

Mémoire de fin d'études

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

**Les méthodes psychocorporelles pour
prendre en charge l'anxiété liée à la
douleur lors des soins**



NOTE AUX LECTEURS

Je soussigné(e) :

Monsieur Madame

- Nom DEZIER.....
- Prénom Océane.....

Certifie que le contenu de ce mémoire est le résultat de mon travail personnel.

Je certifie que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, cités, mentionnés dans la partie référence.

Je certifie enfin que ce mémoire, totalement ou partiellement, n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité.

Signature originale du candidat

A handwritten signature in black ink on a light green background. The signature is stylized and appears to be 'DEZIER Océane'.

REMERCIEMENTS

L'élaboration d'un mémoire demande plusieurs mois de travail durant lesquels on rencontre un certain nombre de personnes qui vont nous aider, nous soutenir, nous guider et même nous supporter pour rédiger ce mémoire. Il est donc normal de commencer par remercier toutes les personnes sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Je tiens à remercier Madame Nathalie LABIGNE, ma directrice de mémoire pour le temps qu'elle m'a accordé et toutes les réponses qu'elle a pu me donner lors des moments de doutes. Merci pour les précieux conseils que vous avez pu me donner tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Merci à l'équipe pédagogique de l'IFSI¹ de LISIEUX et aux intervenants pour toutes les connaissances qu'ils ont partagé et qui m'ont permis d'aboutir à la rédaction de mon mémoire.

Je souhaite également remercier l'équipe de l'HDJ² pédiatrique et de l'unité saisonnière pédiatrique du CHU³ de Rouen de s'être montrée aussi disponible et accessible. Merci à Mesdames Anne ABRAHAM et Géraldine DESIRE d'avoir répondu à mon questionnement et à mes interrogations avec tant de pertinence.

Merci à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer ou contacter qui ont pu orienter mes recherches, ou améliorer mes pratiques en tant que future soignante.

J'adresse également mes remerciements à Madame Anne-Marie BRADIC pour tout ce qu'elle m'a apporté lors de ma scolarité et pour le temps qu'elle m'a accordé cette année.

Merci à ma famille et à mes amis de m'avoir soutenue pendant ces trois années d'études. Merci à Quentin pour m'avoir répété un nombre incalculable de fois « qu'il n'y a pas que le mémoire dans la vie » ce qui m'a permis de détourner mon attention de mon mémoire.

Enfin, merci à tous ceux qui de près ou de loin ont participé de différentes manières à l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude.

Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

¹ IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

² HDJ : Hôpital De Jour

³ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

« Lorsqu'on soigne les enfants, il faut se rappeler de ce qu'ils peuvent se rappeler »

Carl L. Von Bayer

« Qui craint de souffrir souffre déjà de ce qu'il craint »

Montaigne

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Situation d'appel	1
2. Motivations	2
A. Professionnelles	2
B. Personnelles	2
QUESTIONNEMENT	4
1. Questions suggérées par la situation	4
2. Question de départ	5
CADRE CONCEPTUEL.....	6
1. L'enfant	6
A. Le développement psycho-cognitivo-affectif de l'enfant	6
B. La législation	10
C. L'enfant hospitalisé	11
2. Les soins douloureux	13
A. La douleur	13
B. Les soins douloureux	14
C. La mémoire de la douleur	15
D. La prise en charge de la douleur	17
3. Les méthodes psychocorporelles	21
A. L'évolution des pratiques	21
B. Définitions	22
C. La sophrologie	23
D. La relaxation	23
E. Les massages de confort	24
F. L'art-thérapie	24
G. L'hypnose	24
H. La distraction	25
INVESTIGATION EXPLORATOIRE	27
1. Le choix de la méthode	27
2. Les difficultés rencontrées	27
3. L'analyse	28

A. L'enfant et son hospitalisation	28
B. La douleur lors des soins	29
C. Les méthodes psychocorporelles	29
PROBLÉMATIQUE.....	31
QUESTION DE RECHERCHE	33
CONCLUSION	34
1. Positionnement professionnel	34
2. Ouverture	34
BIBLIOGRAPHIE	35
LISTE DES ANNEXES	I

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

CHEOPS : Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRP / Quick CRP : Protéine C Réactive / Examen rapide de la Protéine C Réactive

DAN : Douleur Aigüe du Nouveau-né

EDIN : Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

FLACC : Face - Legs - Activity - Cry - Consolability

HDJ : Hôpital De Jour

IASP : International Association for the Study of Pain

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

NFCS : Neonatal Facial Coding System

Ops : Objective Pain Scale

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PIPP : Premature Infant Pain Profile

INTRODUCTION

1. Situation d'appel

Lors d'un stage aux urgences pédiatriques, j'ai eu à prendre en charge Estéban, un enfant de 6 ans amené aux urgences pédiatriques par sa maman, pour une fièvre et une toux grasse depuis 24 heures.

Pendant son accueil, l'équipe a appris qu'Estéban a été hospitalisé il y a trois ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital pour un asthme. Il a très mal vécu cette hospitalisation et a été très perturbé par les différents soins qui lui ont été administrés. Après cette hospitalisation, Estéban a fait une dépression pour laquelle il y a eu un suivi psychologique. Cette information a été vérifiée par le pédiatre présent dans le service. Depuis cette hospitalisation, Estéban a très peur des blouses blanches, ce qui complique tout soin intra ou extra hospitalier.

Suite à un examen clinique, l'interne prescrit une Quick CRP⁴. Alors que j'entre dans le box, je remarque qu'Estéban est très anxieux, il pleure et est blotti contre sa maman. Je tente de lui parler et de lui expliquer pourquoi je suis là, mais l'enfant est fermé à la communication. Alors que je tente d'expliquer le soin au patient, j'ai utilisé le terme « pic », mais cela a accru son angoisse et Estéban a été d'autant plus fermé à la discussion.

J'essaye, avec l'aide de sa maman, de calmer Estéban, qui arrive à se détendre un petit peu. Je tente de prendre sa main pour effectuer la Quick CRP, mais il se remet à crier au moment où je le touche. La maman d'Estéban commence à se fâcher en lui disant que son attitude est ridicule, ce qui augmente l'angoisse de l'enfant. L'aide-soignante demande alors à la maman si cela la dérange si on maintient Estéban le temps de l'examen. La maman répond que non puisque elle aussi n'arrive pas à calmer son fils. L'aide-soignante maintient alors Estéban qui se débat tout de même. Alors, j'ai pu réaliser le soin. Après avoir obtenu les résultats de la Quick CRP, l'interne prescrit à Estéban deux aérosols. A nouveau, il est retissant au soin, mais ne pleure plus. Lorsque j'entre dans le box, l'enfant remarque mon nom sur ma blouse. Il me dit que j'ai le même prénom que sa sœur. Je profite de cette opportunité que m'offre Estéban afin de continuer à parler avec lui et ainsi le faire collaborer au soin.

A distance du soin, je discute de cette prise en charge difficile avec une infirmière puéricultrice. Là, elle me parle des « boîtes magiques » et me conseille de les utiliser la prochaine fois que la prise en charge d'un enfant anxieux et retissant aux soins se présente. Je lui réponds que je ne connais pas ces boîtes, ni leur intérêt. C'est alors qu'elle m'explique que les boîtes magiques sont de grandes boîtes contenant des jouets correspondant à des

⁴ CRP : Protéine C Réactive / Quick CRP : Examen rapide de la Protéine C Réactive

tranches d'âge différentes. Lorsqu'un enfant retissent aux soins arrive, il faut lui proposer un jouet qu'il gardera jusqu'à la fin de la prise en charge. Ainsi, le jouet détourne son attention et l'enfant accepte plus facilement le soin.

Je ne me suis pas sentie à l'aise pendant ce soin car je ne savais pas de quelle manière réagir face à l'angoisse d'Estéban. J'ai ressenti un malaise lorsque la maman de l'enfant a commencé à se fâcher car je ne savais pas comment gérer sa colère en plus de l'angoisse de l'enfant que j'avais du mal à prendre en charge. Enfin, il n'est pas agréable de maintenir un enfant afin de le contraindre au soin. Cette prise en charge a heurté mes valeurs telle que la liberté, et ne correspond pas à ma vision d'un soin, car, de mon point de vue, un soin de qualité est un soin durant lequel le patient est acteur du soin en y adhérant et en y collaborant. Aussi, j'estime que contraindre une personne à un soin n'est pas agréable ni pour le soigné ni pour le soignant.

Ce type de prise en charge est récurrent dans les services de pédiatrie ou d'adulte car nous sommes régulièrement confrontés à l'anxiété de patient face aux divers soins à administrer, et cette anxiété peut souvent entraîner une opposition aux soins.

2. Motivations

A. Professionnelles

Cette situation est transposable dans les services d'adultes. Il sera possible de rencontrer la problématique de l'anxiété, de l'angoisse face au soin, ou encore celle du refus de soin chez le sujet adulte, âgé, dément, et/ou atteint de psychopathologie.

L'anxiété et l'angoisse chez un patient sont des émotions récurrentes dans les services de soins. Ce type de situation est fréquent dans la prise en charge des patients hospitalisés, ou au service d'urgence.

B. Personnelles

Ce sujet est en lien avec mon projet professionnel qui est la pédiatrie et la prise en charge des enfants dans les services de soin.

Cette thématique me permettra de réfléchir à mon positionnement en tant que personne et en tant que future professionnelle de santé. Aussi, cela me permettra de mieux adapter ma communication aux différentes personnes rencontrées lors de mon parcours professionnel.

Enfin, je ressens un soin fait dans la contrainte comme un soin inachevé heurtant mes valeurs de respect de la parole, ainsi que du positionnement et du choix de la personne soignée. Il me semble donc intéressant de travailler sur cette problématique récurrente qu'est l'anxiété face au soin afin d'être mieux armée dans l'avenir face à une situation similaire.

Enfin, de mon point de vue, un soin de qualité est un soin qui allie une bonne technicité et une bonne communication avec le patient afin d'être attentif à son bien-être, et ainsi avoir face à soi un patient adhérent et collaborant à ce soin.

Ainsi, cette situation qui m'a posé problème a suscité un questionnement.

QUESTIONNEMENT

1. Questions suggérées par la situation

- Peur, angoisse de l'enfant
 - Qu'est-ce qui a déclenché la peur, la colère chez cet enfant ?
 - Pourquoi cet enfant a-t-il mal vécu cette hospitalisation antérieure ?
 - Pourquoi l'enfant a-t-il été fermé à la communication dès mon arrivée dans le box ?
 - Comment faire adhérer un enfant aux soins sans provoquer une angoisse ?
 - Par quel(s) moyen(s) peut-on gérer l'angoisse d'un enfant face au soin ?
 - Quelles sont les conséquences d'une hospitalisation pour un enfant ?
 - Par quels moyens limiter les conséquences négatives de l'hospitalisation chez un enfant ?

- Acceptation du soin
 - Quel est l'évènement déclencheur de l'acceptation du soin à posteriori de la Quick CRP ?
 - Tous les soins ont-ils le même degré d'anxiété, d'acceptation du soin ?
 - Par quel(s) moyen(s) aurai-je pu faire accepter plus facilement le soin à l'enfant ?

- La place des parents dans la prise en charge de l'enfant
 - Pourquoi la maman a-t-elle réagit de cette manière ?
 - Quelles sont les conséquences pour l'enfant ?
 - Comment, par quel(s) moyen(s) aurai-je pu l'inclure dans le soin et dans toute la prise en charge de son enfant ?
 - La maman a-t-elle rassuré son fils entre les deux soins ?
 - Jusqu'où inclure les parents dans la prise en charge de leur enfant ?
 - Par quel(s) moyen(s) peut-on inclure les parents dans les prises en charges pédiatriques ?
 - Dans quelle mesure la participation des parents dans la prise en charge de leur enfant peut-il lui être bénéfique ?

- La contrainte dans le soin
 - La contrainte était-elle obligatoire dans cette situation ?
 - Quelle(s) alternative(s) à la contrainte aurai-je pu mettre en place ?
 - Comment réaliser une approche corporelle et/ou instaurer une communication avec un enfant qui y est complètement fermé ?
 - Quelles sont les conséquences à moyen et long terme de la contrainte chez un enfant ?

- La distraction
- Qu'est-ce que la distraction dans le soin ?
- Quels types de distraction aurais-je pu mettre en place dans cette situation ?
- Les « boîtes magiques » sont-elles des méthodes distractives ?
- A quelle fréquence les « boîtes magiques » sont-elles utilisées dans ce service de pédiatrie ?
- Comment les infirmières en pédiatrie gèrent-elles ce type de situation ?
- Quels sont les méthodes distractives utilisées en pédiatrie ?
- A quelle fréquence sont-elles utilisées ?
- Dans quelle(s) situation(s) les utilise-t-on ? Pourquoi ? Comment ?
- A quoi servent les méthodes distractives ?

Suite à ce questionnement, j'ai pu dégager une question de départ.

2. Question de départ

En quoi les méthodes psychocorporelles utilisées par les infirmières en pédiatrie auprès d'un enfant hospitalisé peuvent aider à la réalisation des soins douloureux ?

Afin de répondre à cette question, nous allons dans un premier temps parler de l'enfant, de son développement, de son hospitalisation et la législation qui est en lien avec cette hospitalisation. Dans un second temps, nous étudierons la douleur et les soins douloureux en pédiatrie. Dans une troisième partie, nous verrons de quelle manière il est possible de prendre en charge la douleur à l'aide des méthodes psychocorporelles. Enfin, nous irons observer les pratiques dans les services de pédiatrie avec le point de vue de deux infirmières.

CADRE CONCEPTUEL

1. L'enfant

A. Le développement psycho-cognitivo-affectif de l'enfant

a. L'enfant

L'enfant est un être humain pendant la période de l'enfance, c'est-à-dire de la naissance à la puberté. Afin de le comprendre, il est important de détailler les différents stades par lesquels il passe lors de cette enfance, ces stades étant ceux du développement psychomoteur.

Le développement psychomoteur représente l'ensemble de l'organisation et de la mise en place des fonctions psycho-affectives, intellectuelles, et motrices de l'enfant. Ces fonctions sont intimement liées.

b. Le développement moteur de l'enfant

Le développement moteur est l'apparition et l'évolution naturelle des compétences motrices de l'être humain. Lors de sa croissance, l'enfant passe par différents stades de développement moteur.

À la naissance, un enfant a des réflexes archaïques. C'est le premier stade de développement. Ces réflexes regroupent le réflexe de Moro, la marche automatique, le grasping-reflex, le réflexe de succion-déglutition, et le refoulement de la langue. Ces réflexes permettent d'évaluer l'évolution du système nerveux central. Les réflexes archaïques disparaîtront lors de l'évolution motrice. Seul le réflexe de succion-déglutition perdurera.

Avec la croissance, les stades vont évoluer dans le but de tendre vers une motricité fine et volontaire. Afin de faciliter la compréhension, j'ai choisi d'expliquer les différents stades de développement grâce à un tableau.

AGE	STADE DE DÉVELOPPEMENT
1 mois	<ul style="list-style-type: none">-Lève la tête de temps en temps-Serre un doigt dans sa main-Réagit au bruit-Emet des sons-Suit des yeux un objet
2 mois	<ul style="list-style-type: none">-Disparition des réflexes archaïques-Retient sa tête en position assise et la garde droite quelques secondes-Soulève sa tête et ses épaules sur le ventre-Se tourne sur le côté et sur le dos lorsqu'il est allongé

3 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Maintient sa tête droite en position assise -S'appuie sur les avant-bras en position allongée -A des mouvements involontaires avec un hochet -Tourne la tête pour suivre un objet
4 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Soulève la tête et les épaules lorsqu'il est sur le dos -Secoue le hochet en le regardant
5 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Se tient assis avec un léger soutien -Ramasse un objet à portée de main -Tend la main vers un objet offert
6 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Supporte une partie de son poids s'il est tenu verticalement -Reste assis de longs moments avec soutien -Attrape un anneau d'une main lorsqu'il est assis
7 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Se tient assis sans soutien de courts moments -Passe un jouet d'une main à l'autre -Soulève une tasse par l'anse -Vocalise plusieurs syllabes
8 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Se redresse jusqu'en position assise -Se retourne du dos sur le ventre -Se sert de la pince (pouce-index)
9 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Se tient debout avec appui -A des mouvements de marche lorsqu'il est soutenu sous les bras
10 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Se met debout seul
12 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Marche la main tenue -Se baisse pour ramasser un jouet lorsqu'il est debout -Gribouille après démonstration -Dit trois mots
15 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Marche seul -Monte un escalier à quatre pattes -Gribouille lorsqu'on lui demande -Dit cinq mots
18 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Pousse un ballon au pied -Monte un escalier une main tenue -Tourne les pages d'un livre -Nomme ou montre quelques images
21 mois	<ul style="list-style-type: none"> -Descend un escalier une main tenue -Fait une tour avec cinq cubes -Montre cinq parties du corps sur une poupée
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> -Monte et descend seul les escaliers -Essaie de plier un papier en deux

	<ul style="list-style-type: none"> -Se nomme par son prénom -Fait des phrases de plusieurs mots
De 2 ans ½ à 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> -Essaie de se tenir sur un pied -Porte un verre d'eau -Pédale su un tricycle -Se déshabille seul -Mange seul -Saute sur place
De 3 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> -Sait mettre ses boutons -Est constamment en mouvement
De 4 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> -Saute sur un pied -S'habille seul -Écrit son nom et quelques autres mots -Ajoute des détails à ses dessins
De 6 à 9 ans	<ul style="list-style-type: none"> -Amélioration du sens de l'équilibre -Écrit des lettres -Effectue des mouvements fins -Habilité dans les activités manuelles

c. Le développement psychoaffectif de l'enfant

Le développement psychoaffectif de l'enfant regroupe les différents stades qui consistent en un processus de constitution et de maturation psychique par lequel l'enfant passe jusqu'à l'âge adulte. C'est au travers des travaux de recherche en psychologie que S. Freud a reconnu que les stades de l'enfance ont leur importance dans la structure de l'individu.

S. Freud a décrit cinq phases libidinales lors du développement psychoaffectif. Ces phases se déploient en même temps que l'individu.

Le premier stade qui recouvre la première année de vie est le stade oral. Lors de ce stade, la source pulsionnelle (aussi appelée zone érogène) est la région de l'appareil digestif qui débute de la zone bucco-labiale jusqu'à l'estomac, en incluant le carrefour aéro-digestif. Elle comprend aussi les organes de phonation et sensoriels, notamment visuels et tactiles. L'objet pulsionnel est symbolisé par le sein de la mère ou son substitut ; la fonction alimentaire sert alors de médiateur à la relation mère-enfant. Le but pulsionnel est double. Premièrement, un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène. Deuxièmement, par un désir d'assimilation d'objet. Enfin, vient le sevrage, période de conflit relationnel liée à la diversification de l'alimentation.

Durant la deuxième année de vie, il y a le stade anal. C'est une année consacrée à a maîtrise ou à l'emprise. À ce stade, la source pulsionnelle est située au niveau de la muqueuse

ano-recto-sigmoïdienne, voire à toute la muqueuse digestive. Le but pulsionnel est double, il passe par la stimulation de la source pulsionnelle grâce aux selles, et la recherche de pression relationnelle sur les personnes et les objets. C'est une période d'ambivalence qui permet à l'enfant de mettre en place une barrière entre l'intérieur et l'extérieur, le soi et le non-soi.

Puis, vient le stade phallique pendant la troisième année de vie. C'est une période d'affirmation de soi. La source pulsionnelle est l'urètre avec le contrôle du sphincter et le plaisir de la miction et de la rétention. De même qu'au stade anal, il y a un double but pulsionnel avec une dimension auto-érotique (dans le fait d'uriner ou de retenir), et une dimension objectale (liée à la masturbation infantile). C'est pendant ce stade que l'enfant exprime sa curiosité sexuelle en prenant conscience de la différence anatomique des sexes, et construit des théories sur la fécondation et la naissance.

Suit la période Œdipienne entre les 4 et 7 ans de l'enfant. C'est une phase durant laquelle l'enfant apprend à canaliser ses pulsions et à renoncer à ses désirs, notamment l'interdit de l'inceste.

Puis, vient la période de latence entre 7 et 12 ans. C'est une période bénéfique qui permet à l'enfant de se socialiser et de se détourner de ses buts pulsionnels primitifs.

Enfin, lors de la puberté et de l'adolescence, on ne parle plus de stade, mais de crise qui clôture la période de latence. C'est une phase de transition lors de laquelle un individu passe de l'enfance à l'âge adulte. Il y a un retour du refoulé et des intérêts et pulsions sexuelles. Il s'agit d'un moment de changement dans la vie d'un individu, durant laquelle il devra s'adapter à ces changements et les intégrer dans la représentation qu'il a de lui, et assumer son identité sexuelle.

d. Le développement cognitif de l'enfant

De même que pour le développement affectif un théoricien, J. Piaget, a travaillé sur le sujet. Il a donc décrit différents stades de développements cognitifs, ou développement de l'intelligence.

Les grands stades de développement selon J. Piaget sont : l'intelligence sensori-motrice de 0 à 2 ans, divisée en six sous stades, la période des opérations concrètes de 2 à 12 ans, divisée en deux sous-groupes, et la pensée formelle de 12 à 16 ans.

Le stade de l'intelligence sensori-motrice est axé sur la perception et l'action ; l'enfant fait des expériences et perçoit les limites de son corps. Il commence à faire des liens entre actions et résultats. C'est la période sans langage.

Le stade des opérations concrètes comprend deux sous-groupes. L'intelligence préopératoire, de 2 à 7 ans, pendant laquelle l'enfant fait des liens entre objet et symbole, c'est à ce moment qu'il développe le langage, l'imitation et le dessin. L'intelligence des opérations

concrètes, de 7 à 12 ans, pendant laquelle la pensée devient logique, les notions de temps et d'espace se précisent.

Lors du stade de l'intelligence des opérations formelles, à partir de 12 ans, l'adolescent réfléchit à des concepts abstraits, il débute l'autocritique.

B. La législation

Afin de prendre en charge l'enfant et sa douleur, divers textes légaux ont été rédigés (loi, circulaire, charte,...).

L'article 3 de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à l'accès des soins, rappelle que tout malade doit avoir accès à des soins de qualité et aux traitements efficaces. Ainsi, le soignant doit prendre en compte la douleur du patient liée aux soins, ou aux investigations. Il régit aussi le droit à l'information du patient sur son état de santé portant sur les investigations, les traitements ou actions de prévention, leur utilité et leurs conséquences.

L'article L.110-5 du Code de la Santé Publique explique que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ».

La charte de la personne hospitalisée précise que le soignant doit prendre en charge la douleur physique ou psychologique de la personne.

La déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe prend en compte l'évolution des données scientifiques et invite les soignants à prendre connaissance de ces données et à se former en ce sens.

Les articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de la Santé Publique reprennent les actes, missions et rôles infirmiers. Ils reprennent que l'IDE⁵ se doit de prendre en soin la personne et de prendre en charge sa douleur, le respect des protocoles et le travail en collaboration. Ils régissent également le rôle de l'IDE en reprenant les soins du rôle propre, du rôle sur prescription, du rôle sur prescription avec la présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment.

La prise en charge de la douleur est aussi un problème de santé publique puisque trois plans de lutte contre la douleur se succèdent. Le premier plan 1998-2000, qui s'articule autour de la prise en compte des besoins du patient, du développement de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé, et de la formation des professionnels. Le deuxième plan 2002-2005, qui a pour objectif de renforcer le rôle des soignants à prendre en charge la douleur provoquée par les soins et d'amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur. Le troisième plan 2006-2010, qui prend en

⁵ IDE : Infirmière Diplômée d'État

compte l'amélioration des modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité, l'amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé, et l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment les enfants.

À ce jour, le gouvernement parle de la mise en place d'un quatrième plan de lutte contre la douleur 2013-2016 qui aura pour but d'améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours, et d'aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

Un texte est spécialisé pour la prise en charge de l'enfant : la «Charte de l'enfant hospitalisé », signée par douze pays d'Europe (voir annexe X). Elle met l'accent sur la prise en charge de la douleur de l'enfant, et le droit à la présence des parents pendant le temps d'hospitalisation.

La circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 favorise la présence des parents lors des soins.

Ainsi, de nombreux textes à portée légale demandent de prendre en charge la douleur de l'enfant, en prenant en compte la prévention de la douleur induite par les soins.

C. L'enfant hospitalisé

a. Les particularités de prise en charge de l'enfant

La prise en charge d'un enfant est particulière et chaque moments auprès de l'enfant doit être propice à un type de communication qui favorise la relation de confiance. La première étape de la prise en charge de l'enfant est son accueil. Le soignant qui le prend en charge doit présenter une attitude qui va montrer sa capacité à être à l'écoute et à se montrer disponible. L'enfant et ses parents ont besoin de la présence de l'IDE et qu'elle puisse répondre à leur question de façon adaptée. Il est également important d'expliquer à l'enfant les soins, et ce que l'IDE fait. Elle se doit également de respecter au mieux le rythme et favoriser le repos et le sommeil de l'enfant lorsqu'elle doit pratiquer des soins.

Aujourd'hui, les prises en charges sont également accès sur l'entourage de l'enfant, ce qui permet de satisfaire les besoins sociaux et affectifs du jeune patient.

Les enfants ne sont pas considéré comme apte à prendre des décisions sur sa santé jusqu'à l'adolescence et d'être en capacité de juger dans l'abstrait (environs 14 ans). C'est pour cette raison que les consentements viennent des parents. En cas de refus de soin, il appartient au rôle propre IDE de mettre en œuvre des actions afin d'obtenir l'accord de l'enfant.

b. Les conséquences de l'hospitalisation

Chaque enfant est unique. Cependant, face à la maladie et à l'hospitalisation, chaque enfant peut réagir de façon propre à lui-même, mais aussi de façon commune, liée à l'enfance. Comme réaction commune, nous pouvons compter l'angoisse. Cette angoisse est provoquée par les ruptures liées à l'hospitalisation comme la séparation de sa famille, le milieu médical qui l'écarte de son monde d'enfant, l'éloignement du domicile dans lequel il a ses habitudes de vie. Toutes ces séparations introduisent l'enfant dans une insécurité angoissante. « *L'enfant est [...] plongé dans un milieu hostile, étranger, alors qu'il traverse une période déjà difficile pour lui* »⁶. En revanche, l'enfant n'angoisse pas par rapport à sa maladie, tant qu'il n'en comprend pas le fonctionnement ou la gravité. Il perçoit néanmoins l'inquiétude de ses proches.

Lorsqu'un enfant est malade, il n'intègre pas la conception de la maladie, mais elle le fait culpabiliser.

L'enfant conserve un souvenir plus ou moins positif de sa maladie et du vécu de son hospitalisation. « *[...] les douleurs physiques occasionnées par la maladie laissent des traces dans la mémoire affective.* »⁷

Puis, chaque enfant peut avoir une réaction propre à lui face à l'hospitalisation. D'après certains auteurs, il ne serait pas possible d'énumérer toutes les réactions spécifiques des enfants face à l'hospitalisation. En revanche, parmi ces réactions, nous pouvons dégager les plus fréquentes : « *l'agressivité, la passivité, la tristesse, les pleurs, les régressions à des stades antérieurs, l'anorexie, [...]* »⁸. Il est important de rappeler que ce n'est pas parce qu'un enfant ne réagit pas à son hospitalisation qu'il n'en est pas affecté. C'est en fonction du contexte, de son éducation, et de ces habitudes de vie qu'un enfant réagira plus ou moins violemment à son hospitalisation. « *Chez le même enfant, le seuil de tolérance peut varier d'une hospitalisation à l'autre.* »⁹ C'est alors qu'il devient important d'observer et d'être attentif aux potentielles réactions de l'enfant face à la maladie et à l'hospitalisation afin d'adapter la prise en charge de cet enfant, les soins, et aussi sa communication.

Lors d'une hospitalisation, un enfant peut donc éprouver de l'inquiétude ou encore de l'anxiété. Ces sentiments peuvent être dus à la maladie en elle-même, la fatigue, ou encore les situations douloureuses. Lors d'une hospitalisation ou d'un soin, l'anxiété est constamment présente chez l'enfant, mais de manière différente, à différents degrés. Elle sera plus forte si l'enfant a déjà vécu une ou plusieurs situations douloureuses ou gênantes. C'est pour cette

⁶ FORMARIER, Monique. *L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers*. 1984

⁷ Ibid

⁸ Ibid

⁹ Ibid

raison qu'il est indispensable de repérer l'anxiété et de l'évaluer. Il existe des échelles d'évaluations de l'anxiété comme l'échelle m-YPAS qui évalue l'anxiété opératoire, il est aussi possible d'utiliser l'EVA¹⁰ ou une EN¹¹. Cette évaluation est un appui pour la communication avec l'enfant, ce qui permet d'instaurer une relation de confiance et de diminuer l'anxiété.

Un enfant anxieux à cause d'un soin à venir peut être agité lors de ce soin, c'est pourquoi certains soignants peuvent avoir recours à la contention. Cette contrainte peut être vécue de façon très agressive pour l'enfant, cela aura donc un impact sur le comportement de l'enfant pendant le soin et entrainera une vision négative du soin.

2. Les soins douloureux

A. La douleur

En 1976, l'IASP¹², a défini la douleur comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentiellement décrite en terme évoquant une telle lésion* »¹³.

Il existe différentes composantes à la douleur. Une composante sensori-discriminative, autrement dit les mécanismes neuropsychologiques qui permettent de décrire les messages nociceptifs (qualité, durée, évolution, intensité, localisation). Une composante cognitive qui reprend les processus mentaux permettant d'adapter les réactions comportementales liées à la perception de la douleur. Une composante comportementale regroupant les manifestations que l'on peut observer chez une personne qui souffre, ces manifestations verbales ou non sont des réponses à la douleur ressentie, généralement proportionnelle à celle-ci. Enfin, une composante affectivo-émotionnelle relative à l'impact de la douleur sur l'individu, qui joue un rôle dans la mémorisation de la douleur, qu'elle soit implicite ou explicite.

Chaque individu a un seuil de tolérance différent à la douleur qui est subjective. Nous pouvons remarquer que les enfants plus jeunes ressentent une douleur plus prononcée que les enfants plus âgés.

Il existe plusieurs types de douleur : les douleurs aiguës, les douleurs chroniques et les douleurs liées aux soins.

¹⁰ EVA : Échelle Visuelle Analogique

¹¹ EN : Échelle Numérique

¹² IASP : International Association for the Study of Pain

¹³ MALAQUIN-PAVANT, Evelyne. *La douleur liée aux soins, définition et aide au dépistage*. 2010.

B. Les soins douloureux

Nous pouvons remarquer différentes douleurs liées aux soins : la douleur provoquée, la douleur iatrogène et la douleur induite. Il est important pour tout soignant de reconnaître la douleur liée aux soins, de la distinguer et de ne pas la banaliser.

« La douleur iatrogène signifie « provoquée par le médecin ou le traitement médical », qualifie la situation où le phénomène observé n'est pas intentionnel. [...] Ce type de douleur étant souvent de fréquence aléatoire, sa prévention n'est pas facile à réaliser. »¹⁴

« La douleur provoquée désigne habituellement les manœuvres volontaires effectuées lors d'un examen clinique, dans un contexte pathologique ou physiologique défini, à la recherche de signes particuliers. [...] La démarche du professionnel est intentionnelle. »¹⁵ De ce fait, l'objectif du soin est d'induire une douleur volontairement afin d'en rechercher le seuil, ou de la reproduire afin de poser un diagnostic.

« La douleur induite qualifie un type de douleur aiguë. Il s'agit d'un contexte de soin où la douleur est prévisible, fréquente, de durée limitée, associée à un geste ou un soin qui doit être réalisé pour le bien du patient. »¹⁶ Ce type de douleur n'est pas lié directement à la pathologie de la personne, mais est causé par le matériel, ou encore par les manipulations.

Les principales causes de douleurs induites sont aujourd'hui identifiées. Nous pouvons alors reconnaître une évaluation de la douleur inefficace, des défauts d'organisation du soin, l'inadaptation des locaux et du matériel utilisé, un déficit de la relation soignant-soigné qui altère le lien de confiance, ou encore l'utilisation des moyens de prise en charge de la douleur inadaptée, voir inexistante.

Afin d'aider les soignants dans leur démarche de prévention de la douleur, les soins qui l'induisent ont été identifiés et répertoriés :

- Tous gestes invasifs
- Tous gestes pouvant générer une gêne ou un inconfort

Lors d'une situation de soin, il existe des facteurs influençant l'impact douloureux et la perception de la douleur : les facteurs liés au soin, liés au patient, à sa situation, son environnement et les facteurs liés au soignant. Il est important de prendre également en charge ces facteurs afin de diminuer l'intensité douloureuse que percevra l'enfant.

Il existe différentes façons pour un enfant de s'adapter à une douleur liée aux soins. Il peut y avoir une absence de changement, souvent lors de soin peut douloureux et peu

¹⁴ MALAQUIN-PAVANT, Evelyne. *La douleur liée aux soins, définition et aide au dépistage*. 2010.

¹⁵ Ibid

¹⁶ Ibid

coutumier. Une habitude ou une accoutumance, notamment lors de soins de faibles intensités douloureuses, qui sont effectués de façon très fréquente et chez les enfants plus matures. Par exemple, les injections d'insuline en sous cutané chez un adolescent diabétique. Il peut aussi y avoir une absence de schéma, ce qui correspond à des réponses à la douleur imprévues et variables. Enfin, nous pouvons observer une sensibilisation à la douleur, correspondant à une évolution des réactions face à la douleur qui entraîne une détresse sur un plan émotionnel.

Il est important de diagnostiquer la douleur afin de mettre en place un traitement antalgique si l'enfant est douloureux. Afin que la prise en charge soit complète, il est nécessaire de réévaluer cette douleur dans le but de vérifier l'efficacité du traitement antalgique et l'adapter aux besoins du patient.

Notons que des soins douloureux qui se répètent sont de plus en plus difficiles à supporter et que des expériences douloureuses peuvent ultérieurement modifier la perception de la douleur.

De ce fait un enfant peut appréhender le renouvellement d'un soin qui lui a été douloureux, gênant ou désagréable, ce qui peut générer de l'anxiété.

Nous pouvons remarquer différentes douleurs liées aux soins : la douleur provoquée, la douleur iatrogène et la douleur induite. Il est important pour tout soignant de reconnaître la douleur liée aux soins, de la distinguer et de ne pas la banaliser.

C. La mémoire de la douleur

Lors d'une hospitalisation, les enfants sont « *très souvent confrontés à la réalisation de soins invasifs, fréquemment pourvoyeur de douleur, d'anxiété, de peur* »¹⁷. De nombreux soignants ne considèrent pas que l'enfant puisse avoir une mémoire du vécu du soin, il y a l'idée que « *l'enfant oubliera rapidement d'autant plus qu'il est jeune.* »¹⁸

Toutefois, des chercheurs ont démontrés que l'enfant est apte à se souvenir d'une douleur en faisant appel à sa mémoire, qu'elle soit implicite ou explicite. Ces deux types de mémoires doivent se distinguer. La mémoire implicite est plus automatique, parfois inconsciente et ne peut pas être questionnée, mais observée en étant attentif au comportement de l'enfant. La mémoire explicite est consciente et verbalisable. Ainsi, cette représentation de la douleur permet une mémorisation du contexte de la douleur aiguë, principalement les composantes émotionnelles liées à cette douleur ; cette dernière laissant une marque importante dans la mémoire de l'enfant, notamment sur un plan contextuel. De

¹⁷ CARREZ, Anthony ; FERDINAND-STOMP, Céline ; THIBAUT, Pascale. *Situation douloureuse et anxieuse en pédiatrie, des progrès à réaliser.* 2013.

¹⁸ Ibid

plus, nous pouvons remarquer que « *l'intensité de la douleur est souvent mieux mémorisée que sa durée.* »¹⁹

Cette mémoire peut être influencée par certains facteurs comme l'âge, le tempérament, l'anxiété, la tolérance à la douleur, ou encore si l'enfant a déjà vécu des expériences douloureuses. Par ailleurs, « *les enfants qui ont eu plus d'expériences douloureuses antérieures sont plus anxieux et stressés que les enfants qui ont eu des expériences essentiellement positives ou neutres* »²⁰

La mémoire est fonctionnelle dès la naissance. Des nourrissons sont capables de faire appel à leur mémoire implicite s'ils ont déjà reçu des soins douloureux, et ce sur une période de plusieurs mois. Des enfants plus âgés peuvent faire appel à leur mémoire de la douleur sur plusieurs années. Cette mémoire ne peut pas être précise, mais une information est stockée, ce qui permet à l'enfant de reconnaître une situation potentiellement douloureuse ultérieurement.

Il a été prouvé qu'il y a une relation entre l'âge de l'enfant et la réaction à la douleur. Plus il est jeune, plus sa perception de la douleur est augmentée et plus la réaction face à la douleur augmente. De ce fait, l'enfant plus jeune peut développer une réaction phobique du soin, réaction qui est renforcée car il ne comprend pas l'intérêt de ce soin.

Une douleur entraîne une épreuve émotionnelle très désagréable pour l'enfant. La perception de la douleur et de cette détresse chez l'enfant influence sa mémoire. Cette mémoire sera négative et bien souvent exagérée. Or, cela aura un impact sur les futurs soins auxquels l'enfant devra faire face car il va développer une anxiété puisqu'il va anticiper ce soin et la douleur ou l'inconfort qu'il a provoqué.

Le stress, l'anxiété que peut provoquer un soin douloureux influe sur sa mémorisation. Les hormones du stress favorisent l'acquisition, la consolidation et la récupération des informations.

Les sensations douloureuses « *s'accompagnent d'anxiété, voire d'angoisse majorant la douleur.* »²¹

La douleur génère de l'anxiété et l'anxiété accentue la perception douloureuse. Nous pouvons donc constater qu'il existe une relation très mince entre la douleur, l'anxiété et la peur. Ce lien rend la distinction entre ces deux états complexe.

L'anxiété est un sentiment de malaise, d'inquiétude, d'appréhension d'un danger subjectif, occasionné par une menace indéfinissable.

¹⁹ LAURENT, Bernard ; NAVEZ, Malou. *Comprendre la mémorisation de la douleur.* 2010.

²⁰ Von BAYER, Carl ; MARCHE, Tammy ; ROCHA, Elizabete ; et al. *Mémoire et douleur chez l'enfant.* 2004.

²¹ THIBAUT, Pascale et CIMERMAN Patricia. *Douleur induite par les soins.* 2009.

La peur est une appréhension d'un danger précis. C'est une réponse à ce danger immédiat, elle entraîne une réaction de défense.

Les conséquences d'un soin douloureux sont multiples. A court terme, les soins douloureux vont provoquer fatigue, agitation, malaise, oppression,... A long terme, il peut y avoir une dégradation de la qualité de vie, une phobie du soin entraînant une suspension voire un arrêt des soins.

Il est donc important de prendre en charge la douleur provoquée par les soins afin que l'enfant n'en garde pas un mauvais souvenir.

D. La prise en charge de la douleur

L'objectif principal de la prise en charge des conséquences des soins douloureux est d'éviter une phobie du soin ultérieur. Au sein des services de pédiatrie, il existe de protocoles afin de prendre en charge la douleur convenablement.

Dans l'article en ligne « *modalité de prévention et de prise en charge de la douleur lors des soins* », il est décrit les étapes de la prise en charge de l'enfant lors d'un soin douloureux.

Parmi ces étapes, on peut compter l'appréciation de l'indication du soin, afin de ne pas effectuer un geste douloureux inutile ou peu nécessaire, de respecter le rythme de l'enfant grâce à l'organisation des soins, le choix d'un matériel adapté, de bon calibre, la dextérité du soignant afin d'effectuer le geste avec une plus grande habileté, d'évaluer l'appréhension de l'enfant vis-à-vis du soin et de débiter l'analgésie avant le soin, voire à posteriori afin d'améliorer son efficacité.

D'autres étapes méritent d'être développées :

- Instaurer une relation de confiance auprès de l'enfant et de ses parents, ce qui permettra aussi de réduire le risque d'anxiété

Le premier contact avec le patient est très important, particulièrement dans les services de pédiatrie car c'est à ce moment qu'il est possible d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et le soigné. En pédiatrie, il y a une relation triangulaire, c'est-à-dire entre le soignant, l'enfant et ses parents. Il est alors important d'induire la confiance à plusieurs niveaux, d'une part auprès de l'enfant, d'autre part auprès des parents. Les parents aident à maintenir et à renforcer la relation de confiance avec l'enfant.

- Favoriser la présence des parents ou accompagnants en leur laissant le choix de cette présence

La présence des parents a son importance en pédiatrie. Les parents sont une aide pour les soignants car personne ne connaît leur enfant mieux qu'eux. Il représente de grandes

ressources afin d'apprendre les habitudes de vies, les goûts, les préférences de l'enfant. Cela a pour but de le prendre en charge au mieux.

Au moment d'une hospitalisation, le ou les parents de l'enfant peuvent se sentir démunis de leur rôle de parents. Cela peut augmenter le sentiment de responsabilité et d'impuissance face à la maladie de leur enfant. Il est donc important de leur proposer d'être présent pendant le soin afin de solliciter leur participation cela renforcera la relation de confiance dans la relation triangulaire. Il est nécessaire d'expliquer aux parents le bénéfice de leur présence auprès de l'enfant. Ces bénéfices étant la diminution de l'anxiété à la fois des parents et de l'enfant, favoriser le dialogue et la confiance des parents, et diminuer la douleur de l'enfant. Effectivement, il a été prouvé qu'il y a une diminution des antalgiques de l'enfant lorsque ses parents sont présents. S'ils refusent d'être présents, le rôle du soignant sera de ne pas les culpabiliser et d'accepter ce refus. S'ils acceptent d'être aux côtés de l'enfant, il est essentiel de leur expliquer le déroulement du soin ainsi que le rôle qu'ils devront tenir lors de ce soin. De plus, *«il est prouvé que la présence des parents n'a pas d'impact défavorable sur le déroulement des soins.»*²²

Lors d'un soin, la présence des parents rassure l'enfant, elle représente une forme de soutien pour le patient. Mieux l'enfant est entouré, moins sa perception douloureuse est intense. La séparation de l'enfant et de ses parents lors d'une hospitalisation ou d'un soin peut avoir des conséquences négatives à moyen ou long terme. Nous avons vu plus haut qu'une séparation lors d'une hospitalisation, peut induire un sentiment d'abandon chez l'enfant, particulièrement lorsqu'il est plus jeune. Ainsi, favoriser la présence de ses parents lors des soins permet de diminuer, voire de supprimer ce sentiment, ce qui réduit le risque d'anxiété.

- Informer l'enfant de façon honnête et en faisant attention au vocabulaire utilisé afin de ne pas induire l'anxiété

Un point important de la prise en charge de la douleur et de l'anxiété est l'information. C'est une étape importante du soin. Un enfant qui ne comprend pas le soin ni son intérêt peut être anxieux par rapport à ce soin. L'information passe par l'explication de la maladie, et l'explication du soin. Un enfant n'angoisse pas par rapport à sa maladie, tant qu'il n'en comprend pas le fonctionnement, ou la gravité. Mais, il ne peut pas comprendre l'intérêt du soin, s'il ne comprend pas la maladie. Une information doit être claire, compréhensible et adaptée au niveau de compréhension du patient, il est nécessaire d'utiliser un vocabulaire adéquat. L'objectif est que l'enfant puisse comprendre la finalité du soin, ainsi que ses modalités. Cela demande au soignant de se montrer disponible et pédagogue ainsi que de mettre au service de l'enfant ses compétences et son savoir. L'information doit, de préférence

²² CARREZ, Anthony ; FERDINAND-STOMP, Céline ; THIBAUT, Pascale. *Situation douloureuse et anxiogène en pédiatrie, des progrès à réaliser*. 2013.

se faire oralement et dans un environnement adapté. L'explication du soin doit se faire à distance de celui-ci afin que l'enfant ait le temps d'accepter et d'assimiler ce qui va se passer. Grâce à l'information, l'enfant sait ce qui va se passer et ce que le soignant attend de lui, il peut alors affronter son angoisse. A nouveau, l'information favorise et renforce la confiance que l'enfant a envers le soignant, et réduit l'anxiété de l'enfant. Il est primordial de ne pas banaliser une situation car malgré le fait que celle-ci soit vécue comme telle par le soignant, elle peut être vécue comme exceptionnelle par le patient et son entourage. Ainsi, le soignant ne creusera pas de « fossé d'incompréhension »

Lors de l'explication du soin, il est nécessaire d'être loyal envers l'enfant et éliminer la dissimulation et le mensonge. C'est de cette manière que l'enfant sera partenaire du soin. Aussi, il ressentira moins la douleur s'il comprend ce qui se passe. Après avoir transmis une information, des explications sur le soin, il est impératif de s'assurer de la compréhension de l'enfant. Le soignant doit aussi solliciter son avis et favoriser sa participation aux soins.

Afin de s'adapter à l'univers de l'enfant, il est possible de faire passer une information par le jeu. Pour cela, il doit être coopérant. L'information par le jeu met en avant la subjectivité de l'enfant et son vécu par rapport au soin. L'enfant intègre directement les explications du soin. Le jeu et la manipulation du matériel permettent l'assimilation de la réalité du soin. L'information par le jeu réduit les conséquences péjoratives du soin et de la maladie. Aussi, cette manière de renseigner répond à la peur de l'inconnu, de la séparation, de la douleur, et de l'atteinte à l'intégrité physique, source d'anxiété chez l'enfant.

- Effectuer une évaluation de la douleur avant, pendant, et après le soin

Il est important de diagnostiquer la douleur grâce à son évaluation. Ceci aura pour objectif de mettre en place un traitement antalgique si nécessaire, et réévaluer la douleur afin vérifier l'efficacité de ce traitement et de l'adapter au mieux. Plusieurs composantes sont à prendre en compte lors de l'évaluation de la douleur : les composantes sensori-discriminatives, affectivo-émotionnelles et cognitives. L'évaluation de la douleur doit s'effectuer à plusieurs reprises lors d'un soin. Avant le soin afin de constater la présence d'une anxiété ou d'une peur, ou encore d'évaluer une douleur annexe. Pendant le soin, ce qui permet d'identifier l'efficacité des moyens mis en œuvre et de les adapter. Après le soin afin de contrôler l'efficacité du moyen antalgique, et adapter ce moyen ou prévoir une autre analgésie si celle-ci n'est pas efficace.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la douleur que nous pouvons distinguer en deux groupes : les échelles d'hétéro-évaluation et les échelles d'auto-évaluations, qui sont plutôt recommandées.

Parmi les échelles d'hétéro-évaluation, nous pouvons compter :

- l'échelle PIPP²³ qui permet de mesurer la douleur lors d'un soin invasif chez le nouveau-né prématuré,
- le score EDIN²⁴ pour mesurer la douleur et l'inconfort chez le prématuré et le nouveau-né,
- l'échelle confort behavior évalue l'intensité de la douleur et de la sédation chez l'enfant et le nouveau-né en réanimation
- l'échelle DAN²⁵ pour la douleur aiguë du nouveau-né,
- l'échelle Amiel Tisson, préconisée pour la douleur aiguë post-opératoire du nouveau-né de 0 à 7 mois
- l'échelle CHEOPS²⁶ mesure la douleur aiguë post-opératoire chez l'enfant de 1 à 7 ans
- l'échelle EVENDOL utilisée chez l'enfant jusqu'à ses 7 ans, en cas de douleur aiguë post-opératoire de l'enfant de 1 à 7 ans,
- l'échelle Ops²⁷, utilisée pour mesurer la douleur aiguë post-opératoire chez l'enfant de plus de 18 mois
- l'échelle FLACC²⁸ pour mesurer la douleur induite chez l'enfant de 0 à 2 ans
- l'échelle NFCS²⁹ pour évaluer la douleur lors d'un soin invasif chez le nouveau-né

Les échelles d'auto-évaluations sont :

- l'échelle des visages pour mesurer la douleur des enfants de plus de 4 ans jusqu'à 10 ans
- l'EVA pour les enfants de 5 à 10 ans
- l'EVS³⁰ évalue la douleur des enfants de 8 à 10 ans
- l'EN évalue de même la douleur des enfants à partir de 8 ans
- les jetons qui mesurent l'intensité de la douleur à partir de 4 ans
- le schéma corporel de l'enfant qui permet de localiser la douleur

(Voir annexe XI)

- Choisir une analgésie adaptée au soin, à l'âge, à l'état et au vécu antérieur de l'enfant

Afin de prendre en charge la douleur de l'enfant, le soignant doit, en collaboration avec le médecin apporter une analgésie médicamenteuse adaptée. Chez l'enfant, les méthodes les

²³ PIPP : Premature Infant Pain Profile

²⁴ EDIN : Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né

²⁵ DAN : Douleur Aiguë du Nouveau-né

²⁶ CHEOPS : Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

²⁷ Ops : Objective Pain Scale

²⁸ FLACC : Face - Legs - Activity - Cry - Consolability

²⁹ NFCS : Neonatal Facial Coding System

³⁰ EVS : Échelle Verbale Simple

plus utilisées sont la crème anesthésiante, le MEOPA³¹ et la lidocaïne. Les morphiniques peuvent parfois être employés.

La crème anesthésiante (Emla ou Anesderm Gé) est composée de deux anesthésiques locaux et agit par diffusion transcutanée. Elle anesthésie la peau sur 3 mm d'épaisseur après 1 heure d'action, et sur 5 millimètres d'épaisseur après 2 heures d'action. Elle a pour objectif de réduire, voire d'inhiber la douleur liée aux effractions cutanées.

Le MEOPA (Medimix, Kalinox, Antasol, Oxynox) permet une analgésie de surface, les effractions cutanées deviennent peu ou pas douloureuses, il a un effet anxiolytique souvent associée à une euphorie. L'état de conscience est modifié, le sujet reste vigilant, réagit avec l'environnement et peut dialoguer avec l'infirmière.

La xylocaïne est un anesthésiant local de courte durée. Elle se présente sous plusieurs formes. Le gel urétéral, utilisé pour une anesthésie de contact avant un examen ou une exploration en urologie. La xylocaïne à la naphazoline pour une anesthésie avant une exploration ORL³². La xylocaïne nébuliseur, pour une anesthésie locale des muqueuses buccopharyngées et des voies aériennes supérieures, utilisée avant des intubations ou des endoscopies ORL, pneumologiques ou gastroentérologiques. Enfin, la xylocaïne visqueuse va être utilisée lors d'explorations instrumentales, qu'elles soient stomatologiques, laryngoscopiques, œsophagiennes ou gastriques.

Les morphiniques sont utilisés dans les cas où les autres moyens médicamenteux cités auparavant n'ont pas fonctionnés.

(Voir annexe XII)

La prise en charge de la douleur peut aussi s'effectuer par le biais de moyens non médicamenteux.

3. Les méthodes psychocorporelles

A. L'évolution des pratiques

La prise en charge de la douleur est progressivement devenue un problème de santé publique. Nous pouvons le remarquer sur un plan légal avec les plans de lutte contre la douleur, par exemple. Aussi, certaines lois ont été créées afin de prendre en charge au mieux la douleur de la personne.

Depuis plusieurs années, des progrès ont été réalisés afin de prendre en charge la douleur. Ces évolutions sont notables sur les courants de pensée, sur les pratiques des professionnels et sur les moyens pharmacologiques.

³¹ MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

³² ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

Dans les années 1980, il n'y avait aucune préparation psychologique de l'enfant qui devait recevoir un soin douloureux ou gênant, les parents ne pouvaient pas y assister, et l'enfant était contenu dans un linge, la tête dans une position qui ne lui était pas confortable. Beaucoup d'enfants ont été marqués par ces pratiques. Un mauvais souvenir des soins, de l'hôpital ou encore des soignants pouvaient se ressentir. A partir des années 1995, il y a eu une première amélioration des pratiques soignantes, notamment grâce à la mise sur le marché de nouveaux dispositifs médicaux comme la crème anesthésiante, qui permet de ne pas ressentir la douleur provoquée par le soin, ou encore l'apparition de matériaux mieux adaptés, donc moins agressifs. L'enfant étant plus calme, il devient possible pour les soignants d'entrer en relation avec le jeune patient, et d'accorder un temps de préparation psychologique à l'enfant. *« Les soignants ont alors pris conscience de la dureté de leurs gestes et de la nécessité d'offrir aux enfants et à leurs parents des soins personnalisés et humanisés. »*³³

*« On sait aujourd'hui que la douleur de ces gestes peut être mémorisée par les enfants et entraîner des conséquences néfastes et durables comme la phobie des piqûres. »*³⁴ C'est alors que les soignants ont de nouveau changés leurs pratiques. Il est alors reconnu que la composante douloureuse est amoindrie par les crèmes anesthésiantes, mais la composante anxiogène du soin reste présente. C'est ainsi que le jeu va entrer dans la prise en charge de l'enfant. Avec la présence du jeu, l'enfant rit et entre dans un nouveau type de soin ou il écarte son angoisse et la douleur que le soin aurait pu lui provoquer. Lorsqu'il rit, l'enfant redevient celui qu'il était et n'est plus l'enfant malade. De plus, le jeu permet de faciliter l'expression des émotions de l'enfant.

Ainsi, *« l'humour pourrait réduire les sensations de douleur »*³⁵ et *« diminuer l'anxiété et l'hostilité dans les moments difficiles en amplifiant le sentiment de confiance en soi »*³⁶. Une expérience a été réalisée, et il a été démontré, par un IRM³⁷ fonctionnel que la mauvaise appréhension augmente l'intensité de la perception de la douleur, et que cette perception diminue lorsque le patient a l'attention détournée. Nous pouvons aussi remarquer que le rire diminue l'anxiété et augmente la confiance en soi, ce qui améliore le comportement face à un soin anxiogène.

B. Définitions

Afin de prendre en charge la douleur de l'enfant, plusieurs méthodes existent. Les méthodes physiques et physiologiques qui se définissent par ce qui, entre autre, s'apparente

³³ DALMON, Fabienne ; BONNETIN, P. ; PASSET, J. « Gai-rire » une expérience de distraction lors des soins. 2005.

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid

³⁶ Ibid

³⁷ IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

à la stimulation des fibres nerveuses qui stoppent l'influx douloureux, les méthodes cognitivo-comportementales qui visent à amener la personne à modifier son comportement en utilisant des méthodes de relaxations, par exemple. Enfin, les méthodes psychocorporelles qui regroupent l'hypnose et ses dérivés ainsi que la distraction.

« *Les méthodes psychocorporelles s'appuient sur la notion d'unité qui existe entre le corps et le psychisme chez tout être humain.* »³⁸ Elles prennent alors en considération les composantes de la douleur, c'est-à-dire les éléments sensoriels et émotionnels, en s'opposant aux situations de tension musculaire. Ce sont des méthodes qui ont un but de prévention de la douleur et de l'anxiété liées aux soins. Leur efficacité doit être contrôlée avant de débiter le soin.

Malgré la nécessité de formation des soignants afin de pouvoir les utiliser, les méthodes psychocorporelles font partie du rôle propre de l'IDE. Des « règles de bases » ont été établies afin de la mettre en place la méthode utilisée. Il est donc important d'établir une relation de confiance avec l'enfant et ses accompagnants, de s'adapter au niveau de compréhension de l'enfant et de son développement psychomoteur, de favoriser la présence des parents, de questionner sur le vécu douloureux ou sur les antécédents afin de savoir si l'enfant a déjà été confronté aux soins, de s'assurer de pouvoir administrer un traitement antalgique, soit par une prescription médicale soit par un protocole institutionnel, enfin, comme développer précédemment, d'évaluer la douleur à différents moments du soin.

C. La sophrologie

La sophrologie prend en compte à la fois les processus psychologiques et physiologiques de la douleur. Les séances sont basées en fonction de la localisation et de la nature de la douleur. Les limites de la sophrologie sont le refus du patient et la présence de troubles psychotiques.

D. La relaxation

Le but de la relaxation est de relâcher le tonus musculaire et de faire concentrer l'individu sur des sensations corporelles. Ce relâchement permet de réduire l'anxiété, donc une composante émotionnelle de la douleur. Cependant, une personne trop anxieuse ne sera pas réceptive à cette méthode qui ne sera donc pas efficace. Cette méthode ne peut être utilisée chez le plus petit car il n'a pas la capacité d'en comprendre le fonctionnement.

³⁸ THIBAULT, Pascale ; FOURNIVAL, Nathalie. *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*. 2012.

E. Les massages de confort

Les massages de confort sont des techniques utilisées depuis plusieurs décennies et par de nombreuses civilisations différentes. C'est pour cette raison qu'il existe aujourd'hui une grande diversité de méthode dont les effets peuvent varier. Dans le cadre du soin, l'objectif du masseur est d'amener le massé dans un état de détente, ce qui permet d'augmenter le seuil de tolérance à la douleur. De plus, le massage en lui-même empêche la transmission de l'information douloureuse. Aussi, le massage va focaliser l'attention du patient sur une zone du corps qui n'est pas douloureuse et favoriser le mécanisme de distraction. Néanmoins, le massage comprend plusieurs contre-indications comme les douleurs neuropathiques et les lésions corporelles, qu'elles soient osseuses, cutanées, cancéreuses,...

F. L'art-thérapie

L'art-thérapie utilise plusieurs disciplines artistiques comme la musique, la peinture, le dessin. Il y a deux mécanismes qui prennent en charge la douleur. Le premier est distrayant, ce qui sera détaillé ultérieurement dans cette partie. Le second est centré sur les émotions. L'art permet au patient de libérer ses émotions. Lors des soins douloureux, il peut libérer la colère ou l'anxiété associée à la douleur. Elle peut donc aider la personne à s'exprimer d'une autre façon que par la verbalisation, ce qui aide à diminuer l'intensité et la durée des manifestations anxieuses. L'art-thérapie est limitée en pédiatrie puisqu'il faut l'adapter au développement psychomoteur de l'enfant soigné.

G. L'hypnose

L'hypnose est « *un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur.* »³⁹ Elle permet de façon naturelle à entrer dans un état de rêverie où l'attention est focalisée sur un élément. Cette technique opère sur les éléments de la douleur (sensori-discriminatif, émotionnel, affectif). L'hypnose est plutôt utilisée dans la prise en charge des douleurs chroniques. C'est plutôt l'hypno-analgésie que le soignant pratique dans les cas de douleur induite. Cette méthode psychocorporelle « *consiste à utiliser le mode de fonctionnement particulier de concentration de l'hypnose pour apprendre à limiter la douleur ressentie lors de certaines situations [...]* »⁴⁰ Cette technique est très efficace chez les enfants car ils ont une imagination importante.

Dans son fonctionnement, la distraction fait appel à une forme d'hypnose.

³⁹ MOREAUX, Thierry. L'hypnose en pédiatrie. 2010.

⁴⁰ THIBAULT, Pascale ; FOURNIVAL, Nathalie. *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur.* 2012.

H. La distraction

Lors d'un soin douloureux, il est important d'agir sur la composante émotionnelle et cognitive de la douleur. La distraction agit sur ces deux composantes, l'objectif étant de détourner l'attention de l'enfant afin de ne pas le focaliser sur le soin douloureux. Lors d'une distraction, le patient concentre son attention sur un élément qui lui est plaisant, bien loin du soin et de cet univers angoissant. Il s'agit de réduire l'anxiété de l'enfant face à la douleur à laquelle il est confronté pendant le soin. L'objectif de la distraction est de permettre au soignant d'effectuer un soin dans les meilleures conditions possibles, dans un contexte serein.

L'efficacité de cette distraction lors des soins est scientifiquement prouvée, et à plusieurs avantages. Elle permet notamment d'éviter les phobies du soin ou de l'hospitalisation, de mettre en place une relation de confiance entre l'enfant et le soignant, et d'éliminer le risque de mémorisation négative du soin et du soignant. Un autre point est qu'elle limite la contention de l'enfant. Il permettra plus tard de dédramatiser une situation de soin.

Il existe deux types de distraction. Celles qui demandent un support et celles qui n'en nécessitent pas. Elles demandent l'une comme l'autre une implication de la personne soignée, qu'elle soit active ou passive. La distraction aura lieu en relation avec une autre personne. Il existe donc différentes techniques.

- **La distraction qui nécessite un support**

Le soignant va alors pouvoir utiliser des jouets, des peluches, des poupées,... Il peut également utiliser des bulles de savons et faire souffler l'enfant, ce qui aide à apaiser. La lecture peut être un support de distraction, le soignant essaiera d'adapter l'histoire racontée à ce que peut ressentir l'enfant pendant le soin. Il peut aussi lier l'histoire à une marionnette colorée qui peut représenter un personnage de l'histoire. La télévision est aussi un moyen, l'enfant y est plutôt réceptif. Les jeux vidéos, qui permettent que l'enfant soit concentré sur la console ou l'ordinateur et plus sur le soin.

- **La distraction qui ne nécessite pas de support**

Parmi ces méthodes, nous pouvons compter la verbalisation, le fait de discuter d'un sujet agréable pour le patient, ou d'un sujet qui le passionne. L'humour a également sa place, qui est relativement importante car le rire a démontré sa double action positive sur les symptômes de l'anxiété, d'une part en jouant un rôle de distraction, et d'autre part grâce à son activité physiologique (meilleure oxygénation, réduit les tensions musculaires,...) Le soignant peut aussi raconter une histoire en faisant appel à l'imagination de l'enfant. Un autre moyen est le chant qui apaise l'enfant quel que soit son âge, et participe à la décontraction musculaire grâce au travail qu'il demande à la respiration. De plus, ce moyen permet de faire participer les parents d'autant plus qu'ils connaissent les chansons ou comptines que leur enfant aime

écouter ou qu'il a appris à l'école. Enfin, la visualisation est un autre moyen de distraction qui demande à la personne soignée de s'imaginer dans un endroit qui lui semble agréable, qu'il soit connu ou imaginaire, et de percevoir des sensations comme le vent qui caresse le visage par exemple.

Il est nécessaire d'adapter la distraction à l'enfant en prenant en compte les facteurs dit « modifiables » (tempérament de l'enfant, comportement des accompagnateurs, présence des parents, préparation de l'enfant, environnement matériel), et les facteurs qui ne le sont pas (développement psychomoteur).

INVESTIGATION EXPLORATOIRE

1. Le choix de la méthode

Afin de réaliser mon entretien exploratoire, j'ai choisi de me rendre dans un CHU afin de découvrir le fonctionnement d'autres services de pédiatrie que celui dans lequel j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage. J'ai eu l'occasion de parler de ces entretiens avec le cadre de santé que j'ai contacté et qui s'occupe de plusieurs services différents, avec des soignants qui ont bénéficié de différentes formations. J'ai donc préféré effectuer deux mêmes entretiens avec deux infirmières d'expériences et de formations différentes.

La première infirmière, que nous appellerons plus tard infirmière A, est diplômée infirmière depuis 20 ans, et a son diplôme de puéricultrice depuis 18 ans. Elle a passé un diplôme universitaire sur la douleur en 2003 et est référente douleur du service depuis environ 10 ans. Dans sa carrière, cette infirmière n'a pratiqué qu'en pédiatrie. Elle a commencé en chirurgie orthopédique, puis a exercé en réanimation-chirurgie pédiatrique, puis à la maison des enfants. Elle a ensuite pratiqué aux urgences pédiatriques pendant 7 ans et est en HDJ depuis 18 mois.

La seconde infirmière, que nous appellerons infirmière B, est diplômée infirmière depuis juillet 2013. Elle a débuté son exercice dans une clinique de soin de suite et de rééducation adulte, puis est à l'unité saisonnière pédiatrique depuis un an.

Dans ces deux services, les infirmières sont amenées à réaliser des soins courants et rencontrent des enfants de tout âge en passant du nouveau-né jusqu'à l'adolescent.

Afin de réaliser les entretiens, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif afin d'orienter les questions posées, sans pour autant induire les réponses et avoir accès plus facilement à une discussion, et à des réponses plus spontanées. Ce type d'entretien permet d'obtenir plus d'informations, et de faire ressortir plus de représentations et plus d'expérience de la part des personnes interrogées. De plus, cette technique permet de mieux comparer les résultats des entretiens

2. Les difficultés rencontrées

Lors des entretiens, j'ai rencontré quatre obstacles. Le premier obstacle est le lieu de l'entretien. J'ai réalisé les entretiens dans une salle de soin du service. Cependant, je n'ai pas pensé à mettre un message sur la porte qui indique qu'un entretien est en cours. Puisqu'il n'y avait aucune signalisation, un soignant de l'hôpital est entré dans la salle lors d'un entretien, ce qui aurait pu interrompre le dialogue et rompre le fil conducteur de celui-ci.

Le second obstacle est que j'ai utilisé mon téléphone portable afin d'enregistrer les entretiens, ce qui a perturbé les infirmières au début de l'entretien, mais elles ont réussi à ne plus y penser au cours de la conversation.

Le troisième obstacle est lié à la présentation. Lorsque j'ai introduit l'entretien, j'ai donné trop de précisions sur le sujet, ce qui a pu créer des biais lors des entretiens, car j'ai pu involontairement orienter leurs réponses.

Enfin, le quatrième obstacle est que lors de certaines questions, les infirmières ont répondu comme si elles étaient interrogées sur leurs connaissances et pas sur leurs expériences, et ont répondu en fonction de théories évoquées par des personnes effectuant des recherches en soins infirmiers.

3. L'analyse

A. L'enfant et son hospitalisation

Lors des entretiens, les deux infirmières ont donné des points de vue variés sur l'enfant hospitalisé et les conséquences de cette hospitalisation. L'infirmière A voit le côté néfaste de la prise en charge de l'enfant, en mettant en avant la contrainte de l'enfant lors des soins, le fait qu'il est difficile pour le soignant de demander le consentement de l'enfant lors des soins, qu'il est plus facile de demander le consentement des parents. Cependant, elle explique qu'il est nécessaire de s'adapter à l'âge de l'enfant lors de sa prise en charge car un enfant plus âgé est capable de mieux comprendre le soin et la raison pour laquelle il est important de le réaliser. Cette infirmière explique qu'il est difficile pour elle de constater les conséquences de l'hospitalisation d'une part car elle dans un service ambulatoire, et d'autre part car les conséquences arrivent à postériori de l'hospitalisation. Elle met aussi en avant que son objectif, lors des soins, est de les réaliser dans les meilleures conditions possibles pour l'enfant afin d'éviter qu'il soit traumatisé par un soin ou par son hospitalisation, et alors limiter le risque de phobie du soin, de l'hospitalisation, ou encore des blouses blanches. L'infirmière B conçoit la prise en charge pédiatrique comme un besoin de s'adapter à l'enfant et à son développement. Elle souligne également qu'un enfant a une autre manière d'appréhender le soin que l'adulte qui lui l'accepte plus facilement car il en comprend l'intérêt. Son point de vue sur les conséquences de l'hospitalisation est qu'il existe deux situations différentes. Dans certains cas, l'enfant est traumatisé par un soin ou par l'hôpital et il est difficile pour le soignant d'appréhender le soin et de le faire passer. Dans d'autre cas, l'enfant est habitué et il connaît le matériel, le service et la manière dont se déroule le soin, il n'est alors pas anxieux lors de l'arrivée d'un soin à effectuer. L'enfant est alors plus calme, et il est plus facile pour le soignant de réaliser le soin, qui se passe dans de meilleures conditions.

B. La douleur lors des soins

L'infirmière A a défini un soin douloureux comme étant un soin perçut de façon désagréable pour l'enfant, ou alors qui provoque une douleur intolérable pour l'enfant. Puis, elle regroupe ces données en résumant que les soins douloureux s'apparentent aux gestes invasifs. Elle remarque deux cas de manifestations de l'enfant face au soin douloureux. Dans un premier cas, l'enfant peut crier, se débattre ou encore se défendre. Dans un deuxième cas, l'enfant peut être totalement aphasique et immobile, tellement il est tétanisé par la peur et l'anxiété. Afin de pallier aux soins douloureux, elle utilise surtout des moyens pharmacologiques. Celui qu'elle utilise le plus est le MEOPA car elle le trouve simple à utiliser. De plus, il existe un protocole institutionnel dans le service, et elle n'a donc besoin ni de la prescription du médecin ni de sa présence dans le service avant de pouvoir débiter le soin douloureux auprès de l'enfant. Elle utilise également la crème EMLA.

L'infirmière B se réfère à une échelle d'évaluation de la douleur : l'échelle EVENDOL. Elle considère un soin douloureux à partir du moment où le score de la douleur lié à cette échelle est positif. Elle considère également un soin douloureux dès qu'il y a certaines manifestations douloureuses comme les pleurs ou les cris. Cependant, il y a des limites à cela chez les enfants qui ne communiquent pas comme les bébés, car il devient compliqué de différencier la douleur de la gêne. Elle remarque que l'enfant à qui on a administré un soin douloureux a plus de difficultés à accepter les futurs soins ainsi que les soignants. Afin de faire face à la douleur liée aux soins de l'enfant, l'infirmière B utilise une forme de contention. Elle utilise aussi l'explication du soin et montre le matériel aux enfants dans le but qu'ils se familiarisent avec le soin et le matériel utilisé. Elle aussi utilise des moyens médicamenteux comme la crème EMLA, qu'elle utilise le plus souvent, le G30% chez les enfants de moins de 6 mois, ou encore le MEOPA qu'elle utilise dans les cas où l'enfant est anxieux. Bien que ce soit le moyen qu'elle pense utiliser le moins souvent, elle souligne que le MEOPA prend aussi en charge la dimension psychologique de la douleur.

C. Les méthodes psychocorporelles

Ce qui ressort des deux entretiens, c'est que l'expression « méthodes psychocorporelles » est inconnue des deux infirmières auprès desquelles j'ai effectué l'entretien. En revanche, les mots « hypnose » ou « distraction » ont été bien plus évocateurs.

Sur le sujet de l'hypnose, l'infirmière A explique que ce n'est pas une méthode utilisée dans le service, mais que cela se développe de plus en plus, et que les soignantes de l'équipe bénéficieront prochainement de formations. L'infirmière B dit simplement n'avoir jamais vu de séance d'hypno-analgésie.

La distraction est un moyen bien plus utilisé par les deux infirmières. L'infirmière A parle avec l'enfant, elle détourne l'attention de l'enfant par la parole. Elle utilise des objets sur lequel l'enfant se focalise, essaye de le concentrer sur une image, une histoire ou autre chose d'agréable pour l'enfant. Elle peut aussi utiliser une console vidéo, un jeu ou la télévision pour détourner l'attention de l'enfant. Elle explique aussi que c'est le principal objectif de la distraction et que c'est un point important à prendre en compte lors du soin en pédiatrie. Si l'enfant n'est pas réceptif, elle va plutôt essayer de prendre en charge la douleur par l'explication du soin et les sensations que l'enfant va pouvoir ressentir lors de ce soin. Elle souligne également l'importance de la présence des parents lors des soins qui aide l'enfant à l'accepter.

L'infirmière B associe la distraction à la présence d'une collègue qui va accompagner l'enfant lors du soin par un contact physique comme une main donnée à l'enfant. Elle va plus utiliser des objets comme la tétine ou le doudou, ou encore la présence des parents pour apaiser l'enfant. Elle peut aussi attirer l'attention de l'enfant sur la télévision par exemple. Elle précise que l'enfant distrait lors d'un soin ne ressent pas la douleur et à une meilleur appréhension des soins futurs. Elle évoque une limite à la distraction : l'enfant trop anxieux qui n'y est pas réceptif.

PROBLÉMATIQUE

Les lectures que j'ai pu effectuer, lors de l'élaboration de ce mémoire, m'ont fait remarquer que la prise en charge d'un enfant est spécifique sur plusieurs points comme son développement, la présence régulière de ses parents ou de son entourage, ou encore la façon par laquelle il appréhende les soins. Il est donc du rôle de l'IDE de respecter son rythme de vie, de s'adapter à son âge, donc à son développement psychomoteur et de se mettre à son niveau de compréhension lorsqu'elle explique un soin ou une pathologie. Du point de vue des IDE que j'ai pu rencontrer, la prise en charge d'un enfant va être surtout centrée sur le consentement de l'enfant. Elles voient un soin réalisé auprès d'un enfant qui accepte le soin, ou auprès d'un enfant qui est contentionné. Mais elle explique aussi qu'il est nécessaire de s'adapter à l'âge de l'enfant, et qu'un enfant plus âgé accepte plus facilement le soin car il en comprend mieux l'intérêt. Bien qu'elles font part de leurs difficultés à constater les conséquences du soin et de l'hospitalisation chez l'enfant car ces signes se manifestent au domicile de ce dernier, les deux IDE mettent en avant ce que j'ai pu constater lors de mes recherches. C'est-à-dire une potentielle phobie du soin, des angoisses nocturnes, des troubles alimentaires, ou des modifications du comportement.

Un autre point que j'ai pu développer dans ce mémoire est la douleur lors des soins. Une des IDE décrit le soin douloureux de la même façon que l'IASP en mettant en avant l'expérience désagréable et la lésion tissulaire. La seconde IDE voit le soin douloureux de façon différente, puisqu'elle utilise une échelle d'hétéro-évaluation et considère un soin douloureux dès que le score de la douleur est positif. J'ai aussi pu découvrir que la douleur s'accompagne d'une mémoire chez l'enfant et que cette mémorisation de la douleur entraîne une anxiété du jeune patient vis-à-vis du soin. Lorsque je leur ai posé la question, les deux IDE m'ont donné des réactions plus concrètes de l'enfant face au soin comme les cris ou les pleurs par exemple. Elles prennent en charge la douleur grâce aux moyens pharmacologiques cependant, malgré le large panel existant, seulement la crème anesthésiante et le MEOPA sont abordés par ces IDE.

Enfin, j'ai pu observer lors de l'investigation que lorsque j'ai parlé des méthodes psychocorporelles aux IDE, elles m'ont fait comprendre qu'elles ne savaient pas ce que ce terme voulait dire. En poursuivant mon questionnement, j'ai remarqué qu'elles utilisent la distraction de façon spontanée. L'une des IDE en définissant sa prise en charge de la douleur comme étant de la distraction et l'autre non car elle associe la distraction à une présence physique de sa collègue. Cependant, les deux IDE mettent sous le terme « méthodes psychocorporelles » uniquement la distraction et l'hypnose car j'ai orienté leur réflexion. Ces

méthodes prennent aussi en compte d'autres moyens. De même que dans la théorie, elles émettent une limite, l'enfant non réceptif aux méthodes psychocorporelles.

Etant donné que un enfant hospitalisé peut être amené « subir » des soins potentiellement douloureux et que aujourd'hui la douleur physique est prise en charge de façon systématique grâce aux moyens médicamenteux. Des moyens non médicamenteux sont aujourd'hui en développement, mais ne sont pas utilisés par tous les services de pédiatrie. Je peux donc me questionner sur ce qui fait que les pratiques des services de pédiatrie vis-à-vis des méthodes psychocorporelles ne sont pas uniformisées. Ce qui m'amène à une question de recherche.

QUESTION DE RECHERCHE

Dans quelle mesure la formation des soignants sur les méthodes psychocorporelles influence-t-elle dans la prise en charge de la composante émotionnelle de la douleur lors des soins dans les services de pédiatrie ?

CONCLUSION

1. Positionnement professionnel

Ainsi, dans ce mémoire, j'ai eu l'occasion de faire de nombreuses recherches en partant d'un axe de développement : la douleur lors des soins de l'enfant. J'ai pu découvrir de nombreux éléments comme la particularité de la prise en charge de l'enfant et l'importance de prendre en compte son développement. J'ai pu remarquer qu'il y a des conséquences bien souvent néfastes à l'hospitalisation de l'enfant, et que ces réactions peuvent être variées. En lien avec la douleur liée aux soins, j'ai pu recueillir diverses informations. Il existe différents types de douleurs liées aux soins, mais c'est à la douleur induite par les soins qui a fait l'objet de mes recherches. J'ai aussi pu découvrir qu'il existe une mémoire de la douleur et ce, à n'importe quel âge, ou encore le lien entre la douleur et l'anxiété. Enfin, je me suis penchée sur la prise en charge de cette douleur grâce aux moyens pharmacologiques et aux méthodes psychocorporelles, méthodes sur lesquelles j'ai plus longuement insisté.

2. Ouverture

Les méthodes psychocorporelles sont des moyens non médicamenteux de prise en charge de la composante émotionnelle de la douleur en voie de développement. Ainsi, les pratiques des soignants vont être amenées à changer, ce qui pourrait améliorer la qualité des prises en charge des enfants dans les services de pédiatrie. A l'avenir, des formations seront proposées aux professionnels de santé sur l'utilisation de ces méthodes, par ailleurs des formations existent déjà. Les enfants pourront donc bénéficier d'une prise en charge plus complète de la douleur induite par les soins.

Je pense que ce mémoire m'apportera beaucoup dans ma pratique professionnelle puisque lors de l'investigation exploratoire, j'ai pu remarquer qu'une IDE utilise régulièrement la distraction, et que cette méthode est, selon elle, très efficace. Actuellement, j'effectue un stage qui m'offre des prises en charges pédiatriques, et je tente de mettre en pratique certains éléments de ce mémoire, dans la mesure du possible et en fonction de mes compétences. A l'avenir je serai amenée à travailler auprès d'enfant, ce qui me permettra de pratiquer les méthodes psychocorporelles dans les limites de mes compétences.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Lois et ordonnances

- L'article 3 de la loi du 4 mars 2002
- L'article L.110-5 du Code de la Santé Publique
- Les articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de la Santé Publique

Circulaires

- La circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983

Chartes

- Charte de l'enfant hospitalisé

- Plans de lutte contre la douleur

OUVRAGES

- CHAUFFOUR-ADER, Claire et DAYDÉ, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009, 284 pages.
- CHAUFFOUR-ADER, Claire et DAYDÉ, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, 180 pages.
- KREMP, Louis. *Puériculture et pédiatrie*. 4^e édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, 1441 pages.
- De BROCA, Alain. *Le développement de l'enfant aspect neuro-psycho-sensoriel*. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006, 260 pages.
- ASPAR, Joël ; AVELINE, Laurence ; BOUCHET, Henri ; et al. *Pédiatrie*. Paris : ESTEM, 2003, 421 pages.
- BALL, Jane et BINDLER, Ruth. *Soins infirmiers en pédiatrie*. 2^e édition. Saint Laurent (Québec) : ERPI, 2010, 1304 pages.
- ROSSANT, Lyonel et ROSSANT-LOMBROSO, Jacqueline. *Votre enfant, guide à l'usage des parents*. 4^e édition. Paris : Edition Robert Laffont, 2000, 1359 pages.
- FORMARIER, Monique. L'hospitalisation, la maladie et son impact sur l'enfant. In : *L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers*. Centurion, 1984, p. 23 à 27.

- THIBAUT, Pascale et FOURNIVAL, Nathalie. Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2012, 146 pages.

PÉRIODIQUES

- MALAQUIN-PAVANT, Evelyne. La douleur liée aux soins, définition et aide au dépistage. *Soin*, octobre 2010, n°749, p. 36 et 37.
- CARREZ, Anthony ; FERDINAND-STOMP, Céline ; THIBAUT, Pascale. Situation douloureuse et anxiogène en pédiatrie, des progrès à réaliser. *Soins pédiatrie-puériculture*, mai 2013, n°272, p. 33 à 38.
- THIBAUT, Pascale. Comprendre et prévenir la douleur provoquée par les soins. *Soins pédiatrie-puériculture*, décembre 2006, n°233, p. 7.
- THIBAUT, Pascale ; SOHET, Elizabeth. L'utilisation des moyens de prévention de la douleur. *Soins pédiatrie-puériculture*, décembre 2006, n°233, p. 39 à 43.
- MANSURY, Ludovic. L'intérêt des méthodes non médicamenteuses. *Cahier de la puéricultrice*, mars 2012, n°255, p.14.
- DEVOLDERE, Catherine. Favoriser la présence des parents lors des soins. *Soins pédiatrie-puériculture*, mars 2014, n°277, p.17 et 18.
- AZRIA, E. ; BETREMIEUX, P. ; CAEYMAEX, L. ;et al. L'information dans le contexte du soin périnatal : aspects éthiques. *Archives de pédiatrie*, octobre 2007, n°10, p.1231 à 1239
- MINGUET, Bénédicte. Le jeu, un outil essentiel pour informer l'enfant et sa famille. *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2014, n°275, p.12 à 15.
- THIBAUT, Pascale ; PENHOET, Brigitte ; MOREAUX, Thierry. Prévenir l'anxiété et la douleur de l'enfant aux urgences pédiatriques. *La revue de l'infirmière*, mars 2009, n°148, p.32 et 33.
- RIOUFOL, Marie-Odile. Le soignant face au patient manifestant de l'anxiété ou de la peur. *Kinésithérapie, les cahiers*, novembre-décembre 2004, n°35-36, p.55 et 56.
- LOMBART, Bénédicte. La distraction lors des soins en pédiatrie. *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2012, n°236, p.26 à 28
- MOREAUX, Thierry. L'hypnose en pédiatrie. *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2010, n°236, p.10 et 12.
- BEY, Séverine ; DUMONT, Blandine. L'expérience distractive aux urgences pédiatriques. *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n°255, p.17 à 18 ;
- UGUET, Amélie. La contention de l'enfant en question. *Cahier de la puéricultrice*, avril 2014, n°276, p. 37 et 38 ;

- THIBAULT, Pascale et CIMERMAN Patricia. Douleur induite par les soins. *Savoir et soins infirmiers*, 60-615-M-10, 2009
- Von BAYER, Carl ; MARCHE, Tammy ; ROCHA, Elizabete ; et al. Mémoire et douleur chez l'enfant. *Douleur*, juin 2004, n°3, p. 133 à 142.
- LAURENT, Bernard ; NAVEZ, Malou. Comprendre la mémorisation de la douleur. *Oxymag*, mai-juin 2010, n°112, p. 4 à 8.
- BILLOT, Françoise. La distraction, une place à part entière dans les soins. *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n°255, p. 10 à 13.
- THIBAULT, Pascale. Douleur de l'enfant, utiliser les mots justes. *Soins pédiatrie-puériculture*, ma 2012, n°266, p. 33 à 35.
- BILLOT, Françoise et ROYER, Isabelle. Des stimuli sensoriels pour détourner l'attention de l'enfant. *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n° 255, p. 15 et 16.

SITES INTERNET

- ROUSSEAU-SALVADOR, Céline ; MAUNOURY Nadège. Peur, douleur : peut-on savoir ? [en ligne], Pédiadol, 17 décembre 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.pediadol.org/Peur-ou-douleur-peut-on-savoir.html> (13/03/2015).
- GALLAND, Françoise. Distraire les enfants lors des soins [en ligne], Sparadrap, mai 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Distraire-les-enfants-lors-des-soins> (13/03/2015).
- THIBAULT, Pascale ; LOMBART Bénédicte. Modalités de prévention et de prise en charge de la douleur lors des soins [en ligne], CNRD, 21 février 2006 (mis à jour le 11 juin 2007). Disponible à l'adresse : <http://www.cnrdr.fr/Modalites-de-prevention-et-de.html> (19/03/2015).
- VUILLEMIN, Nicole ; ANNEQUIN, Daniel ; BENASSIS, Françoise, et al. La douleur en question [en ligne], Santé.Gouv, février 2008. Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_douleur_en_questions-2.pdf (12/02/2015)
- DALMON, Fabienne ; BONNETIN, P. ; PASSET, J. « Gai-rire » une expérience de distraction lors des soins [en ligne], Pédiadol, 02 juin 2005. Disponible à l'adresse : <http://www.pediadol.org/Gai-rire-Une-experience-de.html> (21/12/2014)

COURS

- BUKATO, Aline. *Le développement psychomoteur et cognitif*. IFSI Lisieux, 2015, 44 pages.
- BUKATO, Aline. *Psychologie de l'Enfant : Le développement psychosocial*. IFSI Lisieux, 2015, 58 pages.
- BERGEOT, Marie. *Le développement psychique et affectif de l'enfant*, IFSI Lisieux 2015, 18 pages.

IMAGE / PHOTOGRAPHIE

- Photographie de la page de garde : Ours malade. Image libre de droit. Disponible à l'adresse :
http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fpixabay.com%2Fstatic%2Fuploads%2Fphoto%2F2014%2F12%2F10%2F10%2F04%2Fteddy-562960_640.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fpixabay.com%2Ffr%2Fteddy-ours-en-peluche-association-562960%2F&h=518&w=640&tbnid=ywkY_BGAuYh6_M%3A&zoom=1&docid=4Fkeg3vRw4FHiM&hl=fr&ei=SSpbVeitDKbgywO1I4GICA&tbm=isch&iact=rc&uact=3&dur=1037&page=1&start=0&ndsp=22&ved=0CCEQrQMwAA

LISTE DES ANNEXES

- I. Guide d'entretien
- II. Entretien n°1 (IDE A)
- III. Entretien n°2 (IDE B)
- IV. Grille d'analyse des entretiens
- V. Fiche de lecture n°1
- VI. Fiche de lecture n°2
- VII. Fiche de lecture n°3
- VIII. Fiche de lecture n°4
- IX. Fiche de lecture n°5
- X. Charte de l'enfant hospitalisé
- XI. Tableau récapitulatif des échelles d'évaluation de la douleur
- XII. Tableau récapitulatif des soins et des méthodes antalgiques

ANNEXE I : Guide d'entretien

1. Selon vous, quelles sont les spécificités de la prise en charge d'un enfant ?

→ Identifier les modalités de la prise en charge pédiatrique

2. Selon vous, quelle(s) est/sont les conséquences d'une hospitalisation chez l'enfant ?

A quoi peuvent-elles être dues ? Pourquoi ?

→ Identifier les conséquences d'une hospitalisation chez l'enfant

3. Comment définiriez-vous un soin douloureux ?

→ Identifier les soins douloureux

A votre avis quels sont-ils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

4. Le plus souvent, comment réagit un enfant face aux soins douloureux ?

Avez-vous des exemples de réactions d'enfant ?

→ Connaître les réactions des enfants les plus rencontrées par le soignant

5. Quel est l'impact des soins douloureux sur déroulement de l'hospitalisation ou les futures prises en charge de l'enfant ?

→ Identifier les conséquences pour l'enfant dans la suite de sa prise en charge

6. De quelle manière prenez-vous en charge la douleur induite par les soins en pédiatrie ?

Quel moyen utilisez-vous le plus ? Pourquoi ?

Quel moyen utilisez-vous le moins ? Pourquoi ?

→ Identifier les moyens de prise en charge de la douleur

7. Par rapport à la prise en charge de l'aspect psychologique liée aux soins douloureux, qu'avez-vous l'habitude de mettre en place ?

Connaissez-vous l'hypnose ?

Connaissez-vous les « méthodes distractives » ?

Quelles sont-elles ?

Comment les utilisez-vous ?

Pourquoi ?

Quels sont les avantages ?

Quelles sont les limites ?

→ Savoir si le soignant connaît l'existence des méthodes psychocorporelles ou une autre méthode non abordée

→ Connaître les pratiques non pharmacologiques et identifier la connaissance ou non des méthodes distractives

ANNEXE II : Entretien n°1

-Selon vous, quelles sont les spécificités de la prise en charge d'un enfant ?

-Silence... Heu... Au niveau global ?

-Oui

-Silence, rire, euh... Bah en fait au niveau des soins euh... On va pas demander, en fin on peut difficilement demander l'adhésion de l'enfant. Fin si il est tout petit par exemple, on peut pas lui demander son adhésion pour lui faire une prise de sang même si on lui explique euh... plusieurs fois l'intérêt de l'examen, euh... il va pas se laisser faire pour autant. Donc il y a toute cette part là où euh... où euh... jusqu'à un certain âge et puis aussi ça dépend des pathologies des enfants mais euh où on est obligé d'utiliser une forme de contention ou euh... (elle réfléchit) ou des techniques pour pouvoir pratiquer les soins. Déjà ça c'est une des ... Puisque chez les adultes on va demander le consentement du patient, euh chez les enfants on demande le consentement des parents, mais l'enfant on lui demande pas trop son avis... Sauf si il a 15 ans et que... Voilà.

-Et qu'est-ce que vous pensez vous de ne pas pouvoir demander l'avis de l'enfant ?

-Bah après euh... De toute façon je dirais que c'est des soins qui sont nécessaires donc euh... il faut, on est, il faut les faire, après l'intérêt c'est d'essayer de les faire dans les meilleurs conditions possible pour éviter que l'enfant, euh, à l'hôpital dès la première fois qu'il vient il veut plus jamais revenir quoi. Donc euh bah après il y a des, on peut utiliser euh plein de techniques pour éviter d'arriver à des phobies hospitalières.

-Donc les phobies, pour vous ça peut être une conséquence de l'hospitalisation de l'enfant ?

-Ah c'est une conséquence, pas forcément de l'hospitalisation, ça peut être juste un soin, ça peut être juste une prise de sang qui a été euh qui s'est mal passé un jour ou euh ou un examen clinique qui s'est mal passé, c'est pas forcément à l'hôpital, mais c'est toujours causé par un soin, un acte qu'on a fait.

-Est-ce que vous pouvez me donner d'autres conséquences d'une hospitalisation ou d'un soin chez l'enfant ?

-Ha bah après euh donc euh... Mais ça nous on constate moins parce que, fin on constate pas directement, mais si on... Dans la littérature on retrouve euh des angoisses nocturnes, euh des troubles alimentaires, des troubles du comportement, euh... Fin des modifications du comportement liées à une hospitalisation ou à une chirurgie. Alors nous, effectivement en tant que soignant on va pas le constater parce que premièrement souvent on connaît pas suffisamment l'enfant pour constater et puis en plus c'est souvent un petit peu à postériori que ça se... Ca se passe plutôt à la maison.

-Comment définiriez-vous un soin douloureux ?

-Silence... Alors pour moi, un soin douloureux, euh ça va être un soin qui va être euh... euh... perçut de façon désagréable, euh... alors ou il y a une douleur certes, mais qui va être euh, euh intolérable pour l'enfant, enfin pour euh... pour lequel le seuil de douleur n'est pas acceptable.

-Est-ce que vous avez des exemples de soins ?

-Bah... les pansements de brûlé, de brûlures, euh... Après les prélèvements sanguins par exemple, ça dépend des enfants, ça dépend du seuil de douleur, ça dépend... Et puis il y a beaucoup de facteurs qui rentrent en jeu en fait, il y a euh... L'angoisse des parents, la présence des parents ou pas, euh... Si le soin a été expliqué, euh, voilà, euh, si c'est un enfant qui euh, a l'habitude d'avoir ce soin, donc euh... Tout ça ça peut jouer... Silence... Bah les ponctions lombaires ... Silence

-Est-ce que, plus généralement, tout ce qui est soin invasif ?

- Oui, voilà, tout ce qui va être invasif

-Le plus souvent, comment réagit un enfant face aux soins douloureux ?

-Bah ça va être les pleurs, euh... L'enfant il va se débattre, euh... silence... Les cris, il va nous taper... Rires... Ce qui est normal, bah oui il se défend !! Nous, on l'attaque avec une piqure lui il se défend, c'est logique ! Euh, voilà, aussi après ça dépend du vécu de l'enfant, des fois il y a des enfants qui commencent à hurler dans le hall hein !! Rires Voilà après il y a des enfants qui euh... Ca va être l'opposé en fait, l'autre facette c'est l'enfant qui va être mutique, qui va plus du tout bouger, euh qui réagit pas en fait parce que il est tellement submergé par la peur, ça peut être la peur seulement ou des fois par la douleur que du coup il bouge plus, il parle plus, il bouge plus, il joue plus.

-De quelle manière prenez-vous en charge la douleur induite par les soins en pédiatrie ?

-Alors nous on a plusieurs, en fait, il y a plusieurs choses de mises en place en fonction euh... du soin, en fonction de l'enfant, par exemple, pour les prises de sang, on essaie euh... que l'enfant puisse avoir de l'Emla, euh... si euh... On peut faire aussi du MEOPA pour une prise de sang si on voit que l'Emla suffit pas ou que vraiment ça va pas être possible, ou un enfant qui a un mauvais vécu, on peut faire euh... Voilà, pour les pansements, on peut faire aussi du MEOPA, on utilise, euh... pour éviter la... il y a beaucoup de pansement qui sont fait au bloc, sous anesthésie générale parce que euh... bah beaucoup de pansement de brûlé sont fait sous anesthésie générale chez les enfants alors qu'ils seraient fait comme ça chez l'adulte.

-Quel moyen utilisez-vous le plus ?

-Ca va être je pense le MEOPA

-Pourquoi ?

-Parce que c'est facile d'utilisation, qu'il y a des protocoles institutionnels, donc on a pas besoin d'avoir un médecin sous la main pour le faire, euh... si euh... par exemple euh...

Je vois hier j'ai fait une prise de sang, d'emblée j'ai vu que c'était un enfant qui avait un vécu, que ça allait pas bien se passer, je lui ai fait d'emblée le MEOPA, et ça a bien atténué l'angoisse, et voilà, j'ai eu besoin d'avoir juste quelqu'un pour tenir le MEOPA, j'ai pas eu besoin de courir, d'appeler le médecin, d'avoir son accord, qu'il monte, euh... voilà.

-Quel moyen utilisez-vous le moins ?

-Euh... le moins souvent... euh... Silence...

-Peut-être qu'il n'y en a pas ?

-Heu, bah non je pense pas, je vois pas ce que je pourrais le moins utiliser... Silence...

Non...

-Par rapport à la prise en charge de l'aspect psychologique liée aux soins douloureux, qu'avez-vous l'habitude de mettre en place ?

-Silence... Euh... Elle réfléchit... Silence...

-Si je vous parle de méthodes psychocorporelles, ou d'hypnose, ou de distraction par exemple ?

-Alors, euh... Nous, sur l'hypnose pure, on est pas formée, ça va se faire parce que ça se développe de plus en plus, mais on est pas formée à l'hypnose vraiment. Alors ce qu'on utilise beaucoup avec le MEOPA, ça va être en fait, euh... On parle avec l'enfant, et euh on fait plutôt euh, l'image, plus comme de la sophrologie, on essaie de le fixer sur une image, fin quelque chose qui lui plaît, fin... de le faire voyager, fin de poursuivre dans cette image pour le détacher de son corps, vu qu'en plus le gaz nous aide dans ce sens là. Donc voilà, ça, ça peut être une bonne méthode qui peut être utilisée, euh sinon, nous ce qu'on peut faire c'est euh, de au quotidien, ou même comme technique pour éviter la douleur, euh ou pour distraire, ça va être les jeux de l'enfant, euh... le doudou, ça va être euh... si il a une console de jeux, ça va être sa console, euh, la télé, ça peut être euh... Pour un plus grand ça peut être son téléphone, donc euh... C'est d'utiliser un objet sur lequel l'enfant va se focaliser. Le but, c'est de détourner l'attention, après quelque soit l'objet, ou après, si l'enfant à rien, ça peut arriver hein, quand euh... Ou par exemple, là on fait des pansements à la baignoire, donc ils prennent pas grand choses, puisqu'ils sont douchés, mais après euh... On peut partir sur l'activité qu'ils aiment bien faire, l'anniversaire du petit copain qu'ils ont fait la semaine d'avant, fin... Voilà

-Est-ce que vous trouvez des avantages à utiliser ça, l'objet pour détourner l'attention ?

-Ha bah en pédiatrie, je crois que c'est primordial ! Rires Sinon, je sais pas comment on fait pour soigner, parce que ça c'est pas possible hein... Rires...

-Et est-ce que vous avez des limites ?

-Bah des fois ça marche pas, fin, peut-être pas autant qu'on voudrait, mais après bah il faut essayer de rebondir sur autre choses, ou euh... Et dans ces cas là on peut lui expliquer, comment on a faire les choses, ce qu'il risque de ressentir, essayer de, pour certains soins de d'expliquer un peu ce que ça... Par exemple pour l'ablation de résine, ça fait pas mal hein,

mais c'est désagréable comme sensation, ça fait comme une vibration, et ça leur fait peur, alors que il y a pas de douleur réelle ressentie, mais si on leur explique bien que ça va faire du bruit, que ça va être un peu comme des petites fourmis, euh... Que la scie, elle peut pas le couper, fin voilà, bon bah ça... C'est bien expliquer aussi euh... A l'enfant

-Est-ce que vous considérez que l'explication, l'information, c'est prendre en charge la douleur.

-Ha oui, complètement !

-Et la présence des parents ?

-Euh, alors, ça n'a pas toujours un aspect positif, mais, globalement, je pense que même si c'est pas toujours positif, ça aide l'enfant. Ca nous aide peut-être pas nous parfois, mais euh... Ca aide l'enfant quand même. Mais, silence... Il y a des fois où les parents sont tellement angoissés eux, qu'ils aggravent entre guillemets la situation, et parfois ça se passe beaucoup mieux quand les parents sont pas présents. Mais euh... Mais voilà. Après, bon bah l'enfant, ça le rassure de voir son parent, à part si euh... Des fois c'est des enfants que nous on suit depuis plusieurs fois, qui nous connaissent bien, ou que... C'est... Il y a une relation de confiance qui s'est installée.

-Avez-vous des choses à rajouter sur le sujet ?

-Par rapport aux distractions, je voulais juste rajouter que aux urgences par exemple, ils ont installés des tablettes dans tout les box avec des jeux souvent mis à jour et adaptés à différentes tranches d'âge pour occuper les enfants, et euh... Et ils s'en servent comme moyens de distraction. Et il y a aussi quelque chose qu'on peut utiliser, c'est la musique. Et nous, par exemple, on encourage surtout nos grands à prendre leur MP3, même pour aller au bloc pour des interventions où ils ont une loco-régionale, en fait ils peuvent descendre avec leur téléphone et leurs écouteurs, ou leur lecteur, enfin voilà quoi. Et au bloc opératoire, en salle de réveil, maintenant il y a des DVD, des télévisions, euh...

-Vous auriez quelque chose à dire pour conclure ?

-Bah que je pense que la distraction, c'est indispensable en pédiatrie, sinon, non, je vois pas !! Rires

ANNEXE III : Guide d'entretien

-Selon vous, quelles sont les spécificités de la prise en charge d'un enfant ?

-Bah par rapport à l'adulte, il faut changer l'approche des enfants, on va pas utiliser le même vocabulaire, on a pas la même manière d'appréhender le soin, euh... voilà. Globalement l'approche va être différente

-Selon vous, quelle(s) est/sont les conséquences d'une hospitalisation chez l'enfant ?

-On remarque chez certains enfants qui ont eu plusieurs hospitalisations, ou qui sont nés prématurément et qui sont pris en charge dès tout petit, on pas la même approche de ceux qui n'ont jamais connus l'hôpital et les blouses blanches aussi, ça joue beaucoup. On remarque chez les enfants qui sont habitués à venir à l'hôpital, euh... deux cas de figures. Soit ils ont été traumatisés par un soin qui s'est très mal passé auparavant, et quand ils nous voient entrer dans la chambre, c'est très difficile d'appréhender le soin, soit au contraire ils ont l'habitude donc ils sont plus détendus, ils connaissent un petit peu les matériaux, ils sont plus à l'aise avec nous, et avec les soins qu'on leur fait.

-Comment définiriez-vous un soin douloureux ?

-euh... Sachant que pour les enfants, on a des échelles de douleur liées au faciès de l'enfant, liées à la position antalgique, euh... aux mimiques aussi, donc je dirai que je me réfère beaucoup à cet échelle-là, c'est l'échelle EVENDOL, et disons que moi, je considère un soin douloureux à partir du moment où euh l'enfant est crispé, euh, où il dit tout simplement qu'il a mal, parce on a des enfants assez grand pour exprimer que le soin est douloureux, ou pour les bébés qui pleurent, qui s'agitent, qui gigotent ou qu'il faut essayer de maintenir. Après c'est pas évident de différencier chez les beaucoup plus petits qui ne peuvent pas utiliser la parole de différencier un soin douloureux et un soin qui les embête en fait.

-Pouvez-vous me donner des exemples ?

-Bah je dirai les aspirations naso-pharyngées, et les prises de sang qui sont assez récurrentes chez nous, à savoir que les aspirations naso-pharyngées, que ce soit chez les tout petits, ou chez les grands, on leur explique que c'est surtout plus désagréable que douloureux, on leur explique vraiment tout le soin. Fin moi, c'est comme ça que je fais, je fais voir le matériel, je leur explique comment va se passer le soin. On lui explique aussi qu'on va le maintenir, pour pas qu'il bouge, pour que le soin se passe dans les meilleures conditions possibles. Euh donc, à partir de ce moment-là, ça met en condition l'enfant, mais ça ne va pas changer la façon dont il va appréhender le soin. Si on lui dit de pas bouger et qu'on va le maintenir, euh de toute façon c'est désagréable pour lui, donc de toute façon il va essayer de s'agiter et euh... de faire en sorte qu'on lui fasse pas le soin. Après j'ai envie de dire que pour les prises de sang, on utilise des patchs, c'est les patchs EMLA qui permettent de pas enlever l'appréhension des enfants, parce que quand ils voient l'aiguille, ils ont pas envie, mais au

moins d'enlever euh la douleur quand on pique. Et euh souvent on les contentionne, fin on les enveloppe dans des draps, ou les plus grands on les tient en leur disant que ça va pas faire mal, qu'avec le patch magique ça va pas faire mal pendant la piqure, bien souvent, euh ils sont un peu stressé avant qu'on pique, et après ça va mieux, ils sont soulagés quand on leur dit que c'est terminé une fois qu'on a piqué et qu'ils sentent rien, c'est beaucoup mieux quoi.

-Le plus souvent, comment réagit un enfant face aux soins douloureux ?

-Euh... (silence) En général, ils sont pas content, j'ai envie de dire que ce soit le petit bébé ou l'enfant plus grand, bah... ils sont pas envie, que ce soit un soin invasif ou pas, ils ont pas envie qu'on les embête, donc bien souvent on essaye de faire le soin vite fait, bien fait. Sinon, on va avoir des cris, des larmes, et on est bien content à ce moment là quand il y a les parents, doudou ou tétine, quand il y a un environnement autour de l'enfant qui peut l'apaiser.

-Quel est l'impact des soins douloureux sur déroulement de l'hospitalisation ou les futures prises en charge de l'enfant ?

-Alors, j'ai déjà pris en charge un enfant plusieurs jours, à qui, dès les premiers jours on lui a fait des prise de sang, des aspirations naso-pharyngées, même des ponctions lombaires, et euh... Bah disons que quand je suis arrivée les jours suivant, ça a été assez difficile pour lui de ressentir ma présence dans la chambre, même si je faisais pas de soin invasifs, qui pouvaient lui faire mal ou qui pouvaient le contrarier, c'était assez difficile, notamment par la blouse blanche, ça peut arriver à moi, ou à toute mes collègues, euh... Bien souvent c'est assez (quelqu'un entre dans la pièce, puis sort en s'excusant) c'est assez difficile pour l'enfant par la suite.

-De quelle manière prenez-vous en charge la douleur induite par les soins en pédiatrie ?

-Bah on utilise le patch EMLA beaucoup, chez les bébés de moins de six mois, c'est contre indiqué, donc on utilise des pipettes de sucre qui marchent vraiment très bien.

-Est-ce que vous utilisez le MEOPA aussi par exemple ?

-Oui, mais pas très souvent.

-Quel moyen utilisez-vous le plus ?

-l'EMLA, parce que c'est facile d'utilisation, c'est pratique, (silence) et puis euh... l'efficacité est prouvée, et après j'ai envie de dire euh... ça nous empêche pas après de faire les soins.

-Quel moyen utilisez-vous le moins ?

-Ce serait le MEOPA je dirais

-Pourquoi ?

-Disons que le MEOPA on l'utilise vraiment dans.... Pour des enfants ou des adolescents vraiment très très stressés, ou qui décrivent un état de stress intense ou des antécédents particuliers de stress, ou de crise d'angoisse, à ce moment là on va plus utiliser le MEOPA, parce qu'au moment où le MEOPA est utilisé, on est à plusieurs, et il y a un

maintien d'une collègue qui essaye d'expliquer une histoire vraiment pour euh... détendre l'enfant et faire vraiment en sorte qu'il pense à autre chose et ça mobilise aussi bien le côté (silence) Enfin, le MEOPA ça prend aussi bien physiquement que psychiquement. L'enfant est en train d'écouter la collègue qui essaye de raconter une histoire, ou qui essaye de faire verbaliser l'enfant qui physiquement est... Il y a un maintien, donc à partir de ce niveau là euh...

-D'accord. Par rapport à la prise en charge de l'aspect psychologique liée aux soins douloureux, qu'avez-vous l'habitude de mettre en place ?

-Bah bien souvent, c'est une collègue qui accompagne et qui essaye de faire parler l'enfant, d'essayer d'attirer l'attention sur autre chose, sur la télé, sur un jouet mobile pour les nourrissons, sur les parents, euh... je disais aussi la succion chez les enfant, les doudous euh... chez les plus grands ça va être oui la télé, l'école, les passions, ... Donc détourner l'attention en fait.

-Connaissez-vous l'hypnose ?

-Alors l'hypnose euh... jamais expérimenté, jamais vu donc euh...

-Connaissez-vous les « méthodes distractives » ?

-Je pense que ça on l'utilise un petit peu quand c'est la collègue qui est là, qui peut aussi prêter sa main quand l'enfant a besoin de serrer une main, a besoin d'un contact physique au moment du soin douloureux, j'associerais ça à ça en fait.

-Quels sont les avantages ?

-A partir du moment où un enfant est distrait, euh... La réaction au soin va pas être la même, on peut faire une prise de sang, et puis l'enfant va pas bouger, l'enfant ne va pas sentir la douleur, l'enfant ne va pas après nous « reprocher » d'avoir fait un soin douloureux.

-Est-ce que vous voyez des limites à ça ?

-Ah bah des fois on a des enfants qu'ont pas envie, qui sont... (silence) vraiment dans l'angoisse et l'appréhension du soin de manière intense et ils écoutent... Fin... ils sont pas réceptifs en fait à ce qu'on raconte, la tentative d'évitement qu'on peut faire, donc la limite, c'est en fonction de chaque enfant, de chaque cas en fait.

-Je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé votre temps

ANNEXE IV : Grille d'analyse des entretiens

	Infirmière A	Infirmière B
L'enfant et son hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> -Difficile de demander l'adhésion de l'enfant lors d'un soin, consentement des parents -Ne se laisse pas faire lors des soins -Utilisation de techniques pour faire le soin (forme de contention par exemple) - L'intérêt est d'essayer de faire les soins dans les meilleures conditions possibles et d'éviter d'arriver à des phobies hospitalières -Les phobies sont des conséquences de l'hospitalisation ou d'un soin -Les autres conséquences arrivent à postériori de l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> -Pas la même manière d'appréhender le soin - Utilisation d'un autre vocabulaire - Approche différente - Deux conséquences liées à l'hospitalisation : soit les enfants ont été traumatisés par un soin, soit ils ont l'habitude et sont plus détendus
La douleur lors des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Définition : un soin perçut de façon désagréable où il y a une douleur intolérable pour l'enfant, tout soin invasif -Manifestation : les pleurs, les cris, l'enfant se débat, il tape, ou un enfant mutique qui ne bouge plus du tout -Utilisation de moyens pharmacologiques -MEOPA le plus utilisé car il est facile d'utilisation, existence de protocole institutionnel -EMLA 	<ul style="list-style-type: none"> -Se réfère à l'échelle EVENDOL -Considère un soin douloureux dès que l'enfant est crispé, se plaint de douleur ou pleurent -Difficulté chez les petits qui ne parlent pas de différencier la douleur de la gêne -Utilisation de la contention lors des soins -Utilisation de l'explication du soin -Montre le matériel à l'enfant

	<ul style="list-style-type: none"> -Ne voit pas quel est le moyen le moins utilisé 	<ul style="list-style-type: none"> -Réaction de l'enfant : cris, larmes, refus de soin -Difficile pour l'enfant d'accepter le soin par la suite -Utilisation de la crème EMLA ou du G30% chez les bébés de moins de 6 mois -Moyen le plus utilisé est l'EMLA car c'est facile d'utilisation -Moyen le moins utilisé est le MEOPA l'utilise plus souvent dans les cas où l'enfant stresse -Le MEOPA prend en charge la douleur physique et psychologique
<p>Les méthodes psychocorporelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Hypnose se développe de plus en plus -Parle avec l'enfant, utilise un objet sur lequel l'enfant se focalise -Essaye de le fixer sur une image ou quelque chose qui lui plaît, en parallèle avec le MEOPA -Utilise les jeux de l'enfant, console de jeux télé -Objectif est de détourner l'attention -Primordial en pédiatrie -Enfant pas réceptif, donc explication du soin et du ressenti pendant le soin, l'explication est un moyen de prendre en charge la douleur -Présence des parents aide l'enfant bien qu'il peut y avoir des aspects négatifs (parents angoissés donc angoissent l'enfant) -La distraction est indispensable en pédiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> -Utilise doudou et tétine pour apaiser -Présence des parents -Collègue qui parle ou qui essaye d'attirer l'attention sur autre chose (télé, jouet, parents) -N'a jamais vu d'hypnose -Associe les méthodes distractives à la présence d'une collègue auprès de l'enfant qui peut lui serrer la main -L'enfant distrait ne ressent pas la douleur, et ne reproche pas d'avoir fait le soin -La limite est un enfant qui n'est pas réceptif

ANNEXE V : Fiche de lecture n° 1

I. Présentation de l'article

a. L'auteure

- Identité : Françoise Billot
- Formation : l'auteure de l'article est puéricultrice cadre clinicienne, formatrice vacataire
- Autres publications : Cahiers de la puéricultrice. Les méthodes distractives, n° 255 p.9 ; Cahiers de la puéricultrice. Le jeu comme partenaire des soins, mars 2014, n° 275, p.11 ; Cahiers de la puéricultrice. Des stimuli sensoriels pour détourner l'attention de l'enfant, mars 2012, n°255, p.15, 16.

b. L'article

BILLOT, Françoise. La distraction, une place à part entière dans les soins. *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n° 255, pages 10, 11, 12 et 13.

Dans cet article, F. Billot explique que les méthodes distractives, ou techniques psychocorporelles, utilisées en parallèle avec des méthodes médicamenteuse réduisent la sensation de douleur, ou encore le stress, l'anxiété, associé à cette perception. Puis, l'auteure relate les différentes méthodes ainsi que les cas dans lesquelles on les utilise et de quelles manières nous pouvons les adapter au patient que nous prenons en charge. Elle nous liste aussi les spécificités de ces méthodes et de quelles manières elles agissent sur l'enfant et sa perception du soin. Ainsi, grâce à ces méthodes, le soignant réalise les soins dans de meilleures conditions. Cela permettra à l'enfant de mieux vivre son hospitalisation et d'avoir plus facilement confiance en l'adulte et en le monde hospitalier.

II. Expression de l'avis personnel

Cet article est intéressant par rapport à mon travail de fin d'étude puisqu'il explique l'intérêt de l'utilisation des méthodes distractives en pédiatrie, les spécificités de chaque types de technique (kinesthésiques, comportementales, cognitives,...) et leur action sur l'enfant hospitalisé. Aussi, l'auteure développe comment le soignant choisit la méthode en fonction de l'enfant (âge, état émotionnel,...) Enfin, F. Billot détaille certaine méthode comme la distraction, la respiration, la relaxation, l'hypno-analgésie,... Ainsi, cet article me permet d'avoir un aperçu de certaine des méthodes distractives, connaissance qui me seront importante pour l'élaboration de mon travail de fin d'étude.

Dans un premier temps, il est important de rappeler que les méthodes distractives se suffisent lors de geste simples de soins, en revanche qu'elles sont inefficaces face à

un enfant douloureux et dont cette douleur n'est pas soulagée. De plus, il y a une composante anxieuse à la douleur. Lorsqu'un enfant sait qu'il va faire l'objet d'un soin potentiellement douloureux, il peut alors devenir anxieux face à ce soin, mais il aura alors mal avant même que ce soin ait lieu. C'est alors qu'il est important d'utiliser une méthode distractive pendant le soin afin de détourner l'attention de l'enfant qui ne ressentira pas la douleur liée à l'anxiété.

Les méthodes distractives ont une place de choix pour diminuer l'intensité de la douleur liée aux gestes de soin et le stress que ceux-ci engendrent. Elles permettent de modifier le vécu de l'enfant vis-à-vis de son hospitalisation en dédramatisant les différents événements ainsi que la perception et le souvenir qu'il en aura.

Il ne faut pas oublier que les types de méthodes distractives sont variés et qu'elles n'agissent pas de la même manière sur l'enfant. Ainsi, certaines agissent sur le corps, d'autres demandent à l'enfant d'être acteur de la méthode, d'autres sollicitent la pensée de l'enfant. Nous voyons alors les limites des méthodes distractives qui sont alors l'âge et l'évolution de l'enfant sur un plan cognitif. Pour développer et utiliser une méthode distractive, il faut capter l'attention de l'enfant et utiliser ses ressources. Seulement, il sera plus difficile d'utiliser l'imagination d'un enfant trop jeune. Aussi, il est important de connaître l'enfant afin d'utiliser la méthode distractive la plus pertinente. Afin de faire connaissance de cet enfant, nous pouvons nous appuyer sur ce qu'il nous dit, mais aussi sur ce que peuvent nous communiquer les parents. *« Lorsqu'un enfant vient pour la première fois pour un soin, un temps de discussion, de dialogue est souvent nécessaire pour « s'approprier » mutuellement et entrer en contact [...] »*

Ainsi, de nombreuses méthodes distractives existent, et il faut les adapter au patient. Parmi ces méthodes, nous pouvons compter la distraction. Cette méthode est la plus utilisée pour diverses raisons : elle ne nécessite pas de formation spécifique, et « elle fait appel à des supports très variés qui s'adaptent volontiers à l'âge de l'enfant. » Avec ces méthodes, il est simple d'attirer le regard de l'enfant à l'aide de supports adaptés à son âge. Il y a aussi la respiration, celle-ci sollicite la participation de l'enfant afin d'utiliser sa respiration active. Afin de faciliter cette respiration, le soignant peut *« proposer à l'enfant des objets sur lesquels il doit souffler pour les faire bouger »* ainsi, cette respiration permettra un état de détente chez l'enfant. Nous pouvons aussi trouver l'hypno-analgésie, ou le toucher-massage, mais ces méthodes ont des limites car elles nécessitent une formation du soignant. Ces deux suggestions *« permettent de réduire l'intensité, mais surtout l'aspect désagréable de la douleur en réinterprétant les sens. »*

Dans cet article, l'auteure nous fait sous-entendre les limites des méthodes distractives. Cependant, elle n'insiste pas sur ces points et ne les développent pas. Je trouve que cette composante est importante dans le positionnement car, nous percevons clairement dans cet article les bienfaits des méthodes distractives, et nous pouvons penser que, comme toute méthodes, elles ont des limites, il aurait alors été intéressant de pouvoir les identifier. Il nous est rappelé qu'une méthode distractive est efficace si elle est associée à un moyen médicamenteux, ce qui est important de ne pas oublier lorsqu'un soignant pratique un soin douloureux. Je trouve aussi intéressant que plusieurs méthodes psychocorporelles ont été décrites dans cet article, car il donne des éléments à exploiter dans mon travail de fin d'étude. Par rapport à ma pratique professionnelle, cet article montre que nous pouvons improviser certaines méthodes, mais que d'autre ne peuvent être réalisées que par des soignants formés à ces techniques. Enfin, nous pouvons retenir de l'article que quel que soit la méthode utilisée, elle a pour but de permettre à l'enfant de vivre le soin de la meilleur façon possible sans être heurté par son hospitalisation, ou par les monde hospitalier. La distraction de l'enfant pendant le soin fait alors parti intégrante de se soin.

ANNEXE VI : Fiche de lecture n°2

I. Présentation de l'ouvrage

a. L'auteure

- Identité : Monique Formarier
- Formation : infirmière, chercheuse en soins infirmiers, enseignante à l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé de Lyon en 1988, et rédactrice de la revue Recherche en soins infirmiers en 2010.
- Autres publications : l'auteure n'a pas publié d'autres ouvrages ou articles en lien avec la pédiatrie

b. Le chapitre

FORMARIER, Monique. L'hospitalisation, la maladie et son impact sur l'enfant. In : L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers. Infirmière d'aujourd'hui. Centurion, 1984, pages 23, 24, 25, 26, et 27.

Ce chapitre explique que chaque enfant est différent face à une hospitalisation. Avant 7-8 ans, l'enfant ne s'angoisse pas de sa maladie, mais du fait qu'il soit séparé de sa vie habituelle et du cocon familial. Chaque enfant a sa propre façon de réagir face à une hospitalisation, tout comme il a sa propre manière d'interpréter sa maladie et sa gravité. Parmi les réactions des enfants face à leur maladie, qui peut entraîner une hospitalisation, l'auteure différencie les réactions communes à tous les enfants : l'angoisse ou la perte de confiance en l'adulte, et les réactions spécifiques les plus rencontrées : agressivité, tristesse, anorexie,... L'enfant peut réagir différemment face à l'hospitalisation et aux soins en fonction de sa condition familiale. Il peut régresser à des stades antérieurs ou bien « se surpasser. » L'enfant malade a besoin de s'exprimer et de communiquer de différentes manières. Même si la période des premiers jours d'hospitalisation est difficile, il faut cependant être vigilant face aux enfants qui s'adaptent très bien à cette hospitalisation car ils peuvent intérioriser leurs souffrances. Stéréotyper une hospitalisation d'enfant est impossible car ces derniers réagissent de façons différentes. Enfin, l'auteure rappelle qu'un enfant ne réagit pas forcément de façon négative à une hospitalisation.

II. Expression de l'avis personnel

J'ai choisi ce chapitre car il reflète les réactions de chaque enfant face à l'hospitalisation et à la maladie. Ainsi, dans le cadre de mon travail de fin d'étude, ce chapitre pourra m'éclairer sur les réactions de l'enfant, et donc sur l'adaptation des soins.

Chaque enfant est unique. Cependant, l'auteure nous rappelle que face à la maladie et à l'hospitalisation, chaque enfant peut réagir de façon propre à lui-même, mais aussi de façon commune, liée à l'enfance. Comme réaction commune, nous pouvons compter l'angoisse. Cette angoisse est provoquée par les ruptures liées à l'hospitalisation comme la séparation de sa famille, le milieu médical qui l'écarte de son monde d'enfant, l'éloignement du domicile dans lequel il a ses habitudes de vie. Toutes ces séparations introduisent l'enfant dans une insécurité angoissante. « *L'enfant est [...] plongé dans un milieu hostile, étranger, alors qu'il traverse une période déjà difficile pour lui* ». En revanche, l'enfant n'angoisse pas par rapport à sa maladie, tant qu'il n'en comprend pas le fonctionnement, ou la gravité. Il perçoit néanmoins l'inquiétude de ses proches. Enfin, sa vision du monde médical et la douleur qu'entraînent les soins sont aussi des facteurs anxiogènes pour l'enfant.

Lorsqu'un enfant est malade, il n'intègre pas la conception de la maladie, mais elle le fait culpabiliser. Ainsi, alors qu'il est en âge de comprendre sa maladie, il est préférable de lui expliquer la maladie. Un enfant remarque qu'un adulte profite de sa naïveté et qu'un adulte utilise le mensonge sur sa maladie plutôt que la vérité. Mentir à un enfant est source d'angoisse pour lui, l'adulte menteur va alors perdre la confiance de l'enfant malade. Ainsi, il devient important de communiquer avec l'enfant. D'une part pour lui expliquer sa maladie et les soins associés, d'autre part car l'enfant a besoin de cette communication, particulièrement lorsqu'il est malade. Ainsi, le rôle de l'infirmière va être de la faire verbaliser, par n'importe quel moyen possible, comme un entretien, un jeu, ... L'auteure nous explique également que l'enfant conserve un souvenir plus ou moins positif de sa maladie et du vécu de son hospitalisation. « *[...] les douleurs physiques occasionnées par la maladie laisse des traces dans la mémoire affective.* »

Puis, chaque enfant peut avoir une réaction propre à lui face à l'hospitalisation. D'après certains auteurs, il ne serait pas possible d'énumérer toutes les réactions spécifiques des enfants face à l'hospitalisation. En revanche, parmi ces réactions, nous pouvons dégager les plus fréquentes : « *l'agressivité, la passivité, la tristesse, les pleurs, les régressions à des stades antérieurs, l'anorexie, [...]* ». Il est important de rappeler que ce n'est pas parce qu'un enfant ne réagit pas à son hospitalisation qu'il n'en est pas affecté. C'est en fonction du contexte, de son éducation, et de ces habitudes de vie qu'un enfant réagira plus ou moins violemment à son hospitalisation. « *Chez le même enfant, le seuil de tolérance peut varier d'une hospitalisation à l'autre.* » C'est alors qu'il devient important d'observer et d'être attentif aux potentielles réactions de l'enfant face à la maladie et à l'hospitalisation afin d'adapter la prise en charge de cet enfant, les soins, et aussi sa communication.

Ce chapitre met en avant qu'il existe une réaction commune à tous les enfants face à la maladie et à l'hospitalisation, cette réaction étant l'angoisse. Puis, l'auteur nous montre qu'il y a des réactions spécifiques, dont les principales sont répertoriées. Enfin, il nous est expliqué qu'il est indispensable de favoriser la communication avec les enfants hospitalisés, principalement par l'explication de la maladie que l'on adaptera à leur âge et leur niveau de compréhension. Le chapitre est illustré par un cas clinique, celui de Myriam, 6 ans.

En revanche, ce chapitre qui met en avant les réactions des enfants, n'explique pas les réponses que doivent avoir les soignants face à ces enfants.

ANNEXE VII : Fiche de lecture n° 3

I. Présentation de l'article

a. L'auteure

- Identité : Pascale Thibault
- Formation : l'auteure de l'article est cadre supérieure de santé, puéricultrice. Elle est co-fondatrice d'Amaé-Santé, dont elle est la responsable pédagogique. P. Thibault est détentrice de deux DU : « Ethique et pratique de la santé et des soins » et « Prise en charge de la douleur en soins infirmiers ». A partir de 2003, et ce pendant six ans, elle a contribué au développement du CNRD. Actuellement, elle est membre de la Commission Professionnelle Infirmière de la SFETD, et membre de l'ANDPE.
- Autres publications : Cahiers de la puéricultrice. CNRD : prévention et prise en charge de la douleur induite par les soins mai 2003, n° 0170, p ; 34,35 ; Soins pédiatrie - puériculture Comprendre et prévenir la douleur induite par les soins, décembre 2006, n°233, p.7 ; Soins pédiatrie – puériculture. L'utilisation des moyens de prévention de la douleur décembre 2006, n°233, p. 39, 40, 41, 42, 43 ; Soins pédiatrie – puériculture. La douleur de l'enfant, quelles réponses ? février 2007, n°234, p.8.

b. L'article

THIBAUT, Pascale. Douleur de l'enfant, utiliser les mots justes. *Soins pédiatrie – puériculture*, mai 2012, n° 266, pages 33, 34, et 35.

Dans cet article, P. Thibault nous explique que depuis vingt ans, des avancées dans la prise en charge soignante de l'enfant ont été réalisées. Ainsi, après avoir pensé dans les années 1970 à 1980 qu'il était nécessaire de prévenir l'enfant du soin, de nouvelles réflexions ont eu lieu et ont amené un nouveau courant de pensée : celui de distraire l'enfant pendant le soin. En effet, prévenir l'enfant qu'un soin va être douloureux augmente son ressenti de la douleur pendant ce soin ainsi que l'anxiété qu'elle engendre. C'est alors que les méthodes psychocorporelles telles que la distraction, l'hypno-analgésie, la relaxation, ... sont souvent utilisées par les soignants lors des soins à l'enfant. En revanche, l'article insiste sur la composante suivante : il reste essentiel d'expliquer à l'enfant comment se déroule le soin, et pour cela, il faut adapter sa communication à l'âge et au niveau de compréhension de l'enfant. Ceci a pour but de ne pas rendre un soin complexe et angoissant pour les plus jeunes, et ne pas infantiliser les plus âgés, car de nombreux soignants utilisent un vocabulaire adapté aux enfants âgés entre sept et onze ans. L'article se base donc sur l'importance du soignant à être vigilant à sa communication qu'elle soit verbale ou non verbale en utilisant des mots adaptés et en s'assurant de la compréhension de l'enfant lors de l'explication du soin, ou encore en ayant une attitude

calme et apaisante quel que soit le comportement de l'enfant. Par ailleurs, il est important pour l'enfant que le soignant reconnaisse sa sensation douloureuse et verbalise cette reconnaissance. Enfin, P. Thibault rappelle qu'il ne faut pas oublier l'existence des méthodes médicamenteuses que le soignant devra utiliser dans le cas de soins douloureux, il sera alors important, afin de rassurer l'enfant d'expliquer cette dimension douloureuse qui sera fortement atténuée, voir inexistante grâce à ce moyen médicamenteux qu'il devra développer, et ce en faisant attention à adapter ses mots à l'enfant.

II. Expression de l'avis personnel

Le thème de mon travail de fin d'étude étant sur la prise en charge des enfants hospitalisés, et la manière de leur faire accepter un soin douloureux. Dans cette composante, nous pouvons compter la communication utilisée face à ce public facilement anxieux lorsqu'ils ont affaire au monde hospitalier. Ainsi, cet article relate des différents moyens de communication utilisables avec la jeune population hospitalisée, et la façon de l'adapter en fonction de l'âge des enfants à qui nous allons effectuer le soin douloureux.

Dans cet article, P. Thibault nous montre et nous explique les progrès qui ont été réalisés depuis les années 1970 jusqu'à aujourd'hui dans la communication en service de pédiatrie. Elle fait aussi ressortir l'impact qu'ont ces nouvelles pratiques face à la jeune population, ainsi qu'aux soignants lorsqu'elles sont utilisées lors des soins. Cette nouvelle vision du soin est donc intéressante puisqu'elle ajoute la communication avec l'enfant dans sa prise en charge. Le soin n'est alors plus un acte infirmier, mais un acte infirmier pendant lequel le soignant se doit de communiquer avec son patient tout en adaptant sa parole à l'âge de l'enfant pris en charge. En parallèle avec cette communication, ce sont les moyens non pharmacologiques qui ont été mis en avant auprès de l'enfant hospitaliser en pédiatrie. Ainsi, l'auteure met en avant que :

L'intérêt porté aux méthodes non médicamenteuses de prévention de la douleur à mis en évidence que détourner l'attention du patient au moment du geste douloureux lui permettait de ne pas ressentir la sensation douloureuse.

Néanmoins, il est important que le soignant explique à l'enfant le soin qu'il va lui administrer. En revanche cette explication devra se faire avec une très grande vigilance de la part du soignant car un enfant peut facilement réinterpréter la signification des mots. Ainsi, « *pour tous les enfants, le soignant doit veiller au sens des mots utilisés.* » Il est alors nécessaire pour le soignant de vérifier la bonne compréhension de l'enfant vis-à-vis du soin expliqué. A nouveau, P. Thibault explique qu'il est essentiel d'adapter sa communication non vis-à-vis de l'âge, et ce en agissant sur le ton de sa voix,

l'accompagnement par une vision du matériel utilisé, et la reverbération en cas d'incompréhension de l'enfant, mais aussi sur un plan émotionnel, c'est-à-dire savoir identifier les émotions de l'enfant à ce moment et s'y adapter.

Enfin, le soignant devra reconnaître l'existence de la douleur qui peut être générée par ce soin, et croire l'enfant. Un enfant a besoin d'être cru lorsqu'il verbalise sa douleur. Cependant, « *lorsqu'il est susceptible de lui faire mal, le plus souvent, [...] l'informe que « ça va faire un petit peu mal » [...] il omet souvent de l'informer des moyens de prévention de la douleur ou de l'anxiété* ». Ainsi, il faut expliquer à l'enfant que sa douleur sera prise en charge par un moyen médicamenteux, le soin ne lui fera donc pas mal. Il est aussi important, selon l'âge du patient d'expliquer comment agit ce moyen afin d'atténuer l'anxiété et la peur de l'enfant. Cela aura pour résultat un soin qui se passe de la meilleure façon possible car l'enfant est alors plus calme et détendu, le soignant est alors plus serein lorsqu'il doit effectuer un soin à un enfant apaisé.

Cet article souligne l'importance de la communication face à la douleur de l'enfant. Il est alors nécessaire d'adapter sa communication à l'âge de l'enfant et à l'état émotionnel dans lequel il se trouve, tout en mettant en place des moyens pharmacologiques pour prendre en charge cette douleur générée par les soins. Cet article est un tremplin aux méthodes distractive car il est expliqué dans le texte que dans un second temps, il faut distraire l'enfant afin qu'il ne ressentira pas la douleur pendant le soin. Cet article fera évoluer ma pratique face aux enfants dans le sens où, lorsque l'on n'a pas été formé, nous ne parlons pas aux enfants avec des mots qui correspondent à leur âge, et que nous ne pensons pas à bien expliquer ce que nous faisons. Il fera également évoluer ma réflexion lors de l'élaboration de mon travail de fin d'étude puisque je pourrais associer méthodes médicamenteuses et méthodes distractives, ou encore méthodes de communication et méthodes distractives.

ANNEXE VIII : Fiche de lecture n°4

I. Présentation de l'article

a. Les auteures

- Identité : Françoise Billot, Isabelle Royer
- Formation : Françoise Billot est infirmière puéricultrice, cadre clinicienne, formatrice vacataire. Isabelle Royer est infirmière puéricultrice, cadre de santé.
- Autres publications : Cahiers de la puéricultrice. Les méthodes distractives, n° 255 p.9 ; Cahiers de la puéricultrice. Le jeu comme partenaire des soins, mars 2014, n° 275, p.11 ; Métiers de la petite enfance. Distraire les enfants lors des soins douloureux, juin 2010, n°162, p.22.

b. L'article

BILLOT, Françoise et ROYER Isabelle. Des stimuli sensoriels pour détourner l'attention de l'enfant. *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n° 255, pages 15 et 16.

Dans cet article, les auteures expliquent l'importance de la sensorialité dans le développement de l'enfant, et que cela influe sur la perception qu'a l'enfant du monde qui l'entoure. Cette perception va elle-même influencer la personnalité de l'enfant. Dans le contexte hospitalier, les infirmières et infirmières puéricultrices utilisent les méthodes distractives afin de faire appel à la stimulation des sens et donc la sensorialité de l'enfant. Ainsi l'enfant est détourné de la sensation de douleur et/ou d'anxiété provoquée par certains soins. Les objets qui feront appel à la distraction font appel aux cinq sens, et sont adaptés à l'âge de l'enfant. C'est grâce à cette distraction, et à l'adhésion de l'enfant à cette dernière que l'enfant va vivre le soin de façon différente.

II. Expression de l'avis personnel

J'ai choisi cet article car il y a une nouvelle approche de la distraction lors des soins, sujet de mon Travail de Fin d'Etude. Ici, nous pouvons voir qu'une étude a été menée par une équipe de pédiatrie qui s'est penchée sur ce sujet. Les soins nécessitant une méthode distractive sont énumérés, et une partie pratique est expliquée.

Dans cet article, un projet d'équipe a été mené par l'équipe d'un service de pédiatrie suite à un constat. Ce constat étant que l'angoisse engendrée par les soins potentiellement douloureux modifie les perceptions de l'enfant vis-à-vis de ce soin. C'est pour cette raison que cette équipe a décidé de décorer une salle d'examen. De cette manière, lorsqu'un enfant est soumis à un examen de n'importe quelle sorte, il sera sur une île aux trésors où se trouve une valise magique dans laquelle nous pouvons voir plusieurs objets qui font appel aux cinq sens. Les auteurs nous expliquent le lien entre la

sensorialité et la douleur. La sensorialité est issue des cinq sens (touché, vue, ouïe, odorat, goût) c'est cela qui régule le ressenti des événements de l'enfant. Lorsque l'enfant doit avoir un soin potentiellement douloureux, toute sa sensorialité est focalisée sur la douleur qu'il doit ressentir à cause du soin. Cette douleur qui, dans l'esprit de l'enfant, doit être ressentie peut éventuellement être source d'anxiété. Ainsi, dans un contexte hospitalier *« l'objectif de la distraction est de détourner l'attention du canal sensoriel surexploité par les soins douloureux [...] à l'aide de stimulations plaisantes [...] Celle-ci exploite les autres canaux sensoriels « délaissés » et ainsi atténue l'anxiété de l'enfant [...] »*

Dans un deuxième temps, et suite à l'étude menée par l'équipe de pédiatrie, l'article décrit ce qu'il y a de présent dans les « valises magiques ». C'est alors que nous pouvons voir que ces objets font appel aux cinq sens. Ainsi, *« l'enfant est invité à vivre le soin d'une manière différente dans un environnement appelant à la rêverie, mais aussi à la découverte de sensations nouvelles éveillées par des expériences plus attrayantes »*. La manipulation des objets est initiée avant le soin. L'objet, ou type d'objet est choisie en fonction de l'enfant auprès de qui on va réaliser le soin. Cela nécessite de faire connaissance avec l'enfant et avec son dossier de soin. Néanmoins, il est important de rappeler que la distraction doit constamment être accompagnée d'un moyen médicamenteux antalgique de type Emla, MEOPA,... De plus, la présence des parents est préconisée lors des soins afin qu'ils puissent participer à la distraction de leur enfant.

Suite à l'étude, une enquête de satisfaction a été menée. Cette enquête a démontré que plus de un enfant sur deux n'a pas ressenti de douleur pendant le soin durant lequel il a été distrait, contrairement aux enfants qui n'ont pas reçu de distraction. Nous pouvons voir également que dans certains cas, la mise en place d'une distraction a permis de réduire l'anxiété de l'enfant. Aussi, toutes les personnes (parents et enfants) interrogés sont satisfaits de la distraction pendant le soin. Enfin, l'enquête met en avant que *« la mise en œuvre de la distraction est devenue pratique usuelle au sein du service »*. Les professionnels remarquent une amélioration du comportement de l'enfant lors d'un soin avec une distraction. Les auteures soulignent que *« [...] il existe indéniablement un impact à long terme sur le souvenir que l'enfant gardera du soin, de son hospitalisation, et sur la facilité qu'il aura à envisager les futurs soins »*.

Cet article démontre alors le lien étroit qu'il existe entre la sensorialité d'un enfant et sa douleur lors d'un soin. J'estime qu'avoir la connaissance de ce lien est important pour adapter la méthode distractive. Les auteurs insistent suffisamment sur l'importance de la sensorialité, et en quoi elle joue un rôle sur l'enfant, son développement, et le ressenti de l'enfant face à cette sensorialité. Ils expliquent également l'impact qu'ont les cinq sens sur la personnalité de l'enfant. Puis, les auteures soulignent l'objectif de la

distraction utilisée en parallèle avec les stimuli sensoriels et la mission de cette distraction utilisée lors d'un soin. Enfin, elles démontrent, par le biais d'une étude réalisée dans un service de pédiatrie, la finalité de la distraction ainsi que sa répercussion pendant les soins dit « douloureux ou stressants » pour l'enfant. Ce qui est également intéressant, c'est le fait que ces soins soient identifiés par les auteures. En revanche, l'utilisation des stimuli sensoriels n'est pas assez développée, nous pouvons voir décrit les objets utilisés lors d'une distraction, sans pour autant voir de quelle manière ils sont utilisés par les équipes. Nous ne voyons pas non plus s'il y a des techniques qu'il faut préférer lors de certains soins, ou encore si il est possible ou non de les additionner, ou encore lesquelles peuvent être combinées.

ANNEXE IX : Fiche de lecture n°5

I. Présentation de l'article

a. Les auteurs

- Identité : P. Bonnetin, J. Passet, Dr F. Dalmon
- Formation : le docteur Fabienne Dalmon est le médecin responsable de service d'un service de pédiatrie

b. L'article

DALMON, Fabienne ; BONNETIN, P. ; PASSET, J. « « gai-rire » une expérience de distraction lors des soins » [en ligne], Pédiadol, 02/06/2005. Disponible à l'adresse : <http://www.pediadol.org/Gai-rire-Une-experience-de.html> (21/12/2014)

Cet article a été rédigé à l'occasion de la douzième journée UNESCO « La douleur de l'enfant, quelles réponses ? » Ainsi, plusieurs personnes d'un service de pédiatrie jeunes enfants se sont penchées sur la question du rôle du rire dans la santé. Dans cet article, nous pouvons voir l'évolution des pratiques soignantes notamment lors des prélèvements sanguins depuis quarante ans. Il y a quarante ans, les ponctions sanguines étaient souvent traumatisantes pour les enfants ainsi que leurs parents. Puis, quinze ans plus tard, nous pouvons remarquer une amélioration liée aux moyens pharmacologiques existants, notamment la crème anesthésiante, et aux moyens matériels, notamment l'apparition d'aiguilles plus fines. Plus tard, la dimension psychologique de la douleur a trouvé son importance dans la prise en charge de l'enfant, ce qui a entraîné la question du rire lors du soin. Cet article montre alors l'intérêt du rire lors de la prise en soin de l'enfant hospitalisé.

II. Expression de l'avis personnel

Cet article est intéressant pour mon Travail de Fin d'Etude car il relate de l'évolution des pratiques depuis environs quarante ans. L'arrivée des méthodes distractives dans un service de pédiatrie et l'utilisation particulière du rire dans le soin ainsi que l'intérêt de ce rire intégré dans un soin.

Dans cet article, il nous est décrit le cheminement, l'arrivée du rire lors des soins pédiatriques. Dans un service de pédiatrie jeunes enfants, l'équipe travaille en collaboration afin de prendre en charge la douleur d'un enfant liée aux soins qui doivent lui être administrés. Les auteurs insistent sur la nette évolution des pratiques durant ces quarante dernières années. Pendant les années 1980, il n'y avait aucune préparation psychologique de l'enfant qui devait recevoir des prélèvements sanguins, les parents ne pouvaient pas y assister, l'enfant était contenu dans un linge la tête dans une position qui

ne lui était pas confortable, et le prélèvement était réalisé sur une veine jugulaire externe. Cette localisation pour le prélèvement était alors douloureuse et très impressionnante pour l'enfant, mais aussi pour ses parents s'ils avaient dû y assister. Beaucoup d'enfants ont été marqués par ces pratiques, et un mauvais souvenir des soins, de l'hôpital, ou encore des soignants pouvaient se ressentir. A partir des années 1995, il y a eu une première amélioration des pratiques soignantes, notamment grâce à la mise sur le marché de nouveaux dispositifs médicaux comme la crème anesthésiante, qui permet de ne pas ressentir la douleur provoquée par le soin, ou encore l'apparition des aiguilles épicrotiniennes, plus petites, donc moins agressives. C'est alors que l'enfant étant plus calme, il devient possible pour les soignants d'entrer en relation avec le jeune patient, et il est désormais accordé un temps de préparation psychologique à l'enfant. « *Les soignants ont alors pris conscience de la dureté de leurs gestes et de la nécessité d'offrir aux enfants et à leurs parents des soins personnalisés et humanisés* »

« *On sait aujourd'hui que la douleur de ces gestes peut être mémorisée par les enfants et entraîner des conséquences néfastes et durables comme la phobie des piqûres.* » C'est alors que les soignants ont de nouveau changé leurs pratiques. Il est alors reconnu que la composante douloureuse est amoindrie par les crèmes anesthésiantes, mais la composante anxiogène du soin reste présente. C'est ainsi que le jeu va entrer dans la prise en charge de l'enfant. Avec la présence du jeu, l'enfant rit et entre dans un nouveau type de soin où il écarte son angoisse, et la douleur que le soin aurait pu lui provoquer. Lorsqu'il rit, l'enfant redevient celui qu'il était, et n'est plus l'enfant malade. De plus, le jeu permet de faciliter l'expression des émotions de l'enfant.

Les auteurs ont ensuite utilisé les études qui ont été réalisées sur le rire et son impact sur la santé et le soin. Ainsi, « *l'humour pourrait réduire les sensations de douleur* » et « *diminuer l'anxiété et l'hostilité dans les moments difficiles en amplifiant le sentiment de confiance en soi* ». Une expérience a été réalisée, et il a été démontré, par un IRM fonctionnel que la mauvaise appréhension augmente l'intensité de la perception de la douleur, et que cette perception diminue lorsque le patient a l'attention détournée. Nous pouvons aussi remarquer que le rire diminue l'anxiété et augmente la confiance en soi, ce qui améliore le comportement face à un soin anxiogène. Les auteurs soulignent qu'il est alors utile d'allier le rire au soin. C'est ainsi que la distraction a été mise en place dans ce service. Cette distraction est introduite par le biais de soignants qui entrent dans la peau d'un clown.

Ainsi, il y a eu une étude dans ce service de pédiatrie. Cette étude a été centrée sur des enfants de 0 à 5 ans, dont la prise en charge médicamenteuse est réalisée avec de la crème anesthésiante selon un protocole, et une induction du rire a été effectuée pendant le soin. Lors de l'évaluation, une personne extérieure au soin réalise l'évaluation

de la douleur lors de chaque prélèvement, et ce selon un protocole également. Une évaluation de la douleur est réalisée par l'enfant lui-même. Enfin, une enquête de satisfaction est réalisée auprès des parents et infirmières.

Cet article permet de recenser le cheminement d'un service et l'évolution des courants de pensée et des pratiques vers l'arrivée des méthodes distractives. Nous pouvons également voir l'amélioration de la place des parents lors des soins qui sont aujourd'hui acceptés. Il nous est aussi expliqué les études et expériences réalisées par rapport au rire, et particulièrement l'utilisation du rire dans le soin. Une dimension statistique est apportée par l'étude réalisée dans le service de pédiatrie.

En revanche, cet article nous fait part d'une étude réalisée par les auteurs dans un service de pédiatrie, mais l'article ne fait pas part des résultats de cette étude, ce qui aurait été intéressant afin de poursuivre une réflexion par rapport aux futures pratiques éventuelles.

ANNEXE X : Charte de l'enfant hospitalisé



Charte de l'enfant hospitalisé



L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



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.



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.



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.



Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.



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.



L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.



L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.



L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

ANNEXE XI : Tableau récapitulatif des échelles d'évaluation de la douleur

AGE	DOULEUR AIGÜE			DOUEUR PROLONGÉE	
	Échelle recommandée	Évalue la douleur induite	Seuil de traitement	Échelle recommandée	Seuil de traitement
Prématuré et nouveau-né	DAN	X	3/10	EDIN	5/15
	NFCS	Possible	1/4		
	PIPP	X	6-12/21		
0 à 2 ans	Amiel-Tisson		5/20	EDIN	5/15
	Ops		3/10		
	FLACC	X			
0 à 7 ans	Ops		3/10	DEGR	10/40
	CHEOPS	Possible	9/13	HEDEN	3/10
4 à 6 ans	Jetons			Jetons	
	Échelle des visages		4/10	Échelle des visages	4/10
À partir de 6 ans	Échelle des visages		4/10	Échelle des visages	4/10
	EVA		3/10	EVA	3/10
				Schéma corporel	
DEGR		10/40			
À partir de 8-10 ans	ENS		3/10	ENS	3/10
En réanimation de la naissance à l'adolescence	Confort scale		24/40	Confort scale	24/40
Aux urgences de 0 à 7 ans	EVENDOL		4/15	EVENDOL	4/15
Enfant handicapé	DESS		6/40	DESS	6/40

ANNEXE XII : Tableau récapitulatif des soins et des méthodes antalgiques proposées

	Saccharose (enfant de moins de 3 mois)	Crème anesthésiante	MEOPA	Trempage ou utilisation d'un dissolvant	Anesthésiques locaux	Distraction et présence des parents
Piqure avec et sans accès vasculaire	Systématique	Systématique	En cas de soin itératif ou de phobie du soin, sauf en cas de trouble de la conscience			Systématique
Pose d'aiguille de Hubert et injection en chambre implantables	Systématique	Systématique	En cas de soin itératif ou de phobie du soin			Systématique
Soins de cathéters, de poches de colostomies, de sonde de gastrostomie	Systématique		En cas de soin itératif ou de phobie du soin	En cas de soin itératif ou de phobie du soin		Systématique
Suture	Systématique		Oui		Par infiltration de la plaie 2 minutes avant le début des sutures	Systématique
Actes de chirurgie mineure	Systématique		Selon le niveau d'anxiété de l'enfant	Systématique		Systématique
Actes avec intrusion d'une sonde	Systématique		Systématique		Spray nasal pour les sondes gastriques, gel sur l'extrémité de sondes vésicales	Systématique
Tout geste pouvant générer une gêne ou un inconfort	Selon l'état émotionnel et la douleur initiale		Oui, en cas de soin itératif			Systématique

Les méthodes psychocorporelles pour prendre en charge l'anxiété liée à la douleur lors des soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Caen

Résumé :

Au quotidien dans les services de pédiatrie, les soignants sont amenés à administrer des soins potentiellement douloureux. Or cette douleur liée au soin engendre bien souvent une anxiété chez le jeune patient. Grâce à l'évolution des pratiques soignante, la douleur peut aujourd'hui être prise en charge de différentes manières. De nombreux moyens médicamenteux sont mis à disposition des soignants. Ces moyens sont d'ailleurs utilisés de façon systématique ou presque par les soignants. L'anxiété lors des soins peut également être prise en charge grâce à différents moyens, comme la présence des parents. Mais elle peut aussi et surtout être prise en charge par des moyens non pharmacologiques, actuellement en développement. Parmi ces moyens, existent les méthodes psychocorporelles. Ces méthodes regroupent l'hypnose et ses dérivés ainsi que la distraction. Grâce à ces méthodes, la qualité des soins auprès des enfants sera améliorée et les conséquences des soins seront moins négatives pour le patient.

Mots clés : Douleur, Anxiété, Soin douloureux, méthodes psychocorporelles

Abstract

Everyday life in paediatric departments, the nurses are brought to administer potentially painful care. Now this pain bound to care very often engenders anxiety for young patients. Thanks to the medical evolution of the practices, pain can be taken care of in various manners today. Numerous medicinal ways are given to the nurses. Moreover these ways are used in a systematic way or almost by the nurses. The anxiety during the care can be also taken care of thanks to various ways, such as the presence of the parents. But it can also be taken care of and above all by no pharmacological ways, at present in development. Among these ways, there are the psycho-physical methods. These methods include hypnosis and its by-products as well as entertainment.

Thanks to these methods, the quality of the care with the children will be improved and the consequences of care will be less negative for the patient.

Keywords : Pain, Anxiety, Painful care, psycho-physical methods

L'IFSI de Lisieux n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.