

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE NEUFCHATEAU-VITTEL

PROMOTION : 2006-2009

GUENDOUZE Mounir

LA DISTRACTION, LE MEILLEUR MOYEN D'ATTIRER L'ATTENTION ?



Travail écrit de fin d'Études pour l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier – session de
septembre 2009

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame LAMARCHE (cadre de santé puéricultrice) pour m'avoir guidé dans mes recherches, pas à pas. Madame LAMONTAGNE (infirmière) pour sa disponibilité.

Comment oublierais-je Monsieur FIORESE (directeur de centre d'éducation spécialisé) pour sa rapidité, son efficacité et sa sagacité ainsi que Monsieur VALLOT (professeur de philosophie) pour ses nombreuses corrections et ses suggestions, toujours pertinentes.

Enfin, plus près de moi, mon épouse, Anissa, pour son appui, ses ajustements. Sans compter Fouzia (ma sœur) pour m'avoir fait bénéficier gracieusement des ouvrages dont je désirais, de même que Kaddour (mon frère) pour son aide logistique et sa singulière réassurance.

*L'enfant ne fait que vivre son enfance.
La connaître appartient à l'adulte.
Mais qui va l'emporter dans cette connaissance,
le point de vue de l'adulte ou celui de l'enfant ?*

Henri Wallon

INTRODUCTION

La vie, la mort, le bonheur, le malheur : il existe toujours des oppositions naturelles, inéluctables, qui rythment notre existence. Concernant la douleur, l'exercice devient plus complexe, aucun concept ne peut se confronter totalement à ce phénomène mais simplement atténuer ses différentes manifestations. Aussi bien morale que physique, la douleur s'inscrit dans une prise en charge multiple en vue de maximiser les chances de son apaisement impérieux.

Il est une prise en charge particulière qui fait appelle a tout l'arsenal du rôle propre infirmier. Improvisée à partir de 1798 par un ouvrier de soierie lyonnaise (dans le but de se faire de l'argent en arrachant les dents), la distraction, à travers Guignol fait une apparition criante au détour d'un « soin ». Cette technique est devenue « une tradition historique des arracheurs de dents »¹.

Intellectualisée par de nombreux médecins, cette méthode est devenue, dans l'intervalle, une véritable technique de soins dont se profil une véritable implication thérapeutique. Principalement utilisée chez le jeune enfant la distraction fait partie des méthodes non-pharmacologiques de lutte contre la douleur. Chez les préadolescents ces techniques permettent une approche différente, indispensable durant les soins spécifiques.

Force est de constater que la douleur en milieu hospitalier est souvent provoquée par les soignants eux-même. Regroupés sous le terme de douleurs induites, ces gestes font l'objet de préoccupations par les autorités sanitaires.²

Surestimée ou sous-estimée, l'anxiété est une composante tributaire de ces gestes et donc de la douleur. Comme tout ce qui fait appel au psychisme, cette notion est difficilement discernée de la même manière chez tous les patients. Mais elle n'en demeure pas moins un paramètre qui concentre l'attention des acteurs du soin. Montaigne résume bien ce phénomène en affirmant « avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal ».

Ces différents éléments vont non seulement conditionner le soin mais aussi la technique qui doit s'opérer pour atténuer ces réactions. Il est évident que l'environnement, les soins, produisent un sentiment de crainte patente chez l'enfant. Ma situation propose d'illustrer, comment un soin produit divers manifestations chez l'enfant.

Effectivement, durant un stage en pédiatrie dans un CHU d'enfant en secteur d'oncologie. Je devais m'occuper d'une patiente âgée de 9 ans qui venait pour une cure de chimiothérapie. Elle avait une tumeur au niveau de C7. Suite à la chirurgie qui visait l'exérèse de la tumeur, elle portait un corset et disposait aussi d'une chambre implantable pour sa chimiothérapie.

Vers 10 h 00, l'infirmière arrive pour raccorder le gripper à la chambre implantable, les parents ne sont pas là. La patiente connaît ce geste car il est répété de nombreuses fois. Cependant l'enfant multiplie les questions sur le soin. L'infirmière lui dit que cela ne fait pas mal sans d'autre renseignements. La patiente dispose d'un patch EMLA à l'endroit de

1 Paul Piochon ,cause des douleurs induites, traitement prévention : en odontologie, somatologie, [en ligne] consulté le 6 juin 2009, <http://www.institut-upsa-douleur.org>

2 France. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 03 mars 2006. priorité 3, mesure 19, améliorer la douleur induite par les actes de soins

l'intervention en question.

L'infirmière est habillée stérilement avec une blouse, un masque et gants. Les premiers signes de crispation se font sentir. La patiente commence à s'agiter et répète « j'veux pas ». L'infirmière continue à préparer le matériel et répète : « ça ne fait pas mal ».

Les instruments prêts, l'infirmière s'approche de la patiente. Celle-ci s'agite et refuse l'intervention. Des agents sont appelés en renfort. Tous essaient de maintenir l'enfant pour permettre le soin. L'enfant crie, pleure et des gouttes de sueurs apparaissent sur son front. L'aiguille pénètre la chambre et l'enfant émet un cri plus important. Une fois son acte terminé, l'infirmière lui dit : « tu as vu, cela ne fait pas mal ? » l'enfant répond : « si, ça fait mal ». Je sors de la chambre en laissant un fille apeurée, heurtée par les soins qu'elle vient de subir.

Il est important de trouver des solutions pour éviter que des soins traumatisent l'enfant. Des moyens existent pour lutter contre ces manifestations anxieuses et douloureuses et pas seulement à travers les produits médicamenteux. Motivé par la conviction de trouver des réponses différentes que ceux donnés par les moyens médicamenteux. Je vais, à travers la distraction, tenter de démontrer ses effets bénéfiques sur la douleur et l'anxiété. Mon étude se composera de plusieurs étapes.

Après avoir annoncé ma question de départ j'argumenterai ma problématique, ensuite je formulerai mon hypothèse. Celle-ci sera le préalable à mon cadre conceptuel dont tous les concepts essentielles seront définit. Ensuite, j'expliquerai la méthodologie de mon enquête qui introduira l'analyse. Pour finir une synthèse exposera les aspect majeurs de l'analyse permettant la validation ou non de l'hypothèse sans oublier la conclusion qui achèvera mon travail.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE

A/ QUESTION DE DEPART

Nombreux ont été les doutes concernant l'orientation de mon sujet. Cependant j'avais pour objectif de travailler sur la recherche de moyens efficaces de lutter contre la douleur en y incluant le rôle propre de l'infirmier. Je ne savais pas comment articuler mon sujet, qui était initialement le refus de soins et les moyens mis en œuvre pour l'éviter. Le cheminement intellectuel pour y parvenir a nécessité de se poser les bonnes questions au regard de ma situation de départ. Ma réflexion s'est construite autour de la question maitre de mon sujet :

Quels sont les facteurs qui influencent la non-acceptation des soins chez un pré-adolescent en unité d'onco-pédiatrie ?

A l'aide de l'outil pédagogique appelé diagramme d'Ishikawa¹, j'ai pu recenser un panel de facteurs qui m'ont permis d'avoir une vision d'ensemble et cibler les éléments centraux. La phase exploratoire a permis d'affiner cette première étude et de mettre en exergue les éléments influençant les réactions des enfants lors des soins. L'anxiété, la douleur, la répétition des soins sont autant de notions dont la récurrence lors des mes recherches, témoigne de leur importance.

Toutefois, Ce premier constat établi, il s'agit également de comprendre les relations entre ces différents éléments et d'essayer d'avancer des moyens susceptibles de calmer et soulager l'enfant.

B/ FORMULATION DE LA PROBLEMATIQUE

Ma question de départ précise le lieu, à savoir l'unité d'onco-pédiatrie mais il serait plus parlant à mon sens d'élargir le milieu pour ne pas occulter tout un pan d'une population. Fort heureusement, un petit nombre d'enfants sont concernés par les unités d'oncologie on estime le nombre à un enfant sur 600.² C'est pour cela que je vais m'intéresser à la pédiatrie en général sans prioriser un secteur particulier.

Il est intéressant de comprendre le lien qu'entretient l'anxiété et la douleur lors d'un soin, c'est à travers ces deux notions et d'un bref regard sur son mécanisme que l'on pourra concevoir des outils susceptibles d'apaiser l'enfant. Dans ce cadre, ma situation de départ sera le vivier de ma réflexion.

En effet, durant un passage à l'hôpital, le pré-adolescent a conscience qu'il va subir divers examens. Le stress de la maladie, de l'entourage, sans oublier l'environnement agissent de manière significative sur son état psychologique. L'effet de la blouse blanche, si elle est assimilée à un souvenir désagréable, peut accentuer ce stress. L'infirmier peut alors être identifié à un agresseur et a fortiori s'il est doté d'une seringue. L'anxiété latente peut se manifester sous forme de cris et d'un refus catégorique des soins et cela sans que le professionnel n'ait eu le temps de toucher l'enfant. Bien que négatif, ce comportement reste une stratégie d'adaptation. Dans notre cas, La patiente réagit de manière agitée à une situation

1 Annexe 1

2 Société Française de Pédiatrie

qu'elle juge, par expérience, pénible ou tout simplement parce qu'elle a intégré une vision douloureuse de l'acte en cours. Ce mécanisme d'anticipation du soin chez les patients anxieux fait que l'enfant « *prévoit à tout moment qu'il pourrait faire face à ce qu'il redoute* »¹. En effet, lorsque l'expérience du soin est mauvaise, il y a une répercussion aussi bien sur le plan psychologique que physiologique : « *La peur d'un mal attendu est pire que le mal en lui-même* ». Mal soulagée, la douleur sera majorée lors des gestes ultérieurs. Multidimensionnelle, elle est conditionnée par les émotions, le savoir et la mémoire du sujet. En somme, l'expérience du soin conditionne-t-elle le comportement du patient ?

Le Dr Élisabeth Fournier Charrière précise ce phénomène et évoque deux types de mémorisations de la douleur. La première consciente est dite « explicite » (sens des mots, événements du passé) et la seconde inconsciente « implicite »² (automatisme/ apprentissage). Ces deux types de mémoire modulent les réactions du patient lors des soins suivants. La douleur infligée mal soulagée provoque³ :

- une majoration de la douleur lors des gestes ultérieurs
- une peur allant parfois jusqu'à la phobie des soins ultérieurs
- des troubles du comportement

C'est en cela que la prise en charge de la douleur aiguë procédurale doit respecter la composante nociceptive mais aussi la singularité de la personne avec ses émotions, son degré de compréhension, son histoire personnelle.

Le rôle propre de l'infirmier est décisif durant les gestes induisant une douleur. Appliquer un patch anesthésiant de type EMLA® n'assure que le versant somatique de la douleur. S'en suffire serait occulter non seulement les traits psychologiques de l'individu mais aussi ses caractéristiques cognitives, émotionnelles et affectives. Le risque est de supplanter la douleur par une anticipation anxieuse excessive rendant l'acte insupportable pour l'enfant mais aussi pour le soignant. L'infirmier doit produire un véritable travail de communication et d'analyse du comportement de l'enfant pour parvenir à un coping⁴ efficace. Cette démarche que le soignant entreprend va permettre à l'enfant de puiser dans ses propres ressources, le rendant acteur et non plus objet du soin. La principale motivation étant de parvenir à une résilience⁵ de la part de l'enfant.

1 *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage*, Jean Dumas, Publié par De Boeck Université, 2005 p.17

2 Annexe 2

3 Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU (psychologue-psychothérapeute)[en ligne], *prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins*, juin 2004, consulté en mars 2009. Disponible sur www.cnrdr.fr

4 Littéralement il s'agit des stratégies pour faire face ou affronter une situation problématique. Elles font référence à l'ensemble des comportements et cognitions qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. *Psychologie des émotions: Confrontation et évitement*. Par Olivier Luminet, publié par De Boeck Université, 2002, page 209.

5 « capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » . Vanistendael S. *Clés pour devenir: la résilience*. Les Vendredis de Châteauvallon, nov. 1998; Genève: Les Cahiers du BICE (Bureau international catholique de l'enfance), p. 9, 1996. Cité par Boris Cyrulnik : *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999

Face à cette situation complexe puisqu'elle affecte à la fois le soignant et le soigné il s'agit de trouver des moyens pragmatiques à même de contrer ses réponses anxieuses et donc de lutter efficacement contre la douleur et la peur de l'enfant. La difficulté qui grossit le tableau est le refus de notre patiente de bénéficier de moyens pharmacologiques comme le MEOPA¹. Devant la répétition des soins, la douleur devient une constante qui ne peut-être négligée, elle devient aussi bien morale que physique. Les réactions de l'enfant sont là pour nous le rappeler. Le soignant ne doit pas avoir une « vision ancienne mais encore tenace d'une dichotomie corps-esprit ».

A partir de ce constat j'émetts le questionnement suivant :

Quels sont les moyens non pharmacologiques pour traiter la douleur induite et sa composante anxieuse durant les soins invasifs en pédiatrie ?

C/ FORMULATION DE L'HYPOTHESE

Le moyen non pharmacologique le plus abordable, à mon sens, pour l'ensemble des soignants est la distraction, il ne nécessite aucune formation préalable. L'enjeu est de concevoir un soin où la douleur et l'anxiété peuvent être réduites voire neutralisées pour le bien-être de l'enfant et un meilleur déroulement des soins. Toute l'habileté du soignant résidera donc dans sa capacité à attirer l'attention de l'enfant sur un autre objet que sa peur et cela en rassemblant ses capacités relationnelles, réactionnelles et créatives. La prise en charge pharmacologique de la douleur provoquée par les soins doit se compléter avec les autres méthodes dites non pharmacologiques. Cette synergie peut s'avérer déterminante et elle s'inscrit dans une vision "holiste" de l'enfant. Très largement étayée dans diverses études cliniques anglaise, ces méthodes non pharmacologiques, telle que la distraction, restent encore très peu usitées dans notre pays. Pourtant, la distraction fait partie de ces méthodes « sur mesures » que les soignants peuvent proposer à l'enfant.

Ce travail, va aussi permettre d'éclairer, d'entrevoir si les soignants ont conscience de ces méthodes alternatives et de leur efficacité.

Cette démarche est en complète adéquation avec le plan d'amélioration de la douleur 2006-2010² qui inscrit dans ses 4 axes prioritaires la prise en charge non pharmacologique de la douleur.

Les techniques de distractions employées par le personnel soignant³ sont un moyen de lutte contre l'anxiété et la douleur induite durant les soins invasifs chez les pré-adolescents.

Cette hypothèse comporte de nombreux concepts qui déterminent le fil rouge de mon sujet. Dans ce prochain chapitre les mots clé seront expliqués suivant un cheminement particulier.

1 Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

2 Annexe 3

3 Le personnel soignant concerne dans mon hypothèse les infirmiers et les puéricultrices

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

1/ LA DISTRACTION

1.1 Définition

La distraction est intervenue dans les services de pédiatrie dans les années 70, lorsque « l'humanisation » de ces services étaient en « essor »¹. Dans la littérature, les auteurs ont souvent les mots et la diction adéquate pour définir une notion.

Partons de quelques citations d'auteurs qui serviront d'illustration pour comprendre plus spécifiquement la sémantique de ce terme, ce qui permettra une meilleure connaissance de son mécanisme sur l'esprit et sur la douleur.

Théodor Jouffroy², expliquait la distraction en ces termes : « *Dans la distraction, l'attention ne se détourne que parce qu'elle est attirée par une sensation ou une idée étrangère qui la sollicite plus fortement que celle qui l'occupait* ».

Le comte de Vigny³ en parlait ainsi : « *l'attention est un poison dont la distraction est l'antidote* »

Ces deux auteurs évoquent la distraction en expliquant son mécanisme sur l'attention.

Le dictionnaire de l'Académie française définit la distraction comme une « *Inattention, inapplication de la pensée aux choses dont on devrait s'occuper* » Mais aussi par extension : « *ce qui amuse, délasse l'esprit* ».

D'un point de vue soignant : « *toute technique ou approche qui vise à diriger l'attention de l'enfant vers un événement ou un stimulus non agressif de l'environnement immédiat* »⁴. Elle met la douleur « *à la périphérie de la conscience en focalisant l'attention de l'enfant sur le distracteur plutôt que sur la douleur* »^{4bis}

1.2/ Distraction et communication

La distraction appartient en partie, aux méthodes cognitives dont l'objectif est de réduire l'anxiété et son cercle vicieux (anxiété-douleur). Cette technique ne « *fait fonctionner qu'un seul canal hypnotique : faire abstraction d'une partie de son corps* »³. Durant le soin, l'enfant est dans une position de suggestibilité très importante, tous les signes verbaux et non-verbaux du soignant sont décryptés par l'enfant. Il en résulte deux effets, un bénéfique, l'autre néfaste :

- L'enfant est dans un état où son attention est facilement contournable. En parlant de ses loisirs, de ses habitudes et de ses passions le sujet se focalise sur les paroles de l'opérateur. En effet, l'enfant, se remémore des moments de plaisirs, ce qui va avoir pour effet de

1 Isabelle Célestin-Lhopiteau, Pascale Thibault-Wanquet Guide des pratiques psycho-corporelles publié par Elsevier Masson, 2005, page 61 à 65

2 Théodor Simon Jouffroy 1796-1842, philosophe et un homme politique français

3 Alfred Victor, comte de Vigny 1797 -1863, écrivain, dramaturge et poète français

4-3 Dr Didier Cohen-Salmon [en ligne] *Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant*, février 2005, consulté en le13 mai 2009, www.cnr.fr

compenser cet épisode désagréable : «*En réduisant la douleur par la distraction, on réduit également la mémoire de la douleur*».

- Le soignant peut induire en erreur l'enfant par des suggestions nocives (ça ne fait pas mal, c'est terminé) cela produit une inadéquation entre ce que ressent l'enfant et la réalité. Ce comportement produit une angoisse de l'enfant, il peut se sentir berné par les dires du soignant. La confiance étant rompue, cela produit une rupture des communications, l'enfant peut refuser les gestes de soins. L'infirmier voulant à tout prix soigner, tous les gestes seront imposés à l'enfant avec tous les inconvénient sur le devenir des soins.

«Quel souvenir gardera l'enfant de ce monde qui, comme réponse à sa douleur, lui impose la force et le mensonge ?»¹

1. 3/ Les techniques de distraction

En plus d'impliquer une mode de communication, les techniques de distraction permettent d'appliquer une méthode réfléchie, qui plait à l'enfant. La distraction peut avoir une dimension ludique, l'apport du jeu facilite l'échange avec l'enfant et réduit l'asymétrie du rapport soignant/enfant. «*Le jeu est un moyen pour [l'enfant] d'intégrer les informations[...], C'est en fait le seul moyen d'expression qu'il a, de façon naturelle et approprié²*». Winicott³ quant à lui affirme que : «*c'est par le jeu que l'enfant peut exprimer son désir de communiquer profondément avec l'autre*».

Il peut-être envisagé plusieurs modalités d'application (active ou passive), chacune ciblant une voie spécifique : sensorielle, comportementale, imaginaire.

Les techniques de distraction en fonction des modalités d' application et la voie réceptrice visée⁴

	SENSORIEL	COMPORTEMENT	IMAGINATION
ACTIVE	Massage,	Tousser à répétition, respiration, jeux de souffle.	Image mentale, raconter une histoire (à l'aide de support ou non, ex : marionnettes), dessin, robinet à douleur.
PASSIVE	Musique, kaléidoscope	Mouvement contrôlé par le soignant. Suggestion paradoxale	Explications de la progression des gestes, mimer le soin sur un objet.

1 Daniel Annequin, *T'as pas de raison d'avoir mal*, La Martinière, Paris, 2002 , p112

2 Mélanie Klein 1882-1960, psychologue-psychanaliste

3 Donald wood Klein, 1896-1971, pédiatre et psychanalyste, cité dans :Le guide de la puéricultrice, par Bertrand Chevallier, Jacqueline Gassier, Colette de Saint-Sauveur Edition: 3 Publié par Elsevier Masson, 2008, page 404

4 Ce tableau ne saurait être exhaustif, la distraction évoluant au gré des personnalités et de la créativité du « distracteur ». Notons aussi, qu'une sélection a été faite en rapport avec le sujet, soit 7-11 ans

1.4/ Limites

Cette méthode est dispensée de formation, les soignants ne sont donc pas sensibilisés à ces pratiques et ce qu'elles procurent en terme de bénéfice pour le patient. Ce qui fait que les soignants sont limités en idée. La distraction et son côté enfantin, «pas sérieux» fait face à l'univers rationnel de monde hospitalier, ce qui en limite sa crédibilité chez les professionnels. D'autre part, le manque de résultat tangible peut provoquer un désenchantement de la part des soignants.

La formation peut fournir des convictions solides sur les effets vertueux de la distraction. Cette technique pourrait devenir systématique, incontournable.

Enfin, l'urgence et les pathologies touchant les systèmes sensorielles empruntés par la distraction sont un frein à son utilisation.

Cette technique nécessite une information claire sur le geste, un climat de confiance doit s'installer sans quoi l'enfant risque de ne pas adhérer à la distraction (la confiance facilite l'écoute). Cependant, il faut bien avoir en tête que la distraction joue sur l'esprit (attention, mémorisation du soin, émotion, anxiété...) mais pas sur la douleur, il n'y a que sa perception qui se modifie.

Enfin, Le soignant qui adopte une telle méthode doit, au préalable, s'enquérir sur les goûts, les habitudes de vie du patient et veiller à ce qu'il soit bien installé, et adapter la technique avec l'âge du patient.

2/ LA PRE ADOLESCENCE

2.1/ Définition

Définir l'adolescence semble complexe de prime abord. Cependant, les parents ayant des enfants atteignant cet âge n'auraient pas la même opinion, et développeraient volontiers tous les aspects de cet âge si particulier.

Si l'on prend la langue anglaise comme référentiel, la pré-adolescence désigne tout ceux qui ont moins de 13 ans. En effet, les anglais utilisent le terme de «teen-ager» pour évoquer l'adolescence de «thirteen» à «nineteen».

L'adolescence d'après l'Académie Française¹ est la « *période de la vie où l'être humain, parvenant à la puberté, mûrit jusqu'à l'âge adulte* ». Il n'y a aucune mention concernant la préadolescence. Il paraît évident que le préfixe «pré» semble suffire à lui même. Toutefois, TLF² propose une définition : « *période du développement caractérisée par les modifications anatomo-physiologiques et comportementales préparatoires à la puberté* ».

2.2/ Le point de vue de la psychologie

De nombreux psychologues ont travaillé sur l'adolescence en tant que concept, lui attribuant une étape propre dans le schéma complexe du développement de l'enfant.

Piaget, va plus loin et théorise un modèle de développement allant de la naissance à

1 Mot du XVII^e ème du latin *adolescens*, participe présent substantive de *adolescere*, « grandir, se développer »

2 Trésor de la Langue Française [en ligne] visité le 17 mai 2009 disponible sur <http://atilf.atilf.fr>

l'adolescence. Piaget essaie donc de systématiser les stades qui structurent le développement cognitif de l'enfant. Il en ressort quatre périodes ¹:

- De 0 à 2 ans : stades des réflexes, des premières habitudes motrices, de l'intelligence sensori-motrice
- De 2 à 7 ans : stade de pensée pré-opératoire
- **De 7 à 11 ans : stades des opérations concrètes**
- Après 11 ans : stades des opérations formelles

Ce stade (de 7 à 11 ans) d'après l'auteur est la période où l'enfant va pouvoir quantifier, mesurer, apprécier la nature des objets qui l'entourent. Sa capacité d'abstraction étant encore peu développée, les objets en question doivent appartenir au réel (d'où «opération concrète»). En étendant ce modèle au domaine soignant nous pouvons mettre en lumière plusieurs implications. En effet, l'infirmier en connaissant les différents stades de développement assure une communication à l'aune des capacités de compréhension de l'enfant. Toutes les distractions employées doivent avoir, dans leur nature, la conception d'âge et de degrés de développement cognitif pour maximiser les chances de résultat sur l'enfant.

Il en est de même pour la douleur qui, chez le pré-adolescent, ne s'exprimera pas de la même manière qu'au stade des opérations formelles. La douleur sera localisée, quantifiée mais son expression restera conditionnée par de nombreuses variables (expériences passées, environnement, origine socio-culturelle...).

3/ LA DOULEUR

3.1/ Définition

La définition la plus largement reconnue est celle de l'IASP² qui l'explique comme étant «*une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion*».

La douleur procédurale va provoquer un panel de complications que le soignant doit dépister.

3.1.1/Manifestations et conséquences motrices³

Les cris, les pleurs, les grimaces et le faciès expressif sont les premiers témoins d'une douleur. Viennent ensuite une certaine agitation, une crispation et une hypertonie. L'enfant peut se rétracter et protéger de manière catégorique la zone douloureuse.

3.1.2/ Conséquences neurovégétative²

1 Pédiatrie, par Antoine Bourrillon, Jean-Pierre Chouraqui, Michel Dehan, Joël Lechevallier Collaborateur Collectif, Publié par Elsevier Masson, 2008, page 721-723

2 International Association for Study of pain, 1988

3- Dr Jean-Louis CHABERNAUD, [en ligne] *Conséquences de la douleur chez l'enfant*, www.urgence-pédiatrique.com, consulté le 17 mai 2009.

Au niveau circulatoire :

- tachycardie
- hypertension artérielle
- augmentation de la pression intracrânienne

3.1.3/ Au niveau respiratoire

- polypnée
- modification du rythme ventilatoire (La mesure de l'oxymétrie peut montrer un certain degré de désaturation)
- L'enfant peut avoir une hypersudation en conséquence de ces nombreux signes ainsi qu'un changement de teint (pâleur) évoquant son état de mal-être.

Notons que la douleur par excès de nociception se distingue de la douleur neuropathique. La première résulte d'un excès de stimulation douloureuse tandis que la seconde est liée à une lésion du système nerveux. Il faut aussi distinguer la douleur chronique, qui est par convention supérieure à six mois, de la douleur aiguë qui elle ne peut excéder trois à six mois. Dans le cadre du sujet c'est la douleur aiguë par excès de nociception qui sera développée.

Enfin, sont combinées à la perception sensorielle, d'autres composantes intrinsèquement liées à la douleur. Il s'agit de la composante cognitive (processus d'attention, d'anticipation, mémoire d'expériences douloureuses antérieures), comportementale (manifestations verbales et non verbales observables, plaintes) et celle qui conditionne l'humeur : l'émotion.

Elle confère à la douleur un caractère désagréable, pénible, difficilement supportable qui retenti sur l'individu. C'est cet élément affectif qui conditionnera la répercussion anxieuse chez l'enfant.

4/ ANXIETE

4.1/ définition

L'anxiété et la douleur sont étroitement liées, leur racine étymologique est commune, et provient du sanscrit *amhas*¹ qui signifie l'étroitesse. C'est le latin qui va les séparer et donner deux mots distincts.

Ainsi, l'anxiété est définie par le CNRTL² comme : « *État de trouble psychique, plus ou moins intense et morbide, s'accompagnant de phénomènes physiques (comportement agité ou immobilité complète, pâleur faciale, sueurs, irrégularités du rythme cardiaque, sensation de constriction épigastrique, spasmes respiratoires), et causé par l'appréhension de faits de différents ordres* ».

L'auteur précité³ ajoute, à mon sens une précision majeure : « *dans l'anxiété existe une une*

1 Dominique Servant *Gestion du stress et de l'anxiété* édition: 2 publié par Elsevier Masson, 2007 page 4

2 Centre National de Ressources Textuelle et Lexicale [en ligne] consulté le 25 mai 2009 disponible sur <http://www.cnrtl.fr>

3 Dominique Servant *Gestion du stress et de l'anxiété* édition: 2 publié par Elsevier Masson, 2007 page 2

attente, une anticipation de quelque événement ou série d'évènements inquiétants ».

L'expression de l'anxiété peut investir différents registres physiologiques, psychologiques, émotionnels, comportementaux. L'anxiété est donc un « *facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgences* ».

D'une manière générale distinguer les manifestations anxieuses et douloureuses est du domaine du fin observateur, pour ne pas dire impossible, tant ses caractéristiques semblent similaires. C'est en somme, le cheminement qui diffère. L'anxiété précède le geste douloureux par anticipation. Cette dernière notion est elle aussi structurée, comme il a été dit en amont, par l'expérience.

4.2/ les manifestations¹

- Agitation plus au moins générale
- Respiration rapide
- Tachycardie
- Boule dans l'estomac
- Pleurs

Sans prétendre à l'exhaustivité, cet aperçu de symptômes concernant l'anxiété est la résultante du soins qui va être pratiqué. L'essence de l'anxiété repose, dans les limites du sujet, sur le principe invasif du soin pratiqué.

5/ LES SOINS INVASIFS

5.1/ Définition

Ces mots cristallisent, à eux deux, l'ambivalence de mon sujet. Comment un soin peut être invasif ? Si l'on confronte leurs champs lexicaux respectifs, il est difficile de comprendre qu'un soin (réconfort, douceur, sensibilité, assistance) soit invasif (tranchant, piqûre, douleur, transperçant).

Cet oxymore se justifie en prenant ces mots en tant qu'ensemble. Pour soigner le patient la technique du soin doit être invasive. En ce sens, le but de la technique invasive est de soigner. Donc le soignant pour soulager provoque une douleur et l'enfant peut se trouver désarçonné devant la double « fonction » du soignant. D'un côté, c'est lui qui soigne et reconforte, apaise et de l'autre il a recourt à des moyens douloureux.

Prenons ces deux mots séparément :

les soins sont définie par le CNRTL² comme : « *s'occuper de la santé, du bien-être moral ou matériel de quelqu'un. En ce qui concerne le domaine infirmier on peut compléter par : tous soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre* ».

¹Jean E. Dumas collaborateur Boris Cyrulnik, *l'enfant anxieux: Comprendre la peur de la peur et redonner courage* par publié par De Boeck Université, 2005, page 17

² Centre National de Recherche Textuel et Lexical

Invasif veut dire en médecine : « *toute méthode d'exploration ou de soins qui provoque une lésion de l'organisme* ».

Il en est souvent ainsi, et quel que soit le soin, il risque d'être perçu comme une intrusion dans l'intimité voire le corps même de l'individu.

Tous les soins invasifs sont douloureux, même si le patient semble surmonter cette douleur, Il doit être pris en charge de la même manière qu'un enfant algique. Ce qui est important d'avoir à l'esprit, c'est la mémoire que l'enfant gardera du soin.

Enfin, tous les soins peuvent être douloureux bien qu'ils ne soient pas tous invasifs au sens médical du terme.

CHAPITRE III

CADRE LEGISLATIF

1/ Douleur

La douleur concerne le rôle propre de l'infirmier comme le précise l'article R4311-2, (point 5) du code de la santé publique relatif aux actes professionnels de la profession d'infirmier qui dispose de : « participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique.. » Section 1 du code de la Santé publique relatif aux actes professionnels de la profession d'infirmier.

2/ Information et communication

L'importance de la communication et de l'information est détaillé dans l'Article 32 du Décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers : « l'infirmier informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement ».

3/ Distraction

La distraction est en conformité avec l'Article R4311-3 de la section 1 du code de la Santé concernant les actes professionnels, il dispose que l'infirmier : « identifie les besoins de la personne,[...] met en œuvre les actions appropriées et les évalue ».

CHAPITRE IV
METHODOLOGIE
DE L'ENQUETE

1/Terrain de l'enquête

Tous les secteurs de spécialité pédiatrique ne pouvaient pas entrer dans mon sujet. Il était primordial que le secteur dans lequel allait se dérouler mes entretiens accueille un large éventail d'enfants. En effet, le CHU de Brabois enfant, n'a pas de secteur dit « général » comme le CH de Neufchâteau. En prenant un secteur de pointe, trop spécialisé, l'enquête risquait de ne pas se justifier vu le nombre d'enfants accueillis dans des centres pour de courts séjours sans gravité.

L'urgence pédiatrique du CHU enfant ainsi que la pédiatrie générale du CH Neufchâteau ont un double avantage. D'un côté les urgences, elles mettent en lumière la phase aiguë de la prise en charge des enfants. C'est aussi le premier contact avec l'Hôpital et son univers (la prise en charge ponctuelle, ses pathologies majoritairement traumatique, ses soins). D'autre part, le secteur général qui aura une vision du soin dans la continuité, le répétitif.

2/ Population cible

Les personnes interrogées se composent de quatre puéricultrices (une à Brabois les trois autres à Neufchâteau) et trois infirmières (deux à Brabois, une à Neufchâteau). Je n'ai pas pu choisir la spécialité des soignants à Brabois. A Neuchâteau, la pédiatrie ne possède qu'une seule infirmière dans tout le service.

Ma démarche veut renseigner au plus près le travail de ceux qui sont potentiellement porteur d'anxiété et de « douleur » lors des soins invasif.

3/ L'outil de l'enquête¹ :

Plusieurs étapes ont ponctué la démarche de mes entretiens. Tout d'abord le choix de l'outil a été motivé par le sujet qui s'y prête volontiers. La distraction est une notion qualitative qui ne peut se chiffrer mais s'apprécier en s'appuyant sur le ressenti direct du soignant qui l'emploie. Ses doutes, ses hésitations, sa mise en œuvre ne peuvent être perçus qu'à travers un échange. C'est ainsi que j'ai choisi l'entretien semi-directif pour la proximité qu'il permet et la richesse des éléments qu'il peut potentiellement produire.

Ensuite l'élaboration du guide d'entretien a été plusieurs fois corrigés, les pré-tests produisaient des réponses trop superficielles et survolant le sujet.

Le guide d'entretien comporte 13 questions (certaines questions font l'objet de précisions et se retrouvent dédoublées)

- deux questions concernent l'expérience et la spécialité
- trois évoquent la formation
- deux sur la notion de douleur et d'anxiété
- une s'intéresse aux moyens non-pharmacologiques
- les quatre dernières concernent la distraction

¹ Annexe 4

4/ Limites

La réflexion guidée sur une question donnée est particulièrement appréciable lorsque l'interviewé garde le fil du sujet. Cette technique d'échange peut s'avérer improductive lorsque la question produit, chez le sujet questionné, un panel d'exemples ou de spéculations sur diverses situations antérieures (question 4). La réponse n'est plus exploitable et les explications peuvent s'écarter du sujet (question 6).

D'autre part, certaines questions qui peuvent sembler simples pour celui qui travaille plusieurs semaines sur le sujet mais terriblement complexes pour celui qui est auditionné. A l'instar des définitions (question 9), ou le fait de discriminer des actes (question 9) voire nuancer deux notions (question 7).

Je pense que respecter l'entonnoir est essentiel pour ne pas perturber celui qui est en face et qui reçoit. La trame doit respecter une certaine dialectique mais aussi observer une progression croissante dans la difficulté des questions. Ces deux conditions sont complexes à mettre en œuvre.

5/ Déroulement de l'enquête

Chaque terrain a été l'objet de demandes écrites de ma part aux deux directeurs des soins qui m'ont tous les deux permis cette enquête.

Tous mes entretiens ont bénéficié d'un enregistrement et toutes les personnes auditionnées ont accepté le dispositif. Les entretiens se sont déroulés dans des pièces à l'écart, sans dérangement ni interruption.

6/ Les difficultés rencontrées

Les principales difficultés se concentrent sur la formulation des questions. En effet, l'objectif était de construire des questions qui devaient mettre en lumière plusieurs éléments clés du sujet. Plusieurs questions, a posteriori, n'éclairent que trop superficiellement mon sujet ou n'ont pas obtenu la réponse attendue. Par exemple la question 4 où je n'ai pas pensé à une réponse négative.

En essayant de parvenir à l'essence de mon sujet de manière progressive certaines questions pouvaient paraître trop « évidente » comme la question 6. Pour finir, j'ai dû introduire plusieurs « biais » du fait que l'interviewé sortait complètement du sujet. Certains ont eu quelques peines à allier la distraction à la pré-adolescence ou confondaient la distraction avec avec d'autres moyens non-pharmacologiques (relaxation, présence des parents, massage...).

CHAPITRE V

ANALYSE

1/ Explication de la démarche analytique et interprétative

Chaque question va être décortiquée en regard des réponses. Cette partie va permettre un éclaircissement sur les mots clefs des réponses sans les détailler. En procédant ainsi, cela permet une meilleure compréhension des résultats, facilite la lecture ainsi que la prochaine approche à savoir l'interprétation.

Enfin, j'ai décidé d'appliquer deux modes d'analyse. Lorsque les réponses sont du domaine de la formation, je vais distinguer les réponses des puéricultrices de celles des infirmières. Si les réponses touchent plus au secteur, je confronterai les deux établissements choisis, cette approche amorcera mon analyse corrélative.

1.1 Détail de l'expérience et de la spécialité

J'ai décidé de regrouper la question un et deux ces questions renseignent l'expérience des soignants en pédiatrie et spécifient la spécialité de chacun.

L'expérience moyenne des soignants interrogés est de : 10 ans.

La plus jeune expérience est de 3 ans la plus haute est de 28 ans

Ce qui fait qu'une personne a moins de 5 ans d'expérience

Quatre ont entre 5 à 10 ans d'expérience

Une a entre 10 à 20 ans d'expérience.

Une personne a entre 20 à 30 ans d'expérience

Trois soignants n'ont pas de spécialité, quatre sont puéricultrices.

Parmi ces dernières l'expérience moyenne est de 7 ans. Toutes ont plus de 5 ans d'exercice en tant que puéricultrice. Une à plus de 10 ans.

1.2 La formation et son contenu dans la prise en charge

Toutes les soignantes interrogées ont été formées à la douleur sauf une qui dit ne pas en avoir bénéficié par choix, elle rajoute qu'elle a été sensibilisée durant sa formation initiale. Celle-ci est puéricultrice à Neufchâteau.

D'autre part aux urgences pédiatrique de Brabois cette formation est obligatoire et s'inscrit dans le projet de soin d'après une infirmière.

1.2.1 la prise en charge de la douleur après formation

Cinq soignantes affirment que cette formation leur a fait changer leur prise en charge de la douleur. Deux de ces personnes nuancent en préférant le terme de « repérer » ou « sensibilisé » plutôt que changer.

Parmi celles qui témoignent d'un changement de prise en charge, il s'avère qu'une infirmière de Brabois ait hésité quelques secondes, une de ses collègues évoque l'intérêt de cette formation pour son contenu pharmacologique.

Celles qui disent que cette formation n'a rien changé évoquent le fait qu'elles connaissaient déjà la prise en charge d'une personne atteinte d'une douleur : « je travaillais déjà comme ça

avant ».L'autre personne parce qu'elle n'a pas bénéficié de cette formation.

Il y a très peu d'argument ou « d'enthousiasme » concernant cette formation. Aucun soignant n'évoque une technique bien particulière apprise lors de cette formation ou d'un moyen spécifique.

1.2.2 les moyens non pharmacologiques dans la formation¹

Il y a une double constatation. D'une part, la majorité des soignants est initiée, par le biais de leur formation, aux moyens non pharmacologiques. D'autre part, les moyens évoqués sont peu diversifiés. Les principales méthodes évoquées sont la relaxation, le jeu (sans préciser le type), cela revient chez une infirmière et trois puéricultrices. Seule une infirmière a évoqué la musicothérapie. Cependant, une puéricultrice donne plusieurs exemples en plus de ceux précités (respiration, touché, mouvement des membres, ralaxinésie).

Une infirmière interrogée a même affirmé que ces moyens n'ont pas été évoqués durant sa formation alors que ses collègues affirmaient le contraire (voir infirmière 1). Une puéricultrice a d'abord affirmé qu'elle n'en a pas bénéficié, après une relance de ma part « aucun moyens n'a été évoqués ? » Suite à une réflexion de quelques secondes elle rajoute « si, la relaxation, mais les autres je m'en rappelle plus ! » (voir puéricultrice 1).

Il apparaît que la formation ne semble pas donner des moyens non-pharmacologique diversifiés. Aucune d'entre elles n'ont fait mention à la distraction. Je n'ai pas précisé de condition d'âge afin de ne pas les limiter dans leur exemple. D'autre part, l'expérience ne semble pas jouer dans la pluralité des réponses. Toutefois, La spécialité quant à elle joue sensiblement dans la diversité des réponses, bien qu'elles bénéficient des mêmes formations sur la douleur en théorie.

Si l'on compare les réponses suivant le terrain², on peut voir que les professionnelles de Neuchateau ont plus d'exemples à fournir. On pourrait affirmer qu'ils y ont plus été sensibilisé.

Enfin, bien que la plupart de ces moyens nécessitent aucune formation, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas en parler. Si on ne renouvelle pas les informations, les soignants ne peuvent avoir tous les outils pour aider l'enfant à lutter contre la douleur.

1.3 La douleur et l'anxiété chez les pré-adolescents

Quatre soignants ont énuméré des soins invasifs, comme la prise de sang, la ponction lombaire, la sonde urinaire, le pansement. Trois infirmières ont répondu « tous » . J'ai repris la formulation pour tous les soignants en appuyant sur « types » mais cela n'a fait qu'accentuer leur formulation d'exemples. L'âge était aussi une source de difficulté pour certaines, puisqu'elle hésitaient en disant « ah oui, chez les pré-ado en plus ! » . La question avait une formulation inadéquate pour amener les soignants à parler des soins invasifs sans détailler les soins.

Cependant, ce type de formulation a permis de montrer que tous les soignants ont conscience que tous les soins peuvent être porteur de douleur et/ou d'anxiété. Aucun n'a ciblé un soin

1 Voir annexe 5

2 Voir annexe 6

particulier comme douloureux et/ou anxieux ce qui aurait eu pour conséquence d'occulter la potentialité des autres.

1.3.1/ les réactions anxieuses et douloureuse chez le préadolescent¹

Pour ne pas influencer les réponses et ne pas les avoir désordonnées j'ai posé les questions une à une, laissant le tant de réponse. S'il s'avère assez aisé de répondre à première question il semblerait plus compliqué de répondre à la seconde. Tous ont marqué un temps de réflexion avant de répondre. N'ayant pas envie de se répéter, les soignants essaient de recenser d'autres réactions que celles déjà abordées.

Deux infirmières sur trois ainsi que 2 puéricultrices sur quatre ont parlé des pleurs aussi bien pour les réactions des enfants anxieux ou douloureux. Les débats sont aussi récurrents avec la même proportion mais concerne plus les infirmières. Le refus de soin est une réaction propre à l'anxiété avec la même proportion pour les deux formations soignante (deux infirmières, deux puéricultrices). D'une manière générale, les infirmières proposent sensiblement plus d'exemple sur les réactions anxieuses mais à l'inverse semblent plus limitées sur les réactions de la douleur. Toutes les réponses concernent exclusivement le comportement.

L'exercice proposé sur la distinction s'est révélé complexe pour tous les soignants. Distinguer ces deux notions est « difficile » pour deux puéricultrices et « pas évident » pour une infirmière. Une infirmière et deux puéricultrices ont spécifié l'appartenance physique de la douleur. Parmi ces dernières, l'infirmière a spécifié le trait psychologique de l'anxiété, les puéricultrices proposent de voir l'anxiété à travers le comportement ou l'expliquent par l'appréhension. Enfin une infirmière a confié que cela se « voit ».

On a vu dans le cadre conceptuel que les deux phénomènes étaient liés. Si les soignants distinguent l'anxiété de la douleur comme ils essayaient de le faire, cela peut provoquer une interprétation de la douleur. Une douleur trop forte peut être atténuée par le soignant comme étant le fruit d'une majoration anxieuse. A l'inverse, si le soignant juge que l'enfant a une douleur importante, il peut favoriser les moyens médicamenteux pour atténuer la douleur et laisser de côté le versant anxieux. Enfin, ils distinguent l'anxiété de la douleur en leur donnant des étiologies psychologiques et physiques mais ils ne font pas cette distinction quand ils donnent leurs exemples de manifestations. En effet, on s'aperçoit qu'ils fournissent des réactions similaires pour l'anxiété et la douleur.

1.4 La hiérarchisation des moyens non-pharmacologique chez le préadolescent

La distinction pour cet item se fera à travers les deux établissements. Le premier tableau concerne les urgences pédiatriques de Brabois le second le CH Neufchâteau. Ce tableau fait mention des priorités des soignants pour l'application des moyens non pharmacologiques. Un, étant le moyen le plus utilisé.

1 Voir annexe 7

	1	2	3
Infirmière 1	Explication du soin	Distraire	Parler de ce qu'ils aiment
Infirmière 2	Idem	Musique	Relaxation
Puéricultrice 3	Idem	Rassurer	Faire diversion au moment du soin

Sur trois propositions données on s'aperçoit que l'ensemble des soignants de Brabois choisissent l'explication comme moyen prioritaire. D'emblée sans aucune information sur le sujet, une infirmière propose la distraction en seconde position et une puéricultrice en parle de façon détournée (puéricultrice 3).

	1	2	3
Puéricultrice 1	Chant	Détournement de l'attention avec question	Jeux
Puéricultrice 2	Rassurer	Explication du soin	Participation au soin
Puéricultrice 3	Présence des parents	Explication du soin	Respiration
Infirmière 4	Respiration	Parler de ses plaisirs	Jouer pour dévier l'attention

Les soignants de Neufchâteau fournissent plusieurs moyens et ceux-la sont plus diversifiés. L'âge ou la spécialité n'est pas ici un indicateur de diversification dans les moyens énoncés. Malgré la structure plus imposante tant au niveau des moyens matériels qu'au niveau scientifique, les soignants de cet hôpital local semblent, à travers cet échantillon, plus avant-gardiste sur les moyens non-pharmacologiques. A l'instar de la question six, la pré-adolescence semblait freiner les soignants dans leur réflexion : « ah, c'est pas évident à cet âge la ! » est revenu plusieurs fois.

Comparé à la question cinq sur le contenu de la formation en moyens non médicamenteux, les soignants, donnent plus d'exemples tout en ayant plus de pertinence et cela en dépit de la condition d'âge. C'est en quelque sorte, un désaveu pour la formation sur la douleur qui vise à sensibiliser les soignants sur les douleurs et leurs prises en soin. Si l'on observe toutes les réponses, on s'aperçoit que tous les outils cités sont des moyens de distractions. Cela veut-il dire qu'il y aurait une confusion entre la distraction qui le concept et ses différents moyens ? Nous le verrons dans les prochaines réponses.

1.5 Définition de la distraction pour les soignants

Les définitions sont visiblement une application aussi honnies par les soignants que de la part des étudiants. Toutes les personnes interrogées ont soit soufflé, soit répété le mot plusieurs fois ou marqué un temps de pose important (supérieur à cinq secondes).

J'avais pour objectif, en posant cette question, d'observer la compréhension de ce terme. Distraction est souvent confondue avec jeu, alors que le jeu n'est qu'un des moyens de la distraction. Le but de cette définition est de pouvoir faire dire aux soignants que la distraction joue un rôle sur l'attention.

Globalement, les soignants comprennent le concept de distraction. Une seule soignante a donné une définition pas tout à fait en lien avec le terme. Celle-ci a dit : « ce qui rend heureux l'enfant, détendu ». Trois soignantes ont clairement évoqué son action sur l'attention : « détourner son attention ». Une puéricultrice a parlé de « diversion » et les deux autres ont parlé « d'oublier le soin ».

Les soignants savent ce qu'est la distraction dans le soin, les termes sont en accord avec le cadre conceptuel. Ils sont donc à même d'appliquer une source de distraction, efficace jouant un rôle sur l'attention. C'est ce qui est attendu dans la prochaine question.

1.5.1/La source de distraction la plus utilisée¹

Cette question est en corrélation avec la question 8. En effet, cette précédente question faisait mention des moyens pharmacologiques sans en spécifier aucun. Seulement, le contenu est similaire, nous avons le critère d'âge à respecter ainsi que la source la plus utilisée. A travers cette question nous allons voir si la distraction la plus employée est en lien avec les moyens non pharmacologiques utilisés prioritairement pour lutter contre la douleur. (voir question 8). La logique voudrait que les soignantes me répètent les mêmes outils que ceux cités dans la question 8 (voir l'item 4) étant donné qu'elles m'ont détaillée que des moyens de distraction. Les soignantes m'ont tout donné des autres moyens et n'ont pas fait le lien avec la précédente question.

D'après les réponses recensées, il semble y avoir une difficulté à conceptualiser la distraction. Les moyens et la méthode sont deux choses différentes d'après les soignants. La distraction est une méthode et la « respiration » ou le « chant » par exemple sont des moyens de distraction. Les soignantes mélangent ces deux éléments et ce, quelque soit l'expérience ou la spécialité.

1.5.2/ la distraction, utile chez le préadolescence ? Pourquoi ?

J'ai choisi de regrouper la question 11 et 12. La douzième question correspondant au pourquoi de la onzième. Six soignantes ont répondu oui à cette question, une puéricultrice de Brabois était plus sceptique en déclarant que ce moyen avait une utilité limitée. Certains ont quelque fois hésité notamment une infirmière et une puéricultrice de Neufchâteau. Une infirmière a précisé « parfois moins que d'autre ». Toutefois, j'ai dû relancer plusieurs fois sur le mot « thérapeutique », il semblerait que ce mot soit exclusivement attaché, dans certains esprits, au moyen médicamenteux.

¹ Voir annexe8

Six soignantes sur sept ont affirmé que l'effet thérapeutique de la distraction était la détente et cinq soignantes ont évoqué sa capacité de lutte contre la douleur . Une soignante a trouvé que cela « dédramatise » le soin, trois soignantes ont parlé de son mécanisme sur la mémoire en disant que « ça permet un meilleur souvenir » ou « d'oublier » le soin. Une puéricultrice a même dit que cette technique permettait une résilience. Celle qui affirmait son scepticisme a quand même évoqué que lorsque la distraction est utilisée le « soin se passe mieux » et « l'enfant a un meilleur souvenir ». Une infirmière a témoigné qu'il y avait « encore du travail à faire » pour trouver des choses qui « sortent de l'ordinaire ».

En somme, tous les sujets interrogés ont des idées perspicaces sur la distraction. Tous ces effets thérapeutiques sont en lien avec le cadre conceptuel.

1.5.3/ les limites à l'utilisation de ce moyen

Les principales limites mentionnées concernaient d'une part l'enfant. S'il est « terrorisé », « inconscient », « handicapé » ou « refuse » d'après les soignantes cette technique ne peut pas être mise à profit. Ensuite, les limites concernaient la disponibilité ou la manque de matériel. Toutes ces limites sont justifiées et cohérentes mais cela prouve que les freins de la distraction sont très réduits et qu'ils ont donc un champ d'application important.

2/ SYNTHESE

La distraction en tant qu'outil de lutte contre la douleur est un concept qui semble intégré dans les esprits des soignants. Néanmoins, ses modalités d'application restent encore fluctuantes et peu diversifiées.

La spécialité et l'expérience n'ont pas montré de disparités significatives, les puéricultrices ou les infirmières témoignant les mêmes grands traits généraux, aucun élément ne pouvait souligner des différences flagrantes.

La formation sur la douleur ne donne pas les outils nécessaires aux soignants pour permettre une complémentarité essentielle aux moyens médicamenteux. Le rôle propre de l'infirmier en serait grandit sans compter le patient qui bénéficierait d'une prise en charge globale. La rationalité exacerbée par les trouvailles pharmacologiques pousse les moyens non médicamenteux au rang de sous-moyens.

D'autre part, la douleur et sa composante anxieuse sont deux éléments récurrents chez le jeune patient, ces deux composants ne peuvent être dissociés. Il s'avère que les soignants apparaissent peu avertis sur ces notions bien qu'ils aient conscience de leur importance.

D'autre part, Il apparaît une sorte de clivage dans le raisonnement des soignants. La distraction ne semble pas perçue comme un moyen non-pharmacologique. Ce constat semble assez paradoxale puisqu'ils ont, dans l'ensemble, une compréhension assez juste de la distraction. De ce fait, les soignants confondent les moyens et la méthode. Ce manque de clarté risque d'affecter la bonne application de cette méthode.

3/ Validation de l'hypothèse

Devant un constat assez mitigé entre la théorie et l'application, je ne peux valider totalement mon hypothèse. En effet, en dépit qu'une majorité probante de soignants approuve son utilité et que la littérature soit convaincante dans l'efficacité de la distraction, les modalités d'application restent fragiles. Une validation partielle de mon analyse adhère à la complexité du terrain et témoigne qu'il subsiste un travail à faire au niveau pédagogique mais aussi dans nos mentalités.

CONCLUSION

La masse d'information que procure la distraction reste encore inconsiderée. Cette technique est l'objet de recherche dans plusieurs champs disciplinaires. Que ce soit au niveau psychologique, philosophique et bien sur médical, la distraction passionne et permet de comprendre des mécanismes encore inexpérimentés. J'ai pu m'apercevoir à quel point la distraction pouvait concurrencer la douleur en terme de captation d'attention. A quel point la communication pouvait influencer le comportement de l'enfant mais aussi que l'enfant est une personne en évolution.

A côté de cela, Il demeure encore plusieurs facteurs inexplorés, notamment concernant l'environnement direct du patient. En effet, la présence des parents est primordiale durant un soin, bien qu'il est vrai, concernant ma situation, ces derniers étaient absents. Aussi, la représentation de la douleur des soignants n'a pas été évoquée. Effectivement, le déni de la douleur a ponctué mes lectures, il apparaissait comme un facteur néfaste dans la prise en charge de la douleur.

Tous ces points sont des données importantes dont la nature influe sur la prise en charge de la douleur. C'est pour cela, dans ce travail, il n'y a qu'un aspect qui aura été évoqué. Pour avoir une vision solide de tous les éléments qui conditionnent le soin et donc de sa prise en charge par le biais de la distraction, il faut analyser tous ces éléments satellites qui gravitent autour du patient.

Enfin, j'ai constaté que ce moyen est encore sous-estimé, en deçà de la taille de ses effets thérapeutiques. L'idéal serait de l'intégrer dans un projet de soin tout en l'associant dans les formations sur la douleur. Ainsi la distraction pourrait faire de nombreux émules dans les secteurs pédiatriques. Cette technique peut être le tremplin vers d'autres disciplines non pharmacologiques à l'instar de l'hypnose qui est déjà pratiqué dans des grands centres universitaire comme Rennes. De plus en plus réalisé pendant l'accouchement, l'hypnose est peut-être en passe de devenir le moyen alternatif aux médicaments d'autant plus qu'il possède un argument économique considérable.

BIBLIOGRAPHIE

1/ Ouvrages

Alison Twycross, Antony Moriarty, Tracy Betts, Chantal Wood , Prise en charge de la douleur chez l'enfant. Une approche multidisciplinaire. Publié par Elsevier Masson, 2002, 185 pages

Daniel Annequin, Stanislaw Tomkiewicz. T'as pas de raison d'avoir mal ! Le combat d'un médecin contre la douleur de l'enfant. Publié par La Martinière, 2002, 204 pages

Jean-Claude Nataf. La douleur en 200 questions. Paru en 2001. De Vecchi, 170 pages

Jean Dumas. L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage. Publié par De Boeck Université, 2005
Douleur induite, institut upsa de la douleur, 2005, 192 pages

2/ Sites internet

Didier Cohen-Salmon. [En ligne] *Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant*, février 2005, consulté en le 13 mai 2009, www.cnrd.fr

Philippe LESTAGE. [En ligne] Développement cognitif (PIAGET), consulté le 3 mai 2009
<http://www.limousin.iufm.fr/>

3/ Périodiques

Fabienne Pillet. La douleur de l'enfant, quelle réponses ? Soins (pédiatrie/puériculture). Juin 2008. N°242. 2-48

Pascale Thibault, comprendre et prévenir la douleur induite par les soins. Soins (pédiatrie/puériculture). Décembre 2006. N°233. 1-48

Lucie Méar. La douleur de l'enfant quelles réponses ? Soins (pédiatrie/puériculture). Février 2009. N°246. 2-48

