté le 15/10/2011]. Sparadrap, octobre 2004. Disponible sur : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Ressources/Etudes-Articles-Conference/Place-et-role-des-parents-aupres-de-leur-enfant>
- FOURNIER-CHARRIERE, Elisabeth. *La mémorisation de la douleur de l'enfant. Qu'en savons-nous ?* [En ligne]. [Consulté le 06/01/2012]. CNRD, septembre 2003. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/La-memorisation-de-la-douleur-de-l.html>
- GALLAND, Françoise. *Distraire les enfants lors des soins* [En ligne]. [Consulté le 15/10/2011]. Sparadrap, mai 2011. Disponible sur : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Distraire-les-enfants-lors-des-soins>
- *Dictionnaire Français Larousse* [En ligne]. [Consulté le 07/03/2012]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Haute Autorité de Santé. *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques* [En ligne]. [Consulté le 14/03/2012]. HAS, octobre 2007. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613211

- MINGUET, Bénédicte. *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical...* [En ligne]. [Consulté le 15/10/2011]. Sparadrap, avril 2011. Disponible sur : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical>
- THIBAUT, Pascale ; LOMBART, Bénédicte. *Utilisation des méthodes de distraction pour la prévention des douleurs provoquées chez l'enfant.* [En ligne]. [Consulté le 24/11/2011]. CNRD, février 2006. Disponible sur : <http://www.cnr.fr/Utilisation-des-methodes-de.html>
- VON BAEYER, Carl. *Mémoire et douleur chez l'enfant* [En ligne]. [Consulté le 04/03/2012]. CNRD, juin 2004. Disponible sur : <http://www.cnr.fr/Memoire-de-la-douleur-chez-l.html>
- WOOD, Chantal. *Développement cognitif de l'enfant et douleur. Approche de l'enfant malade et/ou douloureux selon son développement cognitif* [En ligne]. [Consulté le 01/10/2011]. CNRD, juin 2004. Disponible sur : <http://www.cnr.fr/Developpement-cognitif-de-l-enfant.html>

Films :

- DONZELLI, Valérie. *La guerre est déclarée.* [DVD]. Wild Bunch Distribution, 2011. 1h40.

Textes législatifs et règlementaires :

- Charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1988. Disponible sur : <http://www.apache-france.com/index.shtml?menu=56870&page=56850&id=56844>
- Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
- Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relative aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. n°63 du Journal Officiel, 16 mars 1993. p. 4098-4100.
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. n°183 du Journal Officiel, 8 août 2004. p. 14150
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. n°54 du Journal Officiel, 5 mars 2002. p. 4118.
- Plan de Lutte contre la Douleur 2006-2010.

L'image présente sur la page de garde a été réalisée à partir des images trouvées sur les liens <http://www.sante-a-la-lune.com/article-vaccin-or-not-vaccin-suivre-d-hier-88554325.html> et <http://champagnematernelle.blogspot.fr/2010/04/printemps-fleur-coloriage-bonhomme.html> dans le respect de la propriété intellectuelle.

Annexe I : Guide d'entretien exploratoire

Actuellement étudiante infirmière en troisième année, je souhaite réaliser mon Travail de Fin d'Etudes sur le rôle infirmier dans la gestion de l'appréhension de la douleur chez l'enfant. Afin de mener à bien ce travail, je souhaite recueillir votre point de vue sur ce thème tout en garantissant votre anonymat dans l'utilisation de cet entretien.

Objectifs :

- Repérer les différents modes de prises en charge de l'appréhension de la douleur chez l'enfant, lors des soins, selon leur développement psychomoteur (enfant de 3 à 5 ans)
- Découvrir la place que prennent les parents dans cette prise en charge
- Identifier les difficultés rencontrées par les soignants au cours de cette prise en charge
- Découvrir de nouvelles techniques pour gérer cette appréhension

Date :

Lieu :

Durée d'entretien :

Personne interviewée :

Année d'obtention du diplôme :

Service :

1. Quel a été votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme? Depuis combien de temps exercez-vous en service de pédiatrie ?
2. Avez-vous reçu des formations sur la douleur de l'enfant ?
3. Comment prenez-vous en charge l'appréhension de la douleur avant, pendant et après le soin chez un enfant de 3 à 5 ans ?
4. La présence des parents lors de soins potentiellement douloureux ou source d'anxiété chez l'enfant, est-elle bénéfique ou porte elle préjudice au soin selon vous ? Pourquoi ?
5. Selon la charte de l'enfant hospitalisé, ce-dernier a le droit d'avoir ses parents auprès de lui, que mettez-vous en place pour que la présence des parents ne soit pas un obstacle dans la réalisation de vos soins?
6. Quelles sont, selon vous, les difficultés qui se posent le plus fréquemment dans la prise en charge de l'appréhension de la douleur chez l'enfant?
7. Le service dans lequel vous travaillez vous donne-t-il les moyens de réaliser cette prise en charge comme vous le souhaiteriez ? Comment ?
8. Quels moyens pourraient être mis en place pour améliorer cette prise en charge selon vous ?
9. Avez-vous des remarques ou d'autres choses à ajouter qui n'auraient pas été abordées au cours de cet entretien ?

Annexe II : Retranscription de l'entretien exploratoire

Laurianne Charbonnier : Quel a été votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme? Depuis combien de temps exercez-vous en service de pédiatrie ?

IDE : Alors, en service de pédiatrie depuis euh... fin 2004. Parcours professionnel en services adultes : chirurgie, médecine, réanimation et... quatre ans au bloc en salle de réveil.

Avez-vous reçu des formations sur la douleur de l'enfant ?

Oui.

Lesquelles ?

Alors j'ai été euh... deux fois à Pediadol et sinon en intra hospitalier, je sors d'une formation y'a pas très longtemps et ... j'ai fait une autre formation sur la douleur je ne sais plus le nom.

Au cours de ces formations, quels points sont abordés ?

Et ben euh... voilà les moyens médicamenteux qu'on a pour la pris en charge de la douleur et les moyens non médicamenteux voilà, comme euh... les jeux, la musique.

Comment prenez-vous en charge l'appréhension de la douleur avant, pendant et après le soin chez un enfant de 3 à 5 ans ?

Alors, avant, on explique quand même à l'enfant et aux parents. On se présente, on explique le déroulement du soin. On lui montre, on peut lui montrer l'aiguille, comme quoi elle est toute petite, comment on va faire, voilà maintenant on a des beaux posters pour expliquer (*montre les posters Sparadrap affichés dans le pose de soins de l'hôpital de jour sur la prise de sang et le gaz Meopa[®]*). Après, on, donc normalement il a de l'Emla[®], on va enlever un quart d'heure avant et on lui propose le masque, voilà comme ça les deux. Après pendant le soin, mais on commence le masque tranquillement voir s'il est bien réactif au bout de trois, quatre minutes, voilà on explique, on essaye de le faire parler, de le faire chanter, lui parler d'un personnage qu'il aime bien de dessins animés et tout. On fait le soin. On fait bien participer aussi soit l'enfant s'il peut tenir le masque, mais ça quand il peut. Autrement c'est la maman ou le papa et puis après ben voilà on voit comment il a bien réagi et puis on... on voit avec lui est ce qu'il a eu mal et... (*silence*)

Et au niveau de la posture infirmière, comment vous vous présentez ?

Il faut être calme (*le ton de sa voix diminue*), calme, il faut être souriant et euh... montrer que ben... que quand on est avec l'enfant, faut essayer de pas faire autre chose ou être... qu'avec lui. Oui c'est surtout ça pour euh...

La présence des parents lors de soins potentiellement douloureux ou source d'anxiété chez l'enfant, est-elle bénéfique ou porte elle préjudice au soin selon vous ? Pourquoi ?

Alors ça tout dépend des parents. Déjà quand on va accueillir les parents, on va voir, s'ils commencent à dire... « tu vas avoir mal » enfin... là on sent... on s'dit ça peut être plus compliqué pour nous. Mais faut toujours leur demander, s'ils veulent être présents, leur laisser le choix, parce qu'il y en a qui n'osent pas dire qu'ils veulent sortir... Tu fais quand même, t'essayes de faire le soin quand même avec les parents... Même si ça t'apporte quand même une source d'anxiété, pour toi surtout, mais t'essayes. Si on voit que les parents n'arrivent pas du tout à... comment dire... à...prendre sur soi pour euh...pour calmer leurs angoisses, là on leur propose de sortir. Mais oui la présence des parents c'est vraiment très aléatoire. Faut d'abord, vraiment les mettre à l'aise, d'abord, même avant le soin, faut bien leur expliquer tout, normalement t'arrives à diminuer. Tout va dépendre aussi s'il a eu un soin avant qui a été douloureux. Si le soin, si la prise de sang d'avant a été douloureuse, s'il a été par exemple piqué quatre ou cinq fois si c'est une prise de sang, là il va falloir bien travailler les parents, avant. Et s'il a pas mal, même si tu piques une deuxième fois, ben... ça se passera bien même avec les parents. C'est vraiment une mise en confiance des parents. C'est important de préparer les parents.

Selon la charte de l'enfant hospitalisé, ce-dernier a le droit d'avoir ses parents auprès de lui, que mettez-vous en place pour que la présence des parents ne soit pas un obstacle dans la réalisation de vos soins?

C'est arrivé qu'on demande aux parents de sortir quand même... rarement, mais c'est arrivé quand oui les parents en fait ils étaient trop euh... sur l'enfant et qu'on n'arrivait pas du tout à le calmer et tout parce qu'ils transmettaient trop leur angoisse, une ou deux fois. Mais on essaye d'éviter... quand même.

Quelles sont, selon vous, les difficultés qui se posent le plus fréquemment dans la prise en charge de l'appréhension de la douleur chez l'enfant?

Ben ils ont peur de l'aiguille euh... et après ça va être suivant l'âge, s'ils arrivent à bien comprendre qu'on est là pour pas leur faire mal et... c'est voilà, c'est toujours, c'est l'accueil. Faut bien accueillir faut avoir le temps. Les difficultés là c'est si t'as un manque de personnel faut que tu fasses vite ou même dans un service faut aller très vite. C'est pas évident parce que, si t'es stressée l'enfant automatiquement il va être un peu plus stressé aussi. Donc, il faut avoir le temps de faire un bon accueil. Si t'as un bon accueil, que t'expliques bien, l'enfant il sera rassuré, tout dans l'accueil... c'est... (*silence*)

Le service dans lequel vous travaillez vous donne-t-il les moyens de réaliser cette prise en charge comme vous le souhaiteriez ? Comment ?

Quand on est... Quand on n'a pas de problème d'effectif oui... y'a pas de soucis. Même quand y'a des... chambres tu vois, y'a des chambres à trois lits et tout autrement de plus en plus on essaye de venir ici (*en montrant le bureau de l'hôpital de jour où nous sommes*), c'est plus calme (*le ton de sa voix diminue*). Parce que les chambres à trois lits, si y'a deux autres enfants qui pleurent, l'enfant a qui tu vas faire le soin il va être automatiquement plus stressé. Donc, non on a des moyens et tu vois on a le Meopa[®] à disposition, on a l'Emla[®], on essaye de décorer les chambres pour qu'elles... pour calmer l'angoisse aussi.

Dans votre service une psychomotricienne peut intervenir auprès des enfants, de quelle manière ?

Oui, quand t'as besoin tu peux, ou tu vois des fois je l'appelle ou elle vient, elle discute... avec les parents, elle va discuter avec l'enfant. Ou alors elle peut les détendre aussi en faisant un peu de relaxation pendant que tu fais le soin. Des fois c'est arrivé où elle était présente, elle leur parle doucement... on le fait... et ça t'aide. Donc nan mais c'est vrai l'hôpital il est bien et puis il fait pas mal de formations.

Quels moyens pourraient être mis en place pour améliorer cette prise en charge selon vous ?

Nan... euh... avoir quoi... le personnel suffisant et que tout le monde soit bien formé. Parce que après c'est euh... Nous on a tous les moyens, parce qu'on a le saccharose aussi en plus pour les tout-petits mais on a surtout l'Emla[®] et le Meopa[®] et faut que tout le monde l'utilise. Il faut

pas dire, donc j'ai pas le temps et tout, j'vais pas l'utiliser, et là la prise en charge elle sera pas très bonne. Donc il faut mobiliser toute, toute l'équipe.

Avez-vous des remarques ou d'autres choses à ajouter qui n'auraient pas été abordées au cours de cet entretien ?

Non, non, non j'pense que c'est voilà, bien appuyer sur, oui, l'accueil : des parents et de l'enfant. Voilà, bien leur expliquer, si tu... si on peut c'est aussi leur expliquer avant de venir dans la chambre directement. Par exemple le matin tôt, il va falloir faire une prise de sang, donc on va te mettre l'Emla[®] qui va anesthésier ta peau, on reviendra dans une heure... comme ça... voilà. Pas venir avec le plateau, bon on arrive on fait la prise de sang, on met le masque...

Donc, si je comprends bien, selon vous, dans cette prise en charge, c'est l'accueil qui occupe la place la plus importante ?

Oui l'accueil, c'est... oui une des choses les plus importantes, parce que les parents déjà ils vont être stressés et souvent il a été piqué aux urgences, il est là, ils ont peut être pas bien dormi et tout donc toi t'arrives encore à... Si jamais il a eu une prise de sang le matin et que tu reviens l'après-midi ou quoi que ce soit... Faut bien expliquer tout le temps, prendre le temps de bien expliquer. Moi, en plus je les appelle, comme ça ils sont plus euh... plus à l'aise.

Oui, c'est sûr.

Et voilà, bien... qu'ils soient à coté, tu les installes bien, les parents euh... faut un peu d'espace. Plus t'auras de l'espace, plus tu... quoi ce sera bien... parce que dans les chambres à trois lits c'est plus difficile... trop de bruit. Si tu peux y'a la musique aussi... donc on essaye de chanter mais surtout des moyens non médicamenteux... leur faire euh... penser à quelque chose d'agréable. Tout ce qui est... quoi... quand ils sont sous Meopa[®]... oui, les vacances ou quelque chose qu'ils aiment bien, un sport ou euh, voilà faut les faire partir, pas juste mettre le masque, il faut beaucoup leur parler. C'est surtout ça... Et bien leur expliquer tu vois voilà, les posters, tu vois tu peux déjà leur expliquer, tu vois ça explique le patch, comment on le met, qu'on va chanter, montrer l'aiguille et tout. Après on explique le Meopa[®] et leur expliquer qu'il faut trois minutes pour que ça agisse donc tu fais rien pendant trois minutes tu parles et tout, comme ça ça le rassure. Et euh...oui voilà les dessins, et puis voilà des situations agréables. Et

normalement, si t'arrives à bien... s'ils arrivent à être détendus avant la prise de sang ça se passera bien.

D'accord.

Donc t'essayes de les détendre un peu, tu leur mets le masque en attendant. Quant t'enlèves euh... l'Emla[®] t'enlèves doucement et même tu peux même passer ton doigt ou juste toucher un peu la peau en disant « tu vois tu sens rien » ça les rassure euh... Les pré... quoi leur dire qu'on va faire le soin qu'on va bientôt piquer mais... t'es pas obligé tout le temps de dire au moment ou tu vas piquer. Mais prévenir que tu ne vas pas tarder à le faire et tout. Voilà, c'est suivant les... essayer de pas trop... s'ils veulent pas regarder, ne pas les faire regarder, mais y'en a... qui les rassure. Donc tu t'adaptes au moment du soin... et surtout oui les parents, mais voilà les parents tu peux leur proposer de s'asseoir un petit peu à l'écart, ils sont là, mais sans être non plus trop trop près. Tu vois des fois, on les installe ici (*en montrant la chaise où je suis assise dans le bureau de l'hôpital de jour*), alors que tu vas piquer ici (*en montrant le lit dans le bureau de l'hôpital de jour*). Ils sont à côté, ils voient les parents, l'enfant voit ses parents, ça le rassure quand même, et tu vois ils leur transmettent pas en disant « : ça va faire mal ». (*Elle regarde le compte-rendu de sa dernière formation sur la douleur*). Voilà, là t'as tous les moyens médicamenteux, non médicamenteux, tu vois le toucher, tu peux... par exemple la deuxième personne... essayer d'être toujours en binôme. Parce que toi tu vas faire le soin et ta binôme, donc voilà ça peut être une auxiliaire, ça peut être la psychomotricienne, elle va capter l'attention de l'enfant. Ça peut être aussi des massages pendant le... le soin, ça va détendre et puis il va être moins angoissé, mais c'est vrai qu'on fait moins le massage que d'autres euh... techniques.

Et, est ce que vous avez déjà vu pratiquer l'hypnose dans ce cadre là ?

Non. Non, on en parle de plus en plus, mais non. C'est pas encore mais ça va être euh... Bien l'installer aussi quand tu fais ton soin, si il veut être euh... la tête sur les genoux de maman et ben tu peux le faire. Comme ça il est bien, comme ça, maman elle le caresse, elle le... faut qu'il soit bien installé.

Oui.

(Elle regarde de nouveau le compte-rendu de sa dernière formation sur la douleur). Si jamais tu dois faire un soin, on parle souvent de la prise de sang, mais si c'est un autre soin, et si déjà l'enfant est douloureux, tu peux demander au médecin qu'il te fasse une prescription d'un antalgique, que tu peux mettre une demi-heure avant. Comme ça déjà il aura, il a moins mal... et ton soin va mieux se passer. Pour le Meopa[®] on a un protocole à l'hôpital, voilà c'est sur prescription médicale, et l'Emla[®] est sur prescription médicale aussi. Donc normalement, il faut qu'il y ait un médecin qui soit dans le service, prêt à intervenir si il fait une réaction au Meopa[®], faut être, faut être sûr de ça. Nous on en a tout le temps avec nous, mais voilà. Et l'appréhension, oui, le jeu, les choses comme ça... l'accueil, le jeu. T'as aussi les garrots... qui font pas mal, tu peux les faire jouer avec le garrot, oui tu les fais jouer, ça fait moins mal que le caoutchouc, donc ça c'est pour l'appréhension. L'Emla[®] tu peux leur faire enlever eux-mêmes s'ils veulent ou t'utilises les moyens antiadhésifs. Parce que souvent ça peut être ça, ou alors euh... quand tu mets ton Emla[®] si tu mets de la crème, tu peux mettre du film alimentaire, que t'entoure, et en fait comme ça quand t'enlèves, ben il a pas mal, tu lui tires pas la peau.

D'accord.

Et bien... bien expliquer, oui le soin aux parents et à l'enfant. Et même si ça dure un peu longtemps ton soin, mais euh... prendre le temps même essayer, si il ne veut pas le soin tout de suite, bien parler avec lui pour le détendre, pour arriver à que ça soit lui qui accepte. Et même s'il ne veut pas tout de suite le Meopa[®], t'arrêtes un petit peu et tu reprends après euh... essayer plusieurs fois, parce qu'il y en a qui ne veulent pas le masque, qui aiment pas, donc il existe des embouts plus calmes mais qu'on n'a pas à l'hôpital, que tu mets dans la bouche, j'ai vu ça en formation où j'étais y'a quinze jours. Tu mets... c'est un petit embout que tu mets dans la bouche et comme ça t'as pas l'effet du masque, donc tu leur fait choisir voilà, déjà tu leur fait choisir l'odeur, tu leur fait sentir avant, tu fais sentir aux parents aussi, comme ça ils peuvent euh... (*silence*) Si t'arrives à détendre les parents, là t'auras quasiment toute l'appréhension de l'enfant qui aura disparue, à cet âge là oui. Même si au début ils te paraissent tendus, il faut... c'est là où il faut prendre le plus de temps.

Voilà, j'espère que j'ai pu répondre à tes questions.

Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps.

Résumé

Au cours de mes stages en service de pédiatrie, j'ai été confrontée de nombreuses fois à l'appréhension des soins chez l'enfant. Rapidement, je me suis aperçue que chaque soignant avait ses propres méthodes pour y pallier : le jeu, la distraction, la participation des parents, les moyens médicamenteux, l'intervention d'autres professionnels de santé... Parfois certaines méthodes étaient mises en place au détriment des autres. Un entretien, de nombreuses lectures et observations m'ont permis de mettre en évidence différentes méthodes de gérer cette appréhension. Ainsi, l'association des moyens médicamenteux aux moyens non médicamenteux et la présence des parents semblent être des points forts. La place des parents auprès de leur enfant a tout de suite occupé une place primordiale lors de mes stages. Je me suis rapidement rendue compte que l'appréhension des soins chez l'enfant était favorisée par l'absence de ses parents. Au contraire, lorsque l'on permet la mise en place d'une relation triangulaire entre le soignant, l'enfant et ses parents, la réalisation du soin est largement facilitée.

Mots-clés : enfant, soins, parents, peur

Abstract

During my pediatric wards internship, I had a lot of time to cope with the apprehension of the child's care. I realized quickly that each caregiver had his own methods to mitigate it: game, distraction, parental involvement, medicine, intervention of other health professionals... Some methods were sometimes used to the detriment of the others. An interview, many readings and observations allowed me to highlight various methods to manage this apprehension. Thus, the combination of medicinal means with not medicinal methods along with the parents' presence seems to be successful. During my internships, the parents beside their child play an essential part. I rapidly noticed that the apprehension of care was favored by the parents' absence. Unlike this position, a three sided relationship between the nurse, the child and his parents makes the fulfillment of care easier.

Key words: child, care, parents, fear